



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 37, 2002, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001;
de uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond

Sterfte naar etniciteit en sociaal-economische positie:
gunstige cijfers voor de Hagenaars van mediterrane afkomst

Sterfte en gerapporteerde gezondheid van migranten, een paradox?

Korte berichten

Colofon

december 2002, 37ste jaargang nr. 4

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag;
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum
Haaglanden, lokatie Westeinde;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.;
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag;
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. H. Schreiner-Heynen;
tel.: 070 - 353 71 05
fax : 070 - 353 72 92
e-mail: h.schreiner-heynen@ocw.denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Schreiner.*

Druk/Lay out

Facilitaire Dienst / Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,
GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001; de uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond <i>H.W.A. Struben, B.J.C. Middelkoop</i>	2
• Sterfte naar etniciteit en sociaal-economische positie: gunstige cijfers voor de Hagenaars van mediterrane afkomst <i>B.J.C. Middelkoop, A.F.M. van Koolwijk</i>	15
• Sterfte en gerapporteerde gezondheid van migranten, een paradox? <i>B.J.C. Middelkoop, H.W.A. Struben</i>	25
Korte berichten	27

Redactioneel

Paradoxen

Dit nummer van het Epidemiologisch Bulletin staat in het teken van migranten en zorg. Gegeven de bevolkingssamenstelling binnen Den Haag - circa eenderde van de Haagse bevolking behoort tot een etnische minderheidsgroep - en de nog verwachte toename van de etnisch culturele diversiteit, is inzicht in ontwikkelingen binnen deze groep van groot belang. De artikelen van dit bulletin besteden achtereenvolgens aandacht aan de gezondheid van Haagse migranten en aan de sterfte onder hen.

Het eerste artikel is een nadere analyse van de uitkomsten van de Haagse Stadsenquête. Bekeken wordt hoe het genotmiddelengebruik, de zelfervaren gezondheid, de aanwezigheid van langdurige aandoeningen en het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen samenhangen met etnische achtergrond. Interessant is de constatering met betrekking tot ervaren gezondheid. Haagse migranten ervaren hun gezondheid vaker als slecht dan autochtone Hagenaars. De zelf gerapporteerde ziekten lijken daarmee echter veelal in tegenspraak. Een kritische beschouwing en eventueel nader onderzoek op het thema 'ervaren gezondheid' liggen voor de hand.

Het tweede artikel betreft een nadere analyse van de Haagse sterftcijfers in relatie tot etniciteit en sociaal economische achtergrond.

In het artikel wordt geconcludeerd dat de hoge sterftcijfers in de achterstandswijken momenteel niet het gevolg zijn van het over het algemeen hoge percentage allochtonen in die wijken. Het hoge sterftcijfer in achterstandswijken wordt juist beïnvloed door de sterfte onder de autochtone bevolking. Vergrijzing van de allochtone bevolking zal de komende 25 jaar waarschijnlijk als effect hebben dat de sterfteverschillen tussen wijken met verschillende sociaal-economische posities kleiner worden. De indicator 'sterfteverschillen' als impuls voor te ontwikkelen gezondheidsbeleid lijkt daarom toe aan een kritische beschouwing.

Het artikel levert overigens een interessant spanningsveld op met de uitkomsten van de Stadsenquête. Hoe verklaren we een slechter ervaren gezondheid in relatie tot gunstiger sterftcijfers?

Daar beide artikelen veel vragen oproepen treft u tenslotte een kritisch commentaar aan op de gesignaleerde ogenschijnlijke tegenstellingen tussen de artikelen.

Kortom, een nummer met veel stof tot discussie en indicaties voor nader onderzoek.

Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001; de uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond

H.W.A. Struben, B.J.C. Middelkoop

Allochtone mannen en vrouwen in Den Haag ervaren hun gezondheid veel vaker als slecht dan Nederlandse Haagse mannen en vrouwen. Ze gaan ook vaker naar de huisarts.

Vergeleken bij Nederlandse mannen, rapporteren oudere allochtone mannen vaker klachten over luchtwegaandoeningen, diabetes, een maagzweer of een zweer aan de twaalfvingerige darm.

Vergeleken met Nederlandse vrouwen, rapporteren allochtone vrouwen - al vanaf ongeveer veertig jaar - vaker klachten over hoge bloeddruk, diabetes, een maagzweer of een zweer aan de twaalfvingerige darm. Vergeleken met allochtone mannen en vrouwen, melden Nederlandse mannen en vrouwen vaker dat ze kanker hebben.

Dit zijn enkele uitkomsten uit het 'Gezondheidsgedeelte' van de Haagse Stadsenquête 2001.

Sinds 1998 laat het gemeentebestuur van Den Haag jaarlijks deze Stadsenquête uitvoeren onder 16-74-jarige inwoners van de stad. Alle gemeentelijke diensten kunnen voor de enquête vragen opgeven. In de Stadsenquête 2001 heeft de GGD Den Haag een aantal vragen laten opnemen (1) over alcohol- en tabakgebruik, de zelfervaren gezondheid, het voorkomen van langdurige aandoeningen en het gebruik van een aantal eerstelijns zorgvoorzieningen.

Analyse van de antwoorden is van belang voor het gemeentelijk volksgezondheidsbeleid, aangezien de antwoorden inzicht bieden in de gezondheidstoestand van de inwoners van de stad.

De snel veranderende etnische samenstelling van de bevolking speelt in Den Haag meer en meer een rol. Onderstaand artikel gaat in op verschillen in de gezondheidssituatie tussen de belangrijkste etnische bevolkingsgroepen in Den Haag, rekening houdend met verschillen in leeftijdsopbouw en geslacht die onderling tussen de groepen bestaan. Antwoorden op de gezondheidsvragen uit de Stadsenquête zijn eerder gepubliceerd in de Gezondheidsmonitor 2002 (2). Toen betrof het voornamelijk samenvattende cijfers, gewogen naar geslacht, leeftijd en etniciteit, gepresenteerd voor de gehele Haagse bevolking. Nu gaat het om de onderlinge verschillen tussen de groepen.

Onderzoekopzet en deelname

De projectleiding en -coördinatie van de Stadsenquête berust bij de Bestuursdienst van de gemeente Den Haag. De uitvoering van het onderzoek is uitbesteed aan een marktonderzoeksbureau (3). Voor de enquête is een steekproef getrokken uit het bevolkingsbestand van de gemeente Den Haag, gestratificeerd naar geslacht, leeftijd en etniciteit. De KPN heeft aan dit bestand de telefoonnummers toegevoegd van Hagenaars met een vaste aansluiting. Bij 65% van de autochtone Hagenaars in de steekproef kon een telefoonnummer worden geleverd. Bij de Turken, Marokkanen en Surinamers¹ was dit respectievelijk 27%, 22% en 15%. De overige Hagenaars die óf een

geheim nummer hebben óf geen vaste telefoonaansluiting, kregen een vragenlijst thuis gestuurd. Vanwege het grote aantal zijn de vragen verdeeld over verschillende deelenquêtes. Beantwoording van de vragen mocht hooguit ongeveer 12 minuten in beslag nemen. Bij een langere afnameduur vreesden de onderzoekers een hoger aantal weigeraars. De gezondheidsvragen waren ingebed tussen andere vragen en werden afgenomen in twee deelenquêtes. De Hagenaars die telefonisch werden benaderd kregen vooraf een brief, ondertekend door de burgemeester en de gemeentesecretaris. De allochtonen onder hen werden geënquêteerd door tweetalige interviewers. De schriftelijk geënquêteerden kregen

¹ Bij de indeling naar etniciteitsgroep is de BiZa-systematiek gevolgd (zie het kader op pagina 15, behorend bij het artikel van B.J.C. Middelkoop en A.F.M. van Koolwijk).

Over de auteurs:

Ir. H.W.A. Struben, epidemioloog; dr. B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog en hoofd afdeling; beiden werkzaam op de afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

een begeleidende brief (met portvrije antwoordenveloppe), eveneens ondertekend door burgemeester en gemeentesecretaris. Deze brief bevatte een meertalige passage waarin werd gewezen op de mogelijkheid bij taalproblemen een Turkse of Marokkaanse versie van de vragenlijst op te vragen of het interview telefonisch in de eigen taal te laten afnemen.

De telefonische deelname bedroeg 56%. 21% Bleek na minimaal drie maal bellen niet thuis en 23% weigerde, meestal omdat zij geen zin of interesse hadden dan wel zichzelf te oud vonden. De schriftelijke deelname was aanzienlijk lager: Nederlanders 29%, Surinamers 17% en 12% voor zowel de Turken als de Marokkanen. Het over all responspercentage dat uiteindelijk met de Stadsenquête werd bereikt bedroeg 43%.

We beschikken over de gegevens van 1.675 respondenten: 867 Nederlanders, 274 Hindostanen, 287 Turken en 147 Marokkanen².

Presentatie van de uitkomsten

Bij de meting van de gezondheid(sbeleving) en daarop van invloed zijnde omstandigheden speelt de leeftijd uiteraard een belangrijke rol. Jongeren zijn in de regel gezonder dan ouderen. Omdat we in dit artikel primair zijn geïnteresseerd in de relatie tussen etniciteit en gezondheid, is de 'versturende' invloed van leeftijd op de uitkomsten als gevolg van verschillen in leeftijdsopbouw tussen de etniciteiten, in het analysemodel geëlimineerd³. De relatie tussen bepaalde gezondheidskenmerken, etnische afkomst en leeftijd (inclusief interactie tussen etnische afkomst en leeftijd) is steeds voor mannen en vrouwen afzonderlijk bekeken. Om het effect van etniciteit op de diverse gezondheidsaspecten makkelijker te kunnen bestuderen zijn de uitkomsten van het analysemodel omgezet in kansformules, die steeds grafisch worden gepresenteerd⁴ (verticale as van de figuren) als functie van de leeftijd (horizontale as van de figuren). Bijvoorbeeld de kans dat iemand zijn gezondheid als slecht ervaart of de kans dat iemand het afgelopen jaar zijn of haar huisarts heeft bezocht. Omdat het begrip kans in feite gelijk is aan het voorspelde voorkomen (prevalentie) zullen we de begrippen 'kans' en 'prevalentie' beide hanteren.

Leeftijd is in het analysemodel opgenomen als continue variabele. Als gevolg van de in het model aangenomen kansverdeling vertonen de kanscurves in de figuren altijd een gedwongen constant, dan wel monotoon dalend of monotoon stijgend verloop, als functie van de leeftijd. Heeft een gezondheidsaspect in werkelijkheid een heterogeen verloop, bijvoorbeeld een toename gevolgd door een afname, dan komt dit in de gepresenteerde lijn niet tot uiting maar wordt het door een monotoon verband zo goed mogelijk benaderd. Om dit informatieverlies op te vangen zijn ook analyses uitgevoerd waarbij leeftijd als categoriale variabele (16-29, 30-44, 45-59, 60-74 jaar) in het model is opgenomen. Wanneer sprake is van een betekenisvol heterogeen verloop dan staat dit in de tekst erbij, onder vermelding van 'heterogeniteitsanalyse'. Een aantal gezondheidsaspecten blijkt niet significant te variëren naar etnische afkomst (steeds zijn hierbij de autochtone Hagenaars als referentiepopulatie gekozen). In die gevallen is etniciteit niet als voorspellende variabele in het model opgenomen. De grafiek beeldt dan slechts een leeftijdsverband af voor de gehele steekproefpopulatie. Ook doen zich situaties voor waarbij slechts één of twee etnische groepen zich ten aanzien van het onderzochte gezondheidsaspect significant onderscheiden. Dan wordt etniciteit wel in het model meegenomen en worden alle kanscurves weergegeven, dus ook die etnische groepen die niet significant afwijken.

Ten slotte zien we in de figuren dat de grafische symbolen die de kanscurves voor de drie allochtone bevolkingsgroepen representeren op hogere leeftijd geen aaneengeschakelde lijn vormen. Dit komt doordat het aantal oudere allochtonen in Den Haag nog relatief gering is en zij niet voor ieder leeftijdsjaar in de steekproef zijn vertegenwoordigd.

In de paragraaf 'Resultaten' worden per gezondheidsaspect de meest saillante bevindingen beschreven aan de hand van grafieken (indien relevant worden ook de Odds Ratio's (OR) gegeven⁵). We beginnen de beschrijvingen steeds met enkele prevalentiecijfers voor de totale - naar bevolkingsopbouw gewogen - Haagse bevolking en zo mogelijk vergelijkbare cijfers voor heel Nederland of een van de andere grote steden.

² Van de Surinaamse Hagenaars die deelnamen aan het onderzoek bleek driekwart van Hindostaanse herkomst. Het aantal Surinamers van niet-Hindostaanse Surinaamse afkomst was zo gering dat ze niet zijn meegenomen bij de presentatie van de resultaten. Dit geldt ook voor de respondenten met een andere afkomst dan de hier vermelde.

³ Hiervoor is de statistische techniek 'logistische regressie' toegepast, waarbij gebruik is gemaakt van de voorwaartse selectieprocedure met de aanneemelijkheidsratio (likelihood ratio) als criterium voor selectie.

⁴ De uitkomsten in de vorm van onderliggende statistische modelparameters, zoals bèta's en Odds Ratio's, worden in dit artikel beperkt gepresenteerd. Ze zijn opgenomen in een tabellenbundel die kan worden opgevraagd bij de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag, tel. 070 - 3537105.

⁵ Voor toelichting op het begrip Odds Ratio zie pagina 22, behorend bij het artikel van B.J.C. Middelkoop en A.F.M. van Koolwijk.

Resultaten

Genotmiddelen

Roken

In 2001 rookt 34% van de Haagse bevolking in de leeftijd van 16-74 jaar. Dit is nagenoeg gelijk aan het landelijke percentage van 33% (Nederland 2000, 16 jaar en ouder) (4).

Er roken meer Haagse mannen (39%) dan vrouwen (28%). Qua rookgedrag zijn jonge Nederlandse Haagse vrouwen de Nederlandse Haagse mannen dicht genaderd. Van hen rookt iets minder dan 40% (figuur 1). Allochtone vrouwen daarentegen roken op alle leeftijden minder dan mannen. Onder Hindostaanse vrouwen wordt minder gerookt dan onder Nederlandse vrouwen, de kans om een rokende Marokkaanse vrouw aan te treffen is zeer gering. Bij mannen hangt de kans dat men rookt niet samen met de leeftijd. Onder Turkse mannen treffen we de meeste rokers aan: bijna één op de twee. Voor Marokkaanse mannen ligt de kans dat men rookt op minder dan 30%, wat significant lager is dan onder de Nederlandse Hageenaars.

Betrekken we ook de mate waarin men rookt erbij dan zien we dat de prevalentie van zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) met 8,5% in Den Haag iets lager is dan landelijk (Nederland 2000, 16 jaar en ouder: 9,8%) (4). Zoals mag worden verwacht treffen we onder mannen vaker zwaar rookgedrag aan dan

onder vrouwen, respectievelijk 10,2% en 6,8%.

Leeftijd heeft geen significante invloed op de kans een zware roker te zijn. De Turkse mannen vormen daarop een uitzondering. Voor hen neemt deze kans toe van 13% omstreeks 20 jaar tot bijna 30% op 65-jarige leeftijd.

Alcoholgebruik

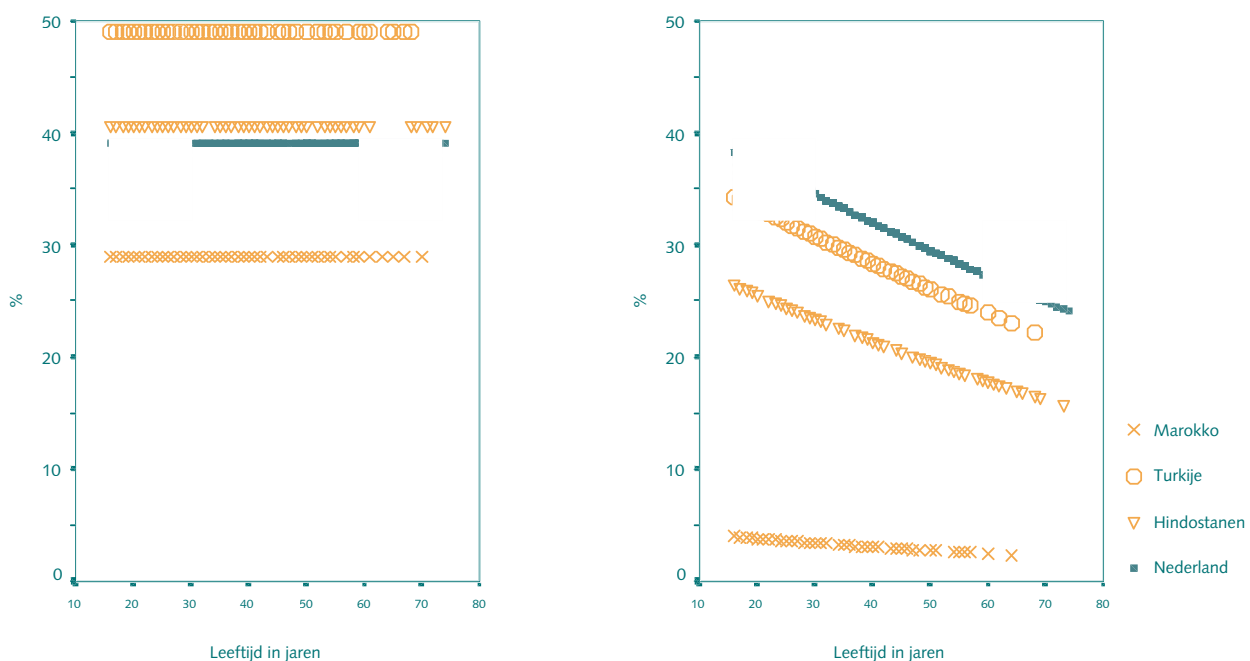
66% Van de Haagse bevolking drinkt wel eens alcoholhoudende dranken. Dit percentage ligt aanzienlijk lager dan het landelijke (Nederland 2000, 16 jaar en ouder: 84%) (4).

Zowel geslacht, leeftijd als etniciteit beïnvloeden de kans op het drinken van alcohol, maar etniciteit heeft veruit het grootste effect. Van de Hageenaars van Nederlandse afkomst drinkt 77%, onder de Turken drinkt 20% en onder de Marokkanen 18%. De Hindostanen nemen met 41% een tussenpositie in. Na etniciteit is geslacht het sterkst van invloed op het wel of niet drinken. Voor alle etnische groepen geldt dat de kans op alcoholgebruik bij vrouwen lager is (figuur 2). Ook wat dit genotmiddelgebruik betreft komt het gedrag van de Nederlandse vrouwen het meest overeen met dat van de Nederlandse mannen.

Ten slotte zien we dat voor alle onderscheiden bevolkingsgroepen de prevalentie afneemt met de leeftijd. Het percentage drinkers mag in Den Haag dan wel 20% lager liggen dan onder de landelijke bevolking,

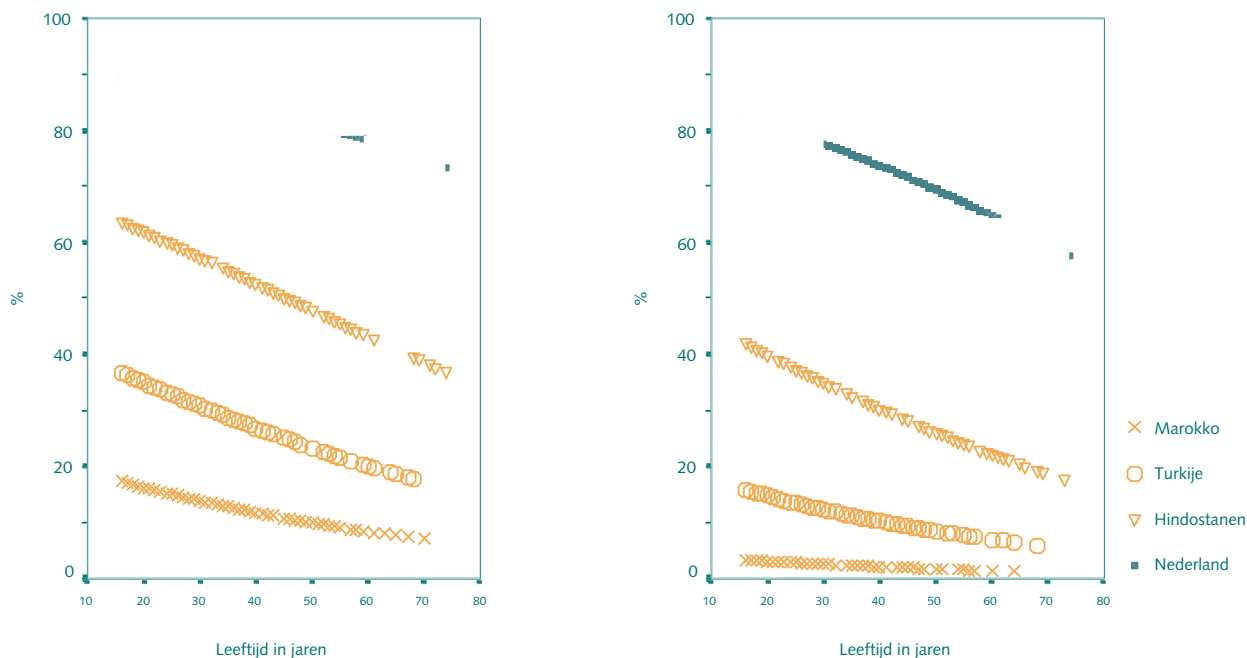
Figuur 1.

Percentage rokers naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.



Figuur 2.

Percentage alcoholdrinkers naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.



voor overmatig alcoholgebruik (meer dan 20 glazen per week) gaat dat niet op. De prevalentiecijfers van 14% voor mannen en 2% voor vrouwen zijn gelijk aan het landelijke niveau.

Geslacht en etniciteit bepalen de kans op overmatig gebruik, niet de leeftijd. Vooral de Nederlandse mannen springen er met bijna 20% erg ongunstig uit in vergelijking met de allochtone mannen (Hindostanen 6%; Turken 4%; Marokkanen 2%). Van de Hindostaanse vrouwen gebruikt 3% overmatig; bij Turkse en Marokkaanse vrouwen werd geen enkel overmatig gebruik gerapporteerd.

Gezondheid

Ervaren gezondheid

De respondenten is gevraagd naar hoe zij hun gezondheid persoonlijk beleven: slecht, matig, goed, zeer goed of uitstekend. Deze eigen perceptie van gezondheid is een belangrijke graadmeter voor de algehele lichamelijke en psychische gesteldheid. Ervaren gezondheid is bovendien een dynamische maat, waarin niet alleen de huidige gezondheidstoestand, maar ook de recente veranderingen zijn verdisconteerd (5). Het is een krachtige voorspeller van toekomstige morbiditeit en mortaliteit (6),(7). We bekijken de kans op een slechte gezondheid. Onder 'slecht' verstaan we een gezondheidswaardering van minder dan goed (categorieën: slecht, matig).

Van de Hagenaars oordeelt 17% slecht over zijn of haar gezondheid. Dit is gelijk aan het gevonden percentage in Amsterdam 1999/2000 (8) en iets lager dan in Nederland 2000 (4).

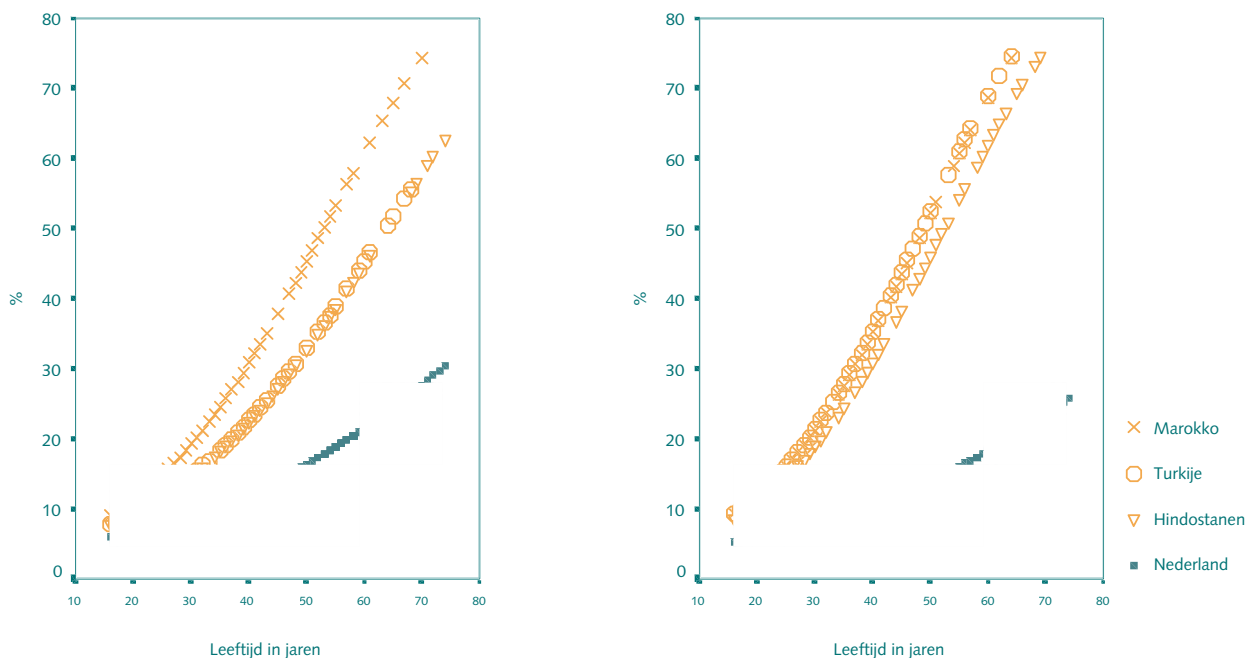
De Nederlandse Haagse mannen en vrouwen verschillen niet in hun oordeel over gezondheid, allochtone vrouwen daarentegen beoordelen vaker dan allochtone mannen hun gezondheid als slecht. Zoals te verwachten valt, beoordelen ouderen hun gezondheid vaker dan jongeren als slecht. Onder de gehele Haagse bevolking loopt het percentage op van 9% onder de 16-34-jarigen tot 29% onder de 55-74-jarigen.

Op jongere leeftijd verschilt het oordeel tussen de autochtonen en de allochtonen niet noemenswaardig, maar vanaf circa dertig jaar neemt de kans op het oordeel 'slechte gezondheid' onder allochtonen zeer sterk toe, vergeleken met Nederlanders (figuur 3). Dit geldt voor vrouwen nog sterker dan voor mannen.

Ter illustratie: het percentage Nederlandse vrouwen met een slechte gezondheidsbeleving is op 75-jarige leeftijd amper 25% terwijl bij de allochtone vrouwen dit niveau reeds op 35-jarige leeftijd is bereikt. Uit de 'heterogeniteitsanalyse' blijkt dat de kans op het oordeel 'slechte gezondheid' bij allochtonen veel minder gelijkmatig met de leeftijd toeneemt dan uit de figuur blijkt. Vooral rond de leeftijd van 45 jaar holt de gezondheid in hun beleving - wederom bij vrouwen

Figuur 3.

Percentage inwoners met een slecht ervaren gezondheid naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.



het sterkst - achteruit. Zo beoordeelt op 65-jarige leeftijd bijna driekwart van de allochtone vrouwen hun gezondheid als slecht. Ook uit onderzoek in Amsterdam bleek dat daar de oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen (onder Hindostaanse vrouwen is geen onderzoek gedaan) qua gezondheidsbeleving een zeer ongunstige positie innemen (9).

Langdurige ziekten en aandoeningen

Gevraagd is of men het afgelopen jaar te maken heeft gehad met een chronische ziekte of aandoening. Zo ja, dan werd verzocht aan de hand van een opsomming van een aantal specifieke aandoeningen aan te geven welke ziekte(n) het betrof.

36% Van de Hagenaars blijkt met een dergelijke ziekte of aandoening te maken hebben (gehad) (Nederland 2000, alle leeftijden: 40%) (4). De kans op een chronische aandoening neemt toe van 21% onder 16-24-jarigen tot 65% op 65-74-jarige leeftijd. Voor mannen werden - ongeacht leeftijd - geen significante verschillen naar afkomst aangetroffen (figuur 4). De Nederlandse vrouwen vertonen een iets gunstiger kansverloop naar leeftijd dan de mannen. Allochtone vrouwen daarentegen lopen met het stijgen van de leeftijd een tot 20% hoger oplopende kans om te worden geconfronteerd met één of meer chronische ziekten, vergeleken bij mannen en hun Nederlandse seksegenoten.

Astma/bronchitis/CARA

De chronische luchtwegaandoeningen astma, bronchitis en/of CARA komen bij circa 9% van zowel de Haagse als Nederlandse bevolking voor (4).

In Den Haag zien we in het algemeen beperkte verschillen voor geslacht en leeftijd.

Bij de vrouwen zijn geen etnische verschillen waargenomen. De Hindostaanse mannen vormen over de hele leeftijdslijn een ongunstige uitzondering. Van hen krijgt één op de vier hiermee op hogere leeftijd te maken.

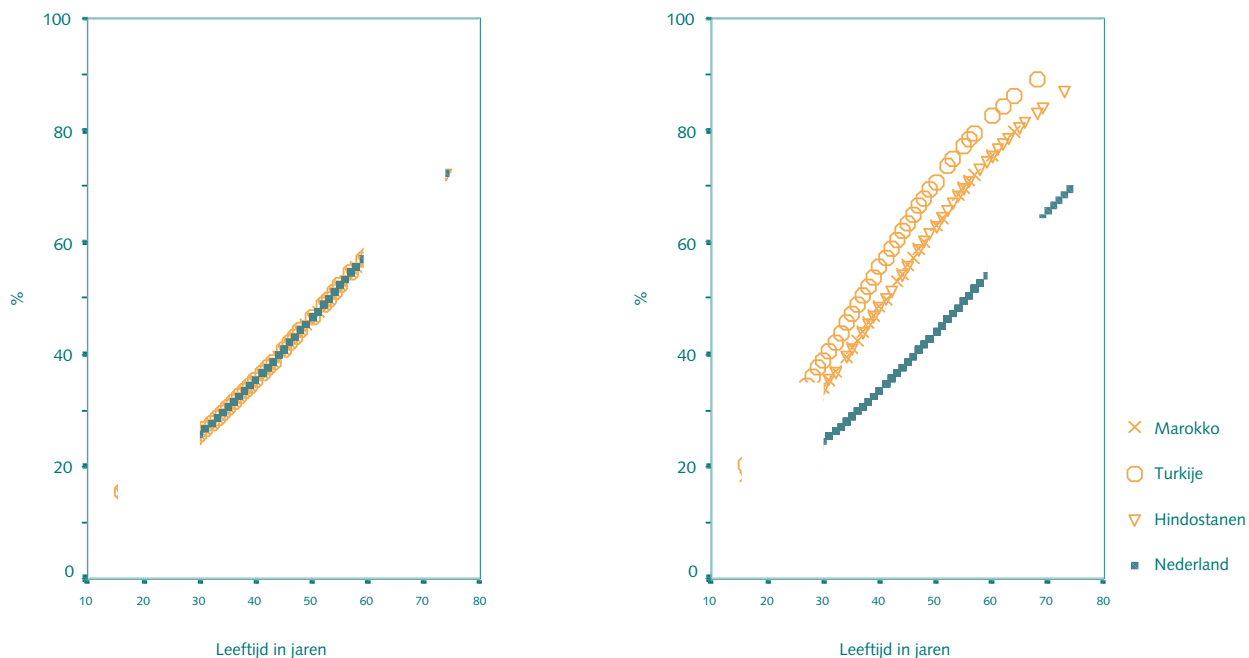
Verder bleek uit de 'heterogeniteitsanalyse' dat ook onder de Turkse mannen ouder dan 60 jaar een verhoogde kans op chronische luchtwegaandoeningen bestaat, namelijk een kans van 20% (60-74 jr: Turken OR=5,5, p=0,02; Hindostanen OR=6,4, p=0,04).

Hartkwaal, hartinfarct en cerebrovasculaire aandoeningen

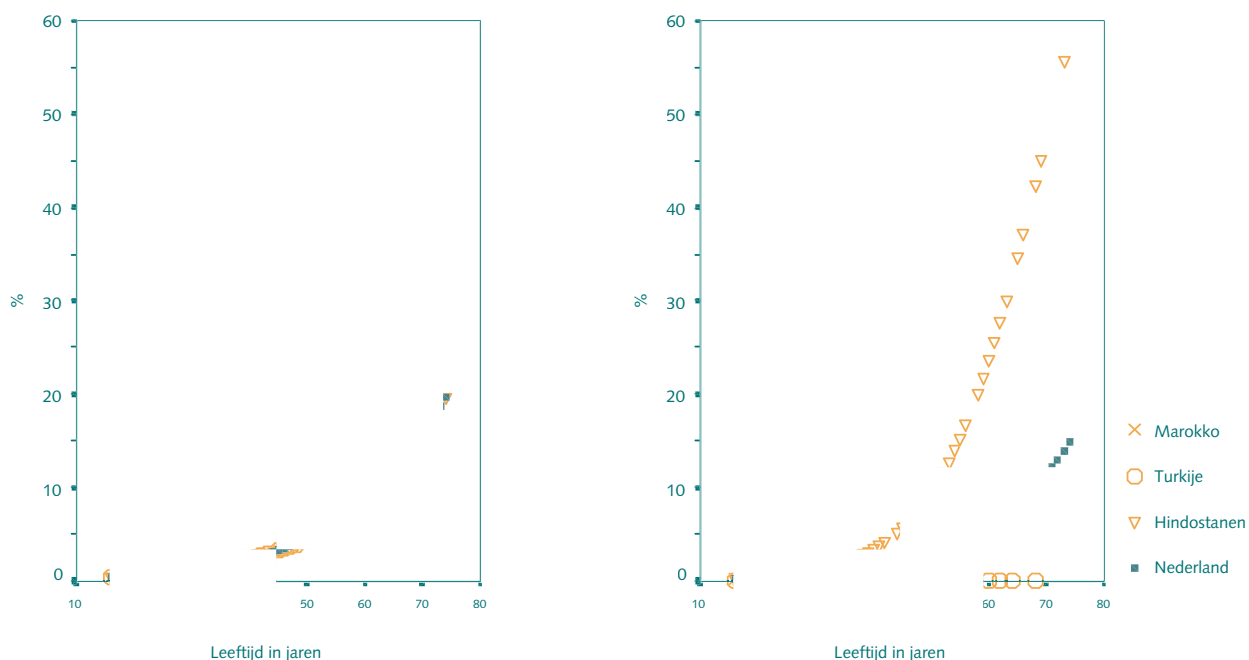
Circa 3% van de Hagenaars lijdt aan een hartkwaal, heeft een hartinfarct en/of een hersenbloeding (CVA) gehad. Deze aandoeningen manifesteren zich meestal op hogere leeftijd. De kans is voor mannen groter dan voor vrouwen, maar het verschil is statistisch niet significant. Op 70-jarige leeftijd bedragen de kansen respectievelijk circa 17% en 12% (figuur 5). Gezien de relatieve zeldzaamheid van deze ziekten zijn bij een groepsomvang van 1.675 respondenten de aangetrof-

Figuur 4.

Percentage inwoners met een chronische aandoening naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.

**Figuur 5.**

Percentage inwoners met een hartkwaal, een hartinfarct en/of een hersenbloeding naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.

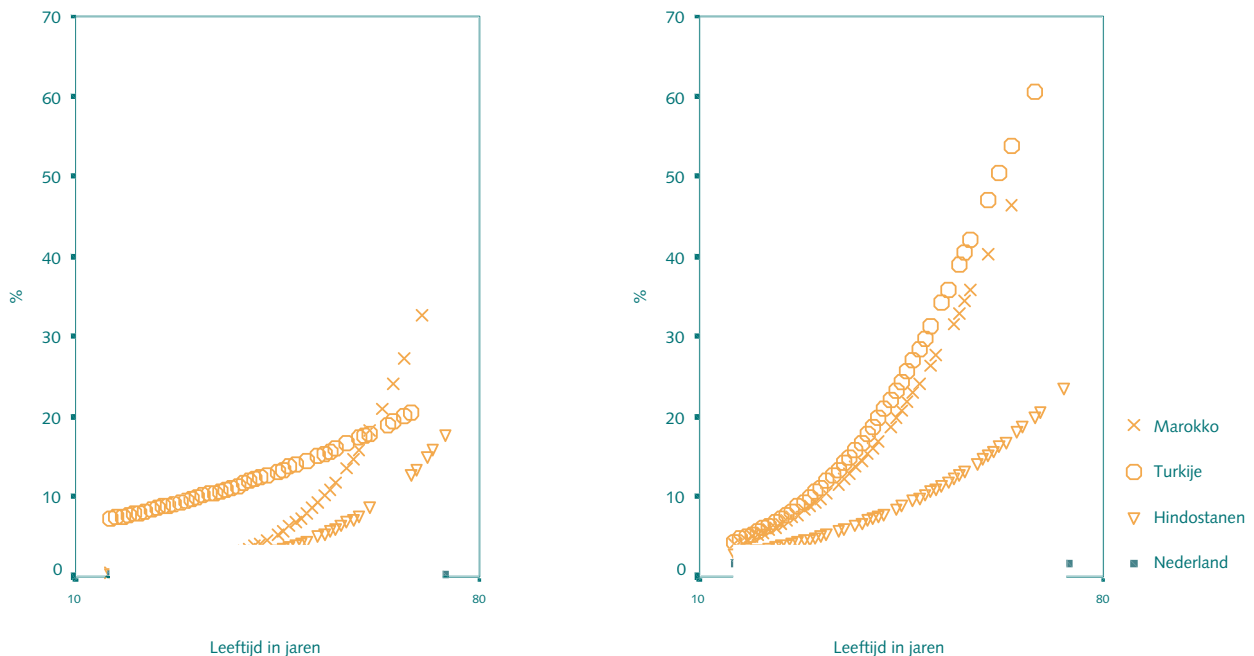


fen verschillen veelal niet significant. Zo blijken de Hindostaanse en de Turkse mannen een niet-significant verhoogde en de Marokkaanse mannen

een niet-significant verlaagde kans op cardiovasculaire aandoeningen te hebben ten opzichte van de Nederlandse mannen (OR respectievelijk: 1,5, $p=0,43$, 2,1,

Figuur 6.

Percentage inwoners met een zweer aan maag en/of twaalfvingerige darm naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.



$p=0,16$ en $0,6$, $p=0,60$). Een verhoogd cijfer voor Turkse ouderen en een verlaagd cijfer voor Marokkaanse ouderen bleek ook in Amsterdam (1999/2000) (10).

Geen enkele Turkse en slechts één Marokkaanse vrouw rapporteerden het afgelopen jaar last te hebben gehad van één van deze cardiovasculaire aandoeningen. Hindostaanse vrouwen hebben daarentegen vanaf ongeveer hun veertigste jaar wel een significante, sterk met de leeftijd stijgende kans op een van deze aandoeningen. Hun kans bedraagt op 70-jarige leeftijd meer dan 40%. Uit nadere analyse komt naar voren dat vooral de hartaandoeningen daarvoor verantwoordelijk zijn (over all OR: CVA 3,9, $p=0,08$; hartaandoeningen 5,4, $p=0,001$).

Hoge bloeddruk

Bijna één op de tien (9,3%) Hagenaars heeft problemen met de bloeddruk (Nederland 2000, alle leeftijden: 8,4%) (4).

Onder de mannen doen zich geen etnische verschillen van betekenis voor. De kans op hoge bloeddruk loopt met de leeftijd op tot ongeveer 40% op 75-jarige leeftijd. De Haagse Nederlandse vrouwen vertonen het zelfde beeld als de mannen. Allochtone vrouwen hebben een (significant) hogere kans op hoge bloeddruk dan autochtone vrouwen. Dit geldt vooral voor de Turkse vrouwen. Vanaf circa 55 jaar krijgt één op de

twee ermee te maken. Ook Hindostaanse en Marokkaanse vrouwen hebben een grotere kans, maar het verschil met Nederlandse vrouwen is niet significant.

Zweer aan maag en twaalfvingerige darm

In Den Haag komen zweren aan maag en twaalfvingerige darm met 2,4% ruim twee maal zo vaak voor als in Nederland (4). Anders dan in Nederland, is in Den Haag de prevalentie onder vrouwen hoger dan onder mannen namelijk 3,2% tegenover 1,6%.

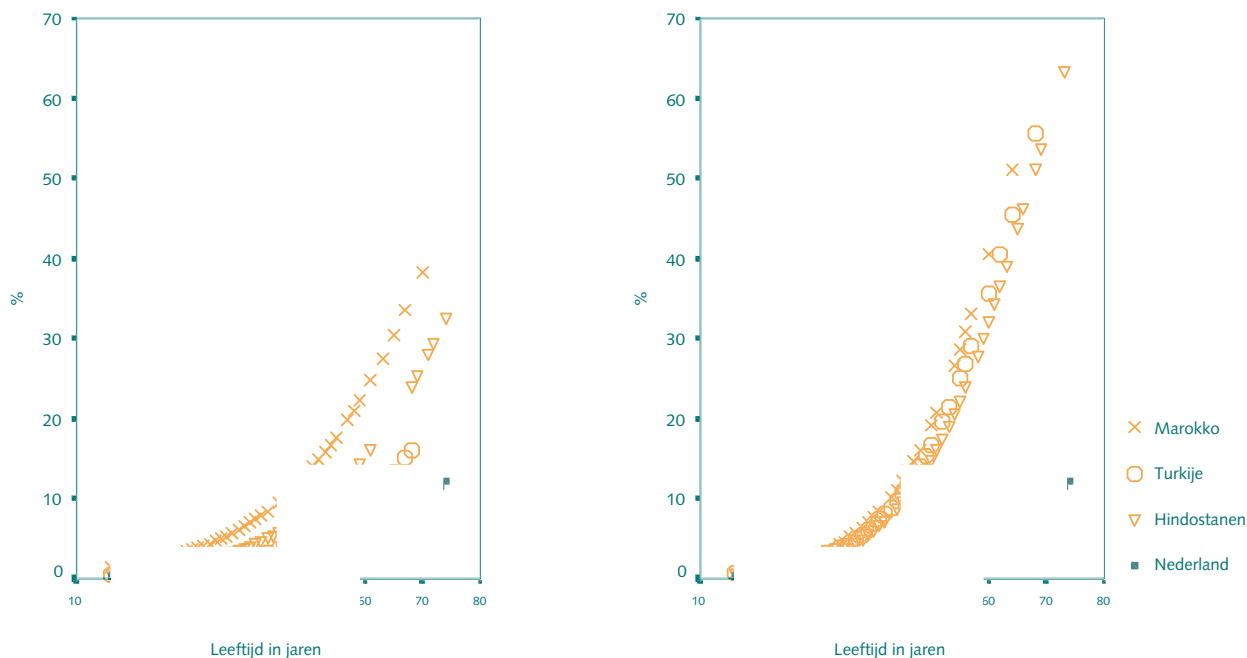
Van de autochtone Hagenaars krijgt minder dan 1% met deze aandoening te maken, leeftijd speelt daarbij geen rol (figuur 6). Bij Turken, Marokkanen en Hindostanen ligt de prevalentie met respectievelijk 12,6%, 8,2% en 4,6% aanzienlijk hoger en is er wel sprake van een toenemende kans bij het ouder worden. Turkse en Marokkaanse vrouwen lopen een bijzonder hoog risico; van hen rapporteert één op de twee ouder dan zestig jaar te lijden aan een maagzweer of een zweer aan de twaalfvingerige darm. Bij de mannen uit deze bevolkingsgroepen is op die leeftijd de prevalentie tot circa 20% gestegen. Bij Turkse mannen valt op dat ze reeds op jonge leeftijd een duidelijk verhoogde prevalentie vertonen.

Kwaadaardige aandoeningen

1,5% Van de 16-74-jarigen onder de Haagse bevolking

Figuur 7.

Percentage inwoners met diabetes naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.



wordt door kanker getroffen, voor het merendeel na het veertigste jaar. Voor autochtone Hagenaars ligt de prevalentie met 2,1% hoger dan onder allochtonen (0,4%). Het aantal gerapporteerde kankergevallen is gering zodat etniciteit niet in het analysemodel is opgenomen. Uit aanvullende analyse blijkt wel dat de groep allochtonen gezamenlijk (na correctie voor leeftijd en geslacht) een significant kleinere kans op kanker heeft dan autochtonen⁶. Iets dergelijks is ook in Amsterdam (1999/2000) gevonden (10).

Diabetes

De prevalentie van suikerziekte ligt in Nederland op 2% (alle leeftijden) (4) en in Den Haag (16-74 jaar) op bijna 3%.

De prevalentie stijgt met de leeftijd en is voor Hagenaars van Nederlandse komaf voor mannen en vrouwen hetzelfde en loopt op tot 8% op 65-74-jarige leeftijd (figuur 7).

Onder Haagse Hindostanen, Turken en Marokkanen komt deze ziekte zowel onder mannen als vrouwen vaker voor dan onder de autochtone Hagenaars. De allochtone vrouwen lopen het grootste risico. De leef-

tijdspecifieke kans op diabetes per allochtone groep verschilt onderling echter weinig en benadert op 60-jarige leeftijd de 40%. Onder allochtone mannen komt diabetes weliswaar minder voor dan onder de allochtone vrouwen maar de risico's daarop verschillen onderling wel sterker en zijn voor de Marokkaanse mannen het grootst (OR mannen: Hindostanen 3,5, Turken 2,1, Marokkanen 5,9).

Overige langdurige aandoeningen

Naast chronische aandoeningen waar expliciet naar werd geïnformeerd, is in de enquête gevraagd of men het afgelopen jaar nog met een andere langdurige aandoening te maken had en zo ja, met welke.

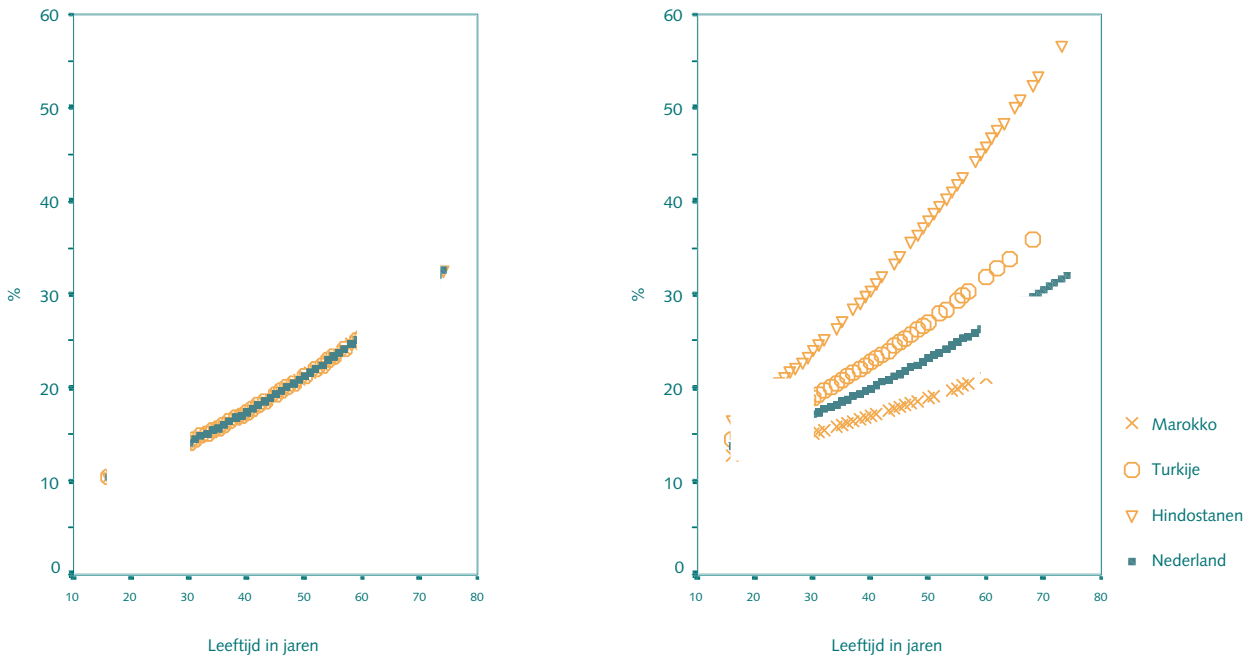
20,5% Van de Haagse mannen en 16,7% van de vrouwen rapporteert ten minste met één andere chronische ziekte te maken hebben gehad. Het risico daarop stijgt van 11% onder 16-24-jarigen naar 30% onder 65-74-jarigen.

Er doen zich geen significante verschillen voor naar afkomst, behalve bij Hindostaanse vrouwen die op alle leeftijden een veel grotere kans hebben op deze 'overige aandoeningen' (OR 1,9, $p=0,015$) (figuur 8). Onder

⁶ De lagere, weliswaar niet-significante Odds Ratio's voor zowel Hindostanen, Turken als Marokkanen lijken er op te duiden dat ook voor deze etnische groepen afzonderlijk geldt dat men een kleinere kans op kanker heeft (OR Hindostanen 0,2, $p=0,18$; Turken 0,4, $p=0,39$; Marokkanen 0,4, $p=0,46$).

Figuur 8.

Percentage inwoners met overige langdurige aandoeningen naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.



65-74-jarigen is deze kans meer dan 50%. Uit nadere analyse van deze 'overige aandoeningen' blijkt dat de verhoogde kans die Hindostaanse vrouwen daarop hebben, toegeschreven kan worden aan aandoeningen van het bewegingsapparaat (OR=2,1, p=0,03).

Zorgebruik

In de Stadsenquête 2001 is gevraagd naar de contacten die men het afgelopen jaar heeft gehad met diverse eerstelijns zorgverleners.

Huisarts

Driekwart van de Hagenaars komt ten minste één maal per jaar bij de huisarts. Dit is vergelijkbaar met het landelijke beeld (4).

Aanzienlijk meer Haagse vrouwen (85%) dan mannen (67%) bezoeken de huisarts. De kans dat een vrouw jaarlijks ten minste één maal haar huisarts bezoekt, verschilt niet significant voor de onderscheiden etnische groepen, van leeftijdsverschillen is evenmin sprake. Van de oudere mannen heeft circa 85% de huisarts bezocht in het afgelopen jaar. De kans dat jongere mannen contact hebben met de huisarts is aanzienlijk kleiner. Zo ligt bij Nederlandse jonge mannen van rond de 20 jaar die kans op ruim 50%. Voor allochtone mannen ligt het percentage op alle leeftijden hoger, dit geldt in het bijzonder voor

Turkse en Marokkaanse mannen.

Bij de vraag hoe vaak men de huisarts bezoekt is het aantal van ten minste vijf huisartsbezoeken per jaar beschouwd als 'frequent bezoek'. Deze frequente consultatie zien we vooral bij vrouwen, allochtonen en ouderen (figuur 9). Van de jongste mannen komt minder dan 10% vijf maal of vaker bij de huisarts. Op 65-jarige leeftijd is het frequente bezoek voor de autochtone en allochtone mannen opgelopen tot respectievelijk circa 20% en 75%.

Het percentage Nederlandse vrouwen dat vaak bij de huisarts komt verandert niet bij het ouder worden en blijft stabiel rond de 15%. Bij allochtone Haagse vrouwen is dit percentage op jonge leeftijd al twee maal zo hoog en loopt evenals bij de allochtone mannen op tot 75% op 65-jarige leeftijd.

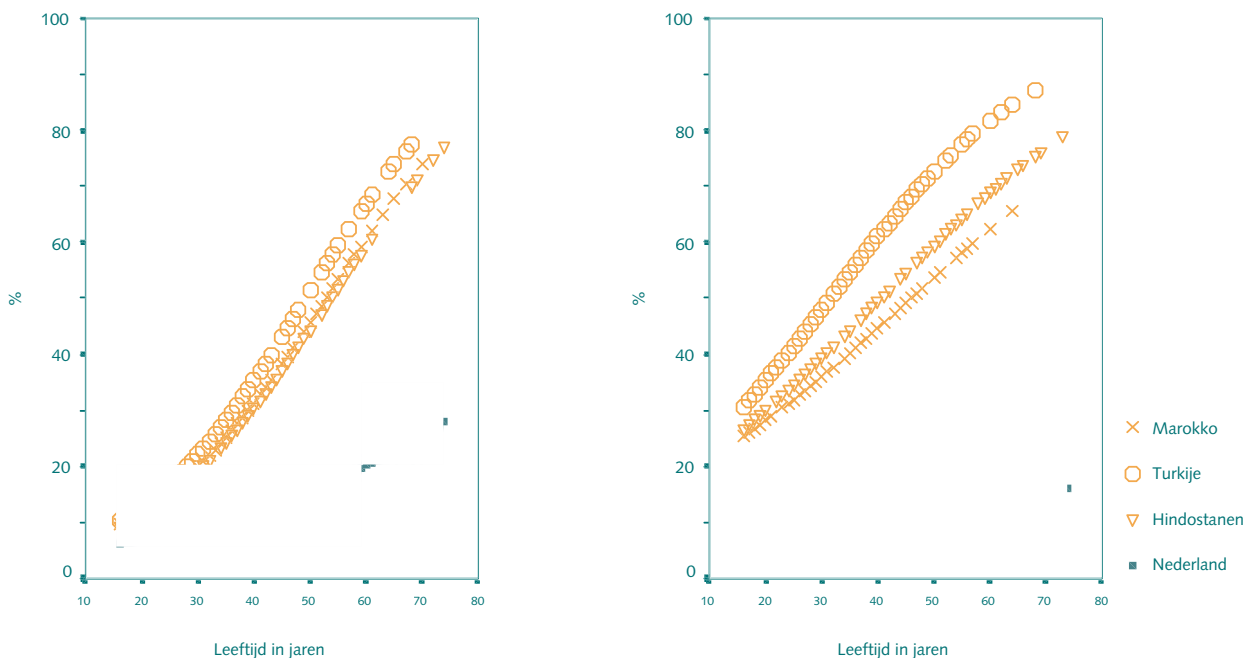
Tandarts

Omdat tandartsbezoek wordt beïnvloed door het dragen van een kunstgebit, kijken we eerst of het geslacht, de leeftijd en/of de etniciteit samenhangen met het dragen van een kunstgebit.

8% Van de Hagenaars draagt een kunstgebit. Het hebben van een kunstgebit hangt niet samen met geslacht maar vooral met de leeftijd: op 70-jarige leeftijd draagt de helft van de Hagenaars een kunstgebit. Er bestaan nauwelijks verschillen naar etnische achter-

Figuur 9.

Percentage inwoners dat ten minste vijf keer per jaar de huisarts bezoekt naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag 2001.



grond, alleen de Turkse vrouwen dragen reeds op jongere leeftijd (vanaf 45 jaar) vaker een kunstgebit (OR 2,7, $p=0,025$).

Bij de volgende gegevens over tandartsbezoek zijn personen met een kunstgebit niet meegenomen.

85% Van de Haagse bevolking gaat jaarlijks ten minste één maal naar de tandarts: mannen 84% en vrouwen 87%. Met het ouder worden gaan vrouwen minder naar de tandarts. Bij de mannen hangt het contact niet samen met de leeftijd.

Turken en Marokkanen blijken het minst de tandarts te bezoeken, vooral Marokkaanse mannen (66%) en Turkse vrouwen (69%). Dit laatste kan te maken hebben met het feit dat juist Turkse vrouwen op jongere leeftijd een kunstgebit nemen.

De kans om per jaar vijf maal of vaker de tandarts te bezoeken bedraagt voor alle bevolkingsgroepen minder dan 5%. Alleen Turkse vrouwen vormen hierop wederom een opvallende uitzondering. Bij hen stijgt reeds op middelbare leeftijd het percentage dat de tandarts zo frequent bezoekt, opvallend.

Fysiotherapeut

Eén op de vijf Hagenaars maakt jaarlijks ten minste één maal gebruik van fysiotherapie en/of manuele therapie. Overeenkomstig het landelijke beeld neemt het percentage bezoekers van de fysiotherapeut toe van

11% van de 16-24-jarigen tot 33% van de 65-74-jarigen (figuur 10). Uit de 'heterogeniteitsanalyse' blijkt dat onder mannen het gebruik pas na 55 jaar toeneemt.

Er bestaat samenhang met etnische achtergrond. Alleen onder de Hindostaanse vrouwen stijgt het aandeel dat jaarlijks contact heeft met de fysiotherapeut veel sterker met de leeftijd: rond de 70 jaar komt één op de twee Hindostaanse vrouwen er jaarlijks ten minste één maal. Eerder zagen we dat Hindostaanse vrouwen vaker aandoeningen van het bewegingsapparaat rapporteerden.

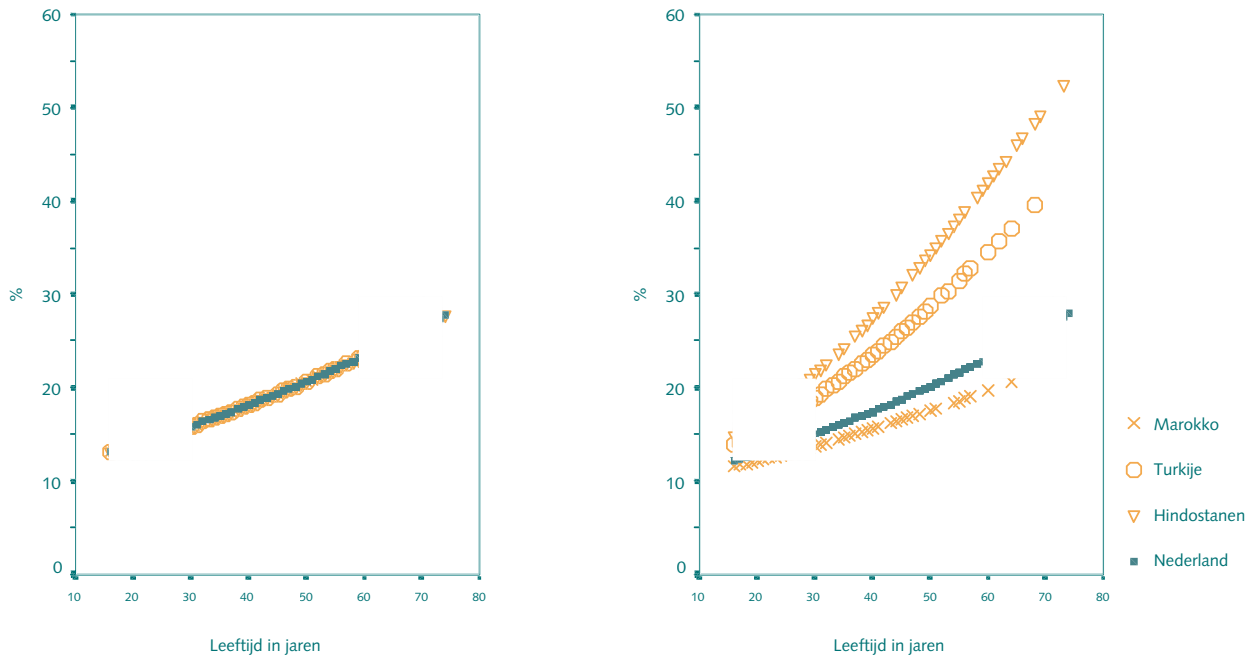
Circa driekwart van de Hagenaars dat de fysiotherapeut bezoekt, doet dat in een jaar ten minste vijf maal. Vooral leeftijd bepaalt de kans op dit frequente contact. Bij vrouwen neemt deze kans geleidelijk toe met het ouder worden. Bij de mannen zien we dit pas na het 55ste levensjaar (gebaseerd op de 'heterogeniteitsanalyse').

Alternatieve genezer

6% Van de Hagenaars maakt jaarlijks gebruik van alternatieve vormen van geneeswijze. Het gebruik varieert nauwelijks naar leeftijd en geslacht. Wel zijn er verschillen naar etnische achtergrond. Met name oudere Hindostanen (dit geldt ook voor Hindostaanse vrouwen, zo blijkt uit de 'heterogeniteitsanalyse') en

Figuur 10.

Percentage inwoners dat ten minste een keer per jaar de fysiotherapeut/ manuele therapeut bezoekt naar leeftijd en etniciteit (links voor de mannen en rechts voor de vrouwen). Den Haag, 2001.



Marokkaanse mannen consulteren alternatieve genezers. Slechts 2% van de hele Haagse bevolking consulteert meer dan vier keer per jaar een alternatieve genezer.

De uitkomsten kritisch beschouwd

Hoe waarheidsgetrouw is het beeld van de gepresenteerde gezondheidsaspecten? Welke aspecten kunnen van invloed zijn geweest op de juistheid van de antwoorden? De uitkomsten zijn gebaseerd op zelfrapportage en zijn onderdeel van een omvangrijke enquête, waarvan gezondheid maar een beperkt onderdeel uitmaakt. Door externe uitbesteding van de uitvoering van het onderzoek bestaat er weinig zicht op eventuele vertekeningen in de uitkomsten als gevolg van mogelijke fouten in het interviewproces en in delen van het verwerkingsproces.

Het feit dat het om informatie gaat die van de respondent zelf afkomstig is, heeft voor- en nadelen. Evident is het voordeel dat de primaire informatiebron zelf aan het woord is, hetgeen de kans op een verkeerd verstaan van de gegevens vermindert. Echter, bij sommige gezondheidsgegevens is niet altijd duidelijk of de respondent wel voldoende bekend is met de criteria die gelden voor het stellen van een bepaalde diagnose. Dit zal overigens niet voor alle gezondheidsgegevens in gelijke mate opgaan. Zo zal iemand zichzelf bij-

voorbeeld minder snel ten onrechte de diagnose kanker toedichten dan een diagnose als hoge bloeddruk. De betrouwbaarheid van de resultaten van de Stadsenquête worden voorts bepaald door de hoogte van de non-respons en de mate waarin deze non-responsgroep afwijkt ofwel selectief verschilt van de responsgroep. Anders gezegd wat is het aandeel en de karakterisering van degenen in de steekproef die niet deelnamen (de non-respons) ten opzichte van degenen die wel deelnamen (de respons). De non-respons van de Haagse Stadsenquête bedroeg 57%. Dat is hoog vergeleken met de 40-45% non-respons die voorkomt in de persoonsenquête Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) die het Centraal Bureau voor de Statistiek landelijk uitvoert en waarin vergelijkbare gezondheidsvragen worden gesteld (11).

Het is uiterst waarschijnlijk dat Hagenaars in de marge van de samenleving, zoals dak- en thuislozen of harddruggebruikers, nauwelijks vertegenwoordigd zullen zijn in dergelijk onderzoek. Een hoge non-respons verhoogt echter ook de kans dat Hagenaars in een minder uitgesproken ongunstige maatschappelijke positie, zoals lager opgeleiden, uitkeringsgerechtigden, allochtonen en mensen met een lager inkomen, minder hebben geparticipeerd. Dit zijn veelal ook mensen met een slechtere gezondheid. Daarentegen zullen meer geëngageerden en Hagenaars met een

brede maatschappelijke interesse juist zijn oververtegenwoordigd. En dit zijn veelal de mensen met een betere gezondheid. Ten slotte is ook bekend dat het onderwerp van onderzoek selectiviteit kan hebben geïntroduceerd. Zo blijken mensen met een hogere medische consumptie vaker mee te doen aan gezondheidsenquêtes (11). Waarschijnlijk is van dit effect in de Haagse Stadsenquête maar in beperkte mate sprake, aangezien het accent in de vragenlijst maar zeer ten dele op gezondheid lag. De mogelijke vertekeningen in de gepresenteerde uitkomsten als gevolg van bovengenoemde oorzaken laten zich niet of nauwelijks bepalen.

Een indruk van de betrouwbaarheid is in enige mate verkregen door de Haagse bevindingen te toetsen aan kennis uit andere bronnen en uitkomsten uit gelijksoortig gezondheidsonderzoek. Daarbij blijken geen opvallende inconsistenties, maar juist eerder een stelselmatige overeenkomst. Zo stemt bijvoorbeeld de hoge diabetesprevalentie van 40% onder oudere Hindostanen overeen met de prevalentie zoals eerder vastgesteld in een specifiek op deze ziekte gericht onderzoek onder de Hindostaanse Haagse bevolking (12). De uitkomsten die duiden op een slechte gezondheid van oudere Marokkaanse en Turkse vrouwen in Den Haag verschillen nauwelijks van wat in Amsterdam is gevonden. Ook de prevalentie van genotmiddelengebruik laat overeenkomstige bevindingen zien als zijn vastgesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek en de GGD-en in de andere grote steden.

Voor een deel zijn deze uitkomsten echter eveneens gebaseerd op persoonsenquêtes die ongetwijfeld, net als in Den Haag, vooral behept zullen zijn met selectieve non-respons. Het lijkt waarschijnlijk dat daardoor het geschetste beeld van de gezondheidssituatie dat uit de Haagse cijfers naar voren komt, net als elders, per saldo gunstiger is dan in werkelijkheid. Tenslotte dan de vraag of het waarschijnlijk is dat al deze kanttekeningen belangrijke gevolgen hebben voor de hoofdvraag van dit artikel, namelijk die naar verschillen tussen de onderscheiden etnische bevolkingsgroepen. Dit is niet geheel uitgesloten. Zo zal de beschreven selectiviteit in respons (bijvoorbeeld naar opleidingsniveau) mogelijk niet voor alle bevolkingsgroepen in gelijke mate opgaan. Hoe sterker dit selectiemechanisme heeft gespeeld bij een bepaalde bevolkingsgroep, des te sterker de vertekening in de richting van een te geflatteerd beeld van de gezondheid. Ook zal niet elke bevolkingsgroep dezelfde betekenis verlenen aan bepaalde klachten. Het gevolg hiervan kan zijn dat iemand van de ene bevolkingsgroep eerder zal aangeven aan een bepaalde aandoe-

ning te lijden dan iemand van een andere bevolkingsgroep. Dit wordt nog versterkt doordat ook het hulpzoeken (met name het bezoek aan de huisarts) blijkens de Stadsenquête verschilt voor de onderscheiden etnische bevolkingsgroepen. Een frequenter bezoek aan de huisarts verhoogt uiteraard de kans dat een bepaalde diagnose wordt gesteld.

Deze overwegingen nopen tot enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de onderzoeksbevindingen.

Conclusie

In het algemeen roken mannen in Den Haag meer dan vrouwen en consumeren zij meer alcohol, ze doen dat bovendien vaker overmatig dan vrouwen. Mannen voelen zich gezonder (niet significant) en hebben minder last van chronische aandoeningen. Een uitzondering hierop vormen de cardiovasculaire aandoeningen (niet significant). Verder maken minder mannen dan vrouwen gebruik van de eerstelijns gezondheidszorg.

Etnische verschillen bij mannen

Genotmiddelen

In vergelijking met de Haagse mannen van Nederlandse afkomst zijn er onder allochtonen - in het bijzonder onder Marokkanen - aanzienlijk minder gebruikers en overmatige gebruikers van tabak en alcohol. Een zeer ongunstige uitzondering vormen de Turkse mannen wat betreft (zwaar) roken.

Gezondheid

Oudere allochtone mannen ervaren hun gezondheid veel vaker als slecht dan Nederlandse Haagse mannen. Dit resulteert overigens niet in een hogere prevalentie van chronische ziekten. Wel hebben zij vaker te maken met luchtwegaandoeningen (in het bijzonder de Hindostanen), diabetes en een maagzeer of een zweer aan de twaalfvingerige darm. Kwaadaardige aandoeningen worden daarentegen minder vaak gerapporteerd, vergeleken met Nederlandse mannen. Cardiovasculaire aandoeningen komen vaker voor onder Hindostaanse en Turkse mannen en minder onder Marokkaanse mannen. De verschillen met de Nederlandse mannelijke bevolking zijn echter niet significant.

Zorggebruik

De huisarts ziet verhoudingsgewijs meer allochtone mannen die bovendien vaker komen. Meer Nederlandse Haagse mannen, vooral in vergelijking tot de Marokkaanse, bezoeken jaarlijks ten minste één maal de tandarts terwijl de alternatieve genezer vooral door oudere Hindostaanse en Marokkaanse mannen wordt bezocht.

Etnische verschillen bij vrouwen

Genotmiddelen

Roken en vooral het drinken van alcohol komt onder veel minder Haagse allochtone dan Nederlandse vrouwen voor. Weinig Marokkaanse vrouwen roken of drinken alcohol. Vooral jonge Nederlandse vrouwen consumeren deze genotmiddelen.

Gezondheid

Met de gezondheid van zowel Hindostaanse, Turkse als Marokkaanse vrouwen is het vanaf een jaar of veertig - afgaande op de eigen gezondheidsbeleving en het voorkomen van chronische aandoeningen - slecht gesteld in vergelijking met de Nederlandse Haagse vrouwen. Zij hebben vaker te kampen met een zweer aan de maag of twaalfvingerige darm (vooral oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen), hoge bloeddruk (in het bijzonder Turkse vrouwen) en vooral diabetes. Hindostaanse vrouwen kampen bovendien vaker met cardiovasculaire en 'overige' chronische ziekten. Alleen kanker wordt frequenter door Nederlandse vrouwen gemeld.

Zorggebruik

De etnische achtergrond is niet van invloed op het aantal vrouwen dat ten minste één keer per jaar bij de huisarts komt (85%). Echter wel veel meer, vooral oudere, allochtone vrouwen gaan gemiddeld vaker dan één maal per kwartaal naar de huisarts. De tandarts wordt verhoudingsgewijs door meer Nederlandse vrouwen jaarlijks ten minste één maal bezocht. Veelvuldig tandartsbezoek (5 of meer keer) komt vooral voor onder Turkse vrouwen vanaf vijftig jaar. Onder deze groep Turkse vrouwen komen ook de meeste draagsters van een kunstgebit voor. Oudere Hindostaanse vrouwen doen vooral een beroep op fysiotherapie. Het gebruik van alternatieve geneeswijzen door vrouwen is te gering om onderscheid naar etniciteit te kunnen constateren.

Literatuur

1. Gemeente Den Haag. Stadsenquête Den Haag 2001. Den Haag, Bestuursdienst 2001.
2. GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie. Gezondheidsmonitor 2002. Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn 2002.
3. WBK Marktonderzoek, Den Haag.
4. <http://www.Statline.CBS.nl/StatWeb> (bezoekt op 30 oktober 2002).
5. Nationaal Kompas Volksgezondheid: www.rivm.nl/nationaalkompas. Bilthoven, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2001.
6. Eriksson I, Undén A-L, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 326-33.
7. Burström B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 836-40.
8. Cluster EDG, GG&GD Amsterdam. Amsterdam Gezond? Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999-2000. Amsterdam, GG&GD 2001.
9. Poort E, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam: gezondheid, zelfredzaamheid en zorggebruik. Amsterdam, GG&GD 2001.
10. Janssen A, Uitenbroek D, Verhoeff A (red). Jaarrapportage Volksgezondheid Amsterdam 2000. Amsterdam, GG&GD 2001.
11. Te Riele, S. Vertekening door non-respons. Hoe nauwkeurig zijn de uitkomsten van persoonsenquêtes? *Sociaal-economische maandstatistiek* 2002;19 nr. 4: 20-5.
12. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterftegegevens. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 2: 5-11.

Sterfte naar etniciteit en sociaal-economische positie: gunstige cijfers voor de Hagenaars van mediterrane afkomst

B.J.C. Middelkoop, A.F.M. van Koolwijk

'De minder goede gezondheid in de steden is vooral toe te schrijven aan de situatie in de achterstandswijken, waar de gezondheidsproblemen zich opstapelen. Zo is de kans om voor het 65e jaar te overlijden in een achterstandswijk 50% groter dan in een welgestelde wijk. De oorzaken hiervan hangen voor een groot deel samen met de sociaal-demografische samenstelling van de wijken. De gezondheidstoestand is daar minder gunstig dan elders, doordat er relatief veel mensen met een lage sociaal-economische status wonen en relatief veel allochtonen' (1). Dit citaat uit het RIVM-rapport 'Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen' geeft in een notendop de huidige kennis en opvattingen weer over de relatie tussen sterfte, sociaal-economische achterstand en etniciteit in de grote steden in Nederland. In vele onderzoeken is inmiddels gevonden dat de gezondheid van allochtonen zich in ongunstige zin onderscheidt van de gezondheid van autochtone Nederlanders. Ook in deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin wordt dit beeld bevestigd, op basis van de uitkomsten van de Haagse Stadsenquête 2001 (2). Algemeen wordt aangenomen dat die relatieve ongezondheid ook leidt tot een verhoogde sterfte onder de etnische minderheidsgroepen.

In dit artikel staan twee vragen centraal:

- vinden we in Den Haag inderdaad verhoogde sterftecijfers onder allochtonen?
- zo ja, in hoeverre is dit te verklaren uit de achtergestelde sociaal-economische positie? Met andere woorden: is een eventueel verschil in sterfte tussen migranten en autochtonen feitelijk een sociaal-economisch sterfteverschil?

Methoden

Voor de beantwoording van deze vragen hebben we gebruik gemaakt van de bevolkings- en sterftegegevens van de Dienst Burgerzaken van de Gemeente Den Haag over de periode 1995 tot en met 2001.

Vóór 1995 werden andere definities gebruikt voor de indeling van de Haagse bevolking naar verschillende etnische achtergronden en/of ontbrak het gegeven 'eticiteit' in de bestanden van de Dienst Burgerzaken. Om deze reden hebben wij geen oudere gegevens kunnen gebruiken voor dit onderzoek. De momenteel gebruikelijke indeling is gebaseerd op de gegevens 'geboorteland van de persoon zelf', 'geboorteland van de moeder' en 'geboorteland van de vader', de zogeheten BiZa-systematiek (zie onderstaand kader). Voor het onderhavige onderzoek beschikten wij zowel voor de bevolkings- als de sterftegegevens over de volgende gegevens per inwoner: leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, achterstandscore van de wijk. De achterstandscore is vastgesteld op grond van de situatie in 1998 (het midden van de onderzoeksperiode) en betreft het inkomen, de 'sociaal-economische fac-

BiZa-systematiek

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken beveelt de volgende indeling van de bevolking naar etniciteit aan.

Een persoon die in Nederland is geboren en van wie beide ouders in Nederland zijn geboren wordt als autochtoon beschouwd.

Een persoon die in het buitenland is geboren wordt als allochtoon beschouwd. Hierbij worden de volgende (groepen van) geboortelanden onderscheiden: Suriname, Antillen, Turkije, Marokko, Zuid-Europa, overige niet-geïndustrialiseerde landen, overige geïndustrialiseerde landen.

Een persoon die in Nederland is geboren maar van wie één of beide ouders in het buitenland zijn geboren, wordt als allochtoon beschouwd en ingedeeld conform het geboorteland van de ouder die in het buitenland is geboren. Indien beide ouders in het buitenland zijn geboren prevaleert het geboorteland van de moeder.

tor', de huurpunten, het percentage langdurig werklozen en het percentage allochtonen (3).

Sterftematen

Om het niveau van de sterfte in een bepaalde bevolkingsgroep vast te stellen zijn verschillende sterftematen in gebruik. De belangrijkste reden hiervan is dat een goede sterftemaat rekening houdt met de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bestudeerde populatie. Immers, de sterftetekansen in een oudere bevolking liggen hoger dan in een jongere bevolking, en mannen overlijden gemiddeld op jongere leeftijd dan vrouwen. Elke sterftemaat corrigeert weer op een iets andere manier voor demografische verschillen, en elke vorm van correctie heeft voor- en nadelen.

In het verleden is in artikelen in dit Bulletin over de sterfte binnen Den Haag meestal de SMR (Standardised Mortality Ratio) gebruikt (4). De SMR vergelijkt de sterfte in de onderzoekspopulatie (de 'index-populatie') met de sterfte in een vergelijkingspopulatie (de 'referentie-populatie'). In het kader van dit artikel zou bijvoorbeeld de bevolking van heel Den Haag als referentie-populatie kunnen dienen, terwijl er meerdere index-populaties zijn (de onderscheiden etnische groepen). Men zou dan de SMR's van de diverse index-populaties onderling kunnen vergelijken. Wanneer echter grote verschillen bestaan in de leeftijdspe-

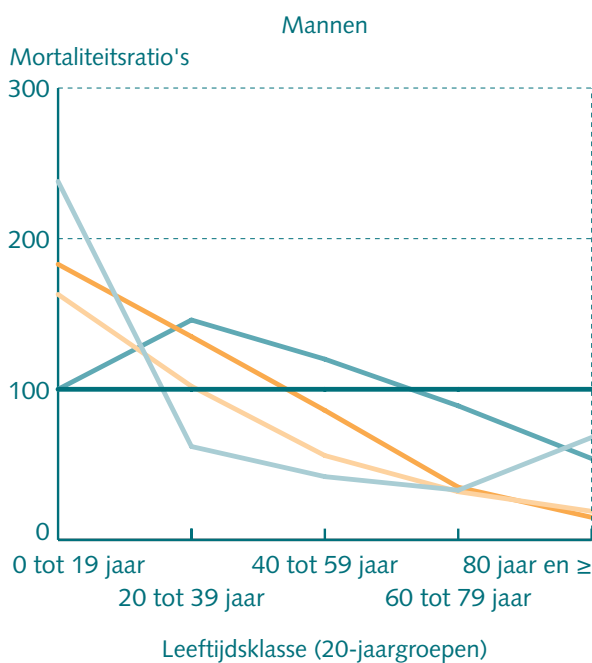
cifieke sterftcijfers tussen de referentie-populatie en één of meerdere index-populatie(s) en wanneer bovendien de index-populaties grote verschillen laten zien in leeftijdsopbouw, dan blijkt de SMR toch gevoelig voor dergelijke verschillen en blijkt deze sterftemaat tot foutieve conclusies te leiden (5). Dit probleem deed zich in onze gegevens inderdaad voor. Daarom hebben we bij het hier besproken onderzoek gekozen voor andere maten, te weten de leeftijdspecifieke mortaliteitsratio, de levensverwachting en de Odds Ratio. We zullen deze sterftematen toelichten.

Leeftijdsspecifieke mortaliteitsratio's

Voor een eerste verkenning is voor verschillende leeftijdsklassen de sterfte onder de diverse etnische minderheidsgroepen vergeleken met de sterfte onder de autochtone Hagenaars. In verband met de aantallen is de volgende indeling gemaakt. Leeftijdsklassen: 0-19 jaar, 20-39 jaar, 40-59 jaar, 60-79 jaar, 80 jaar en ouder. Verder zijn de volgende etnische groepen onderscheiden: Surinamers, Antillianen, Turken, Marokkanen, en (autochtone) Nederlanders. De groepen die hiermee buiten beschouwing blijven zijn de Zuid-Europeanen en de inwoners afkomstig uit de 'Overige niet-geïndustrialiseerde landen' en de 'Overige geïndustrialiseerde landen'. Beide laatste restgroepen zijn nogal heterogeen en daarom zijn resulta-

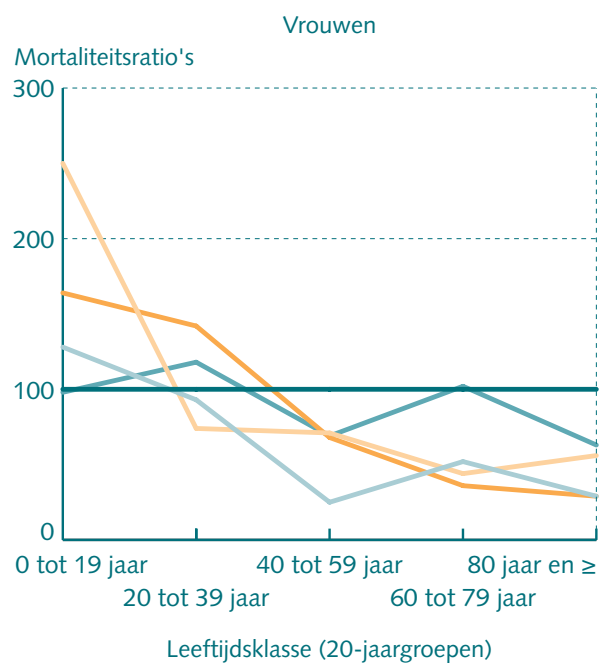
Figuur 1.

Mortaliteitsratio's voor mannen.



Figuur 2.

Mortaliteitsratio's voor vrouwen.



— Nederlanders — Marokkanen — Turkije — Antillen — Suriname

Tabel 1.

Levensverwachting bij geboorte voor Haagse en Amsterdamse mannen en vrouwen (in jaren; met tussen haakjes het 95%-betrouwbaarheidsinterval)

Etnische achtergrond	Den Haag, 1997-2001		Amsterdam, 1994-1999	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Autochtoon	74,7 (74,4-74,9)	80,2 (80,0-80,5)	73,3 (73,0-73,5)	79,1 (78,9-79,3)
Surinaams	73,1 (72,2-74,0)	79,4 (78,6-80,3)	---	---
Caribisch	---	---	75,7 (73,8-75,5)	80,4 (79,7-81,2)
Mediterraan*)	79,1 (78,2-80,1)	83,0 (82,1-84,0)	77,6 (76,6-78,6)	86,1 (84,7-87,5)
Totaal**)	74,8 (74,6-75,0)	80,6 (80,4-80,8)	73,4 (73,2-73,6)	79,2 (79,1-79,4)

*) Turks, Marokkaans, Zuid-Europees

***) incl. de hier niet-gepresenteerde bevolkingsgroepen

ten moeilijk te interpreteren, zeker in Den Haag (met veel personeel van multinationals en ambassades)¹. Surinaamse mannen hebben tot de leeftijd van circa 60 jaar een hogere sterfte dan autochtonen. De Surinaamse vrouwen wijken niet sterk af van de autochtonen. Antillianen hebben tot de leeftijd van circa 40 jaar een hogere sterfte, en Turken en Marokkanen tot de leeftijd van circa 20 jaar (mannen zowel als vrouwen). Het over all beeld is dat hoe hoger de leeftijd is, hoe gunstiger de sterftcijfers van de etnische minderheidsgroepen zijn ten opzichte van de Nederlanders. Vanaf de leeftijd van 40 jaar is de sterfte onder Antillianen, Turken en Marokkanen lager dan onder autochtonen. Op jonge leeftijd is er oversterfte binnen deze drie groepen. Deze resultaten zijn redelijk in lijn met de bevindingen van de vier grote steden over de periode 1995-1999 zoals gepresenteerd in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2001 van het RIVM (6).

Levensverwachting

Het wisselende beeld van de leeftijdspecifieke mortaliteitsratio's maakt nieuwsgierig naar een over all maat om de sterfteverschillen tussen de etnische groepen uit te drukken. Voorts geven de leeftijdspecifieke mortaliteitsratio's slechts een relatieve indruk, namelijk de sterfte van een bepaalde etnische minderheidsgroep ten opzichte van de autochtone Nederlanders. Daardoor blijft deze sterftemaat enigszins abstract. Een over all maat voor de sterfte die tegelijk een meer aansprekend beeld biedt is de zogeheten levensverwachting (zie het kader op pagina 22; de levensverwachting geeft aan hoe oud men naar verwachting zal worden).

Ook deze sterftemaat heeft echter nadelen. Zo wordt de levensverwachting vooral bepaald door de sterfte in de hogere leeftijdsgroepen. Gezien de leeftijdsopbouw van de meeste etnische minderheidsgroepen, komt sterfte op hogere leeftijd nog vrij zelden voor. Eén sterfgeval meer of minder kan dan de berekening onevenredig sterk beïnvloeden. Er zijn twee manieren om dit probleem aan te pakken, en beide manieren hebben wij gebruikt. Ten eerste kan men bevolkingsgroepen samenvoegen om zo de aantallen per groep te verhogen. Ten tweede kan men de mogelijke fluctuaties in de aantallen sterfgevallen in de hogere leeftijdsgroepen elimineren door vanaf een zekere leeftijd de verschillen tussen de onderscheiden bevolkingsgroepen te negeren. In de berekening van de levensverwachtingen ten behoeve van dit artikel hebben wij de sterfteverschillen boven de leeftijd van 80 jaar buiten beschouwing gelaten. Daartoe hebben we voor iedere bevolkingsgroep de nog resterende levensverwachting van de 80-jarigen, gelijk gesteld aan de gemiddelde resterende levensverwachting van alle 80-jarige Hagenaars. Voor de samenvoeging van bevolkingsgroepen hebben wij ons mede laten leiden door de beschikbaarheid van vergelijkingsmateriaal. De GG&GD Amsterdam heeft recentelijk de levensverwachting voor verschillende bevolkingsgroepen gepresenteerd (5). Deze cijfers zijn gebaseerd op de Amsterdamse bevolkings- en sterftegegevens over de periode 1994-1999 en hebben betrekking op autochtone Nederlanders, inwoners afkomstig uit het Caribisch gebied (Surinamers en Antillianen) en inwoners afkomstig uit de landen rond de Middellandse Zee (Turken, Marokkanen en Zuid-Europeanen).

¹ Uit de niettemin uitgevoerde, maar niet gepresenteerde analyses bleek dat de 'Overige niet-geïndustrialiseerde landen' en de Zuid-Europeanen een beeld vertonen dat redelijk overeenkomt met dat van de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen.

Doordat de verschillen in sterfte boven de leeftijd van 80 jaar in de Haagse cijfers buiten beschouwing zijn gelaten, zijn de in tabel 1 gepresenteerde levensverwachtingen mogelijk iets te laag voor de mediterrane en Surinamers, terwijl de levensverwachting van de autochtone Hagenaars enkele maanden te hoog zou kunnen liggen. Dit neemt niet weg dat het beeld in globale zin redelijk goed overeenkomt met het in Amsterdam gevonden patroon, vooral wat betreft de onderlinge vergelijking van de mediterrane mannen en vrouwen met de autochtone mannen en vrouwen. In overeenstemming met eerdere bevindingen liggen de sterftcijfers over all in Den Haag iets gunstiger dan in Amsterdam. De duidelijkste uitzondering vormen de mediterrane vrouwen. Het cijfer voor de Haagse mediterrane vrouwen is echter vrij sterk verlaagd door de keuze om voor de Haagse cijfers de sterfte boven de leeftijd van 80 jaar buiten beschouwing te laten. Mogelijk zou een vergelijkbare bewerking, toegepast op de Amsterdamse cijfers, de levensverwachting voor de mediterrane vrouwen doen dalen tot onder die van de Haagse mediterrane vrouwen. De Haagse cijfers voor de Surinamers zijn niet goed vergelijkbaar met de Amsterdamse cijfers voor de inwoners afkomstig uit het Caribisch gebied. In Amsterdam is hieronder tevens de Antilliaanse bevolkingsgroep begrepen. En de Surinaamse bevolkingsgroep bestaat in Amsterdam voor de overgrote meerderheid uit Creolen, terwijl de in Den Haag woonachtige Surinamers voor 75% van Hindostaanse afkomst zijn. Samenvoegen van deze groep met de Antilliaanse bevolkingsgroep tot één 'Caribische' groep zou derhalve evenmin tot een met Amsterdam vergelijkbare categorie hebben geleid. Samenvattend hebben in Den Haag - net als in Amsterdam - zowel bij de mannen als bij de vrouwen, de mediterrane veruit de gunstigste levensverwachting, gevolgd door de autochtone Nederlanders. De Surinaamse mannen en vrouwen hebben de ongunstigste levensverwachting. De gevonden levensverwachtingen roepen de vraag op hoe hoog de levensverwachting is in de landen van herkomst. Blijkens cijfers van de Wereld Gezondheidsorganisatie liggen deze beduidend lager dan de in Den Haag gevonden levensverwachtingen en nog veel lager dan de levensverwachtingen voor heel Nederland. Zo lagen in 2000 de levensverwachtingen voor mannen respectievelijk vrouwen in Nederland op 75,4 en 81,0 jaar; in Suriname op 68,0 en 73,5 jaar; in Turkije op 66,8 en 72,5 jaar; en in Marokko op 66,1 en 70,4 jaar (8).

Odds Ratio's; correctie voor verschillen in sociaal-economische positie

Een toelichting op het begrip Odds Ratio (OR) staat in het kader op pagina 22. Heel in het kort gezegd is de OR: het quotiënt wel/niet overledenen in de ene populatie gedeeld door hetzelfde quotiënt in de andere populatie. Het vergelijkt dus de sterfteniveaus van beide populaties. In ons geval is de ene populatie (de index-populatie) een bepaalde etnische minderheidsgroep en de andere populatie (de referentiepopulatie) de autochtone bevolkingsgroep. Met de

Tabel 2.

Achterstandscore per wijk, Den Haag 1998.

Wijk	Achterstandscore
Vogelwijk	-24,5
Westbroekpark en Duttendel	-23,1
Benoordenhout	-21,6
Van Stolkpark en Scheveningse Bosjes	-19,5
Kijkduin en Ockenburgh	-19,4
Bohemen en Meer en Bos	-18,4
Kraayenstein en Uithof	-16,0
Belgisch Park	-15,7
Archipelbuurt	-12,6
Vruchtenbuurt	-12,5
Geuzen- en Statenkwartier	-12,3
Willemspark	-11,6
Wateringse Veld	-11,4
Loosduinen	-10,9
Waldeck	-10,7
Bomen- en Bloemenbuurt	-10,7
Leyenburg	-9,4
Duinoord	-8,3
Mariahoeve en Marlot	-6,7
Scheveningen	-6,0
Bezuidenhout	-4,4
Duindorp	-1,5
Rustenburg en Oostbroek	-1,3
Zeeheldenkwartier	4,4
Morgenstond	4,7
Bouwlust	5,0
Moerwijk	5,0
Groente- en Fruitmarkt	7,1
Valkenboskwartier	7,6
Centrum	7,6
Regentessekwartier	8,1
Laakkwartier en Spoorwijk	8,5
Stationsbuurt	14,3
Transvaalkwartier	21,5
Schildersbuurt	24,7

Tabel 3.

Voor leeftijd gecorrigeerde Odds Ratio's voor sterfte naar etniciteit, zonder correctie voor achterstandscore.

Etnische achtergrond	Mannen			Vrouwen		
	Odds Ratio	95%-BI	p	Odds Ratio	95%-BI	p
Autochtoon	1	---	---	1	---	---
Surinaams	1,034	0,949-1,125	0,447	1,028	0,934-1,132	0,568
Antilliaans	0,692	0,545-0,878	0,002	0,615	0,468-0,806	<0,0005
Turks	0,709	0,599-0,838	<0,0005	1,064	0,869-1,304	0,548
Marokkaans	0,611	0,509-0,734	<0,0005	0,828	0,630-1,088	0,176

techniek van logistische regressie kan deze OR worden berekend en daarbij kan naar geloven al dan niet worden gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en voor verschillen in achterstandscore van de wijk van de wel- resp. niet-overledene. Een OR van 1 betekent dat de sterfteniveaus van index- en referentiepopulatie gelijk zijn, een OR groter dan 1 duidt op een over all verhoogde sterfte onder de desbetreffende etnische groep.

Op basis van de hierboven gepresenteerde bevindingen, een gunstiger sterftepatroon onder de mediterranen, hebben wij ons de vraag gesteld of de in het verleden gevonden sterfteverschillen tussen wijken van verschillend sociaal-economisch niveau (in het nadeel van de achterstandswijken) wel terug gevonden zouden worden in de nu bestudeerde periode. Immers, indien de etnische minderheidsgroepen, die toch inmiddels de grote meerderheid vormen van de bewoners in de achterstandswijken, gunstiger sterfecijfers hebben dan autochtonen, dan zou dat toch moeten doorwerken in de sterfteverschillen tussen de wijken? Allereerst hebben wij daarom de sterfteverschillen bekeken tussen wijken met een verschillende achterstandscore. Enkele wijken hebben geen of zeer weinig inwoners: Binckhorst, Haagse Bos, Oostduinen, Zorgvliet en Zuiderpark. In totaal zijn daarom 35 wijken betrokken in de analyse, met 32 verschillende achterstandscores (zie tabel 2). In de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder vindt een belangrijk gedeelte van de sterfte plaats in verpleeg- en verzorgingshuizen. Doordat deze zich naar verhouding vaker bevinden in de meer welgestelde wijken, vlakken de sterfteverschillen tussen achterstandswijken en welgestelde wijken enigszins af (9). Wij hebben ons daarom bij het nagaan van sterfteverschillen tussen wijken beperkt tot de sterfte beneden de 65 jaar. Bij de mannen vonden we een (voor verschillen in leeftijd gecorrigeerde) OR van 1,016 en bij de vrouwen een OR van 1,015. Dit betekent dat de Odds met elke eenheid van toename in achterstandscore met circa anderhalf procent toe-

neemt. Indien men dit doorrekent, blijkt dit model de sterftekans in de Schildersbuurt ongeveer twee maal zo hoog te schatten als in de Vogelwijk. Dit beeld, een veel hogere sterfte in de achterstandswijken, is dus niet gewijzigd ten opzichte van eerder onderzoek (9).

Wij hebben vervolgens de sterfte naar etniciteit bekeken, uitgedrukt als OR ten opzichte van de autochtone Hagenaars. Hierbij is de totale bevolking in de analyse betrokken, dus ook de 65-plussers. Tabel 3 presenteert de OR's (met bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen en significantieniveaus; voor verklaring van deze begrippen zie het kader op pagina 23) voor de respectievelijke etnische minderheidsgroepen, mannen en vrouwen apart. Wat het meest in het oog springt is de in het algemeen verlaagde sterfte onder de migrantengroepen, in vergelijking met de autochtone Nederlanders. De sterfte van de Surinaamse mannen en vrouwen en die van de Turkse vrouwen ligt iets hoger dan die onder de autochtone Nederlanders (statistisch niet significant).

Aan het begin van dit artikel werd nog een tweede vraag gesteld: is de afwijkende sterfte onder de migranten verklaarbaar uit hun sociaal-economische positie? Eigenlijk moet deze vraag anders worden geformuleerd, omdat de sterfte over het geheel juist verlaagd blijkt te zijn onder de migranten. Het is niettemin interessant om na te gaan hoe hoog de sterfte onder de migranten is ten opzichte van de autochtone Nederlanders, indien rekening wordt gehouden met het verschil in sociaal-economische positie. Hiertoe hebben we de analyse herhaald, maar met toevoeging van de achterstandscore van de wijk aan het model. Geheel volgens de verwachtingen daalden de sterfteniveaus van de onderscheiden migrantengroepen na deze correctie (zie tabel 4). Alle OR's kwamen nu uit onder de waarde 1. Ook waren ze vrijwel allemaal significant lager dan 1, uitgezonderd de sterfte onder de Surinaamse en Turkse vrouwen.

Tabel 4.

Vóór leeftijd en achterstandscore gecorrigeerde Odds Ratio's voor sterfte naar etniciteit.

Etnische achtergrond	Mannen			Vrouwen		
	Odds Ratio	95%-BI	p	Odds Ratio	95%-BI	p
Autochtoon	1	---	---	1	---	---
Surinaams	0,874	0,801-0,953	0,002	0,948	0,859-1,045	0,281
Antilliaans	0,647	0,510-0,822	<0,0005	0,600	0,457-0,787	<0,0005
Turks	0,571	0,482-0,676	<0,0005	0,959	0,782-1,175	0,684
Marokkaans	0,490	0,407-0,589	<0,0005	0,742	0,564-0,976	0,033

De achterstandscore van de wijken werd onder meer vastgesteld aan de hand van het percentage allochtonen per wijk. Dit betekent dat, bij de correctie van de gevonden interetnische sterfteverschillen voor de mogelijke invloed van de achterstandscore van de wijk, een geheel zuivere correctie niet heeft kunnen plaatsvinden. Een wijk met een hoger percentage allochtonen krijgt immers een hogere achterstandscore toegewezen. En, hoe hoger de achterstandscore van een wijk, hoe sterker het sterfteniveau daalt onder invloed van de toegepaste correctie. Het toch al lage sterfteniveau van de allochtonen wordt dus door deze correctie sterker verlaagd in de wijken met een hoog percentage allochtonen.

Een tweede probleem met de door ons uitgevoerde correctie voor sociaal-economische positie is gelegen in het ecologische karakter van de gekozen parameter, te weten de achterstandscore van de wijk. Deze score geeft een gemiddeld beeld voor alle personen die in de desbetreffende wijk wonen, en zal in vele gevallen geen juiste indicatie geven voor de sociaal-economische positie op individueel niveau. In het kader van het onderhavige artikel is dit punt van belang omdat de betekenis van deze achterstandscore waarschijnlijk niet voor alle etnische bevolkingsgroepen dezelfde is. Het kan zo zijn dat mensen met een zelfde etnische achtergrond bij elkaar in één wijk blijven wonen, ongeacht de eigen sociaal-economische positie. Dat kan betekenen dat een aantal van de migranten die in een achterstandswijk wonen, zelf niet zozeer een lage sociaal-economische positie heeft. In ieder geval is Den Haag wel de stad met de hoogste segregatie-index voor niet-westerse allochtonen: nergens in Nederland wonen de niet-westerse allochtonen zo geconcentreerd als in Den Haag (10). Bovendien zijn er aanwijzingen dat deze ruimtelijke segregatie niet uitsluitend gerelateerd is aan de sociaal-economische positie van allochtonen (11). Overigens vonden wij in onze sterftegegevens dat toch ook binnen de diverse

migrantengroepen de sterftekans toeneemt met de achterstandscore van de wijk (zij het meestal niet statistisch significant). Dit geldt voor beide geslachten en zowel voor de totale sterfte als voor de sterfte beneden de leeftijd van 65 jaar.

Al met al luidt de conclusie dat, zeker indien rekening wordt gehouden met de achterstandscore van de wijk waarin men woont, de sterftekans voor migranten gunstiger zijn dan voor autochtone Nederlanders. In het algemeen geldt dit zelfs indien géén rekening wordt gehouden met de sociaal-economische achterstand van de meeste migranten.

Beschouwing

In tegenstelling tot wat veelal wordt verondersteld, wordt in dit onderzoek gevonden dat migranten over het algemeen gunstiger sterftecijfers hebben dan autochtone Nederlanders. Dit gegeven werd voor het eerst gevonden in een CBS-onderzoek over de periode 1979-1988 naar de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen. Het CBS publiceerde deze bevindingen onder veel voorbehoud (12). Voor de Turkse bevolkingsgroep bleek in die periode de sterfte boven de leeftijd van 45 jaar verlaagd voor ziekten van de bloedsomlooporganen en nog sterker verlaagd voor de kwaadaardige aandoeningen. Voor de Marokkaanse bevolkingsgroep bleek de sterfte vanaf 35 jaar verlaagd, eveneens vooral door een lagere sterfte ten gevolge de genoemde ziekten.

Relatief gunstige sterftecijfers voor mediterrane werden ook gevonden in het onderzoek dat de GGD'en van de vier grote steden uitvoerden over de periode 1995-1999 (6) en dat in 2001 gepubliceerd werd in de RIVM-uitgave 'Gezondheid in de grote steden' (1). Het RIVM heeft zelf de inleiding bij het desbetreffende hoofdstuk geschreven. Het citaat aan het begin van dit artikel is uit die inleiding afkomstig. Dat citaat suggereert dat de sterfte onder de allochtonen hoger is en dat zij daardoor een bijdrage leveren aan

de ongunstige sterftecijfers van achterstandswijken. Er lijkt dus in het RIVM-rapport een zekere tegenspraak te zitten, die mogelijk wordt veroorzaakt doordat het voor veel mensen moeilijk te geloven is dat sommige allochtone groepen juist gunstiger sterftecijfers hebben dan autochtone Nederlanders.

De bevinding dat migranten soms gunstiger sterftecijfers hebben dan autochtonen is niet uniek voor Nederland. Ook in andere westerse landen is iets dergelijks gevonden (13-17). In het bijzonder onder Turkse inwoners in Duitsland en Marokkaanse inwoners in Frankrijk is gevonden dat hun sterftecijfers gunstig zijn in vergelijking met de autochtone bevolking (18-20). In Groot-Brittannië wordt de verhoogde cardiovasculaire sterfte onder Hindostanen gecompenseerd door een verlaagde kankersterfte (21). Uiteraard leiden dergelijke bevindingen tot debat in de wetenschappelijke literatuur. Zo veronderstelt men wel een 'healthy migrant effect': de allochtonen vormen mogelijk een gezonde selectie uit het land van herkomst, bijvoorbeeld omdat zij in de eerste jaren van de werving van 'gastarbeiders' een medische keuring moesten ondergaan om in aanmerking te komen voor een baan in Nederland. Ook zou er selectieve migratie kunnen zijn van relatief ongezonde migranten, die hun oude dag liever in het land van herkomst zouden willen slijten. Voorts zouden migranten wellicht na migratie ten onrechte ingeschreven kunnen blijven in het bevolkingsregister, zodat de noemer van de sterftecijfers te hoog wordt geschat. Ter verklaring van een verhoogd sterftecijfer onder migranten is wel aangevoerd dat migranten bij hun komst naar Nederland een te lage leeftijd hebben opgegeven. In werkelijkheid is men dan ouder dan volgens het bevolkingsregister, hetgeen een verhoogde sterftekans zou kunnen verklaren. Navraag bij de Dienst Burgerzaken leerde dat bij verzoeken tot correctie van een foutieve geboortedatum, de leeftijd in werkelijkheid inderdaad meestal hoger ligt dan de leeftijd volgens het bevolkingsregister. Een dergelijke registratiefout maakt de gevonden verlaagde sterfte onder migranten nog opmerkelijker.

Andere verklaringen voor de verlaagde sterfte onder migranten worden gezocht op het gebied van de genetica of in gezondere leefwijzen. Met name het mediterrane dieet zou verantwoordelijk kunnen zijn voor het gunstige sterftepatroon van Turken en (vooral) Marokkanen (20); een opvatting die wordt gesteund door de bevinding dat binnen West-Europa de hoogste levensverwachting wordt gevonden in Spanje. Nader onderzoek naar de oorzaken van het gunstige sterftepatroon van met name de mediterranen lijkt de

moeite waard. Het zou bijvoorbeeld aanknopingspunten kunnen bieden voor de voorlichting over gezonde voeding aan sociaal-economisch achtergestelde bevolkingsgroepen.

Uit de vergelijking van de levensverwachtingen van de diverse allochtone bevolkingsgroepen met die in het land van herkomst blijkt de levensverwachting in Nederland voor deze groepen veel gunstiger te zijn en voor de mediterranen zelfs gunstiger dan voor de autochtone bevolking. Enerzijds lijkt dit te komen doordat de bevolkingsgroepen die afkomstig zijn uit de landen rond de Middellandse Zee veel minder worden getroffen door de 'grote killers' in de westerse landen (kanker en hart- en vaatziekten), terwijl zij anderzijds wel de voordelen genieten van een betere hygiëne en een betere gezondheidszorg in Nederland, waardoor hun levensverwachting ook hoger ligt dan in het land van herkomst.

Het gunstige beeld van de sterfte onder allochtonen moet wel worden genuanceerd. Om te beginnen geldt het niet voor de levensverwachting van de Surinaamse bevolking (mannen zowel als vrouwen), hetgeen past bij de door ons gevonden hoge prevalentie van diabetes en hart- en vaatziekten in deze bevolkingsgroep (2), (22). Een tweede nuancering betreft de reikwijdte van onze conclusies. Sterfte is niet de enige parameter die iets zegt over de gezondheid van een bevolkingsgroep. Uit dit onderzoek kan dus niet worden geconcludeerd dat mediterrane migranten gezonder zijn dan autochtone Nederlanders. Het is wel waarschijnlijk dat zij minder vaak lijden aan levensbedreigende ziekten en aandoeningen. Andere (chronische) ziekten kunnen echter wel degelijk tot een ernstige ziektelast voor een bevolkingsgroep leiden. Het artikel van Struben in deze aflevering van het Bulletin illustreert dit (2).

Een derde kanttekening heeft betrekking op de sterfte op jonge leeftijd. De verhoogde sterfte onder jonge migranten, met name in de leeftijdsgroepen tot twintig jaar, vraagt om nader onderzoek. Voor een deel betreft dit sterfte in het buitenland, waarbij de doodsoorzaak niet in Nederland is geregistreerd. Uit landelijke gegevens over de verhoogde sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen komen als belangrijkste doodsoorzaken naar voren: erfelijke ziekten, infectieziekten, (verkeers)ongelukken en verdrinking (23). Voor een flink deel gaat het dus vermoedelijk om vermijdbare sterfte. (Verhoogde) sterfte op de kinderleeftijd wordt alom gezien als een veel ernstiger probleem dan sterfte op volwassen leeftijd. Zuigelingensterfte en kindersterfte worden wereldwijd beschouwd als indi-

catoren van welvaart en van het peil van de gezondheidszorg van een land. Dat de sterfte onder de migranten in de jonge leeftijdsgroepen (sterk) verhoogd is in vergelijking met de autochtone bevolking, dient dan ook te worden opgevat als een belangrijk alarmsignaal.

Een laatste kanttekening sluit hierbij aan. Ook in de landen van herkomst is de kindersterfte hoog. Voor die migranten die als volwassene naar Nederland zijn gekomen, geldt dat zij deze kindersterfte hebben overleefd en dat zij dus in elk geval in dat opzicht een positieve selectie vormen van de inwoners van het land van herkomst. In dit licht moeten de berekende levensverwachtingen dus met extra voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Ten slotte de vraag hoe het dan mogelijk is dat de sterfte in de achterstandswijken zo sterk verhoogd is, terwijl hier toch de grootste aantallen migranten wonen. De verklaring hiervoor ligt in het feit dat de sterfte onder de totale Haagse bevolking nog altijd wordt gedomineerd door de sterfte onder de autochtone bevolking, ook in de achterstandswijken. In de wijken Schildersbuurt en Transvaal bijvoorbeeld is slechts 17,8% van de mannen autochtoon, maar de sterfte wordt voor 57,6% door hen bepaald. Bij de vrouwen is 19,2% autochtoon, maar deze groep neemt maar liefst 63,7% van de sterfte voor haar rekening. De oorzaak hiervan is dat de allochtonen nog maar weinig vertegenwoordigd zijn in de leeftijdsgroepen waar de grootste sterfte optreedt.

De conclusie die wij uit deze bevindingen trekken luidt dat allochtonen over het algemeen gunstiger sterftecijfers hebben dan autochtonen en dat derhalve in de komende 25 jaar, als de allochtone populatie in de achterstandswijken vergrijst en de allochtonen een zwaarder stempel gaan zetten op het sterftepatroon, de sterfteverschillen tussen wijken met een verschillend sociaal-economisch niveau naar alle waarschijnlijkheid zullen afnemen.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken dr. D. Uitenbroek van de GG&GD Amsterdam voor de nuttige adviezen voor dit artikel.

Levensverwachting

De in dit artikel gepresenteerde levensverwachtingen zijn gebaseerd op de relatieve sterfte per leeftijd. Een levensverwachting van 74,4 jaar voor een bepaalde bevolkingsgroep houdt in dat de pasgeborenen die behoren tot die bevolkingsgroep, naar verwachting gemiddeld 74,4 jaar oud zullen worden, indien de huidige leeftijdspecifieke sterftecijfers gedurende hun leven precies even hoog blijven als ze nu zijn.

Voor onze berekeningen hebben wij gebruik gemaakt van de levenstafels analyse volgens Chiang (7).

Odds Ratio

De Odds Ratio is een getal dat de verhouding aangeeft tussen twee Odds. Preciezer: de ene Odds gedeeld door de andere Odds. Het begrip Odds is afkomstig uit de wereld van de weddenschappen (met name de Engelse paardenraces). De Odds geeft aan de kans dat iets wel of niet gebeurt. Preciezer: de kans dat iets wel gebeurt gedeeld door de kans dat iets niet gebeurt. Dat klinkt moeilijker en gekker dan het is. Neem de uitdrukking: 'Tien tegen één dat Black de volgende race wint'. Die uitspraak betekent dat de spreker denkt dat er 10/11 kans is dat Black de race wint en 1/11 kans dat hij niet wint. De Odds is dan 10/11 gedeeld door 1/11 ofwel tien tegen één.

Een Odds Ratio vergelijkt de Odds van een lid van de ene bevolkingsgroep met de Odds van een lid van een andere bevolkingsgroep. In het kader van dit artikel gaat het om de kans om te overlijden gedurende de onderzoeksperiode. Stel dat op een zekere leeftijd de kans om te overlijden voor een Marokkaan 10% bedraagt en voor een autochtone Nederlander 12,5%. Dan bedraagt de Odds voor de Marokkanen van die leeftijd één tegen negen (10% overlijdt wel en 90% overlijdt niet) en de Odds voor een autochtone Nederlander van die leeftijd één tegen zeven (12,5% overlijdt wel en 87,5% overlijdt niet). De Odds Ratio van de sterfte voor de Marokkanen ten opzichte van de autochtone Nederlanders bedraagt dan $1/9$ gedeeld door $1/7 = 7/9$ oftewel 0,78.

Indien de kans op een gebeurtenis erg klein is, dan wordt de Odds Ratio vrijwel gelijk aan de kans van een willekeurig lid van de ene groep gedeeld door de kans van een willekeurig lid van de andere groep.

Een Odds Ratio van een continue variabele (zoals bijvoorbeeld leeftijd of achterstandscore) geeft aan

hoeveel de Odds toe- of afneemt per eenheid toename van de variabele. Een Odds Ratio van 1,02 voor leeftijd bijvoorbeeld, betekent dat de Odds ieder jaar met 2% toeneemt (het onderliggende model gaat per definitie uit van een exponentiële toename).

Betrouwbaarheidsintervallen en significantieniveau's

Het 95%-betrouwbaarheidsinterval van een Odds Ratio (OR) geeft de grenzen aan waarbinnen de OR (zo goed als zeker) werkelijk ligt. In dit onderzoek hebben wij 'slechts' zeven jaren betrokken. Door toevalsfactoren kan het zo zijn dat de sterfte in die zeven jaren voor bepaalde bevolkingsgroepen iets te hoog of te laag is uitgevallen, als je dit met het algemene beeld zou vergelijken. Met de term 95%-betrouwbaarheidsinterval wordt bedoeld dat de kans ten hoogste 5% is dat de werkelijke waarde van de OR buiten dat interval ligt. Van bijzonder belang is de vraag of de waarde 1 (één) zich binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval ligt. Als dit niet het geval is (het 95%-betrouwbaarheidsinterval ligt in zijn geheel onder, of juist in zijn geheel boven de waarde 1), dan is de kans dat het gevonden verschil op toeval berust, minder dan 5%.

Die 5%, ook wel uitgedrukt als een kans van 0,05, noemen wij het significantieniveau. Als het 95%-betrouwbaarheidsinterval ver uit de buurt van de waarde 1 ligt, is de kans natuurlijk nog veel kleiner dat de OR in werkelijkheid 1 zou bedragen. Hoe veel kleiner, dat wordt aangeduid met de waarden in de kolom p van de tabellen. Indien de p bijvoorbeeld 0,002 bedraagt, dan is de kans dat de OR in werkelijkheid 1 bedraagt (en dat dus het in ons onderzoek gevonden verschil slechts door toevalsfactoren is ontstaan en er in werkelijkheid geen sterfteverschil zou zijn): 2 op de 1.000.

Literatuur

1. Van der Lucht F, Verkleij H. Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bilthoven, 2001.
2. Struben HWA, Middelkoop BJC. Gezondheidsvragen in de Stadsenquête 2001. De uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond. *Epidemiol Bul Grav* 2002; 37 nr. 4: 2-14
3. Gemeente Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; Productgroep Onderzoek en Integrale Vraagstukken. OCW-Monitor 1998. Den Haag, 1998.
4. Struben HWA, Burger I, Middelkoop BJC. Welke dooorzaken dragen bij aan de sociaal-economische sterfteverschillen? Onderzoek onder Hagenaars jonger dan 65 jaar. *Epidemiol Bul Grav* 1996; 31 nr. 1: 19-33.
5. Uitenbroek DG, Verhoeff A. Life expectancy and SMR applied to migrant groups living in Amsterdam, the Netherlands. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1379-1388.
6. Uitenbroek DG, Swart WAJM, Middelkoop BJC, Mazurkiewicz ES. Sterfte in de grote steden. In: Van der Lucht F, Verkleij H. Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bilthoven, 2001.
7. Chiang CL. The life table and its construction. In: Chiang, CL. *Introduction to Stochastic Processes in Biostatistics*. New York, John Wiley & Sons Inc., 1968.
8. World Health Organization. Selected health indicators: life expectancy at birth. <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm> (website bezocht op 2 oktober 2002).
9. Burger I, Vroom-Jongerden JM, Middelkoop BJC, Struben HWA. Oorzaakspecifieke sterfte en sociaal-economische status. Een introductie. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 4: 19-29.
10. Van Huis LT. Spreiding van niet-westerse allochtonen over Nederland. *CBS Maandstat Bev* 2001; 49 nr. 6: 20-22.
11. Lindner L. Ruimtelijke segregatie van afkomstgroepen in Den Haag. *Wiens keuze? Bureau Discriminatiezaken*. Den Haag, 2002.
12. Hoogenboezem J, Israëls AZ. Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland, 1979-1988. *CBS Maandber Gezondheidsstat* 1990; 9 nr. 8: 5-20.
13. Shai D, Rosenwaike I. Mortality among Hispanics in metropolitan Chicago: an examination based on vital statistics data. *J Chronic Dis* 1987; 40: 445-451.
14. Rosenwaike I. Mortality differentials among persons born in Cuba, Mexico, and Puerto Rico residing in the United States, 1979-81. *Am J Public Health* 1987; 77: 603-606.
15. Wei M, Valdez RA, Mitchell BD, Haffner SM, Stern MP, Hazuda HP. Migration status, socioeconomic status, and mortality rates in Mexican Americans and non-Hispanic whites: the San Antonio Heart Study. *Ann Epidemiol* 1996 Jul; 6(4): 307-313.
16. Strong K, Trickett P, Bhatia K. The health of overseas-born Australians, 1994-1996. *Aust Health Rev* 1998; 21: 124-133.
17. Weitof GR, Gullberg A, Hjern A, Rosen M. Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 756-763.
18. Altenhofen L, Weber I. Mortality of foreign and indige-

- nous population in the German Federal Republic. *Soz Präventivmed* 1993; 38: 222-230.
19. Razum O, Zeeb H, Akgun HS, Yilmaz S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Trop Med Int Health* 1998; 3: 297-303.
 20. Darmon N, Khlal M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr* 2001; 2: 163-172.
 21. Wild S, McKeigue P. Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales, 1970-92. *BMJ* 1997 Mar 8; 314: 705-710.
 22. Middelkoop BJC, Kesarlal-Sadhoeram SM, Ramsaransing GN, Struben HWA. Diabetes mellitus among South Asian inhabitants of The Hague: high prevalence and an age-specific socioeconomic gradient. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 1119-1123.
 23. Gemeente Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; Productgroep Epidemiologie, Gezondheidsvoorzichting en GGD-beleid. *Gezondheidsmonitor 1999*. Den Haag, 1999.

Sterfte en gerapporteerde gezondheid van migranten, een paradox?

B.J.C. Middelkoop en H.W.A. Struben

In deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin wordt een aantal resultaten gepresenteerd uit het onderdeel 'Gezondheid' van de Haagse Stadsenquête 2001, uitgesplitst naar de etnische achtergrond van de respondenten (1). Het globale beeld dat hieruit naar voren komt is, dat migranten (in vergelijking met autochtone Hagenaars) méér klachten hebben over hun gezondheid, vaker melden dat ze lijden aan één of meer chronische aandoeningen, en vaker naar de huisarts gaan. Voor sommige groepen geldt bovendien dat ze in bepaalde opzichten een ongezondere leefstijl hebben dan autochtonen, met name wat betreft roken. In een ander artikel in ditzelfde Bulletin worden evenwel sterftegegevens gepresenteerd die op het eerste gezicht hier niet mee in overeenstemming lijken: migranten, met name de Hagenaars van mediterrane komaf, hebben gunstiger sterftcijfers dan autochtonen (2). De vraag dringt zich op of hier geen sprake is van tegenstrijdige bevindingen. In deze bijdrage gaan wij hier nader op in. Wij bespreken daarbij drie mogelijke verklaringen van de ogenschijnlijke paradox.

Verklaring 1: de resultaten van één of van beide artikelen zijn niet in orde

Het overkomt de beste tijdschriften wel eens. Een geaccepteerd en gepubliceerd onderzoek blijkt bij nader inzien een fout te bevatten die de bevindingen op losse schroeven zet. Bij beide artikelen in dit bulletin staan methodologische kanttekeningen die wellicht zo ernstig moeten worden genomen dat zij de conclusies ondermijnen. Of, nog erger, er zijn nog heel andere kanttekeningen te plaatsen, waar de auteurs niet bij hebben stilgestaan.

Uit oogpunt van eenvoud is dit een aantrekkelijke optie. Als een of beide artikelen niet deugen dan hoeft een eventuele tegenspraak ook niet te worden verklaard. Het lijkt er echter niet op dat het zo eenvoudig ligt. In beide artikelen wordt immers betoogd dat de bevindingen geheel in lijn zijn met wat elders in Nederland (of in West-Europa) wordt gevonden of

met wat al eerder is gevonden.

Niettemin bestaat uiteraard de mogelijkheid dat de onderzoeken waarop deze twee artikelen zijn gebaseerd, de toets der kritiek niet kunnen doorstaan. In dat geval zijn er twee mogelijkheden. Ofwel de situatie in Den Haag wijkt af van de situatie elders (hetgeen de vraag oproept hoe dit verklaard moet worden), ofwel de kritiek op één of beide artikelen is ook geldig voor elders verricht onderzoek.

Met name de laatste mogelijkheid kan niet geheel worden uitgesloten. Zo kan bijvoorbeeld overal het probleem spelen van verschillen tussen etnische groepen in hulpzoekgedrag en in betekenisverlening aan klachten. Deze beide parameters kunnen een aanzienlijke invloed hebben op de zelfgerapporteerde gezondheid. De eerste doordat de a priori kans dat een aandoening wordt ontdekt uiteraard groter is naarmate iemand frequenter de huisarts bezoekt; en de tweede doordat eenzelfde klacht die door de ene patiënt als een betrekkelijk onschuldig verschijnsel wordt geduid, door een andere patiënt als bewijs voor de aanwezigheid van een ernstige aandoening kan worden geïnterpreteerd. Hierbij kunnen ook communicatieproblemen tussen arts en patiënt een belangrijke rol spelen.

Verklaring 2: de klachten en ziekten die veel bij migranten voorkomen, leiden niet tot sterfte

De belangrijkste doodsoorzaken in Nederland zijn kwaadaardige nieuwvormingen en hart- en vaatziekten. In Den Haag is dat niet anders: kwaadaardige nieuwvormingen zijn bij de mannen verantwoordelijk voor circa 30% van de sterfte en bij de vrouwen voor bijna 25%. Hart- en vaatziekten veroorzaken bijna 40% van de sterfte onder de Haagse mannen en ruim 40% van de sterfte onder de Haagse vrouwen. (3). De kwaadaardige aandoeningen en hart- en vaatziekten nemen dus verreweg het leeuwendeel van de sterfte in Den Haag voor hun rekening.

In de Stadsenquête rapporteerden alle migrantengroe-

Over de auteurs:

Dr. B.J.C. Middelkoop, arts-epidemioloog en hoofd afdeling; ir. H.W.A. Struben, epidemioloog; beiden werkzaam op de afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag.

pen verlaagde cijfers voor kwaadaardige aandoeningen; verlaagde sterftcijfers zijn hiermee dus in overeenstemming.

De Surinaams-Hindostaanse mannen en vrouwen rapporteerden vaker dan autochtonen dat zij een hart- of vaatziekte hebben; in combinatie met de verlaagde prevalentie van kwaadaardige aandoeningen past dit bij de bevinding dat de sterfte onder de Surinaamse bevolkingsgroep niet significant afwijkt van de sterfte onder de autochtone Hagenaars (voor deze vergelijking maken we gebruik van de niet voor achterstandscore gecorrigeerde Odds Ratio's, aangezien ook de gepresenteerde resultaten van de Stadsenquête niet voor verschillen in sociaal-economische positie zijn gecorrigeerd).

De Marokkaanse mannen en vrouwen rapporteerden minder vaak dan autochtonen dat zij een hart- of vaatziekte hebben; zeker in combinatie met de eveneens verlaagde prevalentie van kwaadaardige aandoeningen past dit bij de gevonden verlaagde Odds Ratio's voor sterfte voor de Marokkaanse bevolkingsgroep.

De sterfte onder de Turkse vrouwen wijkt niet significant af van de sterfte onder autochtone vrouwen, zowel blijkens de Odds Ratio zonder als de Odds Ratio met correctie voor de achterstandscore van de wijk. Het aantal oudere Turkse vrouwen dat deelnam aan de Stadsenquête was te gering om een significant verhoogd of verlaagd voorkomen van een kwaadaardige aandoening of van een hart- of vaatziekte te kunnen vaststellen. Ook hier is derhalve geen tegenspraak tussen de Stadsenquête en de sterftcijfers. De Turkse mannen rapporteerden vaker dan autochtonen dat zij een hart- of vaatziekte hebben (zij het dat het verschil niet significant was). Dat Turkse mannen veel roken past bij dit gegeven. Dat de sterfte onder de Turkse mannen niettemin significant verlaagd is (zowel met als zonder correctie voor de achterstandscore van de wijk) is daarom wel verrassend. Mogelijk is het zo dat er weliswaar een verhoogde cardiovasculaire sterfte is onder de Turkse mannen (in vergelijking met de autochtone Haagse mannen), maar dat dit wordt gecompenseerd door een verlaagde kankersterfte.

Verklaring 3: het sterftepatroon loopt achter bij het morbiditeitspatroon

Als het gaat om chronische aandoeningen, veranderen sterftcijfers slechts langzaam, omdat zij de uitkomst zijn van de morbiditeit in de achterliggende periode. Veranderingen in morbiditeit gaan dus vooraf aan veranderingen in sterftcijfers. Tussen veranderingen in de determinanten van de gezondheidssituatie (zoals het rookgedrag) en veranderingen in de sterfte ver-

loopt nog meer tijd. Hoewel de huidige sterftcijfers voor de Hagenaars van mediterrane afkomst gunstig zijn, kan niet worden uitgesloten dat dit beeld in de toekomst gaat veranderen. Naar verwachting zal het rookgedrag van de Turkse mannen zich in de toekomst vertalen in een verhoging van de sterfte niet alleen ten gevolge van hart- en vaatziekten, maar ook ten gevolge van longkanker. Ook mag worden verwacht dat acculturatie zal leiden tot het loslaten van een deel van de cultuur-eigen leefgewoonten (zoals de gezonde mediterrane voedingsgewoonten), hetgeen op den duur in ongunstige zin kan doorwerken in de sterftcijfers van de mediterranen. In het meest extreme geval zal dit de voorspelling teniet doen die gedaan wordt aan het slot van het sterfte-artikel, namelijk dat de sterftcijfers in de achterstandswijken in de komende jaren lager zullen worden doordat ze in toenemende mate bepaald worden door de sterfte onder de allochtonen.

Conclusie

Tussen de artikelen over de Stadsenquête en over de sterfte naar etniciteit zit minder tegenspraak dan op het eerste gezicht lijkt. Voorzover deze tegenspraak toch zou bestaan, wordt deze misschien mede verklaard door een tempoverschil. Een ongunstige verandering in de determinanten van de gezondheid van een bepaalde populatie heeft het eerst invloed op de morbiditeit en pas in tweede instantie op de sterfte. De gerapporteerde gunstige sterftcijfers van de Hagenaars afkomstig uit de landen rond de Middellandse Zee mogen daarom niet te veel reden geven voor tevredenheid. Het is nog maar de vraag, of deze gunstige situatie bestand zal blijken tegen de tand des tijds.

Literatuur

1. Struben HWA, Middelkoop BJC. Gezondheidsvragen in de stadsenquête Den Haag 2001. De uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond. *Epidemiol Bul Grav* 2002; 37 nr. 4: 2-14
2. Middelkoop BJC, Van Koolwijk AFM. Sterfte naar etniciteit en sociaal-economische positie: gunstige cijfers voor de Hagenaars van mediterrane afkomst. *Epidemiol Bul Grav* 2002; 37 nr. 4: 2-14
3. GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie. Gezondheidsmonitor 1999. Den Haag, Dienst OCW 2000.

korte berichten

Verslag

Werken aan grenzen: verschillen in cultuur en zorg voor geestelijke gezondheid

Onder deze naam organiseerden het Bureau Public Health van de gemeente Den Haag en de STIOM (Stichting ter Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening) in april dit jaar een conferentie over verbetering van de geestelijke gezondheidszorg in de achterstandswijken van Den Haag.

Toepasselijke plaats van handeling was het Dialoogcentrum van de moskee 'Noeroel Islam' in de Haagse binnenstad. Op het programma: twee inleidingen, twee casuspresentaties en discussie. Inleider Harry Nijhuis, hoofd van het Bureau Public Health, beschreef twee door de STIOM opgezette en uitgevoerde projecten, die deel uitmaken van de zogeheten 'Proeftuin Maatschappelijke Gezondheidszorg Den Haag': *Versterking eerstelijns geestelijke gezondheidszorg* en *Nieuwe Sporen*.

Beide projecten hebben tot doel de psychosociale zorg in de Haagse centrumwijken te verbeteren. Het eerstgenoemde project wil het langs elkaar heen werken en de versnippering van de reguliere psychosociale zorg in de betreffende wijken tegengaan. In het bijzonder allochtone cliënten dreigen tussen wal en schip te vallen. Om te komen tot een meer samenhangende aanpak heeft men, bij wijze van experiment, rondom vier groepspraktijken van huisartsen nieuwe vormen van samenwerking tussen hulpverleners gecreëerd.

Bij 'Nieuwe Sporen' gaat het om het ontbreken van aansluiting tus-

sen de vraag van allochtone bewoners en het aanbod van de reguliere zorg. De kloof tussen de reguliere zorg en de leefwereld van allochtone cliënten is groot. Daarom schakelt men vertrouwenspersonen - sleutelfiguren, religieuze leiders - uit de verschillende allochtone gemeenschappen in, om regelmatig te overleggen met de reguliere hulpverleners die in deze wijken werken. Doel is van elkaar te leren en de kloof te overbruggen.

Beide onderdelen van de Proeftuin worden geëvalueerd door respectievelijk het Trimbos Instituut en de GGD Den Haag, opdat de experimenten uiteindelijk kunnen leiden tot structurele verbetering van de zorg, in Den Haag en elders in Nederland. Nijhuis wees er nadrukkelijk op dat daarvoor de medewerking van alle partijen nodig is, ook van de overheid, ook van de verzekeraars.

De tweede inleider, directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau Paul Schnabel, preees 'Nieuwe Sporen' als een concreet voorbeeld van vernieuwing in de zorg, onder meer door de in het project gepraktiseerde samenwerking tussen professionals en leken-deskundigen. Schnabel schetste de complexiteit van de problemen waarmee allochtone cliënten zich tot de GGZ wenden. Nooit gaat het om louter psychische problemen, altijd spelen ook sociale en economische factoren een rol. Zo wees hij op enkele gevolgen die migratie met zich meebrengt: het loslaten van vertrouwde zaken, heimwee, het gevoel opnieuw te moeten beginnen, veranderingen voor de kinderen (die tussen twee culturen komen te staan). Stuk voor stuk zaken die bij de betrokkenen voor de nodige stress kunnen zor-

gen. Eenmaal in Nederland, krijgen zij te maken met bepaalde eigenaardigheden van de Nederlandse samenleving en cultuur - zoals de nadruk op het individu, de nagestreefde gelijkheid tussen de seksen en generaties, secularisatie -, die van de eigen cultuur geen deel uitmaken. Voor migranten kan het moeilijk zijn daar hun weg in te vinden. Schnabel betoogde dat hier voor alle Nederlandse ingezetenen en instellingen een gemeenschappelijke opdracht ligt om daartoe bij te dragen.

Hierna werd gediscussieerd over de gepresenteerde casussen van twee allochtone patiënten met psychosomatische klachten, bij wie zowel de klachten als een mogelijke oplossing veel te maken lijken te hebben met hun allochtone afkomst. Gepleit werd onder andere voor het toepassen van zachte dwang door de huisarts bij het streven naar een oplossing, en tegelijkertijd voor het oog houden voor de typisch allochtone achtergrond van de patiënt.

De Haagse wethouder van Welzijn, Volksgezondheid en Emancipatie, Jetta Klijnsma, besloot de bijeenkomst met het uitspreken van haar bewondering voor met name de vertrouwenspersonen, die binnen Nieuwe Sporen op vrijwillige basis hun werk doen. Ook sprak ze de hoop uit dat de politiek het hier gegeven signaal zal oppakken. Tot nu toe financiert de gemeente Den Haag de genoemde projecten, terwijl feitelijk het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat volgens de wethouder zou moeten doen.

Het complete verslag van de conferentie, opgesteld door Cor Hoffer, kan tegen verzendkosten worden

besteld bij: STIOM/ Nieuwe Sporen, telefoon 070 - 4452222.

Aangifte infectieziekten

Derde kwartaal 2002 voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, dat in het derde kwartaal 2002 door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg is gemeld (187), is aanzienlijk toegenomen vergeleken met dezelfde periode in 2001 (108). Deze toename is te wijten aan een toename in het aantal meldingen van hepatitis B en kinkhoest. Er waren geen opvallende meldingen. Hierna volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Zeven gevallen werden gemeld. Hiervan zijn er 6, waaronder 1 waarschijnlijk, in het buitenland besmet. Eén persoon is in Nederland besmet, waarschijnlijk na consumptie van aan een marktkraam gekocht voedsel.

Buiktyfus

Er is 1 geval gemeld, besmet in het buitenland.

Hepatitis A

Er zijn 2 gevallen van hepatitis A gemeld, waarvan 1 besmet in het buitenland. Vorig jaar werden in dezelfde periode 21 gevallen gemeld. Toen was er echter sprake van een epidemische stijging onder mannen met homoseksuele contacten.

Hepatitis B

De stijging van het aantal hepatitis B-meldingen zet door. Het aantal meldingen (62) is drievoudig toegenomen vergeleken met dezelfde periode vorig jaar (18). Bij hepatitis B gaat het bijna uitsluitend om chronische dragers. De toename is

daarom waarschijnlijk veroorzaakt doordat er meer op deze aandoening wordt onderzocht. Er zijn iets meer mannen gemeld dan vrouwen (56% tegen 44%).

Van de gevallen waarvan die informatie is geregistreerd (32), blijkt dat 88% waarschijnlijk in het buitenland is besmet. Het gaat hier meestal om mensen uit hoogendemische gebieden zoals het Middellandse Zeegebied, Azië en Afrika.

Hepatitis C

Het aantal gemelde gevallen van hepatitis C (10) blijft in dezelfde orde van grootte als in de vorige kwartalen.

Bij 3 gevallen is intraveneus druggebruik de waarschijnlijke oorzaak van besmetting.

Kinkhoest

De kinkhoestepidemie die in het eerste kwartaal 2002 is begonnen, gaat verder. Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest was dit kwartaal (75) meer dan het dubbele van dezelfde periode vorig jaar (33). De meerderheid betreft kinderen tussen 5 en 14 jaar (61%), en vooral vrouwen (68%).

Legionellose

Er is, ook landelijk, een toename in het aantal gemelde gevallen van legionella. Deze trend is nog niet verklaard; grondig landelijk onderzoek heeft echter geen aanwijzing gegeven dat er sprake is van een bijzondere bron of bijzondere vormen van blootstelling. Gedurende het derde kwartaal 2002 zijn 5 gevallen van legionellose vastgesteld.

Bij 1 geval is de besmettingsbron aangetoond (douche thuis), bij een ander geval is de bron waarschijnlijk een hotel in het buitenland. De overige 3 zijn waarschijnlijk wel in Nederland besmet, maar een bron is niet aangetoond.

Malaria

Het aantal gemelde malariagevallen (13) was hetzelfde als in dezelfde periode vorig jaar.

Meningokokken

In totaal zijn er tijdens de drie eerste kwartalen van 2002 12 gevallen van hersenvliesonteking vastgesteld, die veroorzaakt zijn door meningokokken. Dit is iets minder dan in 2001 (15). De verdeling in types meningokok is als volgt: 7 B, 1 C en 4 andere types. In 2001 waren er nog 6 gevallen van C-meningokokken op 19 gevallen.

Eind september is de tweede ronde van de vaccinatiecampagne 'Da's goed gedaan!' tegen meningokok C gestart in Den Haag. In totaal zijn ruim 87% van de kinderen tussen 1 en 19 jaar in Den Haag gevaccineerd door de GGD en door huisartsen. Op 22 november vindt nog een laatste inhaaldag plaats voor kinderen die niet zijn gevaccineerd.

Voedselinfecties

Er zijn 5 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie.

Het betrof 3 individuele gevallen van mensen die of in de voedingssector of in de ziekenverzorging werkzaam zijn, en daarom gemeld moeten worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In 2 gevallen waren telkens 2 personen ziek: eenmaal na een maaltijd in een hamburgerzaak, en andermaal door eten van shoarma uit een supermarkt.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

Mw. P. van Leeuwen

Mw. W.J.J. Ong-de Jongste

Mw. T. Hiemstra (GGD Delfland - Rijswijk)

K.B. Yap (GGD West-Holland)

Overzicht aangifte infectieziekten regio Den Haag

Ziekte	Den Haag	West-Holland	Rijswijk	Totaal regio	1e kw regio	2e kw regio	3e kw regio	4e kw regio	totaal regio
	t/m 3e kw 2002	t/m 3e kw 2002	t/m 3e kw 2002	t/m 3e kw 2002	2002	2002	2002	2002	kw 2001
B-ziekten									
bacillaire dysenterie	9	7		16	1	5	10		22
buiktyfus	3			3	2		1		6
cholera									
hepatitis A	9	2		11	7		4		31
hepatitis B*)	146	29		175	67	41	67		78
hepatitis C	32	11	1	44	15	15	14		51
kinkhoest	187	112	21	320	113	83	124		218
legionella pneumonie	7	4		11	1	2	8		3
mazelen									
meningokokkose	12	6		18	10	7	1		18
paratyfus A	1	1		2			2		
paratyfus B									
tuberculose	119			119	40	38	41		77
voedselvergiftiging of voedselinfectie	13			13	2	6	5		19
C-ziekten									
brucellose									
E.coli 0157	1	1		2			2		1
leptospirose									
malaria	26	3	1	30	12	3	15		29
ornithose/psittacose	3		1	4	2	2			2
Q-koorts	1			1			1		
rode hond									
totaal	569	176	24	769	272	202	295		555

*) inclusief dragers