

## 5. Sterfte en herkomst

*Voor niet-westerse allochtonen geldt, gemiddeld genomen, een hoger sterfterisico dan voor autochtonen. Binnen dit gemiddelde bestaan echter aanzienlijke verschillen naar leeftijd, geslacht en herkomst. Soms is zelfs sprake van een lager sterfterisico. Onder jongeren van niet-westerse origine is de kans op overlijden bovengemiddeld groot. Deze kinderen lopen niet alleen een verhoogd risico om te overlijden aan externe oorzaken, maar hebben ook een hogere sterftkans waar het natuurlijke oorzaken betreft. Opvallend zijn de verschillen naar herkomst onder volwassenen. Doorgaans lopen niet-westerse allochtonen een hoger sterfterisico, maar Marokkaanse mannen van circa 35 jaar en ouder vormen hierop een uitzondering. Hun kans om aan een hart-/ vaatziekte of aan longkanker te overlijden is beduidend lager dan die van autochtonen. Dit verschijnsel kan niet afdoende worden verklaard door selectieve migratie.*

In de periode 1996–2001 overleden 830 duizend inwoners van Nederland. Ongeveer 2 procent van hen was van niet-westerse origine. De niet-westerse herkomstgroep heeft met 8 procent echter een veel groter aandeel in de totale bevolking. Deze ondervertegenwoordiging in de sterftestatistiek wordt niet veroorzaakt door gunstiger sterftcijfers, maar hangt samen met de naar verhouding zeer jeugdige leeftijdsopbouw van de niet-westerse allochtone populatie. In de komende decennia zal het aantal sterfgevallen in deze herkomstgroep dan ook bovengemiddeld sterk gaan toenemen. Eerder onderzoek heeft een aantal opvallende verschillen tussen de belangrijkste herkomstgroepen laten zien met betrekking tot sterfterisico's en doodsoorzaken. Inzicht in de recente ontwikkelingen en in de factoren die bijdragen aan deze verschillen is dan ook van groot belang voor de volksgezondheid.

De forse verschillen in leeftijdsopbouw tussen beide bevolkingsgroepen, autochtonen en niet-westerse allochtonen, maken de vergelijking van hun sterftekansen geen eenvoudige opgave. Dit geldt vooral voor de verschillen in sterfte op hogere leeftijden en voor de levensverwachting bij geboorte, die bij het huidige lage niveau van kindersterfte vooral wordt bepaald door de sterfterisico's op de hoogste leeftijden.

Wel is een vergelijking naar herkomst nu beter mogelijk dan dertien jaar geleden, toen dit voor het eerst werd gedaan op basis van integrale waarnemingen<sup>1)</sup>. In de afgelopen jaren is de niet-westerse populatie immers zeer sterk toegenomen, en is de groei in de hogere leeftijdsklassen bovendien sterker dan gemiddeld geweest. Zo verdriedubbelde in deze periode het aantal Turkse en Marokkaanse 65-plussers. Op basis van de in de tabel getoonde aantallen sterfgevallen in de periode 1996–2001 kunnen inmiddels ook voor de hogere – zij het niet de allerhoogste – leeftijdsklassen betrouwbare uitspraken worden gedaan, al zijn de aantallen niet altijd groot genoeg om significante verschillen aan te tonen voor de combinatie van specifieke herkomstgroepen, leeftijdsgroepen en doodsoorzaken.

**Tabel 1**  
Aantal overledenen naar geslacht en herkomst, 1996–2001

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Autochtonen	369 723	377 387	747 110
Westerse allochtonen	30 765	37 894	68 659
Niet-westerse allochtonen	9 929	6 499	16 428
waaronder			
Turken	2 236	1 021	3 257
Marokkanen	1 451	681	2 132
Surinamers	3 204	2 659	5 863
Antillianen/Arubanen	685	584	1 269
Overig niet-westers	2 353	1 554	3 907

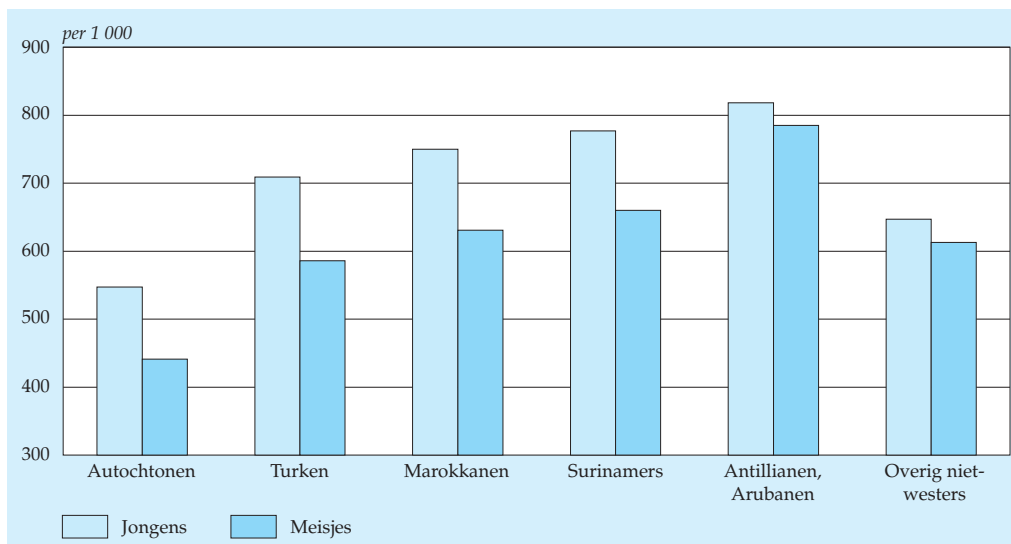
### *Sterfterisico's en doodsoorzaken onder jongeren*

Zuigelingen van niet-westerse origine hebben een circa 35 procent grotere kans om te overlijden dan autochtone zuigelingen. Vooral onder Antilliaanse/Arubaanse zuigelingen, en in mindere mate onder Surinaamse zuigelingen, is sprake van een relatief hoge sterfte. Surinaamse jongetjes en Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en overig niet-westerse meisjes sterven significant vaker als gevolg van 'aandoeningen van de perinatale periode' dan autochtonen. Zo is de kans op overlijden onder pasgeboren meisjes van Antilliaanse/Arubaanse origine bijna 80 procent hoger dan onder autochtone meisjes. Tienergeboorten komen in deze groepen relatief vaak voor. Dergelijke geboorten brengen een circa 60 procent verhoogd risico op zuigelingensterfte<sup>2)</sup> met zich mee. Verder speelt onder meer het feit dat in deze groepen seksueel overdraagbare aandoeningen meer dan gemiddeld voorkomen een rol<sup>3)</sup>.

Bij Turkse zuigelingen wordt het grootste aantal sterfgevallen toegeschreven aan 'aangeboren afwijkingen' (40 procent van het totaal) en is bovendien sprake van een toenemende incidentie van deze doodsoorzaak. In deze groep komen huwelijken onder verwanten relatief vaak voor. Naar schatting betreft

ongeveer een kwart van de huwelijken in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap verbintenissen tussen neven en nichten<sup>4)</sup>. Hun kinderen lopen hierdoor een verhoogd risico op genetisch bepaalde aandoeningen.

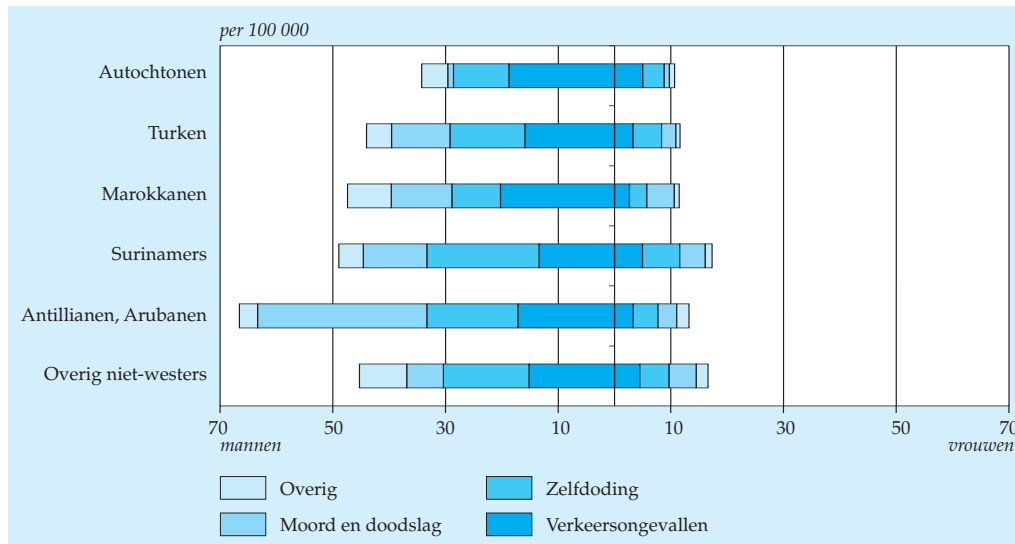
5.1 Zuigelingensterfte naar geslacht en herkomst, 1996–2001



In ons land is sterfte van kinderen in de leeftijd van 1 tot 15 jaar inmiddels een zeldzaam verschijnsel. Onder niet-westerse allochtonen, en dan vooral onder Turken en Marokkanen, komt sterfte op deze leeftijden echter wel vaker voor dan onder autochtonen. In de leeftijdsgroep van 1–4 jaar is het sterfterisico van Turkse en Marokkaanse jongens zelfs twee keer zo hoog als dat van autochtone jongens. Evenals de autochtone kinderen overlijden ze naar verhouding nog maar zelden aan infectieuze en parasitaire ziekten. Niet-natuurlijke oorzaken en kanker komen in deze niet-westerse herkomstsgroepen wel vaker dan gemiddeld voor.

Bij de iets oudere jeugd is niet alleen het verschil naar herkomst, maar ook het verschil tussen jongens en meisjes opvallend. In de leeftijdsgroep van 15 tot 20 jaar is dit verschil vooral onder de niet-westerse allochtonen groot. Onder Antilliaanse jongens van deze leeftijd is de sterfte zelfs vijf keer zo hoog als onder Antilliaanse meisjes. Dit verschil wordt doorgaans toegeschreven aan het aanzienlijk hogere risico dat jongens lopen om te overlijden aan verkeersongevallen, moord, doodslag en andere niet-natuurlijke oorzaken. Het is echter niet de enige oorzaak: ook voor kanker, hart- en vaatziekten, ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen en aangeboren afwijkingen blijken de sterfterisico's voor jongens in deze leeftijdsgroep aanzienlijk hoger te zijn dan voor meisjes.

5.2 Aantal 15-29-jarigen dat per jaar overlijdt aan een niet-natuurlijke doodsoorzaak, 1996-2001



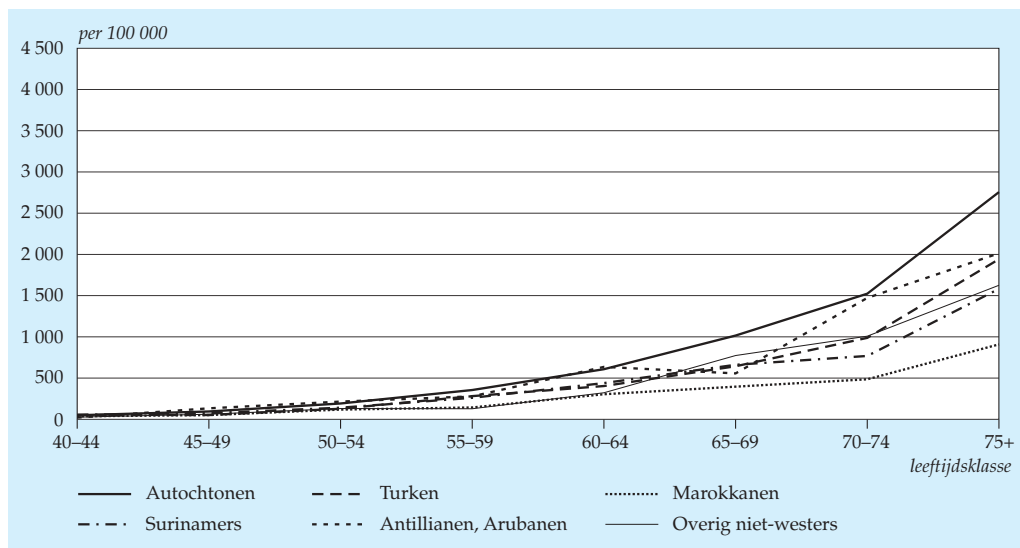
Onder de 20- tot 30-jarigen heeft een aanzienlijk deel van de sterfgevallen – onder jonge allochtone mannen zelfs meer dan de helft – een niet-natuurlijke oorzaak. Zo lopen jonge Antilliaanse mannen een twee keer zo groot risico om door een niet-natuurlijke oorzaak te overlijden als hun autochtone leeftijdsgenoten. Dit komt vooral doordat moord, doodslag en zelfdoding onder jonge allochtone mannen meer dan gemiddeld voorkomen. Daarentegen overlijden in deze leeftijdsgroep allochtonen niet vaker aan verkeersongevallen dan autochtonen.

### *Sterfterisico's en doodsoorzaken op hogere leeftijden*

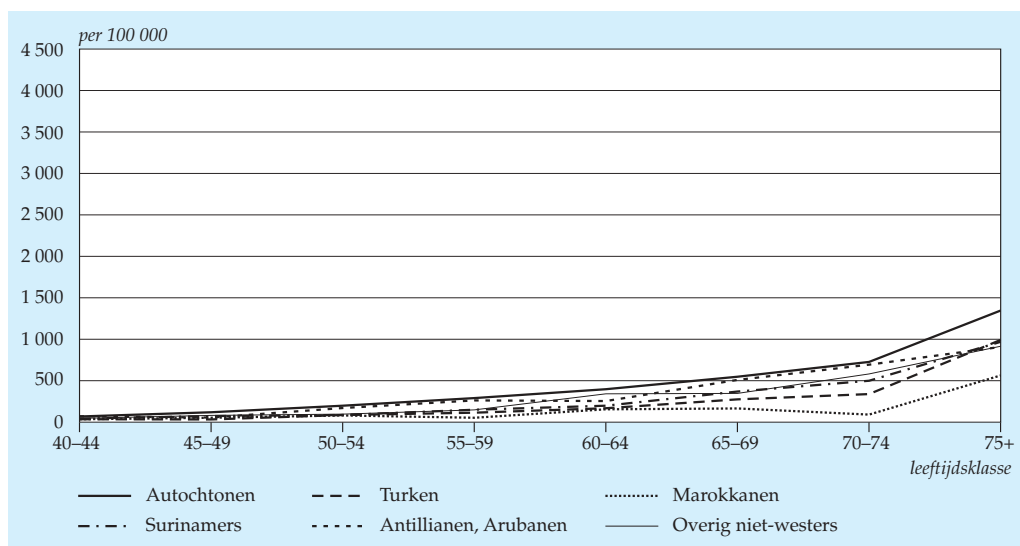
De sterfterisico's voor de verschillende herkomstgroeperingen blijken ook op de hogere leeftijden doorgaans hoger te zijn dan die voor de autochtone bevolking. Marokkanen vormen hierop echter een opvallende uitzondering. Vanaf ongeveer 35-jarige leeftijd ligt het sterfterisico van Marokkaanse mannen aanzienlijk lager dan dat van autochtone mannen en blijkt met het stijgen van de leeftijd dit verschil in sterfterisico zelfs toe te nemen: rond 70-jarige leeftijd is het risico van Marokkaanse mannen slechts ongeveer half zo groot als dat van autochtone mannen. Turkse mannen hebben, tot 70-jarige leeftijd, steeds een iets hoger sterfterisico dan autochtonen. Dit geldt, in iets sterkere mate, ook voor Surinaamse mannen. Vanaf ongeveer 30-jarige leeftijd hebben Marokkaanse en Turkse vrouwen steeds een lager sterfterisico dan autochtone vrouwen. Antilliaanse en Surinaamse vrouwen laten daarentegen doorgaans iets hogere sterftcijfers zien dan autochtone vrouwen.

Op middelbare en hogere leeftijd hebben Marokkaanse mannen en vrouwen van alle herkomstgroepen veruit de laagste kans om aan kanker te overlijden. Ook in de meeste andere herkomstgroepen is deze sterfte lager dan onder autochtonen. De betreffende sterftecijfers zijn voor Marokkanen, Surinamers, Turkse vrouwen en de overig niet-westerse mannen statistisch significant lager dan die voor autochtonen<sup>5)</sup>.

5.3a Sterfte aan kanker, mannen, 1996–2001



5.3b Sterfte aan kanker, vrouwen, 1996–2001

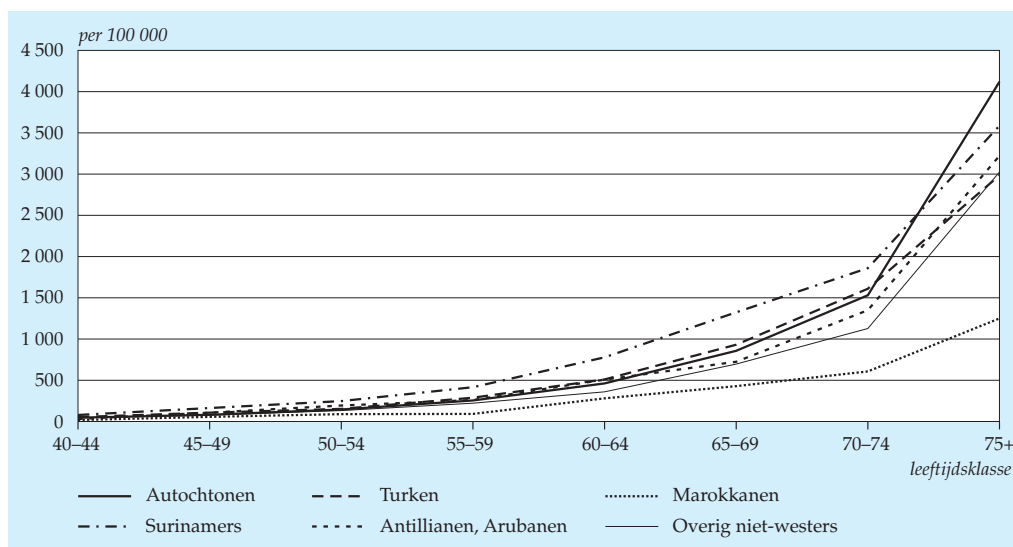


De verschillen tussen autochtonen en niet-westerse allochtonen zijn vooral groot met betrekking tot longkanker. Niet-westerse vrouwen lopen, ongeacht hun herkomst, minder kans om aan deze vorm van kanker te overlijden dan autochtone vrouwen. Ook Marokkaanse mannen kennen in dit opzicht een aanzienlijk lager risico dan autochtone mannen. Onder Turkse mannen is deze kans daarentegen vergelijkbaar met die onder autochtone mannen. Het feit dat het percentage rokers onder Turkse mannen veel hoger is dan gemiddeld, en hun tabaksconsumptie per roker bovendien groter is, draagt hieraan ongetwijfeld bij.

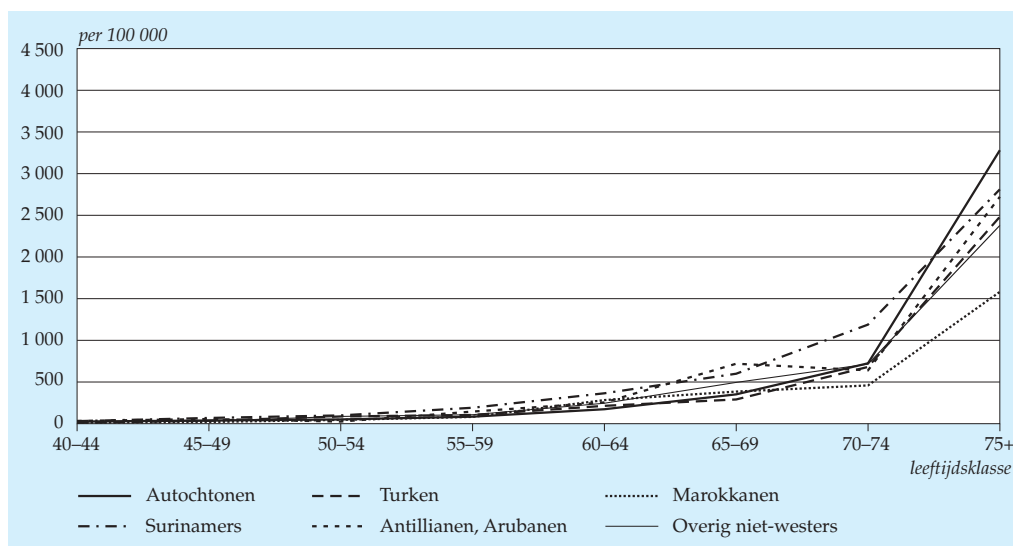
Marokkaanse mannen overlijden ook significant minder vaak aan hart- en vaatziekten dan autochtonen. Onder Surinamers van beide seksen is deze kans daarentegen significant hoger. De kans van Marokkaanse veertigers, vijftigers en zestigers om aan hart- en vaatziekten te overlijden is slechts ongeveer half zo groot als die onder autochtonen. Zij sterven vooral minder vaak aan ischemische hartziekten (hartinfarct). Geheel anders is de situatie onder Turkse mannen: zij lopen op deze relatief jonge leeftijden een risico dat 10 à 20 procent groter is dan dat van autochtonen. Van de hier onderzochte herkomstsgroepen laten Surinaamse mannen het ongunstigste beeld zien.

Zij sterven significant vaker dan autochtonen aan hart- en vaatziekten. Voor veertigers en vijftigers geldt een, ten opzichte van autochtonen, bijna verdubbelde risico. Surinaamse zestigers lopen een circa 60 procent groter risico.

5.4a Sterfte aan hart- en vaatziekten, mannen, 1996-2001



5.4b Sterfte aan hart- en vaatziekten, vrouwen, 1996–2001



### Ontwikkelingen en oorzaken

In grote lijnen zijn de verschillen in sterfterisico tussen Turken en Marokkanen en autochtonen nog dezelfde als ongeveer vijftien jaar geleden. In beide herkomstgroepen is het sterfterisico van jongeren nog steeds verontrustend hoog. Turkse mannen van middelbare leeftijd stierven destijds echter significant minder vaak aan longkanker, maar inmiddels lijken ze deze voorsprong op de autochtone mannen te hebben verloren: beide groepen hebben een vergelijkbaar niveau van sterfte aan kanker. Ook sterven Turkse mannen nu op relatief jeugdige leeftijd vaker aan hart- en vaatziekten.

Marokkaanse mannen vanaf de leeftijd van ongeveer 35 jaar hebben nog steeds een veel kleinere kans om te overlijden. Doorgaans wordt hierbij het voorbehoud gemaakt dat dit ten minste voor een deel het gevolg is van selectieve immigratie en selectieve remigratie. Selectieve immigratie lijkt echter geen grote rol te hebben gespeeld<sup>5)</sup>. Het is immers niet plausibel dat de jonge, gezonde Marokkanen die destijds overwegend als gastarbeider immigrerden tientallen jaren later lagere sterftcijfers zouden laten zien voor kanker en hart- en vaatziekten, aandoeningen die zich doorgaans op meer gevorderde leeftijd voordoen en niet lijken samen te hangen met de fysieke arbeidsgeschiktheid op jeugdiger leeftijd. Dat selectieve immigratie van belang zou zijn is des te meer onwaarschijnlijk omdat van een dergelijk verband dan kennelijk geen sprake zou zijn geweest in het geval van jonge, gezonde immigranten van Turkse origine. Ook de rol van selectieve remigratie is waarschijnlijk slechts beperkt. De remigratie van Marokkaanse mannen vanaf de leeftijd van 35 jaar heeft namelijk een iets kleinere omvang dan de remigratie van Turkse

mannen van deze leeftijd, terwijl in het licht van hun sterfterisico's het omgekeerde zou worden verwacht.

Oudere Marokkaanse mannen rapporteren veel vaker een 'slechte' of 'matige' gezondheidstoestand dan autochtone mannen<sup>6)</sup>, maar hun kans om te overlijden is – paradoxaal – kleiner. Verder onderzoek naar de factoren die aan dit verlaagde sterfterisico bijdragen is dan ook maatschappelijk zeer relevant. Enerzijds dient te worden voorkomen dat het sterfterisico van allochtonen toeneemt door het overnemen van de ongunstige elementen van een autochtoon voedingspatroon. Dit aspect van acculturatie zou de gezondheid van de betreffende herkomstgroepen aanmerkelijk doen verslechteren. Anderzijds kan inzicht in de 'beschermende' factoren die bij Marokkanen kennelijk een rol spelen, van belang zijn voor een verbetering van de gezondheid van alle bevolkingsgroepen. Onderzoek dat dit inzicht zou kunnen bieden is uiterst schaars, vooral onder volwassen Marokkaanse mannen, en de weinige uitkomsten zijn soms tegenstrijdig.

De verschillen in gezondheid naar sociaal-economische status zijn groot bij Antillianen, maar afwezig bij Marokkanen<sup>7)</sup>. Deze afwezigheid bij de Marokkanen hangt mogelijk samen met hun relatief lage sterfte. De factoren die Marokkaanse mannen beschermen tegen kanker en hart- en vaatziekten houden waarschijnlijk verband met een traditioneel gezonde levensstijl (gezondere voeding, minder roken en drinken), een levensstijl die wellicht nog het meest wordt aangehangen door Marokkaanse mannen die in de armste wijken wonen. De grote gezondheidsverschillen onder Antillianen en Arubanen zouden daarentegen samen kunnen hangen met de grote verschillen in sociaal-economische status tussen eerdere en latere migrantenstromen.

### *Noten in de tekst*

- <sup>1)</sup> Hoogenboezem, J. en A.Z. Israëls, 1990, Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland, 1979–1988. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, juni 1980, blz. 5–20. CBS, Voorburg/Heerlen.
- <sup>2)</sup> Duin, C. van, 2002, Hogere zuigelingensterfte in minder welvarende gebieden en onder niet-westerse allochtonen in Nederland. Maandstatistiek van de Bevolking, maart 2002, blz. 4–6. CBS, Voorburg/Heerlen.
- <sup>3)</sup> Enk, W.J.J. van, W.H.M. Gorissen en A. van Enk, 2000, Teenage pregnancy and ethnicity in the Netherlands: frequency and obstetric outcome. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* (5), blz. 77–84.
- <sup>4)</sup> Schulpen, T.W.J., J.E. van Steenberg en H.F. van Driel, 2001, Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands. *Archive of Disease in Childhood* (84), blz. 222–226.

- <sup>5)</sup> Garssen, J., V. Bos, A. Kunst en A. van der Meulen, 2003, Sterftekansen en doodsoorzaken van niet-westerse allochtonen. *Bevolkingstrends* 51(3), blz. 12-27. CBS, Voorburg/Heerlen.
- <sup>6)</sup> o.a. Poort, E.C., J. Spijker, H. Dijkshoorn en A.P. Verhoeff, 2001, Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam, 1999-2000. GG & GD, Amsterdam.
- <sup>7)</sup> Kunst, A.E., V. Bos en P.J. Mackenbach, 2003, De verwevenheid van gezondheidsverschillen naar sociaal-economische status met gezondheidsverschillen naar sekse en etniciteit. Een beschrijvend overzicht. Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.