

Sterfte onder niet-westerse allochtonen in Nederland

J.P.Mackenbach, V.Bos, M.J.Garssen en A.E.Kunst

- De sterfte in 10 niet-westerse, naar Nederland gemigreerde groepen, in de periode 1995-2000, is vergeleken met die van personen die waren geboren en van wie de ouders waren geboren in Nederland ('autochtonen'). De betreffende migrantengroepen waren personen die waren geboren of van wie de ouders waren geboren in Turkije, Marokko, Suriname, de Nederlandse Antillen, Ghana, Somalië, Irak, Iran, Afghanistan of Vietnam. Verschillen in sterfte werden gecorrigeerd voor leeftijd, burgerlijke staat, regio, urbanisatiegraad en sociaal-economische status.
- Hoewel de meeste migranten uit landen kwamen met een aanzienlijk lagere levensverwachting dan Nederland, hadden de meeste groepen gelijke of lagere sterftcijfers dan autochtone Nederlanders. Voor mannen uit Turkije en Suriname was de sterfte iets hoger, en voor mannen en vrouwen uit Somalië aanzienlijk hoger dan voor autochtone Nederlanders.
- De over het algemeen gunstige mortaliteit onder migranten is het resultaat van 2 elkaar compenserende fenomenen: de jongere migranten hadden een hogere mortaliteit dan autochtone Nederlanders en de oudere een lagere.
- Een analyse van doodsoorzaken liet een relatief lage sterfte aan hart- en vaatziekten, kanker en respiratoire aandoeningen zien in de meeste migrantengroepen en een relatief hoge sterfte aan infectieziekten en ongevallen en geweld.
- Deze bevindingen worden waarschijnlijk niet verklaard door een incomplete registratie van sterfte. Selectieve migratie kan wel een rol spelen, bijvoorbeeld doordat sommige migrantengroepen een relatief hoog opleidingsniveau hebben. Sommige bevindingen kunnen worden verklaard doordat de voordelen voor de gezondheid van migranten (sociaal-economische voordelen en voordelen voortkomend uit effectieve preventie en gezondheidszorg) zich mogelijk eerder voordoen dan de nadelen, zoals het hogere risico op kanker en hart- en vaatziekten, dat gepaard gaat met welvaart.

Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:917-23

Immigratie is in Nederland vrijwel steeds omvangrijker geweest dan emigratie. Religieuze vervolging en economische tegenspoed brachten vanaf het eind van de 16e eeuw honderdduizenden hugenoten, Vlamingen en Duitsers naar ons land. Dekolonisatie leidde na de Tweede Wereldoorlog tot meer dan honderdduizend migranten uit het voormalig Nederlands-Indië en ongeveer een kwart miljoen migranten uit Suriname. Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw arriveerden voor arbeid, gezinshereniging en gezinsvorming honderdduizenden mensen uit Turkije en Marokko, sinds de jaren tachtig gevolgd door tienduizenden asielzoekers uit landen als Suriname, Vietnam, Iran, Irak, Afghanistan, Bosnië, Somalië, Ghana en de voormalige Sovjet-Unie.¹

Veel van de al langer in Nederland verblijvende immigranten lijken in belangrijke mate geassimileerd en onder-

scheiden zich nog maar nauwelijks van de 'autochtone' Nederlanders. Voor meer recente migranten ligt dat uiteraard anders: van velen van hen is de herkomst niet alleen door naam en uiterlijk, maar ook door taal en gedrag nog duidelijk waarneembaar. Deze 'allochtonen', dat wil zeggen personen met tenminste één in het buitenland geboren ouder, maken vooral in de grote steden inmiddels een aanzienlijk deel uit van de totale bevolking. Onder hen is vooral het aantal allochtonen van niet-westerse origine sterk toegenomen. Laatstgenoemden maken momenteel bijna een derde uit van de bevolking van de vier grote steden (www.cbs.nl/nl/cijfers/statline/index.htm) en zijn dan ook een steeds belangrijker doelgroep voor preventie en gezondheidszorg.

Over de gezondheid van niet-westerse allochtonen in Nederland is een redelijke hoeveelheid informatie voorhanden, uit onder meer gezondheidsenquêtes, epidemiologische studies en analyses van sterftcijfers.^{2 3} Het beeld dat hieruit naar voren komt, laat zich echter niet zo gemakkelijk samenvatten. Gezondheidsenquêtes laten vaak een slechtere zelfgerapporteerde gezondheid van allochtonen zien, maar het is onduidelijk in hoeverre cultureel bepaalde verschillen in rapportage hierin een rol spelen.⁴ Epidemiologische studies laten voor sommige gezondheidsproblemen

Erasmus Medisch Centrum, afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Hr.prof.dr.J.P.Mackenbach, sociaal-geneeskundige; mw.drs.V.Bos, psycholoog en niet-westers socioloog; hr.dr.A.E.Kunst, demograaf.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.

Hr.drs.M.J.Garssen, demograaf.

Correspondentieadres: hr.prof.dr.J.P.Mackenbach (j.mackenbach@erasmusmc.nl).

(zoals diabetes, sikkelcelanemie en schizofrenie) hogere frequenties in bepaalde allochtone groepen zien, maar het is onduidelijk of de totale ziektelast ook hoger is.⁵⁻⁷ Sterfteanalyses hebben geen consistent beeld opgeleverd, wellicht deels omdat deze tot voor kort werden uitgevoerd met suboptimale gegevens over land van origine, zoals de nationaliteit in plaats van het land van geboorte.⁸⁻¹⁰

Inmiddels zijn echter veel nieuwe gegevens over sterfte en doodsoorzaken onder niet-westerse allochtonen beschikbaar gekomen.^{11, 12} Dit is vooral te danken aan het feit dat op het Centraal Bureau voor de Statistiek mogelijkheden zijn gecreëerd voor koppeling van persoonsgegevens uit de gemeentelijke basisadministratie (GBA; met onder andere geboorteland van betrokkene en zijn of haar ouders) aan de doodsoorzakenregistratie. Dergelijke gegevens over sterfte en doodsoorzaken zijn om meerdere redenen een aantrekkelijke bron van informatie over de gezondheid van allochtonen. Niet alleen gaat het hierbij om objectieve gegevens die, in tegenstelling tot de gegevens uit gezondheidsenquêtes, niet of nauwelijks aan vertekening door culturele verschillen onderhevig zijn, maar ook komen in de sterfte vele afzonderlijke aandoeningen tot uitdrukking, waardoor het mogelijk is een breder beeld van de gezondheidssituatie te geven dan met een enkele epidemiologische studie mogelijk is. Tenslotte is een vergelijking met de situatie in de landen van herkomst mogelijk, omdat voor veel van deze landen schattingen van sterfte of levensverwachting beschikbaar zijn.

Wij geven in dit artikel een overzicht van de sterfte onder niet-westerse allochtonen in Nederland. De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit een samenwerkingsproject van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum en het Centraal Bureau voor de Statistiek. De gegevens zijn in een zogenaamd open-cohort-design geanalyseerd. Hiertoe is van alle inwoners van

Nederland in de periode 1995-2000 met behulp van de GBA het land van origine bepaald aan de hand van de genoemde geboortelandcriteria. Van elke inwoner is vervolgens het aantal geobserveerde persoonsjaren bepaald, en het eventuele moment van overlijden. De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van Poisson-regressie en, tenzij anders vermeld, zijn alle gegevens gecorrigeerd voor leeftijd, burgerlijke staat, regio, urbanisatiegraad en sociaal-economische status (bepaald aan de hand van het gemiddeld inkomensniveau van buurten).

TOTALE STERFTE

Tabel 1 bevat enkele algemene gegevens over de groepen immigranten die in de analyse zijn betrokken. Mensen van Turkse afkomst vormen de grootste groep, onmiddellijk gevolgd door mensen van Surinaamse afkomst. Niet-westerse allochtonen wonen relatief vaak in het westen van het land en in de grote stad (tabel 2). Er zijn grote verschillen in percentage ongehuwden. In het algemeen wonen niet-westerse allochtonen vaker dan autochtone Nederlanders in buurten met een laag gemiddeld inkomen, maar hierin bestaan tussen allochtone groepen onderling grote verschillen.

Figuur 1 geeft een indruk van de sterftcijfers in de landen van herkomst, aan de hand van door de Wereldgezondheidsorganisatie gepubliceerde ramingen van de levensverwachting bij de geboorte.¹³ (Voor de Nederlandse Antillen/Aruba zijn deze gegevens niet beschikbaar.) Alle niet-westerse allochtonen zijn afkomstig uit landen met een hogere, en soms veel hogere, sterfte dan Nederland. Zelfs in het gunstigste geval, zoals dat van Suriname en Turkije, bedraagt het verschil in levensverwachting bij de geboorte meer dan 5 jaar. Van de in deze figuur weergegeven herkomstlanden hebben Afghanistan en Somalië de laagste levensverwachting; deze wordt door de Wereldgezondheids-

TABEL 1. Sterfte van autochtone Nederlanders en niet-westerse allochtonen in Nederland, naar land van herkomst, 1995-2000

	Nederland	Turkije	Marokko	Suriname	Antillen/ Aruba	Ghana	Somalië	Irak	Iran	Afghanistan	Vietnam
aantal persoonsjaren (× 1000)	78 186	1 717	1 448	1 695	533	60	118	121	105	70	59
aantal overledenen											
totaal	738 864	2 985	1 946	5 290	1 063	61	149	114	176	86	93
geslacht											
mannen	368 882	2 034	1 325	2 895	576	38	95	79	121	53	64
vrouwen	369 982	951	621	2 395	487	23	54	35	55	33	29
leeftijd in jaren											
0-19	8 664	526	466	273	105	2	17	6	6	13	1
20-39	14 980	514	363	641	222	30	70	40	49	19	26
40-65	112 109	1 366	832	1 963	407	29	47	41	64	27	33
> 65	603 111	579	285	2 413	329	0	15	27	57	27	33

TABEL 2. Enkele algemene gegevens over autochtone Nederlanders en niet-westerse allochtonen in Nederland naar land van herkomst, 1995-2000; weergegeven is het percentage van de betreffende bevolkingsgroep

	Nederland	Turkije	Marokko	Suriname	Antillen/ Aruba	Ghana	Somalië	Irak	Iran	Afghanistan	Vietnam
ongehuwden in de leeftijd van 25-59 jaar woongebied	21	5	9	34	49	26	48	43	43	45	28
het westen	30	36	40	43	40	88	50	48	56	46	45
dichtbevolkt gebied	17	21	21	23	21	75	29	25	32	20	15
gebied met laagste inkomensklasse	17	59	56	50	43	69	38	37	31	27	26

organisatie op grond van overigens gebrekkige gegevens geraamd op ongeveer 45 jaar. Dit is slechts iets meer dan de helft van de Nederlandse levensverwachting bij de geboorte.

Figuur 2 geeft een overzicht van de sterftcijfers onder niet-westerse allochtonen in Nederland, gecorrigeerd voor leeftijd, burgerlijke staat, regio, urbanisatiegraad en sociaal-economische status. Deze cijfers zijn in meerdere opzichten verrassend. In de eerste plaats hebben immigranten uit landen met een (veel) lagere levensverwachting dan Nederland lang niet in alle gevallen een duidelijk hogere sterfte dan autochtone Nederlanders, integendeel. Alleen bij Somaliërs is zowel onder mannen als vrouwen een duidelijk hogere sterfte te zien. Mannen afkomstig uit Marokko, Ghana, Irak en Afghanistan, en vrouwen afkomstig uit Irak, Iran en Vietnam, hebben zelfs een statistisch significant lagere sterfte in vergelijking met autochtone Nederlanders. In de tweede plaats wijkt voor de grote groepen immigranten het sterftheniveau maar weinig af van dat van autochtone Nederlanders: bij vrouwen zijn de verschillen miniem, bij mannen hebben Surinamers en Turken een 5 respectievelijk 15% hogere sterfte. Wellicht is de diversiteit die in deze figuur zichtbaar is nog het opvallendst.

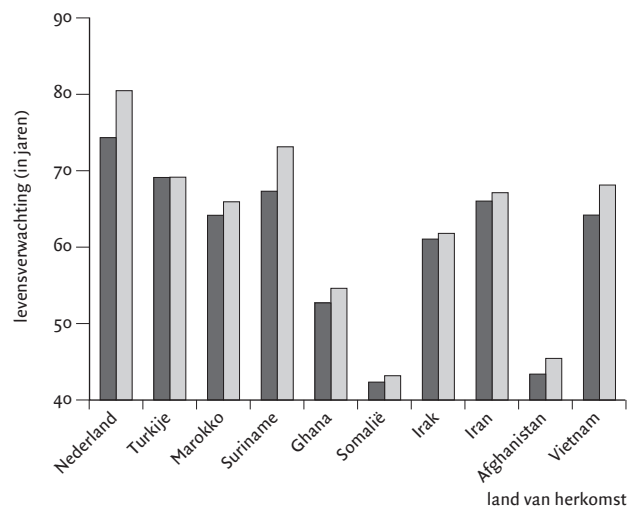
Het ontbreken van een duidelijk hogere sterfte onder veel groepen allochtonen is niet een gevolg van de correctie voor sociaal-economische status die in figuur 2 heeft plaatsgevonden. Nadere analyses laten, voor de vier grootste groepen, zien dat ook zonder deze correctie de sterfteverschillen met autochtone Nederlanders in het algemeen beperkt van omvang zijn, in ieder geval in vergelijking met de grote sterfteverschillen tussen de herkomstlanden en Nederland. Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Turkse mannen hebben zonder correctie voor hun lagere sociaal-economische status een 20 tot 25% hogere sterfte en dit verschil wordt door de correctie ongeveer gehalveerd. Voor Marokkaanse mannen geldt dat hun 'sterfteoordeel', dat al vóór correctie voor sociaal-economische status zichtbaar is, door de correctie nog groter wordt.¹²

Ook vóór correctie voor sociaal-economische status zijn de sterfteverschillen tussen de vier grote herkomstgroepen

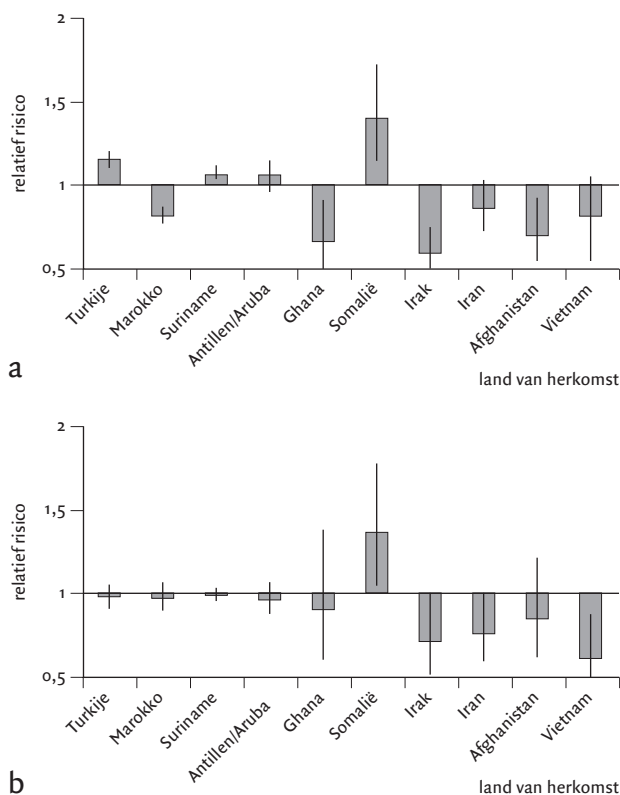
en autochtone Nederlanders veel kleiner dan de verschillen die binnen Nederland naar geslacht, burgerlijke staat of opleidingsniveau worden gezien. Daarentegen zijn ze duidelijk groter dan de sterfteverschillen naar urbanisatiegraad of provincie.¹⁴

STERFTE NAAR LEEFTIJD EN DOODSOORZAAK

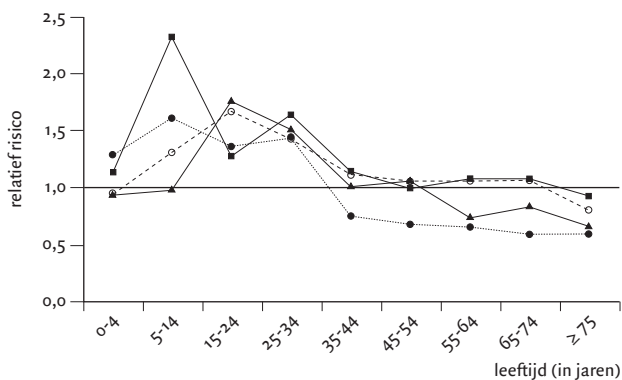
Als de sterftcijfers worden onderscheiden naar leeftijd, blijkt dat de in het algemeen voor de hele bevolkingsgroep weinig afwijkende sterfte het resultaat is van twee elkaar compenserende fenomenen: een hogere sterfte op jongere leeftijd en een lagere op oudere leeftijd. Figuur 3 laat dit voor de vier grootste groepen zien. Tot ongeveer het 40e jaar is de sterfte onder niet-westerse allochtonen steeds verhoogd ten opzichte van autochtone leeftijdsgenoten. Boven deze leeftijd is de sterfte gelijk of zelfs duidelijk lager.



FIGUUR 1. Levensverwachting bij de geboorte omstreeks 1999 in Nederland en een aantal herkomstlanden; ■ = mannen; □ = vrouwen.¹³



FIGUUR 2. Relatieve risico's voor totale sterfte van (a) mannen en (b) vrouwen in 1995-2000 in Nederland, onder verschillende groepen niet-westerse allochtonen, in vergelijking met autochtone Nederlanders; de verticale lijnstukken geven het 95%-BI weer.¹²



FIGUUR 3. Relatieve risico's voor totale sterfte in 1995-2000 in vier groepen niet-westerse allochtonen, naar leeftijd, in vergelijking met autochtone Nederlanders; (▲—▲): Antillen/Aruba; (○-○): Suriname; (●-●): Marokko; (■-■): Turkije.¹²

Dit hangt nauw samen met de doodsoorzaakpatronen die onder allochtonen worden waargenomen. Figuur 4 geeft hiervan enkele illustraties. Terwijl de totale sterfte in veel gevallen niet duidelijk afwijkt van die onder autochtone Nederlanders, zijn voor veel afzonderlijke doodsoorzaken grote verschillen te zien. In het algemeen is de sterfte aan infectieziekten en 'externe' oorzaken (ongevallen en geweld) relatief hoog, terwijl de sterfte aan hart- en vaatziekten, kanker en respiratoire aandoeningen relatief laag is. Omdat sterfte aan infectieziekten en 'externe' oorzaken veel op jonge leeftijd voorkomt, is er een samenhang met het in figuur 3 gevonden patroon.

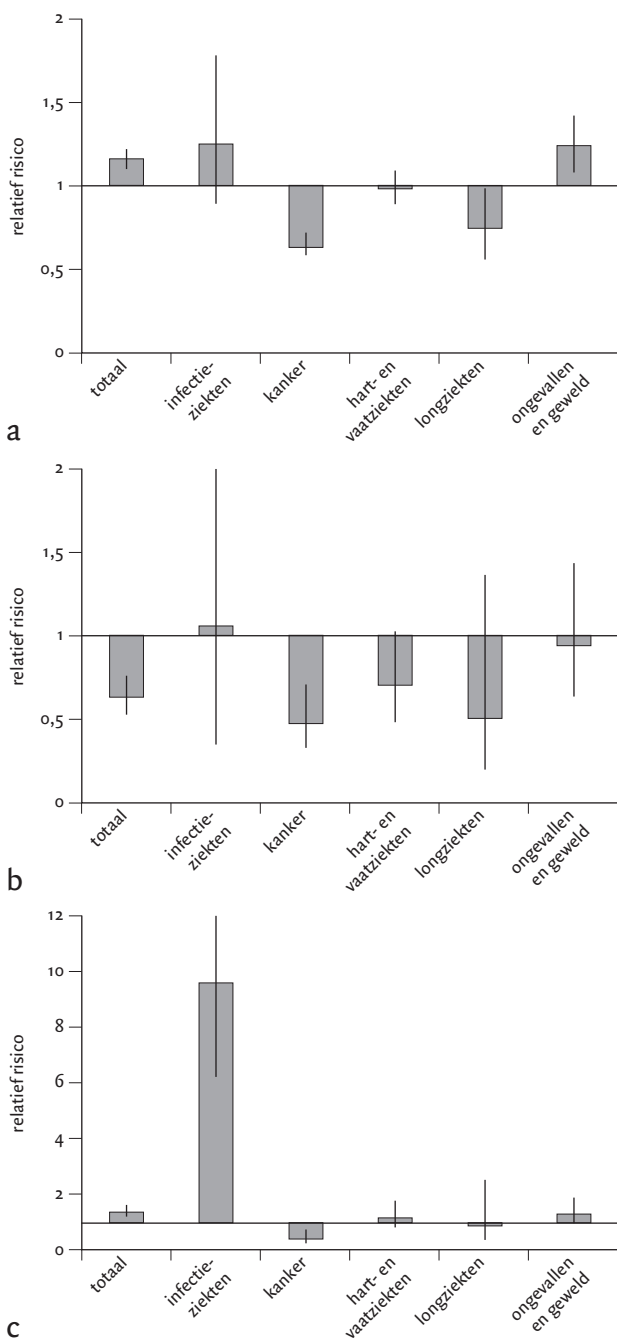
Tussen verschillende groepen niet-westerse allochtonen zijn de overeenkomsten in doodsoorzaakpatroon opmerkelijk. De 'tweedeling' tussen relatief hoge sterfte aan infectieziekten en 'externe' oorzaken enerzijds, en relatief lage sterfte aan hart- en vaatziekten, kanker en respiratoire aandoeningen anderzijds, is bij vrijwel alle groepen te zien. De relatief lage sterfte aan kanker hangt bij de meeste groepen samen met een (soms veel) lagere sterfte aan long- en borstkanker, terwijl de sterfte aan maagkanker veelal juist hoger is dan onder autochtone Nederlanders. De meeste groepen hebben een (soms veel) lagere sterfte aan ischemische hartziekte, maar voor cerebrovasculaire aandoeningen is de sterfte juist vaak hoger.¹²

BESCHOUWING

Een recente internationale review van sterfte onder migranten laat zien dat er weinig eenduidigheid is in de resultaten van het onderzoek op dit terrein.¹⁵ Zowel voor de totale sterfte als voor de sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker afzonderlijk geldt dat migranten nu eens lagere, dan weer hogere cijfers hebben dan anderen in het land van bestemming. Eenzelfde grote diversiteit komt naar voren als de sterfte onder migranten wordt vergeleken met die in het land van herkomst.¹⁵

Deze diversiteit wordt in de internationale literatuur ook gevonden als alleen wordt gekeken naar personen die migreren vanuit minder ontwikkelde naar hoogontwikkelde westerse landen, en ze wordt, zoals wij hierboven hebben gezien, ook in het Nederlandse onderzoek teruggevonden. Deze diversiteit wijst erop dat een eenvoudig verklaringsmodel voor deze sterfteverschillen niet kan volstaan. Kennelijk wordt de sterfte onder migranten niet bepaald door de optelsom van blootstelling aan risicofactoren in het land van herkomst en in het land van bestemming. In dat geval zou men immers verwachten dat de sterfte onder migranten doorgaans het midden zou houden tussen die in het land van herkomst en die in het land van bestemming. Dit is, ook voor migranten in Nederland, echter duidelijk niet het geval.

De sterftecijfers onder niet-westerse allochtonen in Nederland zijn in het algemeen veel gunstiger dan op grond



FIGUUR 4. Relatieve risico's voor sterfte aan verschillende doodsorzaken in 1995-2000 in enkele groepen niet-westerse allochtonen in vergelijking met autochtone Nederlanders: (a) Turkse mannen, (b) Iraakse mannen en vrouwen, (c) Somalische mannen en vrouwen.¹²

van een eenvoudig verklaringsmodel verwacht kan worden. Drie factoren zouden in de verklaring hiervan een rol kunnen spelen.

In de eerste plaats kan aan onvolledige registratie van sterfte gedacht worden. Indien migranten in geval van ziekte terugkeren naar het land van herkomst om daar te overlijden, zonder dat dit tot aanpassingen in het Nederlands bevolkingsregister leidt, zou de 'teller' van het sterftecijfer voor de betreffende groep te laag, en de noemer te hoog zijn. Een systematische onderschatting van het sterftecijfer zou hiervan het gevolg zijn. Het ligt echter niet voor de hand dat dit de Nederlandse cijfers in belangrijke mate vertekent. Overlijdensgevallen die zich onder Nederlandse ingezetenen tijdens verblijf in bijvoorbeeld Turkije of Marokko voordoen, worden (met enige vertraging) wel degelijk in het Nederlandse bevolkingsregister vastgelegd. Deze gevallen zijn herkenbaar in de sterfte ten gevolge van 'symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden', die in deze groepen sterk verhoogd is en voortkomt uit het feit dat voor deze overlijdensgevallen geen informatie over de doodsoorzaak beschikbaar is. Incidenteel zullen wel eens overlijdensgevallen worden gemist, maar het is onaannemelijk dat dit zich op grote schaal en voor alle herkomstgroepen voordoet.^{11 12}

In de tweede plaats kan aan selectieve migratie worden gedacht. Indien migranten een relatief gezonde selectie uit de populatie van hun land van herkomst zouden vormen, is te verwachten dat hun sterftecijfers na aankomst in het land van bestemming nog enige tijd gunstig zullen blijven. Voor sommige groepen niet-westerse allochtonen, zoals de voormalige 'gastarbeiders', is het aannemelijk dat zij, ten tijde van hun migratie, relatief gezond waren. Ook voor asielzoekers en vluchtelingen zou kunnen gelden dat een goede gezondheid een voorwaarde was voor migratie. Aannemelijker is echter dat hun relatief hoge opleidingsniveau in belangrijke mate heeft bijgedragen aan hun lage sterfte. Van vluchtelingen is namelijk bekend dat met name degenen met een hoger opleidingsniveau naar westerse landen vluchten, terwijl landgenoten met een laag opleidingsniveau naar veiliger gebieden binnen de eigen landsgrenzen of naar nabijgelegen landen uitwijken.

Voorts kan selectieve remigratie een rol hebben gespeeld. 20 tot 40% van de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen/Arubanen heeft Nederland verlaten vóór 1995. Het is mogelijk dat degenen die in Nederland zijn gebleven een relatief succesvolle en gezonde deelpopulatie vormen. Wellicht kan het feit dat de sterfte onder jongere allochtonen (die in veel gevallen van de 'tweede generatie' zijn en dus niet zelf een eventueel selectieve migratie hebben door gemaakt) vaak relatief hoog is, in tegenstelling tot die onder allochtonen van middelbare en oudere leeftijd (die zelf gemigreerd zijn), worden opgevat als aanwijzing voor dergelijke selectiemechanismen.

In de derde plaats kan gedacht worden aan een verschil in 'timing' tussen de gunstige en ongunstige gezondheidseffecten van migratie. Als het zo zou zijn dat de gezondheidsvoordelen van migratie naar Nederland zich eerder manifesteren dan de gezondheidsnadelen, dan zouden onze waarnemingen betrekking kunnen hebben op een 'gouden' tijdsvenster, waarin de gezondheidsvoordelen nog overheersen. Dat er gezondheidsvoordelen aan migratie verbonden zijn, lijkt vanzelfsprekend: migranten uit minder hoogontwikkelde landen gaan er qua individuele levensstandaard in het algemeen sterker op vooruit, terwijl zij ook in een omgeving komen die meer gezondheidsbeschermend is dan in het land van herkomst. In Nederland genieten zij de voordelen van een effectief stelsel van 'public health'-maatregelen, evenals van een in het algemeen goed toegankelijke en effectieve gezondheidszorg. Een directe aanwijzing voor deze gezondheidsvoordelen komt uit een analyse van sterfte aan door gezondheidszorg 'vermijdbare' doodsoorzaken onder niet-westerse allochtonen in Nederland: deze ligt gemiddeld genomen ongeveer op hetzelfde niveau als voor autochtone Nederlanders, hetgeen erop wijst dat de gezondheidsbaten van de gezondheidszorg ook aan allochtonen ten goede komen (I. Stirbu, schriftelijke mededeling, 2004).

Uiteraard zijn er ook gezondheidsnadelen aan migratie verbonden: in zekere zin verruimt men de risico's in het land van herkomst voor die in het land van bestemming. Nederland kent, ten opzichte van veel herkomstlanden, als uitvloeisel van de doorgemaakte 'epidemiologische transitie' een relatief hoge sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker.¹⁶ Het ligt voor de hand dat niet-westerse allochtonen in Nederland zelf ook iets van deze transitie doormaken, wanneer zij van hun vroegere leefgewoonten geleidelijk overschakelen op het westerse consumptiepatroon, dat onder meer gekenmerkt wordt door tabaks- en alcoholgebruik, gebruik van verzadigde vetten en gebrek aan lichaamsbeweging. Eerder zijn dergelijke aanpassingen en hun gevolgen voor het ziektepatroon voor immigranten in andere landen aangetoond, bijvoorbeeld voor Japanners in Californië (Verenigde Staten).¹⁷ In sommige groepen, bijvoorbeeld onder mensen van Turkse herkomst, zijn deze veranderingen al waarneembaar,³ en ook wordt in veel groepen al een hogere prevalentie van diabetes mellitus gezien.⁵ Het duurt echter geruime tijd voordat deze veranderingen zich vertalen in een hogere sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker, en wellicht bevinden deze groepen zich op die manier in een 'gouden' tijdsvenster.

Ook de relatief hoge sterfte die in ons onderzoek onder jongere allochtonen wordt gezien, illustreert dat wij vanwege de relatief gunstige sterftcijfers die (nu nog) voor de hele bevolkingsgroep worden waargenomen, niet onze waakzaamheid moeten verliezen. Monitoring van gezondheidsverschillen en onderzoek naar de achtergronden van sterfteverschillen blijven noodzakelijk, en moeten de basis

leggen voor gerichte interventies die de gezondheidstoestand van deze belangrijke bevolkingsgroepen kunnen helpen verbeteren.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: ZonMw (programma Cultuur en Gezondheid; projectnummer 261-98-612).

Aanvaard op 28 februari 2005

Literatuur

- Garssen MJ, Sprangers AH. Allochtonen becijferd. Handboek interculturele zorg. Maarssen: Elsevier; 2002. p. 1-49.
- Mackenbach JP. Etnische achtergrond. In: Ruwaard D, Kramers PGN, redacteurs. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: Sdu; 1993.
- Wersch SFM van, Uniken Venema HP, Schulpen TWJ. De gezondheidstoestand van allochtonen. In: Mackenbach JP, Verkleij H, redacteurs. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II. Gezondheidsverschillen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 1997.
- Middelkoop BJC, Struben HWA. Sterfte en gerapporteerde gezondheid van migranten, een paradox? *Epidemiologisch Bulletin* 2002;37:25-6.
- Middelkoop BJC. Diabetes: a true trouble [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2001.
- Spit AWM, Schulpen TWJ. Hemoglobinoopathiën in Nederland: is screening bij buitenlandse vrouwen wenselijk? *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:869-71.
- Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenie W, et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *Br J Psychiatr* 2001;178:367-72.
- Hoogenboezem J, Israëls AZ. Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland, 1979-1988. *Maandstat bevolk (CBS)* 1990;8:5-20.
- Kocken PL, Mackenbach JP, Oers JAM van, Uniken Venema HP. Sterfte, ervaren gezondheid en gerapporteerd voorzieningengebruik van Rotterdamse Surinamers. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1994;72:231-6.
- Schulpen TWJ, redacteur. Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland. Utrecht: Centre for Migration and Child Health; 1996.
- Garssen J, Bos V, Kunst A, Meulen A van der. Sterfteskansen en doodsoorzaken van niet-westerse allochtonen. *Bevolkingstrends* 2003;51:12-27.
- Bos V, Kunst A, Keij-Deerenberg IM, Garssen J, Kunst AE, Mackenbach JP. Ethnic inequalities in age- and cause-specific mortality in the Netherlands. *Int J Epidemiol* 2004;33:1112-9.
- World Health report 2002. Genève: World Health Organization; 2002.
- Fengler M, Young IMA, Mackenbach JP. Sociaal-demografische kenmerken en gezondheid: hun relatief belang en onderlinge relaties. In: Mackenbach JP, Verkleij H, redacteurs. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II. Gezondheidsverschillen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 1997.
- McKay L, MacIntyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit; 2003.
- Mackenbach JP. De epidemiologische transitie in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:132-8.
- Marmot MG, Syme SL, Kagan A, Kato H, Cohen JB, Belsky J. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. *Am J Epidemiol* 1975;102:514-25.

Abstract

Mortality among non-western migrants in the Netherlands

- Mortality among 10 groups of non-western migrants to the Netherlands, observed in the period 1995-2000, is compared with mortality among people who were born in and whose parents were born in the Netherlands. The migrant groups concerned consisted of people who were born in, or whose parents were born in Turkey, Morocco, Surinam, the Netherlands Antilles, Ghana, Somalia, Iraq, Iran, Afghanistan and Vietnam. Differences in mortality were adjusted for age, marital status, region, degree of urbanization, and socioeconomic status.
- Despite the fact that most migrants originate from countries with a substantially higher mortality rate than the Netherlands, most groups had similar or more favourable total mortality rates than native Dutch people. Men from Turkey and Surinam had slightly elevated mortality rates and men and women from Somalia had a notably higher mortality rate than native Dutch people.

- The generally favourable mortality rates among migrants are the result of two compensating phenomena: higher mortality among young migrants than among young native Dutch people, and lower mortality among elderly migrants than among elderly native Dutch people.
- An analysis of cause-of-death patterns revealed relatively low mortality from cardiovascular diseases, cancer and respiratory diseases in most migrant groups, and relatively high mortality from infectious diseases and injuries.
- These findings are unlikely to have been influenced by incomplete registration of mortality. Selective migration may play a role – some migrant groups have a relatively high level of education for example. Also some of the findings may be explained by a difference in timing between the health benefits and the health risks of migration. Migrant health could be benefiting from the favourable socioeconomic, public health and health-care conditions in the Netherlands, but not yet be affected by the higher risks of cancer and cardiovascular disease associated with prosperity.

Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:917-23