

# Gezonde levensverwachting bij vijf etnische groepen in Amsterdam

D.G. Uitenbroek<sup>1</sup>

*De gezonde levensverwachting heeft zich de laatste jaren ontwikkeld tot een belangrijke standaard voor het beschrijven van de gezondheid van de bevolking.<sup>1</sup> Het is een combinatie van de levensverwachting met gegevens uit steekproefonderzoek betreffende de gerapporteerde gezondheid. Vier varianten van de gezonde levensverwachting worden veel gebruikt: 1) levensverwachting in als goed ervaren gezondheid, 2) levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen, 3) levensverwachting in goede geestelijke gezondheid en 4) levensverwachting zonder chronische ziektes. Een van de belangrijkste toepassingen van de gezonde levensverwachting is het beschrijven van verschillen en veranderingen in de bevolking. Voor Nederland zijn tijdtrends in de verschillende versies van de gezonde levensverwachting berekend,<sup>2,3</sup> er zijn vergelijkingen gemaakt tussen SES-groepen<sup>3,4,5</sup> en tussen regio's.<sup>6,7</sup>*

*Dit artikel gaat over verschillen in de gezonde levensverwachting tussen vijf etnische groepen in Amsterdam. Eerder onderzoek laat zien dat migranten vaak een hogere levensverwachting hebben dan de oorspronkelijke bevolking.<sup>8,9</sup> Betekent dat ook dat zij meer jaren in een betere gezondheid doorbrengen? In dit artikel wordt de levensverwachting en drie vormen van gezonde levensverwachting besproken: de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid, de levensverwachting zonder chronische ziektes, en de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid.*

## GEBRUIKTE GEGEVENS

Leeftijdsspecifieke sterftেকansen zijn de basis bij de berekening van zowel de levensverwachting als de gezonde levensverwachting. Bij de gezonde levensverwachting worden de sterftেকansen bijgesteld op basis van informatie uit enquêtes over de gezondheid in de leeftijdsgroepen van een onderzochte bevolkingsgroep. De berekeningen voor dit artikel zijn gemaakt met excel spreadsheets, voor iedere etnische groep een eigen spreadsheet. We beperken ons tot de levensverwachting en de gezonde levensverwachting vanaf 20 jaar, en vanaf 65 jaar. De belangrijkste reden hiervoor is dat de enquête waaruit de gezondheidsdata afkomstig zijn, beperkt is tot de leeftijdsgroep 18 jaar en ouder.

De sterftedata betreffen sterfte naar leeftijd, geslacht en vijf etnische groepen in Amsterdam voor de periode 2005-2009. Etniciteit is gebaseerd op de standaard CBS-definitie.<sup>10</sup> De gezondheidsdata betreffen data van een postenquête verzameld door de GGD in 2008. Het gaat om gegevens van 2.733 mannen en 3.911 vrouwen, 4.499 respondenten waren van Nederlandse afkomst en 2.145 van niet-Nederlandse afkomst, 3.913 respondenten waren jonger en 2.730 respondenten ouder dan 65 jaar. De response op de enquête was 50%, de data zijn gewogen naar geslacht, leeftijd en stadsdeel.<sup>11</sup>

Ervaren gezondheid werd vastgesteld met een enkele vraag: "Hoe zou U in het algemeen uw gezondheid noemen: slecht, matig, goed, zeer goed of uitstekend". Deze vraagvorm wordt internationaal veel gebruikt.<sup>12</sup> Vraag en antwoorden komen echter niet overeen met de methode gebruikt door het CBS.<sup>13</sup> De twee verschillende vraagvormen leiden tot zeer verschillende resultaten.<sup>7</sup> De afwezigheid van chronische ziektes wordt

Forum biedt onder meer plaats aan ingezonden commentaren en reacties, korte praktijkbijdragen, congresverslagen en boekbesprekingen. Aanwijzingen inzake lengte, opmaak en wijze van inzending (per e-mail) zijn verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat. De redactie behoudt zich het recht voor om te redigeren en/of te bekorten.

Forum

vastgesteld aan de hand van vijftien veel voorkomende aandoeningen en een restcategorie. De geestelijke gezondheid is vastgesteld met de Nederlandse versie van de K10 angst en depressie schaal.<sup>14,15</sup> De metingen van chronische ziektes en geestelijke gezondheid verschillen ook van CBS-methoden.<sup>7</sup>

Vanwege de soms kleine aantallen is de analyse gedaan naar vijf etnische groepen: Amsterdammers van Nederlandse, Caraïbische (Surinaams + Antilliaans), Midderraanse (Turks + Marokkaans), overige niet-westerse, en overige westerse afkomst.

De levensverwachting is berekend volgens de methode van Chiang.<sup>16</sup> De methode van Sullivan is gebruikt voor de gezonde levensverwachting.<sup>17,18</sup> Naast de gezonde levensverwachtingen worden de percentages gezond leven gegeven. Dit percentage ontstaat door de gezonde levensverwachting te delen door de levensverwachting. Dit geeft de verwachting van het deel van het leven dat men na een bepaalde leeftijd in gezondheid zal doorbrengen.

Dit artikel gebruikt een vergelijkbare dataset, vraagvormen en analysemethoden zoals besproken in een eerder artikel.<sup>7</sup> In het artikel van Toet en anderen wordt gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het berekenen van de gezonde levensverwachting in kleine groepen. Er worden minimumeisen gesteld aan de omvang van de onderzochte

<sup>1</sup> GGD Amsterdam, cluster Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, Amsterdam

bevolkingsgroepen (→2000 persoonsjaren ieder); het aantal sterfgevallen in die groepen (→200) en het aantal respondenten dat de vragenlijst heeft beantwoord in ieder van de groepen (→400). Dit artikel voldoet aan deze eisen met één uitzondering, in de enquête waren er 324 personen in de groep respondenten van niet westerse afkomst.

## VERSCHILLEN IN LEVENSV ERWACHTING EN GEZONDE LEVENSV ERWACHTING

Tabel 1 geeft de levensverwachting en de gezonde levensverwachting op 20-jarige en op 65-jarige leeftijd. De eerste kolom, eerste regel, laat zien dat de levensverwachting op de 20e verjaardag in Amsterdam 59,8 jaar is. Op de 65e verjaardag is de levensverwachting 18,4 jaar. Zowel op 20-jarige als op 65-jarige leeftijd is de levensverwachting het laagst voor inwoners van Nederlandse afkomst, de levensverwachting is bijzonder hoog voor de overige niet-westerse groepen. De levensverwachting in goede tot uitstekend ervaren gezondheid is met 50,3 jaar het hoogst onder overige niet-westerse migranten gevolgd, met 50,1 jaar, door Amsterdammers van Nederlandse afkomst. Het laagst is de gezonde levensverwachting onder Amsterdammers van mediterrane afkomst. Amsterdammers van Nederlandse afkomst kunnen verwachten dat zij na hun twintigste verjaardag 84% van hun jaren in goed ervaren gezondheid zullen doorbrengen, voor Amsterdammers van mediterrane afkomst is dit 50%. Na hun vijftenzestigste verjaardag brengen Amsterdammers van Nederlandse afkomst 68% van hun leven door in goede tot uitstekend

ervaren gezondheid, dit is slechts 31% voor de mediterranen.

In grote lijnen wordt dit patroon herhaald bij de levensverwachting zonder chronische ziektes en bij de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. Amsterdammers van overige niet-westerse afkomst hebben in beide gevallen een relatief groot aantal te verwachten levensjaren, gevolgd door Amsterdammers van Nederlandse en van overige westerse afkomst. De gezonde levensverwachting van Amsterdammers van mediterrane afkomst is voor chronische ziektes en geestelijke gezondheid relatief laag. Als je kijkt naar het deel van het leven dat men door zal brengen in een goed ervaren gezondheid dan scoren Amsterdammers van Nederlandse en overige westerse afkomst in het algemeen goed, en Amsterdammers van mediterrane afkomst slecht.

## DISCUSSIE

In dit artikel is de levensverwachting en de gezonde levensverwachting van etnische groepen in Amsterdam geanalyseerd. De levensverwachting is bij Amsterdammers van Nederlandse afkomst wat lager dan bij Amsterdammers van niet-Nederlandse afkomst. Dit 'gezonde migranteneffect' is het onderwerp van veel discussie in de wetenschappelijke literatuur.<sup>8,9</sup> Er zijn meerdere mogelijke oorzaken van de relatief hoge geobserveerde levensverwachting van migranten. Migrantten kunnen een gezonde selectie zijn van de inwoners van het land van herkomst. Migrantten met gezondheidsproblemen remigreren wellicht vaker dan migrantten zonder gezondheidsproblemen. Ook kan de slechte administratie van bevolkingsomvang en de

sterfte van de diverse groepen een reden zijn. In Amsterdam zal een rol spelen dat de samenstelling van de Amsterdamse bevolking van Nederlandse afkomst door binnenlandse migratie is beïnvloed. Veel Amsterdammers zijn immers verhuisd naar de groeigemeenten. Deze ex-Amsterdammers zijn relatief welvarend en gezond, degenen die in Amsterdam blijven wonen zijn minder gezond.<sup>8</sup>

De gezonde levensverwachting op basis van de ervaren gezondheid heeft een sterk subjectief element. De mening van mensen over hun gezondheid zal wel iets zeggen, maar het zegt lang niet alles over de feitelijke gezondheid. Hoe mensen omgaan met gezondheid speelt in het ervaren een belangrijke rol. Dat Amsterdammers van Nederlandse afkomst een hoge levensverwachting in goed ervaren gezondheid hebben kan voor een deel worden verklaard door het beter omgaan met gezondheidsproblemen. Dat Amsterdammers van mediterrane afkomst het een stuk minder goed doen kan te maken hebben met een minder effectieve aanpak van gezondheidsproblemen, misschien veroorzaakt door het lagere opleidingsniveau en culturele barrières.<sup>19</sup> Opmerkelijk is de zeer hoge levensverwachting, en, mede daardoor, een zeer hoge gezonde levensverwachting in de overige niet-westerse etnische groepen. In deze groep zitten veel recente immigranten en het kan zijn dat het 'gezonde migranteneffect' een belangrijke rol speelt. Mensen die recent zijn geïmmigreerd zijn veelal een gezonde selectie uit het land van herkomst, mensen die ongezond zijn migreren over het algemeen minder snel. Recente migrantten hebben de eventuele nadelen van verblijf in Nederland vaak nog niet ondervonden en ook remigreren zij nog niet ten gevolge van een slechte gezondheid.

De levensverwachting zonder chroni-

Tabel 1. Levensverwachting en de gezonde levensverwachting in vijf etnische groepen woonachtig in Amsterdam

Groep	Levensverwachting		Levensverwachting met goed ervaren gezondheid		% van het leven met goed ervaren gezondheid		Levensverwachting zonder chronische ziektes		% zonder chronische ziektes		Levensverwachting met goede geestelijke gezondheid		% met goede geestelijke gezondheid	
	20+	65+	20+	65+	20+	65+	20+	65+	20+	65+	20+	65+	20+	65+
Alle groepen	59,8	18,4	47,7	11,8	79,8	64,0	26,7	3,2	44,7	17,3	30,9	9,5	51,7	51,7
Nederlands	59,4	18,2	50,1	12,4	84,3	68,4	27,7	3,2	46,7	17,4	32,1	9,7	54,1	53,1
Caribisch	60,8	19,6	40,5	7,6	66,6	39,0	25,2	3,0	41,5	15,4	31,5	10,4	51,9	53,2
Mediterraan	61,5	20,3	31,0	6,3	50,4	31,0	16,2	1,1	26,4	5,6	18,2	5,4	29,6	26,7
Overig niet-westers	67,4	26,1	50,3	17,3	74,5	66,2	30,0	6,6	44,4	25,1	32,2	12,7	47,8	48,5
Overig westers	60,3	18,9	49,0	11,2	81,3	59,3	28,6	3,6	47,5	19,2	31,4	9,1	52,2	48,2

sche ziektes laat voor de etnische groepen in veel opzichten een vergelijkbaar patroon zien als de levensverwachting in goede gerapporteerde gezondheid. Alleen, en dat is opmerkelijk, leeft men meer jaren met een positief ervaren gezondheid, dan jaren zonder chronische ziektes. De aanwezigheid van chronische ziektes leidt dus niet direct tot een negatief beeld van de gezondheid.

Ten slotte de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid, deze ligt tussen de gerapporteerde ervaren gezondheid en de chronische ziektes in. Ook hier scoren de Amsterdammers van mediterrane afkomst zeer slecht, en die van overige niet-westerse groepen het beste. De hoge levensverwachting in goede geestelijke gezondheid van de overige niet-westerse groepen wordt voor een deel verklaard door hun hoge levensverwachting. Als het gaat om het percentage van het leven dat men in goede geestelijke gezondheid door zal brengen, dan scoren de Amsterdammers van Nederlandse en van een andere westerse afkomst het beste.

Na de vijftienvestigste verjaardag leeft men maar betrekkelijk weinig jaren zonder chronische ziektes. Dat betekent echter niet dat men die jaren doorbrengt met een slecht gevoel over de gezondheid. De ervaren gezondheid wordt positiever beleefd. Ook na hun vijftienvestigste verjaardag doen de Amsterdammers van mediterrane afkomst het erg slecht.

De lage gezonde levensverwachting bij veel migranten lijkt een reflectie te zijn van de slechte gezondheid die bij veel migrantengroepen woonachtig in Nederland wordt gevonden.<sup>19,20</sup> Vooral onder Nederlanders van Turkse afkomst lijkt de ziektelast hoog.<sup>20</sup> Een laag opleidingsniveau, culturele factoren, beperkte toegang tot de zorg en geringe mogelijkheden, kunnen een rol spelen.<sup>19</sup> De uitzondering zijn Amsterdammers van overige niet-westerse afkomst met een zeer hoge gezonde levensverwachting. Het recent importeren van een goede gezondheid kan daar een factor in zijn. Het is maar de vraag of de goede gezondheid blijft als men langer in Nederland woont.<sup>9</sup>

## ABSTRACT

### *Healthy life expectancy of five groups of migrants in Amsterdam*

In this paper the life expectancy and the healthy life expectancy for five groups of migrants living in the city of Amsterdam are presented. Mortality figures over the period 2005-2009 are used. The questionnaire data has been collected by the 2008 Amsterdam health monitor. Chiang's life table method and Sullivan's healthy life expectancy method are used in the analysis. The life expectancy in Amsterdam is highest among people of other non-western origin, and lowest among people of Dutch origin. The life expectancy in good to excellent self-reported health is highest among people of other non-western origin and those of Dutch origin. In terms of the percentage of healthy life people of Dutch and other western origin perform best. People of Mediterranean origin perform particularly bad. Patterns for the life expectancy without chronic diseases and in good mental health are similar as for self-reported health, only, fewer years are spent without chronic diseases compared with reported subjective health. The number of years spent in good mental health are in between the years spent without chronic diseases and the years spent in good reported health. The healthy migrant effect is an important factor also in the healthy life expectancy, particularly for Amsterdam citizens of other non-western origin. De healthy life expectancy of Amsterdam citizens of Mediterranean origin is particularly low, this might have to do with a history of hard physical labour, low schooling, low expectations and few opportunities.

Keywords: life expectancy healthy, life expectancy, migrants, Amsterdam

## LITERATUUR

1. *Bruggink JW*. Langer leven, maar ook langer gezond? *Demos* 2010;26(1):2-5.
2. *Bruggink JW*. Trends in gezonde levensverwachting. *Tijdschr Gezondheidswet* 2009;87:209.
3. *Bruggink JW*. Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkingstrends* 2009;57:71-5.
4. *Perenboom RJM, Herten LM van, Boshuizen HC, Bos GAM van den*. Life expectancy without chronic morbidity: trends in gender and socioeconomic disparities. *Public Health Rep* 2005;120:46-54.
5. *Knoops K, Brakel M van den*. Rijke mensen leven lang en gezond: inkomensgerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting. *Tijdschr Gezondheidswet* 2010;88:17-24.
6. *Groenewegen PP, Westert GP, Boshuizen HC*. Regional differences in healthy life expectancy in the Netherlands. *Public Health* 2003;117:424-9.
7. *Toet J, Uitenbroek DG, Ameijden EJC van*. Berekening van de Gezonde Levensverwachting in kleine geografische eenheden. *Tijdschr Gezondheidswet* 2013;91:115-20.
8. *Uitenbroek DG, Verhoeff, AP*. Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands. *Soc Sci Med* 2002;54:1379-88.
9. *Lassetter JH, Callister LC*. The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies. *J Transcultural Nurs* 2009;20:93-104.
10. *Keij I*. Standaarddefinitie allochtonen. *Index* 2000;10:24-5.
11. *Dijkshoorn H, Dijk TK van, Janssen AP*. Zo gezond is Amsterdam!: eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008. Amsterdam: GGD, 2009.
12. National Center for Health Statistics. *Healthy people 2010: general data issues*. Hyattsville: NCHS, 2010.
13. European Health Expectancy Monitoring Unit. *Health questions from the Minimum European Health Module used in EU-SILC in the 26 EU countries*. Montpellier: EHEMU, 2009.
14. *Uitewaald P*. Depressie in Den Haag: het risico op depressie in de verschillende Haagse stadsdelen. *Epidemiol Bull* 2012;47(1):23-9.
15. *Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ et al*. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002;32:959-76.
16. *Chiang CL*. The life table and its construction. In: Chiang CL. *Introduction to stochastic processes in biostatistics*. New York: Wiley, 1968:189-214.

17. Imai K, Soneji S. On the estimation of disability-free life expectancy: Sullivan's method and its extension. *J Am Stat Assoc* 2007;102:1199-211.
18. Stiefel MC, Perla RJ, Zell BL. A healthy bottom line: healthy life expectancy as an outcome measure for health improvement efforts. *Milbank Q* 2010;88:30-53.
19. Uniken Venema HP, Garretsen HF, Maas PJ van der. Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an example. *Soc Sci Med* 1995;41:809-18.
20. Kunst AE, Mackenbach JP, Lamkaddem M, Rademakers J, Devillé W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en

zorggebruik in Nederland. Rotterdam: Erasmus MC / Utrecht: Nivel, 2008.

**CORRESPONDENTIEADRES**  
**D.G. Uitenbroek, Nieuwe**  
**Achtergracht 100, Postbus 2200,**  
**1000 CE Amsterdam.,**  
**tel. 020 - 5555 314, e-mail:**  
**daanuitenbroek@ggd.amsterdam.nl**

## INGEZONDEN REACTIE

# Naar een standaard voor monitoring van kwetsbare groepen in Nederland

Carolien L. van den Brink,<sup>1,2</sup> Gemma M.J. Smulders,<sup>1,3</sup>

*Reactie op 'Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland: weten we genoeg?' van Roderik F. Viergever; TSG nr 6, 2013.*

Als aanvulling op het artikel 'Gezondheidsmonitoring van kwetsbare groepen in Nederland; weten we genoeg?' dat in nummer 6 van TSG in 2013 is verschenen, willen wij u via deze reactie attenderen op de ontwikkeling van een landelijk model voor een monitor Sociaal Kwetsbare Groepen, waar de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant, Tranzo, Tilburg samen met het Onderzoekscentrum Maatschappelijke zorg van het Radboudumc Nijmegen sinds een aantal jaren aan werkt. In dit project is aandacht voor een groot deel van de suggesties die auteur Viergever doet voor verbetering van de monitoring van kwetsbare groepen in Nederland. Er wordt samengewerkt met de academische werkplaats USER G4 die met eenzelfde monitor bezig is, specifiek voor de vier grote steden.

Het doel van de monitor Sociaal Kwetsbare Groepen (SKG) is om te ko-

men tot een instrument dat voor gemeenten en GGD'en een hulpmiddel is bij het verzamelen en interpreteren van gegevens over deze groepen voor het ontwikkelen en evalueren van het beleid voor deze populatie.

Kwetsbare mensen zijn mensen die vaak meerdere problemen tegelijk hebben en vanuit het perspectief van de hulpverleners niet de zorg krijgen die nodig is. Daarnaast participeren ze nauwelijks in het reguliere maatschappelijk leven. Deze groep behoeft dus speciale aandacht.

De monitor beoogt meer uniformiteit in de gegevensverzameling, waardoor vergelijkingen tussen gemeenten mogelijk zijn. Verder voorkomt een dergelijk instrument dat lokale partijen ieder afzonderlijk het wiel uit moeten vinden. De monitor signaleert wat de grootste problemen zijn en waar die voorkomen, bijvoorbeeld in welke wijken. Dit kan vervolgens aanleiding zijn voor een GGD of gemeente om verder in te zoomen op bepaalde problematiek. Onder andere door verdiepend onderzoek, gesprekken met sleutelfiguren en stakeholders of het koppelen van gegevens op individueel niveau.

Om standaardisatie te bevorderen is een lijst gemaakt met indicatoren die relevant zijn bij de monitoring van kwetsbare groepen. Naast indicatoren uit vragenlijsten van de monitors gezondheid van de GGD'en, gaat het vooral om ge-

gevens uit verschillende bestaande registraties, zoals het aantal mensen in de schuldhulpverlening of het aantal veelplegers. De indicatoren zijn ingedeeld in een matrix, waarvan de rijen uit de treden van de OGGZ ladder bestaan en gerelateerd zijn aan de ernst van de problematiek.<sup>1</sup> Trede 0 en 1 bestaan uit risicogroepen in de algemene bevolking, trede 2 uit kwetsbare groepen in de gemeenschap en (weer) onder dak, trede 3 uit kwetsbare groepen in instituties en trede 4 uit kwetsbare groepen zonder dak. De kolommen van de matrix zorgen voor een indeling in themagebieden, zoals bestaansvoorwaarden en middelengebruik. Op basis van deze matrix kunnen GGD'en of gemeenten keuzes maken voor de groepen of thema's waarop zij willen focussen in hun monitor.

Voor de indicatoren uit de matrix is nagegaan of hierover landelijke gegevens bestaan die beschikbaar gesteld kunnen worden aan gemeenten of GGD'en. Dit bevordert de uniformiteit van informatie en beperkt de administratieve lasten op lokaal niveau. Andere gegevens worden zoveel mogelijk lokaal verzameld. Denk bijvoorbeeld aan het aantal meldingen over overlast of het aantal cliënten in de bemoeizorg. Voor enkele indicatoren is standaardisatie op dit moment helaas nog niet haalbaar, omdat lokale instanties de gegevens hiervoor op verschillende manieren registreren.

<sup>1</sup> *Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant, Tranzo, Universiteit Tilburg*

<sup>2</sup> *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg, Bilthoven*

<sup>3</sup> *GGD Hart voor Brabant, 's-Hertogenbosch*