

Etnische verschillen in gezondheid

Een goed inzicht in de gezondheidstoestand van de in Nederland verblijvende allochtone kinderen ontbreekt. Bij velen bestaat de indruk dat deze te wensen overlaat in vergelijking met de autochtone kinderen, maar een duidelijk beeld bestaat er niet. In dit artikel is nagegaan wat er op basis van publicaties, verschenen vanaf 1980, te zeggen valt over de gezondheid van allochtone kinderen van 0-14 jaar (zuigelingen, kleuters en basisschoolkinderen) in Nederland. Studies waarbij een Nederlandse controlegroep ontbreekt zijn in het algemeen niet meegenomen, omdat in dat geval geen uitspraken over het minder of meer voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen bij allochtone kinderen gedaan kunnen worden.

Mortaliteit

Zuigelingen en kleuters

De sterfte onder Turkse, Marokkaanse en Surinaamse 0-4-jarigen ligt in Nederland hoger dan onder autochtone kinderen van die leeftijd. Onderzoek in Amsterdam en Den Haag geven een hogere perinatale en zuigelingensterfte voor de Surinaamse, Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen. Recentere studies in Den Haag, Utrecht, Rotterdam en op landelijk niveau bevestigen dit beeld. Zo bleek uit de Landelijke Verloskundige Registratie dat de perinatale sterfte van de Creoolse bevolkingsgroep uit Suriname en de Antillen ruim tweemaal zo hoog is vergeleken met autochtonen, met name door een verhoogde frequentie van prematuriteit.

Uit sterfte-analyses op basis van het doodsoorzakenbestand van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen van 1-4 jaar (kleutersterfte) twee tot drie maal zo hoog is als onder Nederlandse kinderen. Dit is in overeenstemming met een studie in Amsterdam. In Rotterdam is de sterfte bij Surinaamse kleuters hoger dan bij Nederlandse kleuters. In Amsterdam werd geen verhoogde sterfte voor Surinaamse kleuters gevonden. Opmerkelijk is dat bij Nederlandse zuigelingen en kleuters de sterfte onder jongens duidelijk hoger is dan die onder meisjes, terwijl bij Turken en Marokkanen vrijwel geen verschil bestaat.

De hogere sterfte bij Turkse en Marokkaanse zuigelingen is voornamelijk het gevolg van aangeboren afwijkingen, metabole ziekten en infectieziekten. Bij

Turkse zuigelingen speelt ook de relatief hoge sterfte door ongevallen een rol; bij Marokkaanse zuigelingen is de sterfte door ongevallen gelijk aan die van Nederlandse zuigelingen. Verder komt bij Turkse zuigelingen wiegendood tweemaal zo vaak voor als bij Nederlandse zuigelingen. Bij zowel Turkse als Marokkaanse kinderen komt sterfte in het buitenland relatief frequent voor.

Bij Turkse en Marokkaanse kinderen van 1-4 jaar is de hogere sterfte vooral het gevolg van ongevallen en in de tweede plaats van aangeboren afwijkingen en infectieziekten. Ook bij Turkse en Marokkaanse kleuters komt overlijden in het buitenland vaak voor en veel vaker dan bij Nederlandse kleuters.

Basisschoolkinderen

Analyse van de door het CBS geregistreerde sterfgevallen laat zien dat de sterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen van 5-14 jaar eveneens twee tot drie keer hoger is dan onder Nederlandse kinderen van die leeftijd. De hogere sterfte wordt vooral bepaald door een verhoogde sterfte ten gevolge van ongevallen (met name in het verkeer) en onbekende doodsoorzaken door overlijden in het buitenland. Zowel in Rotterdam als in Amsterdam is de sterfte van Surinaamse meisjes van 5-14 jaar hoger dan van Nederlandse meisjes van die leeftijd. Bij jongens is de sterfte van Surinaamse 5-14-jarigen in Rotterdam lager en in Amsterdam hoger dan die van Nederlandse leeftijdsgenoten.

Morbiditeit

Ongevallen

Uit onderzoek blijkt dat niet alleen dodelijke ongevallen maar ook niet-dodelijke ongevallen vaker voorkomen bij Turkse en Marokkaanse kinderen dan bij Nederlandse kinderen. Zo bleek uit analyses van de patiëntgegevens van brandwondencentra dat brandwonden veel vaker bij Turkse en Marokkaanse kinderen dan bij Nederlandse kinderen voorkomen. Met name brandwonden door hete vloeistoffen kwamen bij Turkse en Marokkaanse kinderen relatief vaak voor. Bij Surinaamse/Antilliaanse kinderen kwamen brandwonden relatief weinig voor. Verder werd in Den Haag gevonden dat Turkse en Marokkaanse kinderen van 2-12 jaar veel vaker als voetganger of fietser bij een verkeersongeval betrokken zijn dan Nederlandse 2-12-jarigen. Met name jonge Turkse en Marokkaanse kinderen (2-5 jaar) hadden een sterk verhoogde ongevalsrisico in het verkeer. Surinaamse 2-12-jarigen waren iets minder vaak dan Nederlandse kinderen van die leeftijd als voetganger of fietser slachtoffer van een verkeersongeval.

In een aantal studies kwamen ongevallen echter relatief vaker voor bij autochtone kinderen. Zo bleek uit een Amsterdamse en een Rotterdamse studie dat ongevallen waarvoor medische hulp is gezocht vaker voorkomen bij Nederlandse kinderen in vergelijking met allochtone kinderen. Ook Boshuizen et al. vonden een hoger risico op een poliklinisch behandeld valongeval voor Nederlandse ten opzichte van buitenlandse kinderen van 0-4 jaar. Deze discrepantie wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een definitieprobleem. In deze drie laatste studies werden namelijk alle ongevallen geteld waarvoor medische hulp is gezocht, ook de minder ernstige ongevallen. Het is denkbaar dat allochtone ouders minder snel medische hulp zoeken bij een ongeval van hun kind. Spee-van der Wekke et al. ten slotte vonden bij 4-18-jarigen geen verschil tussen

Nederlanders en niet-Nederlanders in ongevallen waarvoor wegens lichamelijk letsel medische hulp is ingeroepen.

Biometrie

Het gemiddelde geboortegewicht van Nederlandse pasgeborenen is ongeveer gelijk aan die van mediterrane (met name Turkse en Marokkaanse) pasgeborenen en duidelijk hoger dan die van negroïde (met name Surinaamse en Antilliaanse) pasgeborenen. Het percentage pasgeborenen met een (zeer) laag geboortegewicht is bij negroïde kinderen hoger dan bij Nederlandse kinderen; dit geldt niet voor mediterrane pasgeborenen. Het relatief hoge percentage vroeggeboorten bij negroïde kinderen speelt hierbij een belangrijke rol. In een ander onderzoek was het percentage kinderen met een laag geboortegewicht wel duidelijk hoger onder Turkse dan Nederlandse pasgeborenen. Ten slotte, uit landelijk onderzoek onder consultatiebureau-kinderen bleken mediterrane 1- en 2-jarigen gemiddeld zwaarder (naar lengte) dan Nederlandse kinderen. De mediterrane kinderen namen in de eerste twee levensjaren ook sterker in gewicht toe dan de Nederlandse kinderen.

Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse basisschoolkinderen zijn gemiddeld kleiner dan Nederlandse kinderen. De cijfers over etnische verschillen in gewicht (naar lengte) zijn niet eenduidig. Zo zijn Turkse en Marokkaanse schoolkinderen in de studies van Brugman et al., Meulmeester en Douma et al. respectievelijk gemiddeld zwaarder, even zwaar en lichter in vergelijking met Nederlandse leeftijdsgenoten. Verder betekent zwaarder niet automatisch ook dikker. Het gewicht hangt namelijk niet alleen samen met de hoeveelheid vetweefsel, maar ook met de skeletbouw en de spiermassa van de persoon. Op grond van huidplooidikten (een maat voor de vetmassa) zijn Nederlandse kinderen vetter dan Turkse en Marokkaanse kinderen en even vet als Surinaams-Creoolse kinderen. De resultaten over de vetmassa van Surinaams-Hindoestaanse kinderen in vergelijking met Nederlandse kinderen komen niet overeen.

Import en -infectieziekten

Bij allochtone kinderen kunnen ziekten voorkomen die zich bij autochtone Nederlanders niet meer of zelden voordoen. Het kan daarbij gaan om afwijkingen die bijna uitsluitend bij bewoners van de (sub)tropen voorkomen, zoals de (erfelijk bepaalde) bloedziekten sikkelcelanemie en thalassemie en een aantal bijzondere stofwisselingsziekten. Zo wordt geschat dat jaarlijks ruim tien kinderen in Nederland worden geboren met de homozygote vorm van sikkelcelanemie of thalassemie. Thalassemie komt voornamelijk voor bij kinderen uit Marokko en Turkije. Sikkelcelanemie komt vooral voor bij Creoolse kinderen uit Suriname en de Antillen, maar wordt ook gezien bij Turkse kinderen. Verder komt lactasedeficiëntie (gestoorde lactoseresorptie) veel vaker voor bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse kinderen dan bij Nederlandse kinderen.

Daarnaast gaat het om infectieziekten die men uitsluitend in de (sub)tropen kan oplopen, omdat de verwekker of de tussengastheer zich alleen in die streken kan handhaven. Van deze ziekte is malaria het meest bekend. Deze ziekte komt ook in Zuidoost Turkije en in het binnenland van Suriname voor. Ook bilharzia (schistosomiasis) wordt bij allochtone kinderen gezien. Bilharzia kent twee vormen, waarbij in Marokko en Turkije de blaas-bilharzia het meeste voorkomt en in

mindere mate de darm-bilharzia. Dit in tegenstelling tot Suriname waar alleen de darmvorm aanwezig is.

Verder kan het allochtone kind (in het land van herkomst) infectieziekten oplopen die vooral te maken hebben met 'crowding', onhygiënische omstandigheden en een warm klimaat, waardoor besmetting sneller plaatsvindt. De besmettingskans is vooral van Turkse en Marokkaanse kinderen hoog door het veelvuldig heen en weer reizen en de relatief grote gezinnen. Surinaamse kinderen reizen zelden naar het herkomstland. Voorbeelden van deze infectieziekten zijn hepatitis A en B, tuberculose, darminfecties en meningitis. Zo worden darminfecties door bijvoorbeeld salmonella regelmatig tijdens vakanties opgelopen. In de periode 1986-1990 werd in Rotterdam tuberculose gediagnostiseerd bij 50 kinderen van 0-14 jaar, van wie 21 van Marokkaanse afkomst. Verder hebben Turkse en Marokkaanse 0-4-jarigen in Nederland een verhoogde kans op besmettelijke bacteriële meningitis.

Rachitis door vitamine D-gebrek

Gedurende de jaren zeventig en begin jaren tachtig kwamen rachitis op basis van vitamine D-gebrek in Nederland weer meer voor. Het ging hierbij merendeels om kinderen van 1-4 jaar. Bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse kinderen kwam (rachitis door) vitamine D-gebrek veel vaker voor dan bij Nederlandse kinderen. Vooral bij kinderen die een gepigmenteerde huid hebben en/of weinig buiten komen en/of hun lichaam grotendeels met kleding bedekken (moslimmeisjes) wordt de vitamine D-productie in de huid geremd. Daarnaast gebruiken allochtone gezinnen vaak olie in plaats van (met vitamine D verrijkte) margarine. Gerichte preventie door onder andere vitamine D-profylaxe actief op het consultatiebureau onder de aandacht van migrantenouders te brengen heeft rachitis in Nederland weer teruggedrongen.

Anemie door ijzergebrek

Bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse kinderen komt (anemie door) ijzergebrek vaker voor dan bij Nederlandse kinderen. Mogelijk speelt een ander voedingspatroon hierbij een rol. Allochtone kinderen consumeren minder ijzerhoudend voedsel, zoals groenten, peulvruchten, bruin brood, vlees en vleesproducten. Vlees is de belangrijkste voedingsbron van ijzer, maar is mogelijk voor veel allochtone gezinnen te duur.

Hypertensie

In Amsterdam werd geen verschil in gemiddelde bloeddruk gevonden tussen Surinaamse en Nederlandse 8-9-jarigen. Uit een onderzoek in Groningen bleek dat de gemiddelde bloeddruk van Turkse/Surinaamse kinderen van 5-9 jaar lager is dan die van Nederlandse leeftijdsgenoten.

Enuresis nocturna

Bedplassen (enuresis nocturna) komt vaker voor bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse schoolkinderen dan bij hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Zo was de prevalentie van bedplassen in Amsterdam bij Nederlandse kinderen van 11-12 jaar 3,8% en bij Marokkaanse, Turkse en Surinaamse 11-12-jarigen respectievelijk 10,7%, 7,6% en 5,2%. Opmerkelijk is dat op de leeftijd van 3-4 jaar geen verschillen werden gevonden in percentage bedplassers tussen Nederlandse, Turkse en Marokkaanse kinderen. Bij Surinaamse 3-4-jarigen kwam bedplassen relatief minder vaak voor.

Slechthorendheid

Er bestaan aanwijzingen dat gehoorafwijkingen (voornamelijk optredend in de vorm van geleidingsstoornissen) vaker bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse dan bij Nederlandse zuigelingen voorkomt. Allochtone kinderen scoren namelijk slechter op de Ewing/Capas-gehoorscreening (de screening bestaat uit een serie van maximaal drie tests gedurende een periode van circa drie maanden) dan autochtone kinderen. In een groot-schalig onderzoek in Amsterdam hadden Marokkaanse zuigelingen vaker dan Nederlandse zuigelingen een onvoldoende screeningsresultaat. Surinaamse/Antilliaanse en Turkse kinderen scoorden hetzelfde als de Nederlandse kinderen. Dit betekent overigens niet per definitie dat slechthorendheid bij Marokkaanse zuigelingen vaker voorkomt. Uit hetzelfde Amsterdamse onderzoek bleek dat bij Marokkaanse zuigelingen vaker sprake is van fout-positieve testuitslagen.

Etnische verschillen in de prevalentie van gehoorafwijkingen bestaan mogelijk ook op oudere leeftijd. Aanwijzingen voor gehoorafwijkingen zijn bijvoorbeeld vaker vastgesteld bij Surinaamse en Antilliaanse 11-jarigen dan bij Nederlandse kinderen van die leeftijd. De Leeuw-Vringer vond bij schoolkinderen vaker een afwijkend audiogram bij Nederlandse meisjes dan bij Marokkaanse meisjes. Bij de jongens bestonden geen verschillen.

Slechtziendheid

In Amsterdam hadden Surinaamse en Marokkaanse kinderen van 5-6 jaar vaker een onvoldoende uitslag op een eerste visusscreening met behulp van de E-hakenkaart (bij brildragende kinderen is de visustest met correctiebril afgenomen) dan Nederlandse en Turkse kinderen. Of visusstoornissen bij deze twee etnische groepen ook werkelijk vaker voorkomen is niet bekend. Een eenmalige screening geeft namelijk niet meer dan een aanwijzing voor een visusstoornis. Kinderen die op een visusscreening een onvoldoende testuitslag hebben scoren vaak op een tweede screening wel voldoende. Verder blijkt een deel van de kinderen die uiteindelijk uitvoerig oogheelkundig wordt onderzocht geen visuele stoornis te hebben. Het is mogelijk dat na uitgebreid onderzoek door een oogarts blijkt dat fout-positieve screeningsuitslagen bij Surinaamse en Marokkaanse kinderen vaker voorkomen. Etnische verschillen in het voorkomen van fout-positieve uitslagen zijn, zoals eerder vermeld, bijvoorbeeld geconstateerd voor de screening op gehoorafwijkingen.

Hoofdluis

Hoofdluis komt niet vaker voor bij allochtone leerlingen dan bij autochtone klasgenoten. In een landelijke studie kwam hoofdluis bij Turkse en Marokkaanse schoolkinderen minder vaak voor dan bij Nederlandse en Surinaamse kinderen.

Diabetes

Het jaarlijkse aantal nieuwe gevallen van insulineafhankelijke diabetes (type I) onder 0-19-jarigen is bij Marokkaanse kinderen 1,6 keer zo hoog als bij Nederlandse kinderen. De incidentie onder Surinaamse en Turkse kinderen is lager dan onder Nederlandse kinderen.

Luchtwegklachten

Luchtwegklachten komen in het algemeen niet vaker voor bij allochtone kinderen dan bij autochtone kinderen. Zo bleek uit onderzoek in Amsterdam en Utrecht

dat de prevalentie van astmatische luchtwegklachten lager ligt bij Turken en Marokkanen dan bij Nederlandse kinderen.

Gebitsstatus

Turkse en Marokkaanse schoolkinderen hebben een slechter gebit dan Nederlandse en Surinaamse kinderen van dezelfde leeftijd. Zo was in Amsterdam 55% van de Nederlandse en Surinaamse 5-jarigen cariësvrij, terwijl slechts 26% van de Marokkaanse en Turkse 5-jarigen geen cariës had. Voor de 11-jarigen lagen deze cijfers rond de 30% voor Turken en Marokkanen en rond de 45% voor Surinamers en Nederlanders. Vergelijkbare cijfers zijn gevonden in Utrecht.

Algemene gezondheid

Er zijn geen aanwijzingen dat de algemene gezondheid van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse kinderen slechter is dan van Nederlandse kinderen. Zo was op een consultatiebureau in de binnenstad van Den Haag de psychomotorische ontwikkeling (gemeten met het Van Wiechen-schema) van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse kinderen van 2-4 jaar niet slechter dan van Nederlandse leeftijdsgenoten. In een onderzoek in Amsterdam en Nieuwe Waterweg Noord onder 5-6-jarigen werd een betere motorische ontwikkeling gevonden bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse/Antilliaanse kinderen in vergelijking met Nederlandse kinderen. In Rotterdam kwamen specifieke gezondheidsklachten bij 10-11-jarigen iets (maar niet significant) vaker voor bij Surinaamse/Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse kinderen in vergelijking met Nederlandse kinderen. Bovendien wordt dit geringe verschil waarschijnlijk uitsluitend veroorzaakt doordat buitenlandse kinderen vaker last van kiespijn hadden. In een landelijk onderzoek werden tussen Nederlandse en Turkse kinderen van 0-4 jaar en 5-14 jaar geen noemenswaardige verschillen gevonden in het percentage kinderen dat volgens de ouders 'een minder goede gezondheid' had, 'de afgelopen 14 dagen rustiger aan moest doen wegens ziekte' en 'één of meer chronische aandoeningen' had.

Conclusies

Onderzoek naar de gezondheid van allochtone kinderen heeft zich met name gericht op Turkse en Marokkaanse kinderen en in mindere mate op Surinaamse en Antilliaanse kinderen. De gezondheidssituatie van allochtone kinderen wijkt soms in negatieve zin af van die van Nederlandse kinderen, maar soms ook in positieve zin. Zo is bij allochtone kinderen de prevalentie van de enuresis nocturna relatief hoog en de prevalentie voor astmatische luchtwegklachten relatief laag in vergelijking met autochtone kinderen. De verschillen in gezondheid met de Nederlandse kinderen zijn bovendien niet voor alle onderscheiden allochtone groepen hetzelfde. Diabetes type I komt bijvoorbeeld vaker voor bij Marokkaanse kinderen dan bij Nederlandse kinderen, maar bij Surinaamse en Turkse kinderen juist minder vaak. Verder zijn over veel gezondheidsproblemen geen (harde) gegevens voorhanden of de beschikbare gegevens zijn gedateerd. Zo is bij basisschoolkinderen vrijwel niets bekend over etnische verschillen in psychosociale problemen.

Literatuur is op aanvraag te verkrijgen bij de auteur.