

RELATIEF VEEL 'SURINAMERS' IN NEDERLAND STERVEN AAN COVID-19

Registratie naar etniciteit maakt onderzoek naar oversterfte mogelijk



GETTY IMAGES

Dat verhoudingsgewijs meer Nederlanders met een Surinaamse achtergrond overlijden aan covid-19, is niet alleen te wijten aan cardiovasculaire ziekten die onder deze subgroep meer voorkomen. Ook racisme, kansenongelijkheid en onderbehandeling spelen mogelijk een rol. Om dat goed te kunnen onderzoeken is registratie naar etniciteit in de zorg wenselijk.

Op woensdag 14 oktober stelde hoogleraar sociale epidemiologie Anton Kunst in een speciale coronauitzending op NPO Radio 1 dat er aanwijzingen zijn dat de sterfte onder 'Surinamers' als gevolg van covid-19 hoger is. Hierachter gaat meer schuil dan etniciteit, zoals zal blijken uit dit artikel.

Mensen in Suriname, grotendeels afkomstig uit Azië (onder andere Java en India) en Sub-Sahara-Afrika (West-Afrika), zijn er in de loop van eeuwen – meestal tegen hun wil – door Europeanen heengebracht uit winstbejag. Hierdoor is een diverse cultuur ontstaan van mensen met onderling grote genetische variatie. Het in Suriname geboren zijn (of een ouder hebben die er geboren is) is hierdoor noch een biologische entiteit, noch een cluster van genetische, culturele, of sociale karakteristieken, of het zou een gedeeld koloniaal psychotrauma, anders het effect van een genetische 'flessenhals' in de gemeenschappelijke overleving van de vaak inhumane behandeling door Europeanen in de voormalige kolonie moeten zijn. De 'otherization' in deze berichtgeving, in het duiden van deze groep Nederlanders als 'Surinamers', kan het gevoel oproepen dat de oversterfte geen Nederlands probleem is. (Overigens is de sterfte aan covid-19 in Suriname de helft lager te zijn dan in Nederland.¹) Het samenvoegen van deze cultureel, sociaal-economisch en genetisch sterk heterogene subgroep Nederlanders – wat epidemioloog Kunst doet – schept geen duidelijkheid over een mogelijk causale relatie met oversterfte aan covid-19, en kan mogelijk relevante factoren in Nederland versluieren.

Oversterfte

Laten we eerst kijken naar wat er bekend is over sterfte naar etniciteit in Nederland. De meest recente publicatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), met cumulatieve data van 2005 tot 2014, laat zien dat de sterfte onder Nederlanders van voornamelijk West-Afrikaanse of Zuid-Aziatische afkomst relatief hoog is ten opzichte van de rest van de Nederlandse bevolking (door het CBS gerelateerd aan het geboorteland Suriname).² Deze oversterfte wordt voornamelijk toegeschreven aan cardiovasculaire ziekten. In Nederland was in deze periode de gemiddelde levensverwachting op de leeftijd van 20 jaar 59,3 jaar voor

mannen en 63,3 jaar voor vrouwen, tegenover 57,9 jaar voor mannen en 62,7 jaar voor vrouwen bij Nederlanders van West-Afrikaanse of Zuid-Aziatische afkomst, geboren in Suriname. Voor de mannen van Zuid-Aziatische afkomst was de resterende levensverwachting op de leeftijd van 20 jaar het laagst van alle groepen, 56,6 jaar. CBS-data over 1995-2000 en 2002-2006 laten dezelfde trend zien, met oversterfte bij Nederlanders die in Suriname (of de Nederlandse Antillen) geboren zijn. Hoe kan het dat deze oversterfte al zo lang bestaat?

Vanuit het perspectief van de arts maatschappij + gezondheid is sturen op gelijke gezondheidsuitkomsten voor subgroepen in de samenleving bijvoorbeeld naar afkomst of sociaaleconomische status een leidend principe. De begrippen *equality*, *equity* en *justice* in gezondheidsuitkomsten die hierbij centraal staan, laten zich wat lastig vertalen. Het betreft het principe dat men niet zozeer een gelijke behandeling krijgt (*equality*), maar hetgeen nodig is om gezondheidsverschillen te verkleinen (*equity*). Oversterfte in welke subgroep dan ook dient opgespoord en geadresseerd te worden, waarbij de belemmeringen voor een gelijke uitkomst onderzocht en weggenomen worden (*justice*). De CBS-data geven blijk van onvoldoende sturing op sterftereductie in deze groepen.

Sociale ongelijkheid

Ongelijkheid in sterfte kan veroorzaakt worden door kenmerken van personen, de omgeving (inclusief het gezondheidszorgsysteem) of de interactie tussen de persoon en omgeving. Hypertensie en diabetes komen bijvoorbeeld vaker voor bij Nederlanders van West-Afrikaanse of Zuid-Aziatische afkomst, en deze factoren dragen zeer waarschijnlijk bij aan de oversterfte.^{2,3} Sociaaleconomische factoren zijn relevant, maar CBS-data laten zien dat deze groepen (in de CBS-indeling naar geboorteland Suriname) in de regel hoger opgeleid zijn, vaker een betaalde baan hebben en minder discriminatie ervaren dan andere migranten.⁴ Maar er is nog steeds een verschil met Nederlanders van Europese afkomst en het is niet uitgesloten

Hoe kan het dat deze oversterfte al zo lang bestaat?

dat deze sociale ongelijkheid effect heeft op de sterfte. Oversterfte is een belangrijk gevolg van onderbehandeling. Slechts ongeveer een kwart van de hypertensieven wordt adequaat behandeld, en het is mogelijk dat onderbehandeling een groter effect heeft op sterfte van mensen van West-Afrikaanse of Zuid-Aziatische afkomst.^{2,3} De sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannen van Europese afkomst is de laatste decennia sterk verminderd door intensief onderzoek, gevolgd door het ontwikkelen van specifieke, intensieve behandelstrategieën. Hoe zit het met dergelijke maatregelen in Nederland voor groepen die nu cardiovasculaire oversterfte kennen? De NHG-richtlijn cardiovasculair risicomanagement bevatte lange tijd niet meer dan een voetnoot waarin melding gemaakt werd van antihypertensieve behandeling met calciumantagonisten bij mensen van West-Afrikaanse afkomst. Hoewel mensen van Zuid-Aziatische afkomst de hoogste cardiovasculaire sterfte kennen, zijn er geen klinische trials naar welke antihypertensieve middelen de aan hypertensie gerelateerde mortaliteit het meeste verminderen.³ Er zijn ook aanwijzingen dat evidencebased etnisch-specifieke behandelstrategieën die volgens de richtlijnen cardiovasculaire sterfte kunnen verminderen niet worden toegepast.^{3,5} Uit de literatuur blijkt verder dat de informatie over aandoeningen bij mensen van bijvoorbeeld West-Afrikaanse afkomst gedurende de medische opleiding veelal onvoldoende is.⁶ Ook is er sprake van onderbehandeling en worden minder vaak geavanceerde therapeutische interventies ingezet bij mensen van West-Afrikaanse afkomst.⁷ Het gezondheidszorgstelsel komt eigenlijk niet verder dan het herhaaldelijk vaststellen van de oversterfte en de risicofactoren, met een wat schrale implementatie van het wetenschappelijk bewijs in de nationale richtlijn. Aan de oversterfte van deze groepen verandert dit niets.

Diversiteit

De interactie tussen patiënten uit groepen met oversterfte en ons gezondheidszorgstelsel is eveneens onderbelicht. Er is onvoldoende onderzoek naar percepties van deze groepen over het gezondheidszorgstelsel of van huisartsen over (intensievere) cardiovasculaire behandeling van mensen uit deze groepen. Ook de mogelijke invloed van diversiteit naar afkomst van gezondheidswerkers op gezondheidsuitkomsten is in Nederland weinig onderzocht. Bij de hogere sterfte van zuigelingen en moeders van niet-Europese afkomst (vergeleken met mensen van Europese afkomst in hetzelfde land), kan de mortaliteit tot drie keer hoger zijn indien de arts van Europese afkomst is.⁸ Er wordt geen oversterfte waargenomen bij mensen van Europese afkomst indien de dokter van niet-Europese afkomst is. Het vergroten van diver-

siteit binnen medische beroepsgroepen en onderzoekers lijkt belangrijk. De politiek gaat hierin mee. In een antwoord op recente Kamervragen van het Tweede Kamerlid Lilianne Ploumen over de impact van racisme op de gezondheid, stelt staatssecretaris Paul Blokhuis: 'Tevens streef ik ernaar bij het uitzetten van onderzoeken een breed samengestelde onderzoeksgroep als uitgangspunt te hanteren, zodat (culturele) diversiteit in het onderzoek meegenomen kan worden.'

Op achterstand

Dan is er de SARS-CoV-2-pandemie. De sterfte aan covid-19 bij Nederlanders met een Surinaamse achtergrond lijkt hoger, bij reeds bestaande ongelijkheden in cardiovasculaire sterfte.² Er zijn verschillende factoren die de sterfte aan covid-19 kunnen beïnvloeden. Dit betreft onder andere biologische factoren, zoals een hogere leeftijd, comorbiditeit (zoals cardiovasculaire ziekten), of SARS-CoV-2-specifieke interacties (zoals met medicatie die ingrijpt op het renine-angiotensine-aldosteronsysteem), maar ook sociaal-economische factoren zijn waarschijnlijk relevant.

Structureel racisme en ongelijkheid zetten subgroepen in de Nederlandse samenleving vroeg op achterstand in verschillende levensdomeinen. Uit CBS-cijfers blijkt dat in het basisonderwijs relatief veel kinderen met een niet-Europese achtergrond naar een lagere vervolgopleiding worden verwezen. Negatieve percepties over etniciteit en cultuur kunnen de mentale en fysieke gezondheid schaden, en kansen op een goede baan verminderen. Mede door deze structurele ongelijkheid zijn er minder hoogopgeleide Nederlanders van niet-Europese afkomst, en zijn er meer mensen uit deze groepen werkzaam in beroepen waarbij thuiswerken en zelfisolatie lastig te regelen zijn. Met het vaker relatief klein behuist zijn, ontstaat er mogelijk een hoger risico op infectie voor het hele gezin.

Het voorkomen dat de ongelijkheid in het sociale domein vergroot wordt, zou prioriteit moeten krijgen in de maatregelen tegen de SARS-CoV-2-pandemie.

Structureel racisme
en ongelijkheid
zetten subgroepen
in de Nederlandse
samenleving vroeg
op achterstand

Er is meer specifiek, landelijk onderzoek nodig naar de impact van deze epidemie op achtergestelde groepen in de samenleving, waarbij naast patiëntkenmerken en sociaaleconomische karakteristieken, ook structureel racisme onderzocht wordt.

Vergrootglas

Dat relatief meer Nederlanders met een Surinaamse achtergrond overlijden aan covid-19 dan andere Nederlanders, is zorgelijk. Het ligt voor de hand te onderzoeken of dit gerelateerd is aan de pre-existent hogere cardiovasculaire sterfte in deze groep. De pandemie werkt mogelijk als een vergrootglas op de ongelijkheid in sterfte in Nederland van wieg tot graf. Deze omstandigheid is echter ook een kans om onze samenleving en het gezondheidszorgsysteem beter onder de loep te nemen. Oversterfte van een bepaalde groep is een ernstig probleem dat met nader onderzoek op nationaal niveau geanalyseerd moet worden, teneinde de verschillen te verkleinen. Daarbij werkt een multisysteembenadering het beste – met een brede aanpak van de ongelijke kansen in de samenleving, in het onderwijs en in de wetenschap – en door onderzoekers en vertegenwoordigers uit de relevante groep bij het gezondheidsonderzoek en de richtlijnen voor behandeling te betrekken. Registratie in de zorg naar relevante patiëntkarakteristieken zoals etniciteit maakt onderzoek naar mogelijke oorzaken van oversterfte en sturen op ‘equity’ beter mogelijk. Zolang er belangrijke verschillen bestaan in levensverwachting van Nederlanders naar etnische (of andere) achtergrond ligt er een belangrijke taak voor de medische wetenschap en zorg, ook als de SARS-CoV-2-pandemie voorbij is. ■

contact

mail@lizzybrewster.net
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE AIOS



ANNA VERHULST is in opleiding tot internist in Meander Medisch Centrum Amersfoort.

Onzekerheid

Voor een onderzoek naar intraprofessioneel leren werd ik geïnterviewd over mijn periode op de intensive care ten tijde van de eerste coronagolf. Gedurende het interview merkte ik dat een paar laatste puzzelstukjes voor mijzelf eindelijk op hun plek vielen. Tijdens die eerste golf was er ontzettend veel onzeker. We hadden te maken met een nagenoeg onbekend ziektebeeld en wisten weinig over effectieve behandelopties. Maar er was meer: ook de manier waarop de zorg werd georganiseerd, de samenwerking in nieuwe teams en de snelle maatschappelijke ontwikkelingen – álles was anders en onzeker.

Dat was aanvankelijk ook voor deze jonge dokter best even wennen. Ik begrijp nu beter dat een van de belang-

rijkste dingen die die fase mij heeft gebracht juist is om ‘oké te zijn’ met die onzekerheid. Om erachter te komen dat óók als alles 180 graden draait en bekende zekerheden wegvallen, ik nog steeds mijn werk als

INMIDDELS ZIT IK
IN GRIEKENLAND,
MAAR NIET AAN
HET STRAND

arts goed kan doen, ik nog steeds met compassie voor patiënten kan zorgen en dat ik nog steeds lieve mensen om me heen heb.

Deze maand is – na afronding van het derde jaar van mijn opleiding tot internist – mijn sabbatical van vijf maanden begonnen. Inmiddels zit ik in Griekenland. Niet aan het strand met een cocktail in mijn hand, maar tussen de vluchtelingen op het eiland Lesbos. Mede dankzij die eerste coronagolf ben ik niet bang voor de onzekere omstandigheden waarin ik daar als arts ga werken. Bovendien heb ik het sterke vermoeden dat mijn eigen onzekerheid in het niet zal vallen bij de grillige en mensonterende omstandigheden waarin de vluchtelingen daar verkeren.

Bij terugkomst in januari kan ik ongetwijfeld wederom een nieuwe laag betekenis aan het begrip onzekerheid toevoegen.