

Ontwikkelingen in alcoholgerelateerde sterfte in Nederland

Jacqueline Verdurmen¹⁾, Anouschka van der Meulen²⁾ en Margriet van Laar¹⁾

Overmatig alcoholgebruik gaat gepaard met verhoogde sterfte. Cijfers over alcoholgerelateerde sterfte worden gepresenteerd in het jaarbericht van de Nationale Drug Monitor. Tot op heden werd hierbij alleen gebruik gemaakt van primaire doodsoorzaken, hetgeen leidde tot een onderschatting. Bovendien werden niet alle ICD-codes toegevoegd die internationaal worden gebruikt voor het bepalen van alcoholgerelateerde sterfte. In dit artikel worden op deze twee punten verbeterde alcoholgerelateerde sterftecijfers gepresenteerd voor de periode 1980–2002.

1. Inleiding

Overmatig alcoholgebruik gaat gepaard met verhoogde ziekte en sterfte (WHO, 2000; Single et al., 1999; Heale et al., 2002). Internationaal zijn verschillende schattingsmethoden ontwikkeld en gehanteerd om de omvang van deze ziekte en sterfte en de daarmee verband houdende kosten te schatten (WHO, 2000; Polder et al., 2002; Strategy Unit, 2003). De methoden voor het meten van de effecten van alcohol op ziekte en sterfte vereisen als basis onder meer een doodsoorzakenstatistiek. Westerse landen beschikken over een wettelijk geregelde doodsoorzakenstatistiek.

Deze statistiek is van belang omdat hiermee inzicht wordt verkregen in de doodsoorzaken die voorkomen onder de bevolking. In de doodsoorzakenstatistiek van het CBS wordt sterfte die is gerelateerd aan alcohol, tabak en drugs bijgehouden. Het CBS registreert doodsoorzaken volgens de International Classification of Diseases (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1992). De doodsoorzakenstatistiek wordt samengesteld op basis van opgegeven doodsoorzaken van iedere in Nederland overleden persoon. Door de arts wordt hiervoor een doodsoorzaakverklaring ingevuld. De vermelde doodsoorzaken worden vervolgens door het CBS vertaald in coderingen volgens de ICD.

Jaarlijks worden cijfers over de alcoholgerelateerde sterfte gepresenteerd in het jaarbericht van de Nationale Drug Monitor (NDM); in 2001 werd het aantal alcoholgerelateerde doden geschat op 892 (Van Laar et al., 2004). Deze cijfers zijn tot op heden gebaseerd op alcoholgerelateerde, primaire doodsoorzaken uit de doodsoorzakenstatistiek.

Primaire en secundaire doodsoorzaken

Bij doodsoorzaken wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire doodsoorzaken. Onder de primaire doodsoorzaak wordt de ziekte of de gebeurtenis verstaan waarmee het proces van gebeurtenissen die tot de dood leidden, in gang is gezet. Men spreekt hierbij wel van de onderliggende ziekte of het grondlijden. De gevolgen of complicaties hiervan worden als secundaire doodsoorzaak beschouwd, evenals andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en soms tot de dood hebben bijgedragen. Bij het CBS wordt de doodsoorzaak gecodeerd volgens de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1992). Per geval worden naast één primaire doodsoorzaak ten hoogste drie secundaire doodsoorzaken toegekend. Het CBS publiceert op *Statline* (www.cbs.nl) alleen de primaire doodsoorzaak.

Voor het bepalen van de totale alcoholgerelateerde sterfte zijn zowel primaire als secundaire doodsoorzaken van belang. Gebruik van alleen de primaire doodsoorzaken geeft namelijk een aanzienlijke onderschatting. Een voorbeeld hiervan is een sterfgeval door een auto-ongeluk onder invloed van alcohol. Het ongeval wordt hierbij beschouwd als de primaire doodsoorzaak en de alcoholintoxicatie als secundaire oorzaak. Als alleen naar primaire doodsoorzaken wordt gekeken, zal dit sterfgeval niet als alcoholgerelateerd worden beschouwd. Daarnaast ontbreken in het genoemde jaarbericht ook nog enkele ICD-codes, die internationaal wel meegenomen worden bij het berekenen van alcoholgerelateerde sterfte.

In dit artikel worden de cijfers over trends in de geregistreerde alcoholgerelateerde sterfte in Nederland herberekend door aanpassingen op bovengenoemde twee aspecten. Ten eerste wordt uitgegaan van de internationaal geldende ICD-codes. Bovendien zijn de secundaire doodsoorzaken toegevoegd om het beeld van de alcoholgerelateerde sterfte completer te maken.

Voor de periode 1980–2002 worden trendgegevens gepresenteerd en beschreven voor de bevolking van 15 jaar en ouder. De alcoholgerelateerde sterfte vóór de leeftijd van 15 jaar is minimaal (een voorbeeld hiervan is het foetaal alcohol syndroom). Om een goede indruk te krijgen van de ontwikkelingen in de periode 1980–2002 is standaardisatie voor leeftijd noodzakelijk. Indien de cijfers niet worden gestandaardiseerd, is het mogelijk dat een stijging van het aantal sterfgevallen wordt waargenomen die geheel of grotendeels wordt veroorzaakt door veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking. Naast het absolute aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen zal daarom ook het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen gestandaardiseerd voor leeftijd worden vermeld. Tevens wordt in dit artikel een verdere uitsplitsing gemaakt naar geslacht en enkele demografische variabelen. Een verdere uitsplitsing gemaakt naar geslacht en enkele demografische variabelen.

¹⁾ Trimbos-instituut, Utrecht.

²⁾ Centraal Bureau voor de Statistiek. Voorburg.

2. Selectie en analyse van alcoholgerelateerde doodsoorzaken

2.1 Selectie van doodsoorzaken

In een eerder artikel (Van Laar et al., 2003) is verslag gedaan van de druggerelateerde sterfte in Nederland. Voor het bepalen van de directe sterfte door drugs heeft het EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) een protocol ontwikkeld (Van Laar et al., 2002a) dat voorschrijft welke gevallen uit de doodsoorzakenstatistiek meetellen voor het vaststellen van de directe sterfte door drugs. Voor alcoholgerelateerde sterfte is een dergelijk protocol niet beschikbaar. Wel zijn uit de internationale literatuur de ICD-codes te traceren die worden gebruikt voor het bepalen van sterfte die gerelateerd is aan alcoholgebruik (WHO, 2000; Heale et al., 2002). Een overzicht van de geselecteerde alcoholgerelateerde ICD-codes staat vermeld in *bijlage 1*.

Van 1979 tot en met 1995 is de sterfte in Nederland gecodeerd volgens de ICD-9 richtlijnen. Vanaf 1996 hanteert het CBS de ICD-10. Voor het bepalen van trends in de alcoholgerelateerde sterfte over de periode 1980-2002 is het belangrijk dat deze systemen onderling vergelijkbaar zijn. In strikte zin is sprake van een trendbreuk, omdat enkele ICD-9 codes niet één op één vergelijkbaar zijn met de ICD-10 codes. De betreffende codes bevatten echter zulke kleine aantallen dat ze bij benadering verwaarloosbaar zijn. Daarom blijft het totale niveau wel redelijk goed vergelijkbaar en kan de trend over de hele periode 1980-2002 worden getoond. Omdat een aantal codes echter niet volledig vergelijkbaar is, wordt de analyse van de trends in specifieke doodsoorzaken beperkt tot een vergelijking tussen 1996 en 2002. In beide jaren werd de ICD-10 gehanteerd.

2.2 Ontdubbeling van primaire en secundaire doodsoorzaken

Op een doodsoorzaakverklaring kan zowel een primaire als een secundaire doodsoorzaak zijn vermeld. Ook is het mogelijk dat er meerdere (maximaal drie) secundaire alcoholgerelateerde doodsoorzaken worden vastgesteld. Om overschatting van de geregistreerde alcoholgerelateerde sterfte te voorkomen, heeft 'ontdubbeling' plaatsgevonden, zodat een persoon niet meerdere keren in de analyse kan voorkomen. De rapportage heeft dus betrekking op unieke personen. In dit geval kwamen er niet meerdere alcoholgerelateerde secundaire doodsoorzaken voor bij één persoon. De ontdubbeling heeft dus alleen plaatsgevonden bij die gevallen waar sprake was van zowel een primaire als een secundaire alcoholgerelateerde doodsoorzaak. In die gevallen werden ze alléén als primaire doodsoorzaak meegeteld. De in dit artikel beschreven primaire en secundaire alcoholsterfte tezamen wordt de alcoholgerelateerde sterfte genoemd.

2.3 Standardisatie

De aantallen sterfgevallen zijn direct gestandaardiseerd per vijfjaars-leeftijdscategorie. Als standaard is de bevol-

kingsopbouw van 2002 genomen. Dit houdt in dat voor alle jaren vanaf 1980 het aantal sterfgevallen is berekend door de leeftijds specifieke sterftcijfers te relateren aan de bevolkingsaantallen voor 2002. Op deze manier is het mogelijk om, ondanks een veranderde bevolkingssamenstelling, de verschillende jaren met elkaar te vergelijken.

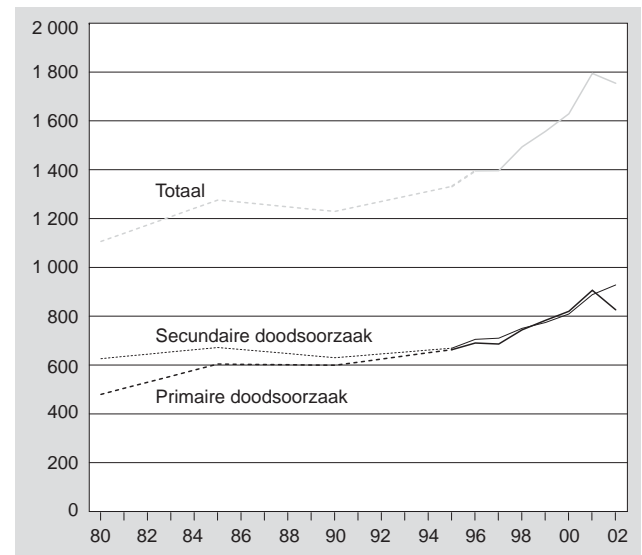
3. Trends in alcoholgerelateerde sterfte tussen 1980 en 2002

3.1 Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen

In de periode van 1980 tot 2001 is het aantal personen van 15 jaar en ouder dat jaarlijks overlijdt vanwege een alcoholgerelateerde aandoening gestegen (*grafiek 1*). In 1980 waren er zo'n 1 100 alcoholdoden geregistreerd; in 2001 waren dit er bijna 1 800 (een stijging van ruim 60 procent). Zowel bij de primaire als bij de secundaire doodsoorzaken is deze stijgende trend zichtbaar. In 2002 lijkt het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen zich te stabiliseren.

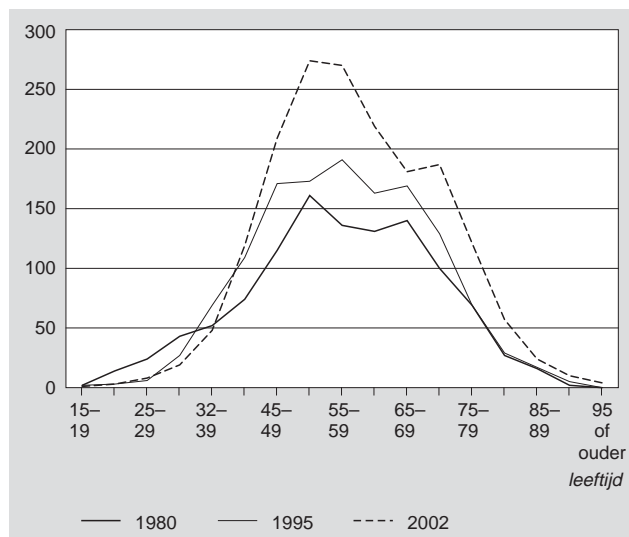
Tot 1995 zijn waarnemingen meegenomen voor de jaren 1980, 1985 en 1990, en vanaf 1995 jaarlijks. Voor de periode tot 1995 zijn de aantallen geïnterpoleerd en daarom in *grafiek 1* als een gestippelde lijn gepresenteerd. In de periode 1980-1985 is het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen jaarlijks met ongeveer 3 procent gestegen. Van 1986 tot 1995 is sprake van stabilisatie. Tussen 1996 en 2001 is het aantal gevallen fors gestegen, met bijna 6 procent per jaar.

1. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar primaire/secundaire doodsoorzaak, 1980-2002



De alcoholgerelateerde sterfte is niet gelijk verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën. De piek in het aantal sterfgevallen ligt in de categorie 45-69 jaar. Ongeveer twee derde van het aantal sterfgevallen gerelateerd aan alcohol vindt plaats in deze leeftijdscategorie. Dit geldt voor alle gemeten jaren vanaf 1980 (*grafiek 2*). Ter vergelijking: in 2002 vond een vijfde van de totale sterfte (alle doodsoorzaken meegerekend) plaats in deze leeftijdscategorie. Tussen 1980 en 2002 is de alcoholgerelateerde sterfte onder personen van 15-34 jaar afgenomen. In 2002 bedroeg

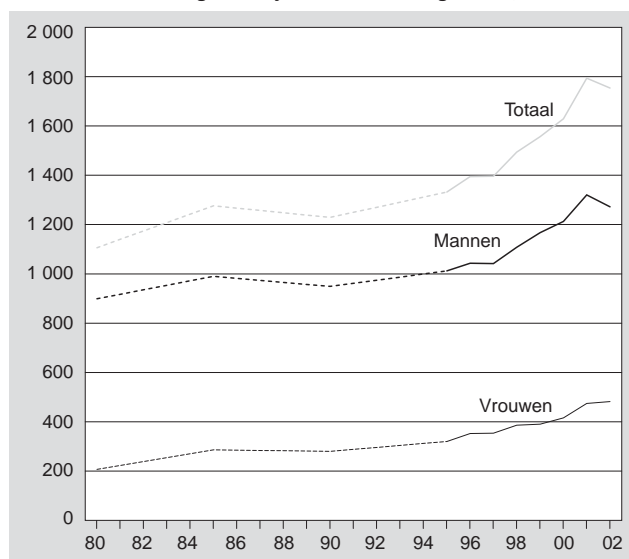
2. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen (primair en secundair) onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar leeftijdscategorie, 1980, 1995 en 2002



het aantal geregistreerde sterfgevallen in deze leeftijdscategorieën nog maar ruim een derde van het aantal in 1980. De in grafiek 1 geconstateerde toename van het aantal sterfgevallen heeft vooral plaatsgevonden onder personen van 45 jaar en ouder. Tussen 1980 en 2002 is het aantal sterfgevallen in de leeftijdscategorie 45–69 jaar met ruim twee derde toegenomen. De grootste relatieve toename vond echter plaats onder 70-plussers. Hier is het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen sinds 1980 bijna verdubbeld.

Grafiek 3 geeft het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen naar geslacht. Het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen is onder vrouwen aanzienlijk lager dan onder mannen. In de loop van de jaren is het aantal sterfgevallen onder vrouwen naar verhouding echter sterker gestegen dan onder mannen. Stierven er in 1980 nog meer dan vier keer zoveel mannen als vrouwen aan alcoholgerelateerde oorzaken, in 2002 was dit nog ongeveer tweeëneenhalf keer zoveel. De vrouwen lijken hiermee een kleine 'inhaalslag' te hebben gemaakt.

3. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen (primair en secundair) onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar geslacht, 1980–2002

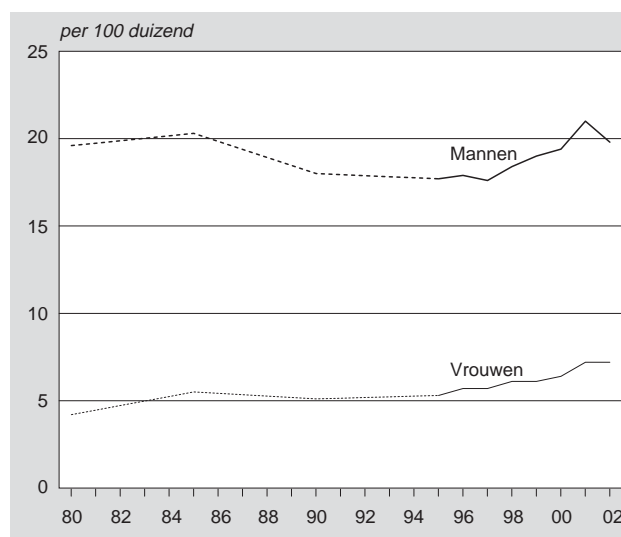


3.2 Alcoholgerelateerde sterfte gestandaardiseerd voor leeftijd

Een stijging van het absolute aantal sterfgevallen over de jaren wijst niet per definitie op een relatieve stijging, aangezien de omvang van de bevolking ook toeneemt en de samenstelling ervan verandert.

Om voor de bevolkingsveranderingen in de loop van de jaren te corrigeren is in grafiek 4 de alcoholgerelateerde sterfte per 100 duizend inwoners vanaf 15 jaar weergegeven. De cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking over de jaren. Uit de grafiek blijkt dat de stijgende trend bij mannen niet blijft gehandhaafd na correctie voor bevolkingsomvang en leeftijdsopbouw. Bij mannen is vanaf 1985 tot 1990 een lichte daling waarneembaar in het aantal sterfgevallen; deze daling wordt gevolgd door een langzame stijging vanaf 1997. Hierdoor wordt vanaf 2000 weer het aantal sterfgevallen van 1985 bereikt. Bij vrouwen was tussen 1985 en 1995 sprake van stabilisatie en is sindsdien sprake van een continue lichte stijging. In 2002 waren er 20 alcoholgerelateerde sterfgevallen per 100 duizend mannen en 7 per 100 duizend vrouwen.

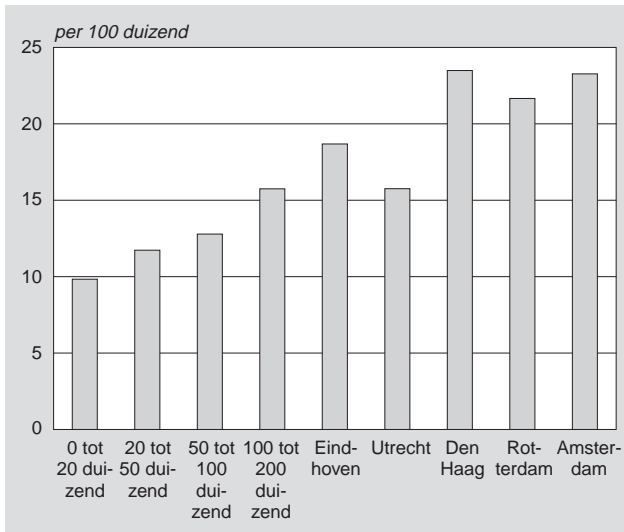
4. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen (primair en secundair) onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar geslacht, gestandaardiseerd voor leeftijd, 1980–2002



3.3 Alcoholgerelateerde sterfte naar gemeentegrootte, herkomstgroepering en burgerlijke staat

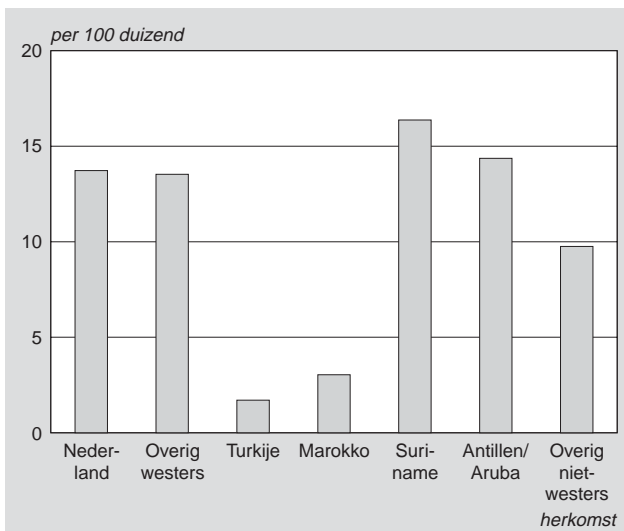
Grafieken 5, 6 en 7 tonen de alcoholgerelateerde sterfte uitgesplitst naar achtereenvolgens gemeentegrootte, herkomstgroepering en burgerlijke staat. In de drie grafieken is het aantal gevallen weergegeven per 100 duizend inwoners van 15 jaar en ouder, gestandaardiseerd voor leeftijd. In grafiek 5 is te zien dat het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen, globaal genomen, stijgt met de gemeentegrootte. De verschillen tussen de drie grote steden Den Haag, Rotterdam en Amsterdam zijn klein. In deze steden is er in 2002 bij 22 tot 24 overleden personen per 100 duizend inwoners van 15 jaar en ouder sprake van alcoholgerelateerde sterfte (gestandaardiseerd voor leeftijd). De cijfers voor Utrecht liggen wat lager (16 per 100 duizend inwoners).

5. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen (primair en secundair) onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar gemeentegrootte, gestandaardiseerd voor leeftijd, 2002



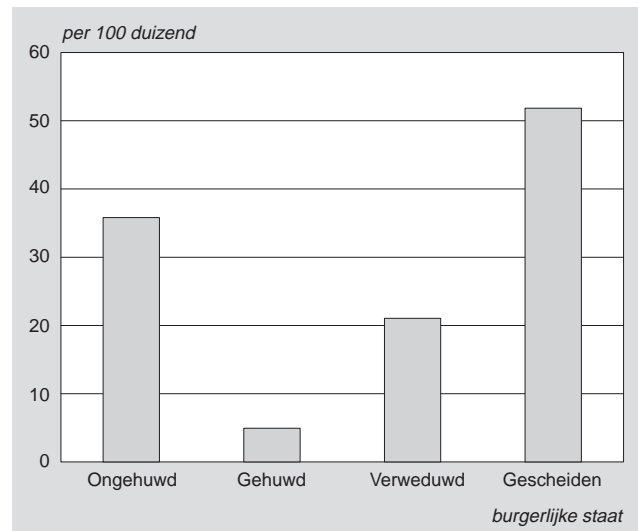
Er is een duidelijk verschil in de omvang van de alcoholgerelateerde sterfte voor verschillende herkomstgroeperingen (een persoon wordt gerekend tot een niet-Nederlandse herkomstgroepering als één van zijn/haar ouders in een ander land is geboren) (grafiek 6). De ongestandaardiseerde sterfte is relatief het grootst onder de autochtone bevolkingsgroep (14 overledenen per 100 duizend inwoners van 15 jaar en ouder). Na standaardisatie voor leeftijd ligt de alcoholgerelateerde sterfte echter iets hoger onder Surinamers dan onder autochtone Nederlanders (respectievelijk 16 en 14 overledenen per 100 duizend inwoners). In het bijzonder Surinaamse mannen scoren hoog, met 31 gevallen per 100 duizend inwoners, in vergelijking met 20 per 100 duizend onder de Nederlandse mannen. De alcoholgerelateerde sterfte is onder Turken en Marokkanen zeer laag. Na standaardisatie voor leeftijd waren er onder deze bevolkingsgroepen in 2002 slechts 2 tot 3 gevallen per 100 duizend inwoners.

6. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen (primair en secundair) onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar herkomstgroepering, gestandaardiseerd voor leeftijd, 2002



Alcoholgerelateerde sterfte hangt ook samen met burgerlijke staat (grafiek 7). De alcoholgerelateerde sterfte is het hoogst onder gescheidenen (52 per 100 duizend gescheidenen), in het bijzonder onder gescheiden mannen (90 overledenen per 100 duizend gescheiden mannen). De alcoholgerelateerde sterfte is eveneens hoog onder ongehuwden met 36 overledenen per 100 duizend. Ook hier is de alcoholgerelateerde sterfte weer relatief hoog onder de mannen (58 overledenen per 100 duizend ongehuwde mannen). Alcoholgerelateerde sterfte komt het minst voor bij gehuwden (5 overledenen per 100 duizend gehuwden).

7. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen (primair en secundair) onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar burgerlijke staat, gestandaardiseerd voor leeftijd, 2002



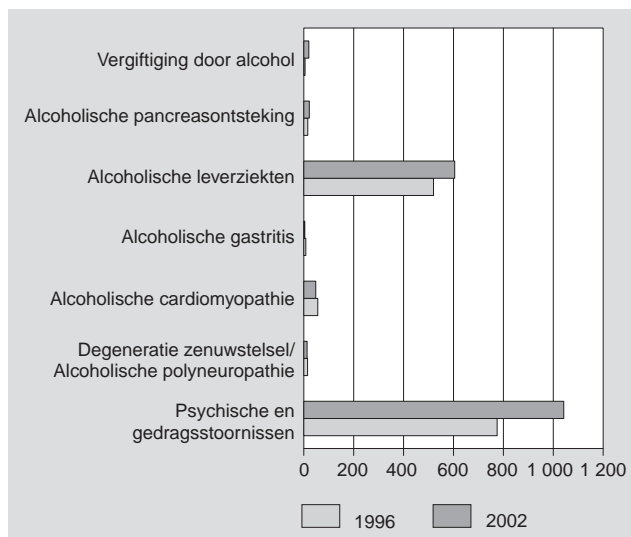
4. Trends in specifieke doodsoorzaken

4.1 Alcoholgerelateerde sterfte uitgesplitst naar type

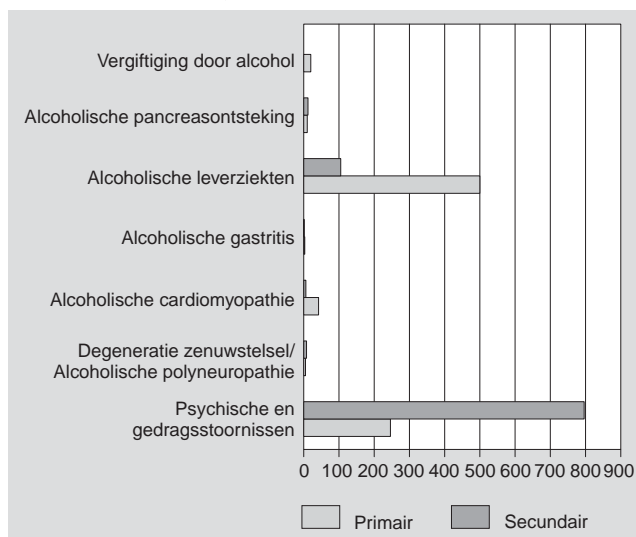
Om te bepalen of de toename in alcoholgerelateerde sterfte is toe te schrijven aan specifieke doodsoorzaken zijn gegevens voor de jaren 1996 en 2002 met elkaar vergeleken. De resultaten voor primaire en secundaire doodsoorzaken tezamen zijn weergegeven in *grafiek 8*. Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol (ICD-10 code F10; het betreft hier vooral alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid) komen in beide jaren het meest voor. Ruim de helft van de alcoholgerelateerde sterfgevallen in 2002 is hieraan toe te schrijven. Daarna volgen de alcoholische leverziekten (K70) met een aandeel van een derde van alle alcoholgerelateerde sterfgevallen. De overige alcoholgerelateerde doodsoorzaken komen relatief weinig voor. Tussen 1996 en 2002 is het relatieve aandeel van de psychische stoornissen iets gestegen, van 56 procent in 1996 naar 59 procent in 2002. Het aandeel van de alcoholische leverziekten is in dezelfde periode iets afgenomen, van 37 naar 34 procent.

Grafiek 9 toont de verschillen tussen primaire en secundaire diagnoses voor 2002. Alcoholische leverziekten komen het meest voor als primaire doodsoorzaak, terwijl psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol juist het meest voorkomen als secundaire doodsoorzaak.

8. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen (primair en secundair) onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar doodsoorzaak, 1996 en 2002



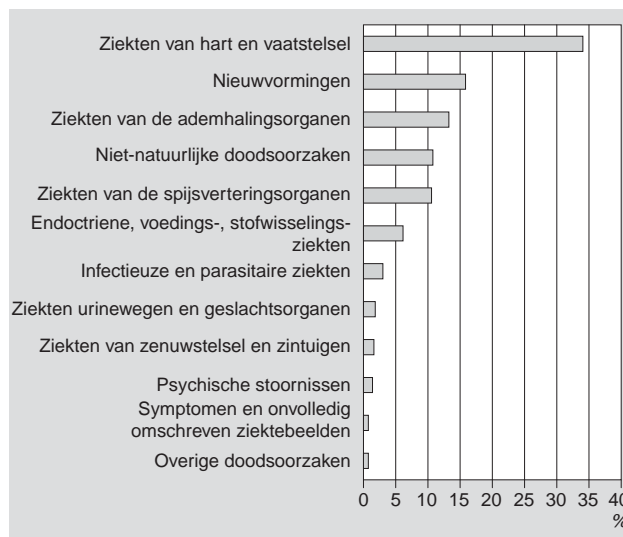
9. Aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen onder de bevolking van 15 jaar of ouder naar doodsoorzaak, uitgesplitst naar primaire en secundaire oorzaken, 2002



4.2 Primaire doodsoorzaken bij gevallen waarbij alcohol als secundaire doodsoorzaak is geregistreerd

In 2002 waren er ruim 900 personen die uitsluitend een secundaire, alcoholgerelateerde doodsoorzaak hadden. Dat wil zeggen dat zij overleden zijn aan een andere aandoening, maar dat alcohol bijdroeg aan het overlijden. Onderzocht is aan welke primaire doodsoorzaken deze personen zijn overleden. De grootste groep primaire doodsoorzaken, met een aandeel van ruim een derde, betreft ziekten van hart en vaatstelsel, op afstand gevolgd door nieuwvormingen (kanker), ziekten van de ademhalingsorganen, niet-natuurlijke doodsoorzaken en ziekten van de spijsverteringsorganen (grafiek 10).

10. Procentuele verdeling van de primaire doodsoorzaken onder de bevolking van 15 jaar of ouder bij gevallen waarbij alcohol als secundaire doodsoorzaak is geregistreerd, 2002



5. Discussie

5.1 Beperkingen

In dit artikel worden alleen de doodsoorzaken meegenomen waarbij alcohol in de omschrijving van de doodsoorzaak genoemd wordt. Dit zijn doodsoorzaken die compleet zijn toe te wijzen aan alcoholgebruik, ofwel waarvan de etiologische fractie 1 is. Men gebruikt zogenaamde etiologische fracties om een schatting te maken van het deel van de sterfte aan een aandoening dat veroorzaakt wordt door alcoholgebruik. Er zijn diverse andere aandoeningen waarbij alcohol een rol speelt, zoals diverse vormen van kanker (bijvoorbeeld kanker aan lip, mond en keel) en hart- en vaatziekten (bijvoorbeeld beroerten) (Single et al., 1999). De sterfte aan deze aandoeningen is echter niet volledig toe te wijzen aan alcoholgebruik (de etiologische fracties zijn kleiner dan 1). Hoewel de alcoholgerelateerde sterfte aan deze andere aandoeningen voor een deel terug zal komen in de secundaire doodsoorzaken, wordt de alcoholgerelateerde sterfte in dit artikel toch aanzienlijk onderschat. De arts is bijvoorbeeld niet verplicht om een secundaire doodsoorzaak in te vullen op het doodsoorzaakformulier. In het algemeen is bij ongeveer de helft van de overledenen één of meer secundaire doodsoorzaken ingevuld, bij de andere helft is dus alléén melding gemaakt van een primaire doodsoorzaak. Bovendien wordt alcoholmisbruik ook niet altijd herkend als factor die bijdraagt aan de sterfte. Uit de literatuur blijkt dat het doodsoorzaakformulier niet altijd zorgvuldig wordt ingevuld door de arts of lijkschouwer en dat onderrapportage in de doodsoorzakenstatistiek niet specifiek is voor alcoholgerelateerde sterfte (Bonte et al., 1985; Das en Van der Wal, 2003; Westendorp, 1998).

Om een indicatie te geven van de mogelijke onderrapportage van alcoholgerelateerde sterfte in de doodsoorzakenstatistiek worden twee voorbeelden gegeven, namelijk van alcoholgerelateerde verkeersdoden en alcoholgerelateerde sterfte aan kanker. In 2002 vermeldt de doodsoorzakensta-

tistisch vier vervoersongevallen die gerelateerd zijn aan alcohol. De 'werkelijke' omvang van de verkeersonveiligheid kan worden achterhaald door vergelijking met slachtoffergegevens uit de VerkeersOngevallenRegistratie van AVV/BI. Deze registratie telde 97 alcoholgerelateerde doden in het verkeer in 2002. Doordat echter ook hier lang niet alle ongevallen worden geregistreerd en doordat niet bij alle ongevallen op alcohol wordt gecontroleerd, zijn ook deze aantallen waarschijnlijk veel te laag. Het werkelijke aantal doden als gevolg van alcoholongevallen wordt door de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) ruim twee keer zo hoog geschat als het geregistreerde aantal. Het geschatte aantal doden als gevolg van rijden onder invloed komt hiermee voor 2002 op 250 (SWOV, 2004). Deze schatting is gebaseerd op het aandeel rijders met een bloedalcoholpromillage hoger dan een half promille (Matthijssen et al., 2002).

Een ander voorbeeld van mogelijke onderschatting betreft de sterfte aan kanker. Op basis van epidemiologisch onderzoek wordt geschat dat 4 à 6 procent van de sterfte als gevolg van kanker samenhangt met chronisch excessief alcoholgebruik (Van Leeuwen, 1999). Dit zou betekenen dat er in 2002 tussen de 1500 en 2300 alcoholgerelateerde kankersterfgevallen zouden zijn geweest, in plaats van de 150 geregistreerde gevallen.

5.2 Conclusies

Het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen is in de periode 1980–2002 toegenomen, zowel bij mannen als bij vrouwen. De stijging is naar verhouding het grootst in de hoogste leeftijdscategorieën, vanaf 70 jaar. Dit hangt voor een deel samen met de vergrijzing van de bevolking, aangezien het aandeel personen in deze leeftijdscategorie groter is geworden. Als gecorrigeerd wordt voor bevolkingsomvang en leeftijdsopbouw in de betreffende jaren blijkt dat de stijgende trend sinds 1980 minder duidelijk is. Bij mannen blijkt er vanaf 1985 tot 1990 sprake van een lichte daling en van 1997 tot 2001 van een lichte stijging tot het niveau van 1985. Bij vrouwen is tussen 1985 en 1995 sprake van stabilisatie en vindt sindsdien een continue lichte stijging plaats. De cijfers tonen eveneens aan dat de alcoholgerelateerde sterfte onder mannen aanzienlijk hoger is dan onder vrouwen. De laatste jaren is echter een toename geconstateerd in excessief alcoholgebruik onder jonge vrouwen (CBS, 2001), vooral onder vrouwen met een hoge opleiding (Verdurmen et al., 2003). Dit is een verschijnsel dat zich ook voordoet in andere Europese landen (Alcohol Concern, 2003). Het vormt een onderdeel van het aannemen van een meer 'mannelijke levensstijl' in het algemeen (Van Oers, 2002). Indien deze toename van excessief alcoholgebruik onder jongere vrouwen zich voortzet, valt te verwachten dat het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen onder vrouwen in de toekomst verder zal stijgen.

De alcoholgerelateerde sterfte blijkt het hoogst onder 45–69-jarigen, terwijl de sterfte in de totale bevolking (alle aandoeningen) het hoogst is onder 70-plussers. Hieruit kan worden geconcludeerd dat veel alcoholgerelateerde sterfte vroegtijdige sterfte is. Het is waarschijnlijk dat de meeste van deze aan een alcoholgerelateerde doodsoorzaak overleden personen al over een lange periode excessief

sief alcohol hebben gebruikt. Over het algemeen duurt het langere tijd voordat excessief alcoholgebruik leidt tot de dood, acute doodsoorzaken zoals toxische gevolgen van alcohol en ongevallen uitgezonderd. Het is dan ook van belang om al op jongere leeftijd alcoholisten in behandeling te krijgen, zodat de lichamelijke schade van het alcoholgebruik beperkt kan blijven.

De alcoholgerelateerde sterfte is hoger in grotere gemeentes. Hoewel er in een recente studie geen eenduidig verband werd gevonden tussen urbanisatiegraad en bovenmatig drinken (Verdurmen et al., 2003), is het waarschijnlijk dat stedelijke gebieden meer problematische alcoholgebruikers aantrekken, zoals dakloze alcoholverslaafden, bij wie de kans op sterfte groter is. Onder de vijf grootste gemeenten in Nederland blijkt de alcoholgerelateerde sterfte in Utrecht relatief laag. Een duidelijke verklaring hiervoor kon niet worden gevonden. Mogelijk verschilt de bevolkingsstelling in Utrecht van die in de andere grote steden op een manier die samenhangt met de alcoholgerelateerde sterfte.

Het is niet verrassend dat de alcoholgerelateerde sterfte zeer laag is onder Marokkanen en Turken. Bekend is dat in verband met hun islamitische achtergrond alcoholgebruik onder Marokkanen en Turken minder voorkomt dan onder de autochtone bevolking; vooral Marokkaanse en Turkse vrouwen drinken zelden alcohol (Dijkshoorn, 2002; Gemeente Den Haag, 2002). Dit is ook nog het geval, hoewel in mindere mate, onder schoolgaande jongeren in deze groepen (Monshouwer et al., 2004), zodat het niet in de verwachting ligt dat de lage alcoholgerelateerde sterfte in deze groep binnen afzienbare tijd verandert. Wel opmerkelijk is de hogere alcoholgerelateerde sterfte onder vooral Surinaamse (en Antilliaanse) mannen, aangezien de prevalentie van alcoholgebruik lager lijkt te liggen onder Surinamers en Antillianen dan onder Nederlanders (Kuilman en Van Dijk, 2000; Verdurmen et al., 2000). Een verklaring hiervoor ontbreekt.

De alcoholgerelateerde sterfte is het hoogst onder personen die gescheiden of verweduwd zijn. Uit eerder onderzoek (De Jong, 2002) is al naar voren gekomen dat de levensverwachting van gehuwden hoger is dan van ongehuwde, gescheiden of verweduwde personen. Naast alcoholgebruik zijn er ook andere leefstijlfactoren die op een ongezonde leefstijl duiden en die relatief vaak voorkomen bij gescheidenen. Ernstig overgewicht blijkt vooral voor te komen bij gescheiden mannen, en zware rokers zijn oververtegenwoordigd onder zowel gescheiden mannen als vrouwen (Verweij en Kardaun, 1994).

Ziekten van hart en vaatstelsel en kanker komen ten slotte het meest voor als primaire doodsoorzaak bij alcoholgerelateerde secundaire doodsoorzaken. Dit komt overeen met onderzoek waarin is aangetoond dat alcoholgebruik inderdaad gerelateerd is aan deze aandoeningen (Single et al., 1999).

Als de in dit artikel gepresenteerde cijfers worden vergeleken met de eerdere cijfers uit het jaarbericht van de NDM, valt op dat de extra toegevoegde ICD-codes slechts leiden tot een kleine stijging in het aantal primaire alcoholgerelateerde doodsoorzaken. In het jaarbericht worden voor

2001 892 alcoholgerelateerde sterfgevallen genoemd. Na toevoeging van de extra ICD-codes bedraagt het aantal alcoholgerelateerde sterfgevallen 906. Toevoeging van de secundaire alcoholgerelateerde codes leidt echter tot een verdubbeling van de geschatte alcoholgerelateerde sterfte, en is dus van groot belang om een beter beeld te krijgen van de totale, alcoholgerelateerde sterfte.

Literatuur

Alcohol Concern, 2003, Women and Alcohol. Factsheet 2. Alcohol Concern, London.

Bonte, J.T.P., L.M. Friden en J.W.H. van den Berg, 1985, De statistiek van doodsoorzaken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 129, blz. 1421–1429.

Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001, Jeugd 2001, cijfers en feiten. CBS, Voorburg/Heerlen.

Das, C. en G. van der Wal, 2003, De beoordeling van niet-natuurlijke sterfgevallen. Een analyse van doodsoorzaakverklaringen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 81, blz. 355–359.

Dijkshoorn, H., 2002, Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam: verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders. GGGD-EDG, Amsterdam.

Gemeente Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, 2002, Gezondheidsmonitor 2002. Gemeente Den Haag, Den Haag.

Heale, P., T. Chikritzhs, H. Jonas, T. Stockwell en P. Dietze, 2002, Estimated alcohol-caused deaths in Australia, 1990-97. Drug and Alcohol Review 21, blz. 121–129.

Jong, A. de, 2002, Gehuwden leven het langst. Maandstatistiek van de Bevolking 50(6), blz. 4–8. CBS, Voorburg/Heerlen.

Kuilman, M. en A. van Dijk, 2000, Alcohol- en druggebruik in de gemeente Rotterdam. Monitor Alcohol en Drugs in Nederlandse Gemeenten, nr. 13. GGD Rotterdam e.o., Rotterdam.

Laar, M. van, G. Cruts en I. Keij, 2003, Druggerelateerde sterfte. Bevolkingstrends 51(3), blz. 30–32. CBS, Voorburg/Heerlen.

Laar, M.W. van, A.A.N. Cruts, J.E.E. Verdurmen, R.F. Meijer, P. van Panhuis en M.M.J. van Ooyen, 2004, Jaarbericht 2004. Trimbos-instituut, Utrecht.

Leeuwen, F.E. van, 1999, Epidemiologie van kanker; inzichten en vooruitzichten. Vrije Universiteit, Amsterdam.

Mathijssen, M.P.M., M.J. Koornstra en J.J.F. Commandeur, 2002, Het effect van alcohol-, drugs- en geneesmiddelengebruik op het letselrisico van automobilisten. SWOV, Leidschendam.

Monshouwer, K., S. van Dorsselaer, A. Gorter, J. Verdurmen, J. en W. Vollebergh, 2004, Jeugd en Riskant Gedrag. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek 2003. Trimbos-instituut, Utrecht.

Oers, J. van, 2002, Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, Bilthoven.

Polder, J.J., J. Takken, W.J. Meerding, G.J. Kommer en L.J. Stokx, 2002, Kosten van ziekten in Nederland. De zorggeuro ontrafeld. RIVM, Bilthoven.

Single, E., L. Robson, J. Rehm en X. Xi, 1999, Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. American Journal of Public Health 89, blz. 385–390.

Strategy Unit, 2003, Alcohol misuse: how much does it cost? Cabinet Office, London.

SWOV, 2004, Kennisbank, website www.swov.nl.

Verdurmen, J., K. Monshouwer, S. van Dorsselaer en R. de Graaf, 2003, Bovenmatig drinken in Nederland. Bureau NDM, Utrecht.

Verdurmen, J.E.E., J. Toet en I. P. Spruit, 2000, Alcohol- en druggebruik in de gemeente Utrecht. Monitor Alcohol en Drugs in Nederlandse Gemeenten, nr 8. Trimbos-instituut, Utrecht.

Verweij, G.C.G. en J.W.P.F. Kardaun, 1994, Gescheiden roken het meest. Maandbericht Gezondheid, september 1994, blz. 4–5. CBS, Voorburg/Heerlen.

Westendorp, R.G.J., 1998, Dwalingen in de methodologie. VI. Doodsoorzaken in perspectief. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 142, blz. 1950–1953.

WHO, 1992, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, volume 1. World Health Organization, Genève.

WHO, 2000, International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. World Health Organization, Genève.

Bijlage 1: Verklaring van ICD-9 en ICD-10 codes**Verklaring van ICD-9 codes**

ICD-9 code	Verklaring
291	Alcohol psychosen
303	Alcoholverslavingsyndroom
305.0	Misbruik van alcohol
357.5	Alcoholische polyneuropathie
425.5	Alcoholische cardiomyopathie
535.3	Alcoholische gastritis
571.0	Alcoholische vetlever
571.1	Acute alcohol hepatitis
571.2	Alcoholische levercirrose
571.3	Niet gespecificeerde alcoholische leverbeschadiging
980.0-1	Toxisch gevolg van alcohol (alleen als secundaire code)
E860.0-2	Niet opzettelijke vergiftiging door alcoholische dranken (ethanol/methanol)
E950.9*	Suicide door vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen
E980.9*	Vergiftiging door vaste stoffen of vloeistoffen, waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden

* Alleen opgenomen indien als complicatie 980.0-1 is vermeld.

Verklaring van ICD-10 codes

ICD-10 code	Verklaring
F10	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door het gebruik van alcohol
G31.2	Degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik
G62.1	Alcoholische polyneuropathie
I42.6	Alcoholische cardiomyopathie
K29.2	Alcoholische gastritis
K70.0	Alcoholische vetlever
K70.1	Alcoholische hepatitis
K70.2	Alcoholische leverfibrose en leversclerose
K70.3	Alcoholische levercirrose
K70.4	Alcoholische leverinsufficiëntie
K70.9	Alcoholische leverziekten, ongespecificeerd
K86.0	Alcoholische pancreasontsteking
X45*	Onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol
X65*	Opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol
Y15*	Vergiftiging door en blootstelling aan alcohol, opzet niet bepaald
T51.0-1	Toxisch gevolg van alcohol, ethanol en methanol (alleen als secundaire code)

* Alleen opgenomen indien als complicatie T51.0-1 is vermeld.