

de mos

Jaargang 21
September 2005

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

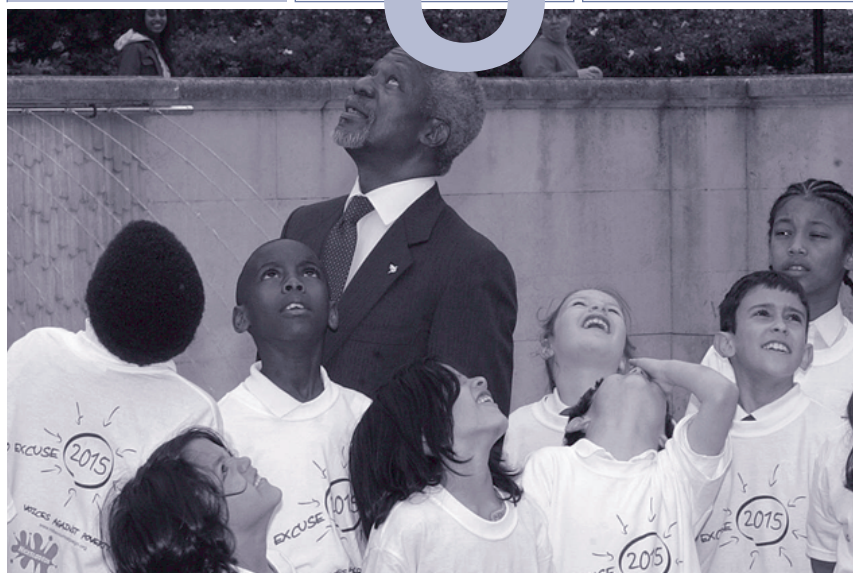
Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

8

NIDI

inhoud

- 57 **Weinig optimisme over VN-millenniumdoelen**
- 59 Demodata
- 60 Demodata
- 61 **Menarche in Bangladesh**
- 61 Demodata



Actie millenniumdoelen: VN Secretaris-Generaal Kofi Annan en leerlingen van de Childshill Primary School, Londen.
Foto: AFP PHOTO/MARTYN HAYHOW

Weinig optimisme over VN-millenniumdoelen

Rol vruchtbaarheid onderschat

ALINDA BOSCH

In 2000 ondertekenden 189 landen de 'Millennium Declaratie'. Deze omvat acht millennium ontwikkelingsdoelen die beogen binnen 15 jaar extreme armoede uit de wereld te verbannen en de gezondheid en het welzijn van armste groepen te verbeteren. Vier van deze doelen richten zich expliciet op gezondheid (honger, kindersterfte, kraamsterfte, en HIV/AIDS, malaria en andere ernstige ziekten). Nu, in 2005, zijn we vijf jaar verder en wordt de tussenstand opgemaakt. Er is weinig reden tot optimisme. De rol van vruchtbaarheid, vooral in arme regio's, lijkt de afgelopen jaren te zijn onderschat.

Sinds de ondertekening van de 'Millennium Declaratie' zijn inmiddels vijf jaar verstreken. Er is nog tien jaar te gaan om de 'millennium ontwikkelingsdoelen' (Millennium Development Goals (MDG's)) te bereiken. Deze doelen zijn erop gericht de levensomstandigheden van grote groepen mensen in extreme achterstandssituaties te verbeteren. Vier van de acht doelstellingen zijn expliciet gericht op gezondheid en dan in het bijzonder op honger, kindersterfte, moedersterfte en de bestrijding van HIV/AIDS, malaria en andere ernstige ziekten, zoals tuberculose.

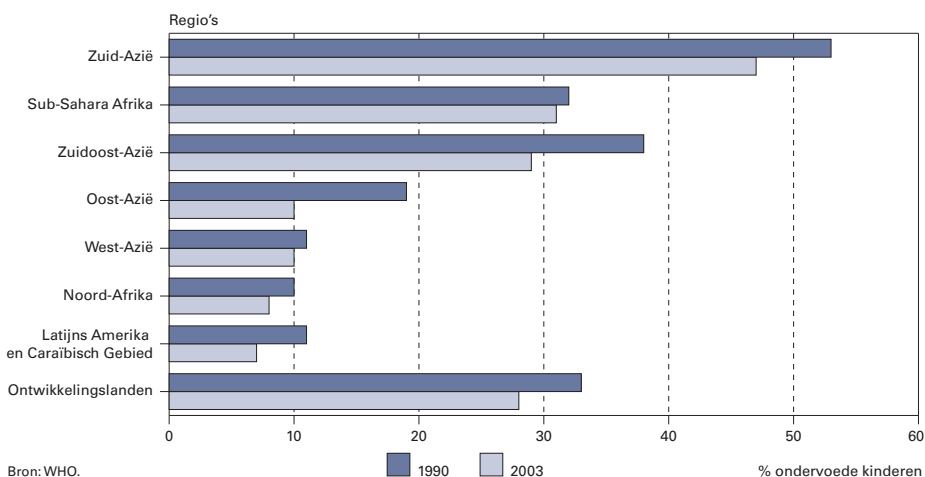
Van 14 tot 19 september vond de *United Nations World Summit* plaats waarin de voortgang met betrekking tot de gestelde doelen centraal stond. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschreef de 'tussenstand' en de teneur daarvan stemt niet optimistisch: als de trends, zoals die zich sinds 1990 voordoen, doorzetten zullen de meeste arme landen de doelen niet halen.

Een belangrijke rol daarbij speelt een stagnatie in de daling van de vruchtbaarheid in ontwikkelingsregio's. Het belang van family planning is niet als expliciet doel in de declaratie opgenomen en lijkt te zijn onderschat. Impliciet is family planning wel ingebouwd in millenniumdoel vijf, dat is gericht op adequate reproductieve gezondheidszorg. Door family planning kunnen immers op een veilige manier ongewenste of ongeplande zwangerschappen worden voorkomen. Nog steeds is er echter een tekort aan anticonceptiemiddelen (effectieve family planning) waardoor

Tabel 1. De acht millennium ontwikkelingsdoelen

Doel	Omschrijving van doel en indicatoren direct gericht op gezondheid
1	Bestrijden van armoede en honger <ul style="list-style-type: none"> • Halvering van het percentage mensen dat rondkomt van minder dan één dollar per dag • Halvering van het percentage mensen dat ondervoed is
2	Basisonderwijs voor iedereen
3	Gelijkwaardigheid van mannen en vrouwen en versterken positie van de vrouw
4	Bestrijden van kindersterfte <ul style="list-style-type: none"> • Reductie met tweederde van de sterfte onder kinderen jonger dan vijf jaar
5	Verbeteren gezondheid van moeders <ul style="list-style-type: none"> • Reductie met driekwart van de sterfte onder vrouwen door zwangerschap en bevalling
6	Bestrijden van HIV/AIDS, malaria en andere ziekten <ul style="list-style-type: none"> • Verspreiding van HIV/AIDS, malaria en andere ziekten moet in 2015 zijn gestopt/omkeker moet zijn ingezet
7	Verzekeren van een duurzaam milieu
8	Wereldwijde samenwerking voor ontwikkeling

Figuur 1. Percentage kinderen onder de vijf jaar dat ondervoed is (1990 en 2003)



Bron: WHO.

paren meer kinderen krijgen dan ze eigenlijk zouden willen. Voor een deel is dat een financieel probleem doordat prioriteit wordt gelegd bij de bestrijding van HIV/AIDS.

Gezondheid

De WHO heeft recentelijk het rapport 'Health and the Millennium Development Goals' uitge-

Moeder en kind in Niger.

Foto: AFP PHOTO/ISSOUF SANOGO



bracht met als subtitel 'keep the promise' ofwel 'houd je aan de afspraak'. Dit rapport beschrijft de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingsdoelen op het gebied van gezondheid (zie tabel 1). Gezondheid is niet alleen een doel op zich, maar is ook sterk verbonden met de andere MDG's. Zo hangt gezondheid sterk samen met de bestrijding van armoede en honger, draagt het bij aan educatie en is er een verband met het streven naar gendergelijkheid.

Zijn de doelen 1, 4, 5 en 6 expliciet gericht op gezondheid, twee andere doelen (de doelen 7 en 8) zijn deels gefocust op voorwaarden die gezondheid bevorderen, zoals het verbeteren van de water- en sanitaire voorzieningen, en beschikbaarheid van geneesmiddelen. Elk doel omvat één of meer indicatoren aan de hand waarvan kan worden gekeken of in de periode 1990 tot 2015 het doel gerealiseerd gaat worden. Het WHO-rapport evalueert de stand van zaken per wereldregio. Dit laatste is belangrijk omdat wereldwijde totaalcijfers verhullen dat er grote regionale verschillen zijn met betrekking tot de meeste indicatoren. Vooral de situatie in Sub-Sahara Afrika is tussen 1990 en 2003 verslechterd.

Bestrijding van armoede en honger

Doel één streeft naar een halvering van het deel van de mensen dat rondkomt van minder dan één dollar per dag en een halvering van het deel van de mensen dat honger lijdt. Een belangrijke hongerindicator is de 'gewicht-voor-leeftijd-ratio' voor kinderen onder de vijf jaar. Kinderen zijn het meest kwetsbaar en omdat ze nog in ontwikkeling zijn heeft ondervoeding juist voor hen de ergste gevolgen. Ondervoeding heeft overigens niet alleen te maken met een gebrek aan voedsel maar ook met infectieziekten, met diarree als belangrijk symptoom, en met een gebrek aan (medische) zorg. Volgens UNICEF en de WHO zijn er momenteel 150 miljoen kinderen jonger dan vijf jaar met een gewicht dat lager is dan ze op hun leeftijd zouden moeten hebben.

Er zijn inmiddels resultaten geboekt. In alle regio's is het percentage ondervoede kinderen tussen 1990 en 2003 afgenomen. Het deel van de kinderen dat ondervoed is daalde in Zuid-Azië van 53 naar 47 procent, in Zuidoost-Azië van 38 naar 29 procent en in Latijns Amerika en het Caraïbisch gebied van 11 naar zeven procent (zie figuur 1). In Sub-Sahara Afrika is de daling echter minimaal: van 32 naar 31 procent. De sterke groei van de bevolking in vooral die regio betekent dat het totaal aantal kinderen dat ondervoed is er absoluut gezien is *toegenomen* van 29 naar 37 miljoen.

Bestrijding van sterfte onder kinderen

Doel vier, dat zich helemaal op kinderen richt, hangt samen met het eerste doel en beoogt de sterfte onder kinderen jonger dan vijf jaar met tweederde te laten afnemen. Sinds de jaren zestig daalt de kindersterfte al behoorlijk, maar in 1990 stierf in de ontwikkelingslanden nog steeds één op de tien kinderen voor zijn of haar vijfde verjaardag. Meer dan 20 procent van deze kinderen overlijdt al in de eerste week na de

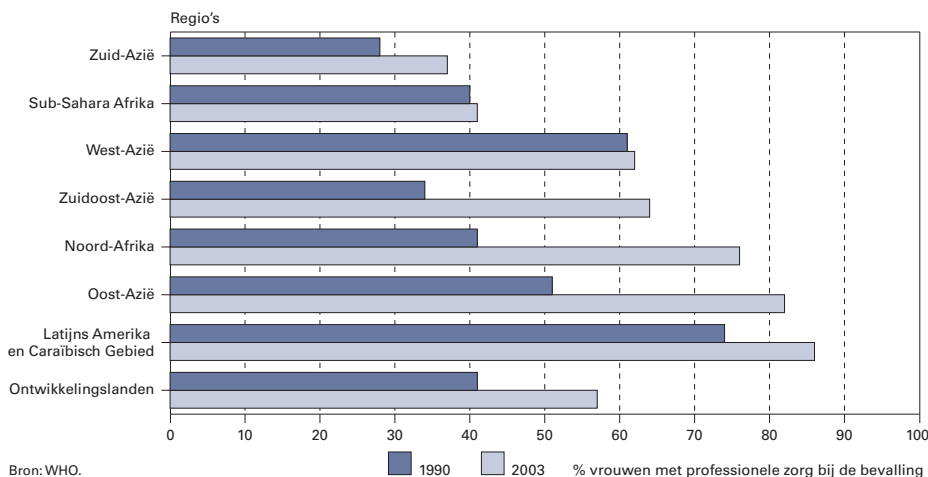
geboorte, wat vooral samenhangt met ondervoeding – als de moeder sterk ondervoed is tijdens de zwangerschap komt het kind vaak ook ondervoed ter wereld – en gebrekkige zorg tijdens de zwangerschap en de geboorte. In 2003 is de kindersterfte het hoogst in Sub-Sahara Afrika met 172 sterfgevallen per 1.000 levendgeborenen onder kinderen jonger dan vijf jaar. Ter vergelijking: in ontwikkelde landen is de kindersterfte minder dan negen per 1.000. Het doel, een reductie van de kindersterfte met tweederde, is nog lang niet in zicht hoewel in een aantal regio's vooruitgang is geboekt. In de regio Noord-Afrika bijvoorbeeld daalde de kindersterfte van 87 naar 38 per 1.000 levendgeborenen, wat betekent dat de doelstelling waarschijnlijk zal worden gehaald. Ook in Latijns-Amerika en het Caraïbisch gebied en in Zuidoost-Azië is de kindersterfte tussen 1990 en 2003 behoorlijk afgenomen, respectievelijk van 54 naar 32 en van 78 naar 46 per 1.000 levendgeborenen. Een groot aantal regio's blijft echter ver achter op schema. In Sub-Sahara Afrika daalde de kindersterfte slechts van 185 naar 172 per 1.000 levendgeborenen en zal de doelstelling voor 2015 bij lange na niet worden gehaald.

Zoals gezegd hangt doel vier sterk samen met doel één: zolang de honger en ondervoeding niet afdoende is bestreden, zal de kindersterfedealing eveneens niet haalbaar zijn. Dit geldt ook voor infectieziekten zoals diarree, longontsteking, mazelen en malaria. Mazelen, bijvoorbeeld, is in vier procent van de gevallen de oorzaak van kindersterfte. Ondanks dat vaccinatie tegen mazelen relatief goedkoop is, is er in de ontwikkelingsregio's tussen 1990 en 2003 slechts een geringe vooruitgang geboekt: het deel van de kinderen jonger dan één jaar dat is gevaccineerd steeg licht van 71 naar 75 procent. Daarnaast kampen landen in vooral Sub-Sahara Afrika met grote aantallen HIV-geïnfecteerde vrouwen die het virus overbrengen op hun kind, waardoor hun levensverwachting aanzienlijk daalt.

Bestrijding sterfte tijdens zwangerschap en rondom het kraambed

Het vijfde doel richt zich helemaal op vrouwen en streeft ernaar om de sterfte tijdens de zwangerschap en rondom het kraambed met driekwart te laten dalen. In 2000 stierven een half miljoen vrouwen, voor 95 procent woonachtig in Afrika of Azië, door complicaties tijdens zwangerschap of ten gevolge van de bevalling. De sterfte onder vrouwen per 100.000 levendgeborenen bedraagt 400 (wereldwijd), 830 (Afrika), 330 (Azië, behalve Japan), 240 (de Pacific, behalve Australië en Nieuw-Zeeland), 190 (Latijns-Amerika en het Caraïbisch gebied) en 20 (ontwikkelde landen). Het risico om te sterven tijdens de bevalling kan worden verkleind als meer vrouwen zouden bevallen onder begeleiding van goed opgeleide vroedvrouwen of artsen. Tussen 1990 en 2003 nam het deel van de vrouwen dat een kind ter wereld bracht met behulp van professionele zorg toe van 41 naar 57 procent. Wederom zijn de regionale verschillen groot. Regio's waar de groei achterblijft, zijn

Figuur 2. Regionale trends in professionele kraamzorg (percentage van totaal aantal vrouwen dat is bevallen)



Zuid-Azië (37 procent in 2003) en Sub-Sahara Afrika (41 procent in 2003) (zie figuur 2).

Bestrijding van HIV/AIDS en andere ziekten

Het zesde en laatste doel dat zich expliciet op gezondheid richt gaat over de bestrijding van HIV/AIDS, malaria en andere ziekten. In 2004 waren naar schatting 39 miljoen mensen met HIV besmet. In dat jaar stierven waarschijnlijk 3,1 miljoen mensen aan AIDS, onder wie 510.000 kinderen. In 2003 verloren globaal 15 miljoen kinderen jonger dan 15 jaar één of beide ouders aan AIDS. De opzet van de MDG's was dat de 'HIV-infectieratio' van de wereldbevolking zou worden bestudeerd aan de hand van gegevens over HIV onder vrouwen tussen de 15 en 24 jaar, een groep die zowel biologisch als economisch en sociaal-maatschappelijk gezien relatief meer kwetsbaar is. Wegens een gebrek aan data is het tot op heden echter niet mogelijk om de trend vanaf 1990 tot nu aan de hand van deze indicator voor de gehele wereld in kaart te brengen.

Het onderschatte belang van vruchtbaarheid en family planning

Hoewel de MDG's direct samenhangen met de ontwikkeling van de vruchtbaarheid is een stabilisatie of daling van de bevolkingsgroei opmerkelijk genoeg niet expliciet als doel opgenomen. Strategieën om de MDG's te realiseren zijn onder andere het promoten van borstvoeding aan baby's gedurende de eerste zes maanden, het bestrijden van infectieziekten door mensen te voorzien van schoon water en sanitair (doel 1), het toe laten nemen van de vaccinatiegraad tegen mazelen (doel 4), en voorzien in een adequate reproductieve gezondheidszorg om de sterfte en ziekte van vrouwen tijdens zwangerschap en geboorte en in het kraambed te voorkomen (doel 5). Dit laatste omvat family planning waardoor op een veilige manier ongewenste of ongeplande zwangerschappen kunnen worden voorkomen.

Nog steeds hebben naar schatting 200 miljoen vrouwen echter geen beschikking over anticonceptiemiddelen terwijl ze dat wel graag zouden willen. Een tekort aan anticonceptiemiddelen (effectieve family planning) leidt tot een stagnatie in de daling van de vruchtbaarheid. Paren krijgen nog steeds meer kinderen dan ze eigen-



In 2004 overleden ruim 40.000 mensen aan kanker, van wie bijna een kwart aan longkanker. Die vorm van kanker is daarmee veruit de belangrijkste doodsoorzaak, op afstand gevolgd door dikke-darmkanker (negen procent) en borstkanker (acht procent). Kanker is verantwoordelijk voor drie op de tien sterfgevallen. Het aantal sterfgevallen door kanker neemt van jaar op jaar toe. De kans om aan kanker te overlijden daalt echter door verandering in de bevolkingsomvang en de leeftijdsamenstelling, bij mannen sterker dan bij vrouwen. Vrouwen maken nog steeds minder kans dan mannen om aan kanker te overlijden, maar het verschil neemt af. Dat komt vooral door het veranderde rookgedrag van enkele decennia geleden: het percentage rokende mannen daalde sterk, terwijl juist meer vrouwen begonnen te roken. In de afgelopen tien jaar is de kans om door longkanker te overlijden onder vrouwen dan ook sterk toegenomen. Er overlijden nu nog minder vrouwen aan longkanker dan aan borstkanker. Na jaren van stagnatie is de sterfte door borstkanker sinds medio jaren negentig echter duidelijk afgenomen. Dat komt mogelijk door bredere screening en verbeterde therapie. Als de huidige trends doorzetten, zal het jaarlijks aantal sterfgevallen door borstkanker al over twee jaar kleiner zijn dan het aantal sterfgevallen onder vrouwen door longkanker. Van de tien veelvoorkomende vormen van kanker is alleen de kans om door slokdarmkanker te overlijden toegenomen en is de kans om te overlijden door maagkanker het sterkst gedaald (CBS).

Tabel 2. Moedersterfte en de kans dat een vrouw op een bepaald moment in haar leven gedurende een zwangerschap of bij een bevalling sterft, 2000

Regio	Moedersterfte per 100.000 levendgeborenen	De kans dat een vrouw gedurende een zwangerschap of bij een bevalling sterft
Wereld	400	74
Ontwikkelde regio's	14	3.800
GOS	68	820
Ontwikkelingsregio's	450	60
Noord-Afrika	130	210
Sub-Sahara Afrika	920	16
Latijns Amerika / Caraïbisch Gebied	190	160
Oost-Azië	55	840
Zuid-Azië	540	44
Zuidoost-Azië	210	140
West-Azië	190	110
Oceanië	240	83

Bron: WHO/UNICEF (www.who.int/reproductive-health/publications/).

demodata

In de afgelopen vijf jaar steeg het aantal eenoudergezinnen in Nederland van 384.000 naar 444.000. Het aantal gezinnen met twee ouders bleef met ruim twee miljoen vrijwel gelijk. Op 1 januari 2005 telde bijna 18 procent van alle gezinnen met kinderen één ouder. In eenderde van de eenoudergezinnen is de ouder allochtoon. Onder Surinamers was het aantal eenoudergezinnen met 32.000 het grootst, op afstand gevolgd door Antillianen/Arubanen en Turken met beide circa 13.000. Verder zijn er 9.000 Marokkaanse en 13.000 Turkse eenoudergezinnen en hun aantal groeide sinds 2000 met respectievelijk 46 en 42 procent. Onder Antillianen was de stijging 28 procent. De groei onder Surinamers en autochtonen was lager dan gemiddeld. De kans op alleenstaand moederschap is het grootst onder Antilliaanse en Surinaamse vrouwen. Ruim vier op de tien Antilliaanse vrouwen van rond de 40, ongeveer eenderde van de Surinaamse, een zesde deel van de Turkse en Marokkaanse en een op de 12 autochtone vrouwen van die leeftijd zijn alleenstaande moeder. Van de ruim drie miljoen kinderen tot 15 jaar leven er 360.000 (12 procent) in een eenoudergezin. Van de Antilliaanse en Arubaanse kinderen leeft bijna de helft al vanaf de geboorte in een gezin met één ouder, van de Surinaamse kinderen is dat 41 en van de autochtone kinderen negen procent (CBS).

lijk zouden willen. Aan de wens dat paren en individuen zelf kunnen bepalen hoeveel kinderen ze willen en wanneer, zoals vastgelegd in het actieprogramma van de ICDP (de internationale VN-conferentie over bevolking en ontwikkeling) in 1994, wordt vooralsnog in veel regio's niet voldaan.

Naar schatting is eenderde van alle zwangerschappen ongewenst. Een deel van deze zwangerschappen wordt geaborteerd, wat in ontwikkelingslanden vaak onder gevaarlijke omstandigheden plaatsvindt en voor een deel de oorzaak is van hoge sterftecijfers onder vrouwen. Daarnaast is bekend dat zwangerschappen die elkaar in de tijd snel opvolgen, alsook een hoog aantal zwangerschappen (vanaf vijf en meer), de kans op kraamsterfte aanzienlijk vergroten. De kans dat een vrouw op een bepaald moment in haar leven gedurende een zwangerschap of bij een bevalling sterft is het hoogst in landen met een hoge vruchtbaarheid en kan oplopen tot één op 16 (in Sub-Sahara Afrika; ter vergelijking: in de ontwikkelde landen is dat één op 3.800) (zie tabel 2). Door gebruik van family planning zou deze sterfte deels kunnen worden voorkomen.

De afgelopen jaren is er een verschuiving geweest met betrekking tot de allocatie van financiële middelen van donoren en overheden aan arme regio's. Er wordt relatief steeds meer geld besteed aan HIV/AIDS-preventie en overheden in ontwikkelingslanden hebben moeite om voldoende middelen te genereren voor bestrijding van HIV/AIDS én family planning. Zo is het deel van de uitgaven voor activiteiten gericht op HIV/AIDS-bestrijding (uitgedrukt in termen van het totaal aan uitgaven aan bevolkingsactiviteiten) toegenomen van negen procent in 1995 naar 43 procent in 2003. In dezelfde periode daalde het aandeel van uitgaven voor family planning met 36 procent.

Tot slot

Recentelijk is er door de Verenigde Naties op gewezen dat een verdere daling van de vruchtbaarheid van groot belang is voor het halen van de millennium ontwikkelingsdoelen. De vrucht-

baarheid is in de afgelopen decennia wereldwijd behoorlijk gedaald, maar tussen 2000 en 2005 ligt in 36 landen het vruchtbaarheidsniveau nog steeds op of boven vijf kinderen per vrouw. Vooral in deze, veelal arme, landen in Afrika en Azië zal de bevolking de komende jaren nog blijven groeien. Dit is zorgelijk omdat volgens de VN een daling van de bevolking juist een 'window of opportunity' zou kunnen vormen doordat dan het percentage kinderen in de totale populatie afneemt ten gunste van het percentage mensen in de werkende leeftijd. In een situatie waarin voldoende banen beschikbaar zijn, zou dat leiden tot een daling van de kosten die de afhankelijke groep (de kinderen) met zich meebrengt, terwijl de productie en de opbrengst stijgen door het grotere aandeel werkenden. Zo kennen bijvoorbeeld vooral China en India momenteel een relatief lage afhankelijkheidsgraad, dat wil zeggen relatief weinig afhankelijke mensen (kinderen en 65-plussers) in verhouding tot de potentiële beroepsbevolking (respectievelijk vijf en zes op tien potentieel werkenden) (ter vergelijking: de afhankelijkheidsgraad is negen in Afrika en vijf in Nederland). De grote economische groei in deze landen wordt mede verklaard door de steeds gunstiger wordende bevolkingsverdeling ten gevolge van de dalende vruchtbaarheid. Wat betreft de millennium ontwikkelingsdoelen gericht op gezondheid betekent een stagnatie van de daling van de vruchtbaarheid vooralsnog dat het aantal ondervoede kinderen in Sub-Sahara Afrika bijvoorbeeld elk jaar blijft toenemen, dat de kindersterfte in veel landen hoog blijft, en dat er nog steeds vrouwen in de arme regio's sterven tijdens de bevalling van hun vijfde of zesde kind, dat ze liever niet hadden willen hebben.

De beschrijving van de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingsdoelen is gebaseerd op de publicatie 'Health and the Millennium Development Goals' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

LITERATUUR:

- UNFPA (2004), *Investing in People. National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*.
- Verenigde Naties (2005), *Achieving population goals will ease path to fulfilling Millennium Declaration*. Press Release 8 September 2005.
- Verenigde Naties (2005), *Flow of financial resources for assisting in the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Report of the Secretary General. Commission on Population and Development.
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (2005), *Health and the Millennium Development Goals*.
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (1991), *Maternal mortality, a global fact book*.

Dr. A.M. Bosch, NIDI