

Navigeren door de complexiteit van de coronapandemie

Perspectieven vanuit de historische demografie

Isabelle Devos, Angélique Janssens, Mayra Murkens en Tim Riswick

Abstract

Navigating the complexities of the Covid-19 pandemic

In this contribution, we discuss from the perspective of historical demography how the corona pandemic has led to new research themes and different approaches to existing themes. Examples include the effect of pandemics on social inequalities in mortality and fertility in the short as well as the long run. The corona pandemic has given historical-demographic research additional legitimacy as research into infectious diseases has suddenly attained heightened social relevance. Many publications have focused on the Spanish Flu, overshadowing research into other infectious diseases and causes of death, despite endemic diseases accounting for the majority of deaths in the past. In addition, more attention should be given to how cause-specific mortality data are registered and produced. We argue that historical-demographic research not only provides valuable insights into the Covid-19 pandemic and its aftermath but also underscores the need to continue expanding and deepening our knowledge of infectious diseases in the past and the present.

Keywords: Covid-19, epidemics, infectious diseases, historical demography

De uitbraak van de coronapandemie in 2020 kwam voor velen, inclusief vele historisch-demografen, als een verrassing. Immers, dankzij de verbeterde hygiëne, voeding en medische innovaties was de massale sterfte door infectieziekten, die zo typerend was voor onze geschiedenis, in de twintigste eeuw enorm afgenomen. Na de Spaanse griep van 1918-1919 hadden we in het Westen bovendien geen grote epidemie meer meegemaakt. Dit maakte dat zowel beleidsmakers als het brede publiek de dreiging van epidemieën minimaliseerden, en kennis en inzichten uit eerdere pandemieën uit ons collectief geheugen waren geraakt (de zogenaamde

pandemic memory gap).¹ Bovendien waren we overtuigd, door een vast geloof in wetenschappelijke vooruitgang en de maakbare samenleving, dat de sterftedaling in de rest van de wereld snel zou volgen.

Zo werden in de tweede helft van de twintigste eeuw onder leiding van onder andere de Wereldgezondheidsorganisatie grootschalige vaccinatieprogramma's georganiseerd, gericht op de uitroeiing van alle

¹ Kaspar Staub e.a., 'The "Pandemic Gap" in Switzerland across the 20th century and the necessity of increased science communication of past pandemic experiences', *Swiss Medical Weekly* (12 november 2020).

infectieziekten, en niet op *containment* zoals het beleid tot dan meestal werd gevoerd. Boeken als *World eradication of infectious diseases* (1966) door de epidemioloog Harold Hinman symboliseren die strijd.² In 1980 was pokken de eerste ziekte die wereldwijd was uitgeroeid. Het was dan ook louter een kwestie van tijd vooraleer andere infectieziekten onder controle zouden komen. Een nieuw soort 'einde van de geschiedenis' gloorde aan de horizon. Volgens de econoom en Nobelprijswinnaar Angus Deaton hadden grote delen van de wereld zelfs *The great escape* (2014) van armoede en ziekte gerealiseerd.³ Niets bleek minder waar. Tot op de dag van vandaag blijft pokken de enige menselijke ziekte die van de wereldbol is verdwenen. Veel infectieziekten (zoals difterie, mazelen en kinkhoest) vormen tegenwoordig niet langer een grote bedreiging voor de volksgezondheid, zelfs in het zuidelijk halfrond, zolang de vaccinatiëgraad op peil blijft tenminste. Tuberculose, aids en malaria, de *three big killers*, eisen jaarlijks echter nog miljoenen levens. Ook corona heeft sinds 2020 al zo'n 7 miljoen slachtoffers gemaakt.⁴

De coronapandemie heeft het historisch-demografisch onderzoek naar sterfte dan ook extra legitimatie gegeven doordat het onderzoek naar infectieziekten ineens (en opnieuw) maatschappelijk relevant werd. In deze bijdrage behandelen we de inzichten uit de historische demografie die gebruikt werden om te reflecteren over de gevolgen van de pandemie. In wat volgt bekijken we allereerst hoe de coronapandemie leidde tot specifieke vragen over infectieziekten

in het verleden. Vervolgens bespreken we op welke manier deze hernieuwde interesse in epidemische ziektes het onderzoek naar gezondheid en sterfte in het algemeen een boost heeft gegeven. Hoe kunnen we met de inzichten die het onderzoek naar epidemieën heeft opgeleverd allerlei soorten infectieziekten beter begrijpen? Verder heeft de vaststelling of iemand aan corona overleed, wat vaak gecompliceerder is dan het in eerste instantie lijkt, de aandacht opnieuw gevestigd op de kwaliteit van de doodsoorzakenregistratie. Hoe moeten we omgaan met comorbiditeit, zowel vandaag als in het verleden? Tot slot belichten we in onze conclusie op welke wijze de coronapandemie het onderzoeksveld in de toekomst zal beïnvloeden.

De demografische gevolgen van epidemieën en pandemieën

Al snel na de wereldwijde verspreiding van het coronavirus in 2020 werden er voorspellingen gemaakt over de demografische gevolgen van de pandemie. Zouden er minder mensen trouwen? Zouden er minder of meer baby's geboren worden? En welke bevolkingsgroepen zouden het meest door oversterfte worden getroffen? In de media, zowel bij ons als in het buitenland, werd hierover vanuit verschillende invalshoeken gespeculeerd. Het verleden, in het bijzonder het historisch-demografisch onderzoek, vormde vaak de inspiratie voor het maken van die voorspellingen. Twee thema's stonden daarin centraal: het geboortecijfer en de sociale ongelijkheid.

Allereerst was er de verwachting dat de pandemie en de daarmee gepaard gaande lockdown een babyboom konden veroorzaken. Terugdenkend aan de elektriciteitspanne in 1977 in New York

² Harold E. Hinman, *World eradication of infectious diseases* (Springfield, IL 1966).

³ Angus Deaton, *The great escape. Health, wealth, and the origins of inequality* (Princeton 2014).

⁴ World Health Organization, 'WHO COVID-19 dashboard', <https://covid19.who.int/> (geraadpleegd op 25 oktober 2023).

die een golf van geboorten teweegbracht, zou dit een reële optie zijn. Verschillende academici stelden echter dat we eerst een sterke daling van het geboorte- en huwelijkscijfer moesten verwachten, voordat een babyboom zou plaatsvinden. Dat is namelijk wat er aan het einde van de wereldoorlogen, grote hongersnoden en epidemieën zoals de Spaanse griep gebeurde. Anderen plaatsten grote vraagtekens bij de voorspelling van een babyboom vanwege de economische onzekerheid die dergelijke crises met zich meebrengen. De meningen van deskundigen waren dus verdeeld.⁵

Het is inmiddels duidelijk dat de coronapandemie fluctuaties in de huwelijks- en vruchtbaarheidscijfers heeft teweeggebracht. De eerste schokgolf van de pandemie ging in de meeste landen gepaard met een daling van het aantal geboorten en huwelijken, het scherpst waarneembaar in het begin van 2021. Daarna was er een duidelijke heropleving, en leek er zelfs een babyboom aan de gang. Recente wetenschappelijke studies uit 2023 hebben dit echter gerelativeerd omdat het herstel van korte duur was. De pandemie zorgde, ondanks enige fluctuatie in de geboortecijfers, niet voor de verwachte babyboom of een drastische daling van de vruchtbaarheid in de meeste welvarende landen.⁶ De reden dat het heden afwijkt van bevindingen uit het verleden komt doordat vruchtbaarheid tegenwoordig zorgvuldig gecontroleerd en gepland wordt. Met andere woorden, er worden nog maar weinig kinderen spontaan verwekt, zelfs in crisistijden. In die zin zijn vergelijkingen met het verleden

daarom minder adequaat. Het merendeel van het onderzoek richt zich echter op het geaggregeerde niveau, en met name op de internationale verschillen. Weinig onderzoek focust op de gevolgen van de pandemie voor de mogelijke verschillen in vruchtbaarheid en huwelijken op gedetailleerder niveau, bijvoorbeeld gespecificeerd naar sociaaleconomische status van de moeder, de vader of de huwelijkspartners. Hetzelfde geldt voor het historisch-demografisch onderzoek, terwijl de mate waarop verschillende sociale groepen op dergelijke crisissituaties reageren een interessante parallel zou kunnen opleveren.

Ten tweede werd er veel gespeculeerd over de gevolgen voor de sociale ongelijkheid. Vergelijkingen werden bijvoorbeeld vaak gemaakt met de Zwarte Dood in het midden van de veertiende eeuw, die volgens sommige historici de kloof tussen arm en rijk drastisch verminderde.⁷ Als gevolg van de massale sterfte door de pest ontstond er namelijk een grote arbeidsschaarste, wat resulteerde in hogere lonen en betere leefomstandigheden voor arbeiders. Toch werden deze positieve gevolgen niet overal ervaren: op sommige plekken, zoals in Oost-Europa, probeerden de overheid of de adel, dit te voorkomen. De sociaaleconomische en politieke context versterkten soms juist bestaande ongelijkheden.⁸

Het coronavirus werd aanvankelijk vooral gezien als een mogelijke gelijkmaker omdat er nog geen vaccin beschikbaar was. Dit was vergelijkbaar met de premoderne tijden.

5 Assad Ullah e.a., 'Potential effects of the COVID-19 pandemic on future birth rate', *Frontiers in Public Health* 8 (2020).

6 Tomáš Sobotka e.a., 'Pandemic roller-coaster? Birth trends in higher-income countries during the COVID-19 pandemic', *Population and Development Review* (2023) 1-36.

7 Walter Scheidel, *The great leveler. Violence and the history of inequality from the Stone Age to the twenty-first century* (Princeton 2018); Frank M. Snowden, *Epidemics and society. From the Black Death to the present* (Londen 2019).

8 Guido Alfani, 'Epidemics, inequality, and poverty in preindustrial and early industrial times', *Journal of Economic Literature* 60.1 (2022) 3-40.

Het virus kon iedereen (arm en rijk, jong en oud) treffen. De eerste golf bevestigde die bewering enigszins, maar tijdens de tweede golf werd duidelijker dat corona selectief is. Sommige bevolkingsgroepen werden meer getroffen dan andere. In België daalde de levensverwachting gedurende 2020-2021 bijvoorbeeld met gemiddeld bijna één jaar. De hoogste sociaaleconomische groep ondervond de kleinste daling in levensverwachting, terwijl de groep waarvoor de sociaaleconomische status niet bepaald kon worden de laagste levensverwachting had en de grootste daling in levensverwachting vertoonde.⁹

Hoewel leeftijd de belangrijkste determinant was van de geobserveerde oversterfte, was de situatie complexer dan dat. Het type huishouden bleek een andere significante verklaringsfactor te zijn. Ouderen (65+) hadden aanzienlijk meer kans om te overlijden, maar dan vooral degenen die in woonzorgcentra verbleven. Ook personen met een migratieachtergrond bleken kwetsbaar, maar niet allemaal in dezelfde mate. In Nederland was de relatieve oversterfte onder migranten hoger dan onder mensen met een Nederlandse achtergrond.¹⁰ Een Belgisch onderzoek, dat onderscheid maakte naar de regio van herkomst, toonde aan dat vooral oudere migranten uit Sub-Sahara-Afrika en Noord-Afrika een hogere oversterfte hadden. Ook Turkse vrouwen lieten een forse oversterfte zien. Hieruit bleek dat de verklaring niet alleen te vinden is in sociaaleconomische factoren, zoals slechte woon- en

werkomstandigheden en beperkte toegang tot gezondheidszorg, maar ook in tradities en taalkundige barrières die leiden tot een slechtere kennis van de preventiemaatregelen.¹¹ Historisch-demografen hebben tot dusverre weinig aandacht geschonken aan dergelijke culturele factoren bij het analyseren van sterfte, met uitzondering van religie.¹² Culturele determinanten worden doorgaans wel meegenomen in het historisch onderzoek naar de ontwikkeling van het geboortecijfer.¹³

Dat corona een ernstige negatieve impact had op het leven van migranten en vluchtelingen, vooral die in kwetsbare leefomstandigheden, werd bevestigd door een wereldwijd onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie. Armoede en sociale ongelijkheid zijn vaak verbonden met werk dat niet vanuit huis kan worden gedaan en waarbij veel beschermingsmaatregelen moeilijk te verwezenlijken zijn. Veel migranten werken in contactberoepen (bijvoorbeeld schoonmaak, verkoop en bouw), wat hun blootstelling en sterfterisico vergrootte. Dezelfde conclusies werden getrokken in historisch-demografisch onderzoek over de Spaanse griep in Nederland en België.¹⁴

9 Mélanie Bourguignon e.a., 'Surmortalité liée à la Covid-19 en Belgique. Variations spatiales et socio-démographiques' (2020) hal-02977464; Victoria J. McGowan en Clare Bamba, 'COVID-19 mortality and deprivation. Pandemic, syndemic, and endemic health inequalities', *Lancet Public Health* 7.11 (2022) e966–975.

10 Volksgezondheid Toekomst Verkenning Nederland, *Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze gezondheid* (2020).

11 Katrien Vanthomme e.a., 'A population-based study on mortality among Belgian immigrants during the first COVID-19 wave in Belgium. Can demographic and socioeconomic indicators explain differential mortality?', *SSM-population health* 14 (2021) 100797.

12 Frans van Poppel, 'Religion and health. Catholicism and regional mortality differences in nineteenth-century Netherlands', *Social History of Medicine* 5.2 (1992) 229-253; Tim Riswick e.a., 'Exploring the mortality advantages and disadvantages of Jewish neighborhoods in nineteenth century Amsterdam', *Demographic Research* 46.25 (2022) 723-736.

13 Jan van Bavel, 'The decline of fertility in the nineteenth century. What have we learned since the Princeton project?', in: Thierry Eggerickx en Jean-Paul Sanderson eds., *Histoire de la population de la Belgique et de ses territoires* (Leuven 2010) 429-461.

14 Auke Rijpma e.a., 'Unequal excess mortality during the Spanish Flu pandemic in the Netherlands', *Economics & Human Biology* 47 (2022) 101179; Isabelle Devos e.a.,

Deze groepen meldden ook minder vaak mogelijke covidsymptomen bij een dokter vanwege financiële problemen of de angst om uitgezet te worden. De coronacrisis heeft trouwens ook de vele psychologische problemen die met een epidemie gepaard kunnen gaan aan het licht gebracht. Zo heeft het coronavirus de angst om besmet te raken, het verdriet van het verlies van een dierbare, en de eenzaamheid tijdens een quarantaine of lockdown zeer concreet gemaakt.¹⁵ Historisch-demografen houden zich vooralsnog weinig bezig met de gevolgen van epidemieën voor de mentale gezondheid, op een enkele uitzondering na. Sven Mamelund constateerde bijvoorbeeld een opvallende toename van het aantal opnames in psychiatrische inrichtingen na de Spaanse griep-epidemie.¹⁶

Voorbij epidemieën en pandemieën

De coronapandemie leidde tot een hernieuwde publieke en academische interesse in historische epidemieën. Vooral de Spaanse griep, getuige onder meer het recente boek van Laura Spinney, en de middeleeuwse pest konden opnieuw op erg veel belangstelling rekenen.¹⁷ Uiteraard is het terecht om deze en andere epidemieën in het verleden te bestuderen, omdat er veel uit te leren valt. De focus

op epidemieën en pandemieën kan echter gemakkelijk het beeld creëren dat sterftecijfers in het verleden voornamelijk werden beïnvloed door epidemische infectieziekten, die met vlagen vooral de volwassen populatie plaagden. Niets is minder waar. Voordat de grote veranderingen in sterftenniveaus en epidemiologische patronen plaatsvonden, werden de sterftecijfers vooral bepaald door aanhoudend zeer hoge niveaus van zuigelingensterfte.¹⁸

Uiteraard waren ook zuigelingen kwetsbaar voor epidemische ziekten. Zo zien we in Nederland en België sterftepieken optreden onder de zuigelingen in 1858 en 1870-1872 ten gevolge van de toen heersende pokkenepidemie.¹⁹ De cholera-epidemie van 1866 daarentegen bleef zonder grote gevolgen voor zuigelingen. Het zorgde althans niet voor een piek in het aantal sterfgevallen in Amsterdam.²⁰ Maar dit is niet het hele verhaal. Zuigelingensterfte werd namelijk vooral bepaald door darminfecties, die onveranderd jaar na jaar vele slachtoffers eisten. Door die hoge zuigelingensterfte kwam de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte in 1850 niet boven de 40 jaar uit. Ook de kindersterfte, dat wil zeggen de sterfte tussen 1 en 5 jaar, nam een behoorlijke hap uit de levensverwachting. Voor iedereen die het eerste jaar na de geboorte had overleefd, kwam de verdere levensverwachting

¹⁵ 'The Spanish Flu in Belgium, 1918–1919. A State of the art', *Historical Social Research* 33 (2021) 251-283.

¹⁶ Tim Soens, 'Resilience in historical disaster studies: pitfalls and opportunities', in: Martin Endress e.a. eds., *Strategies, dispositions and resources of social resilience: a dialogue between medieval studies and sociology* (Wiesbaden 2020) 253-274.

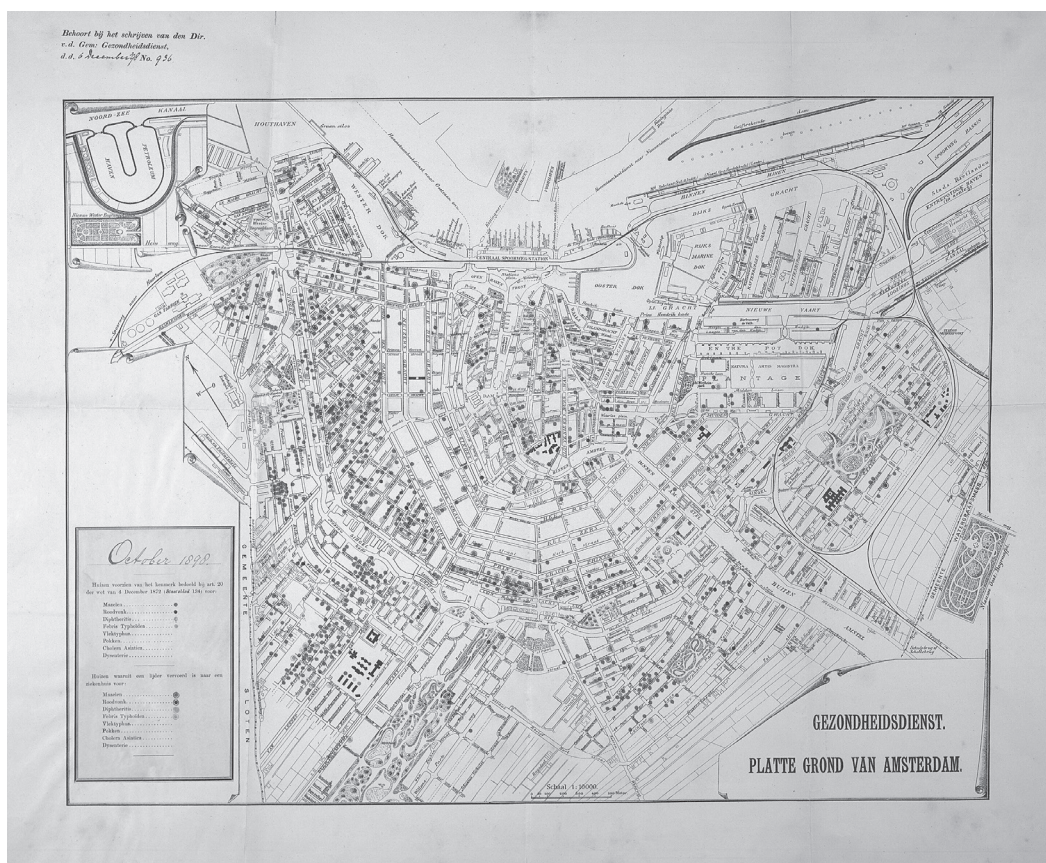
¹⁷ Sven-Erik Mamelund, 'Effects of the Spanish influenza pandemic of 1918-19 on later life mortality of Norwegian cohorts born about 1900', University of Oslo, Department of Economics, Memorandum 29 (2003).

¹⁸ Laura Spinney, *Pale rider. The Spanish flu of 1918 and how it changed the world* (Londen 2017).

¹⁹ Judith H. Wolleswinkel-Van den Bosch e.a., 'Mortality decline in the Netherlands in the period 1850–1992. A turning point analysis', *Social Science & Medicine* 47.4 (1998) 429-443; Isabelle Devos, *Allemaal beestjes. Mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen, 18de-20ste eeuw* (Gent 2006).

²⁰ Sanne Muurling e.a., 'The last nationwide smallpox epidemic in the Netherlands. Infectious disease and social inequalities in Amsterdam, 1870-1872', *Social Science History* 47.2 (2023) 189-216.

²¹ Angélique Janssens en Tim Riswick, 'What was killing babies in Amsterdam? A study of infant mortality patterns using individual-level cause of death data, 1856-1904', *Historical Life Course Studies* 13 (2023) 235-264.



Plattegrond van besmettelijke ziekten in Amsterdam in 1898, gemaakt door de Gezondheidsdienst.
Stadsarchief Amsterdam, Archief van de Secretarie, Afdeling Algemene Zaken

net boven de 50 jaar uit.²¹ Vooral infecties aan de luchtwegen, zoals longontstekingen en bronchitis, die elk jaar weer enorm veel slachtoffers maakten, waren hier de boosdoeners. De grote epidemieën die door de samenleving als mortaliteitsschok ervaren werden, laten daarom slechts een deel van het verhaal zien. Pas toen de zuigelingen- en kindersterfte daalden, in Nederland na 1880 eerst langzaam maar na 1890 steeds sneller, maakte de levensverwachting echt grote sprongen vooruit.

²¹ Owen Lammertink, *De opkomst van het moderne ziektepatroon? Doodsoorzaken, degeneratieve aandoeningen en sociale ongelijkheid in Amsterdam, 1854-1926* (Nijmegen 2023).

Hetzelfde geldt voor sterfte onder volwassenen tot 50 jaar. Vooral endemische infectieziekten zorgden voor de meeste sterfte in vergelijking met de terugkerende maar slechts tijdelijk toeslaande epidemische ziekten.²² Tuberculose, de grootste boosdoener, is al in endemische vorm aanwezig sinds de prehistorie. Tijdens de achttiende en negentiende eeuw werd tuberculose echter volksvijand nummer één. In veel gebieden van Europa raakte waarschijnlijk het merendeel van de bevolking

²² Lammertink, *De opkomst*; Mayra Murkens, *Unequal pathways to the grave? Time lags and inequalities in the Dutch health transition, the case of Maastricht, 1864-1955* (Maastricht 2023).

besmet met de tuberkelbacil met als gevolg dat wereldwijd miljoenen mensen eraan overleden. Tuberculose was meestal een chronische ziekte die lang aanwezig was in het lichaam en de patiënt langzaam sloopte, vooral wanneer andere omstandigheden zoals voeding en hygiëne te wensen overlieten. Ook voor de stad Amsterdam geldt dat tuberculose in de negentiende eeuw veruit de belangrijkste doodsoorzaak was. Tussen 1854 en 1920 was tuberculose elk jaar doodsoorzaak nummer één op een klein aantal epidemische jaren na. Pas in 1944 kwam een efficiënt medicijn op de markt waarmee tuberculose kon worden genezen. De ziekte komt ook nu nog voor in veel West-Europese landen, waar zij een van de meest urgente aandoeningen en belangrijkste doodsoorzaken vormt.²³ Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie was deze ziekte in 2022 wereldwijd de tweede infectieuze doodsoorzaak na corona.²⁴

Ondanks alle aandacht voor epidemieën is er door corona ook aandacht gekomen voor de grote endemische *killers*. Dezelfde vragen kunnen namelijk bij dit soort ziekten en doodsoorzaken gesteld worden: wie werd vooral het slachtoffer van endemische ziektes? Welke determinanten lagen daaraan ten grondslag? Wat was er voor nodig om deze ziekten, vooraleer efficiënte medicijnen beschikbaar kwamen, terug te dringen? Voor tuberculose, slechts een van vele relevante ziekten, zijn er nog geen antwoorden op deze vragen.²⁵ Hier geldt zelfs dat de beschikbaarheid van medicijnen alleen niet voldoende is

om de sterfte aan tuberculose te doen dalen. De historische studie van zowel endemische als epidemische ziekten kan ons daarom veel leren over de uiteenlopende historische omstandigheden in de omgang met en de strijd tegen deze aandoeningen. Het is dan echter noodzakelijk om beide voldoende aandacht te geven.

Een nauwkeurige bestudering van de doodsoorzakencijfers

Behalve de hernieuwde interesse voor eerdere epidemieën, heeft de berichtgeving over de coronapandemie op zowel het nut als het gevaar van cijfers gewezen. Zo was er bij de aanvang van de epidemie veel discussie over de manier waarop de coronasterfte door de verschillende landen en instellingen werd geteld en berekend. Sommige landen noteerden alleen de bevestigde gevallen, terwijl andere ook mogelijke gevallen van corona opnamen. Dit maakte internationale vergelijkingen bijzonder lastig. In België telde het wetenschappelijk instituut Sciensano aanvankelijk erg ruim: niet alleen de bevestigde coronasterfgevallen, maar ook alle vermoedelijke gevallen werden als coronaslachtoffers geregistreerd. Hierdoor is het niet verrassend dat België tot eind 2020 relatief gezien wereldwijd het hoogste aantal coronaslachtoffers had. De Britten gingen dan weer anders te werk: elke overlijdensakte waarop corona als een van de doodsoorzaken werd genoemd, werd gerekend als coronaoverledene, of elk overlijden waarbij maximaal 28 dagen ervoor een positieve coronatest was gedaan. Inderdaad, bepaalde aandoeningen die mensen al hadden, konden het verloop van de corona-infectie aanzienlijk verzwaren. Comorbiditeit is niet alleen een complicerende factor bij het verloop van de ziekte, maar

23 GGD GHOR, 'TBC', www.ggdghor.nl/onderwerp/infectieziektebestrijding/tbc/ (geraadpleegd op 25 oktober 2023).

24 World Health Organization, 'Tuberculosis', <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> (geraadpleegd op 25 oktober 2023).

25 Kenneth F. Kiple, *Cambridge world history of human disease* (Cambridge 1993) 1066.

ook bij sterfteregistratie en analyse kan dit problemen opleveren. Maakte iemand met terminale kanker, die een corona-infectie kreeg, onderdeel uit van de gerapporteerde coronaslachtoffers? Of is die persoon dan toch overleden aan kanker?²⁶

De meeste overheden verstrekken handleidingen over hoe artsen doodsoorzaken moeten registreren. Regelmatig worden die ook van updates voorzien. Voor historisch-demografen die zich met sterfte bezig houden, ligt hier een ingewikkelde puzzel, die na corona nog meer aandacht heeft gekregen. Steeds meer onderzoek naar sterfte wordt gedaan met behulp van historische doodsoorzakenregisters, waarin per overledene de doodsoorzaak en andere individuele informatie zoals bijvoorbeeld leeftijd en beroep wordt genoteerd.²⁷ Deze ‘ruwe’ data bevat de doodsoorzaak zoals opgetekend door de arts of de ambtenaar. Voor de negentiende eeuw is het echter ingewikkeld om de specifieke instructies voor de doodsoorzakenregistratie te achterhalen en in hoeverre deze ook daadwerkelijk werden opgevolgd. Hierdoor is onduidelijk hoe artsen hier precies mee omgingen.

De betrouwbaarheid, bruikbaarheid en potentiële moeilijkheden van historische doodsoorzakendata zijn in de literatuur uitgebreid bediscussieerd.²⁸ Historisch-demografische studies die met doodsoorzaken werken, verantwoorden daarom ook uitvoerig de gekozen classificaties (groeperingen in grotere doodsoorzakengroepen).

26 GOV.UK, ‘COVID-19’ (2024) <https://ukhsa-dashboard.data.gov.uk/topics/covid-19> (geraadpleegd op 7 mei 2024).

27 Angélique Janssens en Isabelle Devos, ‘The limits and possibilities of cause of death categorisation for understanding late nineteenth century mortality’, *Social History of Medicine* 35.4 (2022) 1-11.

28 Alice Reid e.a., ‘A confession of ignorance. Deaths from old age and deciphering cause-of-death statistics in Scotland, 1855–1949’, *The History of the Family* 20.3 (2015) 320–344.

Daarin wordt echter nauwelijks aangegeven hoe wordt omgegaan met de gevallen waarin er meerdere doodsoorzaken worden vermeld bij het overlijden. In het geval dat er met geaggregeerde gegevens wordt gewerkt, zal dit overigens niet tot nauwelijks voorkomen, want dan heeft de dataverwerker de primaire doodsoorzaak al uit de overlijdensaktes gedestilleerd. Dit is dus vooral een methodologische overweging wanneer met de individuele doodsoorzaken wordt gewerkt.²⁹ Zoals de coronaregistratie heeft aangetoond, zijn de sterfteaantallen die we in onze statistische modellen gebruiken niet per definitie vrij van subjectieve interpretaties over welke ziekte als doodsoorzaak wordt beschouwd.

Historisch-demografen zijn natuurlijk niet geheel blind voor dit probleem. Voor een recent special issue over zuigelingensterfte op basis van individuele doodsoorzaken in het tijdschrift *Historical Life Course Studies* werden duidelijke richtlijnen opgesteld voor het omgaan met meerdere doodsoorzaken.³⁰ Binnen het historisch onderzoek is het ten zeerste van belang om alle genoteerde doodsoorzaken mee te nemen in de afweging wat de primaire doodsoorzaak is, omdat vaak ook algemene symptomen als doodsoorzaak werden opgetekend. Wanneer automatisch de eerste doodsoorzaak wordt gebruikt voor de analyses, kan de analyse aan kracht inboeten. Een voorbeeld kan dit verhelderen. Wanneer de doodsoorzaak ‘stuipen, longontsteking’ luidde, biedt de eerste doodsoorzaak weinig aanknopingspunten over de grondslag van de doodsoorzaak. Stuipen is een vage

29 Twee recentelijk voltooide proefschriften in Nederland nemen dit mee: Murkens, *Unequal pathways*; Lammertink, *De opkomst*.

30 Angélique Janssens en Alice Reid, ‘What was killing babies? European comparative research on infant mortality using individual level causes of death’, *Historical Life Course Studies* special issue 6 (forthcoming).

OUDERDOM			OORZAAK VAN OVERLIJDEN	Geboortejahr	Geslacht	Begraafplaats		Behandelende Geneesheer	AANMERKINGEN
Jaren	Maanden	Dagen				te	door		
68	3	5	hoofzucht	1866	-	Deun	deun	Wouter	
69	4	8	hematémie	1864	m	Deun	deun	Wouter	
74	6	1	scirrhel	1871	-	Deun	deun	Lally	
ouder	dood	deun	dood	1924	m	S. L.	deun	M. Caver	
70	10	14	infektie, streptococci	1863	-	Deun	deun	deun	
ouder	12	ura	opheft	1924	m	Deun	deun	deun	Wouter
41	11	13	nieuwig hoofzucht signi	1892	m	deun	deun	deun	
71	11	18	hoofzucht	1881	m	deun	deun	deun	
71	7	11	carcinoma vesicae	1861	m	deun	deun	deun	
40	6	5	pleuritis pulmonum et haemoptoe	1893	m	deun	deun	deun	
60	10	24	Epithelioma vaginae et vulvae	1873	m	deun	deun	deun	
86	-	4	Tumor maag	1848	m	deun	deun	deun	
61	9	18	carcinoma vesicae	1868	-	deun	deun	deun	
69	2	1	carcinoma vesicae	1871	m	deun	deun	deun	
68	6	21	wromme (obstruction intestinale)	1865	m	deun	deun	deun	
83	8	18	ouderdom	1850	m	deun	deun	deun	

Bladzijde uit het Antwerpse doodsoorzakenregister met gevallen van comorbiditeit, 1934.

Stadsarchief Antwerpen, Felixarchief, Registers van overlijden met vermelding van de doodsoorzaak, jaargang 1934, inventarisnummer MA#76167

term, het is een symptoom en geen ziekte of aandoening. De term longontsteking is veel informatiever, aangezien dit laat zien dat er sprake was van een infectieziekte van de longen, waarvan we beter weten wat de mogelijke risicofactoren waren. De focus ligt daardoor vaak op infectieziekten, aangezien het historisch-demografisch onderzoek vooral in het teken staat van de epidemiologische transitie, de verschuiving in doodsoorzakenpatronen van infectieziekten naar zogenaamde welvaartsziekten zoals kanker en hart- en vaatziekten.³¹ Hoewel het zeer waarschijnlijk is dat infectieziekten een meer directe invloed hadden op sterfte dan een eventuele chronische onderliggende aandoening, moeten we ons realiseren dat

ook hier comorbiditeit een rol gespeeld kan hebben.

Corona heeft nogmaals aangetoond dat het belangrijk is om een transparante methodologische tussenstap tussen de praktijk van de codering van doodsoorzaken en de classificatie in grotere doodsoorzakengroepen in te bouwen wanneer er meerdere doodsoorzaken staan vermeld. Enerzijds biedt dit meer zeggingskracht voor de analyses, maar anderzijds zijn de keuzes die gemaakt worden in het onderzoeksdesign ook niet objectief. De keuzes worden gemaakt met een bepaalde onderzoeksvraag in gedachten, maar kunnen daardoor een bepaalde kant van de medaille sterker belichten. Dat is op zichzelf niet kwalijk, zolang er transparant gerapporteerd wordt over hoe dit tot stand is gekomen. Dit is des te meer van belang, met de komst van nieuwe, grote, interdisciplinaire projecten en samenwerkingen (zoals

31 Abdel R. Omran, 'The Epidemiological Transition. A theory of the epidemiology of population change', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49.4 (1971) 509-538.

het Europese COST-Action-programma The Great Leap), om ook de vergelijkbaarheid van onderzoeken te garanderen.³²

Besluit

Onze bijdrage heeft in eerste instantie geïllustreerd dat er tijdens de coronapandemie op verschillende manieren vergelijkingen werden gemaakt met het verleden. Er is vooral aandacht besteed aan de mogelijke invloed van deze epidemieën op bestaande maatschappelijke ongelijkheden, maar een uniform effect kan niet worden geobserveerd. Dit geldt voor zowel korte- als langetermijneffecten, die niet per definitie uniform zijn in alle contexten. Binnen het domein van de historische demografie valt hier nog terrein te winnen, omdat de recente digitalisering van historische bronnen met doodsoorzaken in diverse locaties en periodes de mogelijkheid biedt om te onderzoeken hoe bepaalde contexten tot specifieke gevolgen leiden. Tot op heden heeft historisch-demografisch onderzoek voornamelijk gefocust op de eindbalans, zoals het kwantificeren van het totaal aantal slachtoffers en het identificeren van de getroffen bevolkingsgroepen. Weinig aandacht ging naar de mogelijk veranderende dynamieken gedurende een epidemie. Welke groepen worden eerst getroffen? En welke laatst? Wie had de meeste veerkracht? Daarnaast heeft de coronacrisis duidelijk aangetoond dat er tevens aandacht moet worden geschonken aan culturele en psychologische consequenties. Het begrijpen van al deze facetten is van cruciaal belang om de impact van pandemieën en epidemieën beter te kunnen beoordelen.

³² *The Great Leap*, 'Multidisciplinary approaches to health inequalities, 1800-2022 (GREATLEAP)', www.cost.eu/actions/CA22116/ (geraadpleegd op 25 oktober 2023).

Daarnaast pleiten we ervoor om recente inzichten uit onderzoek over deze kwesties te benutten voor een bredere benadering dan alleen pandemieën en epidemieën. Hoewel dergelijke gebeurtenissen doorgaans veel aandacht trekken, ligt de oorzaak van de grote meerderheid van historische sterfte vaak elders zoals de voorbeelden over hoge zuigelingen- en kindersterfte en de tuberculosesterfte laten zien. In dit verband is er hernieuwde aandacht nodig voor de manier waarop sterftcijfers tot stand komen (oftewel hoe ze worden geregistreerd en berekend), en welke rol structurele factoren daarin spelen. Enkel door weloverwogen en transparante keuzes te maken, kunnen cijfers worden vergeleken en kunnen er stappen voorwaarts worden gezet. Ten slotte heeft het recente onderzoek duidelijk gemaakt dat interdisciplinaire samenwerking tussen historici, demografen, epidemiologen en sociologen van essentieel belang is. Recente projecten zoals het Nederlandse Dood in Amsterdam en het Belgische INEQKILL en EPIBEL zijn daar het bewijs van.³³ Enkel door inzichten vanuit diverse invalshoeken te integreren, kunnen we een grondiger begrip krijgen van de manier waarop ziekten, zowel in het verleden als heden, invloed uitoefenen op onze samenleving en op de individuen die er deel van uitmaken.

Over de auteurs

Prof. dr. **Isabelle Devos** is historica en demograaf. Ze is als hoogleraar verbonden aan de Vakgroep Geschiedenis van de Universiteit Gent. Haar onderzoek richt zich op sociale en economische geschiedenis van de vroegmoderne periode en de negentiende eeuw,

³³ Zie www.doodinamsterdam.nl, www.ineqkill.be, en www.epibel.be (geraadpleegd op 25 oktober 2023).

met een focus op demografie, gezondheid en levensstandaard.

E-mail: Isabelle.Devos@ugent.be

Prof. dr. **Angélique Janssens** is als hoogleraar Historische Demografie verbonden aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Zij heeft veel gepubliceerd over historisch-demografische onderwerpen zoals huwelijk, fertiliteit en sterfte. Zij is projectleider van een groot onderzoek naar doodsoorzaken in Amsterdam in de negentiende eeuw en co-editor van het internationale tijdschrift *The History of the Family*.

E-mail: angelique.janssens@ru.nl

Dr. **Mayra Murkens** is postdoctoraal onderzoeker aan de Radboud Universiteit in

Nijmegen, gespecialiseerd in historische demografie en medische geschiedenis. Haar onderzoek richt zich vooral op (doodsoorzakenspecifieke) mortaliteit in de negentiende en vroege twintigste eeuw en ongelijkheden in gezondheid.

E-mail: mayra.murkens@ru.nl

Dr. **Tim Riswick** is universitair docent Historische Demografie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, gespecialiseerd in vergelijkende familiegeschiedenis in Oost-Azië en West-Europa na 1800. Zijn onderzoek richt zich vooral op ongelijkheden in sterfte, (doodsoorzakenspecifieke) mortaliteit, en morbiditeit en mortaliteit van ziekenhuispatiënten.

E-mail: tim.riswick@ru.nl