



Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

jaargang 38, 2003, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Veranderingen in de prevalentie van tandcariës en erosieve gebitslijtage bij de Haagse jeugd
Goed en slecht nieuws

Overgewicht bij Haagse schoolkinderen

volksgezondheid

Overgewicht bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst
Een literatuurverkenning naar de factoren die een rol spelen

Gezondheidsachterstand moet wijken

Korte berichten

Colofon

december 2003, 38ste jaargang nr.4

Redactie

mw. I. Burger, GGD Den Haag (kernredacteur);
mw. C.J. Kruijthof, arts, Medisch Centrum Haaglanden,
lokatie Westeinde;
mw. F.L. van Leeuwen, arts, Stichting Transmurale
Zorg Den Haag e.o.;
dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(kernredacteur);
drs. E. Pieters, Parnassia, psycho-medisch centrum
Den Haag;
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)
prof.dr. W.J. Schudel, GGD Den Haag;
M.H. Waterman (hoofdredacteur), GGD Den Haag.

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn
GGD, Postbus 12 652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360
mw. H. Schreiner-Heynen;
tel.: 070 - 353 71 05
fax : 070 - 353 72 92
e-mail: h.schreiner-heyne@ocw.denhaag.nl
*Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Schreiner.*

Druk/Lay out

Facilitaire Dienst / Multimedia Den Haag

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD Den Haag
Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Epidemiologie	
• Veranderingen in de prevalentie van tandcariës en erosieve gebitslijtage bij de Haagse jeugd Goed en slecht nieuws <i>G.J. Truin, H.M. van Rijkom, J. Mulder, A.J. Kootwijk, E. De Jong</i>	2
• Overgewicht bij Haagse schoolkinderen <i>J.A. de Wilde, B.J.C. Middelkoop, S. Van Buuren, P.H. Verkerk</i>	12
Volksgezondheid	
• Overgewicht bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst Een literatuurverkenning naar de factoren die een rol spelen <i>A.M. Breetvelt</i>	24
• Gezondheidsachterstand moet wijken <i>I. Joosen, P. Kroon</i>	28
Korte berichten	33

Redactioneel

Wikken en (be-)wegen

In deze aflevering van het Bulletin twee maal aandacht voor overgewicht. In de vorm van een literatuurverkenning op het gebied van overgewicht bij Turkse en Marokkaanse kinderen. De auteur constateert dat een tekort aan beweging waarschijnlijk een belangrijke rol speelt bij het frequent voorkomen van overgewicht. In het artikel dat hieraan vooraf gaat wordt op basis van data van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de Haagse GGD een beeld geschetst van overgewicht bij Haagse schoolkinderen. De sociaal-economische status heeft invloed op het voorkomen van overgewicht.

Ander eetgedrag ..., is dat dan de oplossing voor overgewicht? Nee ..., eetpatronen hebben minder invloed op overgewicht dan verwacht. Wat dan wel? Meer bewegen lijkt voor de hand te liggen. We hebben ten slotte ook de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Opgelost? Integendeel! Bij 'meer bewegen' hebben we het over complexe materie, bijvoorbeeld gedragsbeïnvloeding, maar wat dacht u verder van georganiseerde sport in verenigingsverband, met een teruglopend aantal vrijwilligers, contributiedruk en tekort aan fysieke ruimte voor georganiseerde buitensport in grootstedelijke gebieden?

Hoe krijgen we 16 miljoen ingezetenen in de benen? Stel dat deze 16 miljoen ingezetenen hebben ingezien dat meer bewegen toegevoegde waarde heeft en daar hun consequenties uit trekken. Zestien miljoen bewegers in Nederland op zoek naar een plekje op 34000 km² voor hun favoriete, of zo u wilt, noodzakelijke dagelijkse bezigheid conform de NNGB, gemiddeld een half uur per dag. Voor de provincie Zuid Holland praten we over circa 3,5 mln. inwoners op ongeveer 2800 km². Laten we de redenering eens doorzetten: 1250 inwoners per km², waarvan 50% zou willen en kunnen bewegen. Zo'n 625 inwoners per km², waarvoor, stel, 10% van de ruimte beschikbaar is om te gebruiken voor bewegen. Dat is ten minste 625 inwoners per 100 m² die tussen 08.00 uur en 20.00 uur bewegen: gemiddeld 26 inwoners per 100 m²/0,5 uur => 4 m² per persoon gedurende een half uur per dag. Op het eerste gezicht zou dit geen probleem hoeven te zijn. Wanneer we echter een dergelijke exercitie zouden modelleren en daarbinnen correcties voor sociaal-economische status zouden doorvoeren wordt de bovenstaande eenvoudige rekensom erg complex.

Een dergelijke complexiteit zien we ook terug in het artikel 'Gezondheidsachterstand moet wijken'. Den Haag heeft met dit programma ambitieus ingezet op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Het artikel kondigt de uitvoering aan van een omvangrijk programma van actiepunten in de wijken. Maar wanneer en waardoor is zo'n programma nou geslaagd? Het blijkt geen sinecure om voor het geplande evaluatieonderzoek de juiste indicatoren te definiëren.

Het eerste artikel in dit Bulletin gaat over tandcariës en erosieve gebitsslijtage. Interessant vraagstuk voor eventueel vervolgonderzoek zou zijn of en in welke mate de preventieve activiteiten vanuit de GGD met poetsinstructies en de meer recente activiteiten op het gebied van erosie wellicht een bijdrage leveren aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Soms is het een kwestie van afwegen.

Veranderingen in de prevalentie van tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd

Goed en slecht nieuws

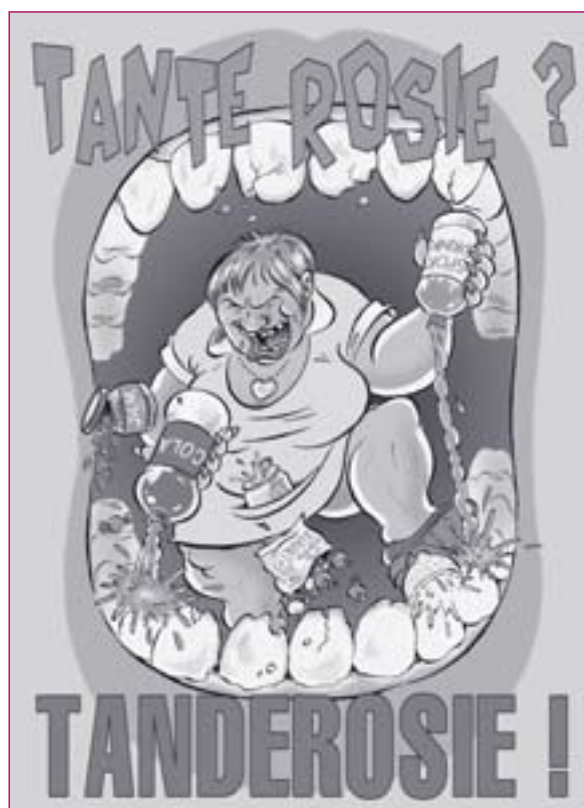
G.J. Truin, H.M. van Rijkom, J. Mulder, A.J. Kootwijk en E. de Jong

In 2002 vond opnieuw het periodieke tandheelkundig onderzoek plaats naar de prevalentie van tandcariës bij de 6- en 12-jarige Haagse schooljeugd. Bij de 12-jarigen werd tevens gekeken naar het vóórkomen van erosieve gebitsslijtage.

De resultaten tonen aan dat bij de 6-jarigen de prevalentie van tandcariës (percentage cariësvrije kinderen) in de periode 1996 - 2002 niet significant is veranderd. Er bestaan in 2002 nog altijd significante verschillen in mondgezondheid tussen de 6-jarige kinderen uit laag, midden en hoog sociaal niveau. Echter: in het lage sociale niveau is in de periode 1996 - 2002 het percentage 12-jarige kinderen met een gaaf blijvend gebit significant toegenomen. En in 2002 zijn de sociaal-economische verschillen in mondgezondheid bij de 12-jarigen uit het lage, midden en hoge sociale niveau veel minder uitgesproken dan in 1998 en 1996. Tot zover het goede nieuws.

Minder gunstig is het gegeven dat in 2002 erosieve gebitsslijtage is gevonden bij 23% van de 12-jarigen; in 1998 bedroeg dit percentage 3%. Erosieve gebitsslijtage wordt hiermee een ernstig te nemen gebitsgezondheidsprobleem bij de jeugd.

In de gemeente Den Haag vindt reeds vele decennia periodiek onderzoek plaats naar de prevalentie van tandcariës bij de 6- en 12-jarige Haagse schooljeugd. Deze studies worden uitgevoerd door de Katholieke Universiteit van Nijmegen in samenwerking met de GGD Den Haag. In 1998 was het laatste periodieke tandcariësonderzoek bij de Haagse schooljeugd (1)(2). De conclusie van dit onderzoek was dat in de periode 1989 - 1998 de verschillen in mondgezondheid tussen



Poster GGD Den Haag/Dienst OCV, afdeling GVO.

enerzijds kinderen uit het lage sociale niveau en anderzijds kinderen uit het midden en hoge sociale niveau verder waren toegenomen. De kinderen uit het lage sociale niveau hadden minder dan evenredig geprofiteerd van de over-all verbetering van de gebitsgezondheid bij de Haagse schooljeugd.

Over de auteurs: Prof. dr. G.J. Truin, tandarts en drs. H.M. van Rijkom, tandarts, zijn beiden werkzaam bij de afdeling Preventieve, Sociale Tandheelkunde en Pedodontologie van de Faculteit der Medische Wetenschappen van het UMC St. Radboud in Nijmegen; Ing. J. Mulder is statistisch analist en werkzaam bij het cluster Tandheelkunde van het UMC St. Radboud te Nijmegen; Mw. A.J. Kootwijk en mw. E de Jong zijn als tandheelkundig preventief medewerker verbonden aan de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding van de GGD Den Haag.

In 1998 werd voor het eerst ook het vóórkomen van erosieve gebitsslijtage (tanderosie) bij 12- en 16-jarigen onderzocht. Tanderosie is een vorm van gebitsslijtage, die wordt omschreven als het verlies van tandmateriaal (glazuur en dentine) door etsing afkomstig van sterke zuren in bijvoorbeeld voeding en (fris)dranken. Het feit dat gebitserosie zich momenteel meer dan in het verleden zou voordoen wordt geassocieerd met een veranderde levensstijl. Te denken valt aan een sterkere belangstelling voor gezonde maar zure voeding en dranken, en excessieve gebitsreiniging. Tanderosie treedt met name op tandplaquevrije gebitsvlakken op. Het veranderde voedings- en drinkpatroon in combinatie met de verbeterde mondhygiëne zouden heden ten dage een belangrijke oorzaak van tanderosie zijn.

Erosieve gebitsslijtage werd in 1998 vastgesteld bij 3% van de 12-jarigen en bij 30% van de 16-jarigen (2)(3).

In 2002 heeft opnieuw een dwarsdoorsnede-onderzoek plaatsgevonden naar de prevalentie van tandcariës bij 6- en 12-jarigen. Bij de 12-jarigen werd daarnaast weer gekeken naar erosieve gebitsslijtage. De 12-jarige leerlingen kregen ook nog enkele vragen voorgelegd over gebitsverzorging. Om organisatorische¹ en praktische redenen beperkte het onderzoek zich tot kinderen op de basisscholen en was er dit keer geen onderzoek bij 16-jarigen op het voortgezet onderwijs. Tijdens het laatste periodieke onderzoek was deze oudere leeftijdsgroep speciaal toegevoegd vanwege de groeiende aandacht voor gebitserosie. Dit artikel beschrijft de resultaten van het onderzoek in 2002 en vergelijkt deze met de prevalentie van tandcariës bij de 6- en 12-jarige Haagse jeugd in de jaren 1996 en 1998; de prevalentie van erosieve gebitsslijtage bij de 12-jarigen wordt vergeleken met die in 1998.

Materiaal en Methode

Steekproef

Sinds 1995 kent Den Haag een indeling van wijken naar sociaal-economische status (SES) gebaseerd op de zogenoemde gemeentelijke achterstandscore² (4). Aan de hand van deze scores zijn de wijken in vijf groepen ingedeeld, oplopend van één (wijken met de meeste relatieve achterstand) tot vijf (wijken met de

minste achterstand). Na hergroepering van de vijf groepen van stadswijken naar drie (code één en twee: SES laag; code drie en vier: SES midden en code vijf: SES hoog) zijn door de GGD Den Haag uit de stadswijken die representatief werden geacht voor de strata van sociaal niveau 'laag', 'midden' en 'hoog', basisscholen gekozen voor het onderzoek. Deze wijze van steekproeftrekking was ook gevolgd in de studies van 1996 en 1998.

Elf scholen werden benaderd voor deelname aan het onderzoek. Eén school weigerde deelname om organisatorische redenen. Hiervoor werd een andere school in dezelfde stadswijk gekozen. Twee van de drie scholen uit het midden en het hoge sociale milieu waren ook betrokken bij het onderzoek in 1996 en 1998. De scholen uit het lage sociale milieu hadden niet eerder meegedaan aan het onderzoek. Alle ouders van de leerlingen van groep twee (geboren tussen 1-8-1996 en 1-2-1998) en groep acht (geboren tussen 1-8-1990 en 1-2-1992) van de geselecteerde scholen werd vervolgens gevraagd hun medewerking aan het onderzoek te verlenen. Naam, geboortedatum en nationaliteit van de in het onderzoek participerende leerlingen werden, net als in de voorafgaande jaren van onderzoek, door de scholen verstrekt. De nationaliteit van de kinderen was gebaseerd op de nationaliteit van de moeder.

In 1998 bleek dat de SES-indeling van de leerlingen op basis van de wijk waar de school staat, matig overeenstemde met de SES-indeling van de leerlingen op basis van de wijk waar zij wonen. Van een deel van de leerlingen in de steekproef van 1998 was destijds het woonadres (postcode) bekend, daardoor kon deze analyse worden uitgevoerd. Teneinde wederom een SES-indeling van de leerlingen mogelijk te maken op basis van de wijk waar zij wonen, werden in 2002 de adressen (postcodes) opgevraagd van de leerlingen die tot de steekproef behoorden. Op basis van de postcodes werd op wijkniveau de SES-driedeling gemaakt - SES laag, SES midden en SES hoog -, volgens dezelfde procedure die werd gevolgd bij de wijk van de schoollocatie.

Klinisch tandheelkundig onderzoek

Het tandheelkundig onderzoek vond op school plaats in november 2002. Bij het klinisch onderzoek werd,

¹ In tegenstelling tot 1998 waren er geen vier maar twee tandarts-onderzoekers voor het veldonderzoek beschikbaar.

² Deze achterstandscore geeft de gemiddelde sociaal-economische status weer in een wijk, gebaseerd op de indicatoren: percentage allochtonen, het gemiddelde inkomen (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek), huurpunten (bron: huurcommissie), de zogeheten 'sociaal-economische factor' (bron: Ministerie van Onderwijs) en het percentage langdurig werklozen (bron: Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening).

Tabel 1.

Aantal 6- en 12-jarige leerlingen naar sociaal-economische status (SES op basis van de wijk van schoollocatie) en nationaliteit. Den Haag november 2002.

SES	Nationaliteit	6-jarigen	12-jarigen
		Aantal	Aantal
Laag	Nederlands	106	58
	Turks	71	42
	Marokkaans	51	27
Midden	Nederlands	117	89
Hoog	Nederlands	143	89
Totaal		488	305

na het droogblazen van de gebitselementen, vastgelegd of er sprake was van een aangetast (d=decayed), geëxtraheerd (m=missing) of gerestaureerd (f=filled) tandvlak (s= surface). De dmfs/ DMFS-score, die hieruit kan worden samengesteld, is een maat voor de opgetreden tandcariës in het melk- (dmfs-score), respectievelijk het blijvend gebit (DMFS-score). Een dmfs-score van nul betekent bij de 6-jarigen een gaaf melkgebit, een DMFS-score van nul bij de 12-jarigen een gaaf blijvend gebit. Bij het klinisch tandcariësonderzoek werden geen röntgenfoto's gemaakt.

Het onderzoek naar erosieve gebitsslijtage bij de 12-jarigen richtte zich op de occlusale vlakken van de eerste blijvende molaren en de palatinale³ vlakken van het bovenfront (13-23). Aan de vlakken werden de volgende scores toegekend:

0= geen verlies van glazuur of dentine;

1= verlies van tandglazuur, dentine is er niet bij betrokken;

2= weefselverlies, dentine is er bij betrokken.

Deze diagnosecriteria zijn in 1998 ook gebruikt bij het onderzoek naar erosieve gebitsslijtage bij de 12- en 16-jarigen (2)(3). In tegenstelling tot het onderzoek in 1998 (fullmouth recording) beperkte het onderzoek naar erosieve gebitsslijtage zich (om reden van benodigde onderzoekstijd per leerling) tot de eerste blijvende molaren en het bovenfront (partial mouth recording). Dit zijn de gebitselementen die bij de jeugd in geval van erosieve gebitsslijtage hoofdzakelijk blijken te worden aangedaan.

Na het klinisch onderzoek stelde de tandarts onderzoeker de 12-jarigen vragen over hun tandartsbezoek, het al dan niet krijgen van een fluorapplicatie bij ieder periodiek onderzoek, de frequentie van het poetsen en of zij voor het naar bed gaan poetsen.

De steekproef bestond uit 1067 leerlingen. De ouders van 114 leerlingen (11%) weigerden deelname aan het onderzoek. 12% Van de leerlingen met toestemming was afwezig op de dag van het onderzoek (veelal wegens ziekte).

De gegevens van 793 leerlingen zijn in de analyses betrokken. Tabel 1 geeft een overzicht van deze 6- en 12-jarige schoolkinderen naar leeftijd, SES en nationaliteit.

Twintig 6-jarige en negentien 12-jarige niet-Nederlanders hadden een andere dan de Turkse of Marokkaanse nationaliteit en zijn niet in de analyses betrokken. De SES indeling van de leerlingen in tabel 1 is gebaseerd op de wijk waarin de school is gelokaliseerd.

Resultaten

Zesjarigen

Bij de 6-jarige kinderen bestaan in 2002 tussen de sociaal-economische niveaus significante ($p < 0.01$) verschillen in percentage cariësvrije melkgebitten (tabel 2). Binnen de lage SES groep is in 2002 het percentage Turkse kinderen met een cariësvrij melkgebit (28%) significant ($p < 0.05$) lager dan bij hun SES-

³ Occlusaal vlak = de naar het kauwvlak gerichte zijde van een tand of kies; palatinaal vlak = de naar het verhemelte toe gerichte vlakken van tanden en kiezen in de bovenkaak.

Tabel 2.

Percentages 6- en 12-jarige scholieren met een **gaaf gebit** (met BI=95% betrouwbaarheidsintervallen) en de gemiddelde dmfs-/DMFS-score (met de standaard deviatie) per kind met een **niet-gaaf gebit** in 1996, 1998 en 2002 naar sociaal-economische status (SES op basis van de wijk van schoollocatie) en nationaliteit. Den Haag, 1996 - 2002.

	6-jarigen (melkgebit)			12-jarigen (blijvend gebit)		
	Gaaf gebit	Niet-gaaf gebit		Gaaf gebit	Niet-gaaf gebit	
	dmfs=0	Gemiddelde dmfs		DMFS=0	Gemiddelde DMFS	
	%	95% BI	dmfs (SD)	%	95% BI	DMFS (SD)
SES: LAAG						
Nederlandse nationaliteit						
1996	49	35-63	9,6 (9,8)	50	36-64	3,2 (2,4)
1998	36	21-50	7,3 (8,3)	62	46-77	5,3 (5,5)
2002	48	38-58	7,9 (7,6)	88	79-96	5,2 (5,7)
Turkse nationaliteit						
1996	31	15-46	7,8 (6,6)	41	20-62	5,7 (3,6)
1998	22	12-32	9,4 (8,4)	46	30-62	3,9 (2,7)
2002	28	17-39	10,3 (9,8)	69	55-83	3,1 (2,5)
Marokkaanse nationaliteit						
1996	43	24-62	8,9 (7,1)	29	7-52	4,0 (3,4)
1998	41	27-56	7,2 (7,6)	40	22-58	2,5 (1,8)
2002	45	31-59	7,3 (7,8)	78	62-94	3,8 (2,9)
SES: MIDDEN						
Nederlandse nationaliteit						
1996	79	69-89	4,9 (5,3)	89	83-96	3,6 (2,6)
1998	75	68-82	4,8 (6,6)	87	80-94	1,4 (0,5)
2002	68	59-76	3,3 (3,2)	88	81-95	2,3 (2,1)
SES: HOOG						
Nederlandse nationaliteit						
1996	84	74-93	4,7 (5,1)	86	76-96	2,3 (2,1)
1998	87	81-93	3,7 (3,0)	93	88-98	1,1 (0,4)
2002	79	72-86	3,2 (2,7)	80	71-88	1,9 (1,2)

genoten van Nederlandse (48%) en Marokkaanse (45%) nationaliteit. Het percentage 6-jarige kinderen met een gaaf melkgebit is in de periode 1996 - 2002 in alle SES-niveaus niet significant veranderd. Per onderzoekjaar variëren deze percentages uiteraard, maar bij toetsing is er geen sprake van een toe- of afname.

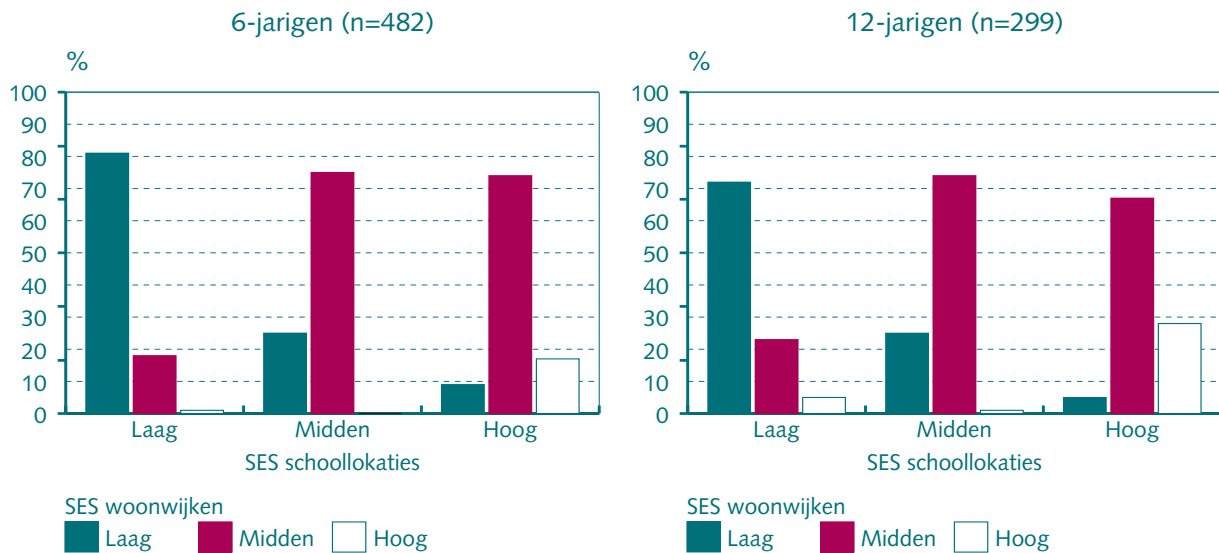
Twaalfjarigen

Bij de 12-jarigen in het lage sociale niveau is het percentage kinderen met een gaaf blijvend gebit in de periode 1996 - 2002, met name tussen 1998 en 2002,

significant ($p < 0.01$) toegenomen (tabel 2). In 2002 blijkt in de lage SES groep het percentage 12-jarige kinderen van Nederlandse, Turkse of Marokkaanse afkomst met een gaaf blijvend gebit *niet* meer significant ($p=0.06$) te verschillen, zoals in de voorgaande jaren van onderzoek het geval was. Opvallend is ook dat bij de 12-jarigen de sociaal-economische verschillen in mondgezondheid, die tot 1998 bestonden, in 2002 veel minder uitgesproken zijn dan in 1998 en 1996 (tabel 2). Het geringe verschil in percentage kinderen met een gaaf gebit tussen de drie SES groepen

Figuur 1.

Overeenkomsten en verschillen van de indeling van de leerlingen naar sociaal-economische status (SES) op basis van de woonwijk van de leerling en op basis van de wijk van schoollocatie. Den Haag, november 2002.



wordt met name veroorzaakt door de sterke toename van dit percentage in de lage SES groep. In de periode 1996 - 2002 is het percentage kinderen met een gaaf blijvend gebit bij de 12-jarigen uit het midden sociale niveau vrijwel hetzelfde gebleven en uit het hoge sociale niveau gedaald van 93 naar 80, maar dit betreft geen significante verandering ($p > 0.05$).

In de periode 1996 - 2002 is de gemiddelde DMFS-score bij 12-jarigen met een niet-gaaf blijvend gebit uit het lage en het hoge sociale niveau niet significant veranderd. Bij deze kinderen uit SES midden is alleen sprake van een significante daling van de gemiddelde DMFS-score tussen 1996 en 1998 van 3,6 naar 1,4 ($p < 0.05$). In 2002 bestaat tussen de 12-jarigen met een niet-gaaf gebit een significant verschil in de DMFS-score ($p < 0.05$) tussen enerzijds het lage en anderszijds het midden en hoge sociale niveau; de laagste score wordt gevonden bij kinderen uit SES hoog.

SES-stratificatie op basis van woonwijk en schoollocatie

Op basis van de postcodes van de woonadressen van de leerlingen is (achteraf) gekeken naar de overeenstemming tussen de SES-indeling naar laag, midden en hoog, afzonderlijk voor de wijk van schoollocatie en voor de woonwijk van de leerlingen (figuur 1).

Van de 793 leerlingen wonen 12 leerlingen buiten de gemeente Den Haag. Van de resterende 6- ($n=482$) en 12-jarige ($n=299$) leerlingen behoren respectievelijk 81 en 72% volgens zowel de wijk van schoollocatie als

de woonwijk tot SES laag. In SES midden bedraagt de overeenstemming tussen beide SES-indelingen respectievelijk 75 en 74%. De grootste discrepantie doet zich voor in SES hoog, slechts 17 en 28% woont in een hoge SES wijk en gaat daar ook naar school. Tweederde van zowel de 6- als de 12-jarigen die op basis van de schoollocatie onder SES hoog zijn ingedeeld, behoort volgens de SES-indeling op basis van de woonwijk tot SES midden.

Wat heeft de SES-stratificatie van de leerlingen op basis van hun woonwijk tot gevolg voor de prevalentie van tandcariës in ieder sociaal niveau?

Tabel 3 toont de prevalentie van tandcariës naar SES op basis van de schoollocatie (links) en de woonwijk van de leerling (rechts). In SES laag zijn de verschillen in percentages kinderen met een gaaf gebit tussen beide indelingen beperkt. Dit geldt eveneens voor de gemiddelde DMFS-scores. In SES midden heeft de SES-indeling op basis van de woonwijk van de leerling echter tot gevolg dat het percentage cariësvrije 12-jarigen niet 88 maar 83% zou worden; daarentegen stijgt het percentage cariësvrije kinderen in SES hoog van 80 naar 87%.

Erosieve gebitslijtage

Enige vorm van erosieve gebitslijtage is waargenomen bij 15 tot 27% van de kinderen (tabel 4). De oclusale vlakken van de eerste blijvende molaren zijn het meest frequent aangedaan.

Tabel 3.

Percentages 6- en 12-jarige scholieren met een **gaaf gebit** (met BI=95% betrouwbaarheidsintervallen) en de gemiddelde dmfs-/DMFS-score (met de standaard deviatie) per kind met een **niet-gaaf gebit** naar nationaliteit en sociaal-economische status (SES) op basis van wijk schoollocatie en woonwijk van de leerling. Den Haag, november 2002.

	Schoollocatie			Woonwijk		
	Gaaf gebit dmfs=0	Niet-gaaf gebit Gemiddelde dmfs		Gaaf gebit dmfs=0	Niet-gaaf gebit Gemiddelde dmfs	
6-jarigen						
	%	95% BI	dmfs (SD)	%	95% BI	dmfs (SD)
SES: LAAG						
Ned. nat.	48	38-58	7,9 (7,6)	53	44-63	6,4 (5,4)
Turkse nat	28	17-39	10,3 (9,8)	29	17-39	10,3 (9,8)
Marok nat.	45	31-59	7,3 (7,8)	45	31-59	7,3 (7,8)
SES: MIDDEN						
Ned. Nat.	68	59-76	3,3 (3,2)	71	65-77	4,8 (6,6)
SES: HOOG						
Ned. Nat.	79	72-86	3,2 (2,7)	79	62-95	3,0 (2,7)
12-jarigen						
	%	95% BI	DMFS (SD)	%	95% BI	DMFS (SD)
SES: LAAG						
Ned. nat.	88	79-96	5,2 (5,7)	87	77-96	4,3 (5,4)
Turkse nat	69	55-83	3,1 (2,5)	68	53-84	3,1 (2,5)
Marok nat.	78	62-94	3,8 (2,9)	77	60-94	3,8 (2,9)
SES: MIDDEN						
Ned. Nat.	88	81-95	2,3 (2,1)	83	77-89	2,3 (2,2)
SES: HOOG						
Ned. Nat.	80	71-88	1,9 (1,2)	87	75-99	2,5 (1,0)

Binnen SES laag (Chi kwadraat; $p=0,40$) en tussen de SES niveau's ($p=0,66$) zijn geen significante verschillen in het percentage kinderen met erosieve gebitsslijtage. Bij de jongens wordt erosieve gebitsslijtage vaker vastgesteld dan bij de meisjes (respectievelijk 28% en 18%: Chi-kwadraat: $p=0,04$).

Enquête

Na deelname aan het klinische onderzoek hebben de 12-jarige leerlingen nog enkele vragen beantwoord over gebitsverzorging.

Bijna alle 12-jarigen bezoeken de tandarts voor een periodiek tandheelkundig onderzoek (tabel 5). Bij Marokkaanse kinderen is dit percentage het laagst (85%).

Respectievelijk 39 en 29% van de kinderen uit het midden en hoge SES-niveau antwoorden dat zij bij ieder periodiek onderzoek een fluoride applicatie krijgen. Bij kinderen uit SES laag bedraagt dit 32%. Van de Turkse kinderen poetst 55% de tanden twee maal per dag. Dit percentage is significant lager ($p<0,05$) dan bij Nederlandse en Marokkaanse kinderen uit SES laag.

Tabel 4.

Percentage 12-jarigen met enige vorm van erosieve gebitslijtage op alleen de oclusale vlakken van de eerste blijvende molaren, op alleen de palatinale vlakken van het bovenfront en op zowel oclusale vlakken van de eerste blijvende molaren als de palatinale vlakken van het bovenfront, naar sociaal-economische status (SES op basis van de woonwijk van de leerling) en nationaliteit. Den Haag, november 2003.

		Alleen eerste blijvende molaren occlusaal vlak	Alleen boven- front palatinaal vlak	Zowel de molaren occlusaal als bovenfront palatinaal vlak	Totaal
SES	Nationaliteit				
Laag	Nederlands	7	4	4	15
	Turks	13	3	8	24
	Marokkaans	23	4	-	27
Midden		9	4	11	24
Hoog		3	3	13	24

Tabel 5.

Antwoorden op de enquêtevragen gesteld aan de 12-jarige leerlingen naar sociaal-economische status (SES op basis van de woonwijk van de leerling) en nationaliteit (in percentages). Den Haag, november 2002.

	Ned. %	Laag Turks %	SES Mar. %	Midden %	Hoog %
Tandartsbezoek					
Ja	94	98	85	99	100
Niet ieder jaar	2	0	0	0	0
Alleen bij klachten	0	0	3	0	0
Weet niet	4	2	12	1	0
Fluoride applicatie					
Ja	43	31	11	39	29
Neen	26	14	22	42	58
Soms	21	52	60	17	13
Weet niet	9	3	7	2	0
Poetsfrequentie					
Nooit	0	0	4	0	0
Wel eens, niet elke dag	0	19	4	0	3
1 keer per dag	13	19	11	20	19
2 keer per dag	78	55	74	75	71
Meer dan 2 keer per dag	9	7	7	5	7
Poetsen voor het naar bed gaan					
Ja	93	76	92	94	98
Neen	0	2	4	2	0
Soms	7	22	4	4	2

Op de vraag 'Poets je altijd voor het naar bed gaan je tanden' antwoordt 76% van de Turkse kinderen positief. Bij alle andere kinderen bedraagt dit percentage meer dan 90%.

Discussie

Bij de 6-jarigen blijven de verschillen in het percentage kinderen met een cariësvrij melkgebit tussen de SES-strata ook in 2002 bestaan. Echter, bij de 12-jarigen zien we hierin een verandering ten gunste. In deze leeftijdsgroep in SES laag zien we tussen 1998 en 2002 een sterke toename van het percentage cariësvrije leerlingen. Dit geldt zowel voor de kinderen van Nederlandse, Turkse als Marokkaanse nationaliteit in dit stratum. Vooreerst bekijken we in hoeverre methodische aspecten hieraan ten grondslag kunnen liggen.

De vergelijking van de cariësgegevens bij de Nederlandse kinderen uit SES laag in de periode 1996-2002 wordt bemoeilijkt door de slechts betrouwbare vergelijkbaarheid van de steekproeven naar nationaliteit in de verschillende onderzoeksjaren. Door voortgaande naturalisaties worden naar verhouding steeds meer kinderen met een niet-Nederlandse afkomst als Nederlands geregistreerd. Vergelijken met 1998 doet de verbetering in de gebitsgezondheid in 2002 zich voor bij zowel 12-jarigen van Nederlandse als van Turkse en Marokkaanse nationaliteit. De nationaliteit van het kind speelt hierdoor een beperkte rol en kan niet tot ernstige vertekening van de waargenomen verbetering leiden.

De steekproef in 2002 bestond uit elf basisscholen in Den Haag. De scholen uit het lage sociale niveau in 2002 namen in 1996 en 1998 niet aan het onderzoek deel. De steekproefprocedure voor de keuze van scholen, die representatief zijn voor de stadswijken met een sociale stratificatie van laag, midden en hoog, was in 2002 niet wezenlijk anders dan in 1998. Ondanks deze identieke steekproefprocedure kan niet worden uitgesloten dat de 'nieuwe' scholen in het onderzoek van 2002 en hiermee de samenstelling van de leerlingen, mede een verklaring vormen voor de verbeterde gebitsgezondheid bij de 12-jarigen in het lage sociale milieu. Vergelijken we echter de gebitsgezondheid van de 6-jarigen in het lage milieu die van dezelfde scholen afkomstig zijn als de 12-jarigen, met die van hun leeftijdgenoten in 1998, dan is er geen sprake van een significante verbetering. Een indicatie dat de verbetering van de gebitsgezondheid bij de 12-jarigen uit het lage milieu waarschijnlijk niet door de 'nieuwe' scholen in het onderzoek is veroorzaakt.

Het onderzoeksprotocol ten behoeve van de cariësdia-

gnostiek in 2002 week niet af van dat in 1998. Twee tandartsonderzoekers hebben het tandcariësonderzoek in beide jaren uitgevoerd. De reproduceerbaarheid van de klinische metingen, uitgedrukt in kappa waarden, blijkt hoog te zijn (3).

Om bovenstaande redenen is het aannemelijk dat er in 2002 werkelijk kan worden gesproken van een verbetering van de gebitsgezondheid bij de 12-jarigen uit het lage sociale milieu vergeleken met de gebitsgezondheid van hun leeftijdgenoten in 1996 en 1998. De sociaal-economische gezondheidsverschillen in gebitsgezondheid bij de 12-jarige kinderen uit de verschillende sociale niveaus zijn daardoor voor een belangrijk deel verkleind.

Een verklaring hiervoor kan zijn dat de 12-jarigen uit het lage milieu nu meer dan in het verleden het mondhygiëne niveau van hun leeftijdgenoten uit het midden en hoge sociale milieu benaderen. Tot nu toe waren er aanwijzingen dat kinderen in het lage sociale milieu hun tanden en kiezen minder frequent poetsen dan de kinderen uit de hogere sociale niveaus (5). De vraag of de intensievere, op de doelgroep gerichte tandheelkundige preventie-activiteiten in Den Haag hebben bijgedragen aan de veronderstelde veranderingen in de mondhygiëne van de kinderen uit SES laag, kan met deze studie niet worden beantwoord.

Aan de verbetering van de mondgezondheid bij de 12-jarigen uit SES laag kan ook het gebruik van 'sealants' een bijdrage hebben geleverd. Meer dan in het verleden worden tegenwoordig de cariësgevoelige occlusale fissuren van de eerste blijvende molaren bij de jeugd ter preventie geseald. Door verzegeling (sealing) worden diepe putten en groeven in kiezen opgevuld met een kunststof materiaal (composiet) waardoor minder retentie van voedingsmiddelen kan plaatsvinden en deze beter met een tandenborstel kunnen worden schoongehouden. Het optreden van tandcariës in de eerste blijvende molaren en met name in de occlusale vlakken bepalen voornamelijk de hoogte van het DMFS-getal in de leeftijdsgroep van 6 tot 12 jaar. Het zijn met name deze vlakken die in deze leeftijdsperiode worden geseald.

In 2002 was het mogelijk de tot dan toe gebruikte SES-indeling van de leerlingen op basis van de wijk waar de school is gelokaliseerd, te vergelijken met de SES-indeling van de leerlingen op basis van hun woonwijk. De vergelijking maakt duidelijk dat (als de achterstandscore van de *woonwijken* als 'gouden standaard' wordt genomen) veel leerlingen ten onrechte als SES hoog zijn gekwalificeerd op basis van de



schoollokatie. De terugloop van het percentage cariës-vrije 12-jarigen in het hoge milieu van respectievelijk 93% in 1998 naar 80% in 2002, moet waarschijnlijk eerder worden toegeschreven aan een SES-stratificatie probleem dan aan een daadwerkelijke teruggang van dit percentage. Deze argumentatie wordt ondersteund met de uitkomst dat bij de 6-jarigen in SES hoog - waar volgens de SES-indeling naar woonwijk eveneens twee derde in SES midden woont - ook sprake is van enige daling van het percentage cariësvrije 6-jarigen. Het ontbreken van de postcode gegevens van de woonadressen van de leerlingen in 1996 en 1998 maakt het onmogelijk inzicht te krijgen in de omvang waarin dit SES-stratificatie probleem ook in deze onderzoeksjaren heeft gespeeld.

In een vergelijkende studie is de prevalentie van tandcariës bij 12-jarigen in Europa bestudeerd. De caries experience (DMFT-score)⁴ bij de 12-jarigen in Nederland behoorde in 1991 - 1995 tot de laagste in Europa (6). Recent onderzoek bij 12-jarigen in Engeland en Wales toonde in 2000/2001 een gemiddelde DMFT waarde van 0,89 (7). Het niveau van mondgezondheid bij de 12-jarigen in Den Haag (gemiddelde DMFT-score van 0,4) overtreft daarmee in gunstige zin die van hun leeftijdgenoten in Engeland en behoort opnieuw tot de laagste in Europa.

In 1998 werd bij 3% van de 12-jarigen enige vorm van erosieve gebitsslijtage waargenomen (2). Dit percentage bedraagt in 2002 gemiddeld 23%. Is er sprake van een toename van erosieve gebitsslijtage bij de jeugd? Het antwoord op deze vraag is moeilijk. In beide jaren van onderzoek zijn dezelfde onderzoeks-

criteria gebruikt. In tegenstelling tot het onderzoek in 1998 heeft het onderzoek in 2002 zich beperkt tot de occlusale vlakken van de eerste blijvende molaren en de palatinale vlakken van het bovenfront. De keuze van deze index-elementen was gebaseerd op de resultaten in 1998 en kan het prevalentiecijfer niet om deze reden alleen hebben beïnvloed.

Bij 'nieuwe' aandoeningen kan een andere vorm van diagnose-bias ook van invloed zijn op de uitkomsten. De onderzoeksgroep heeft sinds 1998 verschillende veldstudies naar erosieve gebitsslijtage uitgevoerd. Toename van deskundigheid en de vele calibratiesessies ter voorbereiding van deze studies kunnen er toe hebben bijgedragen dat nu meer dan in het verleden erosieve gebitsslijtage wordt gediagnostiseerd. De toename in erosieve gebitsslijtage kan hier wellicht gedeeltelijk door zijn veroorzaakt.

De prevalentie van erosieve gebitsslijtage bij 12-jarigen is in 2002 ten opzichte van 1998 sterk toegenomen. Studies naar de prevalentie van tanderosie in Engeland bevestigen het beeld van een toename van tanderosie in het blijvend gebit van 11-14-jarigen in de jaren negentig (8). Het is nog te vroeg om te zeggen dat erosieve gebitsslijtage het mondgezondheidsprobleem bij de jeugd gaat vormen, zoals tandcariës dat enkele decennia geleden was. Het feit dat één op de vier 12-jarigen in Den Haag enige vorm van erosieve gebitsslijtage heeft, geeft echter wel aan dat het probleem zeer serieus dient te worden genomen.

⁴ De caries experience kan ook worden uitgedrukt op tandniveau. De dmft- respectievelijk DMFT-score staat voor het aantal aangetaste geëxtraheerde of gerestaureerde melk- of blijvende gebits-elementen.

Literatuur:

1. Truin GJ, König KG, Rijkom HM van, Frencken JE, Bronkhorst EM, Mulder J, Hof MA van 't. Cariësprevalentie bij de Haagse jeugd. Nemen de verschillen in de gebitsgezondheid tussen de milieus toe? Ned Tijdschr Tandheelkd 1999; 106: 326-329.
2. Rijkom HM van, Truin GJ, Frencken JE, König KG, Bronkhorst EM, Hof MA van 't, Mulder J. Prevalentie van erosieve gebitsslijtage in relatie tot de consumptie van vruchten en dranken bij tieners in Den Haag. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 355-359.
3. Rijkom HM van, Truin GJ, Hof MA van 't. Prevalentie van tandcariës en erosieve gebitsslijtage bij de Haagse jeugd. Epidemiol Bul Grav 2002; 37: 2-8.
4. Gezondheidsmonitor 2002. Gemeente Den Haag. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, productgroep Epidemiologie, Gezondheidsvoorlichting en GGD-beleid. Den Haag 13 februari 2002.
5. Reelick NF, Guldenmundt ME, Filedt Kok-Weimar TL, Overdijk AWAP. Mondgezondheid van risicogroepen in Rotterdam en Amsterdam. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 135-37.
6. Marthaler TM, Brunelle J, Downer MC, König KG, Truin GJ, Künzel W, O'Mullane DM, Moller IJ, Veer von der FR, Vrbic V. The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995. Caries Res 1996; 30: 237-255.
7. Pitts NB, Evans DJ, Nugent ZJ, Pine CM. The dental caries experience of 12-year-old children in England and Wales. Surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 2000/2001. Community Dent Health 2002; 19: 46-53.
8. Nunn JH, Gordon PH, Morris AJ, Pine CM, Walker A. Dental erosion – changing prevalence? A review of British national childrens' surveys. Int J Paed Dentistry 2003; 13: 98-105.

Dit artikel is een bewerking van en een vervolg op het artikel dat is aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde

De studie is mogelijk gemaakt door subsidie van de Suikerstichting Nederland te Baarn

Per SES-groep zijn de percentages cariësvrije kinderen (met 95% betrouwbaarheidsinterval) berekend. Met behulp van de Chi-kwadraattoets zijn de verschillen in percentages cariësvrije kinderen tussen de SES-groepen getoetst.

Bij het analyseren van de percentages kinderen met een gaaf melk-, respectievelijk blijvend gebit per leeftijdsgroep en jaar van onderzoek is logistische regressie toegepast (2e graads polynome regressie met onderzoeksjaar). Dit gebeurde voor de drie sociale niveaus bij kinderen met de Nederlandse nationaliteit en voor de kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst afzonderlijk.

Met behulp van variantie-analyse werden de effecten van het sociale niveau, de nationaliteit en het jaar van onderzoek op de gemiddelde DMFS-waarden van kinderen met een niet-gaaf melk-, respectievelijk blijvend gebit getoetst. Verschillen met een p-waarde <0.05 werden als statistisch significant beschouwd.

De verschillen in percentages 12-jarigen met erosieve gebitsslijtage tussen de SES-groepen, de verschillende nationaliteiten en het geslacht werden getoetst met behulp van de Chi-kwadraat toets.

Overgewicht bij Haagse schoolkinderen

J.A. de Wilde, B.J.C. Middelkoop, S. van Buuren, P.H. Verkerk

De GGD Den Haag heeft onderzoek gedaan onder Haagse schoolkinderen naar het voorkomen van overgewicht, in combinatie met sociaal-economische status, geslacht en etniciteit. De voornaamste uitkomsten worden hier gepresenteerd.

Overgewicht blijkt frequent voor te komen onder de Haagse schoolkinderen; in achterstandswijken vertonen kinderen vaker overgewicht dan in meer welvarende wijken, en bij Turkse en Marokkaanse kinderen is vaker sprake van overgewicht dan bij autochtone Nederlandse kinderen. Onder Hindostaanse kinderen blijkt daarnaast veelvuldig sprake van ondergewicht. Het is echter onduidelijk of de gebruikte afkappunten voor ondergewicht wel bruikbaar zijn in deze etnische groep. Ook bij de afkappunten voor overgewicht kunnen vraagtekens worden gezet. Volgens de onderzoekers is er behoefte aan etnisch-specifieke afkappunten die beter rekening houden met verschillen in lichaamsbouw tussen de onderscheiden etnische groepen.

Inleiding

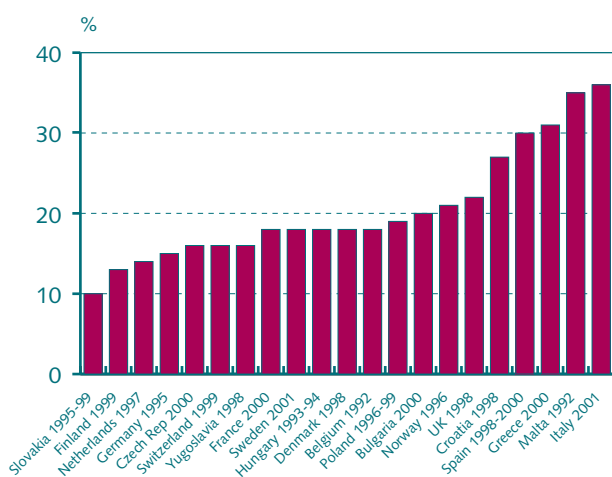
Wereldwijd komt overgewicht bij schoolkinderen in de westerse wereld steeds vaker voor (1) (2) (3). Ook in Nederland is dat het geval. Uit de Vierde Landelijke Groeistudie (1997) bleek dat bij Nederlandse kinderen (van niet-buitenlandse herkomst) het gewicht sinds 1980 sterk was toegenomen, met name bij de groep zesjarige jongens en meisjes. Tevens hadden kinderen met een lagere sociaal-economische status vaker overgewicht dan kinderen met een hogere sociaal-economische status, en waren kinderen in de

grote steden gemiddeld zwaarder dan kinderen in landelijke gebieden. Een andere bevinding uit de Vierde Landelijke Groeistudie was dat Turkse en Marokkaanse kinderen vaker overgewicht hebben dan Nederlandse kinderen (4).

Nederland lijkt overigens binnen Europa niet echt voorop te lopen wat betreft de toename van overgewicht bij kinderen, afgaande op de gegevens over kinderen rond de leeftijd van tien jaar, van de IOTF (International Obesity Task Force, een werkgroep van de International Association for the Study of Obesity; zie figuur 1).

Figuur 1.

Percentage kinderen in de leeftijd van circa tien jaar met overgewicht in verschillende Europese landen.



Ook op volwassen leeftijd zijn de cijfers in vergelijking met andere landen nog relatief gunstig, maar wel veel ongunstiger dan de cijfers op kinderleeftijd. Uit het Regenboogproject van CBS, RIVM en GGD Nederland van 1998-2000 bleek ruim 40 procent van de volwassen bevolking matig overgewicht te hebben. Overigens geldt in tegenstelling tot de situatie bij kinderen, dat volwassenen die in de grote steden wonen gemiddeld juist minder vaak te zwaar zijn dan volwassenen in landelijke gebieden (5).

Overgewicht is een belangrijke voorspeller van gezondheidsrisico's. Op volwassen leeftijd is het onder meer geassocieerd met hart- en vaatziekten, hypercholesterolemie, diabetes mellitus, hoge bloeddruk en gewrichtsklachten. Overal ter wereld worden dan ook maatregelen genomen om de toename van overgewicht tot staan te brengen.

Over de auteurs:

Jeroen de Wilde, jeugdarts, werkzaam bij de productgroep Jeugdgezondheidszorg, Barend Middelkoop, arts-epidemioloog en hoofd van de afdeling Epidemiologie; beiden werkzaam bij de GGD, dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn Den Haag, Stef van Buuren, Hoofd Statistiek, Paul Verkerk, arts-epidemioloog, Hoofd Sector Gezondheidszorg 0-19 jarigen; beiden werkzaam bij TNO Preventie en Gezondheid te Leiden.

In Den Haag heeft de productgroep Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD het terugdringen van de toename van overgewicht tot één van de belangrijkste punten van het gezondheidsbeleid gemaakt. Ook andere organisaties in Den Haag signaleren een toenemend overgewichtprobleem in de stad en willen een gezamenlijke aanpak. Ten behoeve van dergelijke interventies was het doel van deze studie: het verrichten van een nulmeting van de prevalentiecijfers van overgewicht bij Haagse schoolkinderen in samenhang met sociaal-economische status, geslacht en etniciteit.

Methode en opzet

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van de GGD over lengte en gewicht en - in mindere mate - van gegevens van Thuiszorg Den Haag. De productgroep JGZ van de Haagse GGD werkt als eerste in Nederland (sinds 1998) met een elektronisch dossier, waarin gegevens van gezondheidsonderzoeken door de GGD worden vastgelegd. Onderzoeksgegevens van Thuiszorg, i.c. het consultatiebureau voor de nul- tot vierjarigen, zijn vastgelegd in papieren dossiers. Deze gegevens worden bij overdracht aan de GGD op vierjarige leeftijd van de kinderen niet integraal overgenomen in het elektronische dossier. Er worden alleen samenvattende gegevens overgenomen, waaronder een lengte- en gewichtsmeting rond vierjarige leeftijd. Naast deze laatste meting van de groei zijn voor dit onderzoek groeigegevens gebruikt die door alle in de onderzoeksperiode bij de productgroep JGZ werkzame artsen en verpleegkundigen zijn verricht in het kader van preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's). De onderzoeksperiode liep van 15

augustus 1998 tot 15 augustus 2002. Indien van een kind lengte- en gewichtsgegevens bekend waren op meerdere momenten, werden de meest recente gegevens gebruikt voor de analyse. Bij dit onderzoek werden alleen die kinderen betrokken van wie bekend was dat zij ten tijde van het uitvoeren van de metingen woonachtig waren in Den Haag. Figuur 2 geeft de leeftijdsverdeling weer van de kinderen ten tijde van het laatste periodieke gezondheidsonderzoek. Duidelijk herkenbaar zijn de beide PGO's van de GGD gedurende de basisschoolperiode. De bijdrage van de Thuiszorg is eveneens aanzienlijk. Buiten deze pieken is nog een aantal metingen geregistreerd. Hiervoor zijn verschillende oorzaken. Zo vond tot 2000 een PGO plaats in groep 4, ongeacht de leeftijd van het kind, nadien is overgegaan op een systeem waarbij de kinderen op achtjarige leeftijd werden opgeroepen.

Bepaling van de achtergrondvariabelen

Etniciteit

Wat betreft de etnische achtergrond is onderscheid gemaakt tussen autochtone Nederlandse kinderen, Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindostaanse kinderen. De overige kinderen zijn toebedeeld aan de categorieën 'Overige niet-westerse allochtonen' (hieronder zijn tevens begrepen de niet-Hindostaanse Surinaamse kinderen) en 'Overige westerse allochtonen'.

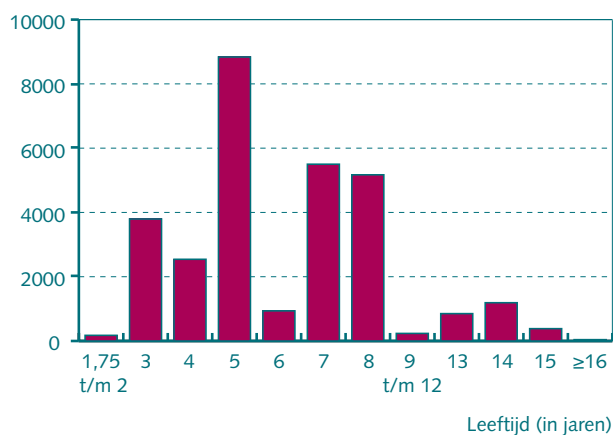
Etniciteit werd bepaald op basis van het geboorteland van het kind. Indien het kind geboren was in Nederland werd een eventuele tweede nationaliteit gebruikt voor de bepaling van de etnische herkomst. Om Surinaams-Hindostaanse kinderen te selecteren werd daarbij bovendien geselecteerd op naam met behulp van een door de afdeling Epidemiologie samengestelde lijst met 2500 typisch Surinaams-Hindostaanse namen. Voor deze groep was dus niet het geboorteland of een eventuele tweede nationaliteit doorslaggevend voor de bepaling van de etnische achtergrond.

Sociaal-economische status

De GGD beschikt niet over individuele sociaal-economische indicatoren, zoals het opleidingsniveau van de ouders. Wel bestaan er binnen de gemeente de zogenaamde gemeentelijke achterstandscores die voor een hele wijk de gemiddelde sociaal-economische status weergeven. Deze scores zijn vastgesteld op basis van het percentage allochtonen, het gemiddelde inkomen (bron: CBS), huurpunten (bron: Huurcommissie), de zogeheten 'sociaal-economische factor' (bron: Ministerie van Onderwijs; dit gegeven wordt gebruikt

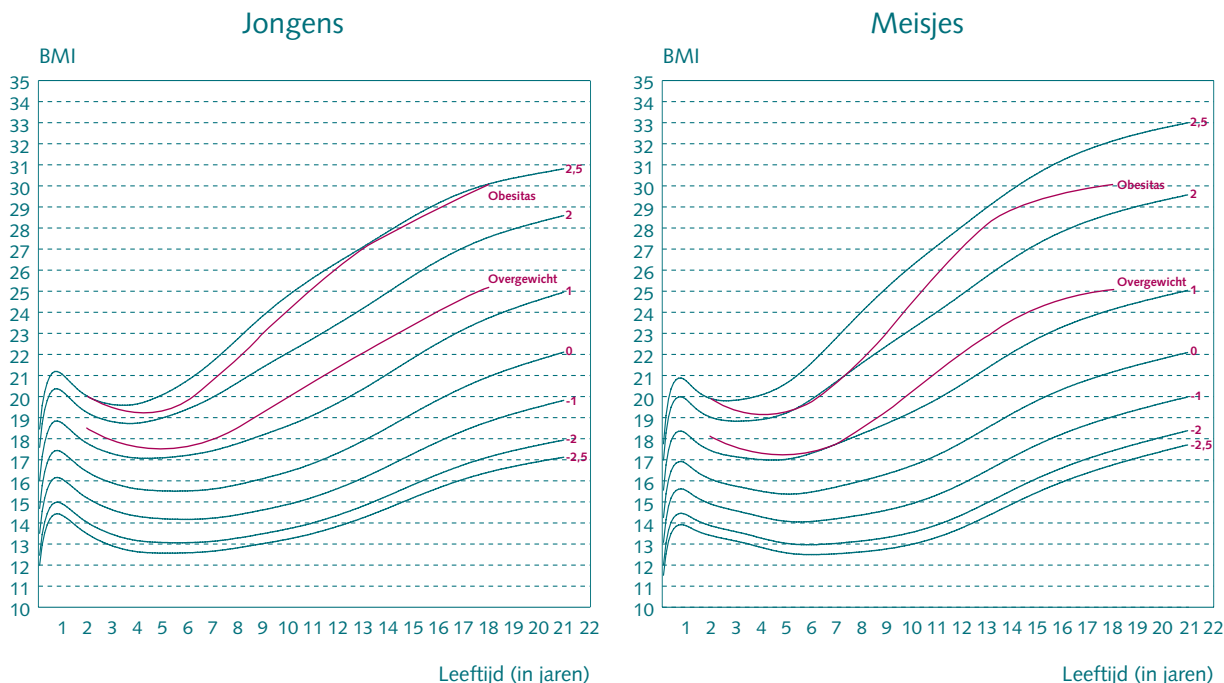
Figuur 2.

Aantal kinderen naar leeftijd ten tijde van het onderzoek.



Figuur 3.

Referentiediagrammen voor de BMI voor de leeftijden 0-21 jaar voor jongens (links) en meisjes (rechts) met ingetekende SD-curven (-2,5; -2; -1; 0; 1; 2; 2,5 SD); en ter vergelijking de internationale grenswaarden voor overgewicht en voor ernstig overgewicht (obesitas) (6).



bij de toewijzing van het aantal leerkrachten per school) en het percentage langdurig werkloos (bron: Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening).

Voor een schatting van de sociaal-economische status van elk individueel kind is gebruik gemaakt van de achterstandscore van de wijk waarbinnen het woonadres van het kind valt.

Bepaling overgewicht respectievelijk ondergewicht

Overgewicht in het algemeen kan worden omschreven als de situatie waarin het lichaamsgewicht het voor de persoon normale gewicht overschrijdt door een meer dan normale vetopstapeling in het lichaam. Om de mate van overgewicht bij volwassenen te bepalen wordt de Body Mass Index berekend (BMI; zie kader op pagina 22). Bij volwassenen met een normaal gewicht ligt de BMI tussen de 20 en 25. Bij een BMI hoger dan 25 spreekt men van overgewicht, bij een BMI groter dan 30 van ernstig overgewicht (obesitas). Bij kinderen zijn deze waarden niet bruikbaar omdat de lichaamsbouw en -samenstelling tijdens de ontwikkeling sterk veranderen. Daarom zijn er BMI curven gemaakt waarin, voor jongens en meisjes apart, op elke leeftijd is af te lezen hoe de BMI van een onderzocht kind zich verhoudt tot het gemiddelde van de

Nederlandse leeftijdgenoten. Deze grafieken zijn gebaseerd op de uitkomsten van de Vierde Landelijke Groeistudie (1997). In de grafieken (figuur 3) geven de met een nul gemarkeerde lijnen de ontwikkeling aan van de gemiddelde BMI van (autochtone) Nederlandse jongens respectievelijk meisjes. Voorts zijn in de grafieken lijnen ingetekend die aangeven hoe hoog de BMI is indien deze precies één respectievelijk twee of tweeënhalf standaarddeviatie (zie kader) hoger of juist lager ligt dan de voor die leeftijd gemiddelde BMI. Ten slotte zijn in de figuren ook lijnen ingetekend die voor elke leeftijd aangeven waar het afkappunt (zie kader op pagina 22) ligt voor overgewicht en obesitas.

De lijnen die voor de jongens respectievelijk de meisjes aangeven waar de afkappunten liggen voor ondergewicht, zijn voor het behoud van de overzichtelijkheid niet ingetekend. Dit artikel gaat uit van de lijn die 1,8 standaarddeviatie lager ligt dan de lijn van de gemiddelde BMI. De lijnen met de afkappunten voor ondergewicht liggen dus een klein beetje hoger dan de 'min twee - lijnen' in figuur 3.

Voor elk kind is eerst de BMI berekend. Vervolgens is berekend hoeveel standaarddeviaties (zie kader op

pagina 22) deze BMI afwijkt van de gemiddelde BMI voor die leeftijd en dat geslacht, zoals gevonden onder de autochtone kinderen die deelnamen aan de Vierde Landelijke Groeistudie. De afwijking van dit gemiddelde is uitgedrukt in een zogeheten BMI-SDS (BMI-standaarddeviatie-score). Een BMI-SDS van nul duidt op een precies gemiddelde BMI, een BMI-SDS van plus één op een BMI die één standaarddeviatie hoger ligt dan de gemiddelde BMI.

Voorts is voor elk kind bepaald, op basis van enerzijds de BMI en anderzijds de bij die leeftijd behorende afkappunten, of het kind een normaal gewicht heeft of dat er sprake is van ondergewicht respectievelijk (ernstig) overgewicht.

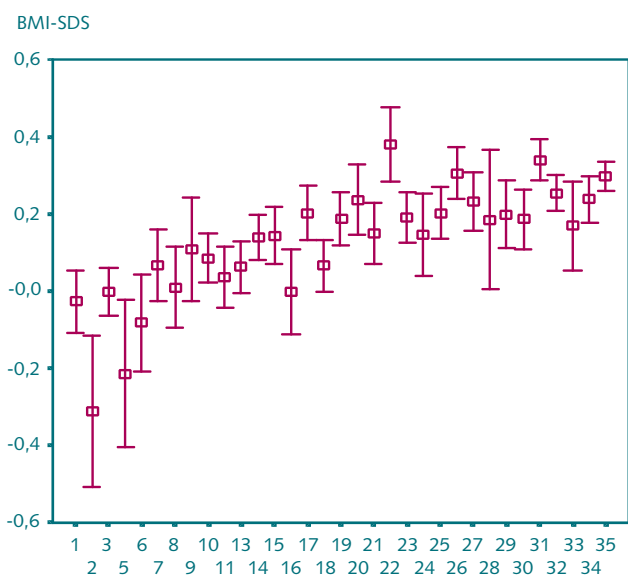
Resultaten

Aantallen en respons

Van 29.666 kinderen waren voldoende gegevens beschikbaar voor dit onderzoek: 15.049 jongens en 14.617 meisjes. De verdeling van deze kinderen over de Haagse woonwijken wordt weergegeven in tabel 1; deze tabel geeft tevens de door de gemeente vastgestelde achterstandscore weer van deze wijken, zoals berekend per 2001. Hoe hoger deze score, hoe groter de achterstand; een negatieve score wijst op een (relatief) welvarende wijk.

Figuur 4.

Gemiddelde BMI-SDS per wijk met 95%-betrouwbaarheidsinterval. De nummering van de wijken is conform de nummering in tabel 1.



Wijken, geordend naar achterstandscore 2001

In absolute zin zijn de grootste aantallen kinderen in dit onderzoek afkomstig uit de wijken Schildersbuurt, Laakkwartier/Spoorwijk, Bouwlust, Transvaalkwartier, Loosduinen, Rustenburg/Oostbroek, Valkenboskwartier en Moerwijk.

Tabel 2 laat de verdeling zien van de jongens en meisjes over de verschillende etnische bevolkingsgroepen. De grootste groep wordt gevormd door de autochtone Nederlandse kinderen; de omvang van de Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindostaanse groepen ontloopt elkaar niet erg veel.

Afgezien van de gegevens van Thuiszorg, hebben de gepresenteerde aantallen betrekking op de kinderen die daadwerkelijk zijn verschenen naar aanleiding van de oproep van de GGD voor het PGO en van wie lengte en gewicht daadwerkelijk zijn vastgelegd in het dossier. Circa 80% van de opgeroepen kinderen voldeed aan dit criterium, variërend van ruim 77% onder de 'Overige westerse' en de 'Overige niet-westerse' kinderen en 79,5% onder de Turkse en Marokkaanse kinderen tot 80,8% onder de autochtone Nederlandse kinderen. Tussen jongens en meisjes was er geen noemenswaardig verschil in de respons.

Overgewicht naar gemeentelijke achterstandscore

Er bestond een zeer significante samenhang ($p < 0,01$) tussen de BMI-SDS (zie kader voor een uitleg) en de sociaal-economische status: hoe hoger de achterstandscore, hoe groter de kans dat een kind overgewicht heeft. De correlatiecoëfficiënt bedroeg evenwel slechts 0,074. Dit impliceert dat van de totale variatie in de hoogte van de BMI-SDS in deze groep kinderen, slechts een half procent (0,074 maal 0,074) in statistische zin verklaard wordt door de achterstandscore. Met andere woorden, de BMI-SDS varieerde weliswaar tussen wijken met een verschillende achterstandscore, maar zij varieerde nog sterker binnen één of meer wijken met dezelfde achterstandscore.

Een tweede manier om de relatie tussen overgewicht en sociaal-economische status te onderzoeken is om de verschillen te bekijken tussen de onderscheiden wijken wat betreft hun gemiddelde BMI-SDS. Dit wordt weergegeven in figuur 4.

Alleen die wijken staan in de figuur afgebeeld waarvan 1) een gemeentelijke achterstandscore beschikbaar was en 2) gegevens beschikbaar waren van tenminste 50 kinderen. Op grond van dit criterium zijn de volgende wijken niet meegenomen in deze analyse: Van Stolkpark / Scheveningse Bosjes, Willemspark, Oostduinen, Zorgvliet, Haagse Bos, Zuiderpark, Binck-

Tabel 1.*Aantal onderzochte kinderen per wijk (geordend naar gemeentelijke achterstandscore)*

Wijk	Gemeentelijke achterstandscore 2001	Aantal kinderen in het onderzoek
1 Vogelwijk	-24,4	460
2 Westbroekpark/Duttendel	-22,6	99
3 Benoordenhout	-22,3	756
4 Van Stolkpark/ Scheveningse Bosjes	-21,1	31
5 Kijkduin/Ockenburg	-19,1	126
6 Bohemen/Meer en Bos	-17,3	184
7 Belgisch Park	-16,2	468
8 Archipelbuurt	-15,4	290
9 Kraayenstein/De Uithof	-14,8	241
10 Geuzen- en Statenkwartier	-13,7	838
11 Vruchtenbuurt	-12,4	6401
12 Willemspark	-12,1	39
13 Bomen - en Bloemenbuurt	-10,6	935
14 Loosduinen	-10,1	1.232
15 Waldeck	-9,9	827
16 Duinoord	-9,9	354
17 Leyenburg	-9,0	880
18 Wateringse Veld	-8,5	858
19 Scheveningen	-5,8	888
20 Mariahoeve/Marlot	-5,3	622
21 Bezuidenhout	-4,8	686
22 Duindorp	-0,5	424
23 Rustenburg/Oostbroek	0,4	1.223
24 Zeeheldenkwartier	2,1	433
25 Valkenboskwartier	5,9	1.137
26 Moerwijk	6,3	1.074
27 Centrum	6,6	766
28 Groente- en Fruitmarkt	6,8	456
29 Morgenstond	7,1	872
30 Regentessekwartier	7,1	636
31 Bouwlust	7,4	2.035
32 Laakkwartier/Spoorwijk	9,2	2.421
33 Stationsbuurt	13,2	483
34 Transvaalkwartier	21,7	1.615
35 Schildersbuurt	24,2	4.328
36 Oostduinen	--- *)	1
37 Zorgvliet	--- *)	15
38 Haagse Bos	--- *)	3
39 Zuiderpark	--- *)	0
40 Binckhorst	--- *)	3
41 Ypenburg / Leidschenveen	--- *)	287

*) Onvoldoende inwoners in 2001 om een achterstandscore te berekenen

Tabel 2.*Aantallen jongens en meisjes naar etniciteit*

Etniciteit	Aantal jongens	(en percentage)	Aantal meisjes	(en percentage)
Nederlands	7.841	(52,1%)	7.514	(51,4%)
Turks	2.115	(14,1%)	1.889	(12,9%)
Marokkaans	1.467	(9,7%)	1.556	(10,6%)
Surinaams-Hindostaans	1.521	(10,1%)	1.465	(10,0%)
Overige westerse	693	(4,6%)	693	(4,7%)
Overige niet-westerse	1.017	(6,8%)	1.124	(7,7%)
Onbekend	395	(2,6%)	376	(2,6%)
Totaal	15.049	(100%)	14.617	(100%)

horst, Ypenburg en Leidschenveen. De 33 resterende wijken staan weergegeven in de volgorde van de gemeentelijke achterstandscore, in de figuur oplopend van links (welvarende wijken) naar rechts (wijken met een hoge achterstandscore). Ondanks de hierboven beschreven geringe correlatie bij het onderzoek naar de totale groep kinderen, is als globaal beeld toch duidelijk dat de gemiddelde BMI-SDS hoger ligt naarmate de achterstandscore toeneemt.

In een aparte analyse is nagegaan in hoeverre de samenhang tussen het vóórkomen van overgewicht en de gemeentelijke achterstandscore, verklaard kan worden door de verschillen in etnische samenstelling. In de achterstandswijken wonen immers meer allochtone kinderen dan in de meer welgestelde wijken. Correctie voor etniciteit bleek in deze analyse echter slechts een beperkt effect te hebben, en de samenhang tussen overgewicht en achterstandscore bleef zeer significant. De hoogste gemiddelde BMI-SDS wordt overigens niet geheel rechts in de figuur gevonden, maar iets rechts van het midden. Het betreft de wijk Duindorp. Op dit opmerkelijke punt wordt in de bespreking teruggekomen.

Gemiddelde BMI-SDS naar geslacht en etniciteit

Figuur 5 toont de gemiddelde BMI-SDS naar geslacht voor de onderscheiden etnische groepen. Tevens zijn de 95%-betrouwbaarheidsintervallen weergegeven.

Over de gehele groep bekeken hebben de jongens gemiddeld een hogere BMI-SDS dan de meisjes (0,21 versus 0,17; statistisch significant: $p=0,004$). Ook voor de afzonderlijke etnische groepen geldt dat de jongens over het algemeen een hogere gemiddelde BMI-SDS hebben dan meisjes, zij het dat dit verschil alleen bij de Turkse kinderen statistisch significant is.

Per etnische groep liggen de beide betrouwbaarheidsintervallen tamelijk dicht bij elkaar: de verschillen tus-

sen de jongens en meisjes van één etnische groep zijn als regel kleiner dan de verschillen tussen de etnische groepen. De hoogste gemiddelde BMI-SDS-waarden worden gevonden bij de Turkse jongens en meisjes, op de voet gevolgd door de Marokkaanse kinderen. De Surinaams-Hindostaanse kinderen hebben veruit de laagste gemiddelde BMI-SDS-waarden.

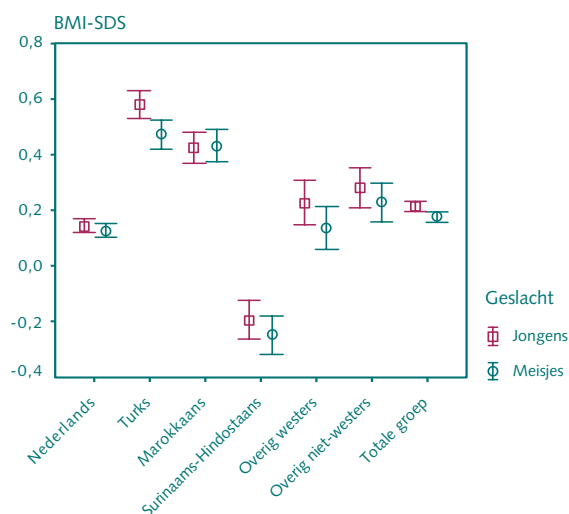
Ondergewicht, normaal gewicht en (ernstig) overgewicht naar etniciteit

Er zijn dus verschillen tussen de etnische groepen wat betreft de gemiddelde BMI-SDS. In hoeverre zijn er ook verschillen wat betreft de grootte van de variatie binnen de onderscheiden bevolkingsgroepen?

Om dit te onderzoeken hebben we voor elk kind vastgesteld of het een normaal gewicht had, of dat er sprake was van ondergewicht of matig respectievelijk

Figuur 5.

Gemiddelde BMI-SDS naar geslacht en etniciteit met 95% betrouwbaarheidsinterval.



Tabel 3.*Gewichtscategorieën laatste onderzoek naar etniciteit en geslacht (percentages)*

	Nederlands		Turks		Marokkaans		Surinaams-Hindostaans		Overig westers		Overig niet-westers		Totaal *)	
	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
Ondergewicht	2,2	2,7	1,4	1,9	1,4	1,8	10,7	11,9	3,9	3,3	2,7	4,2	3,0	3,9
Normaal gewicht	85,0	79,5	74,6	70,4	78,9	72,0	74,2	70,9	80,5	80,8	79,4	74,6	81,2	76,1
Matig overgewicht	9,9	11,4	15,7	20,2	13,5	19,0	8,9	12,4	12,4	12,4	12,2	14,1	11,2	14,6
Ernstig overgewicht	3,0	6,4	8,3	7,6	6,1	7,2	6,2	4,8	3,2	3,5	5,7	7,0	4,6	5,4
p-waarde van de toets op verschil tussen jongens en meisjes (chi-kwadraat)	< 0,0005		0,001		<0,0005		0,004		0,938		0,042		<0,0005	

*) inclusief 771 kinderen met onbekende etnische achtergrond

ernstig overgewicht. We gingen daarbij uit van de eerder in dit artikel beschreven afkappunten. Tabel 3 presenteert de resultaten, uitgesplitst naar etniciteit en geslacht.

Voor alle etnische groepen geldt dat veruit de meeste kinderen een normaal gewicht hebben, variërend van 72,6% onder de Turkse en Hindostaanse kinderen tot 82,0% onder de Nederlandse kinderen. Ondergewicht komt niet vaak voor, behalve onder de Hindostaanse kinderen (11,3%). In de bespreking gaan we in op de mogelijke betekenis van deze bevinding.

Ernstig overgewicht wordt het meest frequent gevonden bij de Turkse kinderen (jongens en meisjes samen: 8,0%); zij staan ook bovenaan wat betreft het voorkomen van matig overgewicht (17,8%). Bij beide categorieën overgewicht komen de Marokkaanse kinderen op de tweede plaats (6,7% respectievelijk 16,3%). Wanneer matig en ernstig overgewicht samen worden genomen, dan zijn de cijfers het gunstigst voor de Nederlandse (15,2%) en 'Overige westerse' kinderen (15,7%). De Hindostaanse kinderen nemen hier een betrekkelijk gunstige positie in: 16,2% tegenover een gemiddelde over de totale groep van 17,9% kinderen

met matig of ernstig overgewicht.

Zoals eerder gerapporteerd (8), en ook volgens de gegevens van het onderhavige onderzoek (data hier niet weergegeven) komt overgewicht niet op alle leeftijden even frequent voor. In het bijzonder is er een sterke toename van het aantal kinderen met overgewicht zichtbaar tussen de leeftijdsgroep van vijf jaar en de leeftijdsgroep van acht jaar. De onderscheiden etnische groepen zijn niet exact gelijk samengesteld wat betreft leeftijd en geslacht. Daarom is nagegaan in hoeverre de verschillen in het voorkomen van overgewicht tussen de etnische groepen verklaard moeten worden uit de verschillen in samenstelling naar leeftijd en geslacht. Correctie voor de invloed van deze variabelen bleek evenwel tot vrijwel dezelfde uitkomsten te leiden.

Ondergewicht, normaal gewicht en (ernstig) overgewicht per geslacht

Zoals gezegd, hadden de jongens gemiddeld een hogere BMI-SDS dan de meisjes. Betekent dit nu ook dat er meer jongens met overgewicht zijn? Uitgaande van de gekozen afkappunten heeft 81,2% van de jongens een normaal gewicht tegenover slechts 76,1%

van de meisjes (zie tabel 3). Dit komt niet doordat er grote verschillen zijn in het percentage kinderen met ondergewicht (respectievelijk 3,0 en 3,9%). Enigszins verrassend, hebben de jongens, ondanks hun gemiddeld hogere BMI-SDS, minder vaak overgewicht dan de meisjes: 15,8% tegenover 20,0%. Bij statistische toetsing is dit verschil significant ($p < 0,0005$). Bij uitsplitsing naar etniciteit wordt dit beeld bij vrijwel alle groepen gevonden. Op deze tegenstrijdigheid (jongens gemiddeld een hogere BMI-SDS, meisjes vaker overgewicht) komen we in de bespreking terug.

Bespreking

Dit onderzoek toont aan dat er een forse mate van overgewicht bestaat onder de Haagse schoolkinderen: circa 18% van de onderzochte kinderen heeft matig tot ernstig overgewicht. Bij uitsplitsing naar geslacht en etniciteit wordt in alle subgroepen een hoog percentage overgewicht aangetroffen. Vergeleken met het landelijke gemiddelde hebben ook alle groepen gemiddeld een verhoogde BMI, met uitzondering van de Hindostaanse jongens en meisjes. Hierbij moet men ook nog bedenken dat dit landelijke gemiddelde dateert van 1997 en dat toen reeds een substantiële toename van de gemiddelde BMI werd geconstateerd ten opzichte van de situatie in 1980. De Hindostaanse kinderen kenmerken zich door een grote spreiding: bij hen is er een vrij hoog percentage kinderen met overgewicht, maar ook een hoog percentage kinderen met ondergewicht.

Kinderen in wijken met een lagere sociaal-economische status hebben vaker overgewicht dan kinderen in wijken met een hogere sociaal-economische status, en Turkse en Marokkaanse kinderen hebben vaker overgewicht dan autochtone Nederlandse kinderen. Deze bevindingen zijn geheel in overeenstemming met de uitkomsten van de Vierde Landelijke Groeistudie. Deze uitkomsten betekenen niet dat (bijvoorbeeld) een lagere sociaal-economische status per definitie voor elk individueel kind gepaard gaat met overgewicht. Bij de analyses van (over)gewicht naar gemeentelijke achterstandscore vonden we weliswaar een duidelijk verband, maar de variatie binnen één wijk was sterker dan de variatie tussen de wijken. Met andere woorden, in de achterstandswijken wonen (ook) kinderen die niet te dik zijn en in de welgestelde wijken wonen (ook) kinderen die wel te dik zijn. Of een individueel kind daadwerkelijk wel of niet te dik is hangt dus ook af van allerlei andere factoren. Voor de voorbereiding van voorlichting die gericht is op het terugdringen van overgewicht, is dit van belang. Het is bij-

voorbeeld interessant om na te gaan wat de kenmerken zijn van de kinderen die in achterstandswijken wonen, maar niet te dik zijn. Dit kan aanknopingspunten bieden voor de inhoud en/of vorm van de voorlichtingsboodschap.

De gekozen afkappunten voor matig en ernstig overgewicht zijn ontleend aan grote internationale studies. Het voordeel hiervan is dat gewerkt kon worden met algemeen aanvaarde standaarden en dat er een vergelijking kon worden gemaakt tussen de onderscheiden etnische groepen. Toch roept deze benadering ook vragen op. De afkappunten zijn bepaald op basis van onderzoek in westerse en Aziatische landen en in Brazilië. Het is de vraag of de gemiddelde waarden die hieruit komen gelijkelijk toepasbaar zijn voor zowel autochtone Nederlandse kinderen als mediterrane kinderen als Hindostaanse kinderen. De onderzoekers van de Vierde Landelijke Groeistudie bijvoorbeeld, hebben er voor gekozen om aparte groeidiagrammen te maken voor Turkse en Marokkaanse kinderen, gezien hun van de autochtone kinderen afwijkende lichaamsbouw (9). Om de ontwikkeling van het percentage (ernstig) overgewicht voor de afzonderlijke etnische groepen in de toekomst te monitoren zou het gewenst zijn om over etnisch-specifieke referentiewaarden te beschikken.

In hoeverre de BMI een goede schatting geeft van het vetpercentage is nog weer een andere vraag (zie in het bijzonder de bespreking hierna van het frequent voorkomen van ondergewicht onder Hindostaanse kinderen). Omdat overgewicht gedefinieerd is als een meer dan normale vetopstapeling in het lichaam, geeft de BMI geen rechtstreeks inzicht in de mate van overgewicht (c.q. ondergewicht). Om deze reden moeten de conclusies die uit dit onderzoek kunnen worden getrokken, met extra voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Ondergewicht bij Hindostaanse kinderen

Hoe moeten we het hoge percentage Hindostaanse kinderen met ondergewicht interpreteren? Allereerst speelt hier een vergelijkbaar probleem als bij de gekozen grenswaarde voor overgewicht. Dit onderzoek heeft zich voor de definitie van ondergewicht aangesloten bij de aanbeveling van Fredriks: 1,8 standaarddeviatie lager dan de voor Nederland gemiddelde BMI (7). Ook hier geldt dat hantering van dit afkappunt mogelijk geen goed inzicht geeft in de mate van ondergewicht onder de Hindostaanse kinderen. Overgewicht is eerder in dit artikel gedefinieerd als een situatie met een meer dan normale vetopstapeling

in het lichaam. De BMI wordt hiervoor vaak als schatting gebruikt, maar de relatie tussen BMI en percentage lichaamsvet is niet voor alle bevolkingsgroepen gelijk. Zo is bijvoorbeeld uit onderzoek naar voren gekomen dat Hindostanen met eenzelfde BMI een hoger percentage lichaamsvet hebben dan Kaukasiërs (10). Dit zou er inderdaad op wijzen dat voor Hindostanen lagere grenswaarden voor de BMI zouden moeten worden gehanteerd om onderscheid te maken tussen normaal, respectievelijk onder- en (ernstig) overgewicht. Indien voor dit verschijnsel zou worden gecorrigeerd, dan zou het percentage Hindostaanse kinderen met ondergewicht dalen, maar de percentages met matig respectievelijk ernstig overgewicht zouden uiteraard stijgen.

Een andere vraag is nog of het een geruststellend idee zou zijn indien, ondanks bovenstaande kanttekeningen, het percentage Hindostaanse kinderen met ondergewicht inderdaad hoog zou blijken te zijn. In hoeverre zouden deze dunne kinderen een verlaagd risico hebben wat betreft ziekten als diabetes en hart- en vaatziekten? Uit de literatuur is bekend dat een laag geboortegewicht samenhangt met een verhoogd risico op deze ziekten (11). Als het ondergewicht dat bij een groot aantal Hindostaanse kinderen in dit onderzoek is gevonden, een weerspiegeling is van een laag gewicht bij geboorte, dan zouden zij dus ondanks hun huidige ondergewicht, wel degelijk een verhoogde kans op diabetes en hart- en vaatziekten hebben. Voor alle duidelijkheid zij overigens nog vermeld dat in de follow up van de hier aangehaalde studie is gebleken dat de combinatie van enerzijds een laag geboortegewicht en anderzijds overgewicht op de leeftijd van acht jaar een nog sterker risico op diabetes impliceert (12).

De tegenstrijdige bevindingen wat betreft jongens versus meisjes

De gekozen afkappunten zijn uiteraard ook van invloed op de verschillen in percentage overgewicht tussen jongens en meisjes. Kijken wij eens wat nauwkeuriger naar de lijnen in figuur 3 die de internationale afkappunten voor (matig) overgewicht versus normaal gewicht weergeven. In het leeftijdstraject waar de meeste kinderen in dit onderzoek zich bevinden, van drie tot en met acht jaar, ligt deze lijn bij de jongens iets boven de '1 SD-lijn', dat wil zeggen de lijn die zich één standaarddeviatie boven de nul-lijn (de gemiddelde BMI) bevindt. De lijn die de afkappunten bij de jongens verbindt ligt in dit leeftijdstraject circa 1,3 SD boven de nullijn. Bij de meisjes ligt deze lijn in dit leeftijdstraject veel dichterbij (en voor

een deel zelfs op) de '1 SD-lijn'. Zoals gezegd, geven de SD-lijnen de situatie weer op basis van het gemiddelde voor de Nederlandse kinderen in de Vierde Landelijke Groeistudie. Blijkbaar liggen de SD-lijnen voor de Nederlandse meisjes hoger ten opzichte van de internationale afkappunten dan voor de jongens, en zijn de Nederlandse meisjes naar internationale maatstaven vaker te dik dan de Nederlandse jongens. Dit landelijke beeld vinden we dus ook terug in deze studie onder Haagse kinderen.

Hiermee is de tegenstrijdigheid verklaard die hierboven werd gesignaleerd in de vergelijkingen tussen Haagse jongens en Haagse meisjes. Enerzijds immers lag de BMI-SDS gemiddeld hoger voor de jongens, anderzijds lag het percentage kinderen met overgewicht hoger bij de meisjes. De verklaring is dat voor de BMI-SDS is vergeleken met de landelijke gemiddelden voor autochtone Nederlandse jongens respectievelijk meisjes (Vierde Landelijke Groeistudie) en voor de percentages kinderen met overgewicht is gekeken naar internationale afkappunten, die in Nederland relatief ongunstig uitpakken voor de meisjes.

Mogelijke methodische tekortkomingen

Vergelijkingen tussen groepen respondenten kunnen altijd worden beïnvloed door verschillen in respons. Dit is het geval indien de respons selectief is wat betreft het onderwerp van het onderzoek. Indien bijvoorbeeld kinderen met overgewicht relatief vaker of juist minder vaak zouden opkomen bij de PGO's, en vooral indien hierin verschillen bestaan tussen jongens en meisjes of tussen de onderscheiden etnische groepen, zou dit de resultaten kunnen vertekenen. Zo zou, bij wijze van voorbeeld, het selectief niet opkomen van lichte Turkse kinderen theoretisch verantwoordelijk kunnen zijn voor de hoge gemiddelde BMI die onder deze kinderen is gevonden.

Gezien de relatief hoge respons en de geringe verschillen in responspercentages tussen de etnische groepen en tussen beide geslachten, lijkt ons de mogelijke invloed van een dergelijke vertekening gering.

Wij beschikken niet over gegevens met betrekking tot het geboorteland van de ouders. Daarom is de eventuele tweede nationaliteit van het kind gebruikt om de tweede generatie allochtonen zo veel mogelijk correct in te delen. Dit zal evenwel niet in alle gevallen zijn gelukt. Als gevolg hiervan zullen die allochtone kinderen die in Nederland zijn geboren en geen tweede nationaliteit hebben, als autochtoon Nederlands zijn ingedeeld. Daardoor zullen de contrasten tussen ener-

zijds de autochtone Nederlandse groep en anderzijds de overige bevolkingsgroepen enigszins zijn afgezwakt. Desondanks vonden wij duidelijke verschillen in dit onderzoek.

Het gezondheidsonderzoek in Nederland maakt in het algemeen voor de definiëring van de etnische achtergrond gebruik van de geboortelanden van de persoon en van diens ouders. Te zijner tijd worden daar wellicht de geboortelanden van de grootouders aan toegevoegd ter identificatie van de derde generatie migranten. Mede met het oog op de vergelijkbaarheid met ander onderzoek, verdient het aanbeveling om bij een eventuele herhaling van dit onderzoek in de toekomst de definitie van de etnische achtergrond eveneens te baseren op de geboortelandcriteria.

Van elk kind is één meting in het onderzoek betrokken. Indien van één kind lengte- en gewichtgegevens beschikbaar waren van verschillende tijdstippen, dan zijn de meest recente gegevens gebruikt. Indien een kind niet is verschenen voor het laatste onderzoek, dan zijn de meest recente, eerdere gegevens gebruikt. Het is zeer onwaarschijnlijk dat deze procedures invloed hebben gehad op de vergelijkingen naar geslacht, etniciteit en sociaal-economische status, omdat ze bij alle subgroepen zijn toegepast. Bovendien was reeds eerder gevonden, op basis van dezelfde onderzoeksgegevens, dat er een hoge correlatie bestaat tussen het hebben van overgewicht op de leeftijd van 5,5 jaar en op de leeftijd van 8 jaar (13).

Duindorp

In de analyse naar sociaal-economische status viel op dat de kinderen die woonachtig zijn in Duindorp een veel hogere gemiddelde BMI-SDS hebben dan kinderen uit andere wijken, en dat dit des te opvallender is omdat Duindorp in de gekozen sociaal-economische rangordening een tamelijk gemiddelde plaats inneemt. Over dit laatste punt valt op te merken dat de gebruikte, officiële gemeentelijke achterstandscores voor twee van de vijf componenten sterk worden beïnvloed door het percentage allochtonen respectievelijk het percentage autochtone kinderen. Duindorp is een overwegend autochtone wijk met veel inwoners die een laag inkomen hebben. Indien als alternatief voor de gemeentelijke achterstandscore zou worden gekozen voor een score die geen rekening houdt met de factor etniciteit, maar uitsluitend met sociaal-economische factoren, dan zou Duindorp naar rechts schuiven in figuur 4.

Overigens zou ook dan nog de gemiddelde BMI-SDS voor deze wijk hoger liggen dan men op grond van de

achterstandscore zou verwachten. Hierbij moet men dan ook nog bedenken dat de gemiddelde BMI-SDS voor de Turkse en Marokkaanse kinderen beduidend hoger bleek te liggen dan voor de Nederlandse kinderen. Als we de (overwegend autochtone) Duindorpse kinderen zouden vergelijken met alleen de autochtone kinderen in andere wijken met een hoge achterstandscore, dan zou het verschil dus nog groter zijn dan figuur 4 laat zien. Dit versterkt de gedachte dat de kinderen in Duindorp apart aandacht verdienen; mogelijk zijn hun leefgewoonten (veel) ongezonder dan die van andere Nederlandse kinderen in achterstandswijken.

Conclusie

Dit onderzoek geeft aan dat overgewicht onder autochtone kinderen zeer frequent voorkomt, en nog frequenter onder Turkse en Marokkaanse kinderen. Tegelijkertijd toont dit onderzoek aan dat er grote behoefte bestaat aan goed onderbouwde afkappunten voor ondergewicht, matig en ernstig overgewicht, die specifiek geldig zijn voor de onderscheiden etnische groepen. Zo moeten de gevonden verschillen tussen jongens en meisjes en tussen de verschillende etnische groepen met enige voorzichtigheid worden bekeken.

Het is belangrijk om op jonge leeftijd aan preventie te doen, omdat kinderen met ernstig overgewicht een verhoogde kans hebben om dit te behouden als volwassene (14, 15). Landelijk bestaan al verschillende initiatieven om de toename van overgewicht te stoppen, zowel op individueel als op collectief niveau, landelijk en lokaal. Op lokaal niveau ontplooiën de afdelingen Jeugdgezondheidszorg van de GGD'en activiteiten. Deze studie onderstreept de hoge prioriteit die hier in Den Haag al aan wordt gegeven.

Dankwoord

Als eerste willen wij Ron Smit bedanken voor het omzetten van de kindgegevens uit de database van JGZ naar een bruikbaar formaat voor dit onderzoek. Zonder hem zou deze studie niet mogelijk zijn geweest. Daarnaast gaat onze dank uit naar Margreet Swagerman (TNO-PG) voor haar commentaar op het onderzoeksverslag.

Body Mass Index

De Body Mass Index (BMI), ook wel aangeduid als Quetelet Index, geeft een indicatie van iemands gewicht in relatie tot de lengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilogram) te delen door het kwadraat van de lengte (in meter). Voorbeeld: Iemand van 1,70 meter (l) die 65 kilogram (g) weegt. $BMI = g/l^2 = 65/1,70^2 = 22,3$. Voor een volwassene ligt een normale BMI tussen de 20 en de 25. Bij een BMI lager dan 18,5 spreekt men van ondergewicht. Bij een BMI van 25 tot 30 is er (matig) overgewicht, bij een BMI groter dan 30 bestaat er ernstig overgewicht.

Standaarddeviatie en BMI-SDS

De standaarddeviatie is een maat die aangeeft hoe breed de spreiding is van een variabele. Bijvoorbeeld voor de variabele 'lengte' duidt een grote standaarddeviatie erop dat -naast een flink aantal mensen met een tamelijk gemiddelde lengte- er ook veel korte en lange mensen in de bevolking zijn. Een kleine standaarddeviatie daarentegen betekent dat er weinig onderling verschil is in lengte binnen de onderzochte groep. Voor veel biologische kenmerken geldt dat ze 'normaal' verdeeld zijn. Voor de standaarddeviatie betekent een normale verdeling dat ongeveer 95% van de onderzochte groep een lengte heeft die minder dan twee maal de standaarddeviatie afwijkt van het groeps-gemiddelde.

De in dit onderzoek berekende BMI-SDS (Body Mass Index - Standaard Deviatie Score) geeft voor elk individueel kind aan hoeveel standaarddeviaties de BMI van dat kind afwijkt van de gemiddelde BMI van autochtone leeftijdgenoten (voor jongens en meisjes afzonderlijk).

Afkappunten voor ondergewicht, overgewicht en ernstig overgewicht

De International Obesity Task Force (IOTF) en de European Childhood Obesity Group (ECOG) hebben in 2000 één set afkappunten voorgesteld voor overgewicht en ernstig overgewicht. Zij baseerden zich daarbij op de resultaten van groei-studies met elk meer dan 10.000 kinderen uit zes verschillende landen: Verenigde Staten 1963-1980, Groot-Brittannië 1978-1993, Brazilië 1989, Hongkong 1993, Singapore 1993 en Nederland (Derde Landelijke Groeistudie, 1980). De afkappunten werden zodanig gekozen dat zij corresponderden

met een BMI voor een volwassene van 25 respectievelijk 30 (zie kader).

Momenteel vormen deze voorgestelde afkappunten de internationale standaard.

Voor ondergewicht bestaat nog geen internationale standaard. Voor dit artikel is gebruik gemaakt van de aanbeveling van Fredriks e.a. (7), te weten 1,8 maal de standaarddeviatie (zie kader) lager dan de gemiddelde BMI. Dit correspondeert met een BMI van 18,5 op volwassen leeftijd. Bij een normale verdeling (zie kader Standaarddeviatie) heeft 3,6% van de populatie ondergewicht volgens dit criterium.

Literatuur

1. WHO. Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity, 3-5 June 1997, Geneva.
2. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75(6):971-7.
3. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360(9331):473-82.
4. Fredriks AM, Van Buuren S, Hirasing RM, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Signaleren van overgewicht en obesitas bij kinderen van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse afkomst in Nederland aan de hand van internationale criteria. Abstract 23e congres Kindergeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 2001.
5. Viet AL, van den Hof S, Elvers LH, Seidell JC, Otten F, van Veldhuizen H. Risicofactoren En GezondheidsEvaluatie Nederlandse Bevolking, een Onderzoek Op GGD'en (Regenboog-project). Jaarverslag 2000. RIVM, Bilthoven 2002.
6. Hirasing RA, Fredriks AM, Van Buuren S, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145(27):1303-8.
7. Fredriks AM, Van Buuren S, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Body index measurements in 1996-7 compared with 1980. *Arch Dis Child* 2000; 82(2):107-12.
8. Gemeente Den Haag, Dienst OCW / GGD, Productgroep EGG, afdeling Epidemiologie. Gezondheidsmonitor 2002.
9. Fredriks AM, Van Buuren S, Burgmeijer, RJE, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. Groeidiagrammen. Handleiding bij het meten en wegen van kinderen en het invullen van groeidiagrammen (tweede druk). TNO/LUMC, Leiden 2002.

10. Deurenberg-Yap M, Schmidt G, Van Staveren WA, Deurenberg P. The paradox of low body mass index and high body fat percentage among Chinese, Malays and Indians in Singapore. *Int Journal of Obesity* 2000; 24:1011-7.
11. Yajnik CS, Fall CH, Vaidya U, Pandit AN, Bavdekar A, Bhat DS, Osmond C, Hales CN, Barker DJP. Fetal growth and glucose and insulin metabolism in four-year-old Indian children. *Diabet Med* 1995; 12:330-6.
12. Bavdekar A, Yajnik CS, Fall CH, Bapat S, Pandit AN, Deshpande V, Bhave S, Kellingray SD, Joglekar C. Insulin resistance syndrome in 8-year-old Indian children: small at birth, big at 8 years, or both? *Diabetes* 1999; 48:2422-9.
13. De Wilde J. Prevalentie van risicofactoren van overgewicht bij schoolkinderen in de multi-etnische populatie van Den Haag. Scriptie. TNO, Leiden 2003.
14. Whitaker RC, Pepe MS, Wright JA, Seidel KD, Dietz WH. Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. *Pediatrics* 1998; 101(3):E5.
15. Lake JK, Power C, Cole TJ. Child to adult body mass index in the 1958 British birth cohort: associations with parental obesity. *Arch Dis Child* 1997; 77(5):376-81.

Overgewicht bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst

Een literatuurverkenning naar de factoren die een rol spelen

A.M. Breetvelt

Eén van de belangrijkste conclusies van een recent onderzoek van de GGD Den Haag naar de prevalentie en risicofactoren van overgewicht bij schoolkinderen in Den Haag (zie het voorafgaande artikel) is, dat in vergelijking met Nederlandse kinderen in Den Haag, kinderen van allochtone afkomst een aanzienlijk hoger percentage aan overgewicht hebben. Deze bevindingen vormden mede de aanleiding om te onderzoeken wat er in de Nederlandse literatuur bekend is over het voorkomen van overgewicht bij kinderen met verschillende etnische achtergrond en wat er bekend is over de factoren die een rol spelen bij het verhoogd voorkomen van overgewicht onder de onderscheiden bevolkingsgroepen.

In een door de GGD verricht onderzoek over de periode 1998-2002 naar het voorkomen van overgewicht komen sterke verschillen naar voren tussen Haagse schoolkinderen van uiteenlopende etnische komaf. Zo ligt het percentage overgewicht voor Nederlandse meisjes (17,8%) aanzienlijk lager dan bij Turkse (27,8%) en Marokkaanse meisjes (26,2%). Bij de jongens is ook verschil zichtbaar tussen de Nederlandse jongens (12,9%) en de Turkse (24,0%) en Marokkaanse jongens (19,6%) (1). Ook uit de Vierde Landelijke Groeistudie kwam naar voren dat overgewicht bij Turkse en Marokkaanse kinderen vaker voorkomt dan bij hun autochtone leeftijdgenootjes (2).

Bij volwassen Turken en Marokkanen komt overgewicht eveneens vaker voor dan bij de Nederlandse bevolking. Van de Turkse mannen en vrouwen boven de 35 jaar heeft 80% overgewicht, wat beduidend meer is dan bij Nederlandse mannen en vrouwen (50%). Bij de Marokkaanse mannen is het verschil iets kleiner (60%) maar bij de Marokkaanse vrouwen weer

iets groter (85%) ten opzichte van de Nederlandse bevolking (3).

Hoewel overgewicht zich bij de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen het duidelijkst manifesteert, komt ook bij de rest van de Nederlandse bevolking overgewicht vaak voor. Zo heeft ongeveer 45% van de mannen en 35% van de vrouwen van 20-59 jaar in Nederland overgewicht (4). Landelijk gezien is het percentage kinderen met overgewicht voor jongens ongeveer 13% en voor meisjes 14% (5).

Gevolgen

Overgewicht heeft voor kinderen zowel op de korte als op de lange termijn veel nadelige gevolgen. Op de korte termijn kan het hebben van overgewicht leiden tot psychosociale stress en een lage zelfwaardering. Dikke kinderen worden vaak gestigmatiseerd als ongezond, minder intelligent, minder sociaal vaardig, en lui. Daarnaast komen fysieke afwijkingen voor zoals glucose-intolerantie, slaapapnoesyndroom, vermoeidheid en skeletafwijkingen (6). Bijna tweederde van de kinderen met overgewicht heeft ook als volwassene overgewicht (7). Deze kinderen zijn gedurende een zeer lange periode te zwaar en ontwikkelen makkelijker excessief overgewicht. Het is bekend dat bij volwassenen overgewicht een belangrijke risicofactor is voor het ontwikkelen van o.a. hart- en vaatziekten, diabetes, gewrichtsklachten, hypertensie en dikke darm kanker (8) (9). Op de lange termijn lopen te zware kinderen dus ook grote gezondheidsrisico's.

Oorzaken

De oorzaken van overgewicht zijn niet eenduidig. Verschillende aspecten zoals erfelijke aanleg, voeding en lichamelijke activiteit spelen een rol. Uit studies bij tweelingen, geadopteerde kinderen en families blijkt

Over de auteur:

Akpongo Breetvelt, medisch student Rijksuniversiteit Leiden, ten tijde van het onderzoek werkzaam bij Bureau Public Health, dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Gemeente Den Haag, als stagiaire (begeleiding: prof. dr. H.G.J. Nijhuis, dr. H.E. Stiegelis en mw. M.B. Swagerman-Van Hees, jeugdarts).

dat erfelijkheid voor ongeveer 80% predisponeert voor overgewicht (10) (11).

Andere aspecten zijn voeding en lichamelijke activiteit. Ons lichaam gebruikt energie voor zijn basismetabolisme en voor lichamelijke activiteit. Voeding levert deze energie aan het lichaam. Over het algemeen is de energie die we binnen krijgen via onze voeding in balans met de energie die we verbruiken door lichamelijke activiteit. Een klein overschot in die energiebalans kan op de lange termijn leiden tot een grote gewichtstoename (12). De voedingsgewoontes en de lichamelijke activiteitspatronen van mensen zijn belangrijke aanknopingspunten bij de preventie van overgewicht.

Voeding

Uit de landelijke voedselconsumptiepeiling blijkt dat de gemiddelde energie inname tussen de metingen in 1987/1988 en in 1997/1998 is gedaald. Ondanks deze gunstige ontwikkeling wat betreft de energie inname zijn er ook ontwikkelingen die niet bevorderlijk zijn voor de gezondheid. Zo wordt er steeds minder en minder vaak groente en fruit gegeten. Daarnaast ontbijt men minder vaak en is er een toename in gebruik van kant-en-klarmaltijden en samengestelde gerechten die minder microvoedingsstoffen en groenten bevatten. Ook verandert het aantal keren dat we op een dag eten. Zo wordt er steeds onregelmatiger en vaker gegeten. Uit onderzoek blijkt weliswaar dat personen die meerdere maaltijdmomenten op een dag hebben, minder overgewicht hebben, maar deze conclusie is wel gebaseerd op een gelijkblijvende totale dagelijkse energie inname. Veel mensen hebben de neiging tussendoor te eten, maar passen hun maaltijden hier niet op aan (13).

Uit de literatuur blijkt dat Turkse en Marokkaanse vrouwen en kinderen vaker voldoen aan de richtlijnen Goede Voeding dan de Nederlandse vrouwen en kinderen (3) (14). Marokkaanse en Turkse kinderen gebruiken minder verzadigde vetten en meer groenten. Daarentegen krijgt deze groep te weinig vitamines en mineralen binnen en wordt er minder ontbeten dan bij de autochtone kinderen het geval is.

Lichamelijke activiteit

In Nederland zijn de trends in het voedingspatroon dus voor een belangrijk deel ongunstig. Desondanks kan de grote stijging van overgewicht in de afgelopen jaren niet worden verklaard door de energie inname. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de hoeveelheid dagelijkse lichamelijke activiteit in de afgelopen periode is gedaald. Deze daling is waarschijnlijk de

belangrijkste factor bij de stijging van het percentage mensen met overgewicht in Nederland (15).

De laatste jaren is er daarom veel aandacht geweest voor de positieve invloed die lichamelijke activiteit op de gezondheid heeft (16). Er zijn allerlei landelijke campagnes gehouden om mensen in Nederland meer in beweging te krijgen. Helaas heeft dit nog weinig effect gehad. Slechts ongeveer 20% van de Nederlanders voldoet aan de 'norm voor gezond bewegen': ten minste vijf dagen in de week minimaal 30 minuten lichamelijke activiteit (17). Voor kinderen zijn de cijfers niet zo duidelijk. Kinderen verbruiken veel energie door laag-intensieve activiteiten zoals lopen, fietsen, spelen e.d. die niet zo makkelijk te meten zijn. Onderzoeken laten een duidelijk verband zien tussen overgewicht en gebrek aan lichamelijke activiteit bij kinderen (18). Hoe vaker en langduriger kinderen fysiek actief zijn, hoe minder overgewicht ze hebben. Er is in Nederland onderzoek gedaan naar de sportdeelname van de jeugd. Tussen de 10 en 14 jaar is die het hoogst met 60%. Na het 15e jaar daalt de sportdeelname aanzienlijk tot 50%, daarna blijft deze dalen (19).

Naast de lichamelijke activiteit is ook de lichamelijke inactiviteit een belangrijke factor. Kinderen brengen steeds meer tijd door voor de televisie of achter de computer. Uit onderzoek blijkt dat er een positieve relatie is tussen tv-kijken en het ontstaan van obesitas. Hoewel de relatie nog niet geheel duidelijk is lijkt het erop dat het verminderen van tv-kijken een rol speelt in de afname van overgewicht. Dit niet alleen vanwege de lichamelijke inactiviteit, maar ook vanwege de neiging om te eten tijdens het tv-kijken en de invloed die reclame heeft op kinderen (20).

De relatief gunstige situatie bij de Turkse en Marokkaanse bevolking wat betreft voeding, zien we niet terug bij het onderwerp lichaamsbeweging: de Turkse en Marokkaanse bevolking voldoet veel minder vaak aan de norm voor gezond bewegen dan de Nederlandse bevolking. Uit onderzoek van de GGD Amsterdam (21) komt naar voren dat slechts 12% van de Marokkanen voldoet aan de 'norm voor gezond bewegen', van de autochtone bevolking voldoet 22% hieraan (3). Uit ditzelfde onderzoek komt ook naar voren dat 23% van de Turken wel voldoet aan de 'norm voor gezond bewegen'.

Er zijn ook gegevens bekend omtrent de sportdeelname onder Turken en Marokkanen. Deze blijkt minder te zijn dan de Nederlandse sportdeelname. Ongeveer 10% van de Turken en Marokkanen van de eerste generatie sport, terwijl 26% van de vergelijkbare Nederlandse leeftijdsgroep aan sport doet. Van de

tweede generatie sport zo'n 28% van de Turken en 25% van de Marokkanen, ten opzichte van 36% van de vergelijkbare autochtone groep (3) (21). Ook in Haags onderzoek is gevonden dat de allochtone bevolkingsgroepen gemiddeld minder vaak sporten dan de autochtone bevolking (22). Nederlandse jongeren zijn bijna anderhalf tot twee keer zo vaak lid van een sportvereniging als hun Turkse en Marokkaanse leeftijdgenootjes (23) (24). Over het algemeen sporten Turkse en Marokkaanse vrouwen minder dan mannen.

Bespreking

Uit de literatuurgegevens komt het beeld naar voren dat het tekort aan lichamelijke activiteit waarschijnlijk een zeer belangrijke rol speelt bij het frequent voorkomen van overgewicht. Dit lijkt zeker ook te gelden voor Turkse en Marokkaanse kinderen. De (lokale) overheid heeft als beleid dat lichamelijke activiteit moet worden gestimuleerd. Dit geldt ook voor de gemeente Den Haag (25). De gegevens over overgewicht onder Haagse schoolkinderen en de bevindingen van het literatuuronderzoek kunnen worden gezien als een onderstreping van de noodzaak om dit onderwerp ter hand te nemen. Nagegaan zou moeten worden wat de (financiële en/of fysieke) belemmeringen zijn waardoor in het bijzonder Turkse en Marokkaanse kinderen in Den Haag minder sporten en lichamelijk actief zijn, en hoe deze belemmeringen zouden kunnen worden opgeheven.

Literatuur

1. De Wilde J. Prevalentie en risicofactoren van overgewicht bij schoolkinderen in de multi-etnische populatie van Den Haag. Den Haag: GGD Den Haag, 2003.
2. Fredriks AM, Van Buuren S, Hirasing RA, e.a. De Quetelet-index ('body mass index') bij jongeren in 1997 vergeleken met 1980; nieuwe groei diagrammen voor de signalering van ondergewicht, overgewicht en obesitas. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145 (27): 1296-303.
3. Van Leest LATM, Van Dis SJ, Verschuren WMM. Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002.
4. Visscher TLS, Kromhout D, Seidell JC. Long-term and recent time trends in the prevalence of obesity among Dutch men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(9): 1218-24.
5. Hirasing RA, Fredriks AM, Van Buuren S, e.a. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145(27): 1303-8.
6. Must A, Strauss RS. Risk and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23(suppl 2): S2-S11.
7. Binsbergen van JJ, Mathus-Vliegen EMH. Dikke Kinderen, overgewicht is moeilijk te behandelen. *Medisch contact* 2003; 58 (14): 560-2.
8. Styne D. Childhood and adolescent obesity. *Pediatr clinics of north america* 2001 aug; 48 (4): 823-54.
9. Koletzko B, Girardet J-P, Klish W, Tabacco O. Obesity in Children and adolescents worldwide: Current views and future directions- working group report of the first world congress of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002; 35: S205-S12.
10. Rosenbaum M, Leibel R. Pathophysiology of childhood. *Adv Pediatr* 1988; 35: 73-137.
11. Bouchard C. Genetics of obesity. CRC Press. Boca Raton FL 1994.
12. Hill JO. Long-term maintenance of weight from the National Weight Control Registry. *Int J Obesity* 2002; 26(suppl 1): S127-S482.
13. Gezondheidsraad. Enkele belangrijke ontwikkelingen in de voedselconsumptie. Den Haag, 2002.
14. Brussaard T, Van Erp-Baart MA, Brants H, Hulshof K, Lowik L. Aandacht voor voeding van Turkse, Marokkaanse, en Nederlandse kinderen en hun moeders. *Voeding Nu*, jan 2000; 1: 9-11.
15. Gezondheidsraad. Overgewicht en Obesitas. Den Haag, 2003.
16. Van Sluijs EMF, Van derPloeg HP, Van Mechelen W.

- Gezondheid in beweging. Hart bulletin 2002; 33 (2): 31-3.
17. Hildebrand VH, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. Trendrapport Beweging en Gezondheid 1998/99. D8n Haag: Koninklijke Vermande Uitgeverijen, 1999.
 17. Trost SG, Kerr LM, Ward DS, Pate RR. Physical activity in obese and non-obese youth. International journal of obesity 2001, 25: 822-9.
 19. Mulder YM, Stiggelbout M, Winter de ThC, Hirasig RA. Jeugd in beweging; de gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit. Tijdschr voor de Jeugdgezondheidszorg 1998; 30 (6): 81-5.
 20. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. Pediatr clinics of North America 2001; 48 (4): 1017-23.
 21. Dijkshoorn H. Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam. Verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2002.
 22. Gemeente Den Haag. Kerncijfers Sportdeelname 2001, Haagse bevolking van 16 tot en met 70 jaar. Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, 2002.
 23. De Haan J, Breedveld K. Trends en determinanten in de sport. Eerste resultaten uit het AVO 1999. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 1999.
 24. Rijpma SG, Roques C. Diversiteit in vrijetijdsbesteding. Rotterdam: Centrum voor Onderzoek en Statistiek, 2000.
 25. Gemeente Den Haag. Nota Volksgezondheid 'Op uw gezondheid! - II', 2003-2006. Den Haag, 2003.

Gezondheidsachterstand moet wijken

I. Joosen, P. Kroon

Onder de titel 'Gezondheidsachterstand moet wijken' gaat de gemeente Den Haag de komende jaren met een actieprogramma de gezondheidsachterstanden wijkgericht aanpakken. De directe aanleiding is de constatering in de Haagse Gezondheidsmonitor (GGD, 1999 en 2002) dat sociaal-economische gezondheidsverschillen hardnekkig standhouden en eerder toe- dan afnemen. Opmerkelijk omdat we steeds meer kennis vergaren over effectieve gezondheidsbevordering, ziektepreventie en verbetering van zorg.

Met het RIVM-rapport 'Gezondheid in de grote stad' (2002) is onderbouwd dat de kansen op een lang en gezond leven niet voor iedereen gelijk zijn: inwoners van grote steden ervaren hun gezondheid als minder goed, rapporteren meer psychiatrische stoornissen en gaan over het algemeen eerder dood. Zo ligt de sterfte in de grote steden ruim 11% hoger dan elders. Deze gezondheidsverschillen zijn niet terug te voeren op biologische verschillen maar hangen in belangrijke mate samen met de sociaal-economische leefsituatie. We zien dan ook dat gezondheidsachterstand vooral tot uitdrukking komt in achterstandswijken in de grote stad.

Een succesvolle aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen kijkt over de grenzen van volksgezondheid heen en sluit aan bij de concrete leefsituatie van burgers. Het gemeentelijk actieprogramma probeert hier uitvoering aan te geven via een structurele dialoog met de actiewijken en een integrale, wijkgerichte benadering. Deze methode moet ervoor zorgen dat de gezondheidsachterstanden in de gekozen actiewijken liefst verminderen maar ten minste gelijk blijven. Het programma loopt van 2002-2006 en geldt voor de volgende zes wijken: Laak-Noord (Laak), Transvaal en Schilderswijk (Centrum), Bouwlust/Vrederust en Moerwijk/Morgenstond (Escamp) en Regentesse-/Valkenboskwartier (Segbroek). In dit artikel het verslag van de verkenningsfase en een blik vooruit.

Een gelijke kans op een goede gezondheid voor alle Hagenaars

De doelstelling van het huidige Haagse volksgezondheidsbeleid - *een gelijke kans op een goede gezondheid voor alle Hagenaars* - is snel uitgesproken. Het is de vraag of dit doel in de praktijk van een grote stad wel 100% te realiseren is. Toch geeft deze doelstelling de goede *richting* aan voor het succesvol terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

Een gelijke kans op een goede gezondheid impliceert dat de determinanten van gezondheid evenredig verdeeld zijn over alle burgers. Determinanten, die niet alleen liggen op het terrein van de preventieve en curatieve gezondheidszorg. Ook iemands fysieke omgeving, sociaal-culturele leefsituatie, financiële (on)mogelijkheden, biologische gesteldheid en leefstijl spelen immers een rol.

Omdat er altijd verschillen zullen zijn in bijvoorbeeld inkomen, opleidingsniveau of biologische gesteldheid, is een *absolute* gelijke verdeling van determinanten onmogelijk. Met het streven naar gelijke *kansen* op een

goede gezondheid wordt daarom ingezet op *relatieve gelijkheid*. Daar waar sprake is van een gezondheidsachterstand, wordt op het niveau van een aantal te beïnvloeden determinanten een *extra* inspanning gedaan. De gemeente Den Haag beoogt daarmee gezondheidsachterstanden in te lopen door sociaal economische gezondheidsverschillen terug te dringen. Actie maatregelen richten zich op de wijk als vindplaats en niet op afzonderlijke doelgroepen. Bewust is daarom in de titel van het programma gekozen voor de term 'gezondheidsachterstand' in plaats van 'gezondheidsverschillen'.

Wijkgerichte actie via integrale aanpak en dialoog

Om succesvol te kunnen zijn in het aanpakken van gezondheidsachterstanden, is een aanpak nodig die breder kijkt dan het terrein van de volksgezondheid en die aansluit bij de concrete werkelijkheid van bewoners in deze wijken. Het gemeentelijk actieprogramma 'Gezondheidsachterstand moet wijken' neemt dan ook integrale maatregelen op beleids- en op uitvoeringsniveau. Met integraal wordt bedoeld dat

Over de auteurs:

Isabel Joosen is programmaleider 'Gezondheidsachterstand moet wijken' / Gemeente Den Haag, dienst OCW; Petra Kroon is projectcoördinator 'Gezondheidsachterstand moet wijken' / Gemeente Den Haag, dienst OCW.

er tegelijkertijd aan meerdere determinanten wordt gewerkt. Het programma heeft drie actielijnen, die via gezondheidsthema's aan bod moeten komen:

- 1) gezonde leefstijl
- 2) gezonde leefomgeving en
- 3) verbetering van de eerstelijnszorg.

De uiteindelijke keuze voor de aan te pakken gezondheidsthema's wordt gemaakt op grond van de dialoog met de bewoners en hulp- en dienstverleners van de actiewijken. Samen herbergen de wijken binnen hun grenzen zo'n 150.000 inwoners, ruim 33 % van het totale aantal Haagse inwoners. Om deze reden is ruim de tijd genomen om de dialoog met bewoners en hulp- en dienstverleners te voeren over lokale problematiek en oplossingsideeën.

De verkenningsfase; opzet

De dialoog met de *professionals* vond eind 2002 tot medio 2003 plaats. Er werd gebruik gemaakt van de signaleringsplatforms van STIOM, een stichting die netwerkbijeenkomsten initieert en ondersteunt voor de brede groep van hulp- en dienstverleners. Deelnemers aan de signaleringsplatforms hebben dagelijks te maken met zorg en welzijn van de wijkbewoners. De opkomst was goed. Een breed scala van tussen de dertig en veertig hulp- en dienstverleners was steeds in elk stadsdeel aanwezig om met de gemeente van gedachten te wisselen over prioriteiten in de aanpak van gezondheidsachterstanden; huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, GGD, maatschappelijk werkers, wijkagenten, Parnassia (GGZ), welzijnswerk, jeugdzorg, apothekers, bibliotheekmedewerkers, ouderenadviseurs enzovoorts.

De gesprekken met *bewoners* zijn uitgevoerd door de stadsdeelprojectleiders van STIOM in samenwerking met stichting BOOG, een stichting voor brede bewonersondersteuning in Den Haag. Indien mogelijk gebeurde dit door aansluiting bij bestaande gespreksituaties in de wijk. Zo is in Regentesse-/Valkenboskwartier over gezondheid gesproken met het Intercultureel Platform Segbroek (vijftien wijkbewoners) en voor Laak-Noord met het multicultureel overleg Laak (twintig wijkbewoners). Ook werden er kleinschalige bijeenkomsten georganiseerd, waarbij de bewoners meestal via de hulpverleners werden benaderd en uitgenodigd. In de Schilderwijk en in Transvaal resulteerde dit in twee gesprekken met allochtone wijkbewoners (twintig in totaal), in Moerwijk/Morgenstond werd een discussie-café (vijftien wijkbewoners) georganiseerd en twee gespreksgroepen (totaal dertig wijkbewoners), in Bouwlust/Vrederust is het gesprek met allochtone vrouwen over gezondheid op gang

Figuur 1.

'Werk' Top 5 van gezondheidsproblemen

- Hart en vaatziekten (waaraan gerelateerd diabetes mellites)
- Longkanker
- Ongevallen in en om het huis
- Psychosociale problematiek
- Gedrags- en ontwikkelstoornissen bij kinderen

gebracht (tien). In Regentesse/Valkenboskwartier interviewde een jeugdwerker op een plein in de wijk ook nog tien jongeren over gezondheid. De verkennende dialoog met de actiewijken liep van april tot en met augustus 2003.

De verkenningsfase; resultaten dialoog

In de wijkdialoog is als toets aan hulp- en dienstverleners een 'werk' Top 5 voorgelegd van de meest voorkomende gezondheidsproblemen in de actiewijken (zie figuur 1). Deze Top 5 is tot stand gekomen op basis van de Gezondheidsmonitor en informatie van professionals van de GGD, beleids- en integratiemedewerkers van de gemeentelijke dienst OCW. De Top 5 werd herkend, maar vooral vertaald naar concrete oorzaken van de gezondheidsproblemen, zoals hulp- en dienstverleners die in de leefsituatie van wijkbewoners tegenkomen.

Met bewoners is vervolgens gesproken over gezondheidsthema's die zij belangrijk vinden. Tevens werd hen de mening van de hulp- en dienstverleners voorgelegd. De beschrijvingen van de bewoners zijn uit het leven gegrepen en sluiten goed aan op de thema's zoals die door de hulp- en dienstverleners zijn verwoord. Hierbij valt op dat daar waar hulp- en dienstverleners de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl benadrukken, bewoners vooral omgevingsfactoren noemen (geen sportvoorzieningen in de buurt, onbegrip van de zorgverleners, te weinig voorlichting en stress door te weinig inkomen).

Op basis van de totale dialoog zijn de actiethema's waarop de interventies in de wijken zich gaan richten, als volgt gedefinieerd:

- meer actuele en toegankelijke informatie over het zorg/welzijnsaanbod in de wijk (zowel voor bewoners als voor hulpverleners)
- psychosociale problematiek in gezinnen - opvoedingsondersteuning (allochtone en achterstandsgesinnen)

- het bevorderen van en scheppen van mogelijkheden voor een gezonde leefstijl (met name bewegen en voeding)
- verbetering van de huidige (eerstelijns-)zorg (bestaande initiatieven) in plaats van meer zorg (nieuwe initiatieven)

Een extra boodschap uit de dialoog was de behoefte om op basis van de uitkomsten snel met concrete acties te komen. Met name de hulp- en dienstverleners gaven daarbij aan dat niet het wiel opnieuw moet worden uitgevonden, maar dat er vooral behoefte

bestaat om bestaande initiatieven die een tijdelijk of smalle basis hebben, een extra impuls te geven.

Voor eind 2003 concrete resultaten!

Ingaan op de behoefte van de bewoners en de intermediairen aan concrete daden op de korte termijn is belangrijk. Het creëren van draagvlak in de wijken wordt hiermee immers gestimuleerd. Draagvlak bij bewoners is van belang om op termijn hun zelfredzaamheid ten aanzien van de eigen gezondheid te bevorderen. Draagvlak bij hulp- en dienstverleners is van belang omdat zij een belangrijke schakel vormen

Interventies	Doelgroep	Doel
Actiethema 1		
‘Informatie over gezondheid en zorg’		
• Zorgportaal	Alle wijkbewoners	Via meerdere kanalen (nl. internet, brochure, groepsvoorlichting en info en /adviesfunctie in de wijk) wordt kennis bij wijkbewoners (en hulpverleners) over gezondheid en zorg-/welzijnsaanbod verhoogd.
• Uitgave ‘Gezondheidszorg in Den Haag’	Allochtone wijkbewoners	
• Informatie -en adviesfunctie in Zorg Informatie Punten (ZIP’s)	Zorgvragers en aanbieders	
• Nederlandse Voorlichtingen in Eigen Cultuur	Allochtone wijkbewoners	
Actiethema 2		
‘Opvoedingsondersteuning’		
• Spelregelproject	Kinderen basisonderwijs	Via scholen wordt preventief (taakspel) en outreachend (Aan de Grenzen) gewerkt om problemen in psychosociale ontwikkeling van kinderen te voorkomen of naar een oplossing te begeleiden.
• Aan de Grenzen	Allochtone jongeren	
Actiethema 3		
‘Gezonde leefstijl bewegen/voeding’		
• Bewegen op Recept	Volwassen wijkbewoners	Stimuleren van beweging via een ‘recept’ voor een startserie van 10 bewegingslessen en stimuleren kennis over gezonde leefstijl en zorg via praktijkgerichte cursussen.
• Gezond ouder worden	Allochtone ouderen	
Actiethema 4		
‘Verbetering eerstelijnszorg’		
• Allochtone zorgconsulenten	Allochtone zorgvragers	Stimuleren van zelfzorg (Tips voor de Thuisdokter, Triage), ondersteuning van zorgvrager en hulpverlener (Allochtone zorgconsulent) en het samenbrengen van diverse zorgdisciplines naar de wijk moeten leiden tot een betere aansluiting van de zorgvraag in achterstandswijken op het eerstelijnszorgaanbod.
• Tips voor de Thuisdokter	Wijkbewoners	
• Triage in de huisartspraktijk	Zorgvragers	
• Jeugdzorg in de wijk	Jeugd	

in de uitvoering en evaluatie van de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden op wijkniveau; wat is waardevol en wat werkt er in de praktijk absoluut niet? Tegen deze achtergrond is ervoor gekozen om op korte termijn (middelen 2003) in te zetten op snel implementeerbare interventies (bestaand of reeds gepland) die aansluiten bij de thema's die uit de dialoog naar voren zijn gekomen. In de praktijk kwam dit vooral neer op interventies die zich richten op de actielijnen 'gezonde leefstijl (gedrag)' en/of 'versterking van de kwaliteit van de eerstelijns gezondheidszorg'. Zie het schema op pagina 30. Op zich niet verwonderlijk omdat interventies die inzetten op een gezonde leefomgeving doorgaans vragen om duurzame, vaak ook procedurele wijzigingen. En dus meer een kwestie van de lange termijn zijn.

Tegelijkertijd wordt in het najaar van 2003 een begin gemaakt met het opzetten van een structurele dialoog via *gezondheidspanels* in de actiewijken. Dit gebeurt in samenwerking met het GGD-project Tips voor de Thuisdokter (stimuleren van zelfzorg) en stichting BOOG. De panels zullen zoveel mogelijk een afspiegeling zijn van de bewoners in de betreffende actiewijk. Gedurende de gehele looptijd van het actieprogramma zal de gemeente de hulp- en dienstverleners en bewoners consulteren over de door hen gesignaleerde knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen.

Aanpak vanaf 2004

De keuze om in 2003 snel concrete resultaten te boeken, maakt de weg vrij voor een meer wijkgerichte en integrale benadering in de periode vanaf 2004. Dan komt ook de (systematische) invulling van de actielijn 'gezonde leefomgeving' aan de orde. Want als het gaat om een gezonde en prettige leefsituatie komen tevens terreinen als economische versterking, leefbaarheid, veiligheid, duurzaamheid en herstructurering in beeld. Zowel bij de gemeentelijke organisatie als op uitvoerend niveau in de stad wordt daarom samenwerking gezocht met andere dan de gebruikelijke gesprekspartners. Om die vernieuwing actief uit te dragen, vertaalt de gemeente de actiethema's en de bevindingen van de gezondheidspanels naar concrete 'interventieschetsen'. In zo'n interventieschets worden de gewenste doelstelling (bijvoorbeeld het verbeteren van het eetpatroon in het gezin) en mogelijke oplossingsrichtingen aangereikt (bijvoorbeeld succesvolle interventies in andere steden). Aan instellingen op het brede terrein van zorg en welzijn wordt gevraagd om hierop, liefst gezamenlijk, een passend (wijkgericht) aanbod te doen.

Deze benadering is nieuw voor de gemeente en ook nieuw voor de uitvoerende partners op het terrein van zorg en welzijn. Daarom wordt begin 2004 een werkconferentie georganiseerd waarin de eerste interventieschetsen samen met de hulp- en dienstverleners en instellingen worden uitgewerkt. Op deze wijze hopen we in Den Haag een vernieuwende en ook effectieve werkwijze te ontwikkelen om de gezondheidsachterstanden op wijkniveau aan te pakken.

Onderzoek

Juist door de keuze voor een nieuwe methodiek met interventieschetsen, is het van belang om over die structurele aanpak vanaf 2004 systematisch informatie over de succes- en faalfactoren te verzamelen. Deze kennis is niet alleen interessant voor de gemeente zelf maar ook voor andere gemeenten, GGD'en of zorginstellingen die een dergelijke aanpak willen vertalen naar het eigen werkgebied. De wijze waarop de wijkgerichte, structurele aanpak in Den Haag geëvalueerd moet worden, is niet eenvoudig. Op dit moment is in Nederland (maar ook daarbuiten) discussie gaande over wat voor evaluatie-opzet er moet worden gekozen voor zogenaamde 'community based' interventions. In dit verband zijn de inzichten interessant uit de lopende serie van experts-meetings over 'Evaluation in new health promotion' (GGD Rotterdam in samenwerking met het NIGZ en ZorgOnderzoek Nederland). Waar in het verleden de puur epidemiologische benadering en gezondheidseffecten als uitgangspunt werden gekozen, gaan nu steeds meer geluiden op voor evaluatie-onderzoek waarbij meerdere theoretische benaderingen worden gebundeld, zoals bijvoorbeeld sociologie, en het proces centraal wordt gesteld. Pas als blijkt dat een interventieproces (met name in de setting van een wijk met veel spelers en omgevingsfactoren) adequaat is ingericht, kun je verwachten dat een interventie tot gezondheidseffecten zal leiden.

Vanuit dit laatste perspectief, is bij dit Haagse actieprogramma gekozen voor een *actiebegeleidende procesevaluatie*. Gemeente Den Haag heeft hiervoor subsidie gekregen van Zorg Onderzoek Nederland en heeft het AMC van de Universiteit van Amsterdam gevraagd als evaluator op te treden. Interactief wordt meegekeken naar kenmerken van het programma, op drie niveaus: het politiek-bestuurlijk niveau (de aansturing), het wijkniveau (dialoog met bewoners) en het uitvoerend niveau (de interventies).

In het afgelopen jaar hebben vooral de eerste twee niveaus, besluitvorming over de opzet van het programma en dialoog met de actiewijken, centraal

gestaan. Deze trajecten zijn zoveel mogelijk door de betrokkenen gedocumenteerd (bv. verslagen van de gemeentelijke stuurgroep en verslagen van de wijkdiagnostici). Voor een zo volledig mogelijk beeld worden betrokkenen ook aanvullend door de onderzoekers over deze periode geïnterviewd. Deze beschrijvende informatie levert de onderzoekers een beeld op van de wijze waarop de gemeente haar ambitie probeert te organiseren om gezondheidsachterstand integraal en wijkgericht terug te dringen. Dit betekent dat de verkenningsfase, inclusief de keuze om bestaande interventies in de actiewijken in 2003 een extra impuls te geven, onderwerp zijn van een *beschrijvende evaluatie*. Voor de structurele opzet via interventieschetsen vanaf 2004 zal de evaluatie zich uiteraard ook moeten gaan richten op de integrale interventies die vanuit de wijken (bewoners en/of instellingen gezamenlijk) worden gestart. Voor een evaluatie van de interventies zal naast een beschrijving van het implementatieproces, ook een aantal *indicatoren* moeten worden vastgesteld om het resultaat inzichtelijk te maken. De keuze van de indicatoren is afhankelijk van het theoretisch kader dat nu nog met het AMC wordt ontwikkeld en het soort interventies dat vanuit de wijken wordt gestart.

Na de verkenningsfase van het actieprogramma staan we nu aan de vooravond van de uitvoering in de actiewijken en de start van de evaluatie. Een mooi moment om te beloven u over de uitwerking van de evaluatiemethodiek met bijpassende indicatoren en de resultaten van het actieprogramma op de hoogte te houden, via dit bulletin.

korte berichten

Errata

In het septemбернаummer van het Epidemiologisch Bulletin zijn op pagina 9 in de figuren 3 en 4 (gebruik van respectievelijk XTC en cocaïne naar bezoek megadanceparty) van het artikel *'Uitgaande jongeren en genotmiddelengebruik in*

Den Haag (II): gebruik in een sociale omgeving' in de vormgevingsfase kleurschakeringen in de legenda verwisseld.

De percentages weergegeven in de figuren zijn correct, echter door de verwisseling in de legenda is de

betekenisverlening (gedeeltelijk) onjuist.

Hieronder volgen voor beide figuren de percentages met de correcte betekenis:

Figuur 3 (XTC):

	Ja, ooit megaparty bezocht (n=201)	Nooit megaparty bezocht (n=117)
Ja, afgelopen week:	20%	4%
Ja, laatste halfjaar, afg. week niet:	26%	10%
Ja, langer geleden:	15%	7%
Nooit:	39%	79%

Figuur 4 (cocaïne):

	Ja, ooit megaparty bezocht (n=200)	Nooit megaparty bezocht (n=117)
Ja, afgelopen week:	13%	4%
Ja, laatste halfjaar, afg. week niet:	20%	6%
Ja, langer geleden:	10%	5%
Nooit:	57%	85%

Ook in tabel 1 van het artikel *'Protocol overgewicht in gezondheidscentrum De Rubenshoek te Den Haag: de eerste ervaringen'* zijn twee sto-

rende foutjes geslopen. De correcte tabel hebben we hieronder nogmaals weergegeven:

Tabel 1.

Mannelijke en vrouwelijke deelnemers protocol overgewicht naar hulpverlener: Den Haag, juni 2000 - mei 2002.

Hulpverlener	Man	Vrouw	Totaal
Alleen migrantenvoorlichter	6	8	14 (10%)
Alleen diëtist	0	13	13 (10%)
Alleen fysiotherapeut	0	15	15 (11%)
Migrantenvoorlichter en diëtist	4	4	8 (6%)
Migrantenvoorlichter en fysiotherapeut	6	17	23 (17%)
Diëtist en fysiotherapeut	2	23	25 (18%)
Alle drie de hulpverleners	0	39	39 (29%)
Totaal	18 (13%)	119 (87%)	137 (100%)

Actuele informatie

Toename HIV in Den Haag.

De registratie van nieuwe HIV-geïnficeerden in de twee AIDS-behandelcentra van Den Haag (Medisch Centrum Haaglanden, lokatie Westeinde en Leyenburg Ziekenhuis) laat de laatste jaren een flinke stijging zien van nieuwe HIV-infecties, een trend die ook in andere grote steden in Europa wordt gesignaleerd. Het aantal nieuwe HIV-geïnficeerden in Den Haag is de laatste jaren verdrievoudigd, van 35 in 1999 tot 101 in 2002.

De stijging kan voor de helft worden toegeschreven aan homomannen van voornamelijk Nederlandse afkomst; dit deels ten gevolge van een actiever HIV-testbeleid en deels ten gevolge van een toename van onveilig seksueel gedrag. De andere helft van de stijging van HIV-infecties in Den Haag betreft heteroseksuele mannen en vrouwen die voor het grootste deel afkomstig zijn uit HIV-endemische gebieden en de infectie misschien al langere tijd bij zich dragen. In het maartnummer van dit bulletin zal de omvang van HIV en AIDS in Den Haag worden behandeld, met nadruk op de veranderde kijk op het probleem en verschuivingen in de populatie HIV-geïnficeerden sinds het begin van de epidemie. Ook zal de preventieve aanpak van de GGD worden beschreven.

Mw. A.P. van Leeuwen,
arts infectieziekten, GGD Den Haag

Geboorteregeling allochtone vrouwen

Onlangs is een speciale website geopend over anticonceptie voor allochtone vrouwen. NIGZ en de Rutgers Nisso Groep hebben op

deze site voorlichtingsinformatie verzameld over geboorteregeling bij allochtone vrouwen. Net als bij jongeren, is voor allochtone vrouwen toegespitste informatie nodig en veelal ook een speciale manier om de informatie over te brengen. Soms is er simpelweg behoefte aan informatie in de eigen taal. Zorgverleners weten vaak niet dat er specifieke voorlichtingsmaterialen bestaan voor deze vrouwen.

De nieuwe website over anticonceptie en allochtonen biedt zorgverleners en voorlichters een praktisch overzicht van materialen (ook in de taal van de cliënt) en literatuur en van trainingen in voorlichting aan allochtone cliënten. Zo kan men precies de informatie downloaden die men in zijn praktijk nodig heeft.

De site is voortgekomen uit het vierjarige door VWS gefinancierde project 'Preventie van ongewenste zwangerschappen en voorlichting over geboorteregeling aan specifieke groepen allochtone vrouwen en meisjes', dat een schat aan informatie heeft opgeleverd over hoe verschillende groepen allochtone vrouwen omgaan met geboorteregeling.

Meer informatie:
www.anticonceptieallochtonen.nl, en via Paulien van Haastrecht NIGZ (tel. 0348-439843) of Yvonne van der Sluis, Rutgers Nisso Groep (tel. 030-2313431).

Infectieziekten bij kinderen

Eerste- en tweede lijnszorg worden regelmatig geconfronteerd met klachten van infectieuze aard bij kinderen. Veelal betreft het onschuldige virale infecties, maar soms gaat het om levensbedreigende bacteriële infecties. Daarnaast zijn er wettelijke verplichtingen om specifieke infectieziekten aan te geven bij de GGD. Herkenning, tijdelijke verwijzing en het

starten van adequate therapie zijn daarom wezenlijke factoren rondom een kind met een infectie. De recent verschenen uitgave *'Infectieziekten bij kinderen'* behandelt onderwerpen variërend van koorts, gestoord bewustzijn, nekstijfheid, een rood oog, recidiverende bovenste luchtweginfecties en diarree, tot vergrote klieren. De onderwerpen worden steeds vanuit de symptomen behandeld. *'Infectieziekten bij kinderen'* is onderdeel van de reeks *Praktische kindergeneeskunde*, die uitgaven bevat met praktische en klantgerichte informatie over de verschillende deelgebieden van de kindergeneeskunde. In de reeks zijn reeds verschenen *'Chirurgie bij kinderen'*, *'Kinderlongziekten'*, *'Kinderneurologie'* en *'Maag-, darm- en leverziekten bij kinderen'*.

ISBNnummer van *'Infectieziekten bij kinderen'*: 90 313 3042 6, uitgever: Bohn Stafleu Van Loghum.

Onderzoek

Hulpverlening zwerfjongeren

Er is een groot tekort aan opvangcapaciteit voor zwerfjongeren. Voor de naar schatting 3500 zwerfjongeren die Nederland telt, zijn maar een paar honderd bedden beschikbaar. Opvang en hulp zijn lokaal zeer verschillend en weinig overzichtelijk, evenals de financiering. Dit blijkt uit het rapport *'Hulpverlening aan zwerfjongeren'* van het Trimbos-instituut, waarin het Programma Opvang en Maatschappelijke Zorg wordt verkend, in opdracht van VWS. Relatief veel van de (bijna zeventig) opvangvoorzieningen hanteren exclusiecriteria, wat betekent dat jongeren met o.a. ernstige psychische problemen, verslaving, illegale verblijfsstatus, gezondheidsproblemen die verzorging vragen,

agressief gedrag of zwakbegaafdheid er niet in komen. Het rapport spreekt van forse drempels. Zwerfjongeren hebben een grote achterstandspositie en verkeren relatief in isolement. Het gaat vooral om jongens (70%) van 16 tot 21 jaar (58%); een derde is allochtoon, bijna een kwart is zwakbegaafd; twee op de vijf vormen een bedreiging voor de veiligheid van anderen.

Sleutelfiguren in de opvang pleiten voor methodiekontwikkeling bij hulp aan zwerfjongeren, vooral in de residentiële opvang, met de nadruk op zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en rehabilitatie.

'Hulpverlening aan zwerfjongeren' is een rapport van Michel Planije, Hedda van 't Land en Judith Wolf, uitgegeven door het Trimbos-instituut en te bestellen via bestel@trimbos.nl of telefoon 030-2971180. Het bestelnummer is AF0472.

Kiezen dokter en behandelingsmethode

De meeste mensen willen zelf kunnen kiezen wie hun huisarts is (98%), en volgens welke methode ze behandeld zullen worden, door welke specialist en in welk ziekenhuis of verpleeghuis. Vooral bij chronische zorg en niet-acute zorg wil men zelf kunnen kiezen, bij extraatjes (wenzorg) en acute zorg vindt men dat minder belangrijk. De praktijk blijft achter bij deze behoefte. Slechts de helft van de mensen kan in Nederland zelf zijn huisarts kiezen, bij chronische zorg en eenmalige behandelingen valt er o.a. als gevolg van de wachtlijsten al helemaal weinig te kiezen. Het maken van een keuze wordt ook beperkt door gebrek aan informatie over kwaliteit. Mensen willen weten hoe de kwaliteit is van de specialist in het ziekenhuis, hoe de kwaliteit van de behande-

ling is, hoe men er bejegend wordt. Op grond daarvan kan men dan een ziekenhuis kiezen. Juist over deze zaken is het moeilijk informatie te achterhalen.

Voor informatie raadplegen mensen de huisarts, kennissen en pas daarna internet.

Deze gegevens komen uit de achtergrondstudie 'Kiezen in de gezondheidszorg', verricht door TNS-NIPO in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Deze studie kan op internet worden geraadpleegd: www.rvz.net.

Aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2003 voor de stad Den Haag

Het aantal aangifteplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het derde kwartaal 2003 gemeld (119), is aanzienlijk minder dan in dezelfde periode in 2002 (184). Deze afname is hoofdzakelijk toe te schrijven aan een afname in het aantal meldingen van kinkhoest. Door de piek in uitheemse reizen in de zomermaanden worden sommige ziekten zoals bacillaire dysenterie, buiktyfus, hepatitis A en malaria meer gezien in september.

Hieronder volgen commentaren op enkele gemelde infectieziekten.

Bacillaire dysenterie

Zeven gevallen zijn gemeld, waarvan bij 6 de besmetting in het buitenland heeft plaatsgevonden.

Hepatitis A

Er zijn 7 gevallen van hepatitis A aangegeven, waarvan er 3 zijn besmet in Marokko. In Nederland

woulden de besmettingen opgelopen zijn door respectievelijk homoseksueel contact, op school, binnen het gezin en door werken aan riolering. Enkele scholen hebben inmiddels extra hygiënemaatregelen genomen om verdere verspreiding te voorkomen.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (40) is niet significant gewijzigd. Bij hepatitis B gaat het bijna uitsluitend om chronische dragers, die toevallig zijn gevonden bij screening van zwangeren of als onderdeel van onderzoek bij lichte leverfunctiestoornissen of vage klachten.

Hepatitis C

Het aantal gemelde hepatitis C gevallen (10) blijft ongewijzigd.

Kinkhoest

Dit kwartaal zijn er iets meer meldingen van kinkhoest geweest (20) dan in het vorige kwartaal (15), maar vergeleken met het derde kwartaal van 2002 (75), is het aantal beduidend minder.

Legionellose

Gedurende het derde kwartaal zijn 2 gevallen van legionellose gemeld. De bronnen zijn niet gevonden, die bevinden zich mogelijk in het buitenland.

Malaria

Het aantal gemelde gevallen van malaria (9) is duidelijk meer dan vorig kwartaal (1), en van dezelfde orde van grootte als in dezelfde periode vorig jaar (13). De meldingen betreffen uitsluitend volwassenen, van wie er 6 zijn besmet in Afrika en 2 in Azië. Op 1 na kon de ziekte worden toegeschreven aan het niet of onvolledig innemen van profylaxe.

Meningokokken

Gedurende het derde kwartaal 2003 zijn 4 gevallen van hersenvliesontsteking vastgesteld die veroorzaakt zijn door meningokokken. Het betreft 2 volwassenen en 2 kinderen. Drie patiënten hadden een meningokok type B, en 1 kind had een type W 135. De C-variant, waartegen vorig jaar massaal is gevaccineerd onder jongeren, werd niet vastgesteld.

Ornithose/psittacose

Van deze aandoening zijn 3 gevallen gemeld. Meestal wordt de mens door vogels besmet met deze bacterie. Eén geval betreft een persoon werkzaam in een vogelasiel. Bij de overige gevallen is geen bron vastgesteld.

Paratyfus

In het derde kwartaal 2003 is 1 geval van een in India opgelopen paratyfus A gemeld (een ziekte die lijkt op een lichte buiktyfus).

Voedselinfecties

Er zijn 2 voedselinfecties gemeld bij de Inspectie. Het gaat om 2 individuele gevallen, een werkzaam in de voedingsector en een in de ziekenverzorging. Daarom moet er melding plaatsvinden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In het derde kwartaal 2003 zijn er slechts enkele meldingen geweest uit instellingen. In september kwamen er vooral meldingen van de besmettelijke huidziekte krentenbaard uit kinderdagverblijven en basisscholen. Deze kleine uitbraken zijn met eenvoudige adviezen bedwongen. Van ernstige vormen was geen sprake.

Meldingen derde kwartaal 2003 voor de regio Zuid-Holland West
Bacillaire dysenterie

Er zijn 11 gevallen gemeld van bacillaire dysenterie, veroorzaakt door de *Shigella boydii*, sonnei en flexnerie. In twee gezinnen heeft men de besmetting aan elkaar doorgegeven nadat een gezinslid deze in het buitenland had opgelopen. Vooral Epypte is een risicoland voor het oplopen van shigellose.

Buiktyfus

Er hebben zich 3 gevallen van buiktyfus voorgedaan. Twee patiënten hebben de ziekte in Indonesië opgelopen, de andere patiënt in Zuid-Amerika. Twee patiënten waren gevaccineerd tegen buiktyfus.

Hepatitis A

Er zijn 10 gevallen van hepatitis A gemeld. Eén volwassen man heeft hepatitis A in België of Frankrijk opgelopen en daarna vrouw en 2 kinderen besmet. Vier volwassenen hebben de ziekte opgelopen zonder dat de bron kan worden getraceerd. Ze zijn niet in endemische gebieden geweest. Twee kinderen hebben de ziekte tijdens de vakantie in het geboorteland van hun ouders opgelopen, en 1 geval is gerelateerd.

Hepatitis B

Eén melding betreft acute hepatitis B, de andere 8 meldingen betreffen allen dragers.

Hepatitis C

Van hepatitis C is 1 geval gemeld, de patiënt was in het verleden intraveneus druggebruiker.

Kinkhoest

Van kinkhoest zijn 34 gevallen gemeld, iets meer dan in het eerste kwartaal.

Meningokokkose

Twee keer is er meningokokkose gemeld, het betreft kinderen die zijn besmet door een meningokok type B.

Paratyfus

Er is 2 maal paratyfus A gemeld en 2 maal paratyfus B. De ziekten zijn opgelopen in Frankrijk en Turkije. Het gaat om 2 volwassenen en 2 kinderen.

Tuberculose

Uit de regio zijn 9 gevallen van tuberculose gemeld.

Voedselinfectie

Een echtpaar heeft *Salmonella arizonae* opgelopen in België, de vrouw is werkzaam in de verzorging.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

E.M. Huisman

Mw. P. van Leeuwen

Mw. W.J.J. Ong-de Jongste

K.B. Yap (Zuid-Holland West)

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte		Het derde kwartaal 2003			De vier voorafgaande kwartalen				t/m het desbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
		GGD Den Haag 3e kw. 2003	GGD-Zuid-Holl. West 3e kw. 2003	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2003	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2002	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2003	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2003	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2003	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw. 2002
B-ziekten	bacillaire dysenterie	7	11	18	10	15	5	5	28	16
	buiktyfus	4	3	7	1	2	1	4	12	3
	cholera									
	hepatitis A	7	10	17	4	23	12	10	39	11
	hepatitis B *)	40	9	49	67	62	71	45	165	175
	hepatitis C	10	1	11	14	20	19	12	42	44
	kinkhoest	20	34	54	124	132	44	43	141	320
	legionella pneumonie	2	1	3	8	5	2	4	9	11
	mazelen						2		2	
	meningokokkose	4	2	6	1	2	10	10	26	18
	paratyfus A	1	2	3	2	1		1	4	2
	paratyfus B(C)		2	2				1	3	
	tuberculose	31	9	40	41	33	34	55	129	119
	voedselvergiftiging of voedselinfectie	2	1	3	5	8	5	5	13	13
C-ziekten	brucellose									
	E.coli 0157				2	2	1		1	2
	leptospirose									
	malaria	9		9	15	6	6	1	16	30
	ornithose/psittacose	2		2			5		7	4
	Q-koorts				1	1				1
	rode hond									
totaal	119	85	224	295	309	217	196	637	769	

*) Inclusief dragers

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Leidschendam, Delft, de Lier, 's-Gravenzande, Maasland, Monster, Naaldwijk, Nootdorp, Schipluiden, Wieringen en Pijnacker (de laatste 10 gemeenten vanaf het vierde kwartaal 2002).

