



GGD
Gemeente Den Haag

Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Jaargang 47, 2012, nummer 4

inhoud

Redactioneel

epidemiologie

Het risico op diabetes en hart- en vaatziekten van Hindostanen is letterlijk aangeboren
Resultaten van de India-studie, een onderzoek onder Hindostaanse zwangeren en hun pasgeborenen

14.000 kinderen van 2 tot en met 15 jaar met overgewicht in Den Haag
Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog

volksgezondheid

Welzijnswerk als motor van de gezonde samenleving

korte berichten

Colofon

December 2012, 47ste jaargang nr. 4

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden, Den Haag
B. van Gent, arts, MHA, Florence Den Haag
M. Lemmink, GGD Zuid-Holland West
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Den Haag
(kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(hoofdredacteur)
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
B. Potemans, huisarts in Den Haag
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/ eindredacteur)
L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD,
Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128
Secretariaat E&G: tel.: (070) 353 72 66,
fax: (070) 353 72 92, e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Roos.
Epidemiologisch Bulletin op internet:
[www.denhaag.nl/home/bewoners/top/
Epidemiologisch-bulletin.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/top/Epidemiologisch-bulletin.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag,
Intern Dienstencentrum

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevend, 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	
Het risico op diabetes en hart- en vaatziekten van Hindostanen is letterlijk aangeboren	
Resultaten van de India-studie, een onderzoek onder Hindostaanse zwangeren en hun pasgeborenen	
<i>Nasra Karamali, Jouke Tamsma, Christianne de Groot, Geertje Ariëns, Humphrey Kanhai en Barend Middelkoop</i>	2
14.000 kinderen van 2 tot en met 15 jaar met overgewicht in Den Haag	
Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog	
<i>Jeroen de Wilde, Maartje Keetman, Barend Middelkoop</i>	13
Volksgezondheid	
Welzijnswerk als motor van de gezonde samenleving	
<i>Joger de Jong</i>	23
Korte Berichten	27

Redactioneel

Groei en ontwikkeling

Het prikkelende artikel van Ben van Gent -over de organisatie van zorg en welzijn- in nummer 1 van deze jaargang van het Epidemiologisch Bulletin blijft de gemoederen bezig houden. Dit keer is Joger de Jong, directeur van een grote welzijnsorganisatie in Den Haag, in de pen geklommen. Hij bepleit veel meer aandacht voor de betekenis van het welzijnswerk voor een vitale maatschappij. Lees zijn bijdrage aan de discussie, denk na over wat uw ideeën zijn over de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening van vandaag en morgen; en -zo u daar aanleiding toe ziet- klim ook in de pen en zet de discussie voort.

Deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin staat verder in het teken van groei en ontwikkeling. Het artikel over het (over)gewicht van de Haagse jeugd laat opnieuw enkele zorgwekkende trends zien, vooral in de achterstandswijken en bij sommige niet-westerse groepen. Gelukkig geeft de studie voor een deel ook reden voor optimisme. Zo lijkt in sommige wijken en bij sommige bevolkingsgroepen een halt te zijn toegeroepen aan de voortdurende stijging van het percentage kinderen met overgewicht. Ook de uitsplitsing naar leeftijd lijkt hoopgevend: de cijfers voor de jongste groep zijn het meest gunstig. Laten we hopen dat dit voor deze nieuwe generatie zo blijft!

'In sommige wijken en bij sommige bevolkingsgroepen lijkt een halt te zijn toegeroepen aan de stijging van het percentage kinderen met overgewicht'

Diabetes en hart- en vaatziekten bij Hindostanen komen regelmatig aan bod in onze kolommen. Ook nu weer: de India-studie gaat over foetale groei en ontwikkeling in de baarmoeder van Hindostaanse zwangeren en legt een verband met het risico op wat we met een verzamelterm aanduiden als 'cardiometabole aandoeningen'. Hoe dit precies zit hebben we helaas ook met dit onderzoek niet kunnen ontrafelen. Maar dat Hindostaanse kinderen al bij de geboorte een verhoogde kans op hart- en vaatziekten bij zich hebben, heeft de India-studie -helaas- wél vast moeten stellen.

Het risico op diabetes en hart- en vaatziekten van Hindostanen is letterlijk aangeboren

Resultaten van de India-studie, een onderzoek onder Hindostaanse zwangeren en hun pasgeborenen

Nasra Karamali, Jouke Tamsma, Christianne de Groot, Geertje Ariëns, Humphrey Kanhai, Barend Middelkoop

Diabetes en hart- en vaatziekten komen vaak voor onder Hindostanen. Dat geldt in India, maar ook voor Hindostanen die leven in andere landen zoals Engeland, Suriname en Nederland. De oorzaken van dit hoge risico zijn niet goed bekend. Iedereen denkt meteen aan erfelijke factoren en leefstijl. Maar in de literatuur worden ook andere factoren genoemd, zoals de omstandigheden vóór de geboorte, in de baarmoeder. Deze zogeheten 'fetal origins'-hypothese¹ veronderstelt dat een foetus die wordt blootgesteld aan een ongunstige voedingssituatie in de baarmoeder (wat zich onder meer uit in een laag geboortegewicht), een 'zuinig' metabolisme ontwikkelt door blijvende veranderingen te maken tijdens de ontwikkeling van de structuur en functie van bepaalde organen en weefsels. Wanneer na de geboorte de voedselvoorziening adequaat of overmatig is, vergroten deze aanpassingen het risico op het ontwikkelen van chronische ziekten op latere leeftijd, waaronder diabetes en hart- en vaatziekten (1). In een onderzoek in India is beschreven welke invloed de voeding van de moeder heeft op het geboortegewicht van het kind. In 2007 is in het Epidemiologisch bulletin de opzet beschreven van een soortgelijk onderzoek dat wij in Den Haag hiernaar wilden doen. Doordat onvoldoende vrouwen wilden meedoen aan deze studie, konden wij helaas geen relatie leggen tussen de voeding van de moeder en het geboortegewicht van de baby. Toch leverde het onderzoek veel interessante bevindingen op. Zo is duidelijk geworden dat ook in Paramaribo en Den Haag de Hindostaanse baby's al bij de geboorte het verhoogde risico op hart- en vaatziekten bij zich dragen. In onderstaand artikel presenteren we nog meer onderzoeksresultaten uit deze studie. Ook gaan we in op wat de bevindingen zeggen over de discussie 'gen of omgeving'.

Achtergrond

In 2007 is in het Epidemiologisch Bulletin beschreven waarom men op de gedachte is gekomen dat de 'fetal origins'-hypothese een bijdrage zou kunnen leveren aan de verklaring van het verhoogde risico op diabetes en hart- en vaatziekten bij Hindostanen (2).

Punsgewijs:

Hindostaanse baby's hebben gemiddeld een laag geboortegewicht in India (3) en ook in Nederland, vergeleken met blanke Nederlandse baby's (4-7).

Inwoners van India die een geboortegewicht hadden dat ook naar Hindostaanse normen laag was, hebben grotere kans op glucose intolerantie, wat beschouwd wordt als een voorstadium van diabetes (8-10).

Wat dat betreft verschillen Hindostanen niet van westerlingen: de mensen in Nederland die in de hongerwinter 1944/1945 geboren zijn, hadden een laag geboortegewicht en blijken inmiddels een verhoogd risico te hebben op diabetes en hart- en vaatziekten (11).

¹ De naam van de 'fetal origins'-hypothese is inmiddels gewijzigd in de 'Developmental Origins of Health and Disease'-hypothese op basis van de bevinding dat ook omgevingsinvloeden na de geboorte belangrijk zijn.

Over de auteurs:

N.S. Karamali is epidemioloog bij de GGD Den Haag; J.T. Tamsma is vasculair geneeskundige bij en medisch directeur van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC); C.J. de Groot was ten tijde van het onderzoek gynaecoloog in het MCH Westeinde, thans hoogleraar Verloskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam; G.A.M. Ariëns is hoofd van de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag; H.H.H. Kanhai was ten tijde van het onderzoek hoogleraar Verloskunde aan het LUMC, B.J.C. Middelkoop is bijzonder hoogleraar Public Health aan het LUMC en epidemioloog bij de GGD Den Haag.
E-mail: nasra.karamali@denhaag.nl.

‘Wat dat betreft verschillen Hindostanen niet van westerlingen: de mensen in Nederland die in de hongerwinter 1944/1945 geboren zijn, hadden een laag geboortegewicht en blijken inmiddels een verhoogd risico te hebben op diabetes en hart- en vaatziekten’

Hindostaanse baby's verschillen niet alleen van westerse baby's door hun gemiddeld lage geboortegewicht. Ze blijken daarnaast relatief meer vetweefsel te hebben. Dit bleek bij de vergelijking van de subscapulaire huidplooien² van Indiase en Britse baby's (12). Vermoed wordt dat juist zo'n 'thin-fat baby' een verhoogd risico heeft om later diabetes en hart- en vaatziekten te krijgen (13).

In één van genoemde onderzoeken is vlak na de geboorte navelstrengbloed afgenomen. In vergelijking met blanke Britse baby's bleek onder meer dat bij Indiase baby's de insulinespiegel in het navelstrengbloed verhoogd was. Een hoge insulinespiegel in het bloed is een aanwijzing dat de suikerhuishouding gestoord is. Dit zou dan bij deze Indiase baby's dus al bij de geboorte aanwezig zijn (12).

In de grootschalige Indiase 'Pune Maternal Nutrition Study' is de invloed van de voedingstoestand van de moeder tijdens de zwangerschap op de antropometrie (zie kader 1) van haar baby onderzocht. Er is onder andere gekeken naar het geboortegewicht en de dikte van de subscapulaire en tricepshuidplooï². De belangrijkste invloed op de foetale groei had de inname van micronutriëntenrijke voedingsgroepen zoals bladgroente, fruit en melk; en de concentraties foliumzuur en vitamine C in het bloed van de moeder (14).

Het is bekend dat de lichaamsbouw van een baby voor een deel genetisch wordt bepaald. Zo is ook de lichaamsbouw van de vader van invloed op geboortegewicht, lengte en foetale groei (15,16). Maar uit de Pune Maternal Nutrition Study blijkt dat de voedingstoestand van de moeder tijdens de zwangerschap eveneens invloed heeft op de lichaamsbouw van de pasgeborene en daarmee mogelijk ook op het risico van de baby op het krijgen van diabetes en hart- en vaatziekten op latere leeftijd. Vanuit public health oogpunt zijn vooral deze factoren voor en tijdens de zwangerschap interessant, omdat hier interventie mogelijk is. De bevindingen uit India kunnen echter niet zomaar vertaald worden naar de Hindostanen in Den Haag. Zij wonen in een totaal andere

Kader 1.

Antropometrie

Antropometrie betekent letterlijk: de leer van het meten van mensen. Grondlegger van de antropometrie was Adolphe Quetelet, een Belgisch wetenschapper en statisticus. Hij ontwikkelde onder meer de Quetelet Index om het gemiddelde gewicht van een bevolking vast te stellen, rekening houdend met de lengte van de mensen. De Quetelet Index is nog steeds in gebruik, maar tegenwoordig noemen we deze index meestal de Body Mass Index (BMI). De formule voor de BMI luidt: het gewicht (in kilogram) gedeeld door het kwadraat van de lengte (in meters).

leefomgeving en hebben zich in zekere mate aangepast aan de westerse leefstijl. In 2007 zijn de GGD Den Haag en het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) daarom in samenwerking met het MCH Westeinde een soortgelijk onderzoek als de Pune Maternal Nutrition Study gestart onder Hindostaanse zwangeren in Den Haag: de India-studie. Dit onderzoek werd gefinancierd door het Diabetesfonds.

Verloskundigen en gynaecologen in Den Haag en Rijswijk werkten enthousiast mee aan de India-studie. Toch lukte het niet om medewerking te verkrijgen van een voldoende aantal zwangere Hindostaanse vrouwen om alle oorspronkelijke onderzoeksvragen (2) te beantwoorden. Anderzijds konden ook enkele vragen worden toegevoegd, onder meer doordat een geneeskundestudent van het LUMC haar wetenschapsstage gebruikte om een satellietonderzoek te doen in Paramaribo (17). De India-studie stelde ons in staat de volgende vragen te beantwoorden :

1. Is er een verschil in geboortegewicht en vetpercentage tussen Nederlandse en Hindostaanse baby's?
2. Zijn er verschillen in geboortegewicht en vetpercentage tussen Hindostaanse baby's uit India, Suriname respectievelijk Nederland, vergeleken met blanke baby's uit Engeland?
3. Zijn er in het navelstrengbloed van Hindostaanse baby's in Paramaribo en Den Haag aanwijzingen dat zij bij de geboorte al een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij zich dragen?

² De dikte van huidplooien zegt iets over de vetverdeling en het vetpercentage. De subscapulaire huidplooï (onder het schouderblad) zegt iets over het centrale vet (op de romp); de tricepshuidplooï (achterzijde bovenarm) over het perifere vet (op armen en benen).

4. Hoe is de voedingstoestand van Haagse Hindostaanse zwangeren (gebaseerd op voedingsvragenlijst en bloedafname) en de concentratie van verschillende bloedparameters waarvan bekend is dat ze invloed hebben op geboortegewicht?

Voor een toelichting op de laatste vraag zij verwezen naar kader 2.

Kader 2.

Navelstrengbloed

In het navelstrengbloed is gekeken naar aanwijzingen voor:

- verminderde insulinegevoeligheid
- dysfunctie van het endotheel.

Als bij de geboorte tekenen aanwezig zijn van verminderde insulinegevoeligheid, dan suggereert dit dat op dat moment al sprake is van een zekere stoornis in de suikerhuishouding. Het is zeer waarschijnlijk dat dit wijst op een aangeboren verhoogd risico om diabetes te ontwikkelen. Verminderde insulinegevoeligheid is te meten doordat de glucosespiegel in het bloed hoog is, maar vooral doordat in reactie daarop de insulinespiegel verhoogd is. Dit laatste is eigenlijk een poging om de glucosespiegel weer normaal te laten worden. Per saldo is dan soms de glucosespiegel zelf niet meer verhoogd, maar de insulinespiegel wel. Het endotheel is de binnenbekleding van de vaatwand.

Bij mensen met een hart- of vaatziekte wordt vaak een verandering van functie gevonden van dit endotheel, een zogenoemde endotheeldysfunctie. Deze dysfunctie is wellicht slechts een bijverschijnsel bij, of een gevolg van de vaatziekte. Maar het zou ook zo kunnen zijn dat de dysfunctie juist de oorzaak is van de vaatziekte. In het laatste geval zou geprobeerd kunnen worden de endotheeldysfunctie te verhelpen. Of, nog beter, te voorkómen dat er endotheeldysfunctie ontstaat. Of dergelijke preventie ooit mogelijk zal zijn is nog onbekend. Sterker, zoals gezegd is het nog onbekend of de endotheeldysfunctie oorzaak is of gevolg. Het idee om aan dit onderwerp aandacht te besteden kwam niet van de GGD, maar van de afdeling Vasculaire Geneeskunde van het LUMC, die ook zorgde voor de benodigde financiën. Aldus vormde de India-studie tevens de infrastructuur voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, waar in de toekomst hopelijk ook de Hindostaanse bevolking profijt van zal hebben.

Kader 3.

Bloedbepalingen

Tijdens het huisbezoek rond de 28e week van de zwangerschap werd bij de moeder bloed afgenomen. In dat bloed werden de volgende bepalingen gedaan:

- glucose, insuline en HbA1c (geven informatie over de suikerstofwisseling).
- Hb, hematocriet en ferritine (geven informatie over de ijzerstatus van de moeder).
- (HDL-)cholesterol, triglyceriden, omega-3 en omega-6 vetzuren. Cholesterol en triglyceriden behoren tot de vetachtige stoffen. Een te hoge concentratie in het bloed is ongezond. Cholesterol en triglyceriden kunnen zich op de vaatwand vastzetten. Van cholesterol bestaan verschillende vormen. De belangrijkste zijn HDL-cholesterol en LDL-cholesterol. HDL is het 'goede' en LDL het 'slechte' cholesterol. Van de omega-3 en omega-6 vetzuren is in de literatuur wel beschreven dat de moederlijke bloedwaarden invloed hebben op het geboortegewicht.

- vitamine B12, homocysteïne, vitamine C en D, calcium en magnesium (hebben mogelijk invloed op de foetale ontwikkeling).
- CRP (een verhoging duidt op de aanwezigheid van een ontstekingsproces, hetgeen een uiting kan zijn van een atherosclerotisch ('aderverkalking'-) proces).
- kreatinine (een verhoging duidt op een verminderde nierfunctie. Deze informatie is van belang bij de interpretatie van de andere bepalingen).

Meteen na de bevalling werd navelstrengbloed afgenomen uit het stukje navelstreng dat aan de placenta vastzit. Daarin zijn ook verschillende bepalingen gedaan, waaronder CRP, triglyceriden, cholesterol en E-selectine. E-selectine is een stof die wijst op schade aan de binnenbekleding van de vaatwand, het zogenoemde endotheel, en daarmee op endotheeldysfunctie.

Methode

Van januari 2007 tot en met maart 2011 vroegen verloskundigen en gynaecologen aan Nederlandse en Hindostaanse zwangeren in Den Haag en Rijswijk of zij mee wilden werken aan het India-onderzoek. Alleen Nederlandse zwangeren met vier Nederlandse grootouders en Hindostaanse zwangeren met vier Hindostaanse grootouders mochten meedoen. Ook moesten ze ouder zijn dan 18 jaar en in verwachting zijn van een eenling. Baby's geboren vóór een zwangerschapsduur van 32 weken werden alsnog geëxcludeerd.

Als een zwangere mee wilde werken aan het India-onderzoek kreeg zij een huisbezoek bij 28 weken zwangerschap. Tijdens dit bezoek werd een vragenlijst afgenomen met vragen over geboorteland, opleidingsniveau, beroep, gebruik van alcohol, tabak en drugs en de familieanamnese voor een aantal aandoeningen. Dezelfde vragen werden gesteld voor de vader van de baby. Vanaf oktober 2008 vulden de Hindostaanse zwangeren ook een voedingsvragenlijst in en vanaf mei 2009 werd bloed bij hen afgenomen (zie kader 3). Bij een bevalling in een ziekenhuis werd navelstrengbloed afgenomen (zie kader 3). Binnen 72 uur na de bevalling werd de pasgeborene gemeten. De volgende metingen werden gedaan: gewicht, lengte, hoofd-, buik- en bovenarmomtrek en de triceps- en subscapulaire huidplooi. Naderhand werden met behulp van een checklist gegevens over zwangerschap, bevalling en pas-

geborene uit het dossier van de zwangere gehaald. De zwangerschapsduur werd berekend op basis van de uitgerekende datum van de echo. Indien deze niet bekend was is de zwangerschapsduur berekend op basis van de eerste dag van de laatste menstruatie of de a terme datum die was opgegeven door de zwangere.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag over de voedingstoestand van Hindostaanse vrouwen is gebruik gemaakt van de ingevulde voedingsvragenlijsten en de bloedbepalingen. Verschillende aspecten van de voedingstoestand zijn bekeken, zoals leefregels, gebruik van vitamines, etc. Ook is gekeken of de vrouwen voldeden aan de nationale aanbeveling voor groente en fruit. De resultaten zijn waar mogelijk vergeleken met de resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 2007-2010 onder de algemene Nederlandse bevolking (18).

Resultaten

Honderdvijfenvijftig Hindostaanse en 154 Nederlandse zwangeren gaven aan mee te willen werken aan het onderzoek. Om verschillende redenen zijn 26 Hindostaanse en 12 Nederlandse zwangeren geëxcludeerd, bijvoorbeeld omdat de moeder zich alsnog terugtrok uit het onderzoek, of toch niet aan de inclusiecriteria bleek te voldoen. Soms werd een bevalling niet tijdig aan de onderzoekers gemeld, zodat geen metingen bij de baby konden worden gedaan. Uiteindelijk beschikten we over de gegevens van

Kader 4.

SD-score

De afkorting SD staat voor Standaard Deviatie, een begrip uit de statistiek. Met de SD-score wordt aangegeven hoe sterk de baby afwijkt van het gemiddelde van de populatie waar de baby mee wordt vergeleken (de referentiepopulatie). In dit onderzoek zijn dat de 'blanke' baby's. De SD-score voor elke onderzochte baby wordt voor elke meting als volgt berekend: (meting Hindostaanse baby - gemiddelde meting blanke baby's) / SD blanke baby's. Hierbij wordt rekening gehouden met zwangerschapsduur en geslacht. Op deze manier worden de blanke baby's als referentie gebruikt en wordt in een eenduidige maat aangegeven in hoeverre de Hindostaanse baby's afwijken van de blanke baby's, namelijk in SD-score. Het voordeel van het gebruik van SD-scores is dat de afwijkingen

van verschillende variabelen onderling kunnen worden vergeleken. Dat maakt deze maat uitermate geschikt voor dit onderzoek. Wij wilden namelijk weten of het verschil in de ene meting groter was dan het verschil in de andere meting, bijvoorbeeld of het verschil in geboortegewicht tussen Hindostaanse en blanke baby's groter was dan het verschil in dikte van de huidplooien tussen Hindostaanse en blanke baby's. Dit kan niet door de ruwe verschillen met elkaar te vergelijken, alleen al omdat het een in grammen is en het andere in millimeters. De grootte van de verschillen zegt bovendien ook weinig, omdat geboortegewicht in grammen altijd een hogere waarde zal hebben dan huidplooidikte in millimeters. Je hebt dus een maat nodig die hier rekening mee houdt. De SD-score is zo'n maat.

Tabel 1.

Kenmerken Hindostaanse en Nederlandse zwangeren en baby's.

Zwangeren	N	Hindostaans Gemiddelde ± SD of percentage (n)	N	Nederlands Gemiddelde ± SD of percentage (n)	Significant (p < 0,05)
Leeftijd bij bevalling	129	28,9 ± 5,1	142	32,0 ± 4,3	ja
Gewicht voor zwangerschap (kg)	116	65,7 ± 14,9	141	68,0 ± 12,8	nee
Lengte voor zwangerschap (cm)	125	159,9 ± 6,0	137	170,6 ± 6,3	ja
BMI ¹ voor zwangerschap	114	25,8 ± 6,0	136	23,3 ± 4,2	ja
Pariteit ²					ja
P=0	51	44,7% (51)	59	43,1% (59)	
P=1	35	30,7% (35)	68	49,6% (68)	
P>=2	28	24,6% (28)	10	7,3% (10)	
Burgerlijke staat					ja
Getrouwd	66	55,9% (66)	76	54,3% (76)	
Alleenstaand	17	14,4% (17)	1	0,7% (1)	
Gescheiden	3	2,5% (3)	0	0 % (0)	
Samenwonend	32	27,1% (32)	63	45 % (63)	
Opleidingsniveau ³					ja
Laag	7	5,9% (7)	1	0,7% (1)	
Midden 1	79	66,4% (79)	31	22,0% (31)	
Midden 2	5	4,2% (5)	11	7,8% (11)	
Hoog	28	23,5% (28)	98	69,5% (98)	
Baby's					
Geboortegewicht (gr)	129	3028,1 ± 504,6	142	3596,6 ± 498,5	ja
Zwangerschapsduur (dagen)	129	273,7 ± 10,4	142	277,8 ± 8,8	ja
Geslacht					nee
Jongen	63	49% (63)	73	51% (73)	
Meisje	66	51% (66)	69	49% (69)	

¹ Zie kader Antropometrie² Aantal eerdere bevallingen³ Laag = geen opleiding of alleen lager onderwijs; Midden 1 = LAVO, MAVO, LBO, VMBO; Midden 2 = VWO, HAVO, MBO; Hoog = HBO, universiteit

129 Hindostaanse en 142 Nederlandse zwangeren. Tussen de Nederlandse en Hindostaanse zwangeren bleken behoorlijk wat verschillen (zie tabel 1): Hindostaanse zwangeren waren jonger, hadden een lagere opleiding en waren vaker alleenstaand of gescheiden. Het gewicht vóór de zwangerschap was iets lager bij de Hindostaanse zwangeren, maar -doordat zij gemiddeld iets minder lang zijn- hadden zij toch een hogere BMI (zie kader 1).

De zwangerschapsduur was gemiddeld vier dagen korter bij vrouwen van Hindostaanse afkomst.

Geboortegewicht en vetpercentage van Hindostaanse en Nederlandse baby's vergeleken

Hindostaanse baby's bleken gemiddeld 500 gram lichter dan de Nederlandse baby's (zie tabel 1). Ook als we rekening houden met het verschil in zwangerschapsduur, pariteit³, geslacht van de baby,

opleiding, leeftijd en BMI van de moeder, blijft er een groot verschil (± 380 gram) bestaan tussen Nederlandse en Hindostaanse baby's (resultaten niet in tabel). De Haagse Hindostaanse baby's en Haagse Nederlandse baby's zijn ook vergeleken met behulp van SD-scores (zie kader 4, pag. 5). De SD-score is een universele maat die aangeeft of een verschil groot of klein is. En of het ene verschil groter of kleiner is dan het andere verschil. Dat is vooral handig als het om heel verschillende metingen gaat: bijvoorbeeld verschil in geboortegewicht in grammen versus verschil in huidplooi in millimeters. Als beide SD-scores even hoog zijn, is de gemiddelde Hindostaanse baby op beide aspecten even veel kleiner (of groter) dan de gemiddelde Nederlandse baby. En de hoogste SD-scores in deze tabel werden dus gevonden bij metingen waar de grootste verschillen waren tussen de Nederlandse en Hindostaanse baby's. Is er geen statistisch significant verschil tussen Hindostaanse en Nederlandse baby's, dan zit de waarde nul in het 95% betrouwbaarheidsinterval van de betreffende SD-score. Zoals te zien is in tabel 2, waren de Hindostaanse baby's significant kleiner in bijna alle metingen. De grootste verschillen werden gevonden in buikomtrek en geboortegewicht. Er was echter géén statistisch significant verschil in triceps- en subscapulaire huidplooien: het 95%-betrouwbaarheidsinterval van de SD-scores omvat de nul. Ook de Hindostaanse pasgeborenen in Den Haag zijn dus 'thin-fat': ze zijn -in vergelijking met blanke Nederlandse baby's- kleiner in alle metingen, behalve in de huidplooien.

Geboortegewicht en vetpercentage van Hindostaanse baby's uit India, Suriname respectievelijk Nederland vergeleken met die van blanke baby's uit Engeland

In 2009 is een stagiaire (Lotte van Steijn, geneeskundestudent van het LUMC) naar Suriname geweest om te onderzoeken in hoeverre Hindostaanse baby's geboren in Paramaribo óók 'thin-fat' genoemd moeten worden (17,19). We hebben vervolgens zowel deze Surinaamse baby's als de Haagse Hindostaanse baby's vergeleken met dezelfde referentiecategorie en met dezelfde analysetechniek als die van een eerdere studie in India (12).

De meeste Hindostanen die in Den Haag wonen, komen zelf uit Suriname of hun (groot)ouders komen er vandaan. Hindostanen uit Suriname en uit Den Haag lijken dus genetisch gezien erg op elkaar. Vooral het vergelijken van deze twee groepen geeft informatie over de invloed van de omgeving. In de zojuist genoemde eerdere studie in India zijn SD-scores voor Indiase baby's berekend, waarbij blanke baby's uit Southampton zijn gebruikt als referentie (12). In de India-studie hebben wij op dezelfde manier SD-scores berekend voor Hindostaanse baby's uit Paramaribo en voor Haagse Hindostaanse baby's. Zoals eerder toegelicht, geven de SD-scores een onderling vergelijkbare maat voor de verschillende metingen. Omdat de SD-scores voor de baby's uit India, Suriname en Nederland op identieke manier zijn berekend met telkens als referentie de blanke Britse baby's uit Southampton, kunnen ook de verschillen die bij elke afzonderlijke meting werden gevonden, voor de drie verschillende

Tabel 2.

Verschillen tussen Hindostaanse en Nederlandse baby's en moeders uitgedrukt in SD-scores (met 95%-betrouwbaarheidsinterval). Gecorrigeerd voor geslacht en zwangerschapsduur. De statistisch significante SD-scores zijn vet gedrukt.

	SD-score	95% BI	
BABY'S			
Buikomtrek	-1,39	-1,76	- -1,01
Bovenarmomtrek	-0,49	-0,79	- -0,19
Geboortegewicht	-1,08	-1,27	- -0,89
Hoofdomtrek	-0,97	-1,32	- -0,62
Lengte	-0,69	-0,91	- -0,46
triceps huidplooi	-0,34	-0,88	- +0,20
subscapulaire huidplooi	-0,03	-0,31	- +0,25
ZWANGEREN			
gewicht voor zwangerschap	-0,30	-0,57	- -0,03
lengte zwangere	-1,92	-2,16	- -1,68
BMI vóór zwangerschap	+0,62	+0,26	- +0,97

Tabel 3.

Verschillen tussen enerzijds Hindostaanse baby's uit Poona, Paramaribo en Den Haag en anderzijds Engelse baby's, uitgedrukt in SD-scores gecorrigeerd voor geslacht en zwangerschapsduur (met 95%-betrouwbaarheidsinterval). De statistisch significante SD-scores zijn vet gedrukt.

	Den Haag		Paramaribo		Poona	
	SD core	95% BI	SD-score	95% BI	SD-score	95% BI
Buikomtrek	-2,32	-2,69 - -1,96	-1,62	-2,00 - -1,24	-2,99	-3,09 - -2,89
Bovenarmomtrek	-0,10	-1,28 - -0,72	-1,08	-1,46 - -0,70	-1,82	-1,89 - -1,75
Geboortegewicht	-1,05	-1,23 - -0,86	-0,85	-1,17 - -0,53	-1,74	-1,81 - -1,67
Hoofdomtrek	-1,24	-1,53 - -0,95	-0,96	-1,31 - -0,61	-1,68	-1,76 - -1,60
Lengte	-0,19	-0,43 - +0,05	-0,73	-1,08 - -0,38	-1,01	-1,09 - -0,93
Subscapulaire huidplooi	+0,28	+0,01 - +0,54	+0,08	-0,24 - +0,40	-0,53	-0,61 - -0,45

groepen Hindostaanse baby's met elkaar vergeleken worden. In tabel 3 staan de SD-scores van de drie groepen weergegeven (de tricephuidplooi ontbreekt, omdat deze in Southampton niet was gemeten). Telkens werd bij de Hindostaanse baby's hetzelfde patroon gevonden: een kleinere buik- en bovenarmomtrek en een lager geboortegewicht dan bij de baby's uit Southampton. Wat opvalt is dat de subscapulaire huidplooi van Haagse Hindostaanse baby's dikker was dan die van de baby's uit Southampton. In India was de huidplooi dunner en in Suriname ongeveer gelijk aan die van de baby's uit Southampton. Wat ook opvalt, is dat er geen verschil werd gevonden in lengte tussen Haagse Hindostaanse baby's en baby's uit Southampton. De Surinaamse en Indiase baby's daarentegen waren minder lang. Dat de Haagse Hindostaanse baby's niet significant verschilden in lengte van de baby's uit Southampton kan verklaard worden door het feit dat de Engelse baby's meer dan 20 jaar geleden zijn geboren (1987). De gemiddelde lengte is in de afgelopen jaren toegenomen: de Haagse Nederlandse baby's in ons onderzoek hebben een significant grotere lengte dan de baby's uit Southampton, na correctie voor zwangerschapsduur en geslacht (51,5 versus 49,8 cm).

De grootste verschillen met de Engelse baby's werden gevonden bij de Indiase baby's. De verschillen gevonden bij de Surinaamse baby's waren significant kleiner dan die bij de Indiase baby's, behalve voor lengte. Wat niet onmiddellijk in de tabel is af te lezen zijn de onderlinge verschillen tussen enerzijds Haagse baby's en anderzijds Indiase en/of Surinaamse baby's. Bij statistische toetsing bleken de verschillen gevonden bij de Haagse Hindostaanse baby's allemaal significant kleiner dan die bij de Indiase baby's. Tussen Surinaamse en Haagse Hindostaanse baby's

waren geen significante verschillen -hetgeen overigens gedeeltelijk verklaard wordt door het feit dat dit twee vrij kleine groepen zijn.

Insulinegevoeligheid, endotheeldysfunctie en andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten

Van 36 Hindostaanse baby's uit Suriname, 21 Hindostaanse baby's uit Nederland en 21 autochtone baby's uit Nederland is navelstrengbloed onderzocht. De Hindostaanse baby's uit Suriname en Nederland zijn in de analyses samengevoegd tot één groep. De belangrijkste bevindingen worden hieronder kort beschreven. Een uitgebreidere rapportage is gepubliceerd in het International Journal of Pediatrics (20).

CRP-concentraties (zie kader 3) waren significant hoger in het navelstrengbloed van Hindostaanse baby's (zie tabel 4). Er was geen significant verschil in glucosewaarden, maar insulineconcentraties waren wel significant hoger bij de Hindostaanse baby's. Ook de triglyceriden- en non-HDL-cholesterolconcentraties (dit betreft voornamelijk LDL-cholesterol) waren significant hoger in het navelstrengbloed van Hindostaanse baby's. Het HDL-cholesterol was significant lager.

Er bleek geen significant verschil in totaal cholesterol. Dit alles geeft aan dat Hindostaanse baby's al bij de geboorte worden gekarakteriseerd door ontsteking, verminderde gevoeligheid voor insuline, en ongunstige vetconcentraties in het bloed.

Ook was er een significant verschil in E-selectine concentraties (zie figuur 1: 46,7 versus 33,5 ng/ml, $p < 0,001$). Dit geeft aan dat Hindostaanse baby's al bij de geboorte tekenen hebben van een gestoorde endotheelfunctie. En dat betekent dat Hindostaanse

Tabel 4.

Waarden in navelstrengbloed van Nederlandse en Hindostaanse baby's.

	Gemiddelde ± standaarddeviatie		
	Hindostaans (n=57)	Nederlands (n=21)	Significant (p < 0,05)
CRP (ng/ml)	75,7 (48,3)	43,8 (26,1)	ja
Glucose (mmol/l)	5,7 (2,40)	4,7 (1,15)	nee
Insuline (mmol/l)	16,6 (29,6)	6,9 (10,2)	ja
Triglyceriden (mmol/l)	0,38 (0,19)	0,27 (0,09)	ja
Totaal cholesterol (mmol/l)	1,57 (0,37)	1,60 (0,38)	nee
Non HDL-cholesterol (mmol/l)	0,66 (0,27)	0,53 (0,22)	ja
HDL-cholesterol (mmol/l)	0,91 (0,17)	1,08 (0,24)	ja

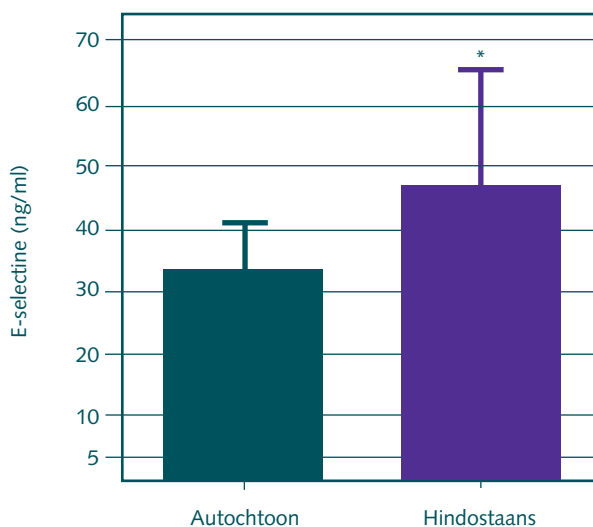
baby's al bij de geboorte een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij zich dragen.

Voedingstoestand van Haagse Hindostaanse zwangeren en bloedparameters met bekende invloed op geboortegewicht

Zoals gemeld is aan een aantal Hindostaanse zwangeren een voedingsvragenlijst voorgelegd. Kader 1 biedt een overzicht van de variabelen die in het bloed van de Hindostaanse zwangere vrouwen zijn bepaald. Omdat het aantal Hindostaanse zwangeren waarvan deze gegevens bekend zijn laag is, kunnen we geen erg harde uitspraken doen. Uit de gegevens komt echter wel degelijk een aantal aandachtspunten

Figuur 1.

Concentratie van E-selectine (marker van endotheeldysfunctie) in navelstrengbloed van Nederlandse en Surinaamse en Haagse Hindostaanse baby's in de India-studie.



* significant, p < 0,001

naar voren wat betreft de voeding van Haagse Hindostaanse zwangeren.

Er bleken maar weinig zwangeren die voldeden aan de aanbeveling voor groente (6%) en fruit (33%). De bevindingen wijken niet veel af van en zijn voor fruit zelfs beter dan de resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 2007-2010 voor vrouwen uit de algemene bevolking van Nederland. De gemiddelde Nederlandse vrouw eet dus ook onvoldoende groente en fruit. De zwangerschap is echter een periode waarin het extra belangrijk is om te voldoen aan de aanbevelingen en het feit dat een groot deel van de Hindostaanse zwangeren hier niet aan voldeed is een punt van zorg.

Ongeveer de helft van de zwangeren leek een slechte ijzerstatus te hebben: een laag Hb, een lage hematocriet en een lage ferritine-concentratie. Dit kan het gevolg zijn van de zwangerschap; in de zwangerschap neemt het volume van het bloed toe, waardoor de concentratie van alle bloedwaarden daalt. Bij ferritine geldt bovendien dat dit de 'opslag'-vorm is van ijzer in het bloed. Deze opslag kan voor een deel zijn gebruikt voor foetale groei.

Ongeveer een vijfde van de Hindostaanse zwangeren had te lage bloedwaarden voor vitamine C, D en calcium. Hier is dus verbetering mogelijk. Wederom: in de zwangerschap is dit extra belangrijk.

De aanbeveling is om vanaf een maand voor de zwangerschap tot minimaal drie maanden na de conceptie foliumzuur te gebruiken. Het was in deze studie niet mogelijk om precies na te gaan wie er voldeden aan deze aanbeveling. Dit kan echter niet méér zijn dan de 28,3% die begonnen waren met foliumzuur voor de zwangerschap. Ook hier is dus verbetering mogelijk.

Bijna 40% van de vrouwen had een te hoge triglyceridenconcentratie en bijna 90% een te hoge

vetzurenconcentratie in het bloed. Het is overigens goed denkbaar dat de aandachtspunten die in dit onderzoek zijn gevonden voor de Hindostaanse zwangeren, ook gelden voor Nederlandse zwangeren of zwangeren uit andere bevolkingsgroepen. Een vitamine D-tekort wordt bijvoorbeeld ook vaak gevonden in de Turkse en Marokkaanse bevolkingsgroepen (21,22).

'Aanbevolen: vanaf een maand voor de zwangerschap tot minimaal drie maanden na de conceptie foliumzuur gebruiken'

Conclusie en discussie

De India-studie is een uniek onderzoek onder Hindostaanse zwangeren in Nederland. Den Haag heeft een perfecte setting voor dit onderzoek, omdat veel Nederlandse Hindostanen in Den Haag wonen. Geschat wordt dat ongeveer tien procent van de Haagse bevolking Hindostaans is. Het is belangrijk dat er iets gedaan wordt aan het hoge voorkomen van diabetes onder deze groep. Het zou bijzonder gunstig zijn als dit mogelijk zou worden door preventieve activiteiten tijdens de foetale ontwikkeling. In deze studie is aangetoond dat Haagse Hindostaanse baby's een lager geboortegewicht hebben dan Haagse autochtone baby's.

Verder is aangetoond dat ook Hindostaanse baby's in Den Haag en Paramaribo 'thin-fat' zijn: de baby's zijn licht en klein, maar relatief vet. Ook lijkt er een neiging te zijn tot het sparen van 'centraal vet', te zien aan de relatief dikke subscapulaire huidplooi. Overigens moeten we terughoudend zijn bij de interpretatie van deze bevindingen. Wellicht is een -ten opzichte van blanke Nederlandse baby's- lager geboortegewicht voor Hindostanen een normaal interetnisch verschil en gaat alleen een geboortegewicht dat laag is in vergelijking met het Hindostaanse gemiddelde, gepaard met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Iets dergelijks geldt voor het centrale vet. Dit kan passen bij een aanpassing aan ongunstige omstandigheden in de baarmoeder, de baby wapent zich aldus tegen de verwachte schaarste na de bevalling. Volgens de 'fetal origins'-hypothese gaat dit dan gepaard met een verhoogd risico op diabetes en hart- en vaatziekten later. Maar of dat voor de 'thin-fat' baby's in ons onderzoek ook geldt, is nog niet bewezen. In dit onderzoek is verder aangetoond dat

Hindostaanse baby's al bij de geboorte worden gekarakteriseerd door ontsteking, verminderde gevoeligheid voor insuline en ongunstige vetconcentraties in het bloed; en dat zij tekenen hebben van endotheeldysfunctie. Er zijn verschillende aandachtspunten wat betreft de voedingstoestand van Hindostaanse zwangeren. Een kanttekening hierbij is dat het aantal klein is, zodat hier geen harde uitspraken over de bevindingen kunnen worden gedaan.

Ook na correctie voor zwangerschapsduur, opleiding van de zwangere, pariteit, geslacht, leeftijd van de zwangere en BMI vóór de zwangerschap, blijft er een aanzienlijk verschil in geboortegewicht bestaan tussen Hindostaanse en Nederlandse baby's. Dit komt overeen met de resultaten van het GenerationR-onderzoek⁴ in Rotterdam. Surinaams-Hindostaanse baby's hadden het laagste geboortegewicht van alle onderzochte etnische groepen (3061 gram). Er werd een verschil van ongeveer 400 gram gevonden tussen Nederlandse en Surinaams-Hindostaanse baby's. Het verschil in geboortegewicht tussen de Nederlandse baby's en de baby's uit de andere etnische groepen kon voor een groot deel verklaard worden door verschillen in: zwangerschapsduur, lengte van vader en moeder, opleidingsniveau, leeftijd van de moeder, burgerlijke staat, BMI van de moeder, roken en alcoholgebruik door de moeder. Na correctie voor deze factoren verdween het verschil in vele gevallen. Alleen bij de Surinaams-Hindostaanse en Kaapverdiaanse groep bleef er een verschil bestaan dat niet kon worden verklaard. Ook in deze studie vond men een kortere zwangerschapsduur bij de Surinaams-Hindostaanse groep van 274,4 dagen tegenover 278,6 dagen bij de Nederlandse groep (23). Zoals in kader 2 beschreven, is er discussie over de vraag hoe de associatie tussen enerzijds endotheeldysfunctie en anderzijds het optreden van hart- en vaatziekten moet worden geïnterpreteerd. Is de endotheeldysfunctie de oorzaak van de hart- en vaatziekte? Of juist het gevolg? Of zijn ze beide misschien het gevolg van nog weer iets anders? De bevinding in dit onderzoek, namelijk dat de endotheeldysfunctie al bij de geboorte aanwezig is, ruimschoots vóór het optreden van hart- en vaatziekten, geeft steun aan de veronderstelling dat de endotheeldysfunctie een oorzakelijke rol speelt in het ontstaan van hart- en vaatziekten, en niet andersom.

⁴ In het GenerationR-onderzoek wordt de groei, ontwikkeling en gezondheid van bijna 10.000 opgroeiende kinderen in Rotterdam onderzocht. Deze kinderen worden van vroege zwangerschap tot hun jonge volwassenheid gevolgd.

Het is opvallend dat Hindostaanse baby's in Paramaribo vier tot vijf generaties na migratie uit India nog steeds 'thin-fat' zijn en dat ditzelfde geldt voor Hindostaanse baby's in Den Haag, twee tot drie generaties na migratie uit Suriname. Dit suggereert een genetische basis. Toch kan de 'fetal origins'-hypothese hiermee niet worden verworpen. Een andere mogelijkheid is immers dat er aan bepaalde leefgewoonten wordt vastgehouden die de kans op de geboorte van een 'thin-fat' baby verhogen. Duidelijke verschillen tussen de Hindostaanse baby's uit Paramaribo en Den Haag zouden een sterke aanwijzing hebben opgeleverd voor een invloed van de omgeving. Immers, genetisch lijken deze twee groepen erg op elkaar. De Hindostanen die in Den Haag wonen, zijn bijna allemaal afkomstig uit Suriname of hun (groot)ouders komen er vandaan. In dit onderzoek vonden we inderdaad verschillen. Zo was de subscapulaire huidplooi in Den Haag zelfs significant dikker dan die van de referentiegroep, terwijl dezelfde huidplooi in Paramaribo ongeveer even dik was als in de referentiegroep. Maar, mogelijk als gevolg van de vrij kleine aantallen, waren de verschillen tussen de Hindostaanse baby's in Paramaribo en Den Haag niet significant. Een invloed van de omgeving op het geboortegewicht hebben we in deze studie dus niet kunnen aantonen.

Al met al lijkt het erop dat er sprake is van een combinatie van genetische en omgevingsfactoren met mogelijk een interactie tussen beide, bijvoorbeeld dat bepaalde genen worden aan- of uitgezet door de

'Mogelijk is er sprake van interactie tussen genetische en omgevingsfactoren: bijvoorbeeld dat bepaalde genen aan- of uitgezet worden door de aanwezigheid van specifieke voedingsstoffen'

aanwezigheid van specifieke voedingsstoffen.

Dit past bij de bevindingen van de Pune Maternal Nutrition Study, waaruit bleek dat de voedingstoestand van de moeder voor en tijdens de zwangerschap een belangrijke invloed heeft op de antropometrie van de baby.

Dat betekent in theorie dat hier interventie mogelijk is. De vergelijking van de Surinaamse en de Haagse Hindostaanse baby's geeft echter wel aanleiding tot voorzichtigheid. Het geboortegewicht van de Haagse baby's is hoger dan dat van de baby's in Paramaribo. Echter, er is ook meer centraal vet bij de Haagse baby's. Dus ook bij deze vermoedelijke verbetering van de leefomstandigheden (zie het toegenomen geboortegewicht) zien we nog steeds een 'thin-fat'

Hindostaanse baby, met mogelijk een even hoog of wellicht zelfs hoger aangeboren risico op diabetes en hart- en vaatziekten. Verbetering van de leefomstandigheden van de moeder leidt wellicht niet noodzakelijk tot een verlaging van het risico bij de baby.

In deze studie hebben we aangetoond dat bepaalde risicofactoren voor diabetes en hart- en vaatziekten al bij de geboorte aanwezig zijn bij Hindostanen: een vermoedelijk ongunstige lichaamsbouw, ontsteking, verminderde gevoeligheid voor insuline, ongunstige vetconcentraties in het bloed en tekenen van endotheeldysfunctie. Ondanks de achtergebleven instroom heeft het onderzoek veel resultaten opgeleverd. Bovendien gaat het LUMC verder met onderzoek van het navelstrengbloed. Ook dit zal meer inzicht geven in het vraagstuk waarom diabetes en hart- en vaatziekten zo veel voorkomen onder Hindostanen.

Referenties:

1. Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life. BMJ Publishing Group. Londen, 1994
2. Karamali NS, Tamsma JT, Ariëns GAM, de Groot CJ, Dör JP, Kanhai HHH, Middelkoop BJC. Diabetes en Hindostanen: oorsprong in de baarmoeder? Opzet van een verkennend onderzoek naar het geboortegewicht en de vetverdeling van Hindostaanse en Nederlandse baby's in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 2007;42(1):2-6
3. Yajnik CS. Nutrition, growth and body size in relation to insulin resistance and type 2 diabetes. *Curr Diab Rep* 2003;3:108-14
4. Schulpen TWJ. Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland. Utrecht: Centre for Migration and Child Health, September 1996
5. Drooger JC, TroeJWM, Borsboom GJJM, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Snijders RJM, Verhulst FC, WittemanCM, Steegers EAP, Joung IMA. Ethnic differences in prenatal growth and the association with maternal and fetal characteristics. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2005;26:115-22
6. Goedhart G, van Eijsden M, van der Wal MF, Bonsel GJ. Ethnic differences in term birthweight: the role of constitutional and environmental factors. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2008;22:360-8
7. Stichting Perinatale Registratie Nederland: http://www.perinatreg.nl/uploads/167/84/PRNreferentiecurve_Hindi.pdf
8. 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
9. Bavdekar A, Yajnik CS, Fall CHD, 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
10. Bhargava SK, Sachdev HS, Fall CHD, Osmond C, Lakshmy R, Barker DJP, Biswas SKD, Stat M, Ramji S, Prabhakaran D, Reddy KS. Relation of serial changes in childhood body-mass index to impaired glucose tolerance in young adulthood. *N Engl J Med* 2004;350:865-69
11. Anonymus. Kinderen van de hongerwinter. Amsterdam, Academisch Medisch Centrum 2011
12. Yajnik CS, Lubree HG, Rege SS, Naik SS, Deshpande JA, Deshpande SS, Joglekar CV, Yudkin JS. Adiposity and hyperinsulinemia in Indians are present at birth. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:5575-80
13. Yajnik CS, Fall CHD, Coyaji KJ, Hirve SS, Rao S, Barker DJP, Joglekar C, Kellingray S. Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. The Pune Maternal Nutrition Study. *Int J Obes* 2003;27:173-80
14. Rao S, Yajnik CS, Kanade A, Fall CHD, Margetts BM, Jackson AA, Shier R, Joshi S, Rege S, Lubree H, Desai B. Intake of micronutrient-rich foods in rural Indian mothers is associated with the size of their babies at birth: Pune Maternal Nutrition Study. *J Nutr* 2001;131:1217-24
15. Wilcox MA, Newton CS, Johnson IR. Paternal influences on birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74(1): 15-18
16. Wills AK, Chinchwadkar MC, Joglekar CV, Natekar AS, Yajnik CS, Fall CHD and Kinare AS. Maternal and paternal height and BMI and patterns of fetal growth: The Pune Maternal Nutrition Study. *Early Hum Dev* 2010; 86(9): 535-540
17. Van Steijn L, Karamali NS, Kanhai HHH, Ariëns GAM, Fall CHD, Yajnik CS, Middelkoop BJC, Tamsma JT. Hebben Hindostaanse baby's in Paramaribo een 'thin-fat' fenotype? Een deelonderzoek in het kader van de Haagse India studie. *Epidemiologisch Bulletin* 2010;45(1):2-7
18. Van Rossum CTM, Fransen HP, Verkaik- Kloosterman J, Buurma-Rethans EJM, Ocké MC. Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010. Diets of children and adults aged 7 to 69 years. RIVM Report 350050006/2011, oktober 2011
19. Van Steijn L, Karamali NS, Kanhai HHH, Ariëns GAM, Fall CHD, Yajnik CS, Middelkoop BJC, Tamsma JT. Neonatal anthropometry: thin-fat phenotype in fourth to fifth generation South Asian neonates in Surinam. *Int J Obes* 2009:1-4
20. Boon MR, Karamali NS, de Groot CJ, van Steijn L, Kanhai HH, van der Bent C, Berbéé JF, Middelkoop B, Rensen PC, Tamsma JT. E-Selectin is Elevated in Cord Blood of South Asian Neonates Compared with Caucasian Neonates. *J Pediatr.* 2012;160:844-8
21. N.S. Karamali, I.M. van der Meer, J.D. Wuister, I. Verhoeven Vitamine D-tekort bij zwangere vrouwen: gegevens van een verloskundigenpraktijk uit Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 2004;39(4):10-4
22. Van der Meer IM, Karamali NS, Boeke AJ, Lips P, Middelkoop BJ, Verhoeven I, Wuister JD. High prevalence of vitamin D deficiency in pregnant non-Western women in The Hague, Netherlands. *Am J Clin Nutr* 2006; 84(2): 350-3
23. Troe EJ, Raat H, Jaddoe VW, Hofman A, Looman CW, Moll HA, Steegers EA, Verhulst FC, Witteman JC, Mackenbach JP. Explaining differences in birthweight between ethnic populations. The Generation R Study. *BJOG* 2007;114:1557-65

14.000 kinderen van 2 tot en met 15 jaar met overgewicht in Den Haag

Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog

Jeroen de Wilde, Maartje Keetman, Barend Middelkoop

Landelijk gezien wordt al jarenlang een toename gerapporteerd van overgewicht bij kinderen (1). Omdat overgewicht op termijn kan leiden tot allerlei ziekten en gebreken, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, en sociale en psychische problemen (2-4), is er veel aandacht voor dit probleem. Recente landelijke cijfers tonen ook aan dat die toenemende trend onveranderd is, behalve in de grote steden waar sprake is van een stabilisatie (5). Opvallend daarbij is het verschil tussen diverse etnische groepen en de nog steeds hoge prevalentie. In Den Haag vormt overgewicht, met name bij kinderen, daarom nog altijd een groot probleem (6,7). De aanpak van overgewicht moet dan ook één van de grootste prioriteiten in het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Den Haag blijven. In dit artikel geven we een actualisering van de cijfers uit 2008.

Inleiding

Ten opzichte van andere westerse landen heeft Nederland één van de laagste prevalentiecijfers van overgewicht (8). Het doemscenario dat wij de Verenigde Staten 'achterna zouden gaan' waar de prevalentie van ernstig overgewicht met 17% (9) ruim acht keer zo hoog is als in Nederland, is dus gelukkig (nog) niet opgegaan. Niettemin neemt landelijk gezien overgewicht nog steeds toe, terwijl in andere westerse landen waaronder de Verenigde Staten (9), aanwijzingen zijn voor een stabilisatie in de prevalentie van overgewicht en obesitas (10,11).

In de grote steden in Nederland is overgewicht als eerste gestabiliseerd en de prevalentie is daar nu, zoals voorheen wel het geval was, niet langer hoger dan in de rest van het land (5). Eén van de redenen voor deze stabilisatie zou kunnen zijn dat, toen in 1998 bekend werd dat in de grote steden meer kinderen overgewicht hadden, er juist daar veel aandacht aan is gegeven. Sinds 2005 ontplooiën in Den Haag de GGD en andere partijen veel activiteiten om overgewicht te voorkomen dan wel te verminderen. Deze zijn vooral gericht op achterstandswijken en groepen waarin overgewicht het meeste voorkomt. Zo startte in 2006 het Actieprogramma 'Gezond Gewicht', begeleid door de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD. Inmiddels wordt de aanpak van overgewicht

'In de grote steden in Nederland is overgewicht als eerste gestabiliseerd en de prevalentie is daar nu, zoals voorheen wel het geval was, niet langer hoger dan in de rest van het land'

gecoördineerd vanuit de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG). Hierin is ook de wijkaanpak opgenomen die is gemodelleerd naar de succesvolle Franse interventie Epode (Ensemble, Prevenons d'Obésité Des Enfants). Sterk van deze aanpak is dat deze zich richt op meerdere doelgroepen en niveaus (waaronder ouders, buurt, school en beleid), en bestaat uit meerdere onderdelen waardoor een integraal geheel ontstaat. Sinds het begin in 2006 is het Zorgtraject Gezond Gewicht een onderdeel van het Actieprogramma Gezond Gewicht. Dit is een interventie van de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD Den Haag, waarbij kinderen met overgewicht (en hun ouders) worden begeleid naar een gezond gewicht.

In de *Haagse nota volksgezondheid 2012-2014. Gezond aan de slag!* is de aanpak van overgewicht bij kinderen één van de belangrijke speerpunten. Dit was ook al zo in de *Haagse nota volksgezondheid 2007 - 2011. Natuurlijk: gezond!*, waarbij als doel was gesteld dat er in 2011 in Den Haag meer kinderen met een gezond gewicht zouden zijn dan in 2007.

Over de auteurs:

J.A. de Wilde is arts Maatschappij en Gezondheid en senior onderzoeker bij de productgroep Jeugdgezondheidszorg, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; M. Keetman was ten tijde van het onderzoek als masterstudent werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn; B.J.C. Middelkoop is arts-epidemioloog, afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, en hoogleraar bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, LUMC, Leiden. E-mail: jeroen.dewilde@denhaag.nl.

In onderstaand artikel wordt beschreven of deze doelstelling is gehaald. We beschrijven de veranderingen in overgewichtprevalentie bij de verschillende etnische groepen, daarnaast hebben we opnieuw gekeken naar trends op wijkniveau.

Methode

Voor monitoring van een gezondheidsparameter is het wenselijk dat steeds dezelfde methode wordt gebruikt. Daarom is bij deze studie dezelfde aanpak gevolgd als bij de studie uit 2008 (6).

Populatie

De Jeugdgezondheidszorg in Den Haag voert op vaste leeftijden preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO) uit. Hierbij worden standaard de lengte en het gewicht gemeten door JGZ-professionals met geijkte apparatuur. Tot de leeftijd van 4 jaar wordt op elke PGO-leeftijd 90-95% van alle Haagse kinderen gezien en tijdens PGO's vanaf 5 jaar rond de 80-90%. Voor deze studie zijn alle lengte- en gewichtgegevens gebruikt die de JGZ tijdens PGO's heeft verzameld bij kinderen tussen 2 en 15 jaar. In tegenstelling tot bij de vorige studie hadden we dit keer ook de gegevens van 2-jarige kinderen tot onze beschikking. Daarnaast zijn per meting belangrijke persoons- en demografische gegevens zoals achternaam, geslacht, geboortedatum, postcode, geboorteland van kind en ouders, en nationaliteit aan het databestand toegevoegd.

Omdat er binnen de niet-Nederlandse groepen steeds meer ouders van een tweede generatie in Nederland wonen, is het geboorteland alleen niet meer voldoende om de etniciteit te bepalen. Het bepalen van de etnische herkomst vereist daarom een stapsgewijze aanpak. In eerste instantie werd de etnische herkomst bepaald op basis van het geboorteland van beide ouders. Wanneer de ouders in verschillende landen (met uitzondering van Nederland) waren geboren, prevaleerde het geboorteland van de moeder boven dat van de vader. Als één of beide ouders in Nederland waren geboren, werd op basis van een lijst met Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindostaanse namen bepaald tot welke etnische groep deze ouder kon worden gerekend. Indien de naam niet in één van deze lijsten voorkwam werd de etniciteit als 'onbekend' gecodeerd. In gevallen waarbij het geboorteland van ouders onbekend was en het kind een dubbele nationaliteit bezat, werd de etniciteit bepaald op basis van de niet-Nederlandse nationaliteit. Overigens waren bij kinderen ouder dan 4 jaar geen achternamen van ouders geregistreerd. Daarnaast was bij 39,9% van

deze groep (ouder dan 4 jaar) het geboorteland van de ouders onbekend. Bij 7,2% van deze groep ontbreekt daarnaast informatie over de nationaliteit van de ouders. In het laatste geval werd voor de bepaling van de etnische groep alleen de achternaam van het kind gebruikt.

Afkappunten

De Body Mass Index [$BMI = \text{gewicht} / (\text{lengte})^2$] is de standaard waarmee in het algemeen de gewichtsklasse bij een meting wordt bepaald. Bij volwassenen geldt een BMI-waarde $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ en $< 30 \text{ kg/m}^2$ als overgewicht en een BMI-waarde $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ als obesitas. Omdat kinderen een andere lichaamssamenstelling en andere lichaamsverhoudingen hebben dan volwassenen en omdat die ook nog met de leeftijd veranderen, gelden deze criteria niet voor kinderen. Om die reden zijn voor kinderen (op basis van groeigegevens van kinderen uit 6 verschillende landen) per leeftijd en geslacht afkapwaarden bepaald die corresponderen met een BMI van 25 en 30 kg/m^2 op 18-jarige leeftijd (12). Deze afkapwaarden zijn geadopteerd door de International Obesity Taskforce (IOTF) en worden daarom ook wel IOTF afkappunten genoemd. Deze zijn universeel en worden in het algemeen voor elke etnische groep gebruikt. We hebben echter al aangetoond dat deze voor Surinaams-Hindostaanse kinderen minder geschikt zijn (13), omdat zij een slankere lichaamsbouw hebben. Omdat er echter nog geen aangepaste BMI-afkappunten zijn voor deze groep, hebben we de universele afkappunten gebruikt voor alle etnische groepen. Overgewicht hebben we gedefinieerd als een BMI-equivalent $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, obesitas als een BMI-equivalent $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Sociaal-economische status en wijkachterstandscores

De sociaal-economische status (SES) van kinderen wordt meestal bepaald aan de hand van het opleidingsniveau van de ouders of het gezinsinkomen. Omdat we niet de beschikking hadden over deze gegevens hebben we de achterstandscores van de wijk waar een kind woont gebruikt als indicator voor SES. Deze wijkachterstandscores worden binnen de gemeente gebruikt voor gemeentelijk (achterstanden)beleid en zijn gebaseerd op het percentage niet-westerse allochtonen, het percentage werklozen dat langer dan drie jaar werkzoekend is, het gemiddelde inkomen, de gemiddelde WOZ-waarde van de huizen en het percentage inwoners dat in de afgelopen drie jaar is verhuisd. Hoe hoger de score des te groter de achterstand. Aan elke meting is de achterstandscore uit 2009 (midden van de onderzochte periode) van de wijk

waar het kind woont (op basis van de bij JGZ bekende postcode) toegevoegd. Deze score loopt van waarden <-15 (geen achterstand) tot waarden >15 (grootste achterstand). Om trends in overgewichtprevalentie naar wijkachterstandscore te kunnen onderzoeken zijn deze in vijf categorieën verdeeld waarbij de gebruikelijke indeling (<-15, -15 tot -5, -5 tot 5, 5 tot 15, ≥15) is aangehouden. Opgemerkt moet wel worden dat door een iets verminderde achterstand van de Schildersbuurt sinds 2008, alleen het Transvaalkwartier zich nog in de hoogste categorie bevindt.

Statistische analyses

Verschillen in de populatiekenmerken zijn bepaald met chi-kwadraattoetsen. Voor de bepaling van trends in de prevalentie van overgewicht en obesitas werden logistische regressie analyses uitgevoerd met het jaar van onderzoek als onafhankelijke variabele. Hiervoor werden de metingen telkens gedichotomiseerd in twee groepen: overgewicht versus geen overgewicht, obesitas versus geen obesitas en overgewicht (inclusief obesitas) versus geen overgewicht of obesitas. Omdat de jongste leeftijdsgroep oververtegenwoordigd was in onze dataset, is voor de prevalentiecijfers die betrekking hadden op de gehele populatie 2-15 jaar een genormaliseerde weging op leeftijd toegepast zodat de leeftijden (2-4, 5-6, 9-10 en 13-15) gelijk gerepresenteerd waren. Hierbij werd uitgegaan van een gemiddelde cohortgrootte per leeftijd van 6.000 kinderen. Door deze weging toe te passen kon een betere schatting van de ware prevalentie worden

gemaakt van de hele populatie 2-15 jarigen. Daarnaast is ook binnen de twee onderzochte leeftijdscategorieën 2-6 en 9-15 jarigen gewogen naar leeftijd omdat er binnen deze groepen ook verschillen waren in aantal onderzochte kinderen per leeftijd. De analyses naar etnische groep werden gecorrigeerd voor leeftijd, wijkachterstandscore en geslacht; de analyses per wijk voor leeftijd en geslacht. In de analyses werd een significantieniveau van kleiner dan 0,05 als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

In totaal waren 117.883 metingen van zowel lengte als gewicht beschikbaar, gemeten in de periode 2007-2011. Deze metingen behoorden bij 73.309 kinderen in de leeftijd van 2-15 jaar. Omdat kinderen < 4 jaar frequenter een PGO hadden, waren van hen meerdere metingen geregistreerd. Omdat we echter per jaar analyseren is van de meeste kinderen per jaar slechts één meting meegenomen in de analyses. Tabel 1 geeft de populatiekenmerken weer. Hierbij kan opgemerkt worden dat er een significant verschil was tussen de jaren in verdeling van etnische groep en leeftijdsgroep.

Tabel 1.

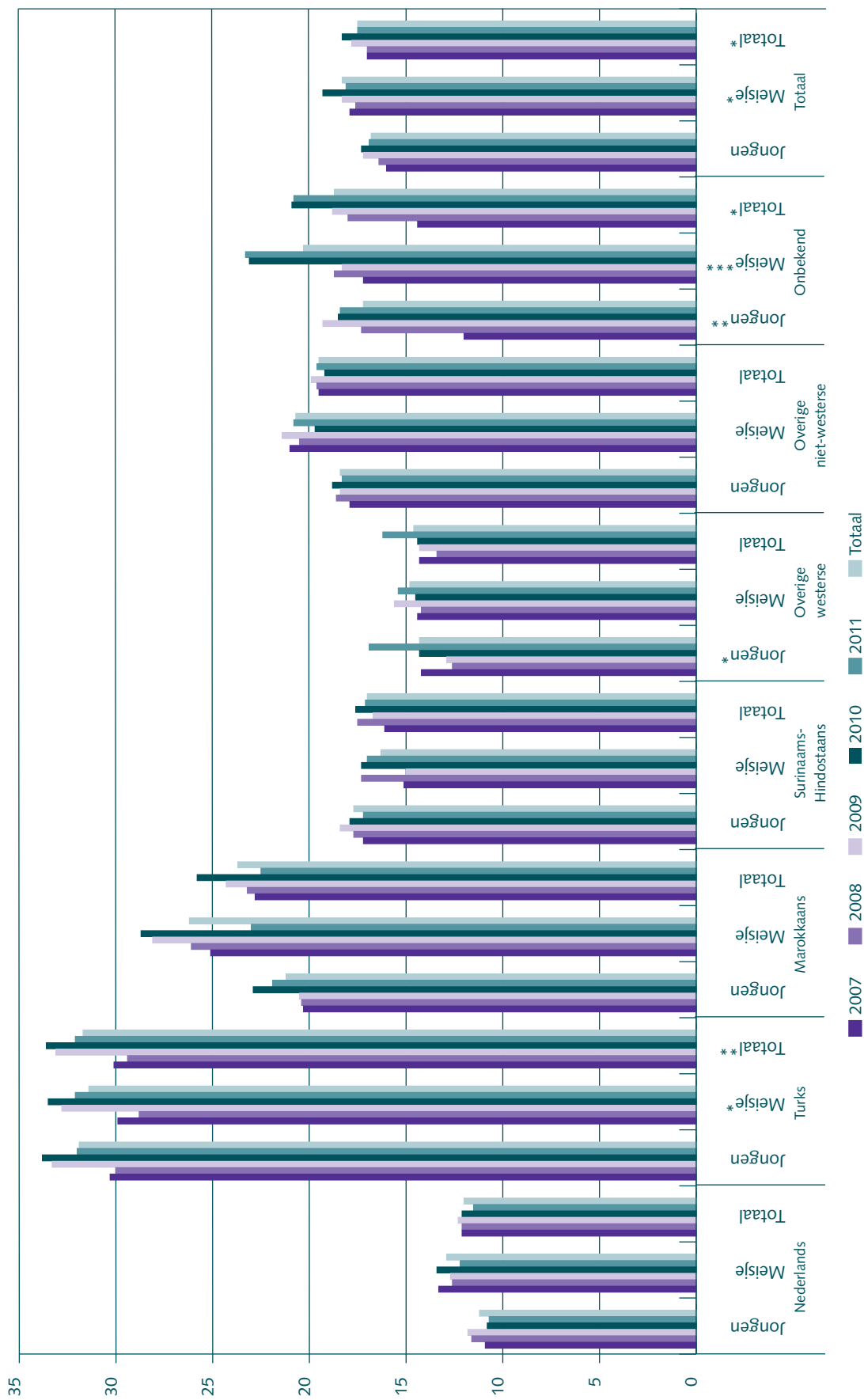
Aantallen en kenmerken van de onderzochte populatie, Den Haag 2007-2011.

		Jaar					Totaal
		2007	2008	2009	2010	2011	
Absolute aantallen		21.522	25.667	23.276	26.579	20.839	117.883
Geslacht (%)	Jongens	50,5	50,6	50,5	50,4	50,2	50,4
	Meisjes	49,5	49,4	49,5	49,6	49,8	49,6
Etniciteit (%)*	Nederlands	43,2	43,5	43,1	41,8	42,5	42,8
	Turks	13,1	12,4	12,6	12,8	12,2	12,6
	Marokkaans	10,8	10,5	10,3	10,3	10,1	10,4
	Hindostaans	8,0	7,3	7,1	6,9	7,0	7,3
	Overige westerse	6,4	7,3	7,2	7,8	8,2	7,4
	Overige niet-westerse	11,7	12,8	12,0	12,8	12,5	12,4
	Onbekend	6,8	6,2	7,6	7,5	7,4	7,1
Leeftijd (%)#	2-6 jaar	68,6	69,5	69,2	70,0	63,6	68,3
	9-16 jaar	31,4	30,5	30,8	30,0	36,4	31,7

* significant verschil tussen de jaren in verdeling van etnische groepen, P <0.001,

significant verschil tussen de jaren in verdeling van de leeftijdscategorieën, P <0.001

Figuur 1. Voor leeftijd gecorrigeerde prevalentie van overgewicht van kinderen 2-15 jaar naar etniciteit en geslacht.



Significante toename: * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$; *** $P < 0,001$

Tussen 2007 en 2011 was 17,5% van de Haagse kinderen van 2-15 jaar te zwaar. De hoogste prevalentie van overgewicht werd gezien bij Turkse kinderen (31,7%), gevolgd door Marokkaanse kinderen (23,7%) en de overige niet-westerse kinderen (19,6%). De Nederlandse kinderen (12,0%) hadden de laagste prevalentie van overgewicht. Wanneer we naar trends in deze cijfers kijken, zien we dat sinds 2007 overgewicht in Den Haag met 0,5% is toegenomen, wat komt door een kleine toename bij de meisjes (figuur 1). In de meeste etnische groepen vinden we, net als in de periode 1999-2007, een stabilisatie van de overgewichtcijfers. Ook zien we opnieuw een toename van overgewicht binnen de hele groep Turkse kinderen van 2-15 jaar, die is toe te schrijven aan een toename bij Turkse meisjes. Daarnaast is er een stijging van overgewicht bij overige westerse jongens en bij jongens en meisjes van wie de etniciteit onbekend is. Wanneer we afzonderlijk kijken naar overgewicht en obesitas (deze gegevens zijn niet weergegeven in de figuur) is er wel een kleine afname bij Nederlandse meisjes, van 2,4% in 2007 tot 1,5% in 2011.

De analyses van de twee leeftijdsgroepen, 2-6 jaar en 9-15 jaar (figuur 2), tonen enkele bijzonderheden. Ten eerste valt op dat de overgewichtprevalentie bij alle etnische groepen bij 2-6 jarigen veel lager is dan bij 9-15 jarigen. De curve van Turkse 2-6 jarige kinderen toont een niet-significante daling die vooral komt door een daling in 2011. Opvallend is dat de prevalentie van overgewicht bij Surinaams-Hindostaanse kinderen bij

2-6 jarigen het laagste is van alle etnische groepen met een gemiddelde van 6,7%, terwijl de prevalentie bij 9-15 jarigen met 25,1% veel hoger is. Dit is ook het grootste verschil tussen 2-6 en 9-15 jarigen van alle etnische groepen. Kijken we naar de veranderingen in prevalentie over de jaren 2007-2011, dan zijn er alleen significante trends bij de kinderen van 9-15 jaar oud (figuur 2). De dalende trend in de curve bij Nederlandse kinderen van 9-15 jaar is niet significant. Bij Turkse en overige niet-westerse kinderen zien we bij 9-15 jarigen een stijging in de prevalentie van overgewicht, ook na correctie voor geslacht, leeftijd, wijkachterstandscore en etniciteit. De prevalentie bij Turkse kinderen stijgt van 36,9% in 2007 naar 42,5% in 2011. De prevalentie van overgewicht bij overige niet-westerse kinderen stijgt van 24,5% in 2007 naar 29,4% in 2011. Bij nadere opsplitsing naar geslacht zien we echter een kleine maar significante daling in overgewicht prevalentie bij Nederlandse jongens van 9-15 jaar van 15,0% in 2007 naar 14,0% in 2011. Bij Turkse kinderen blijkt dat de significante stijging in de prevalentie van overgewicht bij 9-15-jarigen zowel aan een stijging bij Turkse jongens als bij Turkse meisje is toe te schrijven. Hierbij stijgt de prevalentie van overgewicht bij Turkse jongens van 37,6% in 2007 naar 43,5% in 2011; bij Turkse meisjes stijgt het van 36,1% in 2007 naar 41,4% in 2011. Bij overige niet-westerse kinderen komt de stijging in overgewichtprevalentie door een forse toename van overgewicht bij de jongens, van 23,3% in 2007 naar 30,9% in 2011.

Figuur 2.

Gewogen prevalentie van overgewicht (inclusief obesitas) per leeftijdsgroep 2007-2011.



Ook op wijkniveau zijn overgewichtcijfers berekend. De hoogste prevalentie overgewicht over de periode 2007-2011 is gevonden in de Schildersbuurt (27,4%), Groente- en Fruitmarkt (26,7%), Transvaalkwartier (26,7%) en Bouwlust/Vrederust (25,1%). Alleen in de Schildersbuurt en Laakkwartier, Spoorwijk is een significante stijging in prevalentie van overgewicht gevonden (tabel 2). In Duindorp is er weliswaar sprake van een lichte stijging in de prevalentie van overgewicht,

maar die is net niet significant. Opgemerkt moet worden dat er in sommige wijken met weinig inwoners, zoals Westbroekpark en Kijkduin, tussen de verschillende onderzoeksjaren behoorlijke fluctuaties in de cijfers zijn, die mogelijk verband houden met de relatief kleine aantallen onderzochte kinderen. Een kind meer of minder met overgewicht heeft dan een groter effect op de overgewichtprevalentie dan in wijken waar meer kinderen zijn onderzocht.

Tabel 2.

Aantallen en kenmerken van de onderzochte populatie, Den Haag 2007-2011.

	N	wijk		Overgewicht per jaar %					Totaal
		achterstand	score 2009	2007	2008	2009	2010	2011	
Vogelwijk	1620	-25,3	8,8	7,4	5,4	8,2	8,9	7,7	
Westbroekpark, Duttendel	317	-25,2	12,4	7,1	16,0	5,5	14,8	11,1	
Kijkduin, Ockenburg	361	-20,2	6,2	10,8	6,6	13,6	12,1	9,7	
Benoordenhout	2796	-18	9,5	6,2	7,6	7,9	6,6	7,6	
Archipelbuurt	892	-16,5	4,5	8,4	9,9	11,1	6,5	8,2	
Geuzen-, Statenkwartier	2843	-14	8,2	10,2	10,1	8,8	12,6	10,1	
Bohemen, Meer en Bos	650	-11,6	6,7	10,4	6,0	9,9	2,5	7,1	
Vruchtenbuurt	2316	-11,5	7,2	9,6	11,4	8,9	9,1	9,3	
Bomen-, Bloemenbuurt	2759	-10,3	10,8	14,1	10,3	10,7	11,4	11,4	
Belgisch Park	1421	-9,8	10,1	10,8	11,0	12,5	8,4	10,6	
Duinoord	1387	-8,6	5,9	10,5	10,4	8,6	10,1	9,1	
Ypenburg	6118	-8,6	14,2	13,3	14,2	13,0	12,6	13,5	
Leidschenveen	4622	-8	13,0	11,3	12,0	12,0	11,8	12,0	
Loosduinen	3419	-7,1	14,6	14,8	16,0	17,8	15,7	15,8	
Kraayenstein	779	-6,9	13,6	10,0	16,5	11,8	12,7	12,9	
Scheveningen	2751	-6,7	14,9	14,6	20,4	13,0	17,3	15,9	
Waldeck	2372	-5,2	16,4	20,7	19,5	17,9	17,8	18,5	
Wateringseveld	6408	-4,6	13,5	15,2	14,1	15,5	13,3	14,3	
Leyenburg	2894	-3,6	15,8	13,8	15,2	16,8	16,9	15,7	
Bezuidenhout	2355	-3,1	17,8	12,7	15,3	13,3	14,2	14,7	
Duindorp	1231	-1,1	21,2	20,2	16,5	21,0	25,2	20,9	
Zeeheldenkwartier	1658	-0,2	19,6	15,8	14,5	21,7	14,0	17,2	
Mariahoeve, Marlot	2182	-0,2	14,6	14,9	18,3	11,3	10,9	14,0	
Valkenboskwartier	3426	2,9	15,2	15,6	16,9	15,5	14,5	15,5	
Centrum	2111	3,5	18,7	16,7	20,8	24,1	20,2	20,2	
Rustenburg, Oostbroek	4504	4,5	23,2	22,6	22,3	22,5	20,6	22,2	
Regentessekwartier	1988	5,1	15,8	12,1	14,7	16,2	15,1	14,8	
Groente, Fruitmarkt	1532	6,9	26,0	22,8	26,3	30,9	26,8	26,7	
Laakkwartier, Spoorwijk*	8063	8,2	19,3	21,0	21,3	20,9	22,7	21,0	
Bouwlust, Vrederust	6857	9,8	25,5	24,3	26,5	24,8	24,3	25,1	
Morgenstond	3599	9,8	22,4	19,7	22,2	21,2	24,4	22,1	
Stationsbuurt	1602	12	22,9	20,7	27,4	23,0	17,6	22,5	
Schildersbuurt**	10051	12,9	25,1	26,5	26,9	30,0	28,8	27,4	
Moerwijk	4505	14,9	20,9	21,7	23,8	20,8	24,0	22,3	
Transvaalkwartier	4217	16,7	26,0	26,1	27,6	29,0	24,7	26,7	

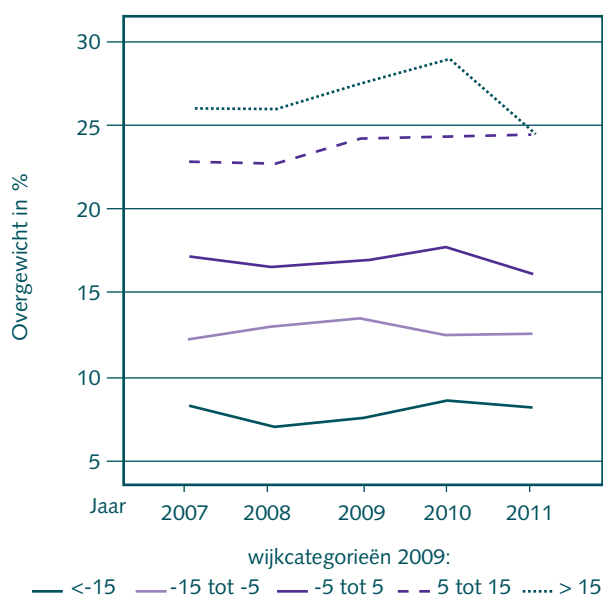
* P<0,05 (OR 1,05; 95% BI= 1,01-1,10), **P<0,001 (OR 1,06; 95% BI = 1,02-1,09)

‘17,5% van de 2 tot 15 jarige kinderen in Den Haag heeft overgewicht. Als we uitgaan van ongeveer 80.000 kinderen van die leeftijd, betekent dit dat er in Den Haag 14.000 kinderen te zwaar zijn’

De relatie tussen de wijkachterstandscore en de prevalentie van overgewicht is weergegeven in figuur 3. Net als in de vorige studie 1999-2007 neemt met een toenemende achterstandscore ook de prevalentie van overgewicht toe. De twee hoogste categorieën (≥ 15 en 5 tot 15) zijn naar elkaar toe gegroeid, wat kan worden toegeschreven aan een significante stijging van de één na hoogste categorie.

Figuur 3.

Gewogen prevalentie van overgewicht naar wijkachterstandscore.



Wanneer er een onderscheid wordt gemaakt naar leeftijdsgroepen valt op dat in de categorie met de minste achterstand er maar een klein verschil in prevalentie van overgewicht is van gemiddeld 2,3% tussen de kinderen van 2-6 jaar en oudste groep van 9-15 jarigen. Dit verschil wordt snel groter met toenemende achterstand, tot een verschil van 17,2% tussen de leeftijdsgroepen in de wijken met de hoogste achterstandscore. In figuur 2 zien we een vergelijkbaar verschil tussen Nederlandse kinderen en kinderen met een niet-westerse etniciteit waaronder Turkse en Marokkaanse kinderen. Omdat in de wijken met de minste achterstand ook vooral kinderen met een Nederlandse of westerse achtergrond wonen,

speelt etniciteit bij deze cijfers van wijkachterstandscores dus ook een belangrijke rol. Bij 9-15 jarigen zien we een significante stijging bij de één na hoogste achterstandscategorie (5 tot 15) van 30,0% tot 32,6%. Bij 2-6-jarigen in de hoogste categorie lijkt sprake van een kleine daling van 19,7% tot 13,5%, maar deze is niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Wel heeft er in de leeftijdsgroep 2-6 jaar in de middelste (-5 tot 5) categorie een significante daling plaatsgevonden, van 12,1% tot 10,4%.

Bespreking

In deze studie zien we een totale overgewichtprevalentie van 17,5% bij kinderen van 2-15 jaar in Den Haag. Dit betekent dat als we uitgaan van ongeveer 80.000 kinderen van 2-15 jaar in Den Haag, er 14.000 te zwaar zijn. Helaas is er geen sprake van een algemene daling in 2011, wat wel als (ambitieuze) doel was gesteld in de nota volksgezondheid van 2007, maar zelfs van een kleine stijging met 0,5% tussen 2007 en 2011. Naar etniciteit zijn er echter wel verschillen. Positief is dat in de meeste etnische groepen de stabilisatie in de prevalentie van overgewicht, die we ook al in onze vorige analyse over de jaren 1999-2007 hadden gevonden, doorzet (6,7). Dit zien we het duidelijkst bij 2-6 jarigen waar noch een toename noch een afname wordt gezien, maar ook bij de groep 9-15-jarigen zijn dalende en stijgende trends gevonden, die vrijwel identiek zijn aan die in onze vorige studie. Zo zien we bij Nederlandse kinderen opnieuw een daling in de prevalentie van overgewicht, die deze keer voor rekening komt van de jongens van 9-15 jaar, en bij Turkse kinderen een verdere stijging bij zowel jongens als meisjes van 9-15 jaar. Dat momenteel van de 9-15 jarige Turkse kinderen 42,5% te zwaar is, is een alarmerend gegeven. Bij overige niet-westerse kinderen, een groep die we deze keer voor het eerst hebben onderzocht, is ook sprake van een behoorlijke stijging. In het bijzonder willen we nog stilstaan bij de groep Surinaams-Hindostaanse kinderen. Binnen deze groep is de overgewichtprevalentie relatief laag en stabiel, vooral bij 2-6-jarige kinderen. Echter, omdat universele BMI afkapwaarden niet geschikt zijn voor Hindostaanse kinderen, zoals we al in een andere studie aantoonde (13), zullen de huidige overgewichtcijfers een onderschatting zijn van de ware prevalentie. Nieuwe BMI afkappunten specifiek voor Surinaams-Hindostaanse kinderen worden momenteel binnen de GGD Den Haag ontwikkeld en naar verwachting zal daarmee de overgewichtprevalentie een factor twee hoger komen te liggen.

Voor het eerst hebben we kinderen van alle etnische groepen onderzocht waardoor een representatiever beeld ontstaat van de hele stad. Het totale cijfer van 17,5% is gemiddeld wat lager dan in onze vorige studie (19%), maar dit houdt niet in dat er sprake is van een daling. In de vorige analyse waren Turkse en Marokkaanse kinderen, die ook de hoogste prevalentie van overgewicht hebben, oververtegenwoordigd, omdat alleen gegevens van Nederlandse, Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Hindostaanse kinderen in de analyses waren meegenomen. Daarnaast waren geen 2-jarigen geïncludeerd, bij wie overgewicht minder voorkomt. In onze huidige studie zijn de gegevens van alle in Den Haag woonachtige kinderen van 2-15 jaar geïncludeerd, ook die van overige westerse en niet-westerse kinderen en van kinderen van wie de etniciteit onbekend was. Omdat in alle drie deze groepen de prevalentie wat lager ligt dan van de twee grootste etnische minderheidsgroepen in Den Haag -Turken en Marokkanen- is het gemiddelde daardoor waarschijnlijk wat lager geworden. Door ook nog een weging naar leeftijd toe te passen is gecorrigeerd voor de relatieve oververtegenwoordiging van de jongste leeftijden in de huidige dataset, waardoor een representatiever en betrouwbaarder cijfer voor de hele stad kon worden berekend.

'Met BMI afkappunten specifiek voor Surinaams-Hindostaanse kinderen zal naar verwachting de overgewichtprevalentie een factor twee hoger komen te liggen in deze groep'

Sterke kanten en beperkingen

Een sterk punt van deze studie is dat we alle gegevens hebben gebruikt die de JGZ heeft verzameld bij 2-15 jarige kinderen tijdens standaard preventieve onderzoeken. Hierdoor waren er 117.883 metingen beschikbaar voor analyse. Ook de aanwezigheid van persoonlijke en demografische gegevens is een sterk punt. Omdat men pas vanaf de leeftijd van 2 jaar van overgewicht kan spreken, hebben we voor het eerst ook metingen van 2-jarigen meegenomen in onze analyses. Helaas is er (nog) geen PGO boven de leeftijd van 15 jaar, waardoor we geen beeld hebben gekregen van 16-19 jarigen. Ook waren er geen gegevens beschikbaar van kinderen van 7, 8, 11 en 12 jaar. In de laatste landelijke analyse van overgewicht bij kinderen met een Nederlandse etniciteit werd de hoogste prevalentie van overgewicht bij jongens gevonden rond de leeftijd van 8 jaar en bij

meisjes op de leeftijd van 7 jaar, waarna de prevalentie daalde tot de leeftijd van 11 jaar bij jongens en 14 jaar bij meisjes om daarna geleidelijk weer iets toe te nemen (5). Mede door de toepassing van een weging voor leeftijd verwachten we dat het totale Haagse cijfer voldoende representatief is voor kinderen tussen 2 en 15 jaar. Wel moet opgemerkt worden dat de bepaling van de etniciteit mogelijk niet voor alle kinderen vanaf 5 jaar correct is geweest door het ontbreken van achternamen van ouders in die groep. Daarnaast waren geboortelandgegevens van de ouders niet geregistreerd bij ruim 40% van die kinderen. Voor de bepaling van de etniciteit is in dit laatste geval gevaren op de achternaam van het kind en de nationaliteit van het kind. Omdat het kind meestal de achternaam van de vader draagt, geeft de zo bepaalde etniciteit de etniciteit van de vader weer. Ondanks deze beperking verwachten we dat de etniciteit bij het merendeel van de kinderen correct is geweest aangezien de meeste migrantengroepen nog steeds vooral binnen de eigen groep een partner zoeken. Daarnaast zijn er tussen de etnische groepen dusdanig grote verschillen in prevalentie van overgewicht, dat een grote bias ten gevolge van een onjuiste bepaling van de etniciteit niet wordt verwacht. Bij volgende trendanalyses zullen naar verwachting de achternamen en geboortelandgegevens van de ouders wel volledig geregistreerd staan in de dossiers van de JGZ, omdat sinds juli 2012 deze gegevens rechtstreeks uit de Gemeentelijke Basisadministraties worden verkregen.

Wijkachterstandscores

Net als in onze vorige studie hebben we de achterstandscores gebruikt van het midden van de periode en niet van elk kalenderjaar afzonderlijk, om de vergelijkbaarheid tussen jaren te vergroten en om verschuivingen te voorkomen. Hierdoor zijn wijken anders verdeeld in de wijkcategorieën. Gevolg hiervan is dat een vergelijking met de overgewichtcijfers per wijkachterstandscore uit onze vorige studie (6) niet goed kan worden gemaakt.

Als we naar de achterstandscore in relatie tot overgewicht kijken, valt op dat het verschil in overgewicht tussen de jongere en oudere kinderen het kleinst is in wijken met de laagste achterstandscore en fors stijgt bij toenemende achterstand. Kinderen met weinig achterstand blijven dus gemiddeld genomen een gezond gewicht houden terwijl groepen met veel achterstand een ongezonder gewicht krijgen met toenemende leeftijd. Dat niet, zoals in onze vorige studie, overgewicht in de hoogste achterstandscategorie verder is toegenomen, maar wel in de één na

hoogste categorie bij 9-15 jarigen, komt waarschijnlijk doordat de Schildersbuurt nu tot deze één na hoogste categorie behoort. Deze wijk heeft veel inwoners met een Turkse en 'overige niet-westerse' etniciteit, de twee groepen waar de overgewichtprevalentie in de periode 2007-2011 is toegenomen. De categorie met de grootste achterstand bestaat nu nog maar uit één wijk, Transvaalkwartier, waar een daling in overgewichtprevalentie is gevonden bij kinderen van 2-6 jaar. Hoewel er geen oorzakelijk verband mag worden gelegd tussen trends en alle activiteiten en interventies die rondom overgewicht in de afgelopen jaren in Den Haag hebben plaatsgevonden, hopen we toch dat dit een eerste teken zou kunnen zijn van een ingezette daling of stabilisatie. De komende jaren moeten dit uitwijzen. Waarom de daling wel in Transvaalkwartier is opgetreden en niet in de Schildersbuurt blijft ook onduidelijk aangezien de bevolkingssamenstelling wat betreft etnische groepen niet veel verschilt van elkaar. Veel activiteiten rondom overgewichtpreventie en interventies zijn pas in 2010 ingezet, met name in de Schildersbuurt met de Haagse Aanpak Gezond Gewicht. Daarom zullen ook hier de komende jaren moeten uitwijzen of dit effect heeft op overgewichtprevalentie bij de kinderen die er wonen.

Overgewichtinterventies gericht op Turkse kinderen

Landelijk gezien is de prevalentie van overgewicht bij Nederlandse jongens (15,1%) en meisjes (17,1%) groter dan in Den Haag. Weliswaar zijn in dit cijfer ook 16-19 jarigen meegenomen, maar in die groep was geen sprake van een sterke stijging. Dat bij Nederlandse kinderen in Den Haag overgewicht sinds 1999 langzaam afneemt, kan het gevolg zijn van de toegenomen aandacht zowel stedelijk als landelijk voor overgewicht en een gezonde leefstijl. Mogelijk bereiken preventieve activiteiten de Nederlandse kinderen het eerst. Dat de Turkse groep nog steeds zwaarder wordt, geeft aan dat de preventieve activiteiten óf deze groep onvoldoende bereiken óf onvoldoende geschikt zijn voor de Turkse doelgroep, in ieder geval in de groep 9-15 jarigen. De waargenomen niet-significante daling in de jongste groep Turkse kinderen kan het begin zijn van een ingezette trend, maar de komende jaren moeten uitwijzen of dit inderdaad het geval is. Met name in het geval van overgewicht valt te verwachten dat een leefstijlverandering het eerst aanslaat in de jongste groep waar de voedings- en beweegpatronen minder zijn ingesleten. Niet voor niets wordt in veel rapporten aangegeven dat met preventieve activiteiten en interventies vroeg moet worden begonnen (14), een advies dat onverminderd van kracht blijft. Vanuit het

actieprogramma 'Gezond Gewicht' is de afgelopen jaren vanuit de GGD en samenwerkingspartners veel moeite gedaan om overgewicht bij kinderen te voorkomen en om kinderen die al te zwaar zijn naar een gezonder gewicht te begeleiden. Voor Turkse kinderen zijn er nog geen specifieke interventies of activiteiten beschikbaar die gericht zijn op een gezond gewicht.

'Om op de lange termijn te voorkomen dat overgewicht ontstaat bij Turkse kinderen zijn benaderingen nodig die meer gericht zijn op een duurzame verandering binnen de Turkse gemeenschap zelf'

Hier is wel toenemende aandacht voor. Zoals beschreven in nummer 2 van het Epidemiologisch Bulletin van dit jaar (15), hebben huisartsen uit de Schilderswijk in focusgroepen gepraat met Turkse bewoners over leefstijl en opvoeding, omdat leefstijlprogramma's vaak niet aanslaan in deze groep. Daarnaast heeft de Jeugdgezondheidszorg Turkse ouders geïnterviewd en vragenlijsten bij hen afgenomen om meer inzicht te krijgen in de behoeften, beleving en het gedrag met betrekking tot overgewicht, voeding, beweging en opvoeding (16,17) Op basis van de bevindingen van deze onderzoeken zullen volgende stappen worden gezet om bestaande overgewicht-interventies etnisch sensitiever te maken of om een interventie specifiek voor deze groep te ontwikkelen. Participatie van de Turkse gemeenschap is daarbij van groot belang. Echter, dergelijke interventies bevinden zich pas aan het eind van de keten van preventie tot curatie. Om op de lange termijn te voorkomen dat overgewicht ontstaat bij deze groep zijn benaderingen nodig die meer gericht zijn op een duurzame verandering binnen de Turkse gemeenschap zelf. Om dit te bewerkstelligen worden er momenteel in Den Haag twee pilots voorbereid die als doel hebben met 'social marketing technieken' een positieve verandering in gezond gedrag (voeding en beweging) binnen de Turkse gemeenschap te realiseren.

Dankwoord

We willen Ron Smit (GGD/JGZ 4-19 jaar) en Marion Groeneveld (Jong Florence, JGZ 0-4 jaar) bedanken voor hun hulp bij het verkrijgen van alle gegevens uit de digitale gezondheidsdossiers van de JGZ.

Referenties:

1. 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):1303-1308.
2. Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R, Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4759.
3. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101 (3 Pt 2):518-525.
4. Wabitsch M. Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr* 2000; 159 Suppl 1:S8-13.
5. Schonbeck Y, Talma H, van DP, Bakker B, Buitendijk SE, Hirasing RA, van Buuren S. Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: a comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PLoS One* 2011;6(11):e27608.
6. De Wilde JA, Middelkoop BJ, van Buuren S, Verkerk PH. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Een trendanalyse van 1999 tot en met 2007. *Epidemiologisch Bulletin* 2008;43(4):37-46.
7. De Wilde JA, van Dommelen P, Middelkoop BJ, Verkerk PH. Trends in overweight and obesity prevalence in Dutch, Turkish, Moroccan and Surinamese South Asian children in the Netherlands. *Arch Dis Child* 2009;94(10):795-800.
8. Low S, Chin MC, Deurenberg-Yap M. Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38(1):57-59.
9. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA* 2012;307(5):483-490.
10. Olds T, Maher C, Zumin S, et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *Int J Pediatr Obes* 2011;6(5-6):342-360.
11. Rokholm B, Baker JL, Sorensen TI. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999--a review of evidence and perspectives. *Obes Rev* 2010;11(12):835-846.
12. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-1243.
13. De Wilde JA, Middelkoop BJ, van Buuren S, Verkerk PH. Ondergewicht, overgewicht en obesitas in twee generaties Surinaams-Hindostaanse kinderen van 3-15 jaar: Een historische cohortstudie. *Epidemiologisch Bulletin* 2012;47(3):2-9.
14. Kist-van Holthe JE, Beltman M, Bulk-Bunschoten AMW, et al. JGZ-richtlijn Overgewicht - Preventie, signalering, interventie en verwijzing; Utrecht, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), 2012.
15. Uitewaal P. Hulpverleners in dialoog met Turkse wijkbewoners: gezonde leefstijl en bewonersparticipatie. *Epidemiologisch Bulletin* 2012;47(2):2-10.
16. Schwanen I. Overweight in Turkish children: the parent's perception [Master thesis]. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2012.
17. Vlasblom E, L'Hoir M, De Wilde JA. Relatie tussen opvoedingsstijl van Turkse en Nederlandse ouders en de BMI van hun kind. ZonMw rapportage. Den Haag: Gemeente Den Haag, GGD Den Haag, Jeugdgezondheidszorg, 2011.

Welzijnswerk als motor van de gezonde samenleving

Foger de Jong

In het maartnummer van dit Bulletin schetste Ben van Gent de infrastructuur van de gezondheidszorg zoals die in de loop der jaren is gegroeid, met verschillende organisaties voor cure, care en preventie. Van Gent liet tevens zien waaraan de huidige infrastructuur zijns inziens mank gaat en pleitte voor een nieuwe opzet. Kenmerken van zo'n nieuwe opzet zijn onder meer een duidelijker infrastructuur voor cure, care en preventie, gericht op één resultaat, met voor iedere cliënt één vertrouwenspersoon, die als voorziening wordt betaald en niet op basis van productie.

Op wijkniveau bepleitte Van Gent basisvoorzieningen volgens dezelfde drie lijnen (cure, care, preventie), met contracten voor zorg en welzijn, op basis van prijs en kwaliteit.

De redactie vroeg de lezers te reageren. Hierop verscheen in het juninummer de reactie van Peter Bakens, docent verpleegkunde aan de Haagse Hogeschool. Bakens betoogde dat het tijd is voor de invoering van verpleegkundige zorgcentra in de eerste lijn. Kleinschalig, met aandacht voor preventie en zelfmanagement. In dit decembernummer volgt een reactie vanuit het welzijnswerk. De auteur is bestuurder van Xtra, de overkoepeling van de Haagse welzijnsorganisaties MOOI, Vóór Welzijn, en Zebra.

De auteur betoogt dat het welzijnswerk van nature vanuit haar positie, competenties en methodieken investeert in de vitaliteit van de burger én in een vitale samenleving. Zijns inziens levert het op die manier kijken naar cure en care, en het vanuit dat perspectief op elkaar laten aansluiten van welzijn en zorg een ongekende meerwaarde op voor de samenleving.

Het niet-zorg-perspectief

In de discussie over de gezondheidszorg speelt betaalbaarheid van de zorg een grote rol. Gelet op de omvang van het budget nu en de verwachting naar de toekomst toe, niet zo raar. Nadeel is echter dat daarmee de inhoudelijke overwegingen om veranderingen door te voeren naar de achtergrond dreigen te verdwijnen. Waardoor het lijkt alsof elke gedachte over aanpassing van werkwijzen, en het beter ordenen van preventie, care en cure alleen vanuit financiële overwegingen tot stand komt.

In dit kader is het artikel van Ben van Gent in het epidemiologisch bulletin (jrg 47, nr 1) een toe te juichen poging om minder vanuit de kosten maar meer vanuit het te verwachten resultaat te kijken naar de gezondheidszorg en met name naar de wijze waarop preventie, care en cure op elkaar aansluiten. Van Gent doet aanzetten om preventie, care en cure beter tot hun recht te laten komen. Hij kiest er in zijn benadering voor om deze naast elkaar, in afzonderlijke lijnen, te positioneren. Hij doet dit vanuit het perspectief van de zorg en zoekt daarbij mijns inziens

‘De huidige overheid wil niet worden aangesproken als verzorgingsstaat, maar stimuleert zelfredzaamheid en informele zorg, en staat garant voor een professioneel systeem waar deze tekortschieten’

te weinig naar samenhang en verbinding vanuit een niet-zorg perspectief (het ‘vitale perspectief’). Zo zet hij in zijn bijdrage de waarde van de zorg- en welzijnsprofessional af tegen die van de vrijwilliger, terwijl beide groepen elkaar versterken én een eigen zelfstandige waarde hebben.

Ben van Gent heeft zijn roots in de zorg. Dit zal ongetwijfeld mede debet zijn aan zijn kijk en voorgestelde keuzes. Een reactie vanuit het welzijnswerk kon niet achterwege blijven. Welzijnswerk staat hier voor het brede aanbod, met een gevarieerde set aan methodieken om burgers in wijken sociale ondersteuning en maatschappelijke ontwikkeling te bieden.

Van rijk naar wijk

De overheid is in toenemende mate op zoek naar een

Over de auteur:

J.G.J. de Jong is historicus en bestuurder van Xtra, de overkoepelende organisatie van de welzijnsorganisaties Zebra, MOOI en Vóór Welzijn. E-mail: j.dejong@xtra.nl.

nieuwe rolverdeling tussen overheid, burger en professionele organisaties en daarmee ook naar haar eigen rol. Primair stelt de overheid de burger en diens directe omgeving verantwoordelijk voor eigen welzijn en gezondheid. Informele steunsystemen en netwerken acht de overheid daarbij wezenlijk.

Daar waar de zelfredzaamheid en zorgzaamheid te wensen overlaten, komt het professionele systeem in beeld. De huidige overheid wil niet langer worden aangesproken als verzorgingsstaat, maar stimuleert zelfredzaamheid en informele zorg en staat garant voor een professioneel systeem waar deze tekort schieten.

‘Stelling: welzijnswerk voorkomt dat mensen in dure zorg belanden’

Daartoe voert de overheid grote decentralisaties uit, die vanzelfsprekend, zeker in deze tijd, gepaard gaan met forse bezuinigingen.

De gemeenten staan voor de taak om, bij voorkeur samen met het maatschappelijk veld, te komen tot een meer efficiënt en integraal systeem van maatschappelijke ondersteuning op het terrein van welzijn en zorg, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van de burger centraal en voorop staat. Gemeenten nemen deze opgave serieus en stoppen veel energie in het selecteren van de juiste partners. Veelal kiezen zij voor ‘aanbesteding’ als vorm. Waarmee ze vooral opdrachtgever worden. Maar juist in de domeinen zorg en welzijn, waar het kwetsbare burgers betreft, is niet alleen behoefte aan goed opdrachtgeverschap, maar ook aan actief partnership, ruimte voor vernieuwing en controle op de aansluiting tussen aanbod en behoefte. Dit vraagt om een flexibele sturing. Zowel vanuit het perspectief van de gemeente als vanuit dat van het welzijnswerk en de zorg (care) is naar mijn opvatting subsidiëring nu juist de meest passende financieringsvorm. Afhankelijk van de gekozen subsidievorm kan telkens bijstelling plaats vinden. Voorwaarde is wel dat de onderscheiden verantwoordelijkheden van betrokken partijen worden herkend en erkend. De ervaring leert dat dat uiteindelijk een effectief proces is.

Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving

De verzorgingsstaat waarin voor de burger alles is geregeld (gezondheidszorg, onderwijs, werkgelegenheid, sociale zekerheid), is niet langer (financieel) houdbaar en wordt ook niet langer wenselijk gevonden.

De verzorgingsstaat is aan het plaatsmaken voor een vitale samenleving waarin participatie tot norm is

verheven. De kracht van de burger en de vitaliteit van de samenleving komen centraal te staan. Dit doet een groot appel op burgers om een bijdrage te leveren aan de eigen omgeving en de samenleving.

Tegelijk is deze participatiesamenleving van betekenis voor de burger zelf (eigenwaarde, beroep op kennis, ervaring, van betekenis zijn, omgaan met beperkingen) en voor de maatschappij als geheel. Aan het welzijnswerk is deze verandering niet ongemerkt voorbij gegaan. Van het welzijnswerk wordt verwacht dat zij initiatieven van burgers ondersteunt waar dat gevraagd of gewenst wordt (voor zover deze bijdragen aan een zorgzame, participerende samenleving), en dat het burgers en organisaties bij elkaar brengt. Mensen die aangewezen zijn op individuele ondersteuning, krijgen wanneer het eigen netwerk dat niet levert, professionele hulp. Ook dan zal de directe omgeving zoveel mogelijk worden ingeschakeld. Dat wordt niet gezien als een zwakgebod, integendeel, verborgen en latente krachten kunnen zo worden aangeboord en benut.

Gezondheid als pars pro toto van welzijn

Zorg en welzijn hebben zich de afgelopen decennia relatief gescheiden ontwikkeld. Onder invloed van wetgeving en geldstromen zijn twee institutionele systemen ontstaan. Deze systemen zijn onvergelijkbaar en hun samenwerking is bescheiden.

De onderlinge afstemming is nog onvoldoende maar de laatste tijd vinden in toenemende mate dienst- en hulpverleners elkaar in de wijk. Heel actueel is de vraag hoe we met elkaar een dekkende infrastructuur voor (vroeg)signalering in de wijken kunnen realiseren en wat dan de afspraken moeten zijn voor adequate opvolging, verwijzing en overdracht.

In zijn behoefte aan heldere ordening onderscheidt Van Gent drie, verticale systemen: care, cure en preventie. Preventie beschouwt hij vanuit het perspectief van de zorg vooral gericht op het voorkomen van dure, langdurige zorg. Daarmee ontkent hij de eigenstandige waarde van welzijnswerk, juist op het gebied van preventie. Hij ontkent daarmee ook dat echte preventie veel breder is dan het voorkómen van ziekte en dat gezondheid meer is dan het ontbreken van ziekte.

Dat komt vaker voor; gezondheid en gezondheidszorg (cure) worden veelal op een meer professioneel plan geplaatst dan welzijn en welzijnswerk.

Van welzijnswerk wordt (door de bril van de zorg) verwacht dat zij hooguit een (tertiaire) preventieve bijdrage levert...

Daarmee wordt welzijn van de tweede orde en worden de mogelijkheden die welzijn biedt, onvoldoende benut. Kijken we naar wat er omgaat in financiële zin dan klopt dat. Maar kijken we naar de betekenis voor de kwaliteit van leven dan ligt dat geheel anders.

De kwaliteit van leven, het welbevinden/welzijn van de burger, is meer dan alleen het genezen van ziekte (cure).

Welzijn in de vitale samenleving

Hoewel hard bewijs moeilijk te leveren is durf ik de stelling wel aan dat welzijnswerk voorkomt dat mensen in dure zorg belanden.

Het welzijnswerk kiest een andere invalshoek dan care en cure: zij beschouwt mensen niet als cliënt of patiënt maar als vitale burger in een vitale samenleving. Een vitale burger is energiek en weerbaar en voert zelf regie over eigen leven; maakt keuzes die van invloed zijn op eigen wel en wee en beschikt over vaardigheden en sociale netwerken om weerbaar te zijn in gevallen van tegenslag of ziekte. Iedereen kent wel periodes waarin hij/zij kwetsbaar is. In een vitale samenleving zijn er sterke sociale verbanden in buurten en wijken; hebben burgers aandacht voor elkaar en kunnen mensen met een beperking deel uitmaken van die samenleving omdat er zorgzaamheid, ondersteuning en zorg in de buurt voorhanden is. Een mooi voorbeeld in deze is de gezondheidsdialoog zoals beschreven in het epidemiologisch bulletin jrg 47, nr 2.

Welzijnswerk is te vatten onder de de 3 P's: presentie, participatie en preventie:

Presentie:

De welzijnswerkers staan dicht bij mensen en zijn een begrip in buurten en wijken. Welzijn bevordert dat burgers onderling contact hebben en schakelen met instanties, organisaties en overheden. Voor de mensen die dat nodig hebben, blijft welzijnswerk in de buurt, biedt het steun en hulp en schakelt zo nodig specialistische zorg in. Het credo hierbij is: 'van zorgen voor naar zorgen dat'.

Door de fysieke aanwezigheid en zichtbaarheid in de buurt geniet de welzijnswerker vertrouwen, weet hij wat er speelt in de buurt en komt hij 'aan de keukentafel'.

Participatie:

Welzijnswerk stimuleert actief burgerschap. Zij is in staat de zelfredzaamheid onder individuen en

gemeenschappen te vergroten en helpt kwetsbaren te participeren. Welzijnswerk faciliteert en stimuleert (initiatieven van) burgers. Hiertoe legt zij de verbinding tussen maatschappelijke organisaties in buurt en wijk. Daarnaast beheert zij basisvoorzieningen als De Haagse hopjes (speelplekken met speelgoeduitleen), sportplekken, voorscholen (voor kinderen van 2,5 tot 4 jaar met achterstand) en buurtcentra, waar ontmoetingen tussen burgers tot stand komen en binding ontstaat.

'Bij het concept van de vitale, zelfzorgzame burger hoort een compenserend systeem'

Preventie:

Welzijnswerk zorgt ervoor dat in een vroeg stadium risico's en risicofactoren worden onderkend en dat daarop actie wordt ondernomen (zie presentie en participatie). Daarmee wordt voorkomen dat dure curatieve maatregelen moeten worden ingezet.

Door (vroegtijdige) signalering en met adequate interventies versterkt het welzijnswerk de zelfredzaamheid van de individuele burger. Daarnaast biedt het welzijnswerk ondersteuning en hulp aan degenen die (nog) niet daartoe in staat zijn. Indien zorg gewenst is wordt doorverwezen. Naast deze individuele benadering bevordert het welzijnswerk de sociale ontwikkeling van groepen burgers. De vraag van de buurtbewoner is het uitgangspunt en vervolgens draait het om vroegsignalering, het organiseren van een frontlijn, het bevorderen van gezonde leefstijl en het stimuleren van zelfredzaamheid en zelfmanagement. Ook het opsporen van de verborgen vraag, zoals verondersteld bij zorgmijders en zorgmissers is van belang.

In de nieuwe visie op de zorgzame en vitale samenleving is een actieve en alerte frontlijn essentieel. Immers, bij het concept van de vitale, zelfzorgzame burger en zijn systemen hoort een compenserend systeem dat tijdig het gebrek aan regie signaleert, in actie komt en de kwetsbare burger ondersteunt naar zelfredzaamheid.

Welzijnswerk kan dat niet alleen en niet zonder te vernieuwen en te innoveren. In afstemming met haar zorg- (en andere) partners zal welzijnswerk haar rol moeten vernieuwen en opnieuw vormgeven. Huisarts, jeugd- en wijkverpleegkundige, jeugdzorg, huismeester, wijkagent en onderwijzer zijn daarbij de partners.

Ter versterking van de afspraken tussen de maatschappelijke partners dient er ook op bestuurlijk niveau in de wijken afstemming en vernieuwing plaats te vinden en moeten samenwerking en ontwikkeling in het maatschappelijk veld worden gestimuleerd. Het logische bestuurlijk vehikel voor deze samenwerking zijn de WoonServiceWijken (brede samenwerkingsverbanden op stadsdeelniveau van maatschappelijke organisaties zoals woningcorporaties en zorg- en welzijnsinstellingen, om beter zaken op elkaar af te stemmen en nieuwe initiatieven te nemen).

Tot slot

Een gezonde samenleving is een vitale samenleving met vitale burgers. Investeren in die vitaliteit heeft onder meer tot resultaat dat het beroep op de (gezondheids)zorg vermindert. Het welzijnswerk heeft van nature de positie, competenties en methodieken om in een vitale samenleving te investeren. Vanuit dat perspectief kijken naar cure en care, en vanuit dat perspectief welzijn en zorg op elkaar laten aansluiten levert enorme meerwaarde op. Dan blijkt welzijnswerk de gedroomde motor voor de gezonde samenleving.

Korte berichten

Advies Gezondheidsraad

Advies over Vitamine D overgenomen door minister

Voor ieder mens is het van belang om voldoende vitamine D binnen te krijgen en aan te maken. Je krijgt het binnen via voeding en je maakt het zelf aan onder invloed van zonlicht. In de kindertijd is vitamine D nodig voor groei van de botten, op latere leeftijd zorgt vitamine D, onder meer voor vertraging van botontkalking en behoud van spierkracht. Wanneer zonlicht en voeding onvoldoende vitamine D opleveren, wordt geadviseerd een supplement te nemen.

Al in 2008 heeft de Gezondheidsraad advies uitgebracht over 'een toereikende inname van vitamine D', met als doel ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen voldoende vitamine D binnenkrijgen, zonder dat sommigen er teveel van innemen. Voor bepaalde bevolkingsgroepen werd suppletie van vitamine D wenselijk geacht. In 2012 heeft de Gezondheidsraad de suppletieadviezen herzien en in oktober j.l. heeft de minister van VWS deze adviezen overgenomen. Voortaan wordt de volgende groepen aangeraden om dagelijks een supplement van 10 microgram te nemen: *kinderen van 0 tot 4 jaar *vrouwen tussen 50 en 70 jaar *zwangere vrouwen *mensen tot 70 jaar met onvoldoende zonlicht-blootstelling *mensen tot 70 jaar met een donkere huid. Alle personen vanaf 70 jaar krijgen het advies om een supplement van 20 microgram vitamine D te nemen.

Het advies dat de minister nu heeft overgenomen is eenvoudiger dan dat uit 2008 - en dus eenduidiger in de uitvoering - en verschilt onder meer op het punt van inname van suppletie door zwangere vrouwen. Zwangere vrouwen wordt nu geadviseerd vitamine D te nemen, niet omdat bewezen is dat zij voor zichzelf extra vitamine D nodig hebben, maar uit voorzorg voor het ongeboren kind. Veel zwangere vrouwen hebben te lage vitamine D spiegels. Hoewel gezondheidseffecten bij baby's van licht verlaagde spiegels bij de moeder (nog) niet bewezen zijn, heeft de Gezondheidsraad, en nu dus ook de minister, gekozen voor het zogeheten voorzorgprincipe.

Het Voedingscentrum, dat tot taak heeft de uitspraken van de Gezondheidsraad om te zetten naar praktische adviezen voor alle Nederlanders, start binnenkort met voorlichting over voedingsnormen en suppletieadviezen. Het Voedingscentrum heeft een communicatieplan voorbereid en een toolkit ontwikkeld ten behoeve van een juiste en eenduidige voorlichting aan professionals en consumenten. Meer hierover op www.voedingscentrum.nl/vitamineD.

Vrijwilligerswerk

Vrijwilligerswerk als alternatief voor werkeloosheid onder recent afgestudeerden

Projects Abroad regelt vrijwilligerswerk en stages in het buitenland. Een nieuw initiatief van deze organisatie is Projects Abroad PRO.

Doel van dit initiatief is om ervaren professionals te koppelen aan lokale partners in ontwikkelingslanden. Door hun kwalificaties in een ontwikkelingsland in te zetten kunnen zij hun opgedane kennis delen en uitbreiden. De projecten zijn ook zeer geschikt voor afgestudeerden die, voordat ze een vaste baan in eigen land vinden, er nog tussenuit willen en daarbij hun kennis en ervaring op hun werkgebied willen uitbreiden, zodat ze bij terugkomst meer kans hebben op de arbeidsmarkt. Binnen Projects Abroad PRO hebben de vrijwilligers de keuze uit diverse projecten op het gebied van sociaal maatschappelijk werk, medisch werk, onderwijs, mensenrechten, cultuur en media, techniek, business development en natuur en milieu. Bestaande projecten kunnen op maat worden gemaakt, zodat de kwaliteiten van de afgestudeerden optimaal kunnen worden benut.

Projects Abroad organiseert sinds 1992 vrijwilligerswerk en stages in het buitenland. Jaarlijks reizen er gemiddeld 8500 internationale deelnemers af naar een van de vele bestemmingen. Het project is in Engeland opgezet en wordt nu ook in Nederland uitgevoerd. Voor meer informatie zie de websites: www.projects-abroad.nl en www.projects-abroad-pro.nl.

Voorlichting

De Lovebuzz van de Rutgers stichting

De Lovebuzz is een omgebouwde truck waarmee Rutgers WPF voorrijdt bij middelbare scholen.

In de truck kunnen leerlingen van de onderbouw een uur lang een game spelen dat draait rond de liefdesissues van zes personages. Ieder personage heeft zijn of haar eigen vragen over liefde en vriendschap. Ter voorbereiding krijgen de leerlingen een 'liefdesbrief' van de personages en voeren ze opdrachten uit. Docenten kunnen hun klas(sen) opgeven voor gratis deelname via www.lovebuzz.nl. Bij reservering komt de truck een hele dag naar de school en kunnen meerdere klassen de truck bezoeken.

Cursussen

Health System Research

Maak kennis met onderzoek naar de werking van (internationale) gezondheidszorgsystemen en leer hoe de resultaten van dit onderzoek bijdragen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, project- en afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau. U werkt bij een GGD, een gemeente, een (koepel) van zorgverzekeraars, een gezondheidsbevorderend instituut, de thuiszorg of andere zorginstelling, een bedrijf dat zich bezig houdt met gezondheid, een universiteit of bij een ministerie. Data: donderdag 17, vrijdag 18, donderdag 24 en vrijdag 25 januari 2013
Kosten: € 1.540
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=621>

Basismodule Algemene Gezondheidszorg

Leer in drie dagen basisprincipes van de infectieziekte-, tbc-, soa- en

aidsbestrijding, de technische hygiënezorg, medische milieukunde en OGGZ.

Doelgroep: hbo-opgeleide verpleegkundigen werkzaam in de publieke gezondheidszorg. De module is met name geschikt voor diegenen die nog niet lang werkzaam zijn in de infectieziektebestrijding, soa- en aidsbestrijding, tbc-bestrijding, medische milieukunde, technische hygiënezorg, OGGZ, of degenen die basis-kennis willen verwerven over al deze vakgebieden. U werkt bijvoorbeeld bij een GGD, een kennisinstituut of een zorginstelling.

Data: maandag 21, 28 januari, 11 februari 2013

Kosten: € 900

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=777>

Strategie en beleid in de publieke gezondheid

Leer acteren in het complexe veld van de publieke gezondheid en ontwikkel een strategie voor een integrale aanpak.

Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, project- en afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau.

U werkt bij een GGD, een gemeente, een (koepel) van zorgverzekeraars, een gezondheidsbevorderend instituut, de thuiszorg of andere zorginstelling, een bedrijf dat zich bezig houdt met gezondheid, een universiteit of bij een ministerie.

Data: donderdag 14 februari, 7 en 21 maart, 4 april, 16 en 30 mei, 13 juni 2013

Kosten: € 4.110

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=623>

Beheer, sturing en verbetering in de publieke gezondheid

Leer hoe u vernieuwingen in de publieke gezondheid kunt borgen en beheren door evaluatie, kwaliteitscyclus en verbeterprojecten.

Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, project- en afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers in de volksgezondheid met een academisch denk- en werkniveau.

Data: vrijdag 8 en donderdag 14 en 28 maart, 18 april, 16 en 30 mei en 13 juni 2013

Kosten: € 4.110

Locatie: Utrecht

Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=625>

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH, telefoon (020) 409 70 00, e-mail info@nspoh.nl.

Onlangs is de nieuwe bij- en nascholingsbrochure van NSPOH verschenen, *Public & occupational health in 2013*. De brochure beschrijft 155 verschillende modulen. Sommige modulen maken deel uit van een grotere opleiding, andere zijn specifiek ontwikkeld om professionals in de praktijk in korte tijd te scholen in actuele vraagstukken.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2012, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waarin alle aangifteplichtige meldingen geregistreerd worden, en op gegevens van ons elektronisch patiëntendossier, het programma HPZone.

Meldingen over het derde kwartaal 2012

In dit rapport worden de gegevens van het derde kwartaal 2012 besproken. Het aantal meldingsplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag gemeld bij het Centrum voor Infectieziektebestrijding bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

in het derde kwartaal 2012 was 172 (exclusief de meldingen van TBC). Dit is hoger dan het aantal in dezelfde periode in 2011 (135, exclusief de meldingen van TBC). Dit verschil in het totale aantal meldingen is bijna uitsluitend te wijten aan de stijging van het aantal meldingen van kinkhoest die ook landelijk speelt. Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Hepatitis A

Vier patiënten met hepatitis A werden gemeld; ze waren in Egypte resp. in Marokko besmet.

Hepatitis B

Het aantal hepatitis B meldingen (37: 34 chronische gevallen en 3 acute gevallen) was iets lager dan tijdens de zelfde periode in 2011 (47). In de categorie chronische gevallen waren mannen iets meer vertegenwoordigd. Het betrof vooral de leeftijdscategorie van 20-39 jaar. Meestal gaat het om personen afkomstig uit landen waar de ziekte veel voorkomt. De besmettingsbron is doorgaans niet bekend. Bij tweederde van de gevallen wordt verticale transmissie als meest waarschijnlijke bron aangegeven. Daarbij geeft een besmette moeder het virus door aan haar kind rond de bevalling. Twee patiënten waren waarschijnlijk via intraveneus drugsgebruik besmet. Acute hepatitis B werd gemeld bij

3 mannen. Eén patiënt was waarschijnlijk besmet via een prik met een besmette naald.

Van de overige 2 patiënten kon de vermoedelijke bron niet achterhaald worden.

Hepatitis C (recent)

Een vijftigjarige man werd gemeld met een recent opgelopen hepatitis C. De besmettingsbron was waarschijnlijk homoseksueel contact. In samenwerking met het ziekenhuis zijn de bereikbare contacten door de patiënt zelf gewaarschuwd zodat zij zich kunnen laten onderzoeken op deze ziekte.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (95) was het dubbele van het aantal gevallen dat in dezelfde periode in 2011 werd gemeld (45). De landelijke verheffing van kinkhoest die al in het tweede kwartaal uitvoerig is besproken, zet zich voort. De GGD heeft een voorlichtingsfolder gemaakt die aan zwangere vrouwen uitgedeeld wordt door verloskundigen. De folder wordt ook uitgedeeld bij het eerste bezoek aan het consultatiebureau. De folder adviseert hoogzwangere vrouwen en ouders van onvolledig gevaccineerde zuigelingen om snel de huisarts te raadplegen indien er nauw contact is geweest met een hoestende persoon. Het doel is de huisarts in staat te stellen via snelle diagnostiek te bepalen of de hoestende persoon kinkhoest heeft en zo nodig snel antibiotica voor te schrijven ter voorkoming van kinkhoest bij de zuigeling. Onvolledig gevaccineerde zuigelingen zijn immers zeer kwetsbaar voor kinkhoest.

Legionellose

Drie patiënten werden gemeld die allen in het buitenland (Turkije,

Griekenland en Spanje) deze longontsteking hadden opgelopen.

Leptospirose

Deze ziekte, waarvan verschillende vormen bestaan zoals de modderziekte, de melkersziekte en de ziekte van Weil, wordt doorgaans opgelopen door contact met urine of uitwerpselen van besmette ratten. Van deze aandoening werd 1 patiënt gemeld. De patiënt was waarschijnlijk besmet door contact met water tijdens raften in Thailand.

Listeriose

Deze infectieziekte die zeer diverse verschijnselen kan geven is vooral gevaarlijk voor mensen met een sterk verzwakte afweer en voor het ongeboren kind bij zwangere vrouwen die de ziekte doormaken. De besmettingsbron ligt vooral in voeding zoals zachte kazen die met ongepasteuriseerde melk zijn bereid, paté en andere voedingswaren.

Van deze aandoening werden drie bejaarde mannelijke patiënten met ernstig onderliggend lijden gemeld. Bij de patiënten wordt een uitgebreide vragenlijst afgenomen om te onderzoeken of er misschien een gemeenschappelijke besmettingsbron kan gevonden worden.

Dit gebeurt door het vergelijken van vragenlijsten die over heel Nederland afgenomen worden. De besmettingsbron van een individuele patiënt kan bijna nooit worden aangetoond.

Malaria

De 13 patiënten die gemeld werden waren op één na allen besmet in Afrika. Eén patiënt liep de ziekte op in Pakistan. Geen van hen had tijdens hun verblijf in deze landen malariaprofylaxe geslikt.

Meningokokkenziekte

Een éénjarig kind werd gemeld met een meningokokkenziekte veroorzaakt door type B van deze bacterie. Tegen dit type bacterie bestaat nog geen vaccin.

Ter voorkoming van verdere verspreiding is antibiotica gegeven aan personen die tijdens de besmettelijke periode intensief contact hadden met de patiënt.

Paratyphus B

Deze ziekte lijkt op buiktyfus maar is doorgaans minder ernstig.

Twee volwassenen mannen werden gemeld. Zij hadden de besmetting in Turkije resp. Bulgarije opgelopen.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Twee mannen, 2 vrouwen en 1 jongen werden gemeld.

Deze ziekte veroorzaakt dikwijls bloederige diarree. Twee van deze patiënten waren in Marokko besmet, 2 in Nederland en 1 in Bolivia. Van de patiënten die in Nederland waren besmet heeft één de ziekte mogelijk door homo-seksueel contact opgelopen. Van de andere is de besmettingsbron niet gevonden.

STEC/Enterobemorrhagische E. coli-infectie

Van deze ziekte, meestal opgelopen door eten van onvolgdoende gebakken vlees, zijn een volwassen man en een jongen gemeld. Zij waren in Suriname resp. in Turkije besmet.

Voedselinfecties

Er waren meldingen van 2 of meer patiënten met gastro-enteritis met een onderlinge relatie wijzend op voedsel als een bron. Hiervan zijn 3 meldingen gedaan waarbij de campylobacter bacterie de verwekker was. Eén melding betrof 11 personen die waarschijnlijk na het nuttigen van een barbecue ziek zijn geworden.

Verder is een gezin van 4 personen en een groep van 4 studentes besmet in Pakistan resp. in Turkije.

Landelijke uitbraak van voedselinfectie door Salmonella Thompson

Begin juli is een landelijke uitbraak ontstaan veroorzaakt door een salmonellabacterie van het type Thompson. Na uitgebreid onderzoek door het RIVM en de GGD's werd als besmettingsbron aangehouden gerookte zalm. De bron van de besmetting van die gerookte zalm lag in een bedrijf in Griekenland dat de zalm bewerkte.

Na bekendmaking van de besmettingsbron is de besmette zalm uit de rekken gehaald. Ook in Den Haag zijn in het derde kwartaal 21 bevestigde gevallen van ziekte door deze bacterie gemeld.

Hantavirus in het Yosemite National park in de VS

Op 27 augustus 2012 werd door het Centers for Disease Control (een instelling gelijkend op het RIVM) in de VS een uitbraak van hantavirus gemeld onder

bezoekers die overnacht hadden in het Signature Tent Cabins in Curry Village in het Yosemite National park. Hantavirussen worden overgedragen door knaagdieren, in het bijzonder door muizen, woelmuizen en ratten. Besmette knaagdieren scheiden het virus uit in uitwerpselen en urine. Als dit opdroogt kunnen de virusdeeltjes verwaaien en mensen besmetten. Dit virus kan mogelijk een dodelijke longontsteking veroorzaken. Ook in Nederland komt het hantavirus voor. Het gaat dan om een ander type hantavirus dan het virus dat in Yosemite Park voorkomt. Het CDC heeft aan het RIVM de namen verstrekt van Nederlanders die er tijdens de besmettelijke periode verbleven (vanaf 10 juni 2012). De GGD is 23 keer gebeld door personen die in het tentenkamp hebben gelogeerd of het park hebben bezocht. Geen van deze personen is ziek geworden door het virus.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het derde kwartaal 2012.

Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Aandoening	Kinderopvang	Verpleeg- en verzorgingshuis	Eindtotaal
Conjunctivitis	1		1
(Milde) luchtweginfectie		1	1
Huiduitslag (impetigo, vijfde ziekte, zesde ziekte, hand-voet en mondziekte)	10		10
Eindtotaal	11	1	12

Het aantal meldingen uit instellingen was minder dan het aantal meldingen in het voorgaande kwartaal (18). Het verschil is vooral te wijten aan minder meldingen van impetigo.

Meldingen tijdens het derde kwartaal 2012 voor de GGD Zuid-Holland West

Bof

Er zijn geen meldingen van bof geweest in het derde kwartaal.

Bof heeft een duidelijke seizoenstrend.

De meeste patiënten met bof die bij de GGD Zuid-Holland West worden gemeld zijn studenten.

De meldingen vinden vooral in het vierde en eerste kwartaal plaats.

Hepatitis B

Er zijn 10 meldingen van hepatitis B geweest. In alle gevallen betrof het chronisch dragerschap.

Kinkhoest

Er zijn 196 meldingen van kinkhoest geweest.

In de maanden augustus en september was het aantal meldingen minder dan in de maanden juni en juli. Deze trend is in heel Nederland zichtbaar.

Legionellose

Er zijn 2 patiënten met een legionellose gemeld.

Een patiënt had de Legionella bacterie waarschijnlijk in Frankrijk opgelopen. De andere patiënt was niet in het buitenland geweest.

Een bron is niet gevonden.

Leptospirose

Er is een patiënt met leptospirose gemeld. Het betrof een kind. De ziekte was waarschijnlijk in Frankrijk opgelopen.

Listeriose

Er is een patiënt gemeld met listeriose. Het ging om een patiënt met een onderliggend lijden

waardoor er een verminderde weerstand was. Verder gebruikte de patiënt maagzuurremmers. Dit zijn extra risico's voor listeriose.

Malaria

Er is een patiënt gemeld met malaria veroorzaakt door de Plasmodium vivax. De patiënt was in Ethiopië geweest en had bewust geen malariaprofylaxe genomen.

Meningokokkose

Er zijn 2 patiënten met meningokokkose gemeld. Een 80-jarige man met meningokokkose veroorzaakt door de meningokok type B en een 14-jarige jongen bij wie ook een type B is gevonden.

Paratyfus B

Er was 1 melding van paratyfus B. De patiënt was in Maleisië op vakantie is geweest.

Shigellose

In het derde kwartaal zijn er 3 meldingen van shigellose geweest. In 2 gevallen ging het om een Shigella sonnei. Deze mensen waren in Indonesië en Turkije geweest. De patiënt die in India was geweest, had de Shigella flexnerie opgelopen.

STEC

Er is 22 maal een Shiga-toxine producerende E-Coli gemeld. Er was geen sprake van een cluster. Een specifieke voedselbron is niet gevonden.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het derde kwartaal 2012			Voorgaande 4 kwartalen					t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 3e kw. 2012	GGD-Zuid Holl.West 3e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw 2012	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 3e kw 2011	
A-ziekten	Nieuwe Influenza A (H1N1)								36	
B-ziekten	5	3	8	16	7	8	15	31	30	
				1					3	
						1		1		
	4		4	4		2		6	7	
	35	10	45	62	66	53	48	146	188	
	1		1	1				1	5	
	95	196	291	95	95	119	238	648	224	
	3	2	5	10	1	1	2	8	16	
									4	
	1	2	3		3		2	5	4	
	2	1	3	3	1	1		4	7	
	24		24	22	34	22	25**	71**	69	
	3		3	6		3	1	7	6	
				1		3		3	13	
C-ziekten	2	22	24	20	12	11	20	55	39	
	1	1	2					2		
	13	1	14	13	8	1	2	17		
					2		2	2	2	
							1	1		
				5	2	16	12	28	55	
	3	1	4		3	1	2	7	2	
				3	1	2	1	3	7	
						1		1	2	
				1	1				3	
	192	239	431	263	235	245	371	1047	743	

*)inclusief dragers

**)Dit aantal is een schatting. Door problemen met de computer kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.
Dit aantal is een schatting.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland en Westland.



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kostenloos* toegestuurd.*

• **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam/organisatie: /

Straat:

Postcode/stad: /

• **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

• **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

• **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

* **Stuur deze bon aan: zie achterkant**

Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z/Epi, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13034
2501 VG Den Haag