

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 51

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

4

2016

VOLKSGEZONDHEID

Wethouder Lugthart uit Rijswijk over samenwerking dankzij decentralisatie > p. 4

Cultuursensitief werken

in zorg en welzijn > p. 27

EPIDEMIOLOGIE

Overgewicht Haagse jeugd > p. 7

Stapeling leefstijlfactoren Hagenaars > p. 18

Jongerenenquête 2015 > p. 34

Gezondheid in cijfers > p. 36

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Interview Björn Lugthart (SP), wethouder Sociale zaken, zorg en volksgezondheid Rijswijk Decentralisatie stimuleert samenwerking <i>Liesbeth van Dalen</i>	4
Percentage overgewicht Haagse jeugd 2007-2015 <i>Maartje Keetman, Irene van der Meer, Jeroen de Wilde</i>	7
Stapeling ongezonde leefstijlgewoonten onder Hagenaars van 19 jaar en ouder <i>Nasra Karamali, Mary Berns, Ad van Dijk en Irene van der Meer</i>	18
Cultuursensitief werken in zorg en welzijn: een kwestie van kennis en houding <i>Cor Hoffer</i>	27
Jongerenenquête 2015, gezondheid en leefstijl jongeren in regio Haaglanden <i>Liesbeth van Dalen, Maartje Keetman en Caroline Dekkers</i>	34
Gezondheid in cijfers, thema Ervaren Gezondheid jongeren	36
Korte berichten	37
Meldingen infectieziekten	40

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

Dan kunt u mailen naar: epibul@ggdhaaglanden.nl. De redactie stelt uw reactie zeer op prijs.



Redactioneel

De wethouder die in deze uitgave het woord krijgt, is Björn Lugthart (SP), wethouder Sociale zaken, zorg en volksgezondheid in de gemeente Rijswijk. Hij geeft een beeld van de volksgezondheid en het beleid met vooral aandacht voor alcoholgebruik, overgewicht en geestelijke weerstand. Trots vertelt hij hoe een positieve en enthousiasmerende aanpak hand in hand gaat met intensieve samenwerking tussen zorgverleners, welzijnswerk, woningcorporaties en sportverenigingen. “Die samenwerking is absoluut een positief effect van de decentralisatie”, concludeert Lugthart.

In het daaropvolgende artikel over het percentage overgewicht onder Haagse jeugd blijkt het goede nieuws dat in de periode 2007 – 2015 het aantal kinderen met overgewicht niet is toegenomen. Toch heeft ongeveer een op de vijf Haagse kinderen overgewicht of obesitas. Nog altijd hoog dus. De onderzoekers pleiten voor extra inzet op jonge kinderen, kinderen van Hindostaanse herkomst, kinderen in wijken met achterstand, meisjes en ouders.

Verstevigen van bestaande of opzetten van nieuwe preventieprogramma's lijkt raadzaam voor de Hagenaars waarbij sprake is van stapeling van ongezonde leefstijlfactoren. Door een analyse van gegevens uit de Gezondheidsenquête 2012 wat betreft ontbijt, groente en fruit, roken, bewegen, alcohol en cannabis, blijkt welke ongezonde leefstijlfactoren vaak samen voorkomen en bij wie. De uitkomst is bovendien geclusterd naar wijken met en wijken zonder achterstand.

Cultureel antropoloog en socioloog Cor Hoffer gaat in op cultuursensitief werken in zorg en welzijn. De diversiteit aan achtergronden van cliënten en hun naasten is volgens hem soms groot en ogenschijnlijk complex. Hulpverleners ontmoeten steeds vaker onbekende opvattingen over ziekten en beperkingen, maar ook andere opvoedingsstijlen. Het artikel beschrijft de invloed van cultuur en levensbeschouwing en bevat suggesties voor professionals.

Laatste onderwerp in deze uitgave is de Jongeren-enquête 2015. In een kort artikel krijgt de lezer een impressie van de cijfers over gezondheid en leefstijl van jongeren met een verwijzing naar de rapportages die voor elk van de negen gemeenten van GGD Haaglanden zijn uitgebracht. De thema's zijn zeer divers en lopen uiteen van bewegen en eenzaamheid tot alcoholgebruik, pesten en het accepteren van homoseksualiteit.

De rubriek Gezondheid in cijfers sluit hierop aan met gegevens over hoe jongeren hun gezondheid ervaren. Een tipje van de sluier: 91% van de jongeren ervaart de eigen gezondheid als goed tot zeer goed.

Al met al weer een veelzijdige uitgave. We hopen ook deze keer weer bij te dragen aan de communicatie tussen hulpverleners, beleidsmedewerkers en onderzoekers die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de volksgezondheid in regio Haaglanden.

Zoals altijd zijn reacties en suggesties van harte welkom!

Decentralisatie stimuleert samenwerking

In historisch opzicht is Rijswijk vooral bekend vanwege de ondertekening van de Vrede van Rijswijk in 1697 na de tachtigjarige oorlog. Heden ten dage is het een groene stad midden in Haaglanden met 50 duizend inwoners, ruim drieduizend bedrijven en meer dan 30 duizend arbeidsplaatsen. De volksgezondheid van de bevolking omschrijft de wethouder Sociale zaken, zorg en volksgezondheid Björn Lugthart (SP) als gemiddeld. “We doen het zeker niet slecht, maar ik herken de verbeterpunten die uit het GGD-onderzoek naar voren komen.¹ Onze zorgen liggen vooral op het gebied van alcohol en roken, overgewicht en geestelijke weerstand. Dit zijn dan ook speerpunten in ons beleid voor de volksgezondheid met als kenmerken: een positieve en enthousiasmerende aanpak met intensieve samenwerking tussen zorgverleners, welzijnswerk, woningcorporaties en sportverenigingen. Die samenwerking is absoluut een positief effect van de decentralisatie.”

Liesbeth van Dalen

De ‘vergrijsde bevolking van Rijswijk’ lijkt zich enigszins te verjongen vanwege de nieuwbouwwijk Rijswijk Buiten. Recente cijfers melden een gemiddelde leeftijd van 44,4 jaar. Wethouder Lugthart noemt het een zeer actieve en maatschappelijk betrokken bevolking. “Inwoners zijn echt betrokken bij wat er in de gemeente gebeurt. Bij de in 2015 georganiseerde conferentie Zorg en welzijn waren ruim 250 vertegenwoordigers van het maatschappelijke middenveld, organisaties en inwoners aanwezig. Bij de Stadsconferentie Armoede in datzelfde jaar hadden woningcorporaties, welzijnsorganisaties, hulpverleners, scholen, liefdadigheidsinstellingen en belangenorganisaties ruim driehonderd mensen afgevaardigd.”

Speerpunten volksgezondheidsbeleid

De cijfers liegen er niet om. 48% van de 19-plussers in Rijswijk heeft overgewicht, 44% is eenzaam en 39% heeft een verhoogd risico op een angststoornis of depressie.¹ Het volksgezondheidsbeleid spitst zich

toe op de problematiek alcohol, roken, overgewicht en psychische weerstand van mensen. Daarbij is een benadering met verbieden of betuttelen uit den boze. “We doen het op een enthousiasmerende manier met een positieve insteek. Voorbeeld hiervan is de ‘Ik Pas campagne’. Daarmee dagen we mensen uit om een maand geen alcohol te drinken. Dat organiseren we samen met de GGD en met verschillende ambassadeurs, onder andere de directeur van een zorginstelling. Doel is het onderwerp zodanig te agenderen dat mensen gaan beseffen dat we met ons allen te veel alcohol drinken. Het werkt! Die bewustwording komt met deze campagne op gang. Mede dankzij het gebruik van sociale media zien we discussies ontstaan, ook onder mensen die normaliter niet zo snel een gesprek zouden aangaan. Dat is echt winst.”

Campagne Happy Fit

Enthousiast is de wethouder over de kick off van de campagne ‘Happy Fit’ op 28 september 2016.



“Vorig jaar heeft de gemeenteraad tweehonderd-duizend euro beschikbaar gesteld om bewegen, gezondheid en alles wat er mee samenhangt een impuls te geven. Sportscholen, verenigingen, fysiotherapeuten, zorginstellingen en andere partijen kijken met elkaar hoe Rijswijk gezonder kan worden. Gezonder eten, meer bewegen en impliciet eenzaamheid aanpakken, daar gaat het om. Dit heeft geleid tot het programma Happy Fit, gebaseerd op de door GGD Haaglanden geformuleerde kernboodschappen. De GGD is trekker in de werkgroep en heeft een actieve rol met hun expertise op het gebied van volksgezondheid.”

Gezonder eten, meer bewegen en impliciet eenzaamheid aanpakken, daar gaat het om.

Belangrijkste doelstelling is dat mensen gaan bewegen die daar anders niet mee in aanraking zouden komen. “De kick off bestond onder andere uit een flashmob op allerlei locaties in de stad waarbij we hebben laten zien dat bewegen leuk is, goed voor je is en dat je weer onder de mensen komt. Het tennispark in Rijswijk doet veel meer dan tennissen met bijvoorbeeld een kaartclub voor senioren. Zij zeggen: ‘Als mensen eenmaal de drempel nemen hebben ze daarna echt een leuker leven. Ze bewegen en hebben contacten met andere mensen.’ We hopen met Happy Fit echt groepen en doelgroepen te bereiken die normaliter niet bereikt worden. Ook de groep van 19-plussers die eenzaam is. Voor iedereen is er wel iets, van skaten tot gezond voedsel.”

De campagnes brengen partijen dichterbij elkaar. Lugthart: “Een paar jaar geleden hadden huisartsen weinig kennis van het sociale domein, een scootmobiel aanvragen was voor hen een onbekend terrein. Nu is de kloof tussen een huisarts, fysiotherapeut, diëtist en personal trainer zo klein dat de huisarts met een app een patiënt naar de fysiotherapeut kan sturen, die vervolgens contact legt met de personal trainer om te zorgen dat de cliënt ook gaat bewegen. Dat is het idee achter Happy Fit.”



De Rijswijkse wethouder van Sociale Zaken, zorg en volksgezondheid, Björn Lugthart (SP): “De campagnes van de GGD maken het voor ons een stuk makkelijker om aandacht te besteden aan bijvoorbeeld alcohol en bewegen.”

Innovatie op het gebied van eenzaamheid

Rijswijk heeft een innovatieagenda sociaal domein. Ook hier zijn verschillende partijen bij betrokken met als doel ervaringen, kennis en expertise met elkaar te delen, projecten te initiëren en te realiseren. “De stichting Welzijn Rijswijk, zorginstelling Middin, Florence woonzorgcentra, de woningbouwcorporaties en Resto Van Harte hebben met elkaar gekeken naar een aanpak van eenzaamheid in Rijswijk. Mensen die langer thuis blijven wonen weten vaak niet waar ze met hun vragen terecht kunnen. Tegelijkertijd is er behoefte aan iemand die bijvoorbeeld een lampje kan vervangen. Daarvoor hebben deze partijen de zogenoemde ‘flatcoach’ bedacht. In een aantal woongebouwen is inmiddels een dergelijke coach actief, hij maakt een praatje, doet kleine klusjes en helpt bij het invullen van formulieren. Op deze manier kunnen oudere bewoners prettig en veilig thuis blijven wonen.”



Een ander initiatief is Welzijn op recept, waarbij de huisarts of jeugdarts een patiënt eerder verwijst naar welzijnsactiviteiten en daardoor (nog) geen zwaardere zorg voorschrijft.”

De samenwerking is een positief effect van de decentralisatie. “De start van de decentralisatie was lastig vanwege de snelheid waarmee het moest plaatsvinden en de combinatie met het korten van budgetten. Maar uiteindelijk heeft de decentralisatie eraan bijgedragen dat de partijen in Rijswijk veel dichterbij elkaar zijn gekomen. De lijnen zijn korter en ze kennen elkaar. Wij als college en gemeenteraad hebben de democratische controle verstevigd en nemen eerder contact op met de partijen.”

Winst van GGD Haaglanden

De totstandkoming van GGD Haaglanden begin 2014 noemt wethouder Lugthart ronduit geslaagd. Dat geldt voor het ambtelijk overleg in de Adviescommissie, voor de samenwerking met enkele kleine gemeenten binnen de regio en voor de onderzoeken die de GGD uitvoert, zoals de gezondheidsmonitor. In het kader van de toezichthoudende rol van de GGD op de WMO geeft Lugthart het voorbeeld van een opvanghuis voor mensen die dakloos zijn en bepaalde zorg nodig hebben. “Meerdere partijen en ook wij als gemeente vinden de kwaliteit binnen deze opvang niet goed. In het kader van het WMO-toezicht wordt er nu met GGD Haaglanden samengewerkt om de kwaliteit van deze zorg te verhogen. Samen geven we invulling aan de toezichthoudende rol op de WMO. De GGD heeft de knowhow van wat een goede omgeving en randvoorwaarden zijn om zorg te verlenen, die kennis hebben wij als gemeente niet.” Ook de sociale wijkteams werken goed. De GGD

maakt er geen deel vanuit maar adviseert wel over de uitvoering. Ook biedt de GGD ondersteuning aan het zorgloket bij aanvragen voor geïndiceerde zorg en een GGD-medewerker van Meldpunt Bezorgd houdt af en toe kantoor bij het sociale wijkteam.

“Ik ben heel positief over de rol die de GGD neemt in de ‘Ik Pas’- en de ‘Happy Fit’-campagnes. De contacten tussen de gemeente Rijswijk en GGD Haaglanden zijn ontzettend goed. De medewerkers kennen elkaar en dat maakt het een stuk makkelijker om gezamenlijk op te trekken en campagnes uit te rollen. Ook hun ideeën om meer te doen via de sociale media werken goed,” aldus wethouder Lugthart.

Als mogelijk nieuw aandachtsgebied voor de GGD ziet hij de aanpak van verwarde personen. “De Adviescommissie heeft geconstateerd dat het niet altijd goed gaat en dat de politie vaak een rol heeft die niet nodig/wenselijk is. Rijswijk en Den Haag hebben het ‘Politie-Parnassia project’, terwijl Midden-Delfland en Westland het anders hebben georganiseerd.

We zouden het in de regio eenduidiger kunnen doen.” De komende tijd gaat ook veel aandacht uit naar de ontwikkelingen en het onderbrengen van Veilig Thuis.

In 2017 presenteert Rijswijk een nieuwe nota Volksgezondheid. “De aandachtsgebieden zullen niet nieuw zijn, maar de aanpak en de samenhang daarin des te meer. Bovendien maken de campagnes van de GGD het voor ons een stuk makkelijker om er aandacht aan te besteden, dat is absoluut een meerwaarde”, aldus wethouder Lugthart.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEUR

Mw. E.M. van Dalen is eindredacteur en redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin.

REFERENTIES

- 1 Gezondheidsmonitor en Kernboodschappen gemeente Rijswijk 2015.



SAMENVATTING

INLEIDING

In de periode 2007-2011 had bijna één op de vijf kinderen en jongeren in Den Haag overgewicht. Hoewel het percentage in deze periode stabiliseerde – na een stijging in de periode 1999-2007 – was deze nog altijd hoog. De Haagse Aanpak Gezond Gewicht richt zich op het bevorderen van een gezond gewicht. Om de aanpak blijvend aan te laten sluiten bij de ontwikkelingen is een actualisatie van de cijfers gewenst.

METHODE

De lengte- en gewichtsgegevens zijn verzameld tijdens preventieve gezondheids-onderzoeken van de Jeugdgezondheidszorg op 2-, 3-, 4-, 5-6-, 9-10- en 13-15-jarige leeftijd in de periode 2007-2015.

De gewichtscategorieën voor overgewicht werden op basis van universele afkappunten en etnische specifieke afkappunten (voor jeugd van Zuid-Aziatische herkomst) bepaald. Trends in overgewicht over de verschillende onderzoeksjaren zijn getoetst met general estimating equations.

RESULTATEN

Het percentage totaal overgewicht (inclusief obesitas) bij de Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar bleef in de periode 2007-2015 stabiel (19,4% in 2015). De 9-10-jarigen (22-23%), jeugd van Hindostaanse (37,0%) en Turkse herkomst (33,4%) en in wijken met de meeste achterstand (29%) hebben de hoogste percentages overgewicht inclusief obesitas. Bij de jeugd van Hindostaanse herkomst steeg het percentage overgewicht (exclusief obesitas).

CONCLUSIES

Het percentage overgewicht bij de totale Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar is sinds 2007 stabiel, maar nog steeds hoog (bijna 20%). Hierbij worden vooral verschillen gezien in leeftijd, herkomst en wijk. Aanbevolen wordt om extra in te zetten op jonge kinderen, jeugd van Hindostaanse herkomst, jeugd in wijken met achterstand, meisjes en ouders.

Percentage overgewicht Haagse jeugd 2007-2015

Was er tot 2007 nog steeds sprake van een toename van overgewicht onder de totale Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar, sinds die tijd is het percentage stabiel gebleven. Dit blijkt uit een analyse van de gegevens over de periode 2007 tot en met 2015 met betrekking tot overgewicht bij de Haagse jeugd. De gegevens tonen aan dat ongeveer een op de vijf (bijna 20%) kinderen in Den Haag overgewicht (of obesitas) heeft. Dit is nog steeds hoog. Aanbevolen wordt om extra in te zetten op jonge kinderen, kinderen van Hindostaanse herkomst, kinderen in wijken met achterstand, meisjes en ouders.

Dit artikel presenteert de resultaten van genoemde analyse, met naast het percentage overgewicht bij de totale Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar in de opeenvolgende kalenderjaren, ook de percentages naar geslacht, leeftijd, etnische herkomst en woonwijk.

Maartje Keetman, Irene van der Meer, Jeroen de Wilde

Inleiding

Kinderen met (ernstig) overgewicht hebben meer kans op gezondheidsproblemen, zowel op jonge als op latere leeftijd.¹ Hierbij worden zowel lichamelijke aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2) als psychosociale problemen (zoals eenzaamheid en suïcidale gedachten) genoemd.

Uit de Vijfde Landelijke Groeistudie van TNO blijkt dat het percentage overgewicht bij jeugd van Nederlandse herkomst van 2 tot en met 21 jaar in Nederland stijgt.² Bij de jongens was er een stijging van 5,1% in 1980*, via 9,4% in 1997 naar 13,3% in 2009. Bij de meisjes was er een stijging van 7,2% in 1980*, via 11,9% in 1997 naar 14,9% in 2009. Het percentage overgewicht bij de jeugd van Nederlandse herkomst in de grote steden leek zich tussen 1997 en 2009 echter te stabiliseren.

Uit de Haagse cijfers over 1999-2007 bleek een stijging in overgewicht bij de Haagse schoolkinderen.³ De periode 2007-2011 toonde een stabilisatie in overgewicht bij de Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar.⁴ Nog steeds was het percentage overgewicht hoog, bijna één op de vijf kinderen en jongeren in Den Haag had overgewicht. Kanttekening hierbij was dat overgewicht bij alle

* In 1980 waren er geen gegevens van 21-jarigen bekend. In dit jaar betrof het percentage daarom de 2- tot en met 20-jarigen.

kinderen en jongeren vastgesteld was op basis van uniforme afkapwaarden, met steeds sterkere aanwijzingen dat voor jeugd van Hindostaanse herkomst andere (lagere) afkappunten nodig waren. Naast de stabilisatie in de totale groep Haagse kinderen en jongeren werden er subgroepen geïdentificeerd waarbij het percentage overgewicht nog wel steeg, waaronder de jeugd van Turkse herkomst en kinderen en jongeren die wonen in de Schildersbuurt, Laakkwartier en Spoorwijk.

Sinds 2006 wordt er in Den Haag een programmatische aanpak van overgewicht uitgevoerd.⁵ De Haagse Aanpak Gezond Gewicht (zie kader op pagina 8.) sluit aan bij de ontwikkeling van het percentage overgewicht in Den Haag (bij wie komt overgewicht het meest voor), alsook bij de doelen gesteld in zowel de landelijke als Haagse nota's volksgezondheid over de afgelopen en komende jaren (de huidige nota betreft de periode 2015-2018⁶). Om de aanpak blijvend aan te laten sluiten bij de ontwikkelingen van percentages overgewicht bij (subgroepen) in Den Haag, zijn de percentages overgewicht bij de Haagse jeugd opnieuw geanalyseerd, nu met gegevens over de periode 2007 tot en met 2015. Naast het percentage overgewicht bij de totale Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar in de opeenvolgende kalenderjaren, zijn de percentages naar geslacht, leeftijd, herkomst en woonwijk berekend. In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd.

Methode

Op vaste leeftijden voert de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's) uit. Tijdens deze contacten worden standaard lengte en gewicht gemeten door een JGZ-professional met geijkte apparatuur. De opkomst van de jeugd bij deze PGO's is hoog (>80%), met daardoor een grotere kans dat de gegevens een representatief beeld van de Haagse jeugd vormen. Voor het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de periode 2007 tot en met 2015. Over een deel van deze periode (2007-2011) is het voorkomen van overgewicht al eerder in dit tijdschrift gepresenteerd.⁴ Voor dit artikel zijn de gegevens anders geanalyseerd. De belangrijkste verschillen in methode voor het huidige en het toenmalige onderzoek zijn beschreven in het kader op pagina 9.

Vanaf 2-jarige leeftijd zijn er afkappunten voor overgewicht beschikbaar. De lengte- en gewichtsgegevens uit de periode 2007-2015 van kinderen en jongeren vanaf 2 jaar zijn meegenomen in dit onderzoek. Extreme (ongeloofwaardige) waarden in lengte, gewicht of BMI-sds (berekend uit lengte en gewicht) zijn indien mogelijk gecorrigeerd of anders verwijderd. Het gewicht is op basis van de lengte, het geslacht en de leeftijd ingedeeld in gewichtscategorieën voor overgewicht, gebruikmakend van de afkapwaarden van Cole en Lobstein.⁹ Voor de jeugd van Zuid-Aziatische herkomst zijn etnisch specifieke afkappunten gehanteerd.¹⁰

De Haagse Aanpak Gezond Gewicht⁷

Door Joanne Cnossen, programmamanager Haagse Aanpak Gezond Gewicht, GGD Haaglanden.

Sinds 2006 pakt GGD Haaglanden overgewicht actief aan, sinds 2010 door middel van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (HAGG). Dit programma is een lokale, wijkgerichte aanpak vertaald vanuit de landelijke werkwijze Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG).⁸

HAGG richt zich op het bevorderen van gezond gewicht. Dit doet zij binnen het spectrum van collectieve preventie tot aan zorg voor Haagse kinderen en jongeren tot 19 jaar, en dan voornamelijk wonend in wijken met achterstand van de stadsdelen Centrum, Escamp en Laak. Sinds 2015 ligt de nadruk op het jonge kind (-9 maanden tot 4 jaar).

HAGG werkt nauw samen met professionals en partners in de stad en sluit aan op diverse beleidsterreinen en bestaande activiteiten. De aanpak wordt ondersteund en waar mogelijk verbeterd door epidemiologisch onderzoek.

HAGG zet zich in om een gezonde leefstijl de norm te laten zijn op de plekken waar kinderen en jongeren (en hun ouders) regelmatig komen. HAGG doet dit bijvoorbeeld via de professionals binnen de geboortezorg, de Jeugdgezondheidszorg en op de (voor)scholen (door middel van de Gezonde School werkwijze).

Daarnaast zet HAGG in op tijdige signalering van en verwijzing naar passende zorg of begeleiding van jeugd met overgewicht. Dit om hen zo snel mogelijk te begeleiden richting een gezond gewicht en een blijvend gezonde leefstijl.

Het streven van HAGG is dat alle kinderen en jongeren in Den Haag wonen, leren en recreëren in een omgeving waarin gezonde leefstijl de normaalste zaak van de wereld is.



Bij de JGZ zijn de volgende kenmerken aan de meetgegevens toegevoegd: leeftijd (in jaren), geslacht, herkomst, woonwijk en kalenderjaar.

De herkomst is in eerste instantie gebaseerd op de geboortelanden van het kind en zijn of haar ouders. Hierbij werd de CBS-definitie gehanteerd. Het bepalen van de herkomst is aangevuld met een controle op achternaam. Om als van Nederlandse herkomst te worden geïdentificeerd, moesten beide ouders een Nederlandse achternaam hebben. Indien één of beide ouders een niet-Nederlandse achternaam hadden, werd deze gematched met een bestand met typisch Turkse, Marokkaanse en Hindostaanse namen om zo de herkomst ook voor de tweede en derde generatie migranten te bepalen. Voor deze laatste groep werd de namenlijst ook gebruikt om de eerste generatie te bepalen, aangezien herkomstland Suriname onvoldoende specifiek is om de Hindostaanse herkomst te bepalen. Voor de groep kinderen en jongeren waarbij het geboorteland en de achternaam van beide ouders onbekend waren, was een niet-Nederlands geboorteland, een niet-Nederlandse nationaliteit of de achternaam van het kind leidend bij het bepalen van de herkomst.

Deze stappen zijn uitgevoerd bij de JGZ, waar deze gegevens al aanwezig zijn. Vanwege privacy ontvingen de onderzoekers alleen het bestand met de (gecategoriseerde) gegevens en geen informatie als achternaam (gebruikt voor herkomst), geboortedatum (gebruikt voor leeftijd) of postcode (gebruikt voor woonwijk). De JGZ heeft de reguliere contactmomenten (PGO's) op 2-jarige, 3-jarige, 4-jarige, 5-6-jarige, 9-10-jarige en 13-15-jarige leeftijd. Indien er binnen deze leeftijdsgroepen meerdere metingen beschikbaar waren, is de meting het dichtst bij 2-, 3-, 4-, 5,5-, 10- en 14,5-jarige leeftijd behouden. Het 4-jarige contactmoment vindt veelal (vlak) voor de vierde verjaardag plaats, als de kinderen nog drie zijn. Hierdoor waren er weinig metingen van kinderen die vier jaar zijn. Omdat deze gegevens wellicht niet representatief waren voor de 4-jarigen in de Haagse bevolking, zijn deze geëxcludeerd.

Statistische analyse

Percentages overgewicht zijn gewogen naar leeftijd. Door meer consulten op jonge leeftijd zitten er relatief meer jonge kinderen in de onderzoeksgroep dan er in de totale Haagse jeugd zijn. Daarnaast zijn er leeftijden die niet voorkomen in de onderzoeksgroep, omdat op die leeftijden geen standaardconsulten bij de JGZ zijn. Om de onderzoeksgroep representatief te maken voor de totale Haagse jeugd (van 2 tot en met 15 jaar) zijn de gegevens gewogen. Op basis van aantallen uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) van Den Haag zijn weegfactoren aangemaakt: aantallen 2-jarigen, 3-jarigen, 5- en 6-jarigen en 9- tot en met 15-jarigen in het onderzoek zijn gewogen naar het totale aantal 2-jarigen, 3-jarigen, 4- tot en met 7-jarigen en 8- tot en met 15-jarigen in de totale Haagse bevolking.

Verschillen in methode ten opzichte van eerdere publicatie over 2007 tot en met 2011

In het Epidemiologisch Bulletin nummer 4 van 2012 verscheen een artikel over het voorkomen van overgewicht bij de Haagse jeugd.⁴ De percentages overgewicht voor dat artikel zijn, evenals voor dit artikel, gebaseerd op de gegevens van de JGZ. De percentages over dezelfde periode komen echter niet geheel overeen. Hiervoor zijn twee redenen:

- **Andere weegfactoren.** Jongere kinderen komen vaker bij de JGZ, en worden daarom vaker gemeten en gewogen. Als op basis van alle verzamelde gegevens een percentage overgewicht wordt berekend voor heel Den Haag, zitten daar relatief meer jonge kinderen in dan in werkelijkheid in Den Haag wonen. Om hiervoor te corrigeren wordt gebruik gemaakt van weegfactoren. In het vorige artikel is een schatting gemaakt van de aantallen Haagse kinderen en jongeren. Voor het huidige artikel is gebruik gemaakt van de aantallen kinderen en jongeren geregistreerd in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA). De aantallen metingen in de dataset zijn gecorrigeerd voor de aantallen kinderen en jongeren van desbetreffende leeftijd die in dat kalenderjaar daadwerkelijk in Den Haag woonden. Hierbij is er ook rekening mee gehouden dat kinderen en jongeren van tussenliggende leeftijden niet in het onderzoek zitten, maar wel in Den Haag wonen. Al met al geeft dit een correcter beeld van het daadwerkelijke percentage overgewicht bij de Haagse jeugd, dat wat hoger uitvalt dan met de rekenmethode die voor het vorige artikel is gebruikt.
- **Andere afkappunten voor jeugd van Zuid-Aziatische herkomst** (waarvan Hindostanen de grootste groep vormen in Den Haag). In de tussenliggende periode zijn nieuwe (lagere) afkappunten voor overgewicht voor jeugd van Zuid-Aziatische herkomst vastgesteld.¹⁰ Dit omdat Zuid-Aziaten een lichaamssamenstelling hebben die verschilt met andere herkomstgroepen: bij een gelijke body mass index (BMI, gewicht (kg) / lengte (m)²) hebben zij over het algemeen een hogere vetmassa en een kleinere spiermassa dan Europeanen. Door de verlaging van de afkappunten voor de kinderen en jongeren van Zuid-Aziatische herkomst, zijn de percentages overgewicht en obesitas hoger dan bij gebruik van algemene afkappunten. In dit onderzoek zijn de nieuwe afkappunten gebruikt voor de gehele periode (2007-2015).



Trends in overgewicht over de verschillende onderzoeksjaren zijn getoetst met general estimating equations, een vorm van multilevelanalyse. Deze techniek houdt rekening met meerdere metingen per kind* en hierbij kan gecorrigeerd worden voor andere factoren. Alle trends zijn gecorrigeerd voor leeftijd, vanwege eerder vermelde oververtegenwoordiging van de jongste kinderen. Om te zien of een eventuele verandering in percentage overgewicht verklaard kan worden door verandering in samenstelling in de onderzochte groep, zijn de analyses naar trends ook getoetst met correctie voor geslacht en wijkachterstandscore. De wijkachterstandscore wordt gebruikt als maat voor de sociaal-economische status van de inwoners van de wijk en is gebaseerd op 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.** Voor elk afzonderlijk jaar in de periode 2007-2015 is een wijkachterstandscore toegekend aan de wijk. Bij analyse van de gegevens is per meting de wijkachterstandscore van de wijk uit het desbetreffende kalenderjaar gebruikt. Voor het presenteren van de resultaten zijn de wijken in vier groepen ingedeeld, waarbij de minste achterstand waarde 1 heeft en de meeste achterstand waarde 4. Er wordt tevens per individuele wijk een percentage overgewicht gepresenteerd met weergave van een gemiddelde over de periode 2012-2015. Een gemiddelde over vier jaar geeft een beter beeld omdat, vanwege het kleine aantal metingen in een wijk, het percentage over de jaren fluctueert.

Resultaten

Over de periode 2007-2015 zijn 177.327 lengte- en gewichtsmetingen van ruim honderdduizend verschillende kinderen en jongeren beschikbaar. Het aantal metingen per jaar varieert tussen de 16,5 duizend (in 2007) en ruim 22,5 duizend (in 2015). De grootste groep metingen – richting de helft – betreft metingen bij 2- en 3-jarigen (Tabel 1). Dit zijn namelijk twee contactmomenten van de JGZ: het 2-jarigen en het 3-jarigen consult. Met deze oververtegenwoordiging wordt rekening gehouden door middel van weging of correctie, zie de methode. Of de

onderzochte groep representatief was naar herkomst kon niet worden vastgesteld, aangezien herkomst voor de totale Haagse jeugd gebaseerd is op een beperktere definitie, namelijk alleen op basis van geboortelanden van de kinderen en zijn/haar ouders.

Tabel 1. Aantal en kenmerken van de onderzochte populatie. Den Haag, 2007-2015.

Aantal metingen	Totaal
Geslacht (%)	
Jongen	50,6
Meisje	49,4
Leeftijd (%)	
2-3 jaar	44,5
4-6 jaar	21,2
9-10 jaar	20,1
13-15 jaar	14,2
Herkomst (%)	
Nederlands	40,4
Turks	12,5
Marokkaans	10,6
Hindostaans	7,7
Overige Westerse	9,4
Overige niet-Westerse	14,3
Onbekend	5,1

Percentage overgewicht 2007-2015

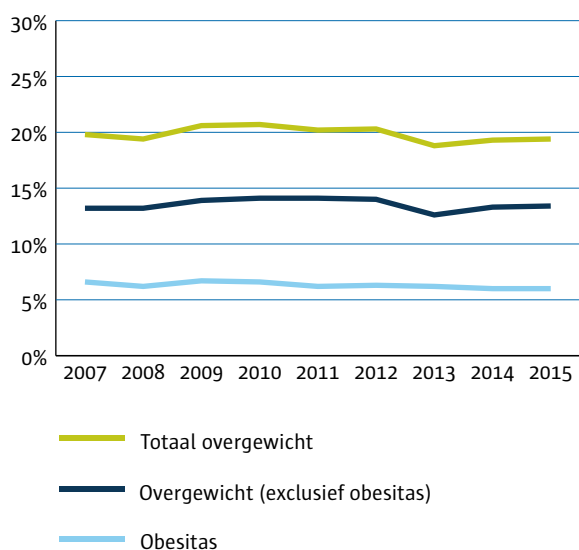
Het percentage totaal overgewicht (inclusief obesitas) bij de Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar is in de periode 2007-2015 stabiel: 19,8% in 2007 en 19,4% in 2015 (Figuur 1). Dit geldt ook voor het percentage overgewicht exclusief obesitas in deze periode. Het percentage obesitas daalt van 6,6% in 2007, via 6,2% in 2011 naar 6,0% in 2015. Na correctie voor leeftijd, geslacht en wijkachterstandscore voor de verschillende jaren is deze daling niet significant.

* Uitgangspunt voor modellen is vaak dat de metingen onderling onafhankelijk van elkaar zijn. Meerdere metingen bij hetzelfde kind (in de totale onderzoeksperiode zijn vooral jonge kinderen op meerdere standaard consulten geweest) zijn niet onafhankelijk van elkaar, immers de lengte en het gewicht zullen gerelateerd zijn aan de eerder gemeten lengte en gewicht.

** De totale wijkachterstandscore wordt vastgesteld op basis van nog een indicator, het percentage inwoners van niet-westerse herkomst. Voor deze analyse werd de achterstandscore echter gebruikt als maat voor de sociaal-economische status, en dan zijn de andere vier indicatoren relevant. De herkomst wordt afzonderlijk meegenomen in het onderzoek.



Figuur 1. Gewogen percentages overgewicht. Den Haag 2007-2015.



Een deel van de jeugd met obesitas heeft morbide obesitas. Het percentage morbide obesitas blijkt gedaald van 1,8% in 2007 naar 1,5% in 2015. Na correctie voor leeftijd, geslacht en wijkachterstandscore voor de verschillende jaren is deze daling niet significant.

Percentage overgewicht naar geslacht

De ontwikkeling in percentage overgewicht over 2007-2015 verschilt per geslacht. Bij de jongens is er een significante daling zichtbaar van 19,1% in 2007 naar 18,0% in 2015 (Tabel 2). Het percentage obesitas daalt bij hen van 6,5% in 2007 naar 5,4% in 2015. Bij de meisjes blijft het percentage overgewicht ongeveer gelijk (Tabel 2). Rekening houdend met verschil in leeftijd, herkomst en wijkachterstandscore over de jaren, blijkt er sprake van een stijging (data niet gepresenteerd). In 2015 hebben meer meisjes (20,7%) dan jongens (17,9%) overgewicht.

Tabel 2. Gewogen percentages totaal overgewicht (%) naar geslacht. Den Haag, 2007-2015.

	2007	2011	2015
Jongens	19,1	19,6	18,0
Meisjes	20,6	20,9	20,8
Totaal	19,8	20,2	19,4

Percentage overgewicht naar leeftijd

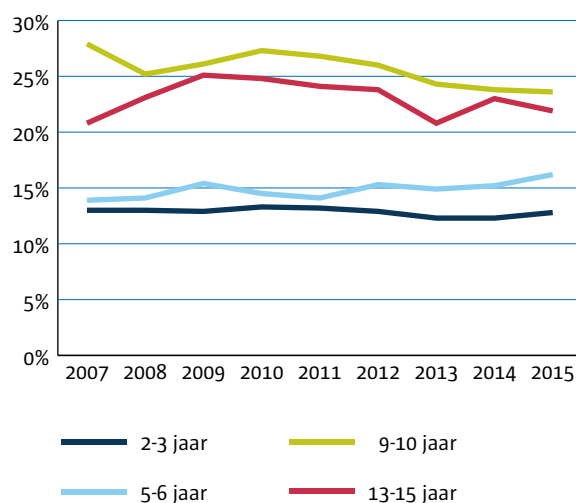
Het percentage totaal overgewicht in de verschillende leeftijds-categorieën is weergegeven in Figuur 2. Hier is te zien dat overgewicht het minst vaak voorkomt bij de 2-3-jarigen. Echter, zelfs op deze leeftijd komt overgewicht (in 2015) al voor bij 12,8%, dat is dus één op de acht kinderen.

Hoewel overgewicht het meeste voorkomt bij de 9-10-jarigen, is er bij deze groep sprake van een significante daling, namelijk van 27,9% in 2007 naar 23,6% in 2015. Bij de 5-6-jarigen blijkt er een stijging in totaal overgewicht van 13,9% in 2007 naar 16,2% in 2015. Het verschil tussen de 5-6-jarigen en de 9-10-jarigen is in de afgelopen jaren kleiner geworden (lijnen in grafiek gaan naar elkaar toe). Toch was er in 2015 nog steeds een sprong in overgewicht tussen deze leeftijden (16,2% overgewicht bij de 5-6-jarigen, 23,6% bij de 9-10-jarigen).

Bij 2-3-jarigen in Den Haag komt overgewicht voor bij één op de acht kinderen.

Bij de 2-3-jarigen en de 13-15-jarigen is er in 2007-2015 geen significante daling of stijging. In de oudste leeftijdsgroep (13-15-jarigen) heeft in 2015 ongeveer één op de vijf jongeren overgewicht.

Figuur 2. Percentages totaal overgewicht naar leeftijd. Den Haag 2007-2015.

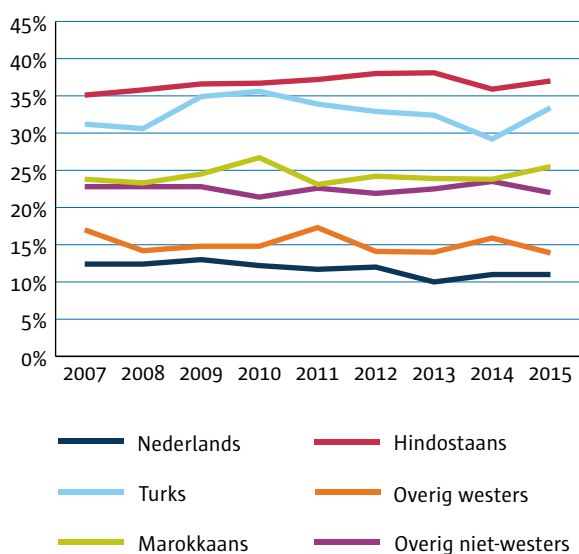


Percentage overgewicht naar herkomst

Het percentage totaal overgewicht is in 2015 het hoogst bij jeugd van Hindostaanse (37,0%) en Turkse herkomst (33,4%), gevolgd door jeugd van Marokkaanse (25,5%) en overig niet-westerse herkomst (22,0%) (Figuur 3). Kinderen en jongeren van Nederlandse en overig westerse herkomst hebben de laagste percentages overgewicht, resp. 11,0% en 13,9%.



Figuur 3. Gewogen percentages totaal overgewicht naar herkomst. Den Haag 2007-2015.



Alleen bij de jeugd van Nederlandse herkomst is er een significante daling in het percentage overgewicht: van 12,4% in 2007 naar 11,0% in 2015. De daling wordt zowel bij de jongens als bij de meisjes van Nederlandse herkomst gezien en met name bij de 9-10-jarigen. Bij de jeugd van Hindostaanse herkomst stijgt het percentage overgewicht (exclusief obesitas) van 17,6% in 2007 naar 18,2% in 2015. De stijging doet zich vooral bij meisjes van Hindostaanse herkomst voor. Naar leeftijd is de stijging binnen de groep van Hindostaanse herkomst vooral bij de 5-6-jarigen te zien. In 2015 heeft ruim een derde (35,5%) van de jongens en vier op de tien (39,9%) meisjes van Hindostaanse herkomst overgewicht (inclusief obesitas).

Ruim een derde van de jongens en vier op de tien meisjes van Hindostaanse herkomst hebben overgewicht (inclusief obesitas).

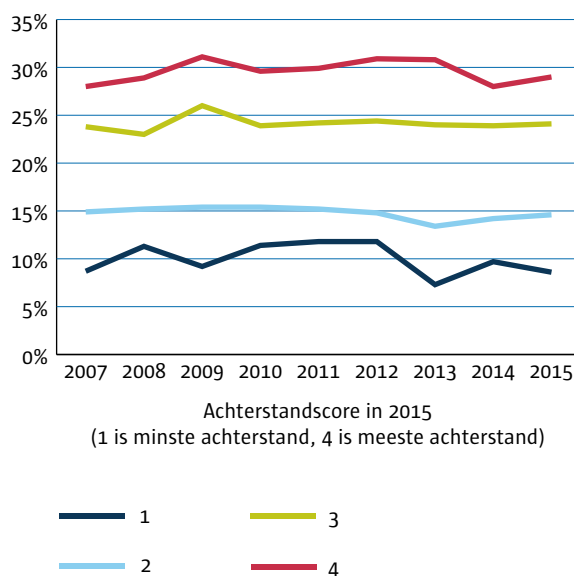
Percentage overgewicht naar wijk

In de periode 2012-2015 komt overgewicht (inclusief obesitas) het minst vaak voor in de Archipelbuurt (7,0%) en het meest in Transvaalkwartier (33,1%) (Tabel 3 op pagina 13). Over de gehele periode 2007-2015 is er sprake van een stijging in het percentage totaal overgewicht in het Geuzen- en Statenkwartier en in Laakkwartier en Spoorwijk. In de andere wijken is geen significante stijging of daling gezien. In het vorige artikel, over 2007-2011, werd naast een stijging in Laakkwartier en Spoorwijk ook een stijging gezien in de Schildersbuurt. De stijging in deze wijk is gestopt: in 2012-2015 blijft het percentage overgewicht in de Schildersbuurt gelijk.

Het percentage overgewicht in de Schildersbuurt is nog hoog, maar steeg in 2012-2015 niet verder.

Over het algemeen zijn de percentages overgewicht het hoogst in de wijken met de meeste achterstand en het laagst in de wijken met de minste achterstand (Figuur 4).

Figuur 4. Gewogen percentages totaal overgewicht bij groepen wijken, ingedeeld naar achterstandscore. Den Haag 2007-2015.



Conclusie en discussie

Het percentage overgewicht bij de totale Haagse jeugd van 2 tot en met 15 jaar is sinds 2007 stabiel. Met ongeveer één op de vijf (bijna 20%) kinderen en jongeren die overgewicht (of obesitas) hebben is dit percentage nog steeds hoog. Kijkend naar Haagse subgroepen vallen er verschillen op in percentage overgewicht.

Geslacht

Meer meisjes dan jongens in Den Haag hebben overgewicht. Landelijk werd dit in 2010 ook gezien bij de 2-21-jarigen van Nederlandse en Turkse herkomst, alleen niet bij de jeugd van Marokkaanse herkomst.¹¹ In Den Haag neemt het verschil tussen jongens en meisjes toe doordat het percentage totaal overgewicht bij jongens daalt en bij meisjes niet. Landelijk nam het verschil tussen jongens en meisjes tussen 1997 en 2010 af doordat de toename in overgewicht landelijk sterker was bij de jongens dan bij de meisjes. Bij de groep van Marokkaanse herkomst was de landelijke stijging in overgewicht bij de jongens zodanig dat in 2010 het percentage hoger was dan bij de meisjes.



Tabel 3. Gewogen percentages totaal overgewicht (%) naar wijk*. Den Haag, 2012-2015.

	Achterstand 2015**	Aantal metingen	Percentage overgewicht
Archipelbuurt	1	707	7,0
Benoordenhout	1	2.456	7,5
Bohemen, Meer en Bos	1	453	7,8
Vogelwijk	1	1.192	8,3
Duinoord	2	1.300	8,6
Vruchtenbuurt	1	1.878	9,0
Bomen- en Bloemenbuurt	1	2.401	10,0
Belgisch Park	2	1.149	10,1
Geuzen- en Statenkwartier	1	2.202	10,3
Leidschenveen	2	5.443	12,1
Kraayenstein	1	568	12,8
Bezuidenhout	2	2.236	14,5
Zeeheldenkwartier	3	1.307	15,0
Ypenburg	2	6.814	15,2
Scheveningen	2	2.175	15,7
Loosduinen	2	2.377	16,5
Wateringseveld	2	4.251	16,6
Regentessekwartier	3	1.690	16,7
Valkenboskwartier	3	2.757	17,2
Waldeck	2	1.930	17,3
Duindorp	2	1.035	17,8
Leyenburg	2	2.027	18,0
Mariahoeve, Marlot	3	1.789	19,1
Centrum	3	1.637	21,2
Moerwijk	4	3.578	23,7
Stationsbuurt	4	1.291	25,3
Rustenburg en Oostbroek	3	3.232	25,8
Morgenstond	3	3.004	26,1
Laakkwartier en Spoorwijk	4	6.324	27,3
Bouwlust/Vrederust	3	5.203	29,2
Groente- en Fruitmarkt	3	1.053	29,2
Schildersbuurt	4	6.285	31,3
Transvaalkwartier	4	3.218	33,1

* Percentage voor de wijk is weergegeven indien er (jaarlijks) minimaal 100 metingen zijn verricht.

** De achterstand is een maat voor de sociaal-economische status van de inwoners van de wijk, waarde 1 is de minste achterstand (meest welvarend), waarde 4 is de meeste achterstand.

Leeftijd

In Den Haag had één op de acht 2-3-jarigen overgewicht (inclusief obesitas). Dit bleef sinds 2007 stabiel. Voor kinderen met overgewicht op deze leeftijd is een effectief begeleidingsaanbod noodzakelijk. Voor het terugdringen van het percentage overgewicht is ook aandacht nodig voor de meerderheid die (nog) geen overgewicht heeft. Op deze jonge leeftijd wordt namelijk vaak gedrag aangeleerd dat op latere leeftijd in verband staat met overgewicht.¹² Een stijging in BMI tussen de 2 en 6 jaar blijkt sterk gecorreleerd met het percentage overgewicht op volwassen

leeftijd.¹³ Ook voor de preventie van overgewicht bij volwassenen zou dus op deze jonge leeftijdsgroep ingezet moeten worden. De intentie van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht is dan ook om de komende periode intensiever op de preventie en begeleiding van overgewicht bij de jonge kinderen in te zetten. Dit sluit aan bij de recente Haagse Nota Volksgezondheid.⁶ Tot en met de leeftijdsgroep 9-10-jarigen nam het percentage overgewicht toe met de leeftijd. De groeisput die jongeren in de pubertijd doormaken met vooral een groei in de lengte, zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de lagere prevalentie



overgewicht op 13-15-jarige leeftijd. Vooral tussen de 5-6-jarigen en de 9-10-jarigen was er een sprong te zien in het percentage overgewicht. Door de daling bij de 9-10-jarigen en de stijging bij de 5-6-jarigen nam de omvang van de sprong tussen beide leeftijdsgroepen af van 14,1% in 2007 naar 7,5% in 2015. Overigens kan de stijging bij de 5-6-jarigen erop wijzen dat de sprong zich aan het vervroegen is. De toename in percentage overgewicht start al voordat ze vijf jaar zijn.

Herkomst

Bij de Haagse jeugd van Nederlandse herkomst is het percentage overgewicht het laagst en dalende. Bij de Haagse jeugd van Hindostaanse herkomst is het percentage overgewicht het hoogst en stijgende. Bij de andere herkomstgroepen was het percentage overgewicht stabiel, terwijl over de periode 2007-2011 nog een stijging werd gezien bij de Haagse jeugd van Turkse herkomst. De verschillen tussen herkomstgroepen is ook te zien in Amsterdam. Daar heeft ook een groter percentage jeugd van Turkse en van Marokkaanse herkomst overgewicht dan bij de jeugd van Nederlandse herkomst.¹⁴ Het percentage overgewicht bij jeugd van Surinaamse herkomst in Amsterdam ligt hier tussenin. Dit percentage kan niet vergeleken worden met percentages in Den Haag. Enerzijds omdat de groep kinderen en jongeren van Surinaamse herkomst breder is dan de groep van Hindostaanse herkomst (in Amsterdam veel van Surinaams-Creoolse herkomst), anderzijds omdat voor de kinderen en jongeren van Hindostaanse herkomst in Den Haag de etnisch specifieke afkappunten zijn gebruikt, hetgeen in Amsterdam niet kon (geen onderscheid naar Hindostaanse herkomst).

Dat het percentage jeugd van Hindostaanse herkomst met overgewicht hoger is dan in het vorige artikel, komt doordat voor dit onderzoek de etnisch specifieke afkappunten zijn gebruikt (zie kader op pagina 10). Omdat lange tijd alleen de universele afkappunten beschikbaar waren, is een deel van de jeugd van Hindostaanse herkomst onterecht geassocieerd met een gezond gewicht, terwijl op basis van de etnisch specifieke afkappunten blijkt dat zij overgewicht hebben. Deze kinderen en jongeren zijn om deze reden destijds niet doorverwezen naar passend aanbod, wat van invloed zal zijn op de stijging in het percentage overgewicht.

Wijk (sociaal-economisch)

Dat er bij de jeugd nog steeds sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn blijkt uit Figuur 4 op pagina 12: hoe meer sociaal-economische achterstand in de wijk, hoe hoger het percentage overgewicht. In de wijken zonder achterstand (scores 1 en 2) woont relatief meer jeugd van Nederlandse herkomst, waar een daling in het percentage overgewicht is. Bij de indeling van de wijken werd deze trend alleen in de wijken met score 2 gezien. Mogelijk is de lijn bij de wijken met de minste achterstand grillig en niet significant dalend door het geringere aantal kinderen en jongeren. Een lichtpunt hierin is de wijk die officieel

Schildersbuurt heet, maar meestal de Schilderswijk wordt genoemd. Daar is de stijging die tot 2011 nog werd gezien, gestopt. Van een oorzakelijk verband kan met dit type onderzoek niet gesproken worden, maar mogelijk is het niet toevallig de wijk waar sinds de start van de Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)*-methodiek in 2010¹⁵ door en in samenwerking met verschillende organisaties wijkgebonden aan het bevorderen van de gezondheid wordt gewerkt.

Er zijn grote (sociaal-economische) verschillen in percentages overgewicht naar wijk: van minder dan 10% tot meer dan 30%.

Vergelijking met andere grote steden

In Amsterdam is het percentage overgewicht bij de voorschoolse kinderen gedaald van 10,5% in 2009 naar 8% in 2013, en bij basisschoolkinderen van 23,1% in 2009 naar 19,4% in 2013.¹⁴ In Rotterdam is het percentage overgewicht bij 2-jarigen gedaald van 12,9% in 2007 naar 10,4% in 2014, en bij leerlingen uit groep 2 (5-6-jarigen) van 19,5% in 2008-2009 naar 14,2% in 2013-2014.¹⁶ In Utrecht is het percentage overgewicht bij basisscholieren tussen 2003 en 2014 gedaald van 20% in 2003 naar 12% in 2013-2014.¹⁷ In de Utrechtse JOGG-wijken echter – met de hoogste percentages overgewicht, waar de gezond-gewicht-aanpak zich op richt – schommelden de percentages overgewicht en was geen significante trend te zien. In grote lijn was de procentuele omvang van de problematiek in de andere grote steden dus vergelijkbaar, maar is daar wel een dalende trend bereikt.

Waarom de daling in Den Haag niet is bereikt, is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen.

Bekend is dat de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (voorheen Actieprogramma Gezond Gewicht) zich richt op dezelfde JOGG-pijlers als de aanpakken in de andere grote steden en dat zoveel mogelijk gebruik maakt van effectieve interventies. Wel is denkbaar dat verschillen in omvang van de programma's van invloed zijn geweest, waarbij de investeringen per kind in de Amsterdamse en Rotterdamse aanpakken groter waren. Daarnaast speelt waarschijnlijk het hoge aantal inwoners van Hindostaanse herkomst in Den Haag een rol. Gebruik van de recent ontwikkelde etnisch specifieke afkappunten heeft nu

* Jongeren op Gezond Gewicht is de Nederlandse versie van Epode, een in Frankrijk ontwikkelde aanpak waarmee integraal op het terugdringen van overgewicht wordt ingezet. De vijf pijlers van JOGG zijn: politiek-bestuurlijk draagvlak, publiek-private samenwerking, sociale marketing, wetenschappelijke begeleiding en evaluatie, verbinding preventie en zorg.



duidelijk gemaakt dat het percentage overgewicht bij de jeugd van Hindostaanse herkomst hoger is dan bij jeugd van Turkse en Marokkaanse herkomst. De intensievere wijkaanpak van HAGG richtte zich op wijken met hoge percentages overgewicht en een groot aandeel jeugd van Turkse en Marokkaanse herkomst (Schildersbuurt en Bouwlust/Vrederust). Het aandeel jeugd van Hindostaanse herkomst in deze wijken is echter een stuk lager (35-39% versus < 17%*). De jeugd van Hindostaanse herkomst is hierdoor minder bereikt met deze aanpak. Tegelijkertijd was de individuele signalering niet optimaal. Zonder de etnisch specifieke afkappunten was het niet mogelijk om alle jeugdigen van Hindostaanse herkomst met overgewicht te signaleren en door te verwijzen. Dit zal hebben bijgedragen aan het verschil tussen de steden.

Sterke punten en beperkingen onderzoek

Het sterke punt aan dit onderzoek is de grote opkomst bij de JGZ. Waarschijnlijk heeft dit bijgedragen aan een representatief beeld van de totale groep leeftijdsgenoten in Den Haag. Voor de ongelijke verdeling naar leeftijd is statistisch gecorrigeerd. Tevens is een sterk punt dat alle metingen zijn uitgevoerd door professionals en met geijkte apparatuur. Tot slot is van grote meerwaarde dat voor jeugd van Hindostaanse herkomst de etnisch specifieke afkappunten konden worden gebruikt. Beperking is wel dat het lastig is de herkomst goed vast te stellen. De bepaling op basis van geboortelanden van het kind en zijn/haar ouders voldoet voor de meeste herkomsten, maar alleen voor eerste en tweede generatie migranten. Inmiddels is ook de derde generatie groeiende. Omdat de Hindostaanse herkomstgroep niet geïdentificeerd kan worden op basis van geboortelanden, is tevens gebruik gemaakt van een lijst met typisch Hindostaanse achternamen. Ook voor jeugd van Turkse en Marokkaanse herkomst kon bij de JGZ op basis van een namenlijst een aanvullende identificatie worden uitgevoerd. Dit was vooral van belang voor de derde generatie. Op deze manier is getracht de herkomst zo goed mogelijk vast te stellen.

Aanbeveling

Het percentage overgewicht bij de Haagse jeugd is stabiel gebleven. Doel van de analyse van de percentages overgewicht is de Haagse Aanpak Gezond Gewicht aan te laten sluiten bij de ontwikkelingen in percentages overgewicht. De gegevens suggereren dat indien de huidige stabilisatie van het Haagse percentage overgewicht acceptabel wordt gevonden, een continuering van de huidige inzet op gezond gewicht zou kunnen volstaan. Voor een daling van het percentage is een intensievere en/of gerichtere aanpak nodig. Op basis van de percentages overgewicht zijn er een aantal groepen waar extra inzet aan te bevelen is:

* Dit percentage betreft het percentage jeugd van Surinaamse herkomst, waarvan het grootste deel van Hindostaanse herkomst is.

- Jonge kinderen. Bij de jongste kinderen van 2-3 jaar is het percentage overgewicht al boven de tien procent en lijkt de sprong in overgewicht vanaf 5-6 jaar zich te vervroegen. (On)gezonde leefgewoonten worden al op jonge leeftijd aangeleerd, waardoor zowel collectieve preventie als een geschikt begeleidingsaanbod voor jonge kinderen wenselijk is. Een aanpak voor jonge kinderen sluit aan bij de huidige Haagse Nota Volksgezondheid en wordt inmiddels opgepakt door de Haagse Aanpak Gezond Gewicht (zie kader op pagina 15).
- Jeugd van Hindostaanse herkomst. Met de nieuw beschikbare afkappunten voor jeugd van Hindostaanse herkomst blijkt dat het percentage overgewicht bij hen het hoogst is en stijgt. In het kader van het (tijdig) signaleren van kinderen en jongeren van Hindostaanse herkomst met overgewicht is het van belang dat de nieuwe afkappunten breed geïmplementeerd worden bij de (zorg)professionals. Daarnaast dienen zowel collectieve preventieprogramma's als begeleidingsprogramma's voor kinderen en jongeren met overgewicht goed aan te sluiten bij de Hindostaanse herkomstgroep om de hoge percentages overgewicht (35,5% bij de jongens en 39,9% bij de meisjes) te doen dalen. Het betrekken van de Hindostaanse herkomstgroep zelf zal bijdragen aan het op maat maken van de bestaande interventies en aan het op gang brengen van een blijvende verandering in leefstijl.
- Jeugd in de wijken met achterstand. De percentages overgewicht naar wijk laten zien dat er nog steeds sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn. Aanbevolen wordt de huidige aanpak nog specifiek in te zetten op die wijken waar de percentages overgewicht het hoogst zijn.
- Meisjes. Dat het percentage overgewicht bij jongens daalt en bij meisjes niet, suggereert dat de huidige aanpak mogelijk onvoldoende aansluit bij de meisjes. Het verdient aandacht de interventies ook vanuit het oogpunt van (bijvoorbeeld samen met) meisjes te bekijken en mogelijk aanpassingen te doen, zodat zij ook goed bereikt worden.
- Ouders. Naast extra inzet op deze groepen kinderen en jongeren is ouderbetrokkenheid een belangrijk punt van aandacht. Om de leefstijl van kinderen en jongeren positief te veranderen is inzet van ouders onmisbaar, immers zij zijn degene die de leefgewoonten van hun kinderen aanleren en faciliteren. In 2015 was ouderbetrokkenheid daarom al een belangrijk speerpunt binnen HAGG.

De toekomstige percentages overgewicht zullen uitwijzen of een daling van het percentage overgewicht in Den Haag alsnog bereikt gaat worden.



De Haagse nota volksgezondheid 2015-2018: De gezonde kracht van Den Haag

Door: Coby van den Brink, beleidsmedewerker Zorg en Volksgezondheid gemeente Den Haag.

In de Haagse nota Volksgezondheid staat preventie centraal. Dit krijgt vorm door vanuit de levensloopbenadering te werken aan verbetering van een gezonde leefstijl. Hierbij wordt ingezet op risicogroepen voor depressie, overgewicht, genot-middelengebruik en seksueel onveilig gedrag. De inzet is ook gericht op het bevorderen van een gezondere leefomgeving, die uitnodigt om te bewegen.

Bij een gezonde leefstijl wordt zo breed mogelijk gekeken naar meerdere leefstijlfactoren. In de aanpak overgewicht voor jeugdigen betekent dit aandacht voor zowel voeding en bewegen als voor mentale gezondheid.

De aanpak van overgewicht is een substantieel onderdeel van de nota Volksgezondheid 2015-2018. Daarbij maken preventie, vroegtijdige signalering en begeleiding van overgewicht deel uit van het Gezondheidsbeleid op school. Het is van belang ouders te betrekken en bewust te maken van en te stimuleren tot ook een gezonde leefstijl in de eigen thuissituatie en leefomgeving. Vanuit de Positieve gezondheid gaat het in dit geval onder andere om verantwoordelijkheid voor gezondheid, goede fysieke conditie en goed emotioneel, psychologisch

en sociaal welbevinden. Doel is daarmee gezonde groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren mogelijk te maken. Veel voorwaarden voor gezondheid vallen buiten het domein van volksgezondheid en zorg. Een succesvolle integrale aanpak vraagt dan ook om afstemming op meerdere beleids-terreinen en om het meewegen van de consequenties voor de gezondheid in het maken van plannen.

Een goed preventief beleid vraagt tevens om een integrale aanpak van gezondheidsbevordering. Het gaat om terreinen als sport, onderwijs, wonen, groen, mobiliteit, open ruimte, veiligheid, werkgelegenheid en armoedebestrijding. Aangezien overgewicht/obesitas een veelvoorkomend probleem is onder bepaalde doelgroepen en sommige groepen met een beperktere mate van overgewicht al hoge gezondheidsrisico's lopen, is een vereiste dat de aanpak aansluit bij deze doelgroepen. Naast praktische tips en adviezen om beweegprogramma's voor kinderen en jongeren met overgewicht beter aan te sluiten, blijft het van belang dat professionals deskundig zijn op het gebied van (cultuur) sensitieve en effectieve leefstijladvisering.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl



DANKWOORD

De auteurs bedanken Ron Smit voor zijn hulp bij het verkrijgen van alle gegevens uit de digitale gezondheidsdossiers van de JGZ.

OVER DE AUTEURS

Mw. M. Keetman MSc is junior epidemiologisch onderzoeker afdeling Epidemiologie, **Mw. dr.ir. I.M. van der Meer**, epidemiologisch onderzoeker afdeling Epidemiologie en **Dhr. Dr. J.A. de Wilde** (thans werkzaam als universitair docent bij het LUMC) tot november 2016 arts Maatschappij & Gezondheid /onderzoeker bij Jeugdgezondheidszorg 4-18, allen bij GGD Haaglanden. E-mail: maartje.keetman@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 **Gezondheidsmonitor en Kernboodschappen gemeente Rijswijk 2015.** <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/gezondheidsgevolgen#node-gezondheidsgevolgen-bij-kinderen>. Geraadpleegd op 9-9-2016.
- 2 Schönbeck Y, Talma H, Dommelen P van, *et al.* **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.
- 3 Wilde JA de, Middelkoop BJC, Dommelen P van, Verkerk PH. **Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Een trendanalyse van 1999 tot en met 2007.** Epidemiologisch Bulletin 2008; 43(4): 37-46.
- 4 Wilde JA de, Keetman M, Middelkoop BJC. **14.000 kinderen met overgewicht in Den Haag. Aantal kinderen met overgewicht in Den Haag blijft zorgwekkend hoog.** Epidemiologisch Bulletin 2012; 47(4): 13-22.
- 5 Meer IM van der. **Uitgelicht: Overgewicht.** Epidemiologisch Bulletin 2015; 50(4): 58.
- 6 **De gezonde kracht van Den Haag. Nota Volksgezondheid 2015-2018.** Den Haag: gemeente Den Haag, 2016.
- 7 **Haagse Aanpak Gezond Gewicht. Jaarrapportage 2015.** <http://www.ggdhaaglanden.nl/artikel/jaarverslag-haagse-aanpak-gezond-gewicht-hagg-2015.htm>
- 8 **Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG).** <https://jongerenopgezondgewicht.nl/> Geraadpleegd op 14-10-2016.
- 9 Cole TJ, Lobstein T. **Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity.** Pediatric Obesity 2012, 7(4): 284-94.
- 10 Wilde JA de, Dommelen P van, Middelkoop BJC. **Aangepaste body mass index (BMI) afkappunten om ondergewicht, overgewicht en obesitas te bepalen bij Hindostaanse kinderen.** Epidemiologisch Bulletin 2013; 48(3): 2-13.
- 11 Schönbeck Y, Buuren S van. **Resultaten Vijfde Landelijke Groeistudie.** [Factsheet] TNO, 10 juni 2010. <https://www.tno.nl/media/1996/20100608-factsheet-resultaten-vijfde-landelijke-groeistudie1.pdf>
- 12 Boere-Boonekamp M, l'Hoir M. **Kansen voor preventie overgewicht bij jonge kinderen. Onderzoekresultaten.** Leiden: TNO Preventie en Zorg.
- 13 Kroon MLA de, Renders CM, Wouwe JP van, Buuren S van, Hirasig RA. **The Terneuzen birth cohort: BMI changes between 2 and 6 years correlate strongest with adult overweight.** PlosOne 2010; 5(2): e9155.
- 14 Franssen SJ, Wal MF van der, Jansen P, Eijdsen M van. **Onder- en overgewicht bij Amsterdamse kinderen. Een trendanalyse en prognose.** Ned Tijdschr Geneeskd 2015; 159: A8967.
- 15 Kloek GC, Schaap C, Berns MPH, Kraetzer C, Meer IM van der. **Community analyse Oranjeplein e.o.: resultaten van onderzoek in het kader van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht.** Epidemiologisch Bulletin 2011; 46(4): 13-20.
- 16 Gemeente Rotterdam. **Trendanalyse overgewicht onder Rotterdamse kinderen 2006-2015. Rotterdam Lekker Fit! [factsheet].**
- 17 **Opbrengsten Jongeren op Gezond Gewicht Utrecht 2012-2014.** Utrecht: gemeente Utrecht, 2015.



SAMENVATTING**INLEIDING**

Ongezonde leefstijlfactoren zoals roken en onvoldoende lichaamsbeweging hebben een ongunstig effect op de gezondheid. De resultaten van de gezondheidsenquête van 2012 laten voor verschillende leefstijlfactoren zien hoe vaak de (on)gezonde variant voorkomt bij Haagse inwoners van 19 jaar en ouder. De meeste mensen vertonen echter ongezond gedrag op meer dan één leefstijlfactor. In dit onderzoek is daarom gekeken welke groepen er ontstaan als Hagenaars van 19 jaar en ouder worden geclusterd op basis van hun leefstijl. Dit onderzoek geeft meer inzicht in welke ongezonde leefstijlfactoren vaak samen met elkaar voorkomen en bij wie.

METHODE

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die zijn verzameld tijdens de Gezondheidsenquête van 2012. Door middel van hiërarchische clusteranalyse zijn de respondenten op basis van hun leefgewoonten ingedeeld in verschillende clusters. De analyse is gestratificeerd uitgevoerd naar wijk (wijk zonder achterstand versus wijk met achterstand) en leeftijd (19 tot en met 64 jaar en 65 jaar en ouder).

RESULTATEN

Alle vier de groepen vertonen een soortgelijk patroon: er is een cluster dat het meest gezond is qua leefstijl, één die het meest ongezond is qua leefstijl en één die er tussenin zit. Mannen lijken meer vertegenwoordigd te zijn in de clusters met de meest ongezonde leefstijl. Bij de 19- tot en met 64-jarigen is het ook het geval bij de alleenstaanden.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Dit onderzoek biedt aanknopingspunten voor het verstevigen van bestaande of het opzetten van nieuwe preventieprogramma's, waarbij op meer dan één ongezonde leefstijlfactor wordt ingezet.

Onderzoek naar stapeling van ongezonde leefstijlfactoren onder Hagenaars van 19 jaar en ouder

Welke groepen komen in beeld als Hagenaars van 19 jaar en ouder worden geclusterd op basis van meerdere ongezonde leefstijlfactoren? Om dat te achterhalen is gekeken naar gegevens over leefstijl uit de Gezondheidsenquête 2012 wat betreft ontbijt, groente en fruit, roken, bewegen, alcohol en cannabis. Respondenten die op elkaar lijken wat betreft de genoemde leefstijlfactoren zijn geclusterd. De clusteranalyse laat zien welke ongezonde leefstijlfactoren vaak samen met elkaar voorkomen en bij wie. Daarbij lijken mannen meer vertegenwoordigd te zijn in de clusters met de meest ongezonde leefstijl. Het onderzoek biedt aanknopingspunten voor het verstevigen van bestaande of het opzetten van nieuwe preventieprogramma's, waarbij op meer dan één ongezonde leefstijlfactor wordt ingezet.

Nasra Karamali, Mary Berns, Ad van Dijk en Irene van der Meer

Inleiding

Ongezonde leefstijlfactoren zoals roken en onvoldoende lichaamsbeweging hebben een ongunstig effect op de gezondheid. Roken bijvoorbeeld vergroot de sterftekans als gevolg van longkanker, aandoeningen van de luchtwegen, coronaire hartziekten en beroertes en gaat gepaard met een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik.¹ Onvoldoende bewegen (niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen) is in Nederland jaarlijks verantwoordelijk voor naar schatting ruim 8.000 sterfgevallen (ofwel circa 6% van het totaal aantal sterfgevallen) en voor een aanzienlijk deel van de gevallen van coronaire hartziekten.²

De resultaten van de Gezondheidsenquête van 2012 laten voor verschillende leefstijlfactoren zien hoe vaak de (on)gezonde varianten voorkomen bij Haagse inwoners. Zo rookte bijvoorbeeld 28% van de Hagenaars van 19 jaar en ouder. Ook voldeed 41% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB).³



De meeste mensen vertonen echter ongezond gedrag op meer dan één leefstijlfactor. Het is bijvoorbeeld bekend dat rokers vaak meer alcoholhoudende dranken consumeren⁴ en dat roken is geassocieerd met een ongezond voedingspatroon.⁵

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek onder Hagenaars van 19 jaar en ouder met als doel meer inzicht te krijgen in welke ongezonde leefstijlfactoren vaak samen met elkaar voorkomen en wat de demografische kenmerken zijn van de personen bij wie dit voorkomt. Dit geeft aanknopingspunten voor preventie, omdat het identificeren van groepen die ongezond gedrag vertonen op meerdere leefstijlfactoren kan helpen bij het opzetten van (meer) gerichte preventieprogramma's. Te denken is aan preventieprogramma's, die zich richten op roken en alcoholgebruik tegelijkertijd en gericht ingezet kunnen worden, omdat dan ook bekend is bij welke groepen in Den Haag deze ongezonde leefstijlfactoren vaak samen voorkomen. In dit onderzoek is ook gekeken naar de ervaren gezondheid van de respondenten in de verschillende clusters.

Methode

Gezondheidsenquête 2012

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die zijn verzameld tijdens de Gezondheidsenquête van 2012, een landelijk onderzoek van de GGD'en in samenwerking met het CBS en het RIVM. Tienduizend Hagenaars van 19 jaar en ouder hebben in het najaar van 2012 een uitgebreide vragenlijst over hun gezondheid ontvangen. Met deze vragenlijst is informatie verzameld over verschillende thema's die betrekking hebben op gezondheid en determinanten van gezondheid. Voor een deel waren dit landelijk vastgelegde thema's en voor een deel specifiek Haagse thema's. Er is gevraagd naar verschillende leefstijlgewoonten, zoals alcoholgebruik en de consumptie van groente en fruit. Ook werden verschillende gezondheidskenmerken, zoals ervaren gezondheid en overgewicht (lengte en gewicht) nagevraagd. De respondenten ontvingen drie keer een reminder. Uiteindelijk hebben 4461 Haagse respondenten de vragenlijst ingevuld en geretourneerd (respons van 44,9%).

Onderzochte leefstijlfactoren

In dit onderzoek is gekeken naar de volgende leefstijlfactoren:

1. Voldoen aan de groentenorm (minstens 200 gram groente per dag)
2. Voldoen aan de fruitnorm (minstens twee stuks fruit per dag)
3. Minstens vijf keer per week ontbijten
4. Voldoen aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen (minstens een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit per dag op minstens vijf dagen in de week)
5. Roken
6. Zwaar* en/of overmatig alcoholgebruik**
7. Cannabisgebruik (afgelopen vier weken)

Keuze van analysetechniek

Er zijn verschillende manieren om de clustering van ongezonde leefstijlfactoren te onderzoeken. In sommige onderzoeken wordt bijvoorbeeld bekeken of een combinatie van twee of meer ongezonde leefstijlfactoren vaker voorkomt dan verwacht op basis van de individuele prevalenties. Nadeel van deze methode is dat het aantal leefstijlfactoren dat onderzocht kan worden beperkt is (max. 3 of 4). Een andere methode is het optellen van hoeveel ongezonde leefstijlfactoren voorkomen bij één respondent. Het nadeel van deze methode is dat niet duidelijk is welke ongezonde leefstijlfactoren met elkaar clusteren; alleen het aantal is zichtbaar. Twee andere veelgebruikte technieken zijn cluster- en factoranalyse. Welke methode gehanteerd wordt, is afhankelijk van de vraag die beantwoord moet worden. Clusteranalyse is een techniek waarbij groepen/clusters van waarnemingen met soortgelijke karakteristieken worden gevormd. Alle waarnemingen worden in een groep met gelijke kenmerken geplaatst, en worden zodoende als groep bekeken in plaats van unieke observaties. Met deze techniek worden respondenten op basis van hun leefstijlgewoonten ingedeeld in verschillende clusters. Respondenten die dus op elkaar lijken qua leefstijl worden in hetzelfde cluster geplaatst. Factoranalyse daarentegen deelt variabelen (in dit geval leefstijlfactoren) in in groepen op basis van een gemeenschappelijke onderliggende factor. Factoranalyse kijkt naar onderliggende patronen en correlaties tussen de variabelen en plaatst de variabelen die vergelijkbare patronen hebben bij elkaar. Op deze manier ontstaat er een factor.^{4,5}

In onderhavig onderzoek is gekozen voor clusteranalyse, teneinde aanknopingspunten te vinden voor beleid: op welke groep kunnen de interventies het beste worden ingezet? Een nadeel van hiërarchische clusteranalyse is dat het een beschrijvende methode is en dat een andere keuze in leefstijlfactoren of een andere maat voor de clustering kan leiden tot andere resultaten.

* Zwaar drinken: voor mannen minstens één dag per week zes of meer glazen alcohol en voor vrouwen minstens één dag per week vier of meer glazen alcohol.

** Overmatig drinken: bij mannen 21 glazen alcohol of meer per week en voor vrouwen 14 glazen alcohol of meer per week.



Statistische analyse

- Clusteranalyse

De statistische analyse is uitgevoerd in SPSS 21.0. Er is gebruik gemaakt van hiërarchische clusteranalyse: Ward's method met de Squared Euclidean Distance als afstandsmaat. De analyse is afzonderlijk uitgevoerd voor wijk (wijk met achterstand versus wijk zonder achterstand)* en leeftijd (19-64 en 65+), omdat deze groepen zodanig verschillen qua leefstijl dat het gewenst was om apart naar deze groepen te kijken. De clusteranalyse is dus vier keer uitgevoerd: voor volwassenen (19-64 jaar) in de wijken zonder achterstand, volwassenen (19-64-jaar) in de wijken met achterstand, ouderen (65+) in de wijken zonder achterstand en ouderen (65+) in de wijken met achterstand. Zo'n groep wordt een stratum genoemd.

Bij deze techniek is het vrij om zelf het aantal clusters te kiezen. In dit onderzoek zijn de resultaten voor drie tot zes clusters uitgedraaid. Op basis van de interpreteerbaarheid en bruikbaarheid is gekozen voor het presenteren van drie clusters.

- Weging

De steekproef voor de Gezondheidsenquête in Den Haag is in een aantal wijken opgehoogd om voor de krachtwijken uitspraken op wijkniveau te kunnen doen. Ook was de respons onder bepaalde groepen hoger dan onder andere groepen. Onder ouderen was de respons bijvoorbeeld veel hoger dan onder de 19-34-jarigen. Dit betekent dat bepaalde groepen oververtegenwoordigd waren in het uiteindelijke analysebestand en de resultaten niet representatief waren voor de algemene Haagse bevolking. Een manier om dit op te lossen is om de analyses te 'wegen'. Dit is een rekenkundige manier om van verschillende groepen uit een populatie die niet evenredig vertegenwoordigd zijn toch een algemeen gemiddelde te berekenen. Dat houdt in dat sommige respondenten zwaarder of juist minder zwaar meewegen bij de analyses om zo tot resultaten te komen die representatief zijn voor de gemiddelde Haagse bevolking. Bij de clusteranalyse is het niet mogelijk om te wegen, maar door de clusteranalyse gestratificeerd uit te voeren, is enigszins rekening gehouden met het feit dat bepaalde groepen onder- en oververtegenwoordigd waren. De leefstijl- en demografische kenmerken zijn wel gewogen geanalyseerd. Ook het percentage met een slecht ervaren gezondheid is gewogen berekend. Er is gewogen voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, huishoudgrootte, etniciteit en inkomen. De weefactoren zijn berekend en aangeleverd door het CBS in het kader van de Gezondheidsenquête van 2012. Kortom: de clusteranalyse is niet gewogen, maar de gevonden prevalenties wel. Significanties zijn getoetst door de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de verschillende clusters met elkaar te vergelijken.

* In dit onderzoek zijn de volgende wijken de wijken met achterstand: Stationsbuurt, Schildersbuurt, Transvaalkwartier, Bouwlust/Vrederust, Morgenstond, Moerwijk, Regentessekwartier, Groente- en Fruitmarkt, Laakkwartier en Spoorkwartier.

Het verschil werd als significant bestempeld als er geen overlap was tussen de 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Bij het presenteren van de resultaten is het cluster met de meest gezonde leefstijl als uitgangspunt gebruikt en is bekeken of de andere twee clusters significant afweken van dit cluster.

Resultaten

Hieronder worden de resultaten per stratum gepresenteerd.

19-64-jarigen in wijken zonder achterstand

- Leefstijlclusters 19-64-jarigen in wijken zonder achterstand
Tabel 1 op pagina 21 toont de resultaten van de clusteranalyse onder de 19-64-jarigen in de wijken zonder achterstand.

De respondenten in cluster 1 hebben de meest gezonde leefstijl, alhoewel hier nog een aanzienlijk deel niet voldoet aan de groente- en fruitnorm (resp. 40 en 56%). De respondenten in cluster 3 hebben de meest ongezonde leefstijl: bijna alle percentages zijn significant hoger dan in het cluster met de meest gezonde leefstijl. Cluster 2 zit tussen cluster 1 en 3 in: in dit cluster is het percentage dat niet voldoet aan de groente-, fruit- en beweegnorm en het percentage dat rookt significant hoger dan in het cluster met de meest gezonde leefstijl. Maar wat betreft ontbijten, alcohol- en cannabisgebruik zijn ze (ongeveer) gelijk aan het gezonde cluster.

Het cluster met de meeste gezonde leefstijl is met 42% het grootst onder de 19-64-jarigen in de wijken zonder achterstand. Cluster 2 en 3 ontlopen elkaar niet veel qua grootte (resp. 27% en 31%).

- Demografische kenmerken leefstijlclusters 19-64-jarigen in wijken zonder achterstand

In het cluster met de meest gezonde leefstijl bevinden zich relatief meer vrouwen, meer 35- tot en met 64-jarigen en gehuwden/samenwonenden (zie Tabel 2 op pagina 21). Er zijn geen significante verschillen tussen dit cluster en het cluster met de gemengde leefstijl wat deze demografische kenmerken betreft. Er zijn wel significante verschillen met het cluster met de meest ongezonde leefstijl: dit cluster telt meer mannen, meer 19- tot en met 34-jarigen en meer alleenstaanden dan het cluster met de meest ongezonde leefstijl.

- Ervaren gezondheid leefstijlclusters 19-64-jarigen in wijken zonder achterstand

In Figuur 1 op pagina 22 is het percentage met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid per leefstijlcluster weergegeven. Dertien procent van 19-64-jarigen in het cluster met de meest gezonde leefstijl ervaart zijn/haar gezondheid als matig tot zeer slecht. Dit ligt iets hoger in de andere twee clusters, maar deze verschillen zijn niet significant.



Tabel 1. Percentages voor de verschillende leefstijlkenmerken per cluster voor 19-64-jarigen in wijken zonder achterstand. Den Haag 2012.

	Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Voldoet niet aan groentenorm	40	67	56
Voldoet niet aan fruitnorm	56	80	67
Ontbijt minder dan 5x/week	9	13	27
Voldoet niet aan NNGB	2	100	32
Overmatig en/of zwaar alcoholgebruik	0	0	45
Roker	1	20	78
Afgelopen vier weken cannabis gebruikt	1	0	11
Groote cluster	42%	27%	31%

Tabel 2. Demografische kenmerken leefstijlclusters van 19-64-jarigen in wijken zonder achterstand (percentages). Den Haag 2012.

		Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Geslacht	Man	41	50	58
	Vrouw	59	50	42
Leeftijd	19-34	22	26	40
	35-64	78	74	61
Etnische herkomst	Autochtoon	68	61	70
	Niet-westers	13	20	15
	Westers	19	20	16
Burgerlijke staat	Alleenstaand	27	32	49
	Gehuwd of samenwonend	73	68	51

Tabel 3. Percentages voor de verschillende leefstijlkenmerken per cluster voor 19-64-jarigen in wijken met achterstand. Den Haag 2012.

	Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Voldoet niet aan groentenorm	0	85	52
Voldoet niet aan fruitnorm	36	61	65
Ontbijt minder dan 5x/week	0	44	38
Voldoet niet aan NNGB	41	50	42
Overmatig en/of zwaar alcoholgebruik	0	0	29
Roker	0	2	88
Afgelopen vier weken cannabis gebruikt	1	0	15
Groote cluster	26%	40%	35%

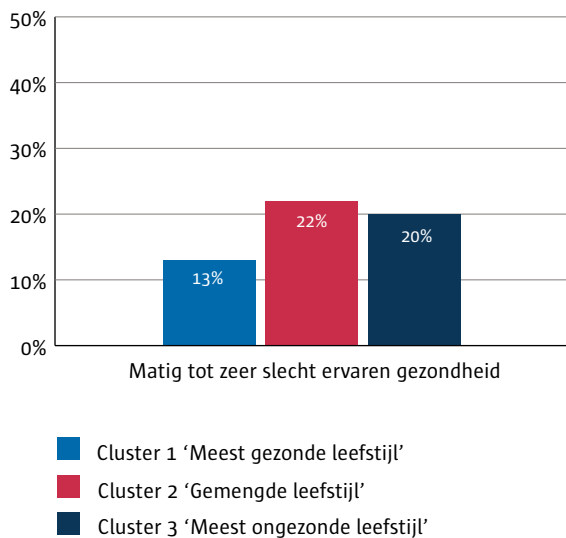
Tabel 4. Demografische kenmerken leefstijlclusters voor 19-64-jarigen in wijken met achterstand (percentages). Den Haag 2012.

		Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Geslacht	Man	50	49	64
	Vrouw	50	51	36
Leeftijd	19-34	43	63	48
	35-64	57	37	52
Etnische herkomst	Autochtoon	29	23	29
	Niet-westers	57	72	52
	Westers	14	6	19
Burgerlijke staat	Alleenstaand	41	54	59
	Gehuwd of samenwonend	59	46	41

Rood = verschilt significant van cluster met meest gezonde leefstijl.



Figuur 1. Percentage met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid naar leefstijlcluster voor 19-64-jarigen in wijken zonder achterstand. Den Haag 2012.



19-64-jarigen in wijken met achterstand

- Leefstijlclusters 19-64-jarigen in wijken met achterstand

Ook bij de 19-64-jarigen in de wijken met achterstand blijken duidelijke verschillen in leefstijl tussen de verschillende clusters (zie Tabel 3 op pagina 21). De respondenten in cluster 1 hebben de meest gezonde leefstijl. Niemand voldoet niet aan de groentennorm; niemand ontbijt minder dan vijf keer per week, rookt of gebruikt zwaar en/of overmatig alcohol. Er is wel een deel dat niet voldoet aan de fruitnorm (36%) en beweegnorm (41%). Ook heeft 1% in de afgelopen vier weken cannabis gebruikt. Cluster 3 kent de meest ongezonde leefstijl. Bijna alle percentages liggen hoger dan in het cluster met de meest gezonde leefstijl, afgezien van het percentage dat niet voldoet aan de beweegnorm. Dit is ongeveer gelijk aan het percentage in cluster 1. Wat betreft cluster 2: meer respondenten in dit cluster voldoen niet aan de groente- en fruitnorm, ontbijten minder dan vijf keer per week en roken ten opzichte van het cluster met de meest gezonde leefstijl. Het percentage dat niet voldoet aan de beweegnorm is ook hoger, maar dit verschil is niet significant.

Het cluster met de 'gemengde' leefstijl is het grootst onder de 19-64-jarigen in de wijken met achterstand (40%). Hierna volgt het cluster met de meest ongezonde leefstijl met 35%. Het cluster met de meest gezonde leefstijl is het kleinst (26%).

- Demografische kenmerken leefstijlclusters 19-64-jarigen in wijken met achterstand

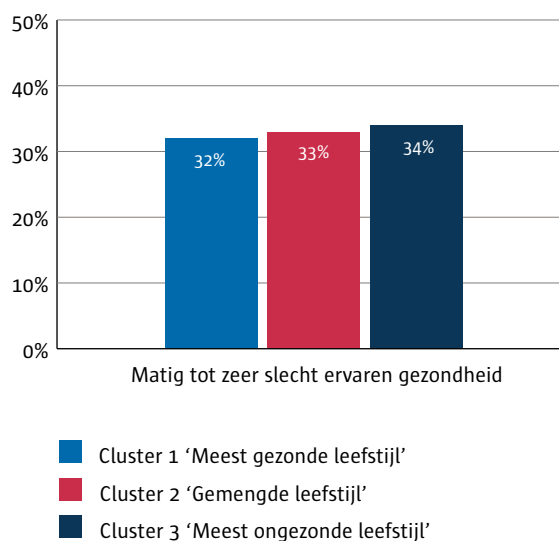
Tabel 4 op pagina 21 bevat enkele demografische kenmerken van de verschillende clusters onder de 19-64-jarigen in de wijken met achterstand. In het cluster met de gemengde leefstijl is te zien dat het percentage 19- tot en met 34-jarigen en mensen van niet-westerse herkomst hoger is dan in het cluster met de meest

gezonde leefstijl. In het cluster met de meest ongezonde leefstijl is juist het percentage mannen en alleenstaanden hoger dan in cluster 1.

- Ervaren gezondheid leefstijlclusters 19-64-jarigen in wijken met achterstand

Figuur 2 geeft het percentage met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid voor de verschillende clusters weer. Er is nauwelijks verschil tussen de verschillende leefstijlclusters.

Figuur 2. Percentage met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid naar leefstijlcluster voor 19-64-jarigen in wijken met achterstand. Den Haag 2012.



Ouderen in wijken zonder achterstand

- Leefstijlclusters ouderen in wijken zonder achterstand

Net als bij de 19-64-jarigen blijkt ook bij de ouderen in de wijken zonder achterstand bij een indeling in drie clusters een cluster met hele gezonde leefstijl, één met een hele ongezonde leefstijl en één die er tussenin zit (zie Tabel 5 op pagina 23). In het cluster met de meest gezonde leefstijl is het enige negatieve dat 34% niet voldoet aan de fruitnorm. In het cluster met de gemengde leefstijl zijn de percentages voor niet voldoen aan de groente- en beweegnorm en minder dan vijf keer per week ontbijten hoger dan in het cluster met de meest gezonde leefstijl. Ook is 1% in dit cluster overmatig en/of zware alcoholgebruiker. Het percentage dat niet voldoet aan de fruitnorm is net niet significant hoger dan in cluster 1.

In het cluster met de meest ongezonde leefstijl liggen alle percentages significant hoger dan in het cluster met de meest gezonde leefstijl.

Het cluster met de gemengde leefstijl is met 45% het grootst onder ouderen in wijken zonder achterstand. Ongeveer een derde (31%) valt onder het cluster met de meest gezonde leefstijl en een kwart in het cluster met de meest ongezonde leefstijl.



Tabel 5. Percentages voor de verschillende leefstijlkenmerken per cluster voor ouderen in wijken zonder achterstand. Den Haag 2012.

	Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Voldoet niet aan groentenorm	0	81	52
Voldoet niet aan fruitnorm	34	45	55
Ontbijt minder dan 5x/week	0	8	12
Voldoet niet aan NNGB	0	42	31
Overmatig en/of zwaar alcoholgebruik	0	1	50
Roker	0	0	64
Afgelopen vier weken cannabis gebruikt	0	0	1
Groote cluster	31%	45%	24%

Tabel 6. Demografische kenmerken leefstijlclusters voor ouderen in wijken zonder achterstand (percentages). Den Haag 2012.

		Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Geslacht	Man	45	41	54
	Vrouw	55	59	46
Etnische herkomst	Autochtoon	72	72	76
	Niet-westers	6	6	4
	Westers	22	22	20
Burgerlijke staat	Alleenstaand	40	46	44
	Gehuwd of samenwonend	60	54	56

Tabel 7. Percentages voor de verschillende leefstijlkenmerken per cluster voor ouderen in wijken met achterstand. Den Haag 2012.

	Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Voldoet niet aan groentenorm	33	57	56
Voldoet niet aan fruitnorm	0	49	74
Ontbijt minder dan 5x/week	0	0	23
Voldoet niet aan NNGB	0	100	29
Overmatig en/of zwaar alcoholgebruik	0	0	18
Roker	0	0	37
Afgelopen vier weken cannabis gebruikt	0	0	1
Groote cluster	25%	26%	49%

Tabel 8. Demografische kenmerken leefstijlclusters voor ouderen in wijken met achterstand (percentages). Den Haag 2012.

		Cluster 1 Meest gezonde leefstijl	Cluster 2 'Gemengde' leefstijl	Cluster 3 Meest ongezonde leefstijl
Geslacht	Man	45	33	55
	Vrouw	55	67	46
Etnische herkomst	Autochtoon	51	49	57
	Niet-westers	36	39	31
	Westers	13	13	13
Burgerlijke staat	Alleenstaand	52	64	52
	Gehuwd of samenwonend	48	36	48

Rood = verschilt significant van cluster met meest gezonde leefstijl.



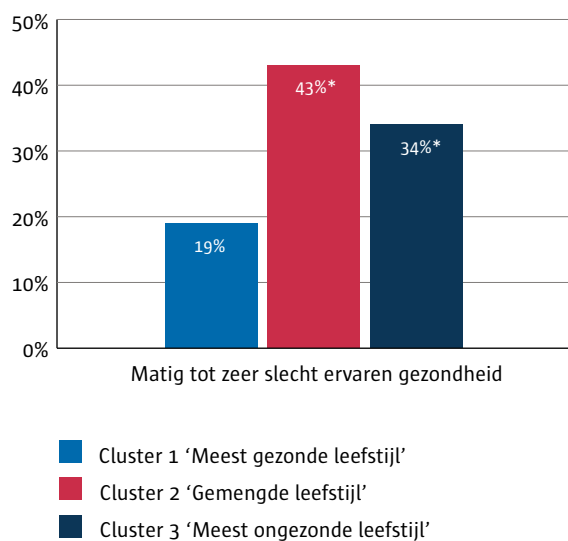
- Demografische kenmerken leefstijlclusters ouderen in wijken zonder achterstand

Tabel 6 op pagina 23 geeft de demografische kenmerken weer van de verschillende clusters. In het cluster met de meest gezonde leefstijl en de gemengde leefstijl zitten iets meer vrouwen dan mannen terwijl in het cluster met de meest ongezonde leefstijl iets meer mannen vertegenwoordigd zijn. Dit zijn echter geen significante verschillen. Ook bij de andere kenmerken zijn er nauwelijks verschillen te zien.

- Ervaren gezondheid leefstijlclusters ouderen in wijken zonder achterstand

Ongeveer een vijfde van de respondenten in het cluster met de meest gezonde leefstijl ervaart zijn/haar gezondheid als matig tot zeer slecht (Figuur 3). Dit percentage ligt significant hoger in de andere twee clusters met minder gunstige leefgewoonten.

Figuur 3. Percentage met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid naar leefstijlcluster voor ouderen in wijken zonder achterstand. Den Haag 2012.



* = verschilt significant van cluster met meest gezonde leefstijl

Ouderen in wijken met achterstand

- Leefstijlclusters ouderen in wijken met achterstand

Tabel 7 op pagina 23 geeft de drie clusters voor de ouderen in de wijken met achterstand weer. Cluster 1 is het cluster met de meest gezonde leefstijl. Het enige waar dit cluster minder goed op scoort is dat een derde niet voldoet aan de groentenorm. In het cluster met de gemengde leefstijl is het percentage dat niet voldoet aan de groente-, fruit- en beweegnorm significant hoger dan in het cluster met de gezonde leefstijl. In dit cluster voldoet er zelfs niemand aan de beweegnorm. In het cluster met de meest ongezonde leefstijl liggen alle percentages significant hoger dan in cluster 1.

Bijna de helft van de ouderen in de wijken met achterstand behoort tot het cluster met de meest ongezonde leefstijl. Een kwart behoort tot het cluster met de meeste gezonde leefstijl en een kwart tot het cluster met de 'gemengde' leefstijl.

- Demografische kenmerken leefstijlclusters ouderen in wijken met achterstand

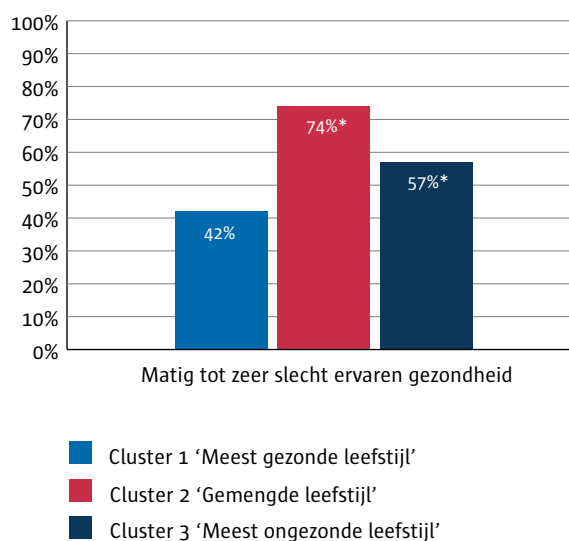
Tabel 8 op pagina 23 geeft de demografische kenmerken weer van de leefstijlclusters van de ouderen in wijken met achterstand. Het cluster met de 'gemengde' leefstijl toont meer vrouwen en alleenstaanden, terwijl het cluster met de meest ongezonde leefstijlgewoonten juist iets meer mannen bevat. Dit zijn geen significante verschillen.

- Ervaren gezondheid leefstijlclusters ouderen in wijken met achterstand

In Figuur 4 is te zien dat het percentage met een slecht ervaren gezondheid het laagst is in het cluster met de meest gezonde leefstijl. In het cluster met de 'gemengde' leefstijl is dit percentage erg hoog (74%, significant hoger dan in cluster met meest gezonde leefstijl). Ook in het cluster met de meest ongezonde leefstijl is het percentage hoger dan in cluster 1 (57%).

Bijna de helft van de ouderen in de wijken met achterstand behoort tot het cluster met de meest ongezonde leefstijl.

Figuur 4. Percentage met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid naar leefstijlcluster voor ouderen in wijken met achterstand. Den Haag 2012.



* = verschilt significant van cluster met meest gezonde leefstijl



Verschillen en overeenkomsten tussen strata

Ondanks de uitkomst dat er soortgelijke clusters zijn in de verschillende strata, blijken er toch verschillen.

Zo zijn er verschillen tussen de clusters met de meest gezonde leefstijl. Bij de ouderen is er zowel in de wijken zonder als met achterstand één leefstijlindicator waar ze minder goed op scoren (resp. het percentage dat voldoet aan de fruitnorm en het percentage dat voldoet aan de groentenorm). Voor de andere leefstijlindicatoren geldt dat deze op 0% staan. Dit betekent dat iedereen in dat cluster voldoet aan de betreffende norm of niet rookt, niet overmatig en/of zwaar drinkt of geen cannabis heeft gebruikt in de afgelopen vier weken. Bij de 19-64-jarigen ziet het er iets minder positief uit in de clusters met de meest gezonde leefstijl. In de wijken zonder achterstand is dit het minst positief: een groot deel voldoet niet aan de groente- en fruitnorm (resp. 40% en 56%). Bovendien ontbijt 9% in dit cluster minder dan vijf keer per week; 2% voldoet niet aan de beweegnorm; 1% rookt en 1% heeft in de afgelopen vier weken cannabis gebruikt.

Er zijn ook verschillen in welke ongezonde leefgewoonten samen met elkaar voorkomen in de clusters met de 'gemengde' leefstijl.

Er is bovendien een duidelijk verschil te zien in de grootte van de verschillende clusters. Voor de 19-64-jarigen in de wijken zonder achterstand is het cluster met de meest gezonde leefstijl het grootst. Voor de 19-64-jarigen in de wijken met achterstand en de ouderen in de wijken zonder achterstand is het cluster met de 'gemengde' leefstijl het grootst. Opvallend is dat bij de ouderen in de wijken met achterstand het cluster met de meest ongezonde leefstijl het grootst is: de helft van hen is ingedeeld in dit cluster. Er zijn weinig overeenkomsten tussen de clusters wat betreft de demografische kenmerken van de verschillende strata. Eén opvallende overeenkomst is dat in alle vier de strata er meer mannen vertegenwoordigd zijn in de clusters met de meest ongezonde leefstijl. Bij de 19-64-jarigen zijn het bovendien vaak alleenstaanden.

Wat betreft matig tot zeer slecht ervaren gezondheid zijn er bij de 19-64-jarigen nauwelijks verschillen tussen de clusters in zowel de wijken zonder als met achterstand. Bij de ouderen is er wel een verschil: het percentage met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid is het laagst in de clusters met de meest gezonde leefstijl en significant hoger in de clusters met de 'gemengde' leefstijl en meest ongezonde leefstijl. Dit geldt voor zowel voor de wijken zonder als met achterstand.

Conclusie en discussie

In dit onderzoek is bekeken welke groepen er ontstaan als Hagenaars van 19 jaar en ouder geclusterd worden op basis van hun leefstijl. Dit is apart gedaan voor twee verschillende leeftijds-groepen: 19-64 en 65+ én voor wijken met en zonder achterstand. In alle vier de strata blijkt een soortgelijk patroon: er is een cluster

dat het meest gezond is qua leefstijl, één dat het meest ongezond is qua leefstijl en één dat er tussen in zit. Er zijn dus Hagenaars die ongezonde leefgewoonten hebben wat betreft alle onderzochte leefstijlfactoren, maar er zijn ook Hagenaars die maar een paar ongezonde leefgewoonten hebben en op de andere leefstijl-indicatoren wel goed scoren. Welke ongezonde leefgewoonten dit zijn, verschilt per stratum. Bij de 19-64-jarigen in de wijken zonder achterstand zijn dit bijvoorbeeld het niet voldoen aan de groente-, fruit- en beweegnorm en roken. Bij de 19-64-jarigen in de wijken met achterstand is dit voor het grootste deel hetzelfde, maar speelt de beweegnorm geen rol, maar ontbijten wel.

Interessant is dat bij de ouderen in zowel de wijken zonder als met achterstand het percentage met een slecht ervaren gezondheid het hoogst is in het cluster met de 'gemengde' leefstijl. Het is niet geheel duidelijk hoeveel waarde hieraan gehecht moet worden. Het zou kunnen betekenen dat de respondenten uit het cluster met de 'gemengde' leefstijl een slechtere gezondheid hebben dan respondenten uit het cluster met de meest ongezonde leefstijl. De percentages met een matig tot zeer slecht ervaren gezondheid zijn echter in de clusters met de gemengde leefstijl wel iets hoger dan in het cluster met de ongezonde leefstijl, maar niet significant hoger.

Doel van het onderzoek was meer inzicht te krijgen in welke ongezonde leefstijlfactoren vaak samen met elkaar voorkomen en bij wie. Uit dit onderzoek blijkt dat zich in elk stratum twee clusters bevinden waar preventie hard nodig is: de clusters met 'gemengde' leefstijl en de clusters met de meest ongezonde leefstijl. In het laatstgenoemde cluster is preventie het hardst nodig, omdat de personen in deze clusters het slechtst scoren op alle onderzochte leefstijlindicatoren.

Als er op basis van dit onderzoek een prioritering gegeven zou moeten worden over welke groepen aandacht behoeven, dan zouden dit de ouderen in de wijken met achterstand zijn, omdat in deze groep het cluster met de ongezonde leefstijl het grootst is. Ook zou het advies zijn om de aanpak te richten op mannen en om meerdere leefstijlfactoren tegelijkertijd mee te nemen. Als men een aanpak zou willen ontwikkelen voor heel Den Haag en niet alleen voor de ouderen in de wijken met achterstand, dan zou het advies zijn om de aanpak vooral te richten op mannen en alleenstaanden, omdat dit een gemeenschappelijk demografisch kenmerk is van de clusters met de meest ongezonde leefstijl in alle vier de strata.

Onderzoek naar het voorkomen van meerdere ongezonde leefstijlfactoren is een onderzoeksgebied dat steeds meer aandacht krijgt.^{6,7} Het lijkt erop dat het aanpakken van meerdere ongezonde leefstijlfactoren tegelijkertijd een groot voordeel kan zijn voor de public health en dat deze aanpak effectiever en efficiënter



is dan het aanpakken van één ongezonde leefstijlfactor per interventie. In Den Haag wordt al lange tijd gebruik gemaakt van preventieprogramma's voor het aanpakken van ongezonde leefstijlfactoren. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen helpen om bestaande programma's te verstevigen en om nieuwe programma's op te zetten.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Mw. N.S. Karamali MSc, Mw. drs. M.P.H. Berns,
Dhr. drs. A. van Dijk, Mw. dr.ir. I.M. van der Meer zijn als
epidemiologisch onderzoeker werkzaam bij GGD Haaglanden.
Emailadres: nasra.karamali@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 Gelder BM van (RIVM), Poos MJJC (RIVM), Harbers MM (RIVM). **Wat zijn de gezondheidsgevolgen van roken?** In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Roken, 26 augustus 2014. Geraadpleegd 31-03-2015.
- 2 Wendel-Vos GCW (RIVM). **Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke (in)activiteit?** In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit, 3 juni 2014. Geraadpleegd 31-03-2015.
- 3 Gemeente Den Haag/ GGD Haaglanden. **Gezondheidsmonitor Den Haag 2014**. Den Haag, 14 januari 2014.
- 4 Hofstetter H, Dusseldorp E, Empelen P Van, Paulussen TWGM. **A primer on the use of cluster analysis or factor analysis to assess co-occurrence of risk behaviors**. *Prev Med* 2014;67:141-146.
- 5 McAloney K, Graham H, Law C, Platt L. **A scoping review of statistical approaches to the analysis of multiple health-related behaviours**. *Prev Med* 2013;56:365-371.
- 6 Poortinga W. **The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population**. *Prev Med* 2007;44:124-128.
- 7 Prochaska JJ, Spring B, Nigg CR. **Multiple health behaviour change research: an introduction and overview**. *Prev Med* 2008;46:181-188.



Cultuursensitief werken in zorg en welzijn: een kwestie van kennis én houding

Professionals in de gezondheidszorg en het welzijnswerk krijgen te maken met de invloed van diverse culturen en levensbeschouwingen. De diversiteit aan achtergronden van cliënten en hun naasten is soms groot en ogenschijnlijk complex. Hulpverleners worden bijvoorbeeld geconfronteerd met voor hen onbekende opvattingen over ziekten en beperkingen, maar ook met andere opvoedingsstijlen. Dit artikel gaat over de invloed van cultuur en levensbeschouwing en geeft praktische suggesties hoe professionals hier adequaat op kunnen reageren en er met cliënten en hun naasten over kunnen communiceren.

Cor Hoffer

Inleiding

Mede door de immigratie in de laatste vijftig jaar is de samenstelling van de Nederlandse bevolking in sociaal-economisch, cultureel en levensbeschouwelijk opzicht heel divers. Met de recentere instroom van nieuwe groepen vluchtelingen uit met name Syrië, Eritrea, Irak en Afghanistan wordt die diversiteit versterkt. De verander(en)de samenleving leidt ertoe dat zorg- en welzijnsprofessionals steeds meer te maken krijgen met patiënten/cliënten en hun naasten, die een andere culturele en levensbeschouwelijke achtergrond hebben dan zichzelf.* Dat betekent dat zij kennismaken met voor hen onbekende opvattingen over ziekten en beperkingen, manieren om hulp te zoeken en visies op leven en dood. Tevens kunnen

opvoedings- en levensstijlen en daarbij passende opvattingen over het dagelijks functioneren van cliënten anders zijn dan hulpverleners gewend zijn. De vraag rijst hoe professionals hier adequaat op kunnen reageren en hierover met cliënten en hun familie kunnen communiceren.

In dit artikel ga ik nader in op deze vraag. Eerst beschrijf ik welke invloed cultuur en levensbeschouwing hebben op het dagelijks werk van zorg- en welzijnsprofessionals. Daarna volgt een uitleg van cultuursensitief werken en het belang ervan voor de gezondheidszorg en het welzijnswerk. Tot besluit geef ik via enkele tips aan hoe professionals kunnen leren om cultuursensitief te werken.

* In de gezondheidszorg worden de begrippen cliënt en patiënt door elkaar gebruikt. In het algemeen spreken artsen over patiënten en andere zorg- en welzijnsprofessionals over cliënten. Omdat dit artikel bedoeld is voor diverse professionals wordt in het vervolg van cliënten gesproken. Maar het kan dan ook over patiënten gaan.



De bevindingen en aanbevelingen in dit artikel zijn gebaseerd op literatuurstudie en diverse sociaal-wetenschappelijke onderzoeken die ik de afgelopen vijftig jaar heb gedaan en op mijn ervaringen met trainingen cultuursensitief werken.¹

‘Wat ik lastig vond tijdens de behandeling is dat ik merkte weinig ervaring te hebben met zijn (culturele) problematiek, waar de cliënt onder andere in vast liep. Tevens merkte ik soms bij mijzelf dat ik bepaalde vragen niet durfde te stellen, waarschijnlijk omdat ik bang was generaliserend of discriminerend te zijn.’

(Fragment uit een casusbeschrijving van een psycholoog.)

Betekenis van cultuur en levensbeschouwing voor gezondheidszorg en welzijnswerk

Voordat ik inga op de rol die cultuur en levensbeschouwing spelen in zorg en welzijn zal ik deze begrippen eerst definiëren. Een *cultuur* is te omschrijven als een manier van leven. Het geeft aan wat mensen in een bepaalde groep of samenleving waardevol (*waarden*) vinden en hoe zij zich moeten gedragen (*normen*). Het kan gaan om Nederland als samenleving, maar bijvoorbeeld ook om een voetbalclub (FC Den Haag of Feyenoord) of een beroepsgroep zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, psychiaters of politieagenten. Tevens zijn er (sub)culturele verschillen tussen bepaalde regio's en steden of tussen bijvoorbeeld lager en hoger opgeleiden. Levensbeschouwing en religie kunnen worden gezien als specifieke aspecten van cultuur. Een *levensbeschouwing* heeft betrekking op het geheel van overtuigingen, waarden en normen waarmee mensen zin en richting geven aan hun leven. Ieder mens, of die nu 'gelovig' is of niet, heeft een levensbeschouwing. We hebben allemaal zo onze gedachten over waar we vandaan komen en wat er met ons gebeurt als wij sterven. Ook hebben we ideeën over wat voor ons belangrijke doelen zijn. Voorts denken we allemaal na over wat waar is en wat niet. Een *religie* is een specifieke vorm van levensbeschouwing. Het heeft te maken met geloof in het transcendente. Dat wil zeggen dat aanhangers van een specifieke religie aannemen dat er buiten de empirische werkelijkheid nog een andere realiteit is. Die realiteit duidt men verschillend aan, bijvoorbeeld als scheppend beginsel of bovennatuurlijke macht.

Cultuur en levensbeschouwing zijn voor zorg- en welzijnsprofessionals belangrijk, omdat zij de ziekteopvattingen en het hulpzoekgedrag van cliënten bepalen. Daarmee beïnvloeden zij ook de communicatie met cliënten. Een voorbeeld van de invloed van cultuur en levensbeschouwing op ziekteopvattingen en hulpzoekgedrag is het gegeven dat sommige ouders hun kinderen niet laten vaccineren tegen ziekten als mazelen, bof en rodehond. Afhankelijk van hun levensbeschouwelijke en subculturele achtergronden voeren zij respectievelijk christelijke, antroposofische of ideologische argumenten aan.² Een ander voorbeeld is het gebruik van alternatieve geneeswijzen, zoals homeopathie, kruidengeneeskunde, voedings-therapieën, lichaamsgerichte therapieën (zoals haptotherapie of bio-energetica) en christelijke geneeswijzen (zoals het bevrijdingspastoraat).

Soortgelijke culturele en levensbeschouwelijke invloeden op het denken over ziekte en gezondheid treffen we ook aan onder migranten en hun nakomelingen. Een bekend voorbeeld is het aanbod van Chinees-Nederlandse traditionele genezers, die we in diverse steden aantreffen. Voorbeelden zijn ook winti-geneeswijzen onder Afro-Surinaamse Nederlanders, brua-geneeswijzen onder Antilliaanse Nederlanders, hindoeïstische geneeswijzen onder Surinaams-Hindostaanse Nederlanders en islamitische geneeswijzen onder met name Marokkaanse en Turkse Nederlanders. Deze laatste geneeswijzen hebben gemeen dat betrokkenen geloven dat bepaalde ziekten en problemen worden veroorzaakt door bovennatuurlijke krachten als geesten of magie. Om zulke ziekten te voorkomen of te bestrijden consulteren zij religieuze genezers, die inmiddels volop actief zijn in ons land.³



Praktijkruimte van een Surinaams-Nederlandse winti-genezer





Naamkaartje van een Marokkaans-Nederlandse islamitische genezer

Vertaling naamkaartje

Van boven naar beneden staat te lezen:

Vanuit Abi Hurayrata (moge Allâh tevreden met hem zijn).

Gods profeet (Allâh's zegeningen en vrede zij met Hem) zei ieder die naar een helderziende of een beoefenaar van magie gaat en gelooft wat zij zeggen, is een heiden. Deze zijn tegen hetgeen Mohammed (Allâh's zegeningen en vrede zij met Hem) vanuit de hemel ontvangen profetie.

Genezing met de Koran en Soera

Tegen magie en kwakzalverij.

Magie, bezetenheid, djinn, zwangerschap.

Kijk uit voor spreuken en talismans.

Dit is haram en het werk van Sjajtan

Soms gaat men direct te rade bij zulke religieuze genezers of men kiest voor een combinatie van een biomedische met een alternatieve benadering. Zie hiervoor het volgende voorbeeld.

Een Marokkaans-Nederlandse man van 33 jaar vertelt:

'Als Marokkaanse moslim geloof ik in geesten. Maar ik geloof ook in de psychiatrische ziektebeelden. Ik heb hierbij een mooi voorbeeld. Mijn vrouw is Surinaamse moslima. Een aantal jaar geleden kreeg zij uit het niets een acute psychose. Ik heb eerst getwijfeld om 112 te bellen, omdat ik ook meteen aan bezetenheid dacht, aangezien zij dingen zei die zij anders nooit zou zeggen. Uiteindelijk heb ik de huisarts gebeld. Ze is opgenomen in een kliniek voor een week. Daar heeft zij veel gepraat met de psychiater en kreeg zij medicatie. Wij waren eerst sceptisch, maar toen wij zagen dat de medicatie goed aansloeg hadden we er vrede mee.

Toen zij na een week naar huis mocht hebben we meteen meerdere islamitische genezers opgezocht. Deze imams oftewel fuqaha (C.H.: religieuze genezers) reciteerden de Koran voor ons. Dit voelde goed en gaf rust. Mijn vrouw bezocht ongeveer om de twee weken een fqih (C.H.: religieuze genezer). Daarnaast had zij zichzelf ook aangemeld bij een GGZ-organisatie voor een cognitieve gedragstherapie. Zij leerde hier praktische dingen om met haar angsten om te gaan en haar denkfouten te leren herkennen.'

Cultuursensitief werken in gezondheidszorg en welzijnswerk

Het is algemeen bekend dat de werkzaamheid of effectiviteit van een behandeling of interventie mede samenhangt met de manier waarop de professional en de cliënt met elkaar omgaan. Dit noemt men de *werkrelatie* (ook wel de *therapeutische relatie*). Belangrijke vragen hierbij zijn: Begrijpen beiden elkaar? Geloof de cliënt wat de professional zegt en doet? Vertrouwt de cliënt de zorg- of dienstverlener?⁴

Cultuursensitief werken is belangrijk voor de gezondheidszorg en het welzijnswerk, omdat het de kwaliteit van de communicatie en de werkrelatie tussen professional en cliënt verhoogt.⁵ Cultuursensitief werken impliceert dat zorg- en welzijnsprofessionals enige kennis hebben van andere culturen en levensbeschouwingen dan die waarmee zij zelf zijn opgegroeid. Daarnaast is het zeker zo belangrijk dat de professional met een zo open mogelijke blik en gemoed de cliënt tegemoet treedt. Een dergelijke open houding is de kern van cultuursensitief werken.

Het betekent dat de professional oog heeft voor de diversiteit en dynamiek van culturele fenomenen in de alledaagse praktijk. Hierbij gaat het erom dat de professional zich ervan bewust is dat bijvoorbeeld 'de' Surinaamse cultuur niet bestaat, omdat er onder Surinamers en onder Surinaamse Nederlanders verschillende subculturen en levensbeschouwingen te onderscheiden zijn. Relevant hierbij is ook het besef dat (sub)culturen veranderen, zowel in de landen van herkomst als in Nederland. Zo beleven sommige Marokkaans-Nederlandse jongeren 'de' islam anders dan de manier waarop hun ouders hun geloof praktiseerden.⁶

Impressie van de diversiteit in de vier grootste migrantengroepen

- Turkse Nederlanders: soennieten, alevieten, Arabieren, Turken, Koerden, Armeense christenen e.a.
- Marokkaanse Nederlanders: Imazighen (Berbers), Arabieren
- Surinaamse Nederlanders: Afro-Surinamers, Hindostanen (hindoes, moslims, christenen), Javanen, Chinezen e.a.
- Antilliaanse Nederlanders: Nederlanders afkomstig van respectievelijk Curaçao, Aruba, Sint Maarten, Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

Evenals migrantengroepen kennen ook 'de' autochtone Nederlandse bevolkingsgroepen de nodige dynamiek en diversiteit. Zo is de volgende indeling denkbaar:

Subculturen onder autochtone Nederlanders:

- Friezen, Limburgers, Randstedelingen
- stedelingen en plattelanders
- Hagenaars, Rotterdammers, Amsterdammers, Utrechtse
- rooms-katholieken, protestanten, humanisten, atheïsten, agnosten
- lager opgeleiden en hoger opgeleiden
- werkenden en niet-werkenden
- welgestelden en lagere inkomensgroepen

Binnen deze subculturen zijn weer variaties aan te brengen. Zo zijn er in de zogenoemde 'Bible Belt' diverse subgroepen orthodoxe protestanten⁷ en kent Volendam weer een heel andere subcultuur.⁸

Ook culturele zelfreflectie is een belangrijk aspect van cultuursensitief werken. Dat wil zeggen dat de zorg- of welzijnsprofessional inzicht heeft in zijn eigen cultuur en levensbeschouwing en zich bewust is van de mogelijke invloed daarvan op de communicatie met cliënten met een andere achtergrond. Die invloed

doet zich bijvoorbeeld gelden bij vragen als: 'Wat doe je als gesecculariseerde vrouwelijke professional als een mannelijke moslimcliënt je geen hand geeft?' Of 'Wat doe je als Surinaams-Nederlands hindoeïstische professional met een autochtone christelijk-gereformeerde cliënt, die zegt dat jij hem op grond van verschillen in geloofsachtergrond niet kunt begrijpen?'

Voor de beantwoording van dit soort vragen bieden de ideeën van cultuurfilosoof Procee houvast.⁹ Hij onderscheidt drie grondhoudingen in het menselijk denken over culturele verschijnselen: universalisme, relativisme en pluralisme. Universalisten zijn van mening dat bepaalde opvattingen, waarden en normen voor iedereen gelden. Volgens hen zijn er universele – wereldwijd geldende – maatstaven voor kennis en moraal. Bijvoorbeeld: kindermishandeling is fout en man en vrouw zijn gelijk. Relativisten daarentegen stellen dat kennis en waarden per cultuur verschillen. Zij zijn van mening dat alleen cultuurgebonden maatstaven gelden. Bijvoorbeeld: kindermishandeling moet worden beoordeeld vanuit de culturele context waarin het voorkomt. Of: de gelijkheid van man en vrouw moet men bezien vanuit de culturele context waarover men het heeft. Pluralisten nemen zowel de culturele achtergrond van anderen als de eigen culturele context serieus. Ter bevordering van de communicatie van individuen met uiteenlopende culturele achtergronden pleit Procee voor deze grondhouding. Mensen kunnen volgens hem het beste via interacties en dialoog tot gedeelde waarden en normen proberen te komen. In het geval van zorg en welzijn is het daarbij van belang onderscheid te maken tussen de beroepshouding en de persoonlijke houding. In bepaalde situaties is het denkbaar dat je als persoon over bepaald gedrag universalistisch denkt maar dat je je omwille van de interactie als professional relativistisch opstelt.

Terugkerend naar de twee voorbeelden kan de vrouwelijke professional zich afvragen of het van wezenlijk belang is dat de cliënt haar een hand geeft. In een gesprek kan ze uitleggen dat dit voor haar wel belangrijk is en kan ze tevens vragen waarom de cliënt daar aan hecht. Samen kunnen ze dan proberen een compromis te vinden. De hindoeïstische zorgverlener die een gereformeerde cliënt ontmoet kan uitleggen dat hij als professional juist meer te weten wil komen over de achtergrond van de cliënt. Hij zou de cliënt kunnen uitnodigen om hem te helpen zijn visie te begrijpen, zodat hij in staat is om hem passende zorg te verlenen.



Door cultuursensitief te werken tracht de professional de cliënt te leren kennen als zorgvrager én als individu, zoals die in zijn of haar (culturele en levensbeschouwelijke) leefwereld functioneert. Concreet betekent dit dat de zorgverlener in aanvulling op de standaard-intake of diagnose open vragen stelt over onder meer de levensgeschiedenis, de culturele en

levensbeschouwelijke achtergronden en opvattingen van de cliënt en de manier waarop hij en zijn naasten een ziekte of probleem beleven.

Onderstaand voorbeeld bevat informatie die zorgverleners kunnen achterhalen door er actief naar te vragen.

Een Surinaams-Nederlands-Hindostaanse man (35 jaar) verschilt van mening met zijn naasten:

“Een zus van mij heeft schizofrenie of borderline. Dat weet ik niet precies. Ze is al diverse keren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en wordt nog steeds behandeld. In verband met haar problemen gaat mijn moeder al jaren naar pandits. Mijn zus woont op zichzelf. Zij is 37 jaar en al zo’n vijftien jaar ziek. Ze is ook getrouwd geweest, maar inmiddels gescheiden. (...) Als ze ziek is dan is zij erg in zichzelf gekeerd. Ze gaat zichzelf dan helemaal afsluiten en laat niemand bij haar thuis binnen. En dan komt ze in een spiraal naar beneden terecht. Dat heeft er al een paar keer toe geleid dat zij al haar spullen uit haar huis op straat heeft gegooid. (...) Ze is ook een keer via de rechter opgenomen geweest. Dat was uit bescherming voor anderen en voor zichzelf. Zij hoort stemmen.”

De contacten met pandits hebben er mede toe geleid dat hij afstand heeft gedaan van het hindoe-geloof:

“Tot mijn vijftiende was ik praktiserend gelovig. Dat hield in dat we ’s ochtends en ’s avonds altijd baden en ongeveer een keer per twee weken een bloemoffer brachten. Maar nu doe ik daar niet meer aan mee. Ik geloof niet meer. Dat heeft met een aantal redenen te maken. Ten eerste ga je zelf nadenken, analyseren en evalueren wat je allemaal meemaakt. Mijn moeder is altijd veel bezig met geloof en bijgeloof. Op een gegeven moment ging ik mij afvragen in hoeverre dat nu allemaal echt waar is. Als je het vanuit een wetenschappelijke manier bekijkt dus niet. Ten tweede ging

ik allemaal vragen stellen over het geloof, aan pandits die bij ons kwamen en aan mijn moeder. Maar ik kreeg geen antwoorden. Mijn moeder zei alleen maar: “Omdat het moet.” Dat is dus geen bevredigend antwoord. Ten derde had het ook met teleurstelling te maken. De vele pandits die bij ons kwamen of waar mijn moeder naartoe ging vroegen soms enorm veel geld. Ze kon niet eens op vakantie. Dat vond ik dan naar. Ik denk dat ze inmiddels wel 50.000 Euro kwijt is in al die jaren. Als ze dan weer eens geld gaf aan zo’n pandit dan ging ik ook wel in discussie met zo’n man. Ik vroeg dan bijvoorbeeld: “En wat als het niet helpt?”. Maar mijn moeder wilde dat liever niet, uit angst dat ons een vloek zou treffen. Ik geloof best wel dat er meer is tussen hemel en aarde, maar dit gaat mij te ver. (...) Mijn moeder is op zoek gegaan naar allerlei pandits. Het is net een schot hagel. Een hele reeks van mensen heeft zij al bezocht.”

Op de vraag hoe zijn moeder en zus over de behandeling in de GGZ denken antwoordt hij:

“Ze geloven er niet in. Ze staan er niet voor open. Ze geloven echt dat de ziekte ontstaan is door voodoo en dat alleen zo’n pandit hen kan helpen. Voor mij heeft het met placebo te maken. Maar ik begrijp het wel dat mijn moeder in die pandits gelooft. Ze voelt zich machteloos en het is een laatste strohalp. Ze hopen echt op redding.”

Suggesties voor de praktijk

Zorg- en welzijnsprofessionals kunnen op verschillende manieren leren om cultuursensitief te communiceren en te interacteren. Zo zijn er diverse trainingen op het gebied van interculturele communicatie en cultuursensitief werken. Een onderdeel van zulke trainingen is soms het werken met het Culturele Interview.¹⁰ Deze in de GGZ ontwikkelde methodiek stimuleert het gesprek tussen zorgprofessionals en cliënten met een andere culturele en/of levensbeschouwelijke achtergrond. Het interview bestaat uit een lijst met open vragen, die de zorgverlener aan de cliënt kan stellen. De vragen gaan over de identiteit en de sociaal-culturele context waarin de cliënt leeft, maar ook over de manier waarop hij en zijn naasten zijn medische situatie beleven en of hij bijvoorbeeld ook alternatieve genezers heeft geconsulteerd. In de loop der jaren zijn er voor verschillende zorgdomeinen aangepaste versies van het Culturele Interview ontwikkeld. Een voorbeeld is het Cultureel Venster Jeugdhulpverlening (CVJ), ontworpen voor toepassing in de jeugd- en opvoedhulp.¹¹

Een andere manier om cultuursensitief te leren denken en handelen is via interculturele consultaties. Deze methode kan in beginsel met vrij weinig middelen in iedere zorg- en welzijnsinstelling toegepast worden. De kern ervan is dat medewerkers met cultuursensitieve kennis en ervaring door collega's geconsulteerd kunnen worden (bijvoorbeeld via een spreekuur) inzake problematiek van cliënten, waarin culturele en levensbeschouwelijke factoren een rol lijken te spelen.¹²

Meer informatie over specifieke culturele en levensbeschouwelijke thema's (bijvoorbeeld stromingen in de islam en het hindoeïsme, alternatieve geneeswijzen als winti en islamitische geneeswijzen en identiteitsvorming bij migrantenjongeren) en praktische tips inzake cultuursensitief werken is te vinden in het boek *Vertelt u mij eens iets meer... Cultuursensitief werken in gezondheidszorg en welzijnswerk* (SWP, 2016) van Cor Hoffer.



Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl



OVER DE AUTEUR

Dr. C.B.M. Hoffer, cultureel antropoloog en socioloog, werkzaam als zelfstandig trainer, onderzoeker en beleidsadviseur, www.corhoffer.nl

REFERENTIES

- 1 Zie onder meer: Hoffer CBM **Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland**. Amsterdam: Thela Thesis, 2000, **Levensbeschouwing en orgaandonatie. Een vergelijking van joodse, christelijke, islamitische en humanistische opvattingen**. Amsterdam: Dutch University Press, 2002, **Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag**. Assen: Van Gorcum, 2009.
- 2 Naast een groep van christelijke en antroposofische ouders die hun kinderen niet laten vaccineren is er blijkens mediaberichten een groeiende groep van ouders die hun kinderen om ideologische redenen niet laten inenten. Zij zouden hun gezondheidssituatie vooral zelf willen bepalen en acties van overheid, bedrijfsleven en wetenschap wantrouwen. Zie onder meer: **Prikangst**. De Volkskrant. 2016, 25 juni: 34-36.
- 3 Hoffer CBM. **Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag**. Assen: Van Gorcum, 2009.
- 4 Hafkenscheid A. **De therapeutische relatie**. Enschede: De Tijdstroom, 2014.
- 5 Kortmann F. **Culturele competenties in psychiatrie en psychologie. Theorie en praktijk**. Assen: Van Gorcum, 2016:37-42.
- 6 Ketner S. **Marokkaanse wortels, Nederlandse grond. Jonge moslims over opgroeien in Nederland**. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2010. Duijndam, C. **De gekleurde werkelijkheid. Jonge moslims tussen uitersten**. Amsterdam: Querido, 2016. Choenni, C.E.S. **Hindostaanse Surinamers in Nederland 1973-2013**. Arnhem: LM Publishers, 2014. Vuijsje, R. **Kaaskoppen**. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar, 2016.
- 7 Oosterbeek W. **Gordel van God. Een voettocht langs 's Heeren wegen**. Wormer: Inmerc, 2006.
- 8 Smid B. **Enclave Volendam. Het verhaal van een dorp**. Amsterdam: Thomas Rap, 2013.
- 9 Procee H. **Baron von Münchhausen en de geestelijke gezondheidszorg**. In: Kortmann, F.A.M. e.a. (red.). **Westerse normen in de geestelijke gezondheidszorg: 57-75**. Baarn: Ambo, 1993.
- 10 Dijk R. van, Beijers H & Groen S. **Het Culturele Interview. In gesprek met de hulpvrager over cultuur en context. Deel 1 en 2**. Utrecht: Pharos, 2012.
- 11 Sarnee H. **Interculturele jeugd- en opvoedhulp. Een cultureel venster op de hulpverlening aan migrantenjongeren en hun gezinnen**. Delft: Eburon, 2012.
- 12 Hoffer CBM. **Cultuur en religie in de GGZ: interculturele consultaties in de praktijk**. Rotterdam: Parnassia Groep, 2006.



Jongerenenquête 2015

In het najaar van 2015 heeft GGD Haaglanden een anonieme vragenlijst uitgezet onder ruim zeventienduizend jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar in de regio Haaglanden.¹ Daarop hebben ruim 4.200 jongeren deze enquête ingevuld. De uitkomsten geven een waardevolle indicatie van de gezondheid en leefstijl van de jongeren. De thema's betreffen onder andere de ervaren gezondheid, acceptatie van homoseksualiteit, bewegen, genotmiddelen en sociaal-emotionele ontwikkeling. Eind 2016 zijn de uitkomsten gepresenteerd, waarvan onderstaand een korte impressie.

Liesbeth van Dalen, Maartje Keetman en Caroline Dekkers

Naar aanleiding van de Jongerenenquête heeft GGD Haaglanden voor elk van de negen gemeenten in regio Haaglanden (Delft, Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer) een rapportage uitgebracht. Per gemeente zijn de gegevens vergeleken met het gemiddelde cijfer van de overige gemeenten exclusief Den Haag en met cijfers van de gehele regio Haaglanden, dus inclusief Den Haag. Hiervoor is gekozen vanwege het veel grotere aantal inwoners van Den Haag dan van de overige gemeenten. Waar mogelijk en significant zijn ook verschillen weergegeven met de resultaten van het Jongerenonderzoek 2010.² Vanuit de Kernboodschap 'Bijdragen aan de positieve ontwikkeling en vorming van de jongeren' bevat de rapportage per gemeente de belangrijkste aandachtspunten met betrekking tot het beleid.

De gemeentelijke rapportages zijn ingedeeld in negen hoofdstukken met thema's als de ervaren gezondheid, kwetsbaarheid, leefstijl, genotmiddelen en de sociaal-emotionele ontwikkeling. Ten opzichte van het Jongerenonderzoek 2010 is ook een aantal nieuwe thema's opgenomen, zoals de acceptatie van homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen, veilig vrijen en sexting (het verspreiden of delen van seksueel getinte foto's of berichten via mobiele media) en het gebruik van sociale media en gamen.

De 12- tot en met 18-jarigen vormen in alle gemeenten in regio Haaglanden circa 8% van de totale bevolking. Hoewel er op sommige terreinen forse verschillen zijn, blijkt dat in alle gemeenten een ruime meerderheid van de jongeren hun gezondheid als (zeer) goed ervaart (zie ook 'Gezondheid in cijfers' op pagina 38). Ook wordt duidelijk dat jongeren onvoldoende bewegen: 85% of meer van de jongeren voldoet niet aan de Nederlandse beweegnorm van 60 minuten per dag bewegen.

Wat leefstijl betreft blijkt onder andere dat gemiddeld minder dan de helft van het percentage jongeren dagelijks groente en fruit eet.

De cijfers over roken, pesten en spijbelen zijn significant lager dan in 2010.

Over genotmiddelen laat de Jongerenenquête zien dat op (vrijwel) alle indicatoren van alcohol in 2015 significant lagere percentages blijken dan in 2010. Ook de percentages jongeren die ooit en recent hebben gerookt zijn significant lager dan in 2010. Positief zijn ook de cijfers over pesten en spijbelen: het percentage jongeren dat de afgelopen drie maanden gepest is op school is in 2015 met 8% (significant) lager dan in 2010 (16%) en het percentage jongeren dat in de afgelopen vier weken heeft gespijbeld is 12% in 2015 ten opzichte van 20% in 2010.

Het percentage jongeren in de regio Haaglanden dat denkt dat homoseksuelen, lesbiennes en biseksuelen op school geaccepteerd zullen worden, varieert tussen de gemeentes van 74% tot 83%. Het percentage jongeren dat aan sexting doet ligt tussen de 7% en 12%.

74% tot 84% van de jongeren in regio Haaglanden maakt dagelijks gebruik van sociale media, waarbij meisjes meer actief zijn op sociale media en jongens vaker gamen.

De cijfers over de fysieke en sociale omgeving van de jongeren gaan onder andere over voldoende activiteiten in de buurt, vrijwilligerswerk en eenzaamheid onder jongeren.



Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van jongeren in de negen gemeenten in de regio Haaglanden leest u in de lokale rapporten.¹

Het is de bedoeling van GGD Haaglanden met de gemeenten in gesprek te gaan met het oog op ontwikkelen van (integraal) beleid en het opstellen van actieplannen om de gezondheid van jongeren te bevorderen. Daarbij staan de speerpunten uit de Jongerenenquête 2015 centraal.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of naar de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Mw. E.M. van Dalen is eindredacteur en redactiesecretaris van het Epidemiologisch Bulletin. **Mw. M. Keetman MSc** is junior epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden. **Mw. Dr. J.C. Dekkers** is senior epidemiologisch onderzoeker bij de afdeling Epidemiologie van GGD Haaglanden. E-mail: caroline.dekkers@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 De rapportages over de Jongerenenquête 2015 zijn te downloaden van: <http://www.ggdhaaglanden.nl/artikel/jongerenquete-2015.htm>
- 2 Het Jongerenonderzoek 2010 bestaat uit thematische factsheets. Deze zijn te vinden op: <http://www.ggdhaaglanden.nl/over/publicaties-en-onderzoeken/gezondheidsonderzoek-zuidholland-west/gezondheidsonderzoek-jongeren.htm>



De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Ervaren gezondheid van jongeren

Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, zegt iets over de eigen beleving van de eigen lichamelijke of psychische gezondheid. Ervaren gezondheid wordt beschouwd als een goede indicator van de werkelijke gezondheid.

In de regio Haaglanden wonen ruim 83.000 jongeren in de leeftijd 12 t/m 18 jaar. Eenennegentig procent van de

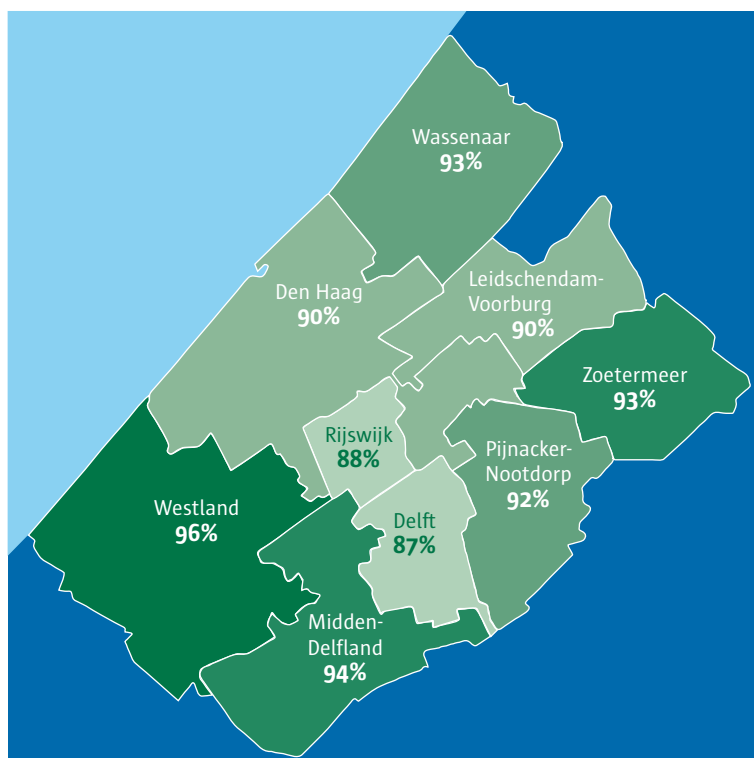
jongeren in Haaglanden ervaart de eigen gezondheid als goed tot zeer goed. Binnen Haaglanden varieert dit percentage van 87% in Delft tot 96% in Westland.

Onder jongens is het percentage met een (zeer) goede ervaren gezondheid hoger dan onder meisjes (respectievelijk 93% en 89%). Het percentage neemt af van 94% bij 12 t/m 14-jarigen tot 86% bij 17- en 18-jarigen.

Acht procent van de jongeren in Haaglanden ervaart de eigen gezondheid als 'gaat wel' en 1% als '(zeer) slecht'.

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van inwoners van Haaglanden is te vinden op www.ggdhaaglanden.nl/publicaties.

Figuur 1. Percentage jongeren van 12 t/m 18 jaar dat de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaart.



In Haaglanden ervaart 91% van de jongeren de eigen gezondheid als goed tot zeer goed.

Bron: Jongerenenquête 2015



Campagne ‘Omgaan met depressie’

Depressie is een veelvoorkomende ziekte, die bijna twintig procent van de volwassenen ooit in hun leven treft.

Het is in Nederland de meest voorkomende reden voor ziekteverzuim. Toch is depressie niet of nauwelijks een onderwerp van gesprek. Het ministerie van VWS is daarom een publiekscampagne gestart om depressiviteit bespreekbaar te maken.

GGZ Nederland voorzitter Jacobine Geel: “Ik ben blij met de campagne van VWS omdat het helpt de schaamte over depressie te doorbreken en bijdraagt aan het tijdig herkennen en behandelen van psychische problemen.

Dit sluit aan op ons manifest *Betere geestelijke gezondheid*. Psychische aandoeningen zoals depressies zijn ingrijpend in het leven van iedereen die er meer te maken krijgt.

Bovendien leidt het tot enorme maatschappelijke kosten.”

De campagne zet verschillende doelgroepen aan tot positieve actie en zal meerdere jaren duren. In het eerste jaar focust de campagne nadrukkelijk op jongeren (13-18 jaar) en jonge vrouwen (18-35 jaar). De statistieken laten namelijk zien dat jongeren en (jonge) vrouwen tot de groepen behoren waarbij depressies veel vaker voor komen. De website www.omgaanmetdepressie.nl biedt informatie om een depressie te herkennen, erover te praten en iemand met een depressie te helpen.

Daarnaast bestaat de campagne uit tv-spots, radiosspots, bioscoopspots en banners.

Bron: www.ggz nederland.nl dd. 13.10.2016

Website over (online) gokken: Gokkeninfo.nl

Dinsdag 4 oktober 2016 is de website www.gokkeninfo.nl gelanceerd. Op de website vinden spelers, hun naasten en professionals informatie over de risico's van het spelen van kansspelen, tips om die risico's te verkleinen en adressen voor professionele hulp. De site wordt gelanceerd ter voorbereiding op de voorgenomen regulering van gokken via internet in 2017.

Momenteel is het aanbieden en spelen van online kansspelen nog illegaal in Nederland, maar naar verwachting komt daar medio 2017 een einde aan. Als de nieuwe wet op de kansspelen door de Eerste Kamer komt, kunnen kansspelaanbieders een vergunning aanvragen om online kansspelen aan te bieden aan de Nederlandse spelersmarkt. Zij mogen dan tevens reclame maken voor hun spellen. Om het aantal kansspelverlaafden, ook na de wetwijziging, laag te houden, lanceren het netwerk van verslavingszorginstellingen (verenigd in de stichting Resultaten Scoren) en het Trimbos-instituut samen www.gokkeninfo.nl. Deze site is onderdeel van een pakket van maatregelen die vanuit de overheid wordt ingezet om te voorkomen dat gokverslaving gaat toenemen met de regulering van het online gokken.

Jaarlijks zoeken ruim 2.000 mensen hulp bij de verslavingszorg voor een gokprobleem. Mannen van middelbare leeftijd zijn daarbij in de meerderheid, en een groot deel heeft naast het gokken andere (psychische) problemen. Hoewel het aantal hulpzoekenden voor gokken al jaren dalende is, groeit het aandeel (jonge) mensen dat problemen ervaart met online gokken.

Gokkeninfo.nl

De website is bedoeld voor spelers, hun naasten en professionals zoals huisartsen. Op de website staan tips om het speelgedrag in de hand te houden, een zelftest en adressen waar hulp en advies kan worden ingewonnen. Voor naasten en professionals wordt aangegeven hoe ze problematisch gokken kunnen herkennen, wat ze als naaste of professional kunnen doen en hoe ze het gesprek kunnen aangaan met een problematische gokker. De website is ontwikkeld in nauw contact met spelers, hun naasten, verslavingszorg, kansspel-aanbieders en het Centrum voor Verantwoord Spelen.

Bron: GGZ Nederland dd. 13-10-2016

Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in onderwijs op (post)academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid.

De komende maanden organiseert NSPOH onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten:

Inleiding in kwantitatief onderzoek

Hoe vertaalt u een onderzoeksidee naar een onderzoekbare vraagstelling? In deze module krijgt u het recept voor een heldere opzet van een epidemiologisch, kwantitatief onderzoek.

Doelgroep: artsen die een medische vervolgopleiding volgen en artsen die binnen hun opleiding behoefte hebben aan ondersteuning bij hun onderzoeksstage, alsmede voor beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers en onderzoekers in het brede veld van de volksgezondheid en werkzaam bij GGD, gemeente, universiteit, ministerie, (koepel) van zorgverzekeraar(s), zorginstelling of een ander soort instituut dat zich bezighoudt met volksgezondheid en beleid.

Data: keuze uit 12 januari 2017 of 13 januari 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.540,-

Inleiding in kwalitatief onderzoek

Bekwaam u in de techniek van kwalitatief onderzoek.

In deze module leert u hoe u een kwalitatief onderzoek opzet en uitvoert.

Doelgroep: artsen Maatschappij & Gezondheid (M&G), bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, gezondheidswetenschappers, leidinggevenden en beleidsmedewerkers, die op academisch denk- en werkniveau minstens vier jaar werkzaam zijn in de (publieke) gezondheidszorg.

Data: 9 en 16 februari en 16 maart 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Strategie en beleid in de publieke gezondheid

Op weg naar meer gezondheid en minder ziekte. Leer acteren in het complexe veld van de publieke gezondheid! Ontdek hoe u strategisch opereert in het complexe veld van publieke gezondheidszorg. Deze module geeft het recept voor scherpe analyse van het krachtenveld en slimme aanpak voor een sterk strategisch beleid in de publieke gezondheid.

Doelgroep: beleidsmakers, projectleiders, afdelingsmanagers, artsen en onderzoekers met een academisch denk- en werkniveau en werkzaam in de volksgezondheidssector. Bijvoorbeeld bij GGD, gemeente, universiteit, ministerie, thuiszorg, (koepel) van zorgverzekeraars, gezondheidsinstituut of een andere zorginstelling/bedrijf op het gebied van volksgezondheid.

Data: keuze uit:

- 8, 9 en 23 maart, 6 en 20 april, 18 mei en 15 juni 2017 of
- 14, 15 en 29 maart, 7 en 19 april, 17 mei en 14 juni 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 4.110,-

Financiering van de (publieke) gezondheidszorg

Geld kan maar een keer worden uitgegeven. Er moeten keuzes worden gemaakt om schaarse middelen op een verantwoorde wijze te verdelen. U leert hoe de financiering in de gezondheidszorg in elkaar steekt en hoe deze beïnvloed wordt.

Doelgroep: artsen Maatschappij & Gezondheid (M&G), leidinggevenden, beleidsmedewerkers, epidemiologen, gezondheidswetenschappers, projectleiders of andere professionals met een academisch denk- en werkniveau en enkele jaren werkervaring bij een GGD, GGZ, zorgverzekeraar, thuiszorgorganisatie, verslavingszorginstituut, of een andere instantie met taken in de publieke gezondheidszorg.

Data: 13 en 20 maart en 10 april 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Training adviesvaardigheden

Hoe zorgt u als adviseur dat uw adviezen worden opgevolgd?

Volg deze driedaagse training en leer de theorie en praktijk van succesvol adviseren.

Doelgroep: bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen werkzaam in de public health. Ook andere professionals met een adviserende taak in de publieke gezondheidszorg of bedrijfsgezondheidszorg kunnen deelnemen.

Data: 22 maart, 19 april en 24 mei 2017

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Inlichtingen over alle cursussen en opleidingen bij NSPOH: www.nspoh.nl, tel: (030) 810 05 00, e-mail info@nspoh.nl.



Congres Veilig Verder, *Resultaten aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling*

De Federatie Opvang, Taskforce Kindermishandeling en seksueel misbruik, Movisie, VNG en de Ministeries van VWS en V&J organiseren op donderdag 8 december 2016 in de Jaarbeurs in Utrecht het Congres Veilig Verder.

Het congres gaat om uitwisseling van leerervaringen en inzichten in do's en don'ts van de afgelopen jaren, zoals opgedaan door de Taskforce Kindermishandeling en seksueel misbruik, de Collectieven tegen Kindermishandeling, de programma's gericht op een Regio Aanpak Veilig Thuis en de inrichting van de Veilig Thuis organisaties. Wat was hun aanpak en hoe is de praktijk versterkt? Waar staan we anno december 2016?

Wat zijn de best practises en hoe gaan we verder in de komende jaren?

Deze dag staat volledig in het teken van het voorkomen van huiselijk geweld en kindermishandeling en hoe invulling te geven aan de aanpak van huiselijk geweld

en kindermishandeling. Staatssecretaris Van Rijn en Professor Jo Hermanns geven hun visie op de ontwikkelingen in het veld. De deelnemers krijgen veel praktische en toepasbare informatie, de laatste inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en ontmoeten collega's uit het hele land.

Het congres is bedoeld voor gemeenteambtenaren, bestuurders, professionals, ervaringsdeskundigen en studenten in het vakgebied.

Datum: 8 december 2016

Locatie: Jaarbeurs in Utrecht.

Deelnemersbijdrage € 95,- excl. btw per persoon.

Ervaringsdeskundigen en studenten kunnen zonder deelnemersbijdrage deelnemen aan het congres.

Bron: www.ggdghorkennisnet.nl

Studiedag Zorgmijders met een LVB

Het is belangrijk maar lastig om grip te krijgen op zorgwekkende zorgmijders, met name de groep met een licht verstandelijke beperking (LVB). Mensen met een LVB worden vaak overschat doordat ze zich goed kunnen presenteren en streetwise zijn. De reguliere hulpverlening is te ingewikkeld voor deze doelgroep, waardoor ze tussen wal en schip vallen en 'zorgmijders' worden.

Deze studiedag geeft u inzicht en handvatten om zorgmijders met een LVB in kaart te krijgen. We bespreken kenmerken en screeners. In deelsessies hoort u meer over overlastgevende zorgmijders, dakloosheid en multiprobleemgezinnen.

Deze studiedag is bedoeld voor alle professionals, beleidsmakers, managers en andere betrokkenen werkzaam in de (O)GGz, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, ambulante en residentiële gehandicapenzorg, MEE, reclassering, justitie en politie, welzijnsorganisaties, GGD's, gemeenten, begeleid wonen en woningcorporaties.

Accreditatie is aangevraagd voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten en huisartsen (ABC1).

Datum: 24 januari 2017

Locatie: Aristo Utrecht

Kosten: € 340,- excl btw

Bron: www.ggdghorkennisnet.nl

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 3e kwartaal 2016

Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2016	3e kwartaal 2015	3e kwartaal 2014	1e t/m 3e kwartaal 2016	1e t/m 3e kwartaal 2015	1e t/m 3e kwartaal 2014
A-ZIEKTEN						
MERS-CoV						1
Pokken						
Poliomyelitis anterior acuta						
SARS						
Virala haemorrhagische koorts						
B-ZIEKTEN						
(humane infectie)avaire influenza						
Difterie						
Pest						
Rabies						
Tuberculose	21	21	17	85	66	61
Buiktyfus				1		5
Cholera						
Hepatitis A	2	1	4	3	8	9
Hepatitis B acuut en chronisch	26	35	36	98	100	116
Hepatitis C acuut			1	1	1	1
Kinkhoest	93	94	191	295	321	343
Mazelen		2	12			45
Paratyfus A,B,C			1	1	1	4
Rubella						
STEC (e-coli)	3	3	3	11	6	5
Shigellose	11	25	8	19	36	18
Invasieve GAS	4	2	1	9	6	2
Voedselinfectie	1	2	1	5	5	2
C-ZIEKTEN						
Antrax (miltvuur)						
Bof		1	3	1	26	6
Botulisme						
Brucellose		1			2	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek	1		1	1	1	3
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant						
Gele koorts						
Invasieve HIB	1			1		
Hantavirusinfectie			1			1
Legionellose/ legionella pneumonie	13	11		19	19	19



Ziekte	3e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren			1e t/m 3e kwartaal vergeleken met dezelfde periode in voorgaande jaren		
	3e kwartaal 2016	3e kwartaal 2015	3e kwartaal 2014	1e t/m 3e kwartaal 2016	1e t/m 3e kwartaal 2015	1e t/m 3e kwartaal 2014
C-ZIEKTEN VERVOLG						
Leptospirose	6	3	2	7	3	2
Listeriose		2	1	5	3	5
Malaria	6	4	8	12	8	12
Meningokokkose	1		1	6	2	3
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)						
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)		1			3	1
Psittacose	1	1	1	2	1	1
Q-koorts						1
Tetanus						
Trichinose						
West-Nilevirus						
Totaal	190	209	293	582	618	666

Infectieziekten gemeld door instellingen in 2016

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen tot en met het derde kwartaal 2016. 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 deze instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	49	14	1	7		71
Impetigo (krentenbaard)	18	5			1	24
Gastro-enteritis	10	3		34	1	48
Schimmelinfectie	1			1		2
Luchtweginfectie	7	3		4		14
Anders*	3	3		3		9
Influenza(-achtig) ziektebeeld	2	2		1		5
Eindtotaal	90	30	1	50	2	173

* Anders = pfeiffer, MRSA (3x), ooginfectie (2x) en onwel worden, worminfecties (2x)

Mededelingen infectieziekten

Legionellose

De ziektebeelden die veroorzaakt worden door de legionellabacterie worden samengevat onder de term legionellose. Het meest bekende beeld is dat van de legionellapneumonie (veteranenziekte).

De bacterie komt in het algemeen voor in waterige milieus en vochtige bodem en kan door inademing in de luchtwegen terecht komen en een pneumonie veroorzaken. Diverse watersystemen zijn als bron van legionellapneumonie beschreven, zoals douches, koeltorens, whirlpools, luchtbevochtigers, individuele beademingsapparatuur. Na een melding van legionellose doet de GGD altijd onderzoek naar de mogelijke bron.

Regelmatig wordt de ziekte tijdens een vakantie in het buitenland opgelopen. Afgelopen zomer is er in Nederland een toename van het aantal meldingen van legionellose geweest; een samenhang met het extreme weer en wateroverlast aan het begin van de zomermaanden is hierbij niet uit te sluiten. Ook in andere landen met een vergelijkbaar klimaat is deze associatie beschreven. Het RIVM is bezig met een onderzoek naar deze samenhang.

Leptospirose

Leptospirose is een zoönose die veroorzaakt kan worden door verschillende leptospiren. Knaagdieren zoals ratten en muizen worden gezien als de voornaamste veroorzakers van leptospirose bij mensen in Nederland. De incubatieperiode bedraagt 2 tot 30 dagen. De ernst van de ziekte kan variëren van symptomeloos of griepachtige klachten tot levensbedreigende of dodelijke vormen waarbij nierinsufficiëntie, geelzucht, bloedingsneiging en longaandoeningen kunnen optreden.

De ziekte kan zowel in het buitenland als in Nederland worden opgelopen. De laatste drie jaar wordt er landelijk een toename gezien van het aantal meldingen, zowel van de importgevallen als van de autochtone infecties. Dit laatste mogelijk als gevolg van warmere en nattere klimatologische omstandigheden.

Preventie bij de mens is vooral gericht op het voorkomen van contact met besmette dieren en de besmette omgeving. Dit kan bijvoorbeeld door het dragen van rubberlaarzen en handschoenen door werkers in besmette terreinen en door het (waterdicht) afdekken van wonden of huidbeschadigingen bij activiteiten met intensief contact met water en modder (zoals zwemmen in oppervlaktewater, schoonmaken van sloten en vijvers, tuinieren).

BRMO (Bijzonder Resistente Micro-Organismen)

Resistentie van micro-organismen tegen meerdere groepen antibiotica komt steeds meer voor. Het gevolg is dat uitgeweken moet worden naar reservemiddelen waartegen ook in toenemende mate resistentie dreigt te ontstaan. Verspreiding van BRMO vormt een serieuze bedreiging voor zorginstellingen. In juli 2016 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de nationale aanpak van antibiotica-resistentie. Een van de belangrijkste onderdelen is het inrichten van tien regionale zorgnetwerken, waar zorgverleners gaan samenwerken om te voorkomen dat resistente bacteriën zich door de zorgketen bewegen en nieuwe resistenties ontstaan.

De regio 'Holland West', waarbinnen de GGD-en Haaglanden en Hollands Midden samenwerken, is door de minister aangewezen als pilotregio. Er zijn veel betrokkenen als het om uitbraken van BRMO gaat (verpleeghuizen, ziekenhuizen, RIVM, huisartsen, artsen-microbioloog). Voor een goede bestrijding van BRMO moet de samenwerking en rolverdeling tussen deze betrokkenen optimaal en duidelijk zijn. Verder zijn de risico's van dragerschap en de mate van verspreiding van BRMO in een gezonde populatie nog grotendeels onbekend. De verantwoordelijkheid van de GGD in dit dossier ligt op het gebied van de openbare gezondheidszorg. Ook is de GGD een van de deelnemers aan deze zorgnetwerken.

Aan deze rubriek werkten mee: Dhr. E.J.M. de Coster, Dhr. E.M. Huisman en Mw. A.M. van der Zande



COLOFON

November 2016, 51^{ste} jaargang nr. 4

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
dhr. R.J.J.E.T. Starmans, huisarts
dhr. drs. V.M. Vladár Rivero, Parnassia Groep
mw. drs. E. Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij GGD Haaglanden.
Telefoon: (070) 752 89 63
e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet:

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp:

Ontwerpwerk

Fotografie:

Najib Nafid

Uitgave:

GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. 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 over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

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.

U kunt per mail aan ons doorgeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen: epibul@ggdhaaglanden.nl.

Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

T (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl