

Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2005

THEMARAPPORT Preventie Jeugd

Addi van Bergen¹, Jessica Bouwman¹, Hera Borst², Marianne Dolman², Annemiek van Engelen²,
Sybille Hillen², Evy Hochheimer², Piet van Lieshout², Erik van Ameijden en Jessie Hermans².

Februari 2006

GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE EN GEZONDHEIDSDIENST UTRECHT

Jaarbeursplein 17

Postbus 2423

3500 GK Utrecht

Telefoon (030) 286 33 33

1. Afdeling Bestuur en Bedrijf, Bureau Epidemiologie en Informatie
2. Afdeling Jeugd Gezondheidszorg

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	9
2 Feitelijke informatie	11
2.1 Databronnen en methodologie	11
2.2 Demografie	13
2.3 Levensverwachting, sterfte en ziektelast	17
2.4 Ervaren gezondheid	20
2.5 Lichamelijke gezondheid	21
2.5.1 Zwangerschap en geboorte.....	21
2.5.2 Groei en ontwikkeling	23
2.5.3 Gewicht.....	29
2.5.4 Lichamelijke aandoeningen.....	31
2.5.5 Lichamelijke beperkingen.....	36
2.5.6 Ongevallen, geweld en zelfbeschadiging	38
2.6 Geestelijke gezondheid	40
2.6.1 Psychosociale ontwikkeling.....	40
2.6.2 Internaliserende problemen.....	42
2.6.3 Externaliserende problemen	45
2.6.4 Jeugddelinquentie	48
2.6.5 Psychiatrische stoornissen.....	50
2.7 Leefstijl	53
2.7.1 Voeding	53
2.7.2 Borstvoeding.....	55
2.7.3 Lichamelijke activiteit.....	56
2.7.4 Mondgezondheid	63
2.7.5 Middelengebruik	66
2.7.6 Zwemvaardigheid	70
2.7.7 Seksueel gedrag.....	72
2.8 Sociale omgeving	76
2.8.1 Gezin	76
2.8.2 Kinderopvang	81
2.8.3 School.....	84
2.8.4 Woonbuurt.....	87
2.8.5 Discriminatie en integratie	89
2.9 Fysieke omgeving	91

2.9.1	Woning.....	91
2.9.2	School en kinderopvang.....	92
2.9.3	Woonbuurt.....	93
2.10	Zorggebruik.....	98
2.10.1	JGZ 0-19.....	98
2.10.2	Vaccinaties.....	100
2.10.3	Medische zorg en medicijngebruik.....	101
2.10.4	Jeugdzorg.....	103
2.11	Cumulatie van risicofactoren.....	105
3	Hoofddresultaten.....	107
	Literatuur.....	113
	Lijst met afkortingen.....	119
	Bijlagen.....	121

Samenvatting

Met de gezondheid van de meeste Utrechtse kinderen en jongeren gaat het goed. Op het gebied van de lichamelijke gezondheid zijn er weinig problemen. De vaccinatiegraad in Utrecht ligt boven het landelijk gemiddelde en ook het bereik van de Jeugdgezondheidszorg is op peil. De meeste ouders zijn tevreden over de opvoeding van hun kinderen. Zes op de zeven Utrechtse brugklassers denkt positief over hun toekomst. Turkse en Marokkaanse meisjes in de brugklas piekeren weinig. Zij zijn ook het meest tevreden over de situatie thuis.

Toch zijn er ook minder positieve zaken te melden. Eén op de vijf Utrechtse gezinnen met kinderen leeft onder de armoedegrens. Eén op de drie ouders voelt zich eenzaam. Matige tot zware opvoedingsproblemen komen in de Utrechtse GSB wijken voor bij één op de tien kleuters. Een kwart van de kleuters in deze wijken heeft sociaal-emotionele problemen. Veertig procent van de basisschoolleerlingen werd de afgelopen maand gepest. Een kwart van de Marokkaanse en Turkse jongens in de brugklas kan met problemen bij niemand terecht. Overgewicht is een groot en toenemend probleem bij de Utrechtse jeugd. Eén op de vijf Utrechtse kleuters heeft overgewicht en één op de twintig heeft zelfs ernstig overgewicht.

Dit zijn een aantal resultaten die vermeld staan in het themarapport Preventie Jeugd. Tezamen met de rapporten "Preventie Volwassenen en Ouderen" en "Zorg voor sociaal kwetsbaren" vormt dit rapport de Volksgezondheid Monitor Utrecht (VMU) 2005. Volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid dient elke gemeente in Nederland inzicht te verkrijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking door middel van epidemiologisch onderzoek. Hiertoe heeft de GG&GD Utrecht in 2002 de Volksgezondheidsmonitor Utrecht ontwikkeld. De VMU heeft ten doel bestaande, nieuwe en te verwachten gezondheidsproblemen bij de Utrechtse bevolking te signaleren en beschrijven.

Het themarapport Preventie Jeugd is een omvangrijk rapport geworden. Het streven was een breed en actueel beeld te geven van de gezondheid van de Utrechts jeugd en van de factoren die de gezondheid van jeugdigen beïnvloeden, zoals leefstijl, sociale en fysieke omgeving en zorggebruik. Voor deze monitor is een grote verscheidenheid aan bronnen geraadpleegd, merendeels afkomstig van de GG&GD zelf, maar ook databronnen en rapportages van derden zijn gebruikt. Zo zijn er gegevens gebruikt uit de AGIS Health Database, onderzoeksgegevens van Bestuursinformatie, Provinciale Entadministratie, Sociaal Cultureel Planbureau en Centraal Bureau voor de Statistiek.

Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten.

De Utrechtse jeugd

Eén op de vijf Utrechtse is 18 jaar of jonger. Verwacht wordt dat de totale bevolking van Utrecht in de komende tien jaar met zo'n 20% zal toenemen. Het percentage jeugdigen blijft constant. Ten opzichte van landelijk wonen in Utrecht meer allochtone kinderen (43%), zijn er meer éénoudergezinnen (20%) en leven meer gezinnen met kinderen in armoede (22%).

Levensverwachting hoog, maar blijft achter bij landelijk

De levensverwachting van de Utrechtse bevolking is in de afgelopen decennia gestegen, maar ligt lager dan gemiddeld in Nederland. Ook de gezonde levensverwachting, ofwel het aantal jaren dat iemand mag verwachten in goede gezondheid door te brengen, is in Utrecht lager. Ongezonde leefgewoonten die hun basis hebben in de jeugd, zoals roken, weinig bewegen, overmatig alcoholgebruik en ongezonde voeding spelen hierbij een belangrijke rol.

Veel ziekenhuisopnamen na geboorte

In Utrecht is het aantal ziekenhuisopnamen van kinderen met aandoeningen rond de geboorte hoger dan landelijk en ook hoger dan in Amsterdam. Het voorkomen van risicofactoren zoals roken tijdens de zwangerschap en infecties, is in Utrecht onbekend. Dit geldt ook voor andere factoren die van belang zijn voor de gezondheid van kinderen zoals de inname van foliumzuur en borstvoeding.

Lichamelijke ontwikkeling Utrechtse jeugd overwegend positief

De ontwikkeling van Utrechtse kinderen op het gebied van motoriek, zindelijkheid, spraak/taal en cognitie verloopt merendeels positief. Twee onderwerpen verdienen extra aandacht: het hoge gebruik van logopedie bij Turkse kleuters en het verhoogd gebruik van bedplasmedicijnen bij Marokkaanse kinderen. Op het gebied van lichamelijke beperkingen zoals visus, gehoor of structurele orthopedische problemen, zijn geen aanwijzingen van een verhoogde problematiek bij de Utrechtse jeugd.

Hoog medicijngebruik voor astma en luchtwegklachten

In Utrecht is het percentage jeugdige ziekenfondsverzekerden dat medicijnen voor astma en luchtwegklachten gebruikt hoger dan elders. Met name veel Marokkaanse kinderen maar ook Turkse kinderen gebruiken medicijnen voor astma en luchtwegklachten.

Geen Utrechtse cijfers over ongevallen bij de jeugd

Ongevallen zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en ziekte bij de jeugd. Op basisscholen in Nederland gebeuren jaarlijks 17.000 ongelukken waarvoor behandeling op een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis nodig is. In Utrecht waren voor de jeugd geen ongevalcijfers beschikbaar.

Veel psychosociale problemen

Een kwart van de schoolgaande jeugd in Utrecht heeft te maken met lichte tot ernstige psychosociale problemen. Daarbij gaat het om een breed scala aan problemen waarvan sociaal-emotionele problemen, opvoedingsproblemen, gezinsproblemen, leerproblemen en gedragsproblemen het meest gesignaleerd worden. Bij kleuters in de Utrechtse GSB wijken worden vooral veel sociaal-emotionele problemen gesignaleerd en minder externaliserende gedragsproblemen.

Bij meisjes vooral sociaal-emotionele problemen

In de brugklas komen sociaal-emotionele problemen vooral bij meisjes veel voor. Eén op de vijf 12/13 jarige meisjes in Utrecht heeft sociaal-emotionele problemen (SDQ-score grens of klinisch). Meisjes in de

brugklas hebben een lager zelfbeeld en minder positieve gevoelens dan jongens. Ook hebben zij er vaker aan gedacht een einde aan hun leven te maken. Bij allochtone meisjes in Utrecht komen deze problemen even vaak voor als bij autochtone meisjes.

Meer externaliserende gedragsproblemen bij jongens

Bij Utrechtse jongens in de brugklas komen externaliserende gedragsproblemen vaker voor dan bij meisjes. Eén op de tien jongens in de brugklas zegt zich regelmatig agressief, gewelddadig of delinquent te gedragen of zich schuldig te maken aan vandalisme of stelen. Jongens geven vaker aan dat zij anderen pesten dan meisjes. Bijna één op de tien jongens in de brugklas is, naar eigen zeggen, het afgelopen jaar met de politie in aanraking geweest en één op de zes draagt een wapen, meestal een zakmes. Uit politiegegevens blijkt dat in 2003 zo'n 6,5% van de Utrechtse jongeren van 12-17 jaar verdacht werd van een strafbaar feit. Dit is hoger dan landelijk.

Medicijngebruik ADHD in Utrecht gelijk en antidepressiva lager

Iets meer dan 1% van de bij AGIS ziekenfondsverzekerde Utrechtse jeugd van 6 jaar en ouder gebruikt medicijnen voor ADHD en 0,6% van de bij AGIS ziekenfondsverzekerde Utrechtse jongeren van 12-18 jaar gebruikt antidepressiva. Onder Turkse en Marokkaanse kinderen is het gebruik van medicijnen voor ADHD en antidepressiva lager. In de gemeente Utrecht is het gebruik van antidepressiva lager dan in de provincie Utrecht en dat van ADHD medicatie is gelijk.

Veel overgewicht bij Utrechtse jeugd

Overgewicht is een groot probleem in Utrecht. Eén op de vijf schoolgaande kinderen in Utrecht heeft overgewicht en 5 tot 6% heeft dit in ernstige mate. Kinderen met overgewicht lopen een hoger risico op het ontwikkelen van ziekten zoals diabetes en hart- en vaatziekten. In Utrecht komt overgewicht het meest voor bij kinderen van laagopgeleide ouders, bij Marokkaanse en Turkse kinderen, bij leerlingen op het VMBO en kinderen in de wijken Overvecht, Noordwest en Zuidwest. Deze groepen overlappen elkaar deels.

Leefstijl deel gunstiger, deels ongunstiger dan landelijk

Wat betreft leefstijl scoort de Utrechts jeugd op een aantal factoren relatief gunstig ten opzichte van landelijk. Utrechtse kinderen spelen relatief vaak buiten. Zij kijken wat minder tv dan leeftijdsgenoten elders in Nederland. Brugklasleerlingen in Utrecht roken en drinken minder en zijn op jonge leeftijd minder seksueel actief. Op andere leefgewoonten onderscheidt de Utrechtse jeugd zich echter ongunstig van het landelijk gemiddelde. De Utrechtse jeugd eet ongezonder. Veel Utrechtse kinderen ontbijten 's ochtends niet en het aantal niet-ontbijters is sinds eind jaren negentig toegenomen. Utrechtse kinderen sporten minder in georganiseerd verband, en Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse jongens in de brugklas drinken meer alcohol dan leeftijdgenoten elders in Nederland.

Veel Utrechtse kinderen niet voor controle naar de tandarts

In Utrecht gaan kinderen van laag opgeleide ouders minder vaak voor controle naar de tandarts dan kinderen met hoger opgeleide ouders. Eén op de drie bij AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen van 2-18 jaar was in 2003 niet bij de tandarts geweest. Eén op de vijf was in 2003 behandeld voor gaatjes. Marokkaanse en Turkse kinderen gingen wat minder vaak naar de tandarts maar werden vaker behandeld voor gaatjes. Tanderosie is een toenemend probleem bij de jeugd in Nederland. De gevolgen zijn ernstig en irreversibel. Het voorkomen in Utrecht is onbekend.

Veel Turkse en Marokkaanse jongeren zonder zwemdiploma

In het schooljaar 2002/2003 had bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse brugklassers in Utrecht geen zwemdiploma. Van de brugklassers van Nederlandse afkomst had 5% geen zwemdiploma. De zwemvaardigheid van Turkse en Marokkaanse kinderen in Utrecht is sinds eind jaren negentig sterk gedaald.

Grote sociaal-economische verschillen in gezond gedrag

Onder de Utrechtse jeugd bestaan grote sociaal-economische verschillen in gezond gedrag. Kinderen van laag opgeleide ouders of kinderen die zelf een lage opleiding volgen (VMBO) hebben vaker overgewicht, eten minder gezond, sporten minder, spelen op kleuterleeftijd minder buiten, kijken meer tv en gaan minder vaak naar de tandarts. Ook roken hun ouders vaker waardoor zij meer risico lopen op passief meeroken. VMBO brugklassers gaan minder vaak met de fiets of lopend naar school. De kansen van deze kinderen op een lang en gezond leven zijn hiermee aanzienlijk kleiner dan van andere Utrechtse kinderen.

Etnische gezondheidsverschillen

Bij de Utrechts jeugd vallen sociaal-economische gezondheidsverschillen grotendeels samen met etnische gezondheidsverschillen. Tweederde van de Utrechtse kinderen met laag opgeleide ouders is van allochtone afkomst en meer dan tweederde van de Utrechtse brugklassers op het VMBO. Marokkaanse en Turkse jongeren onderscheiden zich op een aantal terreinen positief. In de brugklas drinken zij minder vaak alcohol en Marokkaanse brugklassers experimenteren minder met roken. Ook het zorggebruik wijkt af. Van alle bij AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen in Utrecht maken Turkse en Marokkaanse kinderen minder vaak gebruik van de orthodontie, fysiotherapie en oefentherapie. Ook gebruiken zij minder vaak medicijnen in het algemeen en bepaalde medicijnen (ritalin bij ADHD en anti-depressiva) in het bijzonder. Mogelijk duidt dit op een verminderde toegang tot zorg. Op een aantal terreinen ontvangen allochtone kinderen meer zorg. Dit geldt voor medicijnen tegen bedplassen, astmamedicatie, logopedie en tandrestauraties. Uit deze monitor blijkt dat op deze gebieden waarschijnlijk sprake is van een verhoogde problematiek.

Veel problemen bij het opvoeden en het ontbreken van sociale steun voor ouders

Eén op de zeven Utrechtse ouders heeft behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding en één op de twaalf ouders heeft behoefte aan professionele ondersteuning. In Utrecht hebben vooral allochtone

ouders, alleenstaande ouders en ouders met een inkomen onder de armoedegrens het moeilijker met de opvoeding van hun kinderen dan anderen. In vergelijking met landelijk is er bij kleuters in de Utrechtse GSB wijken sprake van een sterk verhoogde opvoedingsproblematiek. Bij één op de tien kleuters is sprake van matige tot zware opvoedingsproblemen. Veel Utrechtse ouders ontbreekt het aan een goed sociaal netwerk dat hen kan ondersteunen bij problemen. Eén op de tien Utrechtse ouders heeft weinig contacten, één op de drie voelt zich eenzaam en één op de vier heeft niemand om problemen mee te bespreken. Vooral in de wijk Overvecht is de sociale omgeving van ouders ongunstig.

Relatie tussen kinderen en ouders is overwegend positief

De meeste Utrechtse brugklassers hebben een goede relatie met hun ouders. Zij kunnen goed met hun ouders praten en de ouders tonen zich betrokken bij de schoolcarrière van hun kind. Bij één op de vier brugklassers doen zich thuis echter ook vervelende situaties voor zoals ruzie, vaak ongezellig, geen steun of zelfs mishandeling. De meeste brugklassers kunnen met problemen terecht bij hun moeder, vader of vrienden. Eén op de vier Marokkaanse en Turkse jongens in de brugklas kan bij niemand terecht met problemen.

Allochtone jeugd positief gestemd over omgang met andere culturen

Eén op de tien Utrechts brugklassers voelt zich gediscrimineerd door klasgenoten. Eén op de drie allochtone brugklassers en één op de zeven autochtone brugklassers voelt zich buiten school gediscrimineerd. Vier op de vijf brugklassers heeft vrienden met een andere huidskleur of geloof en de helft vindt dat jongeren met een verschillende achtergrond goed met elkaar omgaan. Allochtone jongeren zijn positiever gestemd dan autochtone jongeren. Eén op de drie kleuters in de Utrechtse GSB wijken gaat nauwelijks om met kinderen van een andere afkomst. Meer dan de helft van de autochtone kleuters in de GSB wijken gaat nauwelijks met kinderen van een andere afkomst om.

Lage acceptatie homoseksualiteit door Utrechtse brugklassers

Homoseksualiteit is onder Utrechtse brugklassers nog verre van geaccepteerd. Vier op de tien brugklassers wil geen homoseksuele jongens of meisjes in de eigen vriendenkring.

Veel klachten over binnenmilieu woningen

Een kwart van de Utrechtse gezinnen met kinderen heeft klachten over vocht of schimmel in de woning. Eén op de drie gezinnen heeft andere klachten omtrent de woning zoals gehorigheid, achterstallig onderhoud, gebrek aan goede ventilatie en tocht. Allochtone gezinnen met kinderen hebben twee keer zo vaak last van schimmel of vocht in de woning dan autochtone gezinnen.

Uit onderzoeken elders in Nederland blijkt dat advieswaarden voor de kwaliteit van het binnenmilieu in scholen en kinderdagverblijven vaak overschreden worden. Voor Utrecht zijn geen gegevens bekend.

Niet iedereen tevreden over speelmogelijkheden in de buurt

Ongeveer één op de drie ouders met kinderen onder de 18 is ontevreden over de speelmogelijkheden voor kinderen in de buurt en iets meer dan één op de drie is ontevreden over de voorzieningen voor

jongeren. Dit laatste geldt vooral voor ouders in de Vleuten-De Meern en Leidsche Rijn. Eén op de vier Utrechtse kleuters kan naar het oordeel van de ouders niet veilig buiten spelen. De wijken Overvecht, Noordwest en Zuidwest scoren het minst gunstig op de veiligheid van speelplekken. Wat de beschikbaarheid van speelplekken betreft scoort de wijk Noordwest het minst goed. In Overvecht en Zuidwest zijn er vooral voor kleuters niet voldoende speelplekken. De meeste brugklassers zijn tevreden over de buurt waar zij wonen. Wel vindt meer dan de helft dat er niet veel te beleven is.

Vaccinatiegraad in Utrecht hoog

De vaccinatiegraad in Utrecht ligt ruim boven de WHO-norm van 90%. Ook ten opzichte van het landelijk gemiddelde steekt Utrecht gunstig af. In 2002 zijn tijdens een landelijke campagne alle Utrechtse kinderen van 12 maanden tot en met 18 jaar gevaccineerd tegen meningokokken C. Dit heeft geresulteerd in een vaccinatiegraad onder de Utrechtse jeugd van 95,3%.

Cumulatie van risicofactoren

Uit analyses van de GG&GD blijkt dat in één op de vijf gezinnen in Utrecht zich een dusdanige stapeling van risicofactoren voordoet dat kinderen in deze gezinnen een hoger risico lopen op het ontwikkelen van ernstige gedragsproblemen. Hierbij gaat het om factoren als laag opleidingsniveau van de ouders, middelengebruik of langdurige ziekte bij de ouders, psychische problemen bij de moeder, armoede, etnische minderheidsstatus, alleenstaand ouderschap of het wonen in een achterstandsbuurt. In de Utrechtse GSB loopt bijna één op de drie kinderen een verhoogd risico op gedragsproblemen. In de rest van Utrecht gaat het om één op twintig kinderen.

Kindermishandeling, zwerfjongeren en prostitutie

Een aantal ernstige problemen zoals kindermishandeling en verwaarlozing, zwerfjongeren en prostitutie zijn in deze beschouwing niet meegenomen. Hiervoor wordt verwezen naar het VMU themarapport Zorg voor sociaal kwetsbaren.

Witte vlekken

Over een aantal onderwerpen waren geen Utrechtse gegevens bekend of beschikbaar zijn. Dit betreft met name gegevens over de eerste levensfase, van –9 maanden tot 4 jaar.

1 Inleiding

Volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid heeft elke gemeente inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de bevolking, hetgeen verkregen kan worden uit epidemiologisch onderzoek. De verzamelde informatie staat ten dienste van het lokale gezondheidsbeleid. Door het Bureau Epidemiologie en Informatie van de GG&GD Utrecht is in 2002 de Volksgezondheid Monitor Utrecht (VMU) ontwikkeld. De VMU heeft tot doel bestaande, nieuwe en te verwachten gezondheidsproblemen te signaleren en te beschrijven. Deze gegevens bieden ondersteuning bij de afweging van beleidskeuzes binnen de GG&GD Utrecht. Daarnaast bevatten zij ook voor andere partijen, zowel binnen als buiten de gemeentelijke organisatie, waardevolle informatie.

In 2003 zijn er in het kader van de VMU acht themarapporten verschenen. Inmiddels zijn er nieuwe gegevens beschikbaar gekomen en is ervoor gekozen een nieuwe uitgave van de VMU te maken. Aangezien in de voorgaande acht themarapporten veel overlap bleek te zitten, is er voor deze nieuwe uitgave van de VMU gekozen voor drie thema's; preventie jeugd, preventie volwassenen en ouderen, en zorg voor sociaal kwetsbaren. De belangrijkste gegevens uit de drie themarapporten zijn gebundeld in één factsheet.

Voor ieder thema is een themagroep samengesteld, bestaande uit medewerkers van de betrokken afdelingen binnen de GG&GD, een afdelingshoofd als dossierhouder en twee epidemiologen. Door deze nauwe samenwerking wordt de praktische en beleidsrelevantie gegarandeerd en wordt kennis gebundeld. Om de bruikbaarheid en kwaliteit van de resultaten te verhogen, zijn daarnaast bijeenkomsten georganiseerd met medewerkers van andere gemeentelijke vakafdelingen en lokale instellingen. De informatie uit deze VMU zal, naast het ondersteunen van de ontwikkeling en uitvoering van het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Utrecht, ook worden gebruikt bij de nieuw op te stellen nota Volksgezondheid.

Dit themarapport beschrijft de gezondheid van de Utrechtse jeugd van 0 tot 19 jaar en de factoren die de gezondheid bevorderen of bedreigen. Hierbij wordt ingegaan op verschillende aspecten van de gezondheid zoals levensverwachting, sterfte, lichamelijke en geestelijke ontwikkeling, aandoeningen, leefstijl, zorggebruik, sociale en fysieke omgeving. Het streven is een zo volledig mogelijk beeld te geven van de problematiek en de onderlinge samenhang om op deze wijze beleidsafwegingen te faciliteren.

Leeswijzer

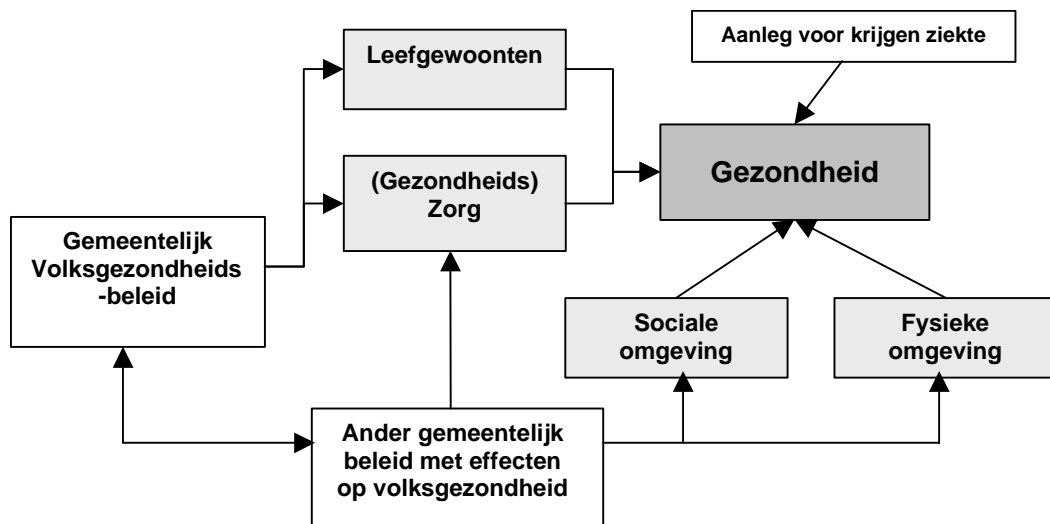
Hoofdstuk 2 van dit rapport bevat alle feitelijke informatie. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op de gebruikte databronnen en de keuze van onderwerpen en indicatoren. Daarna volgt in de paragrafen 2.2 - 2.10 per onderwerp een korte inleiding over het belang van het onderwerp, de situatie landelijk en in Utrecht en, indien beschikbaar de verschillen naar geslacht, leeftijd, etniciteit, sociaal-economische status en wijk. In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste resultaten op een rijtje gezet. Alle Utrechtse gegevens die in dit rapport ter sprake komen zijn terug te vinden in het bijbehorende tabellenboek. Alle rapportages van de VMU zijn terug te vinden op de website van de GG&GD www.ggd.utrecht.nl

2 Feitelijke informatie

2.1 Databronnen en methodologie

Gezondheidsindicatoren

Dit themarapport gaat in op de gezondheidspreventie van de Utrechts jeugd van 0 tot en met 18 jaar. Om een compleet beeld te krijgen van de gezondheid van de jeugd worden in dit rapport zowel de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de jeugd beschreven alsook de factoren die de gezondheid kunnen beïnvloeden. In het nationaal en internationaal veel gebruikte gezondheidsmodel van Lalonde (figuur 1) worden vijf factoren onderscheiden die van invloed kunnen zijn op de gezondheid. Naast de biologische en erfelijke factoren (aanleg) betreft dit leefstijl, sociale en fysieke omgeving en (gezondheids)zorg. De vier laatstgenoemde factoren worden in dit rapport beschreven aan de hand van een aantal indicatoren.



Figuur 1: De determinanten van gezondheid (model van Lalonde).

De indicatoren zijn geselecteerd aan de hand van een aantal criteria. Dit zijn:

- de ernst en het voorkomen van gezondheidsproblemen en determinanten van gezondheid
- vermoede of gesignaleerde trends
- landelijke prioriteiten
- eisen vanuit het Basistakenpakket van de JGZ (produktgroep 1: monitoring en signalering, doelgroep / populatiegericht)
- informatievraag vanuit andere gemeentelijke diensten

Landelijk is een werkgroep ingesteld die bezig houdt met de uniformering van de invulling van de taken van de JGZ in het kader van het Basistakenpakket, waaronder de activiteiten op het gebied van monitoring en signalering. (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005) Op dit moment zijn de indicatoren en de wijze van verzameling (enquêtes, dossiers of registraties derden) nog niet vastgesteld. De GG&GD Utrecht heeft dan ook eigen keuzes in dit geheel gemaakt.

In het rapport wordt gekeken naar verschillen in gezondheid naar etniciteit en sociaal-economische status. De indeling naar etniciteit is gebaseerd op het geboorteland van het kind en beide ouders. Wanneer gesproken wordt over Nederlandse kinderen wordt hier bedoeld dat zowel het kind zelf als beide ouders in Nederland geboren zijn. Voor de indeling naar sociaal-economische status wordt in dit rapport het hoogst behaalde opleidingsniveau van de ouders gebruikt, waarbij een hoog opleidingsniveau staat voor HBO of universiteit en een laag opleidingsniveau voor VMBO of lager.

Zoals vermeld in de leeswijzer in hoofdstuk 1, volgt de hoofdstukindeling van dit rapport het model van Lalonde. Daarnaast worden in paragraaf 2.11 de risicofactoren die het meest van invloed zijn op een gezonde psychosociale ontwikkeling van de jeugd samengebracht en wordt bekeken welke groep kinderen in Utrecht een meer dan gemiddeld risico lopen op het ontwikkelen van psychische problemen.

Databronnen

In dit rapport wordt gebruik gemaakt van gegevens afkomstig uit verschillende databronnen en rapporten. De belangrijkste databronnen zijn het Jeugdinformatiesysteem (JIS) van de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GG&GD Utrecht, de Jeugdmonitor Utrecht (JMU), een enquête die in 2005 door de GG&GD is afgenomen onder eersteklassers in het Voortgezet Onderwijs en de Gezondheidspeiling, een enquête die in 2003 door de GG&GD is gehouden onder de volwassen bevolking. Daarnaast is gebruik gemaakt van gegevens afkomstig van AGIS, SCP/TNO, Bestuursinformatie, DMO, Stichting Thuiszorg Utrecht, Provinciale Entadministratie, CBS en ISIS (Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem). Nadere uitleg over deze databronnen is te vinden in het bij dit themarapport behorende tabellenboek.

Beperkingen

Zoals elk onderzoek heeft deze monitor een aantal beperkingen. Ten eerste zijn er diverse onderwerpen waarover geen Utrechtse gegevens bekend of beschikbaar zijn. In deze gevallen is gebruik gemaakt van landelijke gegevens. Een andere beperking is dat gegevens vaak niet beschikbaar zijn voor de hele Utrechtse jeugd, maar alleen voor bepaalde groepen zoals Utrechts brugklassers, kleuters in de Utrechtse GSB wijken of kinderen met een AGIS ziekenfondsverzekering. In de tekst wordt steeds aangegeven voor welke groep de vermelde resultaten geldig zijn. Nog een beperking van dit rapport is dat voor bepaalde onderwerpen gebruik is gemaakt van registratiegegevens (met name van de JGZ) en gegevens over zorggebruik. Deze cijfers leveren geen harde gegevens op over de prevalentie van het voorkomen van bepaalde aandoeningen, maar geven eerder een indicatie daarvan. Gegevens over zorggebruik zijn vaak moeilijk te interpreteren omdat eventuele verschillen die gevonden worden zowel kunnen duiden op verschillen in zorggebruik als op verschillen in prevalenties van aandoeningen. Daarnaast kunnen medewerkerverschillen in bijvoorbeeld voorschrijfgedrag of diagnosestelling een rol spelen. In de tekst wordt in deze gevallen formuleringen gebruikt als: “er zijn geen aanwijzingen dat” of “bij de Utrechtse jeugd lijkt”. Overigens dient ook bij de interpretatie van enquêtegegevens de nodige voorzichtigheid te worden betracht. Hier spelen representativiteit, sociale wenselijkheid en verschillen in de interpretatie van vragen een rol.

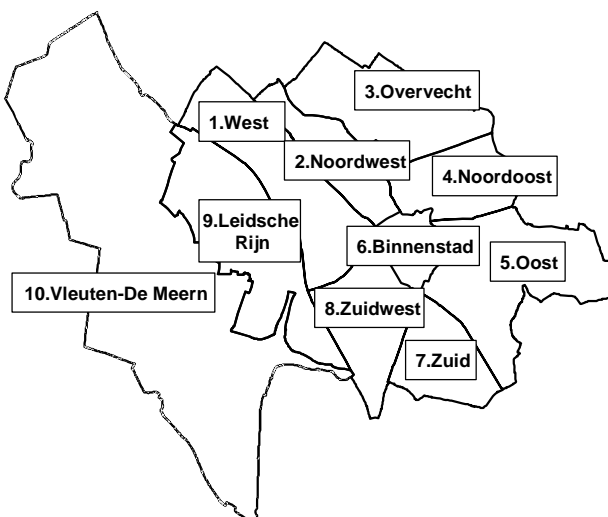
2.2 Demografie

Kernpunten

- De bevolking van Utrecht bestaat voor 20% uit kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 t/m 18 jaar.
- In de komende 10 jaar zal de bevolking van Utrecht met naar schatting 21% toenemen. De grootste groei zal plaats vinden in Leidsche Rijn en Vleuten/ De Meern. Het aandeel jeugdigen in de totale bevolking blijft constant.
- Van de Utrechts jeugd is 43% van allochtone afkomst. In de wijken Overvecht en Zuidwest is driekwart van de jeugd van allochtone afkomst.
- Eén op de vijf huishoudens met kinderen is een éénoudergezin. In Overvecht en Binnenstad is ongeveer één op de drie huishoudens met kinderen een éénoudergezin.
- Ruim één op de vijf Utrechtse gezinnen met kinderen leeft in armoede *. 12% van de Utrechtse jeugd groeit op in een bijstandsgesin. In Overvecht en Zuidwest woont resp. 23% en 20% van de 0 tot 19 jarigen in een bijstandsgesin.
- Ten opzichte van landelijke cijfers wonen er in Utrecht meer allochtone kinderen, zijn er meer eenoudergezinnen en groeien meer kinderen op in armoede.

Per 1 januari 2005 telde de stad Utrecht 275.362 inwoners, waarvan 54.934 bewoners ofwel 20% in de leeftijd van 0 t/m 18 jaar. Van deze leeftijdsgroep is iets meer dan de helft man, namelijk 51%. Het percentage jeugdigen ligt in Utrecht iets lager ten opzichte van de provincie en landelijk (resp. 24% en 23%) en zal in het jaar 2015 ongeveer gelijk zijn.

Utrecht bestaat uit 10 wijken: West, Noordwest, Overvecht, Noordoost, Oost, Binnenstad, Zuid, Zuidwest, Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern (zie figuur 2). De acht 'oude' wijken van Utrecht zijn in 1995 uitgebreid met de nieuwbouwwijk Leidsche Rijn, waarvan het inwonersaantal tot 2015 zal toenemen en in 2001 met Vleuten-De Meern (geannexeerd).



Figuur 2. De tien wijken van Utrecht (Bron: Bestuursinformatie)

* Armoede = een inkomen onder de laaginkomensgrens die het CBS hanteert in het Regionaal Inkomens Onderzoek. Zie voor meer details voetnoot 2 op pagina 15.

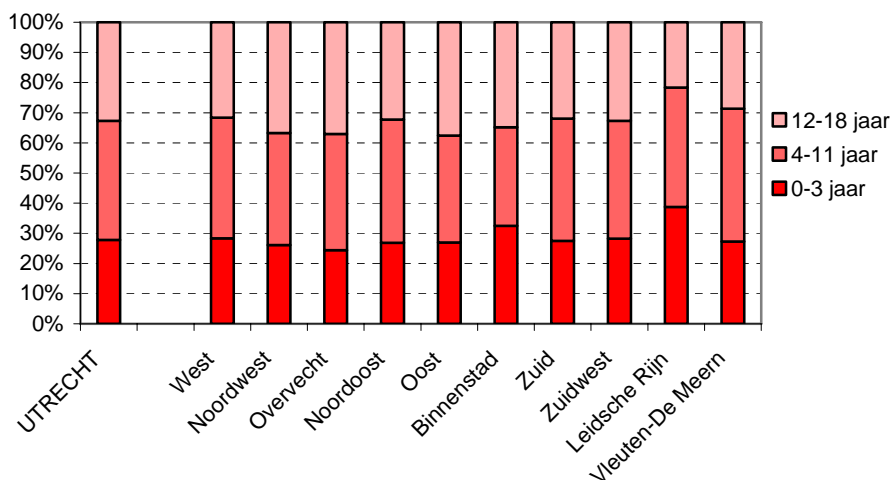
Elke wijk bestaat weer uit meerdere subwijken. Utrecht heeft in totaal 28 subwijken. Een aantal van deze subwijken of delen hiervan behoren tot het grotestedenbeleid. Dit zijn de subwijken Zuilen-west, Zuilen-noord/oost en Ondiep/2e Daalsebuurt in de wijk Noordwest, alle subwijken van Overvecht (Taagdreef / Zamenhofdreef, Wolgadreef/ Neckardreef, Amazonedreef en Zambesidreef/Tigrisdreef), de subwijken Oud Hoograven/Tolsteeg en Nieuw Hoograven/Bokkenbuurt in de wijk Zuid, en de subwijken Kanalen-eiland en Transwijk in de wijk Zuidwest.

Het grootste deel van de Utrechtse jeugd (14%) woont in de Vleuten-De Meern, gevolgd door Noordwest (13%) en Zuidwest (13%). In de nog in opbouw zijnde nieuwbouwwijk Leidsche Rijn wonen nog niet veel kinderen (6%), hoewel zij binnen Leidsche Rijn wel een relatief grote groep vormen: 28% van alle inwoners in Leidsche Rijn is 18 jaar of jonger. Alleen in de wijk Binnenstad wonen minder kinderen, namelijk 3% van de Utrechtse 0 t/m 18 jarigen.

Leeftijd

De leeftijdsverdeling van de Utrechtse jeugd (0 t/m 18 jaar) is weergegeven in figuur 3. De meeste kinderen zijn tussen de 4 en 11 jaar (39%), 28% is tussen de 0 en 3 jaar en 33% is tussen de 12 en 18 jaar. Bijna alle wijken vertonen min of meer hetzelfde patroon, behalve Leidsche Rijn. In deze wijk wonen relatief veel baby's en peuters en duidelijk minder pubers.

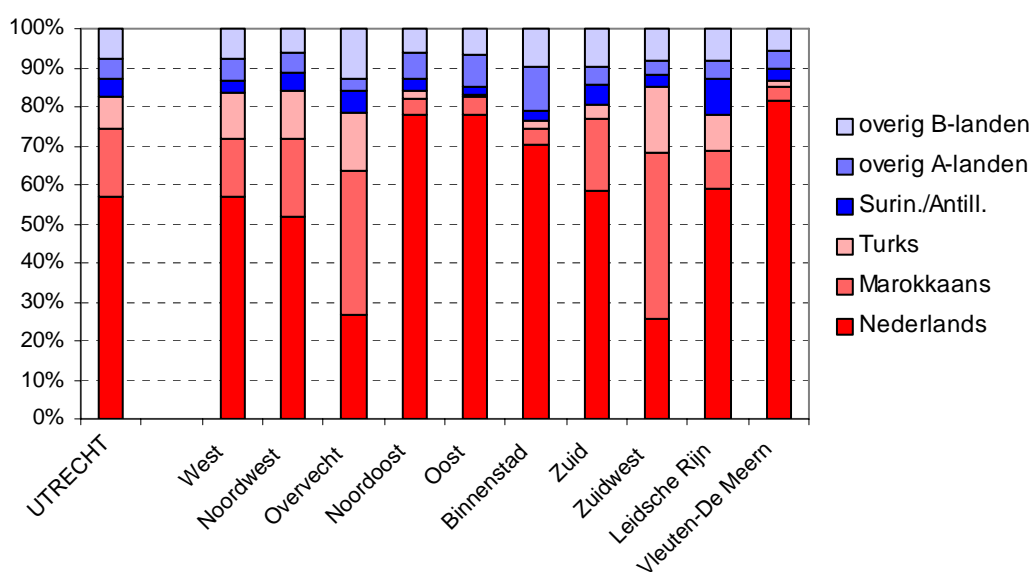
Volgens prognosecijfers van Bestuursinformatie (2005) neemt het aantal inwoners van Utrecht in de komende tien jaar toe van 275 duizend in 2005 tot bijna 335 duizend in 2015, een groei van 21%. Het aantal kinderen in de leeftijd van 0 t/m 17 jaar neemt toe van 51.572 in 2005 toe tot 67.666 in 2015. De grootste groei vindt plaats onder de 4-11 jarigen (41%), gevolgd door de 0-3 jarigen (30%) en 11-17 jarigen (17%). De grootste groei vindt plaats in Leidsche Rijn en in mindere mate Vleuten/ De Meern. In Noordoost, Noordwest en Zuid neemt het aantal kinderen het minst toe. In 2015 is naar schatting 20% van de Utrechtse bevolking jonger dan 18 jaar.



Figuur 3. Leeftijdsverdeling 0 t/m 18 jarigen in Utrecht als geheel en per wijk in 2005 (Bron: Bestuursinformatie)

Etniciteit

Ongeveer een derde van alle Utrechters is van allochtone afkomst. Onder de jeugd (0 t/m 18 jaar) is dit percentage veel hoger, namelijk 43%. In figuur 4 is te zien dat in de wijken Zuidwest (26%) en Overvecht (27%) relatief weinig kinderen wonen met een Nederlandse etniciteit en juist veel kinderen met een Marokkaanse etniciteit (resp. 42% en 37%). Onder volwassenen in de wijken Zuidwest en Overvecht ligt deze verhouding andersom. In Zuidwest is 57% van de volwassenen van Nederlandse afkomst en 17% van Marokkaanse afkomst. In Overvecht zijn deze percentages resp. 59% en 14%. In Leidsche Rijn wonen relatief veel Surinaamse en Antilliaanse kinderen. Daarnaast valt op dat in de Binnenstad veel kinderen wonen met een niet-Nederlandse westerse etniciteit en in Overvecht veel kinderen uit overige niet-westerse landen. Het aandeel allochtonen (0 t/m 18 jaar) ligt in Utrecht duidelijk hoger dan landelijk (43% vs. 22%).



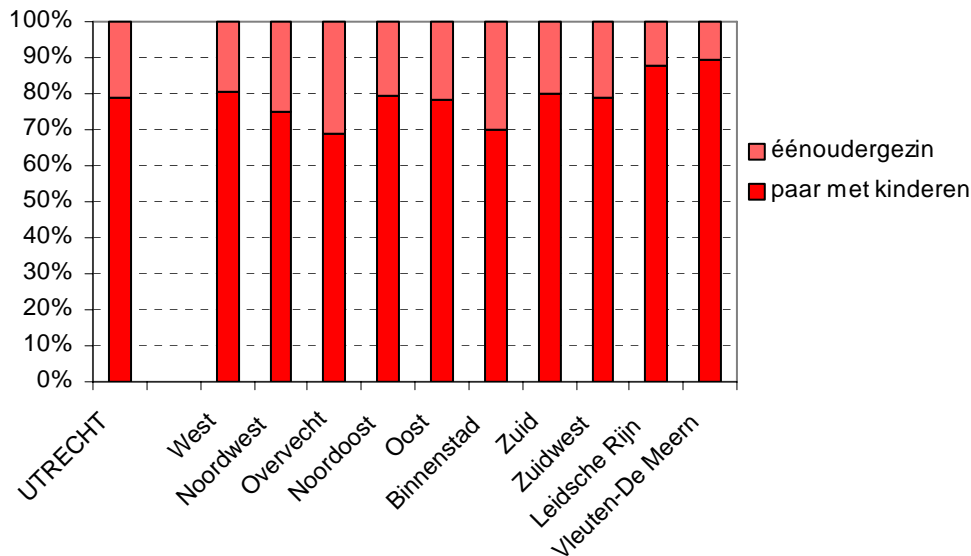
Figuur 4. Verdeling van etniciteit 0 t/m 18 jarigen in Utrecht als geheel en per wijk in 2005 (Bron: Bestuursinformatie)

Type huishoudens

In 2004 was 24% van de huishoudens in Utrecht een huishouden met één of meer kinderen (absoluut ongeveer 35000 huishoudens)¹. Het percentage huishoudens met kinderen varieert per wijk: in Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern bestaat 43% van de huishoudens uit één of meer kinderen terwijl dit in de Binnenstad 9% en in Oost 15% is. Eén van de vijf huishoudens met kinderen is een éénoudergezin (20%). In absolute aantallen gaat het om bijna 7300 éénoudergezinnen. Landelijk ligt het percentage éénoudergezinnen op 17% (CBS statline). In zowel Overvecht als Binnenstad zijn in verhouding meer éénoudergezinnen (30%), terwijl in Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern duidelijk minder éénoudergezinnen voorkomen (figuur 5). Naar verwachting neemt het aantal éénoudergezinnen toe met 16% tot 8492 éénoudergezinnen in 2015. In 2015 zal 19% van de huishoudens met kinderen een éénoudergezin zijn (Bestuursinformatie gemeente Utrecht, 2005).

¹ Met kinderen worden in dit verband personen bedoeld variërend in de leeftijd van 0 tot 17 jaar.

De gemiddelde grootte van de huishoudens in Utrecht varieert naar etniciteit. Nederlandse huishoudens bestaan gemiddeld uit 1,8 personen (minder in de Binnenstad en meer in Leidsche Rijn en Vleuten/De Meern). Marokkaanse en Turkse huishoudens zijn duidelijk groter (resp. 3,0 en 2,7). Surinaamse en Antilliaanse huishoudens bestaan uit gemiddeld 1,9 personen.



Figuur 5. Verdeling van huishoudens met kinderen in Utrecht als geheel en per wijk in 2004 (Bron: Huishoudenstatistiek Bestuursinformatie)

Sociaal-economische status

Eén op de acht kinderen in Nederland (0-18 jaar) maakt deel uit van een gezin dat in armoede leeft ². Van alle Nederlanders, kinderen en volwassenen, leeft één op de twaalf in armoede. Kinderen leven dus verhoudingsgewijs vaker in armoede dan volwassen Nederlanders. Het aandeel kinderen dat in armoede opgroeit is in de periode 2001 tot 2003 gestegen van 11,0% naar 12,5%. (SCP, 2005a). In Utrecht leeft 54% van de eenoudergezinnen en 14% van de tweeoudergezinnen in armoede (Brouwer, 2003). Ruim één op de vijf Utrechtse gezinnen met kinderen heeft dus een inkomen onder de laaginkomensgrens of armoedegrens. Van de Utrechtse kinderen (0-17 jaar) groeit 12% op in een bijstandsgesin. Binnen Utrecht zijn er grote verschillen tussen de wijken. In Vleuten-De Meern groeit slechts 2% van de jeugd op in een bijstandsgesin, in Overvecht is dit 23%. De vijf subwijken met het hoogste percentage kinderen in bijstandsgesinnen zijn: Wolgadreef/Neckardreef (30%), Nieuw Hoograven/Bokkenbuurt (26%), Kanaleneiland (24%), Zambesidreef/Tigrisdreef (22%) en Ondiep/2^e Daalsebuurt (21%).

² Armoede = een inkomen onder de laaginkomensgrens die het CBS hanteert in het Regionaal Inkomens Onderzoek. Deze grens is vastgesteld op basis van het bijstandsniveau in 1979 en wordt elk jaar aangepast aan de prijsontwikkelingen. In januari 2003 was de grens voor een eenoudergezin met 2 kinderen €1.325. (Armoedemonitor Utrecht, 2003)

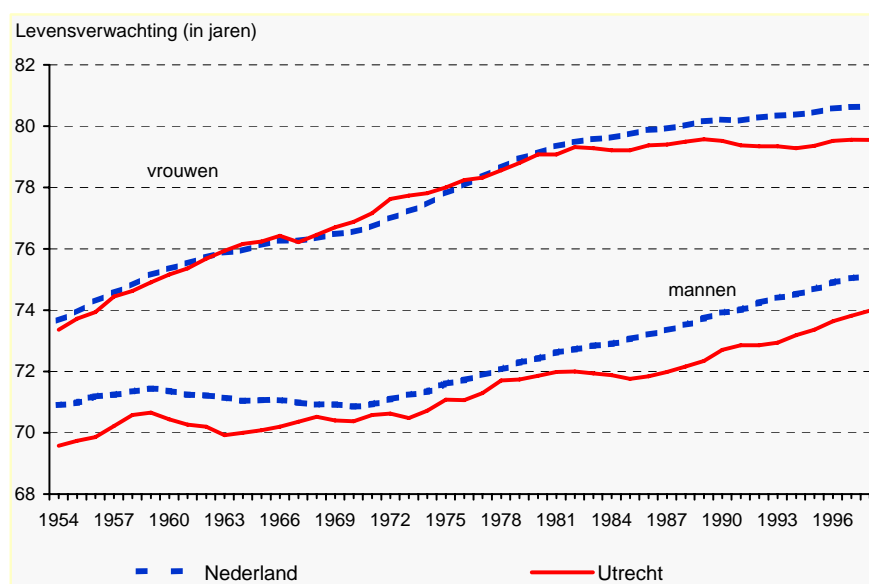
2.3 Levensverwachting, sterfte en ziekte last

Kernpunten

- De levensverwachting van Utrechtse bevolking is de afgelopen decennia gestegen, maar ligt lager dan gemiddeld in Nederland. Utrechtse jongens geboren tussen 2001 en 2004 hadden bij geboorte een levensverwachting van 75 jaar, Utrechtse meisjes van 81 jaar.
- De sterfte onder de niet-westerse allochtone jeugd is landelijk hoger dan onder autochtone leeftijdsgenoten. Niet westers allochtone jongeren sterven vaker als gevolg van infectieziekten, ongevallen, geweld en slecht omschreven ziektebeelden (als gevolg van sterfte in het buitenland).
- De gezonde levensverwachting ofwel het aantal jaren dat men mag verwachten in goed ervaren gezondheid door te brengen is in Utrecht 60 jaar, twee jaar minder dan het landelijk gemiddelde (62 jaar).
- In Nederland leven personen met een laag opleidingsniveau gemiddeld 15 jaren in minder goede gezondheid dan hoog opgeleide personen. Ongezonde leefgewoonten, die hun basis hebben in de jeugd, zoals roken, weinig bewegen, overmatig alcoholgebruik en ongezonde voeding dragen in belangrijke mate bij aan dit verschil.

Levensverwachting

In Utrecht evenals in de andere grote steden ligt de levensverwachting lager dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting van jongens die in de periode 2001 en 2004 in Utrecht werden geboren was 75 jaar en van meisjes tussen 81 jaar. Deze levensverwachting wordt gebaseerd op de sterfte van de huidige bevolking. De afgelopen decennia is de levensverwachting in Nederland en ook in Utrecht voortdurend gestegen. Zie figuur 6. De verwachting is dat deze trend zich in de toekomst zal voortzetten (Hoeymans, 2005).



Figuur 6. Levensverwachting bij de geboorte, Utrecht en Nederland, periode 1954-1998. (Quak, 2004)

Sterfte en verloren levensjaren

De belangrijkste oorzaken van sterfte in Utrecht zijn: hart- en vaatziekten, kanker en ziekten aan de ademhalingsorganen. Deze drie doodsoorzaken waren in de periode 1985-1999 verantwoordelijk voor 70% van de sterfte in Utrecht (Quak, 2004). Onder de jeugd van 0 tot 19 jaar komt sterfte aan deze aandoeningen nauwelijks voor. Wél ontstaat in deze periode een belangrijk deel van de ongezonde leefgewoonten die samenhangen met deze ziekten, zoals roken, weinig bewegen, overmatig alcoholgebruik en ongezonde voeding. Geschat wordt dat zo'n 30% van de jaarlijkse sterfte in Nederland (theoretisch) vermijdbaar is (Schram, 2001). Veruit de belangrijke factor hierbij is roken. Ook factoren als ernstig overgewicht, te weinig groente en fruit, te veel verzadigd vet, onvoldoende beweging en overmatig alcoholgebruik spelen een belangrijke rol. Deze factoren zijn niet alleen van invloed op de sterfte, maar hebben ook een grote impact op de kwaliteit van leven. Met name roken en alcohol leiden tot veel verlies aan kwaliteit van leven. (Hoeymans, 2004). In hoofdstuk 2.7 en 2.9 wordt hierop nader ingegaan.

In Nederland zijn de belangrijkste doodsoorzaken bij de jeugd van 0 tot 14 jaar aangeboren afwijkingen en aandoeningen ontstaan in de perinatale periode. (CBS Statline) In 2004 waren deze twee factoren verantwoordelijk voor meer dan 60% van de sterfte. Daarnaast waren ook ongevallen en nieuwvormingen belangrijke doodsoorzaken, beide 7% van de sterfte in 2004. In de leeftijdscategorie van 15 tot 24 jaar zijn de belangrijkste doodsoorzaken: verkeersongevallen (34% van de sterfte), zelfdoding (15%) en nieuwvormingen (12%). Zelfdoding is het hoogst onder mannen: 10 per 100.000 tegenover 4 per 100.000 vrouwen van 15-24 jaar.

Uit recent landelijk onderzoek blijkt dat de sterfte onder de niet-westerse allochtone jeugd hoger is dan onder de autochtone leeftijdsgenoten. De verhoogde sterfte onder de allochtone jeugd is voor ongeveer de helft te verklaren door de gemiddeld lagere sociaal-economische status van deze groep. Niet-westerse allochtone jongeren sterven vaker aan infectieziekten, ongevallen en geweld en slecht omschreven ziektebeelden (als gevolg van sterfte in het buitenland). Er werden landelijk geen etnische verschillen gevonden in het risico op perinatale sterfte. Niet-westerse allochtone baby's blijken wel een verhoogd risico te lopen op wiegendood en sterfte als gevolg van aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (zoals open ruggetje). Daarentegen is het risico op sterfte als gevolg van geboortetrauma en asfyxie (zuurstoftekort tijdens de geboorte) lager dan bij autochtone baby's. De moedersterfte onder niet-westers allochtone vrouwen is drie keer hoger dan onder autochtone vrouwen van dezelfde leeftijd. (Bos, 2005)

Uit onderzoek onder ruim 28.000 Utrechtse nuljarigen in de periode 1983-1992 bleek dat zowel de perinatale sterfte als de zuigelingensterfte onder Turkse en Marokkaanse kinderen in Utrecht sterk verhoogd was (Schulpen, 1996). Meer recente onderzoeksgegevens zijn niet beschikbaar. Wel is bekend dat in de periode 1985 –1999 in Utrecht jaarlijks gemiddeld 11 kinderen zijn overleden aan aangeboren afwijkingen en 10 kinderen aan aandoeningen van de perinatale periode, waaronder wiegendood. Over de hele periode (10 jaar) stierven in totaal 6 Utrechtse kinderen aan wiegendood. Vier vrouwen overleden in deze periode in Utrecht aan complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed. De perinatale

sterfte, zuigelingensterfte en sterfte aan complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed wijken in Utrecht niet af van het Nederlandse gemiddelde. (Quak, 2004).

Gezonde levensverwachting

Er bestaan in Nederland grote verschillen in levensverwachting tussen personen met een lage en een hoge sociaal economische status. Mannen en vrouwen uit de lagere sociaal-economische klasse leven respectievelijk 5 en 2,5 jaar korter dan mannen en vrouwen in hoogste sociaal-economische klasse. (Herten, 2002). Sociaal-economische verschillen in gezonde levensverwachting zijn nog groter dan die in levensverwachting. Laag opgeleide mannen leven bijna 16 jaar korter in goed ervaren gezondheid dan hoog opgeleide mannen. Voor vrouwen is dit verschil 14 jaar (Herten, 2002). De gezonde levensverwachting ligt in de gemeente Utrecht lager dan gemiddeld in Nederland. Utrechters leven gemiddeld 60 jaar in goed ervaren gezondheid³. Landelijk is dit 62 jaar. Ook in Amsterdam, Den Haag en Rotterdam ligt de gezonde levensverwachting lager dan landelijk. (Hoeymans, 2005).

Ziektelast

Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies die door ziekten veroorzaakt wordt in een populatie. Het is een gezondheidsmaat die zeer bruikbaar is voor beleidsprioritering omdat hierin zowel sterfte als kwaliteit van leven gecombineerd worden. De ziektelast wordt vaak uitgedrukt in DALY's (disability-adjusted life-years). Een DALY staat daarbij voor één levensjaar dat iemand verliest als gevolg van een minder goede gezondheid. Dat kan zijn omdat iemand eerder is overleden als gevolg van een ziekte, of omdat hij of zij door een ziekte niet goed functioneert, waarbij de ernst van de ziekte in de berekening wordt meegenomen.

Bij kinderen van 0-14 jaar veroorzaken ongevallen, astma / COPD, aangeboren afwijkingen van hart vaatstelsel en centrale zenuwstelsel en verstandelijke handicaps de grootste ziektelast. De aangrijpingspunten voor preventie zijn bij deze leeftijdscategorie beperkt. Bij jongeren van 15-24 jaar zijn het alcoholafhankelijkheid, angststoornissen, verkeersongevallen, depressies en suïcide die de meeste ziektelast (in DALY's) veroorzaken. (Hoeymans, 2002). Leeftijdspecifieke DALY's voor Utrecht zijn niet beschikbaar.

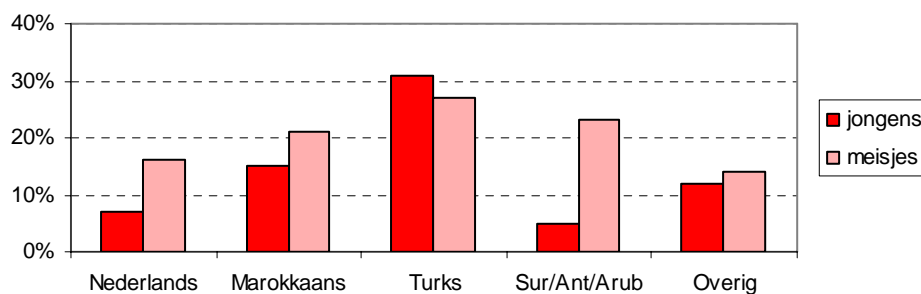
³ Het gaat hier om het gemiddeld aantal levensjaren dat mensen mogen verwachten in goed ervaren gezondheid door te brengen. Dit is overigens niet hetzelfde als 'zonder ziekte'. Niet iedereen die ziek is, voelt zich ook ongezond.

2.4 Ervaren gezondheid

Kernpunten

- Ten opzichte van landelijk voelt een groter deel van de jeugd in Utrecht zich niet gezond.
- Onder Utrechts brugklassers zijn jongens op het VMBO en Turkse jongens het meest negatief in hun oordeel over de eigen gezondheid.
- Onder kleuters in de Utrechts GSB wijken zijn laag opgeleide ouders en ouders van meisjes het minst positief in de beoordeling van de gezondheid van hun kind.

Kinderen en jongeren tot 18 jaar zijn over het algemeen tevreden over hun gezondheid. Maar liefst 93% van de 0-11 jarigen en 92% van de 12 tot 17 jarigen in Nederland ervaart hun gezondheid als goed of heel goed (CBS, 2003). Utrechtse jongeren zijn minder tevreden over hun gezondheid dan gemiddeld in Nederland. Van de Utrechtse jongeren in klas 1 van het Voortgezet Onderwijs beoordeelt 84% de gezondheid als goed of heel goed (bron JMU). Jongens zijn positiever over hun gezondheid dan meisjes (87% versus 82%). Tussen jongens onderling zijn echter grote verschillen. Slechts 10% van de jongens op het HAVO/VWO beoordeelt de eigen gezondheid negatief, tegenover 20% van de jongens op het VMBO. Vooral Turkse jongens vallen op door hun negatieve oordeel over de eigen gezondheid (figuur 7). Bijna een derde van hen ervaart de eigen gezondheid als minder dan goed. Ook veel Turkse meisjes zijn negatief over de eigen gezondheid.



Figuur 7. Ervaren gezondheid minder dan goed bij Utrechtse brugklassers (Bron: JMU)

In de Utrechtse GSB wijken beoordeelde 89% van de ouders van 5/6 jarige kinderen (groep 2BO) de gezondheid van hun kind als goed of heel goed (bron SCP/TNO-PG). Bij midden of hoog opgeleide ouders was dit 95% en bij laag opgeleide ouders 84%. Het oordeel van de Utrechtse ouders over de gezondheid van hun dochters was minder goed dan van hun zonen (85% versus 94%). Landelijk werden in dit onderzoek geen verschillen gevonden naar geslacht, maar wél naar etniciteit. Kinderen van Marokkaanse ouders hadden naar het oordeel van hun ouders vaker een minder goede gezondheid (10%) dan kinderen afkomstig uit Nederland of ander westers land (3%) (SCP, 2003).

Het oordeel over de eigen gezondheid wordt gebaseerd op veel verschillende gezondheidsaspecten, zoals lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en leefstijl. Bij jongeren spelen vooral fitheid en leefstijl een rol in de beoordeling van de eigen gezondheid (Tijhuis, 2002).

2.5 Lichamelijke gezondheid

In vergelijking met volwassenen en ouderen lijden kinderen en jongeren relatief weinig aan lichamelijke ziekten en aandoeningen. Belangrijk in deze levensfase is groei en lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het voorkomen van achterstanden in de ontwikkeling en de signalering van risicofactoren en afwijkingen. Verder komen ziekten en aandoeningen aan bod die frequent voorkomen of veel ziektelast met zich meebrengen.

2.5.1 Zwangerschap en geboorte

Kernpunten

- De ziekenhuisopname voor ziekten met oorsprong in de perinatale periode is in Utrecht fors hoger dan landelijk en ook hoger dan in Amsterdam. De sterfte hieraan wijkt niet af van landelijk.
- In Nederland zijn vroeggeboorte, laag geboortegewicht, zuurstoftekort (asfyxie) en aangeboren afwijkingen de belangrijkste redenen voor ziekenhuisopname na de geboorte.
- Kinderen met complicaties bij de geboorte lopen tijdens hun leven een verhoogd gezondheidsrisico. Aangeboren afwijkingen veroorzaken naast ongevallen en cara de grootste ziektelast bij 0 –14 jarigen.
- Risicofactoren voor ziekenhuisopname zijn onder andere: roken tijdens de zwangerschap, meerling-zwangerschappen en de leeftijd van de moeder (ouder dan 35 jaar). Inname van foliumzuur rond de conceptie verlaagt het risico op aangeboren afwijkingen.
- Eén op de vier kinderen geboren in Utrecht heeft een moeder van 35 jaar of ouder. Dit wijkt niet af van het landelijk gemiddelde. Het voorkomen van de andere risicofactoren in Utrecht is onbekend.
- Uit Amsterdams onderzoek komen Turkse en Marokkaanse zwangeren als risicogroep naar voren. Turkse en Marokkaanse zwangeren gebruiken minder vaak foliumzuur, consulteren vaker laat de verloskundige en Turkse vrouwen roken vaker tijdens de zwangerschap.

In Nederland wordt ongeveer 6% van alle pasgeborenen na de bevalling in het ziekenhuis opgenomen vanwege complicaties (Heerdink-Obenhuijsen, 2005). In Utrecht is de ziekenhuisopname voor ziekten met oorsprong in de perinatale periode⁴ fors hoger dan gemiddeld in Nederland (132% verhoogd) en ook hoger dan in Amsterdam. (Quak, 2004). Gemiddeld worden er in Utrecht per jaar 159 jongens en 150 meisjes meer opgenomen dan gemiddeld in Nederland. Risicofactoren voor ziekenhuisopname na de geboorte zijn onder andere vroeggeboorte, laag geboortegewicht, matige of ernstige zuurstofgebrek bij geboorte (asfyxie) en het voorkomen van een ernstig aangeboren afwijking leidend tot chronische ziekte of handicap (Platform JGZ, 2005). Deze kinderen hebben ook in hun verdere leven een verhoogd gezondheidsrisico.

Vroeggeboorte

(Voor Utrecht waren geen cijfers beschikbaar)

Vroeggeboorte heeft een langdurig effect op de ontwikkeling en gezondheid van het kind. Kinderen die na een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken geboren zijn of bij geboorte minder dan 1500 gram wogen, hebben een sterk verhoogde kans op voortijdige sterfte en meer kans op stoornissen, beperkingen en handicaps. Op 10-jarige leeftijd heeft bijna de helft van deze kinderen een beperking of

⁴ Dit omvat meer dan alleen opname na de geboorte. In de praktijk betreft het echter bijna uitsluitend nuljarigen.

handicap, zes maal zoveel als normaal. In 1999 bedroeg het aantal zeer vroeg geboren (< 32 weken) 10,8 per 1000 levendgeborenen in Nederland (1,1%). Voor Utrecht zou dit om 45 –50 kinderen gaan per jaar. Exacte cijfers zijn niet bekend. Vroeggeboorte is gerelateerd aan roken tijdens de zwangerschap, staand werk, meerlingzwangerschappen, de leeftijd van de moeder (ouder dan 35 jaar) en etniciteit (Eijdsen, 2004; Wal 2000). In 2004 had 24% van de in Utrecht geboren kinderen een moeder van 35 jaar of ouder. Landelijk ligt dit percentage op 23% (CBS Statline).

Geboortegewicht

(Voor Utrecht waren geen cijfers beschikbaar)

Geboortegewicht is wereldwijd een van de meest gebruikte gezondheidsmaten. Het gemiddeld geboortegewicht in Nederland bedroeg in 2001/2003 3459 gram; 5% van de pasgeborenen had een gewicht van minder dan 2500 gram en 0,5% van 1500 gram of minder (CBS statline). Voor Utrecht zijn geen cijfers bekend. Kinderen met een laag geboortegewicht lijken later in het leven vaker gedragsproblemen en neurologische stoornissen te hebben. Risicofactoren voor laag geboortegewicht zijn o.a. roken tijdens de zwangerschap, ondervoeding bij de moeder, leeftijd van de moeder (35 jaar of ouder) (Buitendijk, 2003) en etniciteit (Eijdsen, 2004; Wal 2000).

Zuurstoftekort

(Voor Utrecht waren geen cijfers beschikbaar)

Op basis van buitenlands onderzoek wordt het voorkomen van asfyxie ofwel verstikking geschat op 44 tot 47 per 1000 levendgeborenen waarvan 16 ernstige asfyxie. Zuurstoftekort tijdens de geboorte kan leiden tot hersenschade. De sterfte hieraan is 0,6 per 1000 levendgeborenen. (Buitendijk, 2003) De sterfte aan asfyxie onder niet-westerse allochtone baby's is lager dan onder autochtone baby's (Bos, 2005).

Aangeboren afwijkingen

(Voor Utrecht waren geen cijfers beschikbaar)

De meest voorkomende aangeboren afwijkingen zijn: afwijkingen van het centrale zenuwstelsel (zoals open ruggetje), afwijkingen van het hart vaatstelsel en Down syndroom. Aangeboren afwijkingen veroorzaken naast ongevallen de meeste ziekte last bij de jeugd van 0 tot 14 jaar. De geboorteprevalenties onder levendgeborenen voor deze afwijkingen zijn resp. 2,1 per 1000 voor afwijkingen aan het centrale zenuwstelsel; 6,2 per 1000 voor hartafwijkingen en 1,4 per 1000 voor Down syndroom.

In vergelijking met andere landen van Europa, worden in Nederland, na Ierland, de meeste kinderen met een open ruggetje geboren. Dat komt onder andere doordat in andere landen meer wordt gescreend op bepaalde aangeboren afwijkingen, en de zwangerschap dan kan worden afgebroken.

De sterfte in Nederland aan afwijkingen van het hart vaatstelsel is in Nederland aan de lage kant. Meer dan 85% van de patiënten met een aangeboren hartafwijking bereikt tegenwoordig de volwassen leeftijd. De meeste van hen met min of meer ernstige restafwijkingen (Vriend, 2005).

In 2000 werden naar schatting 300 kinderen met Down Syndroom geboren in Nederland. Er zijn sterke aanwijzingen dat dit aantal stijgt als gevolg van de toename van de leeftijd van de moeder. Samen met

een daling van de sterfte onder mensen met Down syndroom leidt dit tot een stijgende prevalentie van Down Syndroom in de Nederlandse bevolking. (Cornell, 2003).

Foliumzuur

(Voor Utrecht waren geen cijfers beschikbaar)

Inname van foliumzuur rond de conceptie door de moeder verlaagt de kans op een aangeboren afwijking, met name neurale buisdefecten. In de periode 1998-2000 gebruikte 65% van de zwangeren in Nederland foliumzuur tijdens de zwangerschap; 36% gebruikte het gedurende de gehele geadviseerde periode. (Cornell, 2003). In Amsterdam wordt door slechts 24% van de Marokkaanse en Turkse zwangeren foliumzuur supplementen gebruikt, tegenover 85% van de Nederlandse vrouwen in Amsterdam.

Roken tijdens zwangerschap

(Voor Utrecht waren geen cijfers beschikbaar)

Het roken van de moeder tijdens de zwangerschap en na de geboorte vergroot het risico op zuigelingensterfte en wiegendood. Uit het onderzoek van Reijneveld et al (2005) komt naar voren dat landelijk 15% van de moeders tijdens de zwangerschap heeft gerookt. In Amsterdam rookte 10% van de zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap; 15% was gestopt met roken. Marokkaanse zwangere vrouwen rookten het minst (2%) en Turkse zwangeren het meest. Bijna één op de vijf Turkse zwangeren rookte tijdens de zwangerschap waarvan eenderde meer dan zes sigaretten per dag (ofwel 7% van totale groep). (Eijdsen, 2004)

2.5.2 Groei en ontwikkeling

Kernpunten

- De groei en ontwikkeling van Utrechtse kinderen verloopt merendeels positief.
- Motorische ontwikkeling:
 - Deze vormt een belangrijk onderdeel van ontwikkeling van kinderen en wordt structureel gemonitord door de JGZ (0-19). Er zijn geen aanwijzingen dat de problematiek in Utrecht afwijkt van landelijk.
 - Het gebruik van fysiotherapie door de Utrechtse jeugd is lager dan landelijk. Met name Marokkaanse en Turkse kinderen in Utrecht maken weinig gebruik van fysiotherapie.
- Cognitieve ontwikkeling: Utrechtse leerlingen (en scholen) scoren goed op dit gebied.
- Spraak/taal ontwikkeling:
 - De JGZ signaleert bij één op de vijf allochtone kleuters een achterstand in de (Nederlandse) taalontwikkeling. Eén op de acht beheerst de Nederlands taal slecht.
 - Marokkaanse kleuters scoren ten opzichte van andere allochtone kleuters in Utrecht gunstig op (Nederlandse) taalontwikkeling en de beheersing van de Nederlandse taal.
 - Het gebruik van logopedie door 0-18 jarige ziekenfondsverzekerde kinderen is in Utrecht verhoogd ten opzichte van de Provincie Utrecht. In Utrecht krijgen met name Turkse kinderen van 6 en 7 jaar vaak logopedie (22%).
- Zindelijkheid:
 - In Utrecht vormen Marokkaanse kinderen een risicogroep. Zij gebruiken twee keer zo vaak medicijnen tegen bedplassen dan kinderen van Nederlandse of andere westerse afkomst.

Motoriek en houding

Al vanaf de geboorte wordt de motoriek van kinderen door de JGZ gemonitord. Kinderen die een achterblijvende of afwijkende ontwikkeling op dit gebied vertonen, worden doorverwezen naar de huisarts of opgeroepen voor een vervolgonderzoek. In 2002/2003 was dit het geval bij resp. 2% van de Utrechtse kinderen in groep 2 van het basisonderwijs en 0,4% van de kinderen in groep 6. Dit betrof vaker jongens en kinderen van hoog opgeleide ouders. Aan 3,4% van de ouders van leerlingen in groep 2 en 0,5% van de ouders van leerlingen in groep 6 werd door de JGZ advies gegeven over de motorische ontwikkeling van hun kind. Ook dit betrof vaker jongens en kinderen van hoog opgeleide ouders. Kinderen in het voorgezet onderwijs worden nauwelijks meer doorverwezen of geadviseerd over motorische problemen. Bij de 0 tot 4 jarigen gaan motorische problemen vaak samen met of maken onderdeel uit van andere ontwikkelingsstoornissen. Het percentage verwijzingen voor uitsluitend achterblijvende of afwijkende motorische ontwikkeling ligt op deze leeftijd dan ook laag: in Utrecht op minder dan 0,5%⁵.

Naarmate kinderen ouder worden neemt het voorkomen van houdingsproblemen toe⁶. Meer dan 4% van de kinderen in groep 6 BO en meer dan 6% van de brugklassers werd naar aanleiding van het preventief gezondheidsonderzoek door de JGZ doorverwezen voor houdingsproblemen of voor aanvullend onderzoek/instructie opgeroepen. Daarnaast kreeg 2% van ouders van kinderen in groep 6 BO en 4% van de ouders van kinderen in klas 1 VO, een advies omtrent de houding van hun kind. Marokkaanse, Turkse en Surinaamse / Antilliaanse kinderen werden minder vaak doorverwezen evenals kinderen van middenhoog opgeleide ouders. Vergelijking van de Utrechtse resultaten met andere regio's is helaas niet mogelijk door verschillen in registraties tussen GGD'en.

Uit de AGIS Health Database blijkt dat 4,9% van de Utrechtse AGIS ziekenfondsverzekerden in de leeftijd van 0 tot en met 18 jaar in 2003 fysiotherapie (3,7%) of oefentherapie (1,3%)⁷ heeft ontvangen. In de provincie Utrecht lag dit percentage iets hoger, op 5,4%. Kinderen uit de gemeente Utrecht kregen met name minder fysiotherapie dan kinderen in de rest van de provincie. Voor oefentherapie werden geen verschillen gevonden. Ook ten opzichte van 0-19 jarige ziekenfondsverzekerden landelijk ligt het gebruik van fysiotherapie door jeugdige AGIS verzekerden in Utrecht laag (6,4% versus 3,7%). (CBS-statline)

Van alle jeugdigen in Utrecht is het gebruik van fysiotherapie het hoogst onder jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar. Ruim 5% van hen ontving in 2003 fysiotherapie. In Nederland lag dit percentage in 2003 twee keer zo hoog, op 10%. (CBS Statline). Marokkaanse en Turkse kinderen kregen minder vaak fysiotherapie en minder vaak oefentherapie dan andere kinderen. Jongens kregen vaker fysio- of oefentherapie, dan meisjes. In de wijken Vleuten-De Meern, Oost en Binnenstad was het gebruik van fysio- of oefentherapie onder de jeugd het hoogst, in de wijken West en Zuidwest het laagst. Ten opzichte van 2001 is het gebruik van fysiotherapie en van oefentherapie onder de Utrechtse jeugd niet gestegen. In de Provincie Utrecht is het gebruik daarentegen wel gestegen.

⁵ Bron Thuiszorg Stad Utrecht. Geregistreerd zijn aantallen verwijzingen en indicatieconsulten. Een kind kan meerdere indicatieconsulten krijgen of meerdere keren verwezen zijn.

⁶ Hierbij wordt niet bedoeld op structurele houdingsproblemen zoals scoliose. Zie hiervoor 2.5.4.

⁷ Dit betreft zowel mensendieck als césartherapie.

Cognitieve ontwikkeling

Twee indicatoren die inzicht geven in de cognitieve ontwikkeling zijn schoolprestaties en spijbelen (Zeijl, 2003). In Utrecht worden sinds 1999 de schoolscores op de CITO-eindtoets in groep 8 van het basisonderwijs geregistreerd. In het schooljaar 2003/2004 lagen de CITO scores in Utrecht iets onder het landelijk gemiddeld (0,8 punt). Wanneer rekening wordt gehouden met de samenstelling van de schoolpopulatie, met name het percentage autochtone en allochtone achterstandsleerlingen en zorgleerlingen, dan blijken de CITO-schoolscores in Utrecht 1,5 tot 4,8 punten hoger te liggen dan het landelijk gemiddelde. Er is sprake van een stijgende trend: in de periode 1998/1999 tot 2003/2004 is de gemiddelde CITO score van de stad met 3,3 punt gestegen. Landelijk is er geen sprake van een stijging. De CITO-scores in de wijken Overvecht, Zuidwest en Noordwest liggen lager en in Noordoost en Oost hoger dan het Utrechts gemiddelde. Op scholen met veel autochtone of allochtone achterstandsleerlingen liggen de gemiddelde CITO-scores lager. (Oberon, 2004)

Uit de Jeugdmonitor Utrecht blijkt 82% van de Utrechtse jongeren in klas 1 VO in de voorgaande 12 maanden wegens ziekte verzuimd had van school. Eén op de zeven ziekteverzuimers is vaker dan 5 keer ziek geweest. Frequent ziekteverzuim kwam vaker voor op het VMBO dan op het HAVO/VWO en vaker bij meisjes dan bij jongens. Zeven procent van de 1^e-klassers rapporteert te hebben gespijbeld (ongeoorloofd verzuim) in de afgelopen vier weken. Bij ruim 70% van de spijbelaars bleef het spijbelen beperkt tot 1 à 2 uren. Frequent spijbelen (meer dan 5 uren in de afgelopen 4 weken) wordt door 0,5% van de 1^e-klassers gerapporteerd. (Bouwman, 2006).

Uit onderzoek van de GG&GD Utrecht blijkt dat op de Utrechtse VMBO scholen het verzuim vergelijkbaar is met het verzuim op andere VMBO scholen buiten de G4. In de periode 2001-2004 was het ziekteverzuim op de Utrechtse VMBO scholen gemiddeld 3,7% en het totale verzuim 7,6%. (Bergen, 2005).

Spraak/taal

Spraak/taalproblemen kunnen geïsoleerd voorkomen of als onderdeel van een bredere ontwikkelingsstoornis. Een achterstand of stoornis op het gebied van taal of spraak kan leiden tot lees- en schrijfproblemen, verminderde schoolprestaties, een negatieve beïnvloeding van de emotionele en gedragsontwikkeling en in het ergste geval tot een psychiatrische stoornis. Oorzaken van spraak- en taalproblemen bij jonge kinderen liggen op bijvoorbeeld medisch, gedragsmatig of sociaal vlak of maken deel uit van een breder ontwikkelingsprobleem. (Kalter, 2005) Ook psychiatrische stoornissen zoals autisme, ADHD en PDD NOS⁸ kunnen spraaktaalproblemen als onderdeel van het ziektebeeld hebben. Naar schatting heeft 5-10% van alle schoolgaande kinderen in Nederland een taalstoornis. (Blankenstijn, 2005)

⁸ Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. PDD-NOS behoort tot de pervasieve of meervoudige ontwikkelingsstoornissen waartoe ook autisme behoort.

In Utrecht worden kinderen op verschillende leeftijdsmomenten door de JGZ 0-19 beoordeeld op hun spraak/taalontwikkeling. Bij 0-4 jarigen gebeurt onderzoek naar spraaktaalproblemen op het consultatiebureau middels het Van Wiechenonderzoek, een instrument ter beoordeling van de psychomotorische ontwikkeling. In 2003 werd bij zo'n 4% van de 0-4 jarige kinderen in Utrecht een achterstand of afwijking in de spraak/taalontwikkeling geconstateerd die aanleiding was voor verder onderzoek, advisering of doorverwijzing. Landelijk ligt dit percentage op 2,5 - 5%.

In groep 2 van het basisonderwijs worden alle kleuters door een logopedist van de JGZ/GG&GD gescreend op spraak- en taalstoornissen. Dit is een brede screening waarbij zowel het stemgebruik, mondgedrag, spraak, gehoor, auditief geheugen als ook het taalbegrip en taalproductie bekeken worden, de zogenaamde LSI. Bij bijna 40% van de Utrechtse kleuters wordt een achterstand of afwijking op één of meer van bovenstaande gebieden geconstateerd. Dit is geen ongewoon percentage. Landelijk wordt bij 37 tot 55% een achterstand of afwijking geconstateerd (Ploeg, 2005)⁹. Het meest voorkomend bij Utrechtse kleuters zijn articulatiestoornissen zoals slissen of lispelen (17%), gevolgd door afwijkend mondgedrag zoals duimzuigen en mondademen (9%) en achterstand in de (Nederlandse) taalontwikkeling (8%). Bij jongens wordt vaker een spraak- of taalprobleem geconstateerd dan bij meisjes (44% tegenover 34%). Opvallend is het relatief lage percentage Marokkaanse kleuters met een achterstand in de taalontwikkeling. Bij slechts 10% van de Marokkaanse kleuters werd een taalachterstand geconstateerd, terwijl dit bij andere allochtone kleuters twee keer zo hoog is. Van de autochtone kleuters heeft 5% een achterstand in de Nederlandse taalontwikkeling.

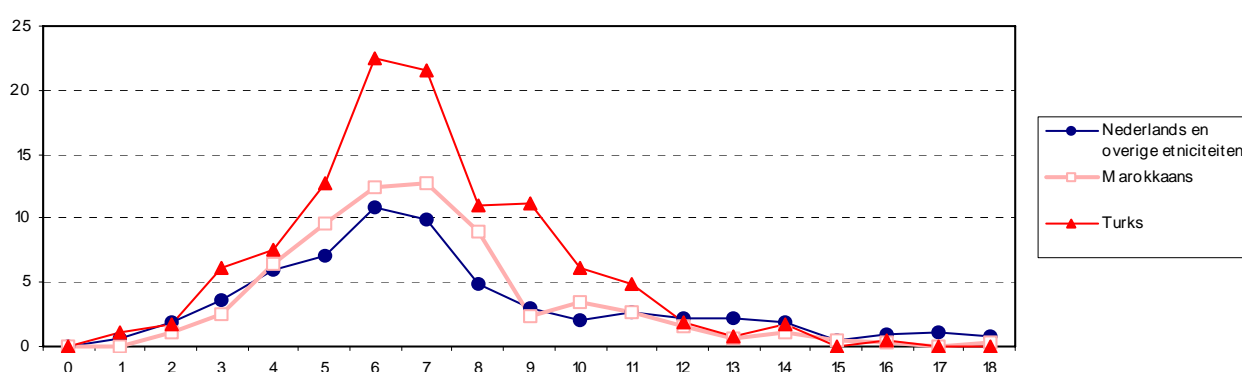
Uit de logopedische screening blijkt dat 12% van alle Utrechtse allochtone kleuters slecht Nederlands spreekt en bijna de helft goed Nederlands spreekt. Allochtone meisjes spreken over het algemeen beter Nederlands dan allochtone jongetjes. Turkse kleuters beheersen de Nederlandse taal het minst goed. Slechts 28% van hen spreekt volgens de logopedische screening goed Nederlands, tegenover resp. 54%, 74% en 60% van de Marokkaanse, Surinaams/Antilliaanse en overige allochtone kleuters.

Ook uit onderzoek in Amsterdam blijkt dat Marokkaanse peuters op de Vroeg- en Voortijdse Educatie (VVE) een beter taalbegrip hadden dan Turkse peuters. Dit gold zowel bij binnenkomst op de VVE als bij doorstroom naar het basisonderwijs. De verschillen tussen Turkse en Marokkaanse kinderen werden vooral verklaard door Nederlandse contacten met familie, vrienden en burens in bijzijn van het kind en het Nederlands spreken tussen kinderen onderling. Gerichte adviezen over de tweetalige opvoeding in het gezin zou kunnen bijdragen aan het verkleinen van deze verschillen (Sluimers, 2005)

In Utrecht is 43% van de jeugd van allochtone afkomst. Bij een kwart van de 5/6 jarige allochtone niet-westerse kinderen in de Utrechtse GSB wijken wordt thuis geen Nederlands gesproken, ook niet tussen broertjes of zusjes. (SCP/TNO data).

⁹ Het hoge percentage kinderen met een afwijkende uitslag heeft landelijk geleid tot kritiek op de LSI. Een gedegen alternatief ontbreekt echter op dit moment. Meer onderzoek naar de effectiviteit van de LSI en andere spraak/taal-screeningsinstrumenten wordt nodig geacht. (Ploeg, 2005)

In 2003 was 3,7% van de bij AGIS ziekenfondsverzekerde jeugd in Utrecht in behandeling of in onderzoek bij een logopedist. Dit waren vooral kinderen in de leeftijd van 4 – 11 jaar. Jongens maakten vaker gebruik van logopedie dan meisjes (4,5% versus 2,8%) en Turkse kinderen vaker dan andere kinderen in Utrecht. In figuur 8 is te zien dat het gebruik van logopedie het hoogst is in de leeftijd van 6 en 7 jaar. Meer dan 20% van de 6 en 7 jarige Turkse kinderen en meer dan 10% van de overige 6 en 7 jarige kinderen krijgt logopedie. Uit de beschikbare gegevens kan niet worden afgeleid in hoeverre deze piek bij 6 en 7 jaar samenhangt met de logopedische screening door de JGZ of dat juist op deze leeftijd spraak- en taalproblemen op school gesignaleerd worden of vaker voorkomen. In de gemeente Utrecht ontvangen relatief meer kinderen logopedie dan in de provincie Utrecht als geheel (3,7% versus 3,3%). Het gebruik van logopedie is sinds 2001 gestegen.



Figuur 8. Gebruik logopedie door 0-18 jarige AGIS ziekenfondsverzekerden (%).
Bron: AGIS Health Database 2003.

Zindelijkheid

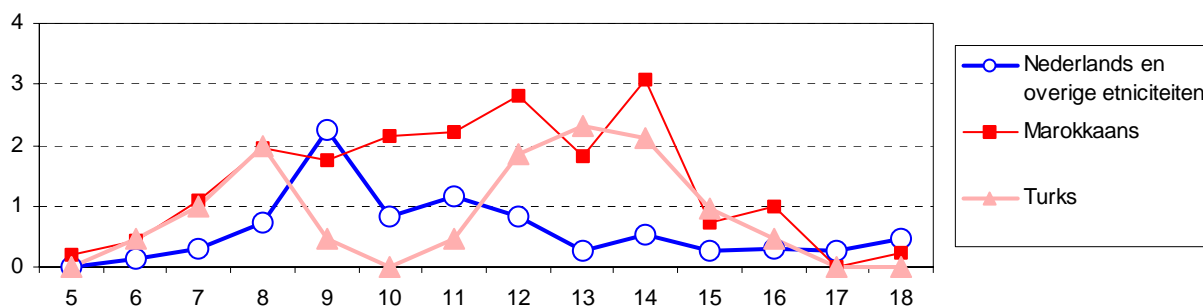
Uit landelijke cijfers blijkt dat bijna 100% van de vierjarige kinderen overdag zindelijk is en 80% ook 's nachts (CBS, 2003). Op 6-jarige leeftijd plast nog ongeveer 12% regelmatig 's nachts in bed. Met het ouder worden neemt dit percentage af en uiteindelijk blijft 1 tot 2% van de kinderen last houden van bedplassen, vaak hun leven lang. De gevolgen hiervan op het psychosociale vlak kunnen zwaar zijn zoals het niet durven aangaan van relaties en het vermijden van uitdagingen. Kinderen die zelf bedplassen beschouwen dit als één van de ergere levensgebeurtenissen. In rangorde plaatsen zij bedplassen direct na echtscheiding van en ruzie met de ouders. (website Kennis Centrum Bedplassen: www.bedplassen.org).

Als kinderen bij een leeftijd van 7 jaar of ouder nog regelmatig bedplassen, wordt dit als problematisch beschouwd¹⁰. Uit onderzoek van TNS NIPO blijkt dat landelijk slechts 35% van de ouders hulp inschakelt bij bedplassen, meestal de huisarts (41%). Allochtone ouders zijn hierin nog terughoudender dan Nederlandse ouders (Foquez Etnomarketing, 2004). De meest gebruikte behandelmethode van bedplassen is een plaswekker (48%), gevolgd door een droog-bed-training (42%) en medicijnen (35%).

¹⁰ Regelmatig is 2 of meer keer in 4 weken.

In Utrecht wordt gemiddeld 1,6% van de 9/10 jarigen en 0,4% van de 12/13 jarigen door de JGZ behandeld (droog-bed-training) of doorverwezen voor bedplassen. Dit betreft relatief vaker jongens, vaker kinderen van Marokkaanse afkomst en kinderen van laag opgeleide ouders. Daarnaast wordt aan resp. 1,0% en 0,7% van de ouders van 9/10 en 12/13 jarige kinderen advies gegeven over bedplassen. Ook dit betreft relatief vaker jongens en Marokkaanse kinderen. Deze groepsverschillen stemmen overeen met de resultaten van onderzoek elders.

In 2003 gebruikte 1% van de AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen van 5 –18 jaar in Utrecht medicatie tegen bedplassen ¹¹. Dit percentage is hoger dan in provincie Utrecht (0,8%). Utrechtse jongens gebruiken vaker medicijnen voor bedplassen dan meisjes (1,1% versus 0,8%). Medicijnen tegen bedplassen worden in Utrecht vaker gebruikt door Marokkaanse jongens en meisjes (resp. 1,5% en 1,2%) en minder vaak door Nederlandse jongens en meisjes (resp. 0,7% en 0,4%). In figuur 9 is te zien dat met name bij jongens van 12 tot en met 14 jaar de etnische verschillen in het gebruik van bedplasmedicijnen groot zijn. In de wijk Zuidwest worden het meest medicijnen gebruikt tegen bedplassen (1,7%). Ten opzichte van 2001 is in Utrecht het gebruik van medicijnen tegen bedplassen niet gestegen.



Figuur 9. Medicatie voor bedplassen: % AGIS ziekenfondsverzekerde jongens van 0-18 jaar in Utrecht dat medicijnen voor bedplassen vergoed kreeg. (Bron: AGIS Health Database 2003).

Ten opzichte van de verwachte prevalenties van bedplassen (6-7% bij 9/10 jarigen en 4% bij 12/13 jarigen) is het percentage verwijzingen, behandelingen en adviezen door de JGZ laag. Vanuit de JGZ (4-19) wordt veel aandacht besteed aan bedplassen en wordt de problematiek vroegtijdig en structureel aangepakt¹². Mogelijk wijst het lage verwijzingspercentage daarom op een relatief lage gemiddelde prevalentie van bedplassen bij Utrechtse kinderen. Marokkaanse kinderen vormen hierop een uitzondering. Het percentage verwijzingen, behandelingen en adviezen ligt bij deze groep een stuk hoger, namelijk op bijna 6%. Bij Marokkaanse kinderen is ook het medicijngebruik verhoogd (2,5 keer zo hoog als onder Nederlandse kinderen).

¹¹ ATC-codes: N06AA02 (imipramine), N06AA09 (amitriptyline) en H01BA02 (desmopressine).

¹² De aanpak bestaat uit het geven van opvoedkundig advies op vroege leeftijd, nog voor dat bedplassen medisch gezien een probleem is.

2.5.3 Gewicht

Kernpunten

- Van de schoolgaande jeugd in Utrecht heeft één op de vijf overgewicht, waarvan 5-6% ernstig overgewicht. De prevalentie van totaal overgewicht en ernstig overgewicht ligt in Utrecht boven het landelijk gemiddelde, maar is vergelijkbaar met Rotterdam en Den Haag.
- Matig en ernstig overgewicht komen in Utrecht vaker voor bij:
 - Marokkaanse en Turkse kinderen
 - kinderen van laag opgeleide ouders
 - VMBO leerlingen
 - kinderen in de wijken Overvecht, Noordwest en Zuidwest.
- Ondergewicht komt bij 8% van de schoolgaande jeugd in Utrecht voor, evenveel bij jongens als bij meisjes. Bij kinderen van midden en hoog opgeleide ouders komt ondergewicht vaker voor, bij Turkse en Marokkaanse kinderen minder vaak. Het is niet bekend hoe hoog dit percentage landelijk ligt.
- De meeste Utrechtse brugklassers schatten hun gewicht goed in. Meisjes vinden zichzelf vaker te dik, terwijl zij dat objectief gezien niet zijn. Jongens vinden zichzelf vaker te dun dan meisjes.

Steeds meer kinderen en jongeren in Nederland ontwikkelen overgewicht. In 1997 kwam overgewicht bij de Nederlandse jeugd bijna twee keer zo vaak voor als in 1980. Variërend per leeftijd had in 1997 tussen de 7% en 16% van de Nederlandse jongeren onder de twintig overgewicht (Hirasing, 2001). De prevalentie van ernstig overgewicht of obesitas varieerde van 0,5% tot 2,7%. Meer recente cijfers uit Den Haag en Rotterdam laten hogere prevalenties van overgewicht zien, variërend naar geslacht en leeftijd van 16% tot 20%. Ernstig overgewicht komt in Den Haag en Rotterdam bij 5-6% van de schoolkinderen voor. (Bergkamp, 2003; Wilde, 2003). In de regio rondom de stad Utrecht heeft gemiddeld 14% van de jongens en 17% van de meisjes overgewicht. Obesitas werd bij 3% van de schoolkinderen gevonden.¹³

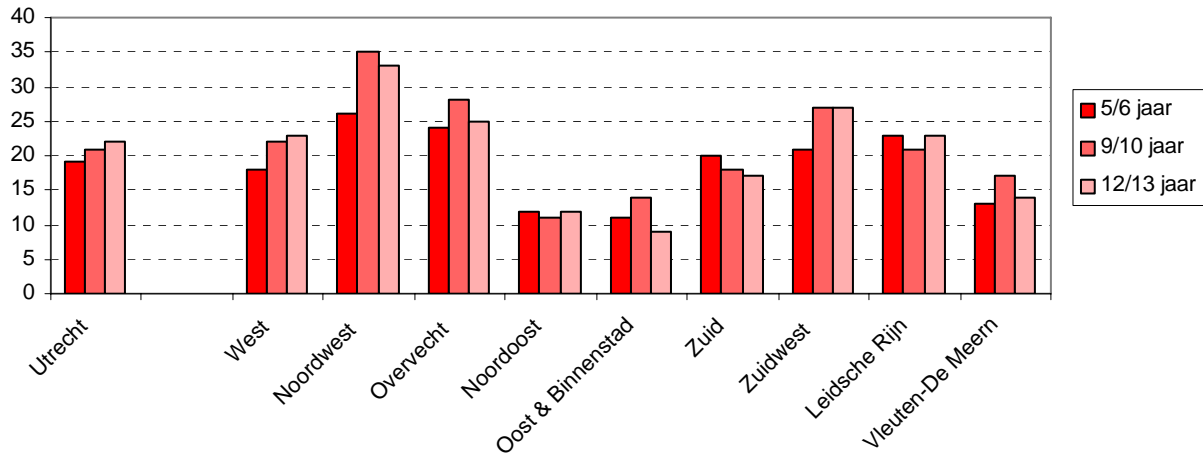
In Utrecht zijn de afgelopen jaren veel gegevens verzameld over overgewicht bij de jeugd. Tijdens de Preventieve Gezondheidsonderzoeken (PGO's) uitgevoerd door de GG&GD worden kinderen volgens protocol gewogen en hun lengte gemeten. Bij 19% van de leerlingen die in de schooljaren 2003/2004 en 2004/2005 in groep 2 van een Utrechtse basisschool zaten, werd door de JGZ overgewicht vastgesteld. Bij leerlingen uit groep 6 van het basisonderwijs was dit 21% en in klas 1 van het voortgezet onderwijs 22%¹⁴. Ernstig overgewicht kwam bij 5-6% van de onderzochte kinderen voor. Dit is aanmerkelijk hoger dan de landelijke prevalentie, maar vergelijkbaar met Den Haag en Rotterdam. Voor alle leeftijden geldt dat Marokkaanse en Turkse kinderen in Utrecht vaker overgewicht hebben en Nederlandse kinderen minder vaak. Van de Marokkaanse en Turkse kinderen heeft 28 tot 38% overgewicht waarvan 9 tot 12% obesitas. Van de Nederlandse kinderen heeft 13 tot 17% overgewicht waarvan 3 tot 4% obesitas.

Kinderen van laag opgeleide ouders hebben vaker overgewicht (26-30%), kinderen van hoog opgeleide ouders minder vaak (9-11%). Dezelfde verschillen naar opleidingsniveau zien we terug bij de tieners. Jongeren op het VMBO hebben drie keer zo vaak overgewicht dan jongeren op het HAVO/WVO: 32% in

¹³ Gegevens JGZ GGD Midden Nederland, schooljaar 2002/2003. Leerlingen groep 2BO, groep 6BO en 2VO.

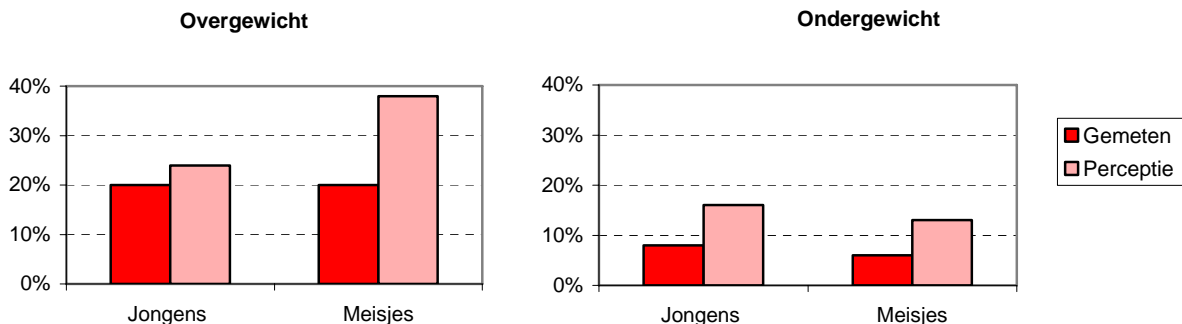
¹⁴ Criterium voor overgewicht: BMI (Body Mass Index= gewicht in kg/lengte in cm²) boven internationaal vastgestelde grenswaarden, specifiek naar leeftijd (in halve jaren) en geslacht.

een VMBO brugklas versus 9% in een HAVO/VWO brugklas. In figuur 10 zijn de verschillen naar wijk weergegeven. In de wijken Noordwest, Overvecht en Zuidwest komt het meeste overgewicht voor, in de wijken Noordoost, Oost en Binnenstad het minst.



Figuur 10. Percentage kinderen met overgewicht naar wijk (Bron: JIS 2003/05)

Veel brugklassers vinden zichzelf te dik. Deels is dit terecht, maar deels ook niet. Gemiddeld vindt 31% van de brugklassers zichzelf te dik, terwijl ‘slechts’ 20% volgens de internationale criteria overgewicht heeft¹⁵. In figuur 11 is te zien dat vooral meisjes zich vaak onterecht te dik vinden. Met name Turkse, Nederlandse en meisjes met overige etniciteiten schatten zich vaker té dik in: 61% van de Turkse meisjes vindt zichzelf te dik terwijl 27% overgewicht heeft, 36% van de Nederlandse meisjes vindt zich te dik terwijl 15% overgewicht heeft en 35% van de meisjes met overige etniciteiten vindt zichzelf te dik terwijl 7% overgewicht heeft. (bron: JMU 2005). Ten opzichte van landelijk vinden in Utrecht minder brugklassers zich te dik dan landelijk (Bogt, 2003).



Figuur 11. Gemeten over- en ondergewicht en perceptie lichaamsgewicht bij Utrechtse brugklassers, naar geslacht. (Bron: JIS 2004/05 en JMU 2005)

¹⁵ Hierbij zijn de groepsgemiddelden vergeleken: de resultaten van de Utrechtse Jeugdmonitor (perceptie) met resultaten van de PGO's (overgewicht) bij dezelfde groep leerlingen in hetzelfde schooljaar.

Ondergewicht

Een relatief groot deel van de schoolgaande jeugd in Utrecht heeft een gewicht dat lager ligt dan de internationale norm¹⁶. In de periode 2002-2004 ging dit om gemiddeld 8% van alle leerlingen in groep 2 en 6 BO en klas 1 VO. Bij kinderen van hoog opgeleide ouders komt het meest ondergewicht voor. Bij Turkse en Marokkaanse kinderen wordt het minst vaak ondergewicht gevonden. In de wijken West, Noordoost, Binnenstad en Oost komt ondergewicht het meest voor (10%). In Den Haag werd bij gemiddeld 3 tot 4% van de schoolkinderen ondergewicht geconstateerd. Het percentage in Utrecht ligt dus erg hoog. Interpretatie van deze resultaten is moeilijk omdat verdere landelijke of regionale gegevens over het voorkomen van ondergewicht ontbreken.

Veertien procent van Utrechtse leerlingen in klas 1 VO vindt zichzelf te dun; jongens (16%) vaker dan meisjes (13%). In figuur 11 is te zien dat er vergeleken met de JGZ gegevens sprake is van een overschatting, met name bij de jongens. Onder hen zijn het vooral de Marokkaanse (23%) en Surinaamse jongens (37%) die zich zelf onterecht te dun vinden. Bij de meisjes zijn het vooral Marokkaanse meisjes (16%) en de meisjes met een overige etniciteit (17%) die dit vinden (bron: JMU). In alle deze gevallen is er sprake van een overschatting met een factor 2 (jongens) tot 5 (meisjes) ten opzichte van het werkelijk voorkomen van ondergewicht. Alleen bij de Surinaamse, Antilliaanse of Arubaanse meisjes is er sprake van een onderschatting: 10 % van deze groep vindt zichzelf te dun terwijl er bij 17% sprake is van ondergewicht.

2.5.4 Lichamelijke aandoeningen

Chronische of langdurige aandoeningen

Kernpunten

- Veel voorkomende aandoeningen bij de Nederlandse jeugd zijn astma, migraine/ernstige hoofdpijn en eczeem.
- In de periode 1996-2001 kwamen eczeem en anderen huidaandoeningen bij 19% van de Utrechtse jeugd voor, ernstige hoofdpijn bij 19% en astma bij 12% van de 0-18 jarigen. Meer recente gegevens zijn niet beschikbaar.

Ongeveer een kwart van de jongeren in Nederland heeft een chronische of langdurige aandoening. Dat zijn aandoeningen die niet te genezen zijn of waarvoor een langdurige behandeling nodig is (CBS, 2003). De meest voorkomende langdurige aandoeningen bij de jeugd in Nederland zijn astma, migraine en eczeem (tabel 1).

¹⁶ Er is sprake van ondergewicht indien de BMI (Body Mass Index = gewicht in kg/lengte in cm²) ligt onder de internationaal vastgestelde grenswaarden voor leeftijd (in halve jaren) en geslacht. (TNO, persoonlijke communicatie)

Tabel 1: Voorkomen ziekten en aandoening. Landelijke cijfers (CBS, 2003).

	0-3 jaar	4-11 jaar	12-17 jaar	18-24 jaar
. Astma/bronchitis/cara	12%	11%	9%	5%
. Migraine/ernstige hoofdpijn	0%	4%	15%	16%
. Chronisch eczeem	9%	6%	4%	4%

Uit Gezondheidspeiling 1996-2001 bleek dat 44% van de Utrechts jeugd één of meer chronische aandoeningen had. (Ameijden, 2003) Meest voorkomend waren eczeem en andere huidaandoeningen (19%), hoofdpijn (17%) en cara (12%). Hieronder volgt aanvullende, meer recente informatie over astma en over diabetes bij de Utrechts jeugd.

Astma

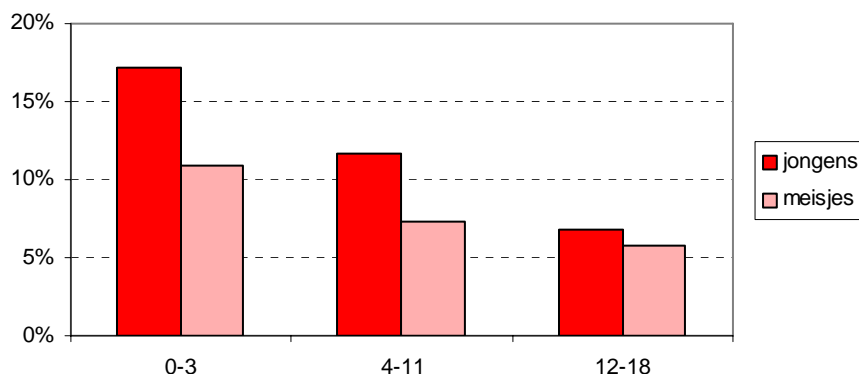
Kernpunten

- Uit gegevens van AGIS ziekenfondsverzekerden blijkt dat het percentage kinderen dat medicijnen gebruikt voor astma of luchtwegklachten in de gemeente Utrecht hoger ligt dan in de provincie Utrecht.
- Ook het aantal standaarddagdoseringen voor astmamedicatie ligt in Utrecht hoger dan in de provincie Utrecht en ook hoger dan landelijk.
- Het gebruik van astmamedicatie is in Utrecht het hoogst bij de volgende groepen:
 - leeftijdscategorie van 0-3 jarigen
 - jongens
 - Marokkaanse kinderen en in mindere mate Turkse kinderen
 - kinderen in de wijken Leidsche Rijn, Overvecht en Oost & Binnenstad.

Bij het ontstaan van astma en COPD spelen zowel erfelijke eigenschappen als exogene factoren een rol. De belangrijkste exogene determinant van astma en COPD is roken. Daarnaast is luchtverontreiniging in het binnen- en buitenmilieu van belang. In het binnenmilieu spelen met name passief roken en NO₂ een rol. In het buitenmilieu is sprake van luchtverontreiniging door ozon in de zomer, en SO₂, NO₂ en (zuur) aërosol in de winter. Zie voor uitwerking determinanten 2.7.5 en 2.9.

Uit de AGIS Health Database blijkt dat 9,4% van de Utrechtse AGIS ziekenfondsverzekerden in de leeftijd van 0 –19 jaar in 2003 medicatie heeft gebruikt voor astma of luchtwegklachten. Bij 3,5% betrof dit één voorschrift en bij 5,9% twee of meer voorschriften. Het percentage kinderen dat astmamedicatie gebruikt is het hoogst bij de 0-3 jarigen met 14,1%, gevolgd door 4-11 jarigen met 9,5% en het laagst bij de 12-18 jarigen met 6,3%. Jongens gebruiken vaker medicijnen tegen astma of luchtwegklachten dan meisjes (11% versus 8%). In figuur 12 is te zien dat dit verschil naar geslacht in alle leeftijdscategorieën geldt. Van alle etnische groepen is het gebruik van astmamedicatie het hoogst onder Marokkaanse kinderen (10,4%), gevolgd door Turkse kinderen met 9,5%. De wijken met het hoogste percentage astmamedicatie bij de jeugd zijn Leidsche Rijn (12,5%), Overvecht (10,3%) en Oost&Binnenstad (10,0%). Wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in bevolkingssamenstelling wat betreft geslacht, leeftijd en etniciteit tussen de verschillende wijken, dan wordt een significant hoger medicijngebruik gevonden in de wijken Leidsche Rijn, Overvecht en Noordwest en een lager percentage kinderen dat astmamedicatie

krijgt voorgeschreven in Vleuten-De Meern.¹⁷ In de gemeente Utrecht was het gebruik van medicijnen voor astma of luchtweg-klachten in 2003 ten opzichte van 2001 niet gestegen of gedaald.



Figuur 12. Medicatie voor astma: % AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen van 0-18 jaar dat medicijnen voor astma vergoed kreeg naar leeftijd en geslacht. (Bron: AGIS Health Database 2003).

Het gebruik van astmamedicatie onder de AGIS ziekenfondsverzekerde jeugd is in de gemeente Utrecht hoger dan in de rest van de Provincie Utrecht (9,5% versus 8,1%). Landelijk gebruikt 7,8% van de 0-19 jarige (particulier én ziekenfondsverzekerd) medicatie voor astma (CBS statline). Het gebruik van astmamedicatie onder ziekenfondsverzekerden ligt in Nederland aanzienlijk hoger dan onder particulier verzekerden (14% versus 9%). Om vergelijking met landelijke gegevens mogelijk te maken zijn de verstrekte standaarddagdoseringen berekend naar geslacht en leeftijdscategorie. Hieruit blijkt dat het medicijngebruik voor astma/copd door 0-14 jarigen ziekenfondsverzekerden in Utrecht aanzienlijk hoger ligt dan onder 0-14 jarige ziekenfondsverzekerden landelijk (GIP, 2004). Zo was het aantal verstrekte standaarddagdoseringen per 1000 ziekenfondsverzekerde 0-4 jarige jongens in Utrecht 12.854 en in Nederland 10.1666. Dit gold ook voor meisjes in deze leeftijdscategorie en voor 5-14 jarige jongens en meisjes in Utrecht. In de leeftijdscategorie 0-4 jaar is in 2003 het aantal doseringen bij meisjes in Utrecht gestegen ten opzichte van 2001.

Van de kinderen die tijdens het preventief gezondheidsonderzoek door een JGZ medewerker werden onderzocht, was bij 0,6% een verwijzing of een vervolgspraak bij de JGZ nodig voor astma of luchtwegklachten. Bij 1,2% van de kinderen was een eenmalig advies voor astma of luchtwegklachten nodig. Verwijzingen kwamen vaker voor bij jongens (0,8%) dan bij meisjes en vaker bij kinderen van ouders met een laag opleidingsniveau (0,8% versus 0,3% hoog opleidingsniveau). Eenmalige advisering kwam vaker voor bij 12/13 jarigen (1,8%) en minder vaak bij 5/6 jarige kinderen (0,9%). Wijkverschillen waren niet statistisch significant.

In vergelijking met de prevalentie van medicijngebruik voor astma is het aantal verwijzingen en adviezen door de JGZ gering. Dit kan het gevolg zijn van een adequate zorg rondom astma en luchtwegklachten

¹⁷ Getoetst met logistische regressie. Odds Ratio's resp. 1,37 (Leidsche Rijn), 1,19 (Overvecht), 1,14 (Noordwest) en 0,81 (Vleuten-De Meern).

waardoor JGZ adviezen of verwijzingen niet noodzakelijk zijn, maar kan ook duiden op onderrapportage van klachten.

Diabetes mellitus

Kernpunten

- Op basis van het insulinegebruik door AGIS ziekenfondsverzekerden wordt de prevalentie van type 1 diabetes mellitus onder de Utrechts jeugd geschat op 0,2%. Dit is vergelijkbaar met de Provincie Utrecht.
- Type 1 diabetes mellitus komt in Utrecht meer voor bij Marokkaanse kinderen, bij oudere kinderen en bij jongens.
- In 2003 gebruikten 0-14 jarige jongens in Utrecht meer insuline dan jongens in de provincie en landelijk.

Diabetes komt onder de jeugd weinig voor. Jaarlijks wordt landelijk bij 560 kinderen van 0-14 jaar de diagnose type 1 diabetes mellitus gesteld. De prevalentie wordt geschat op 0,1 –0,2 % bij 0-14 jarigen. Behandeling bestaat uit de toediening van insuline. Landelijke cijfers over de prevalentie van type 2 diabetes zijn niet bekend. Er zijn signalen van een toename van type 1 en type 2 diabetes onder de jeugd. (Baan, 2003)

In Utrecht werd in 2003 door 0,2% van de AGIS ziekenfondsverzekerden tot 19 jaar insuline gebruikt. Het percentage insulinegebruikers neemt toe met de leeftijd, van 0,1% onder 0-4 jarigen tot 0,3% onder 12-18 jarigen. Meer jongens dan meisjes gebruiken insuline (0,3% versus 0,1%). Dit is opvallend omdat uit landelijk onderzoek een hogere prevalentie bij meisjes wordt gevonden. Onder Marokkaanse kinderen in Utrecht is het insulinegebruik hoger dan gemiddeld (0,4%) en bij Turkse kinderen lager (0,0%). Dit stemt overeen met resultaten uit landelijk onderzoek waaruit blijkt dat Marokkaanse kinderen een hoger risico hebben op type 1 diabetes en Turkse kinderen een lager risico (Baan, 2003). Wijkverschillen werden niet gevonden. Ten opzichte van de Provincie Utrecht zijn er geen verschillen in het percentage kinderen dat insuline gebruikt. Wel is er een verschil in het aantal standaarddagdoseringen bij jongens, ofwel de hoeveel insuline die gebruikt wordt. Deze ligt in de gemeente Utrecht hoger dan in de provincie en ook hoger dan landelijk.

Infectieziekten

Kernpunten

- Meldingsplichtige infectieziekten die relatief vaak voorkomen bij de jeugd zijn: kinkhoest, meningokokken en hepatitis A.
- De incidentie van kinkhoest en meningokokken is in Utrecht vergelijkbaar met landelijk.
- De incidentie van hepatitis A is in Utrecht verhoogd. Bijna alle besmetting bij kinderen onder de 15 jaar vindt in het buitenland plaats. Uit onderzoek van de GG&GD Utrecht blijkt dat Turkse en Marokkaanse Utrechters vaak ongevaccineerd op vakantie gaan naar het land van herkomst.

De meest voorkomende infectieziekten bij jongeren in Nederland zijn verkoudheid, griep, keel- en/of holteontsteking, en diarree. In 2003 had 51% van de 12-17 jarigen in Nederland last gehad in de laatste twee maanden van verkoudheid, griep, keel- en/of holteontsteking, 9% had last gehad van diarree (CBS-Statline). Er zijn geen Utrechtse gegevens bekend.

Een aantal meer ernstige infectieziekten zoals buiktyfus, gele koorts, mazelen of hondsdolheid moeten de in het kader van de Infectieziektenwet door de arts verplicht gemeld worden bij de plaatselijke GGD. Infectieziekten die bij de GG&GD Utrecht in de periode 2002-2004 het meest gemeld werden zijn: kinkhoest (258x), tuberculose (215x) en hepatitis B (110x). Tuberculose en hepatitis B komen bij de jeugd nauwelijks voor, kinkhoest daarentegen komt juist bij de jeugd veel voor. Uit landelijke cijfers blijkt dat 70% van de meldingen van kinkhoest kinderen betreft jonger dan 20 jaar. (www.rivm.nl/isis). Door de introductie van de boostervaccinatie voor vierjarigen in 2001 is landelijk het percentage 4-6 jarigen met kinkhoest gedaald. Het aandeel én het aantal adolescenten en volwassenen met kinkhoest is daarentegen landelijk toegenomen. De incidentie van kinkhoest ligt in Utrecht op hetzelfde niveau als landelijk (32,4 Utrecht versus 36,4 per 100.000 inwoners landelijk).

Meningokokken B en C komen bij kinderen relatief vaak voor, met name bij 0 en 1 jarigen. De overall incidentie in Utrecht is 2,8 per 100.000 inwoners en is vergelijkbaar met landelijk (2,7). De incidentie van meningokokken C is na de introductie van vaccinatie medio 2002 landelijk zichtbaar afgenomen. (www.rivm.nl/isis/rbm/meningokok_RBM.html).

Vergeleken met landelijk is de incidentie van hepatitis A in Utrecht verhoogd: 6,7 versus 2,6 per 100.000 inwoners. Ook in de andere grote steden is de incidentie van hepatitis A verhoogd. De leeftijdsspecifieke incidentie is het hoogst bij 5-9 jarigen gevolgd door 10-14 jarigen. (www.rivm.nl/isis). Bijna alle besmettingen onder de 15 jaar vinden in het buitenland plaats. Allochtone kinderen vormen een risicogroep omdat zij vaak op vakantie gaan naar het land van herkomst waar hepatitis A veel voorkomt. Uit onderzoek van de GG&GD Utrecht blijkt dat resp. 94% en 78% van de volwassen Turkse en Marokkaanse inwoners van Utrecht ongevaccineerd op vakantie is gegaan naar Turkije of Marokko (Haks, 2003). Hoe hoog dit percentage onder de Marokkaanse en Turkse jeugd is, is onbekend.

Malaiseklachten

Kernpunten

- Bijna de helft van de Utrechtse brugklassers heeft in de voorgaande maand last gehad van malaiseklachten zoals hoofdpijn of buikpijn. Dit percentage is vergelijkbaar met landelijk.

Ziekte, een onregelmatige of ongezonde leefstijl, spanning of psychische problemen kunnen in lichamelijke klachten tot uiting komen. In 2003 had landelijk 46% van de 0-11 jarigen en 77% van de 12-17 jarigen in de laatste twee weken last gehad van malaiseklachten (Zeijl, 2003). Van de 0 tot 12 jarigen had 30% last gehad van moeheid, 22% van hoofdpijn, 13% gewrichts- of spierpijn, 10% slapeelousheid en

3% pijn in de rug. Van de 12-17 jarigen had 50% last gehad van moeheid, 42% van hoofdpijn, 35% gewrichts- of spierpijn, 16% slapeloosheid en 22% pijn in de rug.

In Utrecht is de situatie vergelijkbaar: 45% van de 12/13 jarigen geeft aan in de afgelopen 4 weken wel eens last te hebben gehad van hoofdpijn, buikpijn of misselijkheid. Hiervan heeft een kwart vaak tot heel vaak last van hoofdpijn, buikpijn of misselijkheid. Slaapproblemen komen bij 18% van de jongeren (heel)vaak voor. Zowel hoofdpijn-, buikpijn- of misselijkheidklachten als slaapproblemen komen vaker voor bij meisjes dan bij jongens.

2.5.5 Lichamelijke beperkingen

Kernpunten

- Zo'n 3% van de Nederlandse jeugd van 0 tot 19 jaar wordt in meer of mindere mate beperkt in het dagelijks functioneren. Dit betreft met name beperkingen op het gebied van het zien (1%), gehoor (1%) en mobiliteit (2%).
- De Utrechtse jeugd wordt door de JGZ 0-19 uitgebreid gescreend op visus, gehoor en structurele orthopedische problemen. Hieruit komen geen aanwijzingen voor een verhoogde problematiek in Utrecht. Wel blijkt dat adviezen voor het dragen van een bril door allochtone kinderen en kinderen van laagopgeleide ouders slecht worden opgevolgd.

Beperkingen van het zintuiglijk en lichamelijk functioneren komen bij de jeugd weinig voor. Van 12 tot 18 jarigen heeft 3% één of meer beperkingen op gebied van gezicht (1%), gehoor (1%) en mobiliteit (2%). (CBS, 2003) Niet alle aandoeningen of handicaps leiden tot een beperking. Van de 12 tot 18 jarigen met een langdurige aandoening, ziekte of handicap voelt 60% zich een beetje belemmerd in het dagelijks leven en 14% ervaart veel belemmering (Zeijl, 2002).

Door de JGZ 0-19 worden kinderen in Utrecht op de meest voorkomende beperkingen, visus, gehoor en structurele orthopedische afwijkingen, gescreend. Hieronder volgen enkele resultaten.

Visus

Tot 7 jaar is de JGZ screening op visuele afwijkingen vooral gericht op de opsporing van amblyopie (lui oog), daarna op onvoldoende visus. Uit de gegevens van de JGZ blijkt dat 4 tot 5% van de Utrechtse schoolgaande kinderen na screening wordt doorverwezen voor visusafwijkingen. Bij nog eens 4% van de kinderen wordt een advies gegeven voor visusproblemen. Dit percentage is het laagst bij de 5/6 jarigen (2%) en het hoogst bij 12/13 jarigen (7%). Het percentage visusadviezen aan 12/13 jarigen is hoog, aangezien naar schatting slechts 7-9% van de kinderen van 7 jaar of ouder een bril nodig heeft (Schuller, 2004). Aan niet-Nederlandse kinderen en hun ouders, en kinderen van laag opgeleide ouders wordt vaker een advies gegeven dan aan Nederlandse kinderen of kinderen van midden of hoog opgeleide ouders. Volgens JGZ medewerkers betreft dit meestal het advies aan jongeren om hun bril op te zetten.

Gehoer

Door de JGZ 0-19 worden kinderen op verschillende leeftijdsmomenten gescreend op blijvende gehoorstoornissen¹⁸. Blijvende gehoorstoornissen kunnen leiden tot een verstoorde spraak- en taalontwikkeling en verminderde communicatieve vaardigheden. Door tijdige behandeling of begeleiding van ouders en kinderen kunnen de gevolgen voorkomen of beperkt worden. Bij de gehoorscreening bij 9 maanden werden in de wijk Vleuten-de Meern 4% van de zuigelingen via de huisarts doorverwezen naar een audiologisch centrum.¹⁹ Van de schoolgaande jeugd die tijdens een PGO werd onderzocht werd 2,4%, direct of na vervolgonderzoek, doorverwezen voor afwijkingen aan het gehoor. Dit betrof met name 5/6 jarige kinderen. Bij 3% van de kinderen werd een advies gegeven voor gehoorproblemen. Ook dit betrof met vaker 5/6 jarigen (4%) en minder vaak 12/13 jarigen (2%). Aan ouders van Nederlandse kinderen en middenhoog opgeleide ouders werd vaker een advies gegeven.

Orthopedische handicap

Kinderen worden vanaf hun geboorte door de JGZ 0-19 gescreend op structurele orthopedische afwijkingen. Een relatief veelvoorkomende aandoening bij kinderen is dysplastische heupontwikkeling. Indien niet vroegtijdig onderkent kan deze aandoening leiden tot vroegtijdige heupslijtage, pijn, jeugdige invaliditeit, langdurige hospitalisatie en blijvende loopstoornissen. Dit geschiedt bij minder dan 0,1% van alle kinderen. (Schuller, 2004) Ook scoliose, een abnormale kromming van de wervelkolom komt relatief vaak voor. Bij 2-3% van de 16 jarigen komt een lichte vorm van scoliose voor, bij 0,3% is er sprake van een ernstige vorm. Meestal leidt scoliose bij jonge kinderen niet tot klachten. Bij jongeren kunnen psychische en emotionele problemen ontstaan. Bij volwassenen kan ernstige scoliose rugpijn, hart- en longproblemen en psychosociale problemen geven. Het is nog onzeker of bestaande behandelingen effectief zijn. (Schuller, 2004) In 2002/2003 verwees de JGZ ongeveer 1,5% van de onderzochte 0 tot 4 jarigen door in verband met orthopedische problematiek²⁰. Van de schoolgaande jeugd (groep 2 en 6BO en 1VO) werd ongeveer 1% doorverwezen. Dit waren bijna twee keer zoveel meisjes als jongens. Aan 0,6% van de ouders van werd een advies gegeven naar aanleiding van een (vermoeden van) structurele orthopedische problemen.

¹⁸ Gehoorverlies kan ook van tijdelijke aard zijn en wordt vaak veroorzaakt door middenoorontsteking. De prevalentie hiervan is 2-20%, afhankelijk van de leeftijd. Behandeling bestaat uit het plaatsen van trommelvliesbuisjes.

¹⁹ Vanaf 1 januari 2005 is in Utrecht de neonatale gehoorscreening ingevoerd. Hiervan zijn nog geen gegevens bekend.

²⁰ Bron Thuiszorg Stad Utrecht. Geregistreerd zijn aantallen verwijzingen en indicatieconsulten. Een kind kan meerdere indicatieconsulten krijgen of meerdere keren verwezen zijn.

2.5.6 Ongevallen, geweld en zelfbeschadiging

Kernpunten

- Ongevallen zijn een belangrijke doodsoorzaak bij de jeugd. Ook veroorzaken ongevallen en andere niet-natuurlijke oorzaken veel tijdelijk en permanent letsel.
- In Utrecht is de sterfte en het aantal ziekenhuisopnamen als gevolg van ongevallen niet hoger dan landelijk. De sterfte en ziekenhuisopnamen als gevolg van geweld en (poging tot) suïcide zijn in Utrecht wel verhoogd. Het is niet bekend in hoeverre dit alleen de volwassen Utrechts bevolking betreft of ook de Utrechtse jeugd geldt.
- In het algemeen loopt de groep jongeren en jongvolwassenen van 15-24 jaar het hoogste risico op sterfte, ziekenhuisopname en behandeling als gevolg van een ongeval, geweld of zelfbeschadiging. Ook allochtone kinderen vormen een risicogroep.

Ongevallen zijn een belangrijke doodsoorzaak bij de jeugd: 7% van de sterfte van kinderen van 0-14 jaar en meer dan 48% van de sterfte van jongeren van 15 –24 jaar wordt veroorzaakt door ongevallen, geweld en zelfdoding. Daarnaast veroorzaken ongevallen veel tijdelijk of permanent letsel bij de jeugd. Ongevallen staan in de top drie van aandoeningen die bij jeugdigen het grootste verlies van kwaliteit van leven teweegbrengen.

Men spreekt van een ongeval als iemand hiervoor minimaal behandeld is in een ziekenhuis of Spoedeisende Hulp afdeling. Kinderen en jongeren hebben relatief meer ongevallen dan volwassenen, maar deze zijn minder ernstig in termen van opnameduur, kosten en ernst. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verkeersongevallen, ongevallen in de privé-sfeer, sportblessures, arbeidsongevallen, letsel door geweld en poging tot suïcide en zelfbeschadiging. (Hertog, 2002)

Landelijk

Bij 0-4 jarigen komen ongevallen in de privé-sfeer het meest voor. De incidentie landelijk is 7% bij 0-4 jarige jongens en 6% bij 0-4 jarige meisjes. Veruit het meest voorkomende privé-ongeval is vallen. Dat kan zijn vallen van een hoogte, ergens uit of vanaf vallen of struikelen. Dit gebeurt zowel in huis als op straat. Verder komen ook deurbeknelling en ongeval in de speeltuin veelvuldig voor. Andere risico's met verstrekende gevolgen zijn vergiftiging en verbranding. (www.eisenwijzer.nl) Uit onderzoek van het Beverwijkse brandwondencentrum blijkt dat allochtone kinderen veel vaker met brandwonden bij hen terecht komen dan autochtone kinderen (www.brandwonden.nl). Hete thee is in de meeste gevallen de oorzaak van de verbranding.

In de leeftijdscategorie van 5 tot en met 14 jaar komen naast privé-ongevallen ook veel sportblessures voor. De incidentie van privé-ongevallen is bij jongens 5% en bij meisjes 4%. De incidentie van sportblessures ligt ongeveer de helft lager. Bij ongevallen in de privé-sfeer gaat het vooral om ongevallen op en rond school, op straat en in de speeltuin. Sportblessures bij jongeren tot 14 jaar worden het meest opgelopen bij gymnastiek/turnen, skaten/skeeleren, zwemmen en skateboarden. In deze leeftijdscategorie is de sterfte aan ongevallen vooral toe te schrijven aan verkeersongevallen (3 per 100.000 5-14 jarige jongens en 2 bij 5-14 jarige meisjes). Vanaf het tiende jaar neemt de kans op verkeersongevallen toe. Vanaf deze leeftijd nemen kinderen steeds vaker zelfstandig als fietser deel aan het verkeer.

Jongeren in de leeftijdscategorie van 15-24 jaar lopen het grootste risico om slachtoffer te worden van een ongeval. Dit geldt zowel voor verkeersongevallen als arbeidsongevallen, sportblessures en letsel door geweld. Jongeren van 15-24 jaar hebben een twee keer zo groot kans verkeersslachtoffer te worden als een gemiddelde Nederlander. De incidentie van verkeersongevallen is 2,5% bij mannen en 1,7% bij vrouwen van 15 – 24 jaar. Ook de sterfte in het verkeer is het hoogst voor jongeren van 15-24 jaar. (Hertog, 2004) Vooral op de leeftijd van 16, 17 en 18 jaar is er bij jongens sprake van een sterke stijging in sterftekans die verband houdt met riskant verkeersgedrag. Het overstappen van de fiets op de brommer brengt door de hogere snelheden en het hoge aantal kilometers dat gereden wordt grotere sterfterisico's met zich mee. Bij meisjes is er vrijwel geen sprake van een dergelijke 'accident hump' (Jong, 2004). Werkende jongeren van 15-24 jaar lopen een twee keer zo hoge kans op een arbeidsongeval dan gemiddeld. Voor jongens is ook de kans op een sportblessure, letsel door geweld en letsel door zelfbeschadiging en parasuicide het hoogst in de leeftijdsklasse van 15-24 jaar. Letsel door zelfbeschadiging en parasuicide komen bij vrouwen van 15 –24 twee tot vier keer zo vaak voor als bij mannen van die leeftijd.

Utrecht

Uit de Utrechtse Gezondheidspeiling 1996-2001 blijkt dat 40% van de 0-18 jarige jeugd in de voorgaande 6 maanden een ongeval had gehad. Dit percentage is hoog omdat ook ongevallen die niet behandeld zijn of alleen door de huisarts, zijn meegeteld. Met name onder Turkse peuters (1-3 jaar) was de prevalentie hoog. Bij deze groep kwamen relatief vaak verbrandings- en beknellingsongevallen voor.

Voor Utrecht zijn geen leeftijdsspecifieke cijfers voorhanden over ziekenhuisopnamen of behandelingen spoedeisende hulp. Voor de gehele Utrechtse bevolking is het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van verkeersongevallen, privé-, sport- en arbeidsongevallen lager of gelijk aan landelijk. Het aantal ziekenhuisopnamen ten gevolge van geweld en zelfbeschadiging ligt in Utrecht hoger dan landelijk. (Eckhardt, 2004).

De sterfte aan ongevallen waaronder verkeersongevallen is in Utrecht niet significant hoger dan landelijk. Wel heeft Utrecht met 4,4 sterfgevallen per 10.000 inwoners het hoogste sterftcijfer aan niet natuurlijke doodsoorzaken van Nederland (Roeding, 2004). De sterfte aan geweld, suïcide en zelfbeschadiging ligt in Utrecht dus hoog. Uit landelijk onderzoek blijkt dat de sterfte als gevolg van ongevallen en geweld onder allochtone jeugd verhoogd is (Bos, 2005).

2.6 Geestelijke gezondheid

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de psychosociale ontwikkeling van de Utrechtse jeugd en op het voorkomen van psychische stoornissen en jeugddelinquentie. Tussen de vijf en vijftien procent van de kinderen in Nederland heeft een psychosociaal probleem. De schattingen van het aantal kinderen in Nederland met psychosociale problemen lopen nogal uiteen en hangen onder andere af van de leeftijd van de kinderen, het gebruikte meetinstrument en van de groep die geënkquêteerd is: de ouders, leerkrachten, JGZ medewerkers of de kinderen zelf. De groep met ernstige en langdurige problemen wordt geschat op 2 - 5%. (Hermanns, 2005). In Utrecht zijn gegevens bekend uit zelfrapportage door brugklassers op basis van onder andere de SDQ-vragenlijst ²¹. Daarnaast zijn er gegevens bekend uit ouderrapportage over kleuters op basis van de CBCL (1,5-5 jaar)²², rapportage JGZ medewerkers over kleuters op basis van een niet-gestandaardiseerde vragenlijst van SCP/TNO-PG en registratie-gegevens van de JGZ over kinderen in groep 2 en 6 BO en 1 VO. Ook deze onderzoeken geven een uiteenlopend en gevarieerd beeld. In paragraaf 2.6.1 wordt een overzicht gegeven van de resultaten. In de paragrafen 2.6.2 en 2.6.3 wordt nader ingegaan op internaliserende en externaliserende problemen.

2.6.1 Psychosociale ontwikkeling

Kernpunten

- Meer dan een kwart van schoolgaande jeugd in Utrecht heeft te maken met psychosociale problemen. Ongeveer 6% van de jeugdigen wordt naar aanleiding van een preventief gezondheidsonderzoek door de JGZ doorverwezen voor psychosociale problematiek, 3% wordt door de JGZ kortdurend begeleid en bij nog eens 19% was eenmalige advisering nodig.
- Meest voorkomende problemen zijn in volgorde van afnemend belang: sociaal-emotionele problemen, opvoedingsproblemen, gezinsproblemen, leerproblemen en externaliserende gedragsproblemen.
- In de vier Utrechtse GSB wijken signaleert de JGZ bij één op de drie kleuters een psychosociaal probleem. Dit is hoger dan landelijk. Bij kleuters uit een eenoudergezin constateert de JGZ (nog) meer psychosociale problemen. Dit betreft met name meer problemen thuis en in de omgang met leeftijdsgenoten.

Kleuters

In het schooljaar 2002/2003 heeft de afdeling JGZ meegewerkt aan een onderzoek van TNO/SCP onder kinderen in groep 2 in de Utrechts GSB-wijken²³ (Overvecht, Zuidwest, Zuid en Noordwest). Een kwart van deze kinderen is onderzocht en hun ouders hebben vragenlijsten ingevuld. Bij 35% van de onderzochte kinderen vermoedde de JGZ medewerker een psychosociaal probleem: bij 41% van de jongens en 30% van de meisjes. Dit is hoger dan landelijk (resp. 33% jongens en 22% meisjes). (Zeijl,

²¹ De Strengths & Difficulties Questionnaire bestaat uit 25 probleemitems. De scores zijn in dit rapport gedichotomiseerd in 'normaal' en 'grens of klinisch'.

²² De Child Behavior Check List 1,5-5 bestaat uit 100 probleemitems. De scores zijn in dit rapport gedichotomiseerd in 'normaal' en 'grens of klinisch'. In het rapport Kinderen in Nederland (Zeijl, 2005) is alleen de klinisch score meegenomen.

²³ Wijken die in het grotestedenbeleid zijn aangewezen als prioritaire wijken voor het aanpakken van sociaal-economische gezondheidsverschillen

2005). Met name problemen thuis komen in Utrecht vaker voor. Landelijk en ook in Utrecht blijkt er een sterke samenhang tussen het voorkomen van problemen in de thuissituatie en armoede. Internaliserende, externaliserende en sociale problemen werden in min of meer gelijke mate bij Utrechtse kinderen gesignaleerd als landelijk. Opvallend is dat de JGZ artsen en verpleegkundigen in Utrecht, in tegenstelling tot landelijk, vaker een psychosociaal probleem vermoeden bij kinderen van midden of hoog opgeleide ouders in GSB wijken. Bij deze groep worden meer problemen op school gesignaleerd en internaliserende problematiek. Bij kinderen uit eenoudergezinnen worden vaker psychosociale problemen gesignaleerd dan bij kinderen uit een twee-ouder gezin. Dit is ook landelijk het geval. Bij deze kinderen komen vaker dan gemiddeld problemen in de thuissituatie voor en problemen in de omgang met leeftijdsgenoten.

Op basis van onderzoek onder de ouders van de 5/6 jarige kleuters in de Utrechtse GSB wijken wordt de prevalentie van psychosociale problematiek bij deze groep Utrechtse kleuters op 10% geschat²⁴. Dit percentage ligt aanzienlijk lager dan dat van de JGZ medewerkers. Het betreft dan ook uitsluitend gedragsproblemen en emotionele problemen van kinderen en geen problemen op school, in de thuissituatie of problemen in de sociale omgang. Kinderen van laag opgeleide ouders scoren, op basis van de ouderrapportage, ongunstiger dan kinderen van midden en hoog opgeleide ouders (15% versus 5%). Dit is ook landelijk het geval. Landelijk worden ook verschillen gevonden naar inkomen, etniciteit en geslacht. Kinderen uit gezinnen met een inkomen onder de armoedegrens²⁵, Marokkaanse, Turkse en overige niet-westers allochtone kinderen en jongens hebben vaker psychosociale problemen dan gemiddeld. (Zeijl, 2005)

Schoolgaande jeugd

In Utrecht wordt bij alle kinderen in groep 2 en 6 van de basisschool en klas 1 van het voortgezet onderwijs een preventief gezondheidsonderzoek uitgevoerd. In het schooljaar 2002/2003 werd ruim 6% van de onderzochte kinderen voor psychosociale problematiek doorverwezen naar huisarts, Altrecht, BJZ of een ander type hulpverlener en ruim 3% voor begeleiding door de JGZ. Nog eens 19% van de ouders en kinderen kreeg een eenmalig advies naar aanleiding van een psychosociaal probleem. Verwijzingen en begeleiding komen vaker voor bij jongens (11% versus 8% bij meisjes), kinderen van laag opgeleide ouders (11% versus 6% bij kinderen van hoog opgeleide ouders) en bij leerlingen van het VMBO (9% versus 5% op HAVO/VWO). Er zijn geen verschillen in het percentage verwijzingen voor psychosociale problematiek naar etniciteit. De belangrijkste redenen voor verwijzing of begeleiding zijn in volgorde van afnemend belang: leerproblemen, sociaal-emotionele problemen, gedragsproblemen, gezinsproblemen en opvoedingsproblemen.

Adviezen naar aanleiding van psychosociale problematiek worden vaker gegeven aan allochtone ouders, met name Turkse ouders (26% versus 16% Nederlandse ouders), kinderen van laag opgeleide ouders (24% versus 13% bij kinderen van hoog opgeleide ouders) en aan leerlingen van het VMBO (27% versus

²⁴ Gebaseerd op CBCL vragenlijst (Child Behavior Check List 1,5-5). Zie voetnoot 23.

²⁵ In dit onderzoek is als grens voor armoede een netto maandinkomen van 1200 euro gebruikt.

14% op HAVO/VWO). De belangrijkste problemen waarover ouders en kinderen werden geadviseerd zijn in volgorde van afnemend belang: sociaal-emotionele problemen, opvoedingsproblemen, gezinsproblemen, bedplassen en gedragsproblemen.

Brugklassers

uit de Jeugdmonitor Utrecht (JMU), een enquête die in 2005 door de GG&GD is afgenomen onder eersteklassers in het Voortgezet Onderwijs komt naar voren dat 15% van de Utrechtse brugklassers psychosociale problemen heeft ²⁶. Dit betreft een totaalscore voor emotionele problemen, gedragsproblemen, druk gedrag, prosociale vaardigheden en relaties met leeftijdsgenoten. Meisjes geven vaker psychosociale problemen aan dan jongens (17% versus 13%). Bij brugklasleerlingen op HAVO/VWO komen het minst vaak psychosociale problemen voor. Turkse meisjes (27%) hebben vaker psychosociale problemen en Marokkaanse meisjes minder vaak (10%) dan andere meisjes in de brugklas.

Vijftien procent van de brugklassers scoort laag op prosociale vaardigheden. Daarbij gaat het om zaken als gemakkelijk kunnen delen met anderen of aardig tegen anderen zijn. Jongens (21%) kunnen minder goed met anderen omgaan dan meisjes (9%). Bij meisjes zijn er grote verschillen naar schoolniveau: 13% van de meisjes op het VMBO heeft weinig prosociale vaardigheden tegenover 6% van de meisjes op HAVO/VWO. Meisjes op VMBO-TL/HAVO zitten hier tussen in (9%). Bij jongens zijn er geen verschillen naar schoolniveau. Ook zijn er geen verschillen in prosociale vaardigheden naar etniciteit.

2.6.2 Internaliserende problemen

Kernpunten

- Van de 5/6 jarige kleuters in de wijken Overvecht, Zuidwest, Noordwest en Zuid heeft een kwart emotionele problemen. (CBCL grens of klinisch) Risicogroepen zijn:
 - kinderen uit gezinnen met een inkomen onder de armoedegrens (41%)
 - niet-westers allochtone kleuters (38%)
 Deze kinderen hebben vaker lichamelijke klachten, teruggetrokken gedrag en angstig en depressief gedrag.
- Eén op de zes meisjes in de brugklas heeft sociaal-emotionele problemen (SDQ grens of klinisch). Bij jongens in de brugklas is dit 4%.
- Meisjes in de brugklas scoren ook op andere indicatoren voor internaliserende problematiek ongunstiger dan jongens. Verschillen naar etniciteit en schoolniveau leveren geen éénduidig beeld op.
 - Turkse en Marokkaanse jongens hebben een minder positief zelfbeeld dan andere jongens.
 - Allochtone jongens hebben vaker positieve gevoelens (zoals plezier, geen zorgen, gelukkig) dan autochtone jongens in de brugklas.
 - Turkse en Marokkaanse meisjes hebben minder emotionele problemen (zoals piekeren of ongelukkig zijn) dan andere meisjes in de brugklas.
- Het percentage brugklassers met suïcidegedachten in het afgelopen jaar of suïcidepogingen in Utrecht is vergelijkbaar met landelijk.

²⁶ Gebaseerd op de SDQ vragenlijst (Strengths & Difficulties Questionnaire) bestaande uit 25 probleemitems. De scores zijn gedichotomiseerd in 'normaal' en 'grens of klinisch'.

Psychosociale problematiek bij kinderen en jongeren kan zich naar zowel naar binnen richten als naar buiten. In het eerste geval spreekt men van internaliserende problemen of sociaal-emotionele problemen. Voorbeelden zijn angsten, dwangmatig gedrag, depressie of suïcidaliteit. Naar buiten gericht gedrag komt in paragraaf 2.6.3 aan de orde.

Kleuters

Meer dan een kwart (26%) van de kinderen in groep 2 in de Utrechtse wijken Overvecht, Zuidwest, Zuid en Noordwest (GSB wijken) heeft emotionele problemen (CBCL score grens of klinisch). Deze Utrechtse kinderen scoren hiermee aanzienlijk minder gunstig dan leeftijdsgenoten landelijk. Meest voorkomende emotionele problemen zijn lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, diarree, pijnlijke ontlasting of misselijkheid zonder medische reden (21%), teruggetrokken gedrag (10%) en emotioneel reactieve problemen (10%). Emotionele problemen komen vaker voor bij kleuters uit gezinnen onder de armoedegrens (41% versus 17% bij kinderen boven de armoedegrens) en bij niet-westerse allochtone kinderen (38% versus 11% bij Nederlandse en westers allochtone kinderen). Bij deze kinderen komen teruggetrokken gedrag, angstig en depressief gedrag en lichamelijke klachten aanzienlijk vaker voor. De CBCL score op angstig en depressief gedrag is een significante voorspeller van depressiviteit op latere leeftijd (Raijmakers, 2005). Bij kinderen van laag-opgeleide ouders komen emotioneel reactieve problemen vaker voor: 18% versus 5% bij kinderen van hoog en middenhoog opgeleide ouders.

Brugklassers

In tabel 2 worden enkele uitingsvormen van sociaal-emotionele problemen weergegeven uitgesplitst naar geslacht. Onder de Utrechtse VO1 scholieren hebben meisjes een minder positief zelfbeeld dan jongens. Het zelfbeeld van zowel jongens als meisjes op HAVO/VWO is positiever dan op het VMBO. Meisjes op VMBO/HAVO hebben het minst positieve zelfbeeld, terwijl jongens er tussen in zitten. Van de jongens hebben de Turkse jongens het minst positieve zelfbeeld, gevolgd door de Marokkaanse jongens. Bij meisjes zijn er geen duidelijke verschillen naar etniciteit te zien.

Tabel 2. Emotionele problematiek onder Utrechts brugklassers, naar geslacht

indicatoren emotionele problematiek		betrekking op	jongens	meisjes	totaal
positief zelfbeeld	gem. score (0-10)	-	8,1	7,5	7,8
positieve gevoelens	gem. score (0-100)	afgelopen 4 weken	84	78	81
suïcidedachten	ja	afgelopen jaar	19%	24%	22%
suïcidepoging	ja	ooit	4%	9%	7%
emotionele problemen	niet-normale score	afgelopen 6 maanden	4%	16%	11%
toekomstverwachting	(heel) goed	komende 5 jaar	88%	85%	86%
slaapproblemen	(heel) vaak	afgelopen 4 weken	13%	21%	18%
hoofdpijn, misselijkheid, maagpijn	(heel) vaak	afgelopen 4 weken	9%	14%	11%
psychisch welbevinden	ongunstig op 2 of meer indicatoren		9%	21%	15%

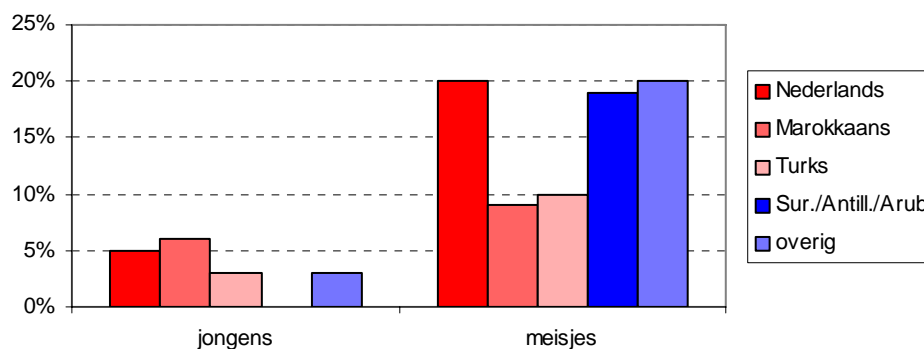
Bron: Jeugdmonitor Utrecht 2005

Utrechtse meisjes in klas VO1 scoren minder gunstig dan jongens in de mate waarin bepaalde gevoelens aan- of afwezig waren in de afgelopen vier weken zoals eenzaam, gelukkig, verdrietig of blij. Hoewel de verschillen niet groot zijn, hangt zowel bij jongens als bij meisjes het schoolniveau samen met de score

op gevoelens. Hoe lager het onderwijsniveau hoe gunstiger de score op gevoelens. Bij jongens speelt ook de etnische herkomst een rol. Nederlandse jongens scoren hier het meest ongunstig op.

Landelijk geeft 20% van de 12-18 jarige jongens en 23% van de meisjes aan het afgelopen jaar er aangedacht te hebben om een einde aan hun leven te maken (De Zwart, 1999). In Utrecht rapporteert 22% van de leerlingen van VO1 er aangedacht te hebben om een einde aan hun leven te maken, meisjes (24%) vaker dan jongens (19%). Twee procent heeft hier vaak of heel vaak aangedacht. In Rotterdam ligt het percentage VO1-leerlingen dat hier wel eens aan denkt zowel bij jongens als meisjes hoger. In de regio GGD Midden-Nederland rapporteert 25% van de meisjes (brugklassers en derdeklassers) en 15% van de jongens suïcidegedachten. Op de vraag of ooit een echte poging ondernomen is, antwoordde 7% van de Utrechtse leerlingen bevestigend (landelijk en GGD Midden-Nederland en Rotterdam ongeveer gelijk). Ook hierbij geldt dat meisjes dit vaker rapporteren dan jongens. Er worden geen noemenswaardige verschillen gevonden naar schoolniveau en etniciteit.

Emotionele problematiek (ik pieker veel, ik ben vaak ongelukkig etc.)²⁷ komt bij 11% van de Utrechtse leerlingen in 1VO voor, bij meisjes aanzienlijk vaker dan bij jongens (figuur 13). Bij meisjes is er een groot verschil naar etniciteit zichtbaar: Nederlandse, Surinaamse/Antilliaanse/Arubaanse meisjes en meisjes met een andere etniciteit rapporten vaker emotionele problemen dan Marokkaanse en Turkse meisjes (20% versus 9%).



Figuur 13. Emotionele problemen (SDQ²⁷) bij Utrechtse brugklasleerlingen naar etniciteit en geslacht. (Bron: JMU 2005)

De meeste brugklassers denken positief over de toekomst: 86% denkt dat het de komende vijf jaar (heel) goed met hen zal gaan. Slechts 1% denkt dat het (heel) slecht met hen zal gaan. Utrecht wijkt hierin niet af van Rotterdam. Er wordt geen samenhang gevonden met geslacht, schoolniveau en etniciteit.

Psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, maagpijn en misselijkheid en/of slaapproblemen hangen vaak samen met sociaal-emotionele problemen. Achttien procent van de Utrechtse brugklassers

²⁷ Gebaseerd op de SDQ vragenlijst (Strengths & Difficulties Questionnaire). De scores zijn gedichotomiseerd in 'normaal' en 'grens of klinisch'.

rapporteert slaapproblemen en 11% rapporteert hoofdpijn etc., meisjes vaker dan jongens (tabel 2). Met name jongens op VMBO/HAVO rapporteren vaker hoofdpijn, maagpijn of misselijkheid. Het voorkomen van psychosomatische klachten (hoofdpijn etc. en slaapproblemen) hangt niet samen met etniciteit. Utrecht wijkt hierin niet af van Rotterdam.

Om inzicht te krijgen in het aantal Utrechtse brugklasleerlingen dat sociaal-emotionele problemen heeft, is op basis van in tabel 2 genoemde indicatoren een somscore berekend. De grens voor een ongunstig psychisch welbevinden is gelegd bij tenminste twee indicatoren ongunstig beantwoord. Hieruit blijkt dat bij 21% van de meisjes en 9% van de jongens in de brugklas sprake is van een ongunstig psychisch welbevinden. Er zijn geen noemenswaardige verschillen gevonden naar schoolniveau en etniciteit.

2.6.3 Externaliserende problemen

Kernpunten

- Van de 5/6 jarige kleuters in de wijken Overvecht, Zuidwest, Noordwest en Zuid heeft volgens de ouders slechts 4% externaliserende problemen zoals aandachtsproblemen of agressief gedrag (CBCL grens of klinisch). In vergelijking met kleuters elders in Nederland is dit percentage erg laag.
- Bij Utrechtse brugklassers komt externaliserend probleemgedrag daarentegen vaak voor. Eén op de drie brugklassers zegt zich in het afgelopen jaar schuldig te hebben gemaakt aan diefstal of vandalisme (bijvoorbeeld bekladden met spuitbus of stiften) en bijna één op de drie aan agressief gedrag (bijvoorbeeld iemand lastig vallen of dreigen in elkaar te slaan). Eén op de vier Utrechtse brugklassers heeft in de voorgaande maand iemand gepest en één op de vijf rapporteert druk gedrag.
- Bij meisjes in de brugklas komt externaliserend probleemgedrag minder vaak voor dan bij jongens.
- Bij jongens zijn er vooral verschillen naar etniciteit. Marokkaanse jongens in de brugklas rapporteren zelf minder vaak en Surinaams/Antilliaanse brugklassers juist vaker probleemgedrag. Nederlandse jongens scoren op de meeste gedragingen gemiddeld.

Onder externaliserende problemen of gedragsproblemen wordt negatief, naar buiten gericht gedrag verstaan zoals ernstige ongehoorzaamheid, dwars en tegendraads gedrag, fysieke en verbale agressie en delinquentie. Vaak is er een samenhang met verslaving en risicogedrag (risk taking behavior). (Hermanns, 2005).

Kleuters

Externaliserend probleemgedrag komt bij kleuters in de Utrechtse GSB wijken (Overvecht, Zuidwest, Zuid en Noordwest) weinig voor. Slechts 2% van de kleuters heeft een klinische SDQ-score. Landelijk heeft 4% van de kleuters een klinische score op externaliserend probleemgedrag. Uit rapportage van de ouders blijkt dat 4% van de kleuters in de Utrechtse GSB wijken aandachtsproblemen heeft en 2% agressief gedrag vertoont (SDQ score grens én klinisch). Uit het landelijk SCP onderzoek blijkt dat externaliserend probleemgedrag meer voorkomt bij schoolgaande kinderen uit gezinnen met een inkomen onder de armoedegrens, kinderen van jonge moeders (<27 jaar bij de geboorte) en bij jongens. (Zeijl, 2005)

Brugklassers

In tabel 3 worden enkele vormen van probleemgedrag weergegeven en het voorkomen ervan onder Utrechtse brugklassers. Druk gedrag²⁸ komt bij 22% van de Utrechtse VO1 leerlingen voor (tabel 3). Dit is vergelijkbaar met Rotterdam. Er is geen verschil in het voorkomen van druk gedrag naar geslacht en schoolniveau, maar wel naar etniciteit. Nederlandse jongeren rapporteren vaker druk gedrag dan jongeren met een niet-Nederlandse etniciteit. Een uitzondering hierop vormen Surinaams/Antilliaanse jongens. Druk gedrag komt bij hen bijna twee keer zo vaak voor als gemiddeld (39%).

Bijna een kwart van de Utrechtse VO1 scholieren heeft de afgelopen 4 weken zelf iemand gepest of daaraan meegedaan (zie tabel 3). Frequent pesten²⁹ wordt door 4% gerapporteerd. Zowel pesten als frequent pesten komt vaker voor bij jongens als bij meisjes. De mate waarin er gepest wordt hangt niet samen met schoolniveau en etniciteit. In de Utrechtse brugklassen wordt minder gepest dan in Rotterdam.

Tabel 3. Probleemgedrag bij Utrechtse brugklasleerlingen, naar geslacht (percentages).

Indicatoren		betrekking op	jongens	meisjes	totaal
hyperactief gedrag	niet normale score	afgelopen 6 maanden	22	22	22
anderen pesten	incidenteel	afgelopen 4 weken	28	20	24
	frequent	idem	6	3	4
agressief gedrag	incidenteel	afgelopen jaar	30	21	25
	frequent	idem	9	3	6
vandalisme/stelen	incidenteel	idem	27	23	25
	frequent	idem	9	3	6
gewelddadig/delinquent gedrag	incidenteel	idem	8	3	5
	frequent	idem	2	<1	1
politiecontacten	ja	afgelopen jaar	9	2	5
dragen van een wapen	ja	-	16	4	9

Bron: Jeugdmonitor Utrecht 2005

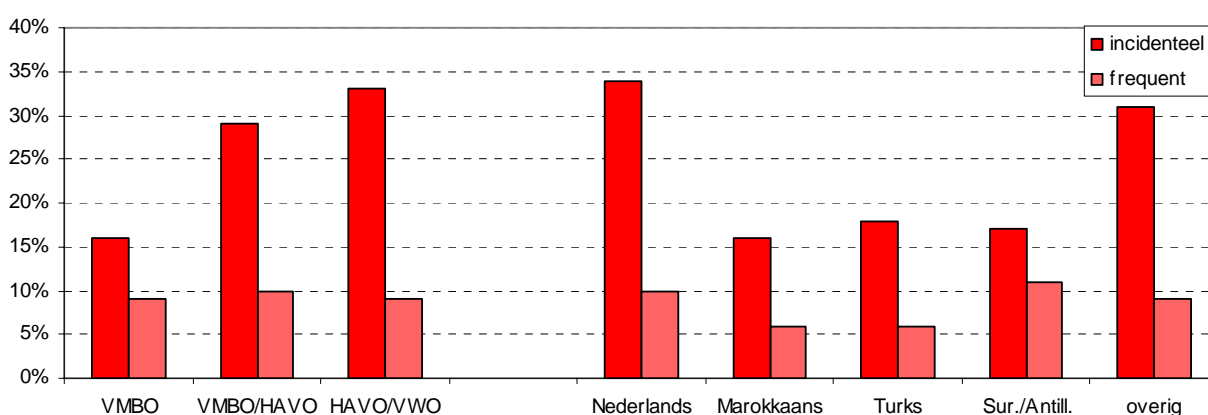
Agressief gedrag komt bij bijna een derde van de Utrechtse jongeren in klas 1 VO voor. Het meest genoemde gedrag is dreigen iemand in elkaar te slaan (23%). Bij de meeste jongeren gaat het om incidenteel agressief gedrag³⁰. Frequent agressief gedrag wordt vaker door jongens dan door meisjes gerapporteerd. Bij jongens zijn er geen verschillen naar schoolniveau, wel naar etniciteit. Surinaams/Antilliaanse/Arubaanse jongens rapporteren veel vaker incidenteel en frequent agressief gedrag dan andere jongens. Ook Turkse jongens rapporteren vaker agressief gedrag dan gemiddeld. Bij meisjes zijn er wel verschillen naar schoolniveau. Meisjes op VMBO rapporteren vaker agressief gedrag dan meisjes op de andere schoolniveaus. Daarnaast rapporteren met name Turkse meisjes agressief

²⁸ Gebaseerd op de SDQ vragenlijst (Strengths & Difficulties Questionnaire). De scores zijn gedichotomiseerd in 'normaal' en 'grens of klinisch'.

²⁹ Frequent pesten is in de afgelopen vier weken minimaal één keer per week iemand pesten.

³⁰ Van frequent agressief gedrag is sprake wanneer jongeren meer dan drie agressieve gedragingen rapporteren over het afgelopen jaar of wanneer jongeren één of meer agressieve gedragingen rapporteren die zij het afgelopen jaar (heel) vaak hebben gedaan. Van incidenteel agressief gedrag is sprake wanneer jongeren bij maximaal drie agressieve gedragingen '1 keer of enkele keren' hebben aangegeven.

gedrag. In Utrecht komt agressief gedrag onder jongeren in klas 1VO minder vaak voor dan onder brugklassers in Rotterdam (met name incidenteel agressief gedrag). Vandalisme en/of stelen wordt door bijna een derde van de Utrechtse jongeren in klas 1 VO gerapporteerd (tabel 3); dit is ongeveer gelijk aan Rotterdams jongeren in klas 1VO. De meest genoemde gedragingen zijn: iets stelen van minder dan 5 euro (15%) en iets bekladden met stiften of spuitbus (13%). Jongens rapporteren vaker gedragingen als vandalisme en stelen dan meisjes. Incidenteel vandalisme en stelen worden door jongens op het HAVO/VWO (33%) en VMBO/HAVO (29%) vaker gemeld dan door jongens op VMBO(16%), bij frequent vandalisme en/of stelen zijn er geen verschillen naar schooltype³¹. Opvallend is dat Nederlandse jongens het meest gedragingen rapporteren als vandalisme en/of stelen (44%) evenals jongens met een overige etniciteit (40%). Voor meisjes worden er geen verschillen gevonden in vandalisme en/of stelen naar schoolniveau en etniciteit.



Figuur 14. Zelf gerapporteerd vandalisme en/ of stelen bij jongens in VO1 naar schoolniveau en etniciteit.

Zes procent van de Utrechtse jongeren in klas 1VO rapporteert gewelddadig/delinquent gedrag³² (tabel 3) Dit is ongeveer gelijk aan Rotterdams jongeren in klas 1VO. Iemand bedreigen met een mes of ander wapen (5%) wordt het meest genoemd. Jongens (9%) rapporteren vaker gewelddadig/delinquent gedrag dan meisjes (3%). Met name Surinaamse en Antilliaanse jongens rapporteren vaak gewelddadig gedrag (26%). Bij meisjes komt gewelddadig en delinquent gedrag het meest voor op het VMBO en het minst op HAVO/VWO.

³¹ Voor indeling frequent en incidenteel: zie voetnoot 31.

³² Het gaat hierbij om de meer ernstige vormen van delinquent gedrag zoals iemand bedreigen met een mes of ander wapen of iemand met opzet met een mes of ander wapen verwonden.

2.6.4 Jeugddelinquentie

Kernpunten

- Vijf procent van de Utrechtse brugklassers is in het afgelopen jaar in aanraking geweest met de politie. Bij jongens op het VMBO was dit 15%.
- Van de brugklassers kwamen Surinaams/Antilliaanse jongens en in minder mate Turkse jongens het meest met de politie in aanraking.
- In 2003 werd 6,5% van de Utrechtse jongeren van 12-17 jaar door de politie verdacht van een strafbaar feit. Onder 18-24 jarigen was dit 3,4%. Deze percentages liggen hoger dan landelijk.
- Eén op de zes jongens in de brugklas draagt een wapen (bijv. een mes). Dit is vergelijkbaar met landelijk.

Uit de vorige paragraaf bleek dat een groot deel van de Utrechtse brugklassers externaliserend probleemgedrag vertoont. Eén op de tien gedraagt zich regelmatig agressief, gewelddadig of delinquent of maakt zich regelmatig schuldig aan vandalisme of diefstal. De vraag is in hoeverre hier sprake is van tijdelijk experimenteergedrag of dat dit tot chronische delinquentie kan leiden. Uit onderzoek blijkt dat het verloop sterk samenhangt met de leeftijd waarop iemand zijn eerste delict pleegt (voor het twaalfde jaar) en van de aanwezigheid van andere gedragsproblemen zoals agressief gedrag, ADHD of antisociale gedragsstoornis. Daarnaast zijn er een groot aantal factoren in de ontwikkeling en opvoeding van kinderen die van invloed kunnen zijn. (Heiden, 2000) In paragraaf 2.11 wordt nader ingegaan op de risicofactoren. Hieronder worden een aantal gegevens gepresenteerd over het voorkomen van delinquent gedrag bij Utrechtse jongeren.

Uit de Jeugdmonitor Utrecht blijkt dat 5% van de Utrechtse VO1 scholieren in het afgelopen jaar op het politiebureau ondervraagd is omdat ze iets gedaan zouden hebben “wat niet mag” (tabel 3). Jongens rapporteren dit vaker dan meisjes (9% versus 2%), jongens op het VMBO (15%) vaker dan jongens op HAVO/VWO (6%) en Surinaamse/Antilliaanse/Arubaanse jongens (28%) en Turkse jongens (12%) vaker dan gemiddeld (9%). In Rotterdam is het percentage VO1 scholieren dat, naar eigen zeggen, in aanraking is gekomen met de politie ongeveer gelijk.

Uit de gegevens van de Utrechts politie blijkt dat in 2003 6,5% van de 12-17 jarige Utrechtse jongeren verdacht werd van een strafbaar feit. Dit ligt dus iets hoger dan de 5% die door de jongeren (12-14 jaar) zelf werd gerapporteerd. In de wijken Zuidwest (11%) en Overvecht (9%) werden relatief de meeste jongeren in de leeftijd van 12-17 verdacht van een strafbaar feit, in de wijken Binnenstad (2%) en Vleuten-De Meern (3%) het minst. Jongeren in de leeftijd van 18 – 24 jaar worden minder vaak verdacht van een strafbaar feit dan jongeren van 12 – 17 jaar. In 2003 werd 3,4% van de 18-24 jarige Utrechtse jongeren verdacht. Ook in deze leeftijd was het percentage verdachten het hoogst in Zuidwest en Overvecht. Diefstal, geweld en vandalisme zijn de meest voorkomende delicten onder jongeren (0-24 jaar). Verdenking van overlast en inbraak komen minder vaak voor. De meeste jongeren (81%) werden verdacht van één strafbaar feit. (Bron: BPS 2002-2003)

In Nederland werd in 2004 minder dan 3% van de 12-24 jarigen verdacht van een of meer strafbare feiten. In Utrecht ligt het percentage jeugdige verdachten dus relatief hoog. (SCP, 2005b). Landelijk worden allochtone jongeren vaker verdacht van strafbare feiten. In Utrecht is dit niet bekend. Uit de zelfrapportage onder brugklassers blijkt dat autochtone brugklassers minder vaak en Surinaams/Antilliaanse en Turkse jongens vaker met de politie in contact komen.

Bijna 1 op de 10 Utrechtse VO1 scholieren zegt wel eens een wapen bij zich te dragen, waarbij steekwapens (vlindermessen, zakmessen, stiletto's of andere steekwapens) het meest genoemd worden (zie tabel 3). Jongens (16%) rapporteren vaker dan meisjes (4%) wapenbezit. Dit percentage komt overeen met landelijk en Rotterdam. Het dragen van een wapen lijkt niet samen te hangen met het schoolniveau wel met etniciteit. Met name Surinaamse/Antilliaanse/Arubaanse jongens (37%) rapporteren het meest wel eens een wapen bij zich te dragen.

2.6.5 Psychiatrische stoornissen

Kernpunten

- In de regio van Midden-Westelijk Utrecht, waar de gemeente Utrecht deel van uitmaakt, ontvangt bijna 1% van de 0-18 jarigen hulp voor psychiatrische stoornissen vanuit de Jeugd GGZ. Stoornissen waarvoor de meeste hulp ontvangen wordt zijn: ADHD, autisme en verwante stoornissen, gedragsproblemen, depressieve stoornissen en zwakzinnigheid.
- In Utrecht gebruikt 1,1% van de kinderen van 6-18 jaar medicatie voor ADHD. Onder Marokkaanse en Turkse kinderen ligt het gebruik aanzienlijk lager. Door Het AZU/WKZ wordt in Utrecht onderzocht of ADHD onder deze groep ook daadwerkelijk minder voorkomt.
- Het gebruik van antidepressiva door de Utrechtse ziekenfondsverzekerde jeugd ligt op een vergelijkbaar niveau als landelijk onder jeugdige ziekenfondsverzekerden. Marokkaanse en Turkse kinderen in Utrecht gebruiken minder antidepressiva dan gemiddeld.

In de voorgaande paragrafen is ingegaan op de psychosociale problemen zoals die door ouders, door jongeren zelf of door medewerkers van de JGZ gerapporteerd worden. Uit onderzoek blijkt dit een goede indicator te zijn voor de ervaren psychische gezondheid. Op basis van deze zelfgerapporteerde gegevens kunnen echter geen uitspraken worden gedaan over het voorkomen van daadwerkelijke psychiatrisch stoornissen, ofwel stoornissen volgens de internationale DSM-IV-classificatie³³. In deze paragraaf wordt daarom gebruik gemaakt van gegevens over het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door de jeugd in de regio Midden-Westelijk Utrecht³⁴.

Geschat wordt dat in Nederland zo'n 5-7% van de kinderen ernstige psychische problemen heeft en dat jaarlijks voor 3,5% van de 4-18 jarigen professionele psychische hulp wordt gevraagd. (Konijn, 2004) Uit de Zorgis registratie³⁵ blijkt in 2003 minder dan 1% van de 0-18 jarigen in de regio Midden-Westelijk Utrecht geestelijke gezondheidszorg heeft ontvangen. De meeste zorg werd verleend voor ADHD, autisme en aan autisme verwante stoornissen, gedragsstoornissen, depressieve stoornissen en zwakzinnigheid (tabel 4).

Tabel 4: Gebruik geestelijke gezondheidszorg in regio Midden-Westelijk Utrecht (%).

	0-11 jaar	12-18 jaar	0-18 jaar
ADHD	0,15	0,13	0,15
Autisme en verwante stoornissen	0,11	0,13	0,12
Gedragsstoornissen	0,09	0,17	0,12
Depressieve stoornissen	0,02	0,28	0,11
Zwakzinnigheid	0,08	0,14	0,10
Middelengebruik	0,00	0,13	0,05
Angststoornissen	0,05	0,11	0,07

Bron: Zorgis 2003. (Raijmakers et al, 2005)

³³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde versie.

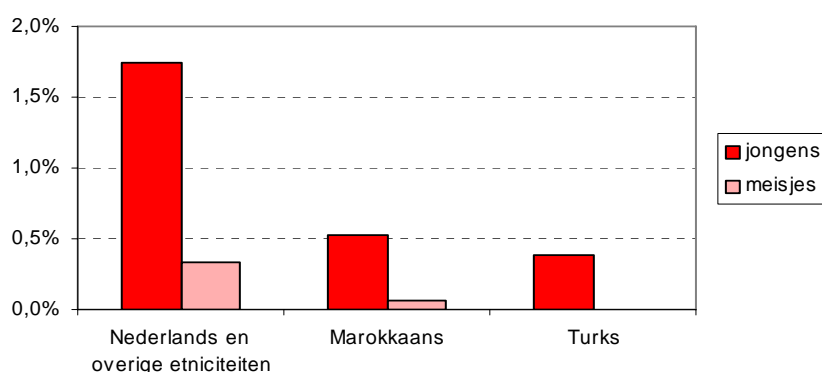
³⁴ De regio Midden-Westelijk Utrecht omvat de GGD regio's Midden Nederland en Gemeente Utrecht. 29% van de 0-18 jarigen in de regio MWU is afkomstig uit de gemeente Utrecht.

³⁵ Zorgis. Dit is het Zorg Informatie Systeem van GGZ-Nederland, en ziekenhuisregistratie's uit de regio Midden-Westelijk Utrecht uit 2003. Bureau Jeugdzorg valt hier niet onder omdat zij als een eerstelijns (verwijzende) instantie wordt aangemerkt. Ook vrijgestelde psychologen/psychiaters zijn niet meegenomen omdat er onvoldoende zorginformatie over deze groep hulpverleners beschikbaar was.

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op ADHD, de stoornis die het meest voorkomt onder de jeugd, en verder op depressieve stoornissen en angststoornissen. Deze laatste twee stoornissen veroorzaken de meest ziektelast (in DALY's) bij jongeren en jongvolwassenen in Nederland.

ADHD

In Nederland komt ADHD of Attention Deficit Hyperactivity Disorder bij 3-5% van de kinderen in de basisschoolleeftijd voor (Fliers, 2005). ADHD wordt gekenmerkt door overactief gedrag, aandachtstekort en impulsiviteit. ADHD is sterk genetisch bepaald en komt al op jonge leeftijd tot uiting. Vaak gaat ADHD gepaard met spraak/taalproblemen, motorische onhandigheid en oppositioneel gedrag. Op latere leeftijd is er een sterk verhoogd risico op antisociaal gedrag, alcohol- en drugsgebruik en delinquentie. Bij jongens wordt drie tot vier keer vaker de diagnose ADHD gesteld dan bij meisjes. Bij jongens komt meer hyperactiviteit en impulsiviteit voor en bij meisjes dromerigheid en aandachtstekort. (Raijmakers, 2005) De Gezondheidsraad schat in dat ongeveer 2% van de kinderen tussen 5 en 14 jaar zulke ernstige symptomen van ADHD hebben dat ze in aanmerking komen voor specifieke behandeling. De behandeling van ADHD bestaat uit een combinatie van gedragstherapeutische begeleiding van ouders en leerkrachten en medicatie. Het meest voorgeschreven middel voor ADHD is metylfenidaat (merknaam Ritalin).



Figuur 15: Percentage jeugdige AGIS ziekenfondsverzekerden (6-18 jaar) dat medicijnen voor ADHD kreeg voorgeschreven, naar etniciteit en geslacht. (Bron: AGIS Health Database, 2003)

In 2003 kreeg 1,1% van de 6-18 jarige bij AGIS ziekenfondsverzekerden in Utrecht metylfenidaat voorgeschreven. Dit percentage is vergelijkbaar met de provincie Utrecht. Het gebruik onder jongens lag aanzienlijk hoger dan onder meisjes: 1,8% versus 0,3%. Kinderen in de leeftijdscategorie 6-11 jaar gebruikten even vaak medicijnen voor ADHD als jongeren in de leeftijdscategorie 12-18 jaar. In figuur 15 is te zien dat Marokkaanse (0,5%) en Turkse jongens (0,3%) minder vaak ritalin kregen voorgeschreven dan andere jongens in Utrecht (1,7%). Landelijk wordt geschat dat het percentage kinderen met ADHD dat zou kunnen profiteren van medicatie tussen 1,5-2,5% ligt. (Klasen, 2005). Verondersteld wordt dat de prevalentie van ADHD onder Turkse en Marokkaanse kinderen gelijk of zelfs hoger is dan onder Nederlandse kinderen. Dit wordt momenteel door het AZU/WKZ in Utrecht nader onderzocht (ADEON-studie). In de wijken Vleuten-De Meern, Leidsche Rijn en Oost & Binnenstad werd het vaakst medicatie

voor ADHD gebruikt. In de wijken Zuidwest en Overvecht het minst vaak. Het aantal jeugdige gebruikers van metylfenidaat was in 2003 gestegen ten opzichte van 2001. Ook landelijk is sprake van een stijging.

Depressieve stoornis

Een depressieve stoornis kenmerkt zich door somberheid die langere periode aanhoudt en bijkomende klachten zoals bijvoorbeeld slaapstoornissen, vermoeidheid, lichamelijke onrust of schuldgevoelens. Depressie neemt toe met de leeftijd. Bij kinderen onder de zes jaar komt depressie (waarschijnlijk) relatief weinig voor (1-3%). Bij 13-18 jarigen wordt de prevalentie op 4-5% geschat. Op 20-jarige leeftijd heeft 15-20% van de jongeren ooit een depressie meegemaakt. (Raijmakers, 2005) Behandeling van een depressieve stoornis bestaat uit psychotherapie of medicatie. In 2003 hebben in de regio Midden-Westelijk Utrecht 23 kinderen van 0-11 jaar (0,02%) en 108 jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar (0,28%) geestelijke gezondheidszorg ontvangen voor depressiviteit. (Raijmakers, 2005). In vergelijking met de geschatte prevalenties is dit laag. Uit de AGIS Health Database blijkt dat 0,3% van de Utrechtse 0-18 jarigen in 2003 antidepressiva gebruikte. Dit is lager dan het percentage onder AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen in de provincie Utrecht (0,4%). Ook het aantal afgeleverde standaarddoseringen ligt in de gemeente Utrecht lager dan in de provincie, maar is wel vergelijkbaar met landelijk. Zoals te verwachten is het gebruik van antidepressiva in Utrecht het hoogst onder 12-18 jarigen (0,6%). Turkse (0,1%) en Marokkaanse (0,2%) kinderen in Utrecht gebruiken minder antidepressiva dan andere Utrechtse kinderen (0,4%). Sinds 2001 is het percentage jeugdige gebruikers van antidepressiva gestegen.

Angststoornissen

De belangrijkste angststoornissen bij kinderen zijn separatie-angst (6-8 jarigen), sociale angst (13-18 jarigen) en enkelvoudige fobie (= buitengewone angst voor één bepaald ding, dier of situatie bijv. hoogtevrees of claustrofobie). Angststoornissen starten veelal in de kindertijd en vroege adolescentie. De prevalentie van angststoornissen verschilt per leeftijdsgroep en varieert van 3% bij 6-8 jarigen tot 11% bij 13-18 jarigen. Tot 4 jaar hebben jongens meer last van angsten dan meisjes, vanaf het 14^e levensjaar komen angststoornissen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. (Raijmakers, 2005). Behandeling bestaat uit voorlichting, gedragstherapie en medicatie. Hoewel angststoornissen relatief vaak voorkomen bij jeugdigen wordt de diagnose door huisartsen meestal gemist (Terluin, 2005). Een groot deel van de kinderen bij wie de diagnose angststoornissen wél is gesteld komt terecht in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. In 2003 hebben in de regio Midden-Westelijk Utrecht 66 kinderen van 0-11 jaar (0,05%) en 78 jongeren in de leeftijd van 12-18 jaar (0,11%) ambulante of klinische hulp ontvangen voor angststoornissen (Raijmakers, 2005).

2.7 Leefstijl

Volgens het VTV Nationaal Kompas (www.rivm.nl/vtv) is het gezondheidsgedrag van de Nederlandse jeugd over het algemeen zorgwekkend. Dit gedrag heeft nog weinig invloed op de huidige gezondheid van de jeugdige, maar kan op latere leeftijd gezondheidsproblemen opleveren. Zo zal het rookgedrag van nu onder meer terug te vinden zijn in de longkankercijfers over 20 jaar. In dit hoofdstuk komen de volgende onderwerpen aan de orde: voeding, borstvoeding, lichamelijke activiteit, mondgezondheid, middelengebruik, zwemvaardigheid en seksueel gedrag.

2.7.1 Voeding

Kernpunten

- De Utrechts jeugd eet ongezond.
- In het basisonderwijs slaat één op de zes kinderen regelmatig het ontbijt over. Allochtone kinderen en meisjes ontbijten het minst vaak. In vergelijking met acht jaar geleden zijn leerlingen op de Utrechtse basisscholen minder gaan ontbijten.
- Van de Utrechtse brugklasleerlingen eet 66% niet dagelijks fruit, 61% niet dagelijks groente en 16% eet veel tussendoortjes en één op de vijf ontbijt niet regelmatig.
- Slechte voedingsgewoonten komen vaker voor bij kinderen van laagopgeleide ouders en leerlingen op het VMBO.

Groente en fruit

Een ongezond voedingspatroon is een risicofactor voor hart- en vaatziekten, diabetes, kanker en osteoporose. In de Richtlijnen Goede Voeding adviseert het Voorlichtingsbureau van de Voeding om elke dag minimaal vier grote groentelepels groenten te eten (zo'n 200 gram) en twee keer fruit (circa 200 gram). Maximaal 35% van de voedingsenergie mag volgens de richtlijnen uit vetten bestaan en maximaal 10% uit verzadigde vetten. Landelijk voldoet slechts 7% van de 10-19 jarigen aan de richtlijn voor groente, 12% aan de richtlijn voor fruit en 6% aan de richtlijn (verzadigd) vet. In het afgelopen decennium was de trend onder jongeren voor groenteconsumptie ongunstig en voor (verzadigd) vet gunstig. Het gebruik van vruchtensappen compenseerde de ongunstige trend voor de fruitconsumptie (Leest, 2005a).

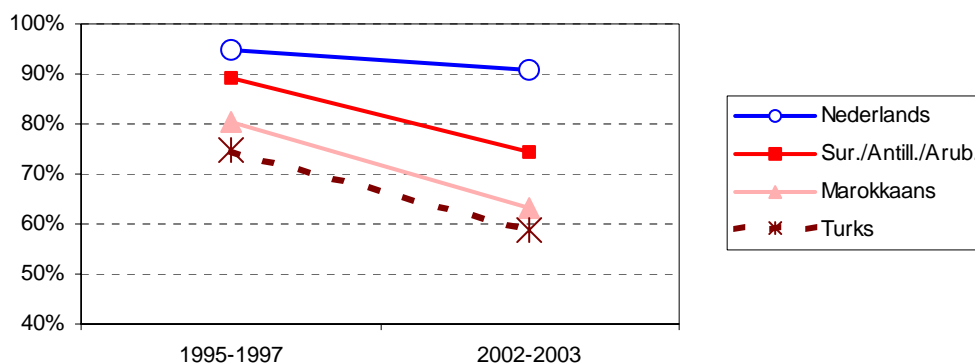
Uit de gezondheidspeiling 1996-2001 bleek dat onder de Utrechtse jeugd relatief veel ongezond voedingsgedrag voorkwam: 61% van de Utrechtse jeugd van 1-18 jaar at niet dagelijks groenten en 41% at minder dan 5 stuks fruit per week. Het ongezonde voedingsgedrag nam toe met de leeftijd. Van de 1-3 jarigen at 22% minder dan 5 stuks fruit per week en bij de 12-18 jarigen was dit 52%; 55% van de 1-3 jarigen at niet dagelijks groenten tegenover 67% van de 12-18 jarigen. Kinderen van laag opgeleide ouders aten minder vaak fruit en groenten dan kinderen van hoog opgeleide ouders en allochtone kinderen aten minder vaak dagelijks groente dan autochtone kinderen. Allochtone kinderen aten echter, in vergelijking met autochtone kinderen met een zelfde sociaal-economische achtergrond, even vaak fruit en vaker groente. (Eijsden, 2002).

Uit recent onderzoek van de GG&GD Utrecht blijkt dat de ongezonde voedingsgewoonten in de afgelopen jaren niet verbeterd zijn: 66% van de leerlingen in VO1 niet dagelijks fruit eet en 61% niet dagelijks groente (JMU 2005). Turkse en Marokkaanse brugklassers eten in verhouding het minst vaak groente. Surinaamse en Antiliaanse brugklassers eten het minst vaak fruit. In het algemeen geldt dat hoe lager het schoolniveau hoe vaker leerlingen niet dagelijks groenten en fruit eten. Tussendoortjes worden het meest genuttigd door Turkse (26%) en Surinaams/Antilliaanse (21%) jongens en meisjes op VMBO/HAVO (22%). Opvallend is het lage percentage Marokkaanse jongens in de brugklas dat aangeeft meer dan drie tussendoortjes per dag te eten, namelijk 10%.

Ontbijten

Ongeveer 4-13% van de kinderen in Nederland slaat regelmatig het ontbijt over. Niet-ontbijten heeft een ongunstige invloed op de schoolprestaties en is vaak onderdeel van een ongezond leefpatroon, waarvan ook veel snoepen, laat naar bed gaan en gebrek aan ouderlijk toezicht deel uitmaken. Als gevolg van deze leefstijl komt overgewicht bij deze kinderen vaker voor. Het overslaan van het ontbijt komt landelijk vaker voor bij meisjes, oudere kinderen, kinderen uit eenoudergezinnen en kinderen van laagopgeleide ouders. (Leest, 2005a)

In Utrecht ontbijt 16-17% van de kinderen in het basisonderwijs minder dan 5 dagen per week. Dit percentage ligt hoger dan landelijk. In de brugklas slaat bijna een kwart (23%) regelmatig het ontbijt over, bij meisjes in de brugklas is dit zelfs 31%. Allochtone kinderen en kinderen van laag opgeleide ouders slaan vaker het ontbijt over. Meer dan een derde van de Marokkaanse en Turkse kinderen in het basisonderwijs en in de brugklas van het voortgezet onderwijs ontbijt minder dan 5 dagen per week. Het verschil in ontbijtgedrag tussen allochtone en autochtone kinderen heeft zowel een sociaal-economische als een culturele component. Wanneer gecorrigeerd wordt voor het gemiddeld lagere opleidingsniveau van de allochtone ouders blijven er verschillen in ontbijtgedrag bestaan. Op het VMBO wordt vaker het ontbijt overgeslagen dan op andere schooltypes: 36% van de VMBO brugklassers ontbijt minder dan 5 keer per week tegenover resp. 12% en 14% van de brugklassers op VMBO-TL/HAVO en HAVO/VWO. (bron: JIS 2002/2003)



Figuur 16: Percentage basisschoolleerlingen dat elke dag ontbijt, naar periode en etniciteit. (Utrecht, exclusief Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern)

Ten opzichte van 1995-1997 wordt er nu minder vaak ontbeten dan destijds. Met name in het basisonderwijs zijn kinderen minder regelmatig gaan ontbijten. In figuur 16 is het percentage basisschoolkinderen dat niet elke dag ontbijt weergegeven in 1995/97 ten opzicht van 2002/03, uitgesplitst naar etniciteit. Bij alle etnische groepen is sprake van een toename van het niet dagelijks ontbijten. Op de basisschool zijn zowel kinderen van hoog als van laag opgeleide ouders minder gaan ontbijten. In alle vier GSB wijken en de wijk Noordoost is sprake van een toename in het niet-dagelijks-ontbijten. In het Voortgezet Onderwijs is de toename minder groot. In 1995/97 ontbeet 24% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs niet dagelijks, in 2002/03 was dit 28%. De toename van het niet-dagelijks-ontbijten beperkt zich tot VO-leerlingen met laag opgeleide ouders, Marokkaanse leerlingen en leerlingen uit de wijken Overvecht en Zuidwest.

2.7.2 Borstvoeding

(Voor Utrecht waren geen cijfers beschikbaar)

Kernpunten

- In Nederland wordt slechts één op de zes baby's volgens de WHO aanbevelingen gevoed. De situatie in Utrecht is niet bekend.

Borstvoeding wordt aanbevolen als de meest gezonde voeding voor baby's. Borstvoeding beschermt het kind tegen verschillende aandoeningen zoals acute middenoorontsteking, astma en eczeem en bevordert de neurologische, visuele en cognitieve ontwikkeling van het kind (Leest, 2004). Ook op volwassen leeftijd zijn effecten van (langdurige) borstvoeding gevonden, zoals een hoger IQ en minder vetzucht (Wouwe, 2005).

De WHO beveelt aan om kinderen de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding te geven. In Nederland wordt slechts een minderheid van de baby's volgens deze aanbevelingen gevoed. Vlak na de geboorte krijgt 78% van de baby's in Nederland borstvoeding. Na één maand is dit percentage gedaald naar 51% en na vier maanden naar 25%. Bij zes maanden krijgt nog slechts 15% van de baby's in Nederland uitsluitend borstvoeding. In vergelijking met de rest van Europa geven in Nederland relatief weinig moeders borstvoeding. (Lanting, 2005)

In Nederland geven hoog opgeleide vrouwen en vrouwen die thuis bevallen vaker en langer borstvoeding. Vrouwen die buiten Nederland geboren zijn geven wel vaker borstvoeding dan vrouwen die in Nederland geboren zijn, maar niet langer. Niet rokende vrouwen geven vaker borstvoeding dan rokende vrouwen en vrouwen die fulltime werken vaker dan vrouwen die niet of parttime werken. Ook bij hen is de duur van de borstvoeding gemiddeld. (Lanting, 2005). Voor Utrecht zijn geen prevalentiecijfers beschikbaar. Gezien de determinanten van het geven van borstvoeding (opleidingsniveau en geboorteland moeder) zal de situatie in Utrecht waarschijnlijk gunstiger liggen dan landelijk.

2.7.3 Lichamelijke activiteit

Beweegnorm

Kernpunten

- Uit de recente kinderpeiling sport blijkt dat Utrechtse leerlingen in groep 7 BO gemiddeld 1,4 uur per dag bewegen. Hiervan wordt de meeste tijd doorgebracht met spelen en sporten op straat gevolgd door gym op school en spelen tijdens de pauze, lopen of fietsen naar school en georganiseerd sporten.
- Hoewel er gemiddeld voldoende wordt bewogen, beweegt één op de drie leerlingen in groep 7 onvoldoende.

Volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen moeten jongdigen om voldoende te bewegen dagelijks één uur matig intensief lichamelijke actief zijn, met bijvoorbeeld skateboarden, aerobics of hardlopen, en deze activiteiten moeten minimaal twee keer per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie). In de praktijk blijkt het erg gecompliceerd om op bevolkingsniveau vast te stellen welk deel van de jeugd aan deze norm voldoet. Uit onderzoek van het CBS blijkt dat in Nederland ongeveer een kwart van de jongens van 12 –17 jaar aan de beweegnorm voldoet en éénvijfde van de meisjes. Volgens het Tijdsbestedingsonderzoek van het SCP voldoet meer dan de helft van de 12-18 jarige jongens aan de beweegnorm en meer dan 40% van de meisjes. (Leest, 2005a). De verschillen zijn vooral toe te schrijven aan verschillen in vraagstelling. Uit recent onderzoek van TNO blijkt dat de intensiteit waarmee kinderen bewegen lager ligt dan vaak aangenomen wordt. Uit dit onderzoek waarbij gebruik gemaakt werd van versnellingsmeters en beweegdagboekjes bleek dat slechts 3% van 6-11 jarige stadskinderen aan de beweegnorm voldoet. (Vries, 2005)

In 2004 is door Stade Advies bij kinderen in groep 7 van het Utrechtse basisonderwijs onderzocht in hoeverre zij voldoen aan de beweegnorm voor de jeugd (Schleyper, 2004). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat ongeveer tweederde van de kinderen in groep 7 meer dan een uur per dag beweegt. Gemiddeld zijn de kinderen op schooldagen 1,4 uur per dag actief bezig. Hiervan wordt 21% besteed aan het lopen of fietsen van en naar school, 28% aan gym op school en spelen tijdens de pauzes, 21% aan het georganiseerd sporten bij een vereniging, in de wijk of na school en 31% aan het spelen en sporten op straat. (Bron: Kinderpeiling Sport 2004).

Sporten

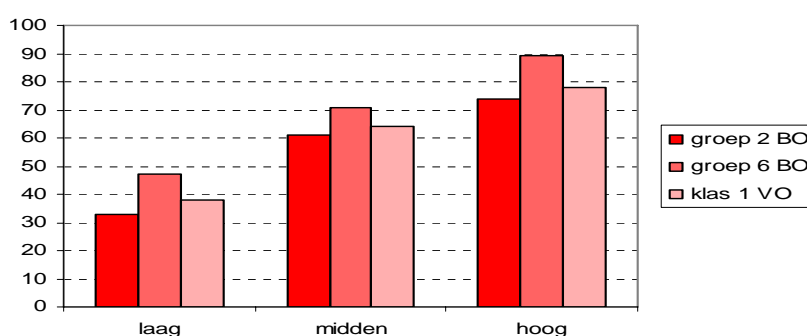
Kernpunten

- In Utrecht sport de jeugd minder in georganiseerd verband dan landelijk. In groep 2 BO en klas 1 VO sport 53% en in groep 6 BO is dit 68%.
- Kinderen van laagopgeleide ouders, VMBO leerlingen, Marokkaanse en Turkse kinderen sporten minder vaak in georganiseerd verband.

Twee indicatoren voor lichamelijke activiteit die veel gebruikt worden zijn sportdeelname en lidmaatschap van een sportvereniging. Het percentage jongeren van 12-19 jaar dat minstens één keer in de week sport ligt landelijk rond de 60%. Gemiddeld wordt 2,5 uur per week gesport. Het percentage sporters onder de

jeugd is de afgelopen 20 jaar min of meer stabiel gebleven. (Leest, 2005a) In 2003 was 79% van 6-11 jarigen en 76% van de 12-19 jarigen in Nederland lid van ten minste één sportvereniging. Na een daling in de jaren negentig van het aandeel jeugdigen dat lid is van een sportvereniging, neemt het aantal jeugdige leden de afgelopen jaren weer toe. (Broek, 2005)

In Utrecht sport iets meer dan de helft van de leerlingen in groep 2 BO en klas 1 VO (resp. 53% en 54%) en tweederde van leerlingen in groep 6 BO (68%) in georganiseerd verband. Hiertoe wordt niet alleen het sporten bij een sportclub gerekend, maar ook sporten of bewegen bij het buurthuis en scouting en zwemles. Ondanks deze brede definitie van georganiseerd sporten ligt het aandeel kinderen dat georganiseerd sport in Utrecht lager dan landelijk. Gemiddeld wordt door Utrechtse kinderen 1,8 uur per week gesport. Ook dit ligt lager dan landelijk.



Figuur 17: Percentage Utrechts scholieren dat sport in georganiseerd verband naar leerjaar en opleidingsniveau van de ouders. (bron JIS 2003/2005)

In alle leeftijdsgroepen zien we dat jongens vaker in georganiseerd verband sporten dan meisjes. Marokkaanse en Turkse kinderen sporten het minst in georganiseerd verband en Nederlandse kinderen het meest. Kinderen van hoogopgeleide ouders sporten vaker dan kinderen met laag opgeleide ouders. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. (Zie figuur 17). VMBO brugklassers sporten minder vaak in georganiseerd verband dan leerlingen van VBMO-TL/HAVO en HAVO/VWO brugklassen (37% versus 70% en 67%). De wijken waar het meest in georganiseerd verband gesport wordt zijn: Vleuten-De Meern, Oost & Binnenstad en Noordoost.

Wandelen en fietsen

Kernpunten

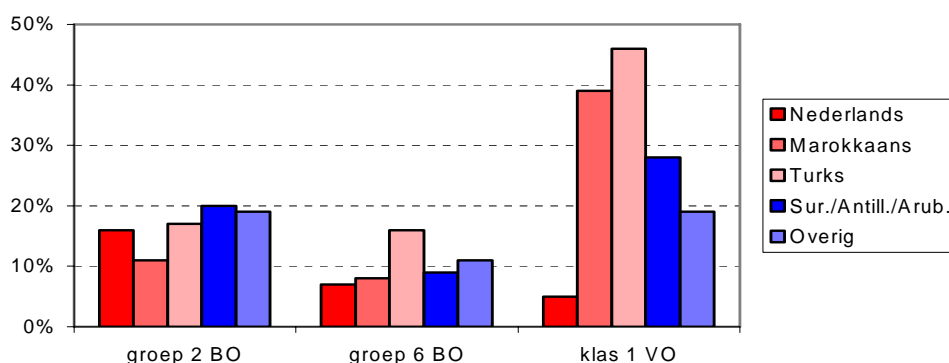
- De overgrote meerderheid van de basisschoolleerlingen gaat met de fiets of lopend naar school.
- In de brugklas komt gemiddeld één op de vijf Utrechtse kinderen met openbaar vervoer of auto naar school. Marokkaanse en Turkse brugklassers woonachtig in Utrecht komen meer dan twee keer zo vaak met OV of auto naar school dan gemiddeld.
- Meer dan een derde van de Utrechtse HAVO/VWO brugklassers voldoet op schooldagen, alleen al door het fietsen van en naar school, aan de norm Gezond Bewegen.

Sporten alleen vormt niet voldoende basis om aan de beweegnorm te kunnen voldoen. Uit onderzoek van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen blijkt dat minder dan 1% van de jongeren voldoet aan de beweegnorm door alleen sporten. Wandelen en fietsen blijken bij jongeren van 12 tot 18 jaar de meeste invloed te hebben op het al dan niet voldoen aan de beweegnorm. Daarnaast speelt ook de tijd die actief doorgebracht wordt met spel en recreatie een rol. (Breedveld, 2003)

Kinderen in Nederland zijn in het afgelopen decennium minder gaan fietsen en lopen. In de periode 1994-2002 namen het aantal fiets- en voetgangerskilometers van kinderen af met resp. 10 en 20%. Het aantal autokilometers nam daarentegen toe met 10%. De belangrijkste motieven van ouders om hun kinderen vaker in de auto te vervoeren zijn een te grote afstand en onveiligheid. (SWOV, 2004)

In Utrecht gaan veel kinderen te voet of met de fiets naar school. Van de leerlingen uit groep 2, die in Utrecht woonachtig zijn én in Utrecht op school zitten, gaat 84% met de fiets of te voet naar school. De afstand die gelopen wordt is relatief kort. Slechts 9% loopt of fietst langer dan 10 minuten. In groep 6 is het percentage dat loopt of fietst naar school iets hoger, namelijk 91%; 12% loopt of fietst langer dan 10 minuten. Utrecht steekt gunstig af tegenover de landelijke cijfers. Landelijk gaat 77% van de 5/6 jarigen en 87% van de 9/10 jarigen meestal met de fiets of lopend naar school. (Utrecht resp. 84% en 91%). (Houwen, 2003) In de brugklas neemt het percentage dat fietst of loopt af naar 80%; 16% fietst of loopt langer dan 30 minuten naar school.

In figuur 18 is te zien dat op de basisschool het percentage kinderen dat niet met de fiets of te voet naar school gaat niet veel verschilt naar etniciteit. Uitzonderingen zijn Marokkaanse kinderen in groep 2: zij gaan vaker lopend of fietsend naar school dan Turkse kinderen in groep 6: zij gaan minder vaak lopend of fietsend naar school dan andere kinderen. In de brugklas zijn de verschillen tussen autochtone en allochtone kinderen wél groot. Van de autochtone brugklasleerlingen gaat slechts 5% niet fietsend of lopend naar school. Bij de Turkse brugklassers is dit 46% en bij de Marokkaanse brugklassers 39%.



Figuur 18: Percentage Utrechtse scholieren dat in Utrecht op school zit en niet naar school fietst of loopt, naar etniciteit en leerjaar. (bron JIS 2003/2005)

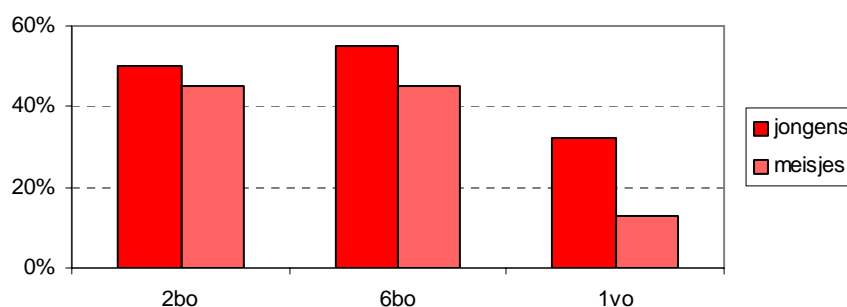
VMBO brugklasleerlingen gaan veel minder vaak met de fiets of te voet naar school dan leerlingen in de brugklas VMBO-TL/HAVO of VWO/HAVO. Van de VMBO brugklasleerlingen die in Utrecht wonen én in Utrecht op school zitten gaat 33% niet met de fiets of lopend naar school. Op de andere schooltypes is dit 7-8%.

Buiten spelen/sporten

Kernpunten

- Ten opzichte van landelijk spelen Utrechtse basisschoolleerlingen relatief veel buiten.
- Uit onderzoek door de GG&GD blijkt dat in de zomermaanden 87% van de leerlingen uit groep 2 en 6 BO de voorgaande dag meer dan een half uur buiten speelde. Bijna de helft speelde langer dan anderhalf uur buiten.
- In de wintermaanden speelde driekwart van de leerlingen in groep 2 en 6 BO langer dan een half uur buiten. Een kwart speelde langer dan anderhalf uur buiten.
- Utrechtse brugklassers spelen of sporten minder vaak buiten dan basisschoolleerlingen.
- Allochtone kleuters en kleuters met laag opgeleide ouders spelen minder buiten dan autochtone kleuters en kleuters met hoog opgeleide ouders.
- In groep 6 BO en klas 1 VO spelen allochtone kinderen en kinderen van laag opgeleide ouders juist vaker buiten. Leerlingen in de brugklas HAVO/VWO spelen minder buiten dan andere brugklassers.

Basisschoolleerlingen in Utrecht spelen relatief veel buiten. Uit onderzoek van de GG&GD blijkt dat in de zomermaanden ongeveer de helft van de leerlingen in groep 2 en 6 van het basisonderwijs de voorgaande dag meer dan anderhalf uur buiten had gespeeld. Vakanties zijn hierbij niet meegerekend. In de wintermaanden lag dit percentage bij groep 2 op 18% en bij groep 6 op 28%. Aan leerlingen in klas 1 VO is gevraagd naar actief buiten spelen of sporten op straat. In de zomer was 23% van de brugklassers de voorgaande dag anderhalf uur of langer buiten actief bezig geweest, in de wintermaanden was dit 14%. Deze percentages liggen twee keer zo laag als bij leerlingen in groep 6 van het basisonderwijs. Jongens spelen of sporten vaker lang buiten dan meisjes (figuur 19).

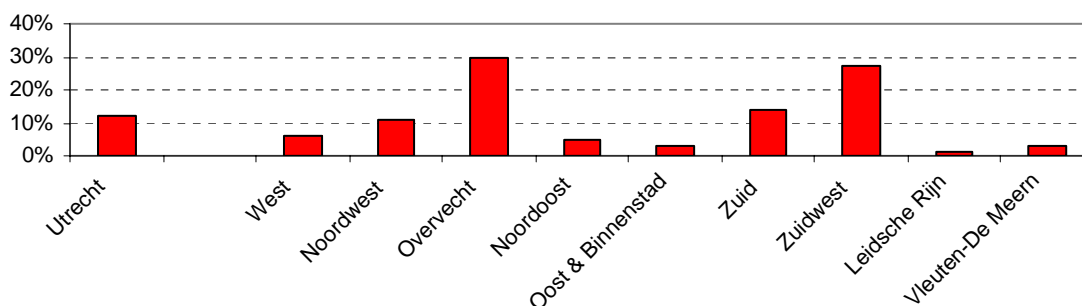


Figuur 19. Percentage Utrechtse scholieren dat de voorgaande dag langer dan anderhalf uur actief buiten sportte of speelde, in de zomer, naar geslacht en leerjaar. (bron JIS 2003/2005)

Op jonge leeftijd (5/6 jaar) spelen relatief minder Marokkaanse kinderen lang buiten dan andere kinderen, op oudere leeftijd is dit omgekeerd. Marokkaanse kinderen uit groep 6 BO en klas 1 VO spelen vaker lang buiten dan andere leeftijdsgenoten. Kleuters met hoog opgeleide ouders spelen zowel in de winter als in de zomer vaker lang buiten dan kleuters met midden of laag opgeleide ouders. Bij kinderen uit groep 6 BO en klas 1 VO is een tegengesteld beeld te zien. Kinderen van die leeftijd met hoog opgeleide ouders spelen minder vaak lang buiten dan hun leeftijdsgenoten met minder hoog opgeleide ouders. Leerlingen in de brugklas HAVO/VWO zijn minder vaak lang buiten actief dan andere brugklassers.

Naast de groep kinderen die veel buiten speelt is er een groep die niet of weinig buiten speelt (ofwel minder dan een half uur per dag). In de wintermaanden speelde 29% van de 5/6 jarigen en 26% van de 9/10 jarigen de vorige dag minder dan een half uur buiten. In de zomermaanden was dat resp. 12% van de 5/6 jarigen en 14% van de 9/10 jarigen. Uit landelijke onderzoek blijkt dat bijna 50% van de basisschoolleerlingen in Nederland in het najaar minder dan een half uur per dag buiten speelt. In Utrecht is de situatie dus relatief gunstig.

Op de basisschool zijn er relatief meer allochtone kinderen die weinig buiten spelen dan autochtone kinderen. Dit geldt zowel voor buiten spelen in de zomer- als in de wintermaanden. Op de middelbare school is dit alleen in de wintermaanden het geval. Bij de kleuters zijn de verschillen naar etniciteit het grootst. In de zomer speelde slechts 5% van de Nederlandse kinderen de voorgaande dag niet of weinig buiten tegenover een kwart van de Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse kleuters. In de winter had 54% van de Marokkaanse kleuters en 18% van de Nederlandse kleuters de voorgaande dag niet buiten gespeeld. In figuur 20 is te zien dat zich dit vertaalt in grote wijkverschillen. In de wijken Overvecht en Zuidwest, twee wijken met een hoog percentage allochtone kinderen, spelen relatief veel kleuters niet of nauwelijks buiten.



Figuur 20. Percentage Utrechtse kleuters dat in de zomer de voorgaande dag (bijna) niet buiten speelde, naar wijk. (bron JIS 2003/2005)

Op basisschoollleeftijd spelen kinderen van laag opgeleide ouders spelen vaker weinig buiten dan kinderen van hoog opgeleide ouders. Met name in de winter zijn de verschillen groot. In de winter speelde 41% van de lage SES kinderen de voorgaande dag niet buiten tegenover 17% van de hoge SES kinderen. Op de middelbare school zijn de verschillen minder groot.

*Tv kijken en computeren***Kernpunten**

- De Utrechts jeugd kijkt veel tv, video of dvd. Eén op de tien basisschoolleerlingen en één op de zes brugklassers had de voorgaande dag meer dan 2,5 uur tv gekeken. De groep kinderen die veel tv kijkt is in Utrecht kleiner dan landelijk.
- Allochtone kinderen en kinderen van laag opgeleide ouders kijken vaker tv. Met name op kleuterleeftijd zijn deze verschillen groot: 3% van de Nederlandse kleuters keek langer dan 2,5 uur tv tegenover 24% van de Marokkaanse kleuters en 22% van de Turkse kleuters.
- Naar mate kinderen ouder worden spenderen zij meer tijd achter de (spel)computer. Eén op de vier brugklassers had de voorgaande dag meer dan anderhalf uur gecomputered (exclusief huiswerk).
- Jongens computeren meer dan meisjes. Op kleuterleeftijd computeren allochtone kinderen en kinderen van laagopgeleide ouders meer. In de brugklas zijn de verschillen minder groot en eenduidig.

Twee factoren waarvan verondersteld wordt dat zij van invloed zijn op de mate van lichamelijke activiteit zijn televisiekijken en computeren. In 2000 keken jongeren van 12-18 jaar in Nederland gemiddeld 10 uur per week televisie en brachten 25 minuten per dag door achter de computer. Jongens zaten gemiddeld 36 minuten per dag achter de computer en meisjes 12 minuten. Onder 12-18 jarigen is het aantal uren televisiekijken sinds 1995 gedaald van 13 naar 10 uur per week. In diezelfde periode is het computergebruik gestegen. (Leest, 2005a) Van de 16-19 jarigen heeft tegenwoordig 97% een pc in huis en gebruikt 80% de pc dagelijks. (Broek, 2005)

Landelijk kijkt 18 % van de 4-11 jarigen meer dan 20 uur per week tv (ofwel gemiddeld 3 uur per dag). Van de 12-17 jarigen kijkt 36% meer dan 20 uur per week tv. (CBS Statline). Van de Amsterdamse 6-14 jarigen keek in 2003 40% van de jongens en 37% van de meisjes de voorgaande dag meer dan 2 uur TV. Gemiddeld keken jongens de voorgaande dag 96 min tv en de meisjes 93 min. Maximaal 2 uur tv kijken is de richtlijn van de American Academy of Pediatrics. (Renders, 2004)

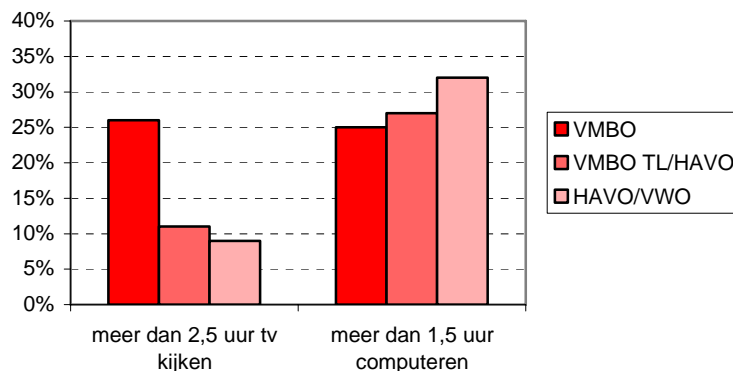
Ook in Utrecht wordt door de jeugd veel tv gekeken. Uit GG&GD onderzoek in de schooljaren 2003/2004 en 2004/2005 blijkt dat ongeveer 10% van basisschoolleerlingen in Utrecht de voorgaande dag meer dan tweeënhalf uur tv, video of dvd had gekeken. Eén op de veertien kinderen in groep 2 en één op negen kinderen in groep 6 had meer dan anderhalf uur achter de (spel)computer gezeten. Dit is wat lager dan landelijk. Landelijk zit 10% van de basisschoolleerlingen meer dan 2 uur per dag achter de computer (Schuller, 2004). Ook wat betreft het aandeel kinderen dat lang tv kijkt is het beeld in Utrecht gunstiger dan landelijk en gunstiger dan in Amsterdam.

In de winter wordt meer tv gekeken en gecomputerd dan in de zomer. Jongens en meisjes kijken even vaak tv, maar jongens computeren vaker dan meisjes. Ook naar etniciteit zijn er verschillen. Vooral Marokkaanse en Turkse kleuters in groep 2 blijken erg veel tv te kijken en achter de computer te zitten. Van de Marokkaanse kleuters in groep 2 had 24% de voorgaande dag meer dan tweeënhalf uur tv gekeken en 10% meer dan anderhalf uur gecomputerd. Bij Turkse kleuters in groep 2 waren deze

percentages resp. 22% voor tv kijken en 15% voor computeren. Van de Nederlandse kleuters in groep 2 keek slechts 3% meer dan tweeënhalve uur tv en computerde 4% langer dan anderhalf uur. De wijk Overvecht springt er wat tv kijken door kleuters in negatieve zin uit: 34% keek de voorgaande dag meer dan tweeënhalve uur tv terwijl dit gemiddeld voor de gemeente Utrecht op 10% ligt.

In de brugklas van het voortgezet onderwijs wordt meer tv gekeken en gecomputeerd dan op de basisschool: 18% van de brugklassers gaf aan dat zij de voorgaande dag meer dan tweeënhalve uur tv had gekeken en 27% had meer dan anderhalf uur achter de (spel)computer gezeten. Ook op deze leeftijd kijken autochtone kinderen minder vaak lang tv dan allochtone kinderen (12% versus 23%).

Uit het onderzoek komen ook verschillen naar sociaal-economische status naar voren. Kinderen met laag opgeleide ouders kijken vaker lang tv dan kinderen met hoog opgeleide ouders. Dit geldt zowel voor kinderen op de basisschool als in de brugklas van het voortgezet onderwijs. In Amsterdam werd dezelfde relatie gevonden. In de brugklas ziet men ook een relatie met het schooltype: hoe lager het schooltype hoe meer kinderen lang tv kijken. Van de VMBO brugklasleerlingen keek 26% de voorgaande dag meer dan tweeënhalve uur tv terwijl dit bij HAVO/VWO leerlingen 9% was. Zie figuur 21.



Figuur 21. Percentage Utrechtse brugklassers dat de voorgaande dag veel tv gekeken had of veel gecomputeerd, naar schooltype. (bron JIS 2003/2005)

Voor computeren is het beeld wat meer gedifferentieerd. In het basisonderwijs wordt vaker lang gecomputeerd door kinderen van laag opgeleide ouders terwijl er in de brugklas geen verschillen meer bestaan naar het opleidingsniveau van de ouders. Wel computeren brugklasleerlingen op het HAVO/VWO vaker meer dan anderhalf uur per dag dan hun leeftijdsgenoten op het VMBO (32% van de HAVO/VWO leerlingen versus 25% van de VMBO leerlingen). Zie figuur 21.

Relatie bewegen en overgewicht

Er komen steeds meer aanwijzingen voor een verband tussen het aantal uren tv kijken en overgewicht. Tv kijken vervangt bezigheden die meer lichamelijke activiteit eisen en gaat vaak gepaard met snackgedrag terwijl reclame de voedingsgewoonten ongunstig beïnvloedt (Renders, 2004). Deze relatie is voor Utrecht nog niet onderzocht.

2.7.4 Mondgezondheid

Kernpunten

- De belangrijkste gebitsproblemen bij de jeugd in Nederland zijn cariës, tanderosie en orthodontische afwijkingen.
- Riciisogroepen voor cariës zijn kinderen uit gezinnen met een lage sociaal-economische status en allochtone kinderen. Eén op de drie AGIS ziekenfondsverzekerden in de leeftijd van 2-18 jaar is in 2003 niet bij de tandarts geweest. Marokkaanse en Turkse kinderen gaan minder vaak naar de tandarts dan andere kinderen in Utrecht.
- Eén op de vijf bij AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen werd in 2003 behandeld voor gaatjes. Turkse en Marokkaanse kinderen werden vaker behandeld voor gaatjes dan andere Utrechtse kinderen.
- Eén op de zes bij AGIS ziekenfondsverzekerde jongeren van 12-18 jaar had in 2003 de orthodontist bezocht. Meisjes bezochten vaker de orthodontist, Turkse en Marokkaanse jongeren minder vaak.
- Tanderosie is een toenemend probleem onder de Nederlandse jeugd. De gevolgen zijn ernstig en irreversibel. Er zijn geen gegevens bekend over het voorkomen van tanderosie bij de Utrechtse jeugd,

Het belang van een goede mondgezondheid wordt door het NIGZ als volgt omschreven: ‘Een goede mondgezondheid is belangrijk voor het lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. Naast functies als eten en drinken is de mond belangrijk voor het praten, lachen en het uiterlijk.’ (www.nigz.nl: dossier mondgezondheid)

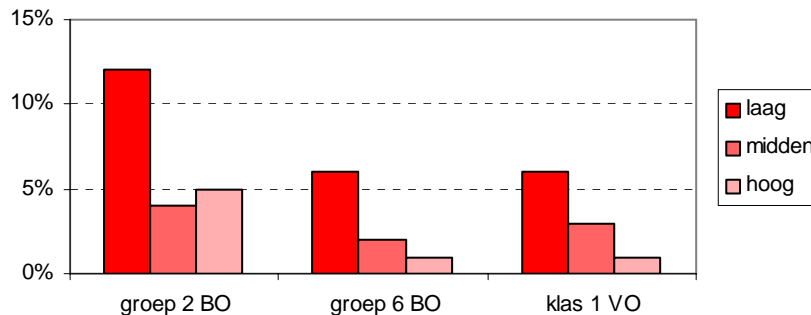
De drie meest voorkomende gebitsproblemen bij de Nederlandse jeugd zijn cariës, tanderosie en orthodontische afwijkingen. Factoren die belangrijk zijn voor het behouden van een gezond gebit liggen op het gebied van tandenpoetsen, gebruik fluoride-tandpasta, voeding (aantal eetmomenten, niet te veel suiker en zure producten) en regelmatig preventief tandartsbezoek. Deskundigen onderschrijven het belang om op jonge leeftijd met preventie te beginnen vanwege de gewoontevorming en de onomkeerbaarheid van de gevolgen van een slechte mondzorg.

Cariës

in de afgelopen decennia komt cariës bij kinderen en jongeren in Nederland steeds minder voor. De hoofdoorzaak hiervan is het tweemaal daags poetsen met fluoride-pasta. (Schuller, 2004). Uit onderzoek door de GGD Den Haag blijkt dat cariës in Den Haag meer voorkomt bij kinderen uit gezinnen met een lagere sociaal-economische status (SES) en dat binnen deze groep Turkse en Marokkaanse kinderen vaker cariës hebben. De verschillen worden hoofdzakelijk toegeschreven aan verschillen in mondverzorging (ofwel tandenpoetsen) en preventieve tandartscontrole. (Oudenhoven, 2001)

Het voorkomen van cariës bij Utrechtse kinderen en jongeren is niet bekend. Ook ontbreken recente Utrechtse gegevens over tandenpoetsen. Gegevens over tandartsbezoek zijn wel beschikbaar. Uit onderzoek door de JGZ komt naar voren dat 8% van de Utrechtse leerlingen in groep 2BO en 3,5% van de leerlingen in groep 6BO en klas 1 VO niet jaarlijks voor controle naar de tandarts gaat. Hierbij dient aangetekend te worden dat het hier om zelfrapportage gaat. Kinderen van laag opgeleide ouders,

allochtone kinderen en jongeren op het VMBO gaan volgens het JGZ onderzoek minder vaak jaarlijks naar de tandarts voor controle. In figuur 22 zijn de verschillen naar opleidingsniveau van de ouders weergegeven. In alle leeftijdsgroepen gaan kinderen van laag opgeleide ouders minder vaak voor jaarlijkse controle naar de tandarts.



Figuur 22. Niet jaarlijks voor controle naar de tandarts, naar opleidingsniveau van de ouders. (bron: JIS 2002/2003)

Ook zijn er verschillen naar etniciteit. Allochtone kleuters gaan volgens hun ouders minder vaak jaarlijks voor controle naar de tandarts dan autochtone kleuters (86% tegenover 96%). In groep zes zijn het vooral de Turkse kinderen die niet jaarlijks voor controle naar de tandarts gaan (11% tegenover 3,5% gemiddeld). Van de brugklasleerlingen in VMBO-TL/HAVO en HAVO/VWO brugklassen gaat, naar eigen zeggen, slechts 1% niet jaarlijks naar de tandarts. Bij brugklassers op het VMBO is dit 6%.

Uit de AGIS Health Database komt een iets ander beeld naar voren. In het kalenderjaar 2003 was 33% van de 2-18 jarige bij AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen en jongeren niet voor controle naar de tandarts geweest. Dit percentage ligt aanzienlijk hoger dan de 6-12% die uit het onderzoek door de JGZ naar voren komt.³⁶ Redenen voor het verschil tussen het gerapporteerd en het feitelijk tandartsbezoek kunnen gelegen zijn in sociale wenselijkheid of een verkeerde inschatting door de ouders (men is van plan naar de tandarts te gaan, maar het is er dat jaar nog niet van gekomen). Ten opzichte van de Provincie Utrecht zijn er geen verschillen. Ook in de rest van de provincie ging één op de drie AGIS ziekenfonds-verzekerde kinderen in 2003 niet voor controle naar de tandarts. Uit de AGIS registratie blijkt verder dat kinderen die niet voor controle naar de tandarts gingen, ook niet voor andere behandelingen naar de tandarts kwamen.

In Utrecht gingen Marokkaanse en Turkse kinderen iets minder vaak voor controle naar de tandarts, maar de verschillen met andere Utrechtse kinderen waren niet erg groot³⁷. In Nederland worden ouders geadviseerd vanaf 2 jaar jaarlijks met hun peuter de tandarts te bezoeken. Slechts één op de vijf ouders van twee- en driejarige kinderen in Utrecht volgde dit advies op. Hierbij werden geen verschillen

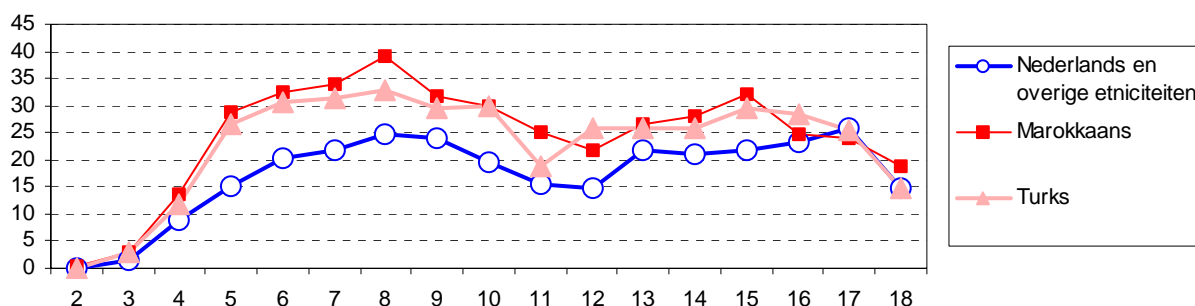
³⁶ Voor een goede vergelijking is hier gekeken naar het zelfgerapporteerde gedrag van kinderen van laag opgeleide ouders in groep 2BO, groep 6 BO en klas 1 VO.

³⁷ 36% van de Marokkaanse kinderen en 38% van de Turkse kinderen was in 2003 niet voor controle naar de tandarts geweest. Onder de AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen van Nederlandse of andere etniciteit was dit 34%.

gevonden naar etniciteit. Van alle Utrechtse wijken is Vleuten-De Meern de wijk waarin relatief de meeste kinderen naar de tandarts gaan. Ten opzichte van 2001 is het controlebezoek aan de tandarts in 2003 gelijk gebleven, alleen bij de 12-18 jarigen was het controlebezoek ten opzichte van 2001 gedaald.

In 2003 heeft één op de vier (27%) AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen in de leeftijd van 2 tot en met 18 jaar een preventieve tandartsbehandeling gekregen zoals reiniging (van plaque of tandsteen) of sealants (afdekken van tandgroeven met een laagje ter bescherming tegen cariës). Dit percentage was het hoogst onder de 12-18 jarigen (37%). Etnische verschillen werden niet gevonden, wel wijkverschillen. Het percentage kinderen met een preventieve gebitsbehandeling was in de wijk West het laagst, met slechts 22% en de wijken Oost, Binnenstad, Zuidwest en Vleuten-De Meern het hoogst met 30%. Ten opzichte van 2001 is er een stijging van het percentage preventieve gebitsbehandelingen. In de Provincie Utrecht was juist sprake van een daling.

In 2003 vonden bij één op de vijf jeugdige AGIS ziekenfondsverzekerden (2-18 jaar) één of meerdere restauraties van tanden of kiezen plaats (in de volksmond: het vullen van gaatjes). In de provincie Utrecht lag dit percentage gelijk. Bij Turkse en Marokkaanse kinderen kwamen restauraties vaker voor dan bij andere kinderen. In figuur 23 is te zien dat bij Turkse en Marokkaanse kinderen van 5 tot 15 jaar vaker gebitsrestauraties plaatsvinden dan bij andere kinderen. Blijkbaar komt cariës bij hen vaker voor. Ten opzichte van 2001 is het aandeel jeugdigen waarbij restauraties plaats vonden gelijk gebleven. In de Provincie Utrecht was in deze periode sprake van een daling.



Figuur 23. Gebitsrestauratie bij AGIS ziekenfondsverzekerde jeugdigen 2-18 jaar in Utrecht (%). (Bron: AGIS Health Database 2003).

Tanderosie

Erosieve gebitslijtage of tanderosie is het irreversibel verlies van de glazuurlaag van tanden en kiezen. Op dit moment is het een van de sterkst toenemende gebitsproblemen bij de jeugd. In Den Haag nam de prevalentie onder 12-jarigen tussen 1998 en 2002 toe van 1% naar 23%. Belangrijke oorzaken zijn waarschijnlijk de toename van de consumptie van zgn. erosieve dranken zoals sportdranken, vruchtendranken en koolzuurhoudende frisdranken, en te vaak (meer dan 2 keer per dag) en te krachtig reinigen van het gebit. In tegenstelling tot cariës komt tanderosie in alle lagen van de bevolking voor. (Blom, 2005) Het voorkomen van tanderosie in Utrecht is onbekend.

Orthodontische problemen

Bij kinderen en jongeren is niet alleen het voorkomen van cariës en de reiniging van het gebit van belang maar ook de groei van de kaken en de ontwikkeling van het gebit. Gebits- of kaakafwijkingen kunnen door middel van een beugelbehandeling worden bijgestuurd. Doel van de behandeling is te komen tot een goed functionerend, regelmatig gebit dat goed schoon te houden is en er mooi uitziet. (www.orthodontist.nl) Veel jongeren in Nederland dragen een beugel of hebben een beugel gedragen. In 2003 had meer dan de helft van de 12-17 jarigen in Nederland ooit een beugel gedragen. Ziektenfonds-verzekerden hebben minder vaak ooit een beugel gedragen dan particulier verzekerden. (www.statline.nl)

In 2003 was in Utrecht 16% van de 12-18 jarigen en 4% van de 4-11 jarige bij AGIS ziekenfondsverzekerden in behandeling bij een orthodontist. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de provincie Utrecht. Meisjes werden vaker orthodontisch behandeld, Marokkaanse en Turkse kinderen minder vaak. In de wijk Zuidwest kregen relatief weinig kinderen een orthodontisch behandeling, in de wijken Noordoost, Oost, Binnenstad en Vleuten-De Meern relatief veel kinderen. Ten opzichte van 2001 is er zowel in de gemeente Utrecht als in de provincie Utrecht sprake van een stijging van orthodontische behandelingen.

2.7.5 Middelengebruik

Kernpunten

- Het middelengebruik onder de Utrechts jeugd steekt gunstig af ten opzichte van het gebruik landelijk.
 - Utrechtse brugklassers experimenteren minder met roken en roken minder vaak dan landelijk.
 - Zij experimenteren minder met alcohol en drinken minder vaak dan landelijk.
 - Het cannabisgebruik door 12 jarige brugklassers ligt iets hoger dan landelijk, voor 13-jarigen lager.
- In de brugklas wordt met name door Marokkaanse jongeren weinig of niet gerookt . Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse jongens hebben in de brugklas al even vaak gerookt als brugklassers elders in Nederland.
- Door Marokkaanse en Turkse brugklassers wordt (bijna) geen alcohol gedronken. Nederlandse brugklassers (jongens en meisjes) en Surinaams/Antilliaanse jongens drinken vaker alcohol dan landelijk.
- Meer dan een kwart van de Utrechtse jongvolwassenen (16-24 jaar) gebruik overmatig alcohol. Overmatig alcoholgebruik komt in Utrecht bij volwassenen vaker voor dan landelijk.
- Het rookgedrag van de Utrechtse ouders is ongunstig. Eén op de drie kinderen in Utrecht heeft ouders die roken. Onder Turkse kinderen is dit 61% en bij kinderen van laagopgeleide ouders 53%. Kinderen die blootgesteld worden aan tabaksrook hebben een groter risico op longkanker, hart- en vaatziekten en wiegendood.
- Het is onbekend hoeveel vrouwen in Utrecht tijdens de zwangerschap roken. Landelijk is dit 15%.

Roken

In vergelijking met andere leefstijlfactoren is de bijdrage van roken aan de totale ziektelast groot. Bijna 15% van de totale ziektelast is toe te schrijven aan roken. Dit wordt met name veroorzaakt door longkanker, COPD, coronaire hartziekten en beroerte. (Hoeymans, 2002)

Jongeren in Nederland beginnen al op vroege leeftijd te experimenteren met roken. Landelijk heeft 11% van de leerlingen in groep 7 en 8 al eens gerookt. Dit percentage neemt toe tot 63% op 18 jarige leeftijd. Van de jongeren in het Voortgezet Onderwijs heeft landelijk gemiddeld 20% in de afgelopen maand nog gerookt en 9% rookt dagelijks (Laar, 2004). Rond 13-14 jaar is de stijging in het percentage rokers het sterkst (Leest, 2005a). In Nederland wordt op het VMBO en MBO meer gerookt dan op HAVO en VWO. De verschillen tussen meisjes en jongens zijn ambigu. Volgens het Peilstationonderzoek van het Trimbos roken meisjes vaker dan jongens, volgens onderzoek van Stivoro minder vaak (Laar, 2004; Leest 2005a). Na een periode van vijf jaar waarin het percentage jeugdige rokers stabiel bleef is in 2003 en 2004 het roken onder de Nederlandse jeugd afgenomen. (Leest, 2005a)

Voor Utrecht zijn alleen recente cijfers bekend over het rookgedrag van de Utrechtse brugklassers (bron JMU 2005). Van de Utrechtse brugklassers heeft 19% ooit gerookt, 2% rookt af en toe en 1% dagelijks. Dit ligt beduidend lager dan landelijk: 31% van de 12/13 jarigen heeft ooit gerookt en 3% rookt dagelijks (Bogt, 2003). In de Utrechtse brugklassen wordt door jongens en meisjes even vaak gerookt. Surinaamse en Antilliaanse leerlingen experimenteren het vaakst met roken: 28% van hen heeft ooit gerookt; Marokkaanse leerlingen het minst (4%). Nederlandse, Turkse en overige etnische brugklassers liggen hier tussen in met resp. 23%, 19% en 19% dat ooit gerookt heeft. Ook in Utrecht zijn er verschillen naar schooltype, maar anders dan landelijk wordt in de brugklassen VMBO-TL/HAVO het meest geëxperimenteerd met roken, meer dan op de VMBO scholen (25% versus 19%).

Uit eerder onderzoek van de GG&GD bleek dat in de periode 1996-2001 gemiddeld 21% van Utrechtse jeugd van 12-18 jaar ooit gerookt had (Eijdsen, 2002). Over deze periode was er in Utrecht sprake van een toenemende trend in de lage SES groep en een afnemende trend onder de hoge en midden SES. In hoeverre deze ontwikkeling zich na 2001 heeft voortgezet is, met de beschikbare gegevens, niet na te gaan.

Experimenteren met roken is niet ongevaarlijk. Leerlingen die experimenteren met roken hebben een aanzienlijk grotere kans een regelmatige roker te worden. Roken is verslavend, ook bij jongeren die net begonnen zijn met roken. Hoe langer jongeren roken hoe moeilijker het voor ze is om te stoppen. (Engels, 2000)

Passief roken

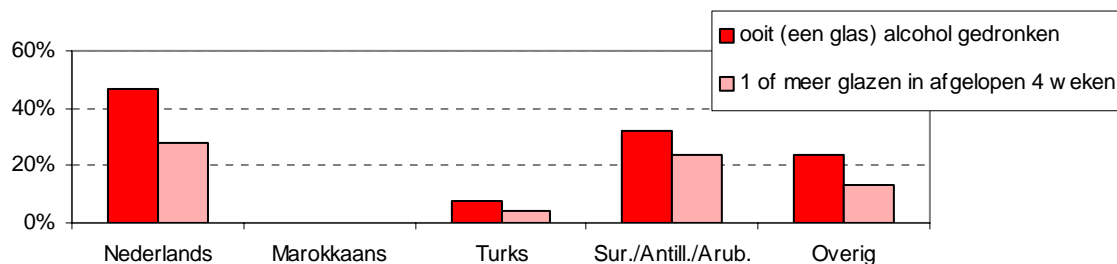
Door passief roken ofwel de blootstelling aan omgevingstabaksrook neemt het risico op longkanker met circa 20% en op hart- en vaatziekten met 20-30% toe ten opzichte van mensen die niet aan tabaksrook worden blootgesteld. Bij baby's is roken één van de risicofactoren van wiegendood. Bij kinderen leidt meeroken landelijk tot vele tienduizenden gevallen van luchtwegaandoeningen (Willemsen, 2005). Verder is de kans dat kinderen zelf gaan roken groter wanneer de ouders roken. Reijneveld et al hebben onderzoek gedaan onder een landelijk representatieve steekproef van bijna 6000 baby's tussen 0 tot 3 maanden. Uit hun gegevens blijkt dat bij 31% van de baby's één of beide ouders rookte en bij 38% werd in de huiskamer gerookt. (Reijneveld, 2005)

Door volwassenen in Utrecht wordt ongeveer even vaak gerookt als landelijk (32%). Volwassenen mét thuiswonende kinderen roken even vaak als andere Utrechtse volwassenen. Wél roken Utrechtse ouders met nul tot driejarige kinderen (23%) minder vaak dan andere ouders. Turkse ouders in Utrecht roken vaker dan gemiddeld: 61% van de Turkse kinderen heeft een of twee ouders die roken. Door ouders met een laag opleidingsniveau wordt meer dan drie keer zo vaak gerookt als door ouders met een hoog opleidingsniveau. Onbekend is of de ouders in huis roken of alleen buitenshuis.

Alcohol

Jongeren in Nederland beginnen al vroeg met het drinken van alcohol. De meeste scholieren beginnen met drinken als zij tussen de 11 en 14 jaar oud zijn. In groep 7 en 8 van de basisschool heeft de helft van de leerlingen wel eens alcohol gedronken. Bij ruim één derde van de scholieren in het basisonderwijs is thuis alcohol drinken toegestaan. Op 14-jarige leeftijd hebben bijna alle jongeren kennis gemaakt met alcohol (87%). Vanaf het twaalfde jaar beginnen scholieren ook wekelijks te drinken. Op 16-jarige leeftijd drinkt 68% wekelijks. Dit percentage neemt na deze leeftijd nauwelijks meer toe. Er zijn landelijk geen grote verschillen in alcoholgebruik naar type voortgezet onderwijs. Het alcoholgebruik onder jongeren van 12 tot 14 jaar is in het afgelopen decennium toegenomen. In de oudere leeftijdscategorie is geen toename zichtbaar van het aantal scholieren dat ooit gedronken heeft. (Monshouwer, 2004)

Uit de Utrechtse Jeugdmonitor blijkt dat 27% van de Utrechtse brugklasleerlingen ooit alcohol heeft gedronken en 18% van de brugklassers heeft in de afgelopen 4 weken nog één of meer glazen alcohol gedronken. Dit is lager dan landelijk. Landelijk heeft 62% van de 12/13-jarige jongens en 52% van de 12/13-jarige meisjes ooit alcohol gedronken. Het percentage brugklassers dat in de afgelopen maand alcohol heeft gedronken is landelijk 29% voor jongens en 19% voor meisjes (Bogt, 2003). Het alcoholgebruik van Utrechtse brugklassers is vergelijkbaar met dat van Rotterdamse brugklassers.



Figuur 24. Alcoholgebruik Utrechtse brugklassers, naar etniciteit (Bron: JMU)

Van alle brugklassers in Utrecht drinken de Nederlandse brugklassers het vaakst alcohol, gevolgd door Surinaams/Antilliaanse brugklassers (figuur 24). Bijna de helft (42%) van de Nederlandse brugklassers en één op drie (32%) Surinaams/Antilliaanse brugklassers heeft wel eens alcohol gedronken. Jongens drinken meer dan meisjes. Een derde van de Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse jongens heeft in de afgelopen 4 weken nog één of meer glazen alcohol gedronken. Onder Nederlandse en Surinaams/Antilliaanse meisjes zijn deze percentages resp. 24% en 19%. Nederlandse en Surinaamse

jongens en meisjes drinken vaker of even vaak alcohol dan hun leeftijdsgenoten landelijk. Marokkaanse en Turkse brugklassers drinken daarentegen weinig of geen alcohol. Van de Marokkaanse brugklassers had 0% ooit alcohol gedronken, van de Turkse leerlingen 9%. Van de Turkse jongens had 5% in de afgelopen 4 week één of meer glazen alcohol gedronken, van de Turkse meisjes 4%. Deze verschillen naar etniciteit ziet men ook landelijk terug. (Laar, 2004). Leerlingen op het VMBO drinken het minst alcohol: 19% van de VMBO brugklassers heeft ooit alcohol gedronken tegenover 31% van de HAVO/VWO brugklassers.

Uit eerder onderzoek van de GG&GD kwam naar voren dat in de periode 1996-2001 gemiddeld 38% van Utrechtse jeugd van 12-18 jaar ooit alcohol gebruikt had en 16% in de voorgaande maand 10 of meer glazen alcohol gedronken had (Eijsden, 2002). Alcoholgebruik kwam vooral veel voor onder jongeren uit de hogere sociaal-economische milieus. Allochtone jongeren gebruikten minder vaak alcohol dan autochtone jongeren. Over de periode 1996-2001 was er in Utrecht sprake een afnemende trend, terwijl er in die periode landelijk een toename van het alcoholgebruik door jongeren zichtbaar was. (Eijsden, 2002) . In hoeverre deze ontwikkeling zich na 2001 heeft voortgezet is, met de beschikbare gegevens, niet na te gaan.

Overmatig alcoholgebruik

Overmatig alcoholgebruik heeft veel negatieve gevolgen, niet alleen voor het individu zelf maar ook voor de omgeving. Overmatig alcoholgebruik verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker en heeft negatieve effecten op diverse organen en systemen van het menselijk lichaam. Ook heeft overmatig alcoholgebruik een nadelige invloed op de vruchtbaarheid en bij zwangere vrouwen op de ontwikkeling van het ongeboren kind. (Leest, 2005b). Daarnaast is er kans op verslaving ofwel alcohol-afhankelijkheid. Bij de jeugd van 15 – 25 jaar is alcoholafhankelijkheid één van de vijf aandoeningen die de grootste sterfte en ziektelast veroorzaken (daly's).

Overmatig alcoholgebruik komt bij meer dan een kwart van de Utrechtse jong volwassenen voor. Er is sprake van overmatig alcoholgebruik bij mannen wanneer zij dagelijks 3 of meer glazen drinken en bij vrouwen dagelijks 2 glazen of meer. Probleemdrinken³⁸ komt in Utrecht bij 34% van de 18-24 jarigen voor: 55% bij de mannen en 21% bij de vrouwen in deze leeftijd. Dit ligt aanmerkelijk hoger dan landelijk. Volgens onderzoek van CBS-Pols uit 2003 komt probleemdrinken landelijk bij 39% van mannen van 18-24 jaar voor en bij 12% van de vrouwen. Uit eerder onderzoek door de GG&GD Utrecht bleek dat het verhoogd voorkomen van problematisch en onverantwoord alcoholgebruik in Utrecht deels maar niet geheel te verklaren is door de relatief grote studentenpopulatie in Utrecht (Toet, 2003).

³⁸ Definitie volgens CBS: minimaal één dag per week meer dan 6 glazen per dag.

Drugs

Van de Utrechtse brugklassers gebruikt 1,6% cannabis³⁹. Onder jongens was dit 2,9% en onder meisjes 0,4% (bron: JMU). Dit percentage is vergelijkbaar met Rotterdam. In vergelijking met landelijk is het cannabisgebruik van de 12 –jarigen in Utrecht iets hoger dan landelijk (1,2% in Utrecht versus 0,7% landelijk) en van de 13-jarigen een lager dan landelijk (1,1% in Utrecht versus 2,9% landelijk). (Monshouwer, 2004). De gemiddelde beginleeftijd voor cannabisgebruik ligt landelijk tussen de 14 en 16 jaar. Op zestienjarige leeftijd heeft gemiddeld 34% in de afgelopen maand cannabis gebruikt. Voor Utrecht is dit percentage niet bekend.

Uit eerder onderzoek van de GG&GD bleek dat in Utrecht jongeren met een hogere SES vaker softdrugs (cannabis) gebruiken dan jongeren uit een laag sociaal-economisch milieu (Eijsden, 2002). Landelijk worden geen verschillen gevonden in de frequentie van marihuana-gebruik tussen verschillende schooltypen, wel naar het aantal joints dat gemiddeld per keer gerookt wordt. In de periode 1999-2003 is landelijk het gebruik van cannabis in de afgelopen maand onder jongens gedaald en onder meisjes gelijk gebleven. (Monshouwer, 2004)

Volgens deskundigen heeft het merendeel van de jongeren in Nederland het gebruik van cannabis goed onder controle en maakt er slechts recreatief gebruik. Vooral jonge gebruikers die al op 12/13 jarige leeftijd beginnen, vaak en dikwijls blowen en dit doen om de verveling te verdrijven of te kunnen functioneren, worden als risicogroep gezien. (Mikado, 2005) De omvang van deze groep is onbekend.

2.7.6 Zwemvaardigheid

Kernpunten

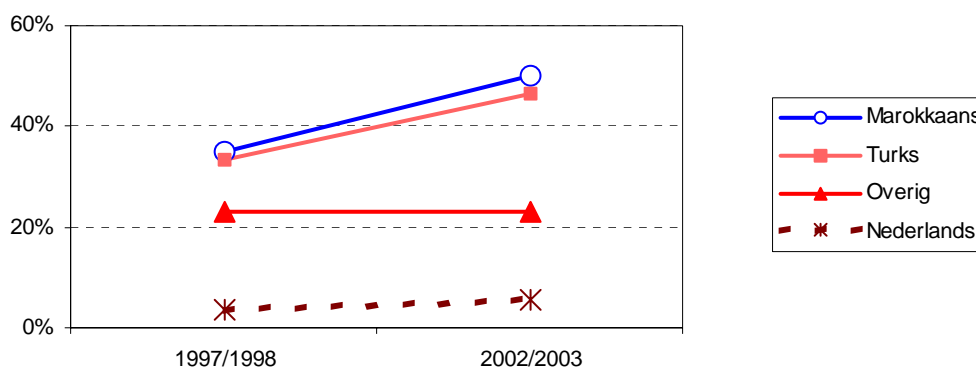
- Eén op de vier brugklassers in Utrecht heeft geen zwemdiploma. Van de Turkse en Marokkaanse brugklassers heeft bijna de helft géén zwemdiploma.
- De zwemvaardigheid van Turkse en Marokkaanse kinderen in Utrecht is sinds eind jaren negentig sterk gedaald.

Jaarlijks worden in Nederland 270 kinderen behandeld in het ziekenhuis of spoedeisende hulp voor bijna-verdrinking en sterven zo'n 30 kinderen als gevolg van verdrinking. Het merendeel (19) van hen is jonger dan 5 jaar. Verdrinking is daarmee de belangrijkste oorzaak van sterfte door privé-ongeval bij jongens tot 19 jaar. Bij meisjes komt dood door verdrinking minder vaak voor. (Berg, 2004) Verdrinking van kinderen ouder dan 4 jaar betreft bijna uitsluitend allochtone kinderen.

In Utrecht blijken er grote etnische verschillen te bestaan in zwemvaardigheid. Nederlandse kinderen beginnen al op jonge leeftijd met zwemles. In groep 2 heeft 16% van de Nederlandse kinderen al een zwemdiploma en zit 56% op zwemles. Bij Marokkaanse en Turkse kinderen in groep 2 heeft slechts 2%

³⁹ Eén of meer keer in de afgelopen 4 weken.

een zwemdiploma en zit 13% op zwemles. In groep 6 hebben bijna alle Nederlandse leerlingen (96%) een zwemdiploma terwijl nog maar één op de drie Turkse en Marokkaanse kinderen in groep 6 een zwemdiploma heeft. In de brugklas heeft bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse leerlingen (48%) géén zwemdiploma.



Figuur 25. Percentage Utrechtse brugklassers zonder zwemdiploma, naar jaar en etniciteit. (Bron: JIS 1997/1998 en JIS 2002/2003; zonder Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern)

Naast etnische verschillen zijn er ook verschillen naar sociaal-economische status. Van de Nederlandse brugklasleerlingen met laag opgeleide ouders had 7% géén zwemdiploma tegenover 1% van de Nederlandse leerlingen met hoog opgeleide ouders. Van de Marokkaanse en Turkse brugklasleerlingen met laag opgeleide ouders heeft 50% geen zwemdiploma en met hoog opgeleide ouders 21%. Wat betreft wijkverschillen zien we het volgende beeld. In de wijk Zuidwest beginnen kinderen het laatst met zwemles en in de wijk Noordwest is het percentage jongeren zonder zwemdiploma het hoogst. (Bron: JIS 2002/2003)

Ten opzichte van het schooljaar 1997/98 is het aandeel Utrechtse jongeren zonder zwemdiploma gestegen van 16% naar 24%. In figuur 25 is te zien dat deze stijging geheel toe te schrijven is aan de toename van het percentage Marokkaanse en Turkse kinderen zonder zwemdiploma. In 1997/98 behaalde 34% van hen géén zwemdiploma; in 2002/2003 was dit 48%. Onder Nederlandse jongeren en andere etnische groepen is het percentage zonder zwemdiploma (bijna) constant gebleven.

2.7.7 Seksueel gedrag

Kernpunten

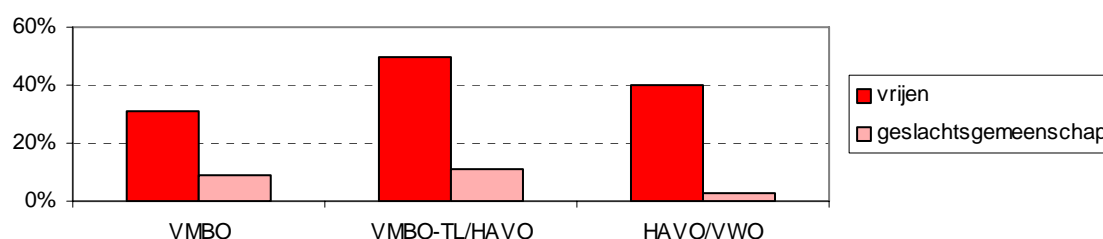
- Uit landelijk onderzoek blijkt dat jongeren die voor hun veertiende geslachtsgemeenschap hebben een risicogroep vormen. Zij gebruiken minder vaak anticonceptie en worden vaker overgehaald dan andere jongeren.
- In Utrecht heeft een kwart van de brugklassers wel eens gevrijd en 3% heeft geslachtsgemeenschap gehad. Utrechtse meisjes in de brugklas zijn seksueel minder actief dan hun leeftijdsgenoten landelijk.
- Er zijn geen gegevens bekend over het gebruik van condooms en het voorkomen van soa onder de Utrechtse jeugd. In 2003 werd bij één op de zeven Utrechtse tieners die de soa-polikliniek bezocht een soa gediagnosticeerd.
- In 2003 gebruikte in Utrecht één op de drie bij AGIS ziekenfondsverzekerde jonge vrouwen (16-18 jaar) een anticonceptiepil en bijna 2% gebruikte een morning-afterpil. Turkse en Marokkaanse jonge vrouwen gebruiken aanzienlijk minder vaak een anticonceptiepil of morning-afterpil.
- Seksuele dwang komt onder meisjes en vrouwen in Nederland vaak voor. Voor Utrecht zijn geen cijfers bekend. In 2003 werden 32 minderjarige Utrechtse meisjes in risicovolle misbruikrelaties voor hulpverlening aangemeld.
- Het percentage geboortes bij tienermeisjes ligt in Utrecht hoger dan landelijk. In Utrecht zijn relatief veel tienermoeders van Turkse en Marokkaanse afkomst. Het is niet bekend in hoeverre zij een risicogroep vormen.

Onveilig vrijen of seksueel risicogedrag kan leiden tot seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en ongewenste zwangerschappen. Met name op jonge leeftijd lopen jongeren meer risico. Uit landelijk onderzoek blijkt dat jongeren van 12 tot en met 14 jaar zich bij geslachtsgemeenschap minder goed beschermen tegen seksueel overdraagbare aandoeningen en zwangerschap dan jongeren die ouder zijn. Ongeveer één op de drie 12-14 jarige jongens (30%) en één op de vijf meisjes (19%) in Nederland gebruikte bij de laatste partner geen anticonceptie. Verder blijkt uit dit landelijke onderzoek dat wanneer jongeren voor hun 14^e geslachtsgemeenschap hebben de kans relatief groot is dat zij daartoe zijn overgehaald: 32% van de meisjes en 8% van de jongens jonger dan 14 was de eerste keer overgehaald. (Graaf, 2005)

Van de Utrechtse brugklasleerlingen heeft 28% wel eens gevrijd (zoenen/strelen) en 3% heeft geslachtsgemeenschap gehad. Het aandeel jongens dat wel eens gevrijd heeft of geslachtsgemeenschap heeft gehad ligt aanmerkelijk hoger dan bij meisjes: 40% van de jongens en 18% van de meisjes in de brugklas heeft wel eens gevrijd; 6% van de jongens en 1% van de meisjes heeft geslachtsgemeenschap gehad. In vergelijking met landelijk zijn er bij de jongens nauwelijks of geen verschillen, maar bij de meisjes wel. Landelijk heeft 5% van de 12 en 13 jarige meisjes en 11% van de 14 jarige meisjes geslachtsgemeenschap gehad. (Graaf, 2005) Dit is dus aanzienlijk hoger dan 1% van de Utrechtse meisjes.

Uit landelijk onderzoek blijkt dat laagopgeleide jongens al op jonge leeftijd meer ervaring hebben met verschillende vormen van seksueel gedrag. (Graaf, 2005) Dit beeld zien we in Utrecht niet terug. In figuur 26 is te zien dat in Utrecht jongens in VMBO-TL/HAVO brugklassen het meest seksueel actief zijn. Bij meisjes zijn de verschillen naar etniciteit opvallend. Van de Nederlandse en Surinaams / Antilliaanse

meisjes heeft meer dan een kwart wel eens gevrijd. Bij Marokkaanse en Turkse meisjes is dit resp. 4% en 6%. (Bron: JMU). Dit beeld ziet men ook landelijk terug.



Figuur 26. Seksueel gedrag Utrechtse jongens in de brugklas, naar schooltype. (Bron: JMU)

Seksuele aandoeningen

Uit landelijk onderzoek blijkt dat gemiddeld bij 0,2% van de 12-14 jarige jongens en 0,4% van de 15-19 jarige jongens het voorgaande jaar een soa geconstateerd was. Bij 15-19 jarige meisjes was dit 0,8%. Antilliaanse jongens en meisjes hadden vaker een soa dan andere jongeren. Bij 3% van de Antilliaanse jongens en 5% van de Antilliaanse meisjes jonger dan 20 jaar werd een soa vastgesteld. HIV wordt bij jongeren niet of nauwelijks geconstateerd.

Bij het vermoeden van een soa zegt tweederde van de jongeren in sterk stedelijke gebieden in Nederland dat zij naar de huisarts gaan en 17% gaat naar een soa-poli. In Utrecht is het aantal bezoekers van de soa-polikliniek in de afgelopen vijf jaar sterk gestegen, met name onder vrouwen. Van alle Utrechtse bezoekers was 5% jonger dan 20 jaar. In 2003 ging dit om 121 Utrechtse jongeren ofwel 0,5% van de Utrechtse jongeren van 12-19 jaar. De twee belangrijkste redenen voor hun bezoek aan de soa-polikliniek waren zekerheidscontrole (64%) en klachten (27%). Bij 14% van de Utrechtse jongeren die de soa-polikliniek bezochten werd een soa gediagnosticeerd (0,1% van de 12-19 jarigen). Chlamidia kwam bij hen het meest voor (10%). (Bron: registratie soa-poli; Schouten 2005).

Anticonceptie

Uit de AGIS Health Database zijn gegevens geanalyseerd van Utrechtse ziekenfondsverzekerde vrouwen tot 19 jaar⁴⁰. In 2003 gebruikte 18% van de bij AGIS verzekerde jonge vrouwen (12-18 jaar) een anticonceptiepil, 70% van hen gebruikte de pil meer dan 6 maanden per jaar. Jonge vrouwen van 16 tot en met 18 jaar gebruiken vaker de pil dan meisjes van 12 tot en met 15 jaar (33% versus 7%). Het pilgebruik in de gemeente Utrecht ligt laag in vergelijking met het gebruik door jonge AGIS verzekerden in de rest van de Provincie Utrecht (18% versus 24%). Ook ten opzichte van landelijke cijfers ligt het pilgebruik in Utrecht laag. Landelijk gebruikt 44% van de 16-17 jarige vrouwen de 'pil'⁴¹. Marokkaanse en

⁴⁰ In de gemeente Utrecht is 58% van de inwoners ziekenfondsverzekerd, waarvan 78% bij AGIS.

⁴¹ Dit percentage geldt voor de hele groep 16-17 jarige vrouwen dus inclusief particulier verzekerde vrouwen. Landelijk wordt echter geen verschil gevonden in het pilgebruik door ziekenfonds- en particulier verzekerde vrouwen (CBS Statline).

Turkse jonge vrouwen gebruiken veel minder vaak de pil dan andere vrouwen: 6% van de Marokkaanse en Turkse vrouwen van 16-18 jaar gebruikt de pil versus 52% van de overige Utrechtse vrouwen. Wijken waar het meest de pil gebruikt wordt zijn de wijken Oost & Binnenstad en Vleuten-De Meern. Ten opzichte van 2001 is het pilgebruik in 2003 bij alle groepen gestegen. Het spiraaltje wordt, op een enkele uitzondering na, niet gebruikt door jonge vrouwen in Utrecht.

In 2003 werd door 1% van de bij AGIS verzekerde jonge Utrechtse vrouwen (12-18 jaar) één of meerdere malen een morning-afterpil gebruikt. Onder de groep van 16 tot en met 18 jaar was dit percentage 1,8%. Marokkaanse en Turkse jonge vrouwen gebruiken minder vaak een morning-afterpil dan andere jonge vrouwen in de Utrecht (resp. 0,5% en 0,1% versus 1,5% door de overige vrouwen). Het gebruik in de gemeente Utrecht ligt lager dan in de rest van de provincie: 1,0% versus 1,7%. Ten opzichte van 2001 is er een toename zichtbaar in het gebruik van de morning-afterpil. Onder Marokkaanse en Turkse meisjes nam het gebruik ten opzichte van 2001 niet toe.

Dwang en misbruik

Meisjes krijgen vaker te maken met seksuele dwang dan jongens. Landelijk is 18% van de meisjes en vrouwen jonger dan 25 jaar wel eens gedwongen om iets te doen of toe te staan op seksueel gebied, tegenover 4% van de jongens. Marokkaanse en Turkse jongens onder de 25 waren vaker slachtoffer van seksuele dwang dan Nederlandse jongens, Marokkaanse meisjes juist minder vaak. (Graaf, 2005) Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat 2,3% van de meisjes en 0,7% van de jongens in Nederland ervaring heeft met seksuele dwang voor het 12^e jaar. Onder Marokkaanse jongens was dit 2,7%.

In Utrecht is in samenwerking met Stede en Bureau Jeugdzorg het project Pretty Woman opgezet. Pretty Woman richt zich op "meiden in risicovolle (misbruik)relaties en prostitutie". In 2004 werden 32 minderjarige Utrechtse meisjes aangemeld voor hulpverlening, 29 meisjes afkomstig uit andere gemeenten in de Provincie Utrecht en 5 van buiten de Provincie. Eén op de vijf meisjes was van Marokkaanse afkomst, een relatief hoog percentage; 57% was van Nederlandse afkomst.

Tienerzwangerschappen

Landelijk is 0,4% van de 12-14 jarige meisjes en 2,4% van de 15-19 jarige meisjes in het voorgaande jaar ongewenst zwanger geweest en heeft de helft van hen een abortus gehad. (Graaf, 2005) Uit onderzoek in Amsterdam bleek dat 70% van de zwangerschappen bij 14-16 jarigen en 54% van de zwangerschappen bij 17-19 jarigen, eindigde met een abortus. (Stuart, 2002) Ongewenste zwangerschappen en abortussen komen landelijk bij laagopgeleide meisjes zo'n vijf keer vaker voor dan bij hoogopgeleide meisjes. Bij Surinaamse en Antilliaanse meisjes komen landelijk de meeste ongewenste zwangerschappen voor (resp. 5% en 8%). (Graaf, 2005)

Voor Utrecht zijn geen gegevens bekend over het voorkomen van tienerzwangerschappen. Wel zijn gegevens bekend over geboorten bij tienermoeders. In 2004 werden 72 kinderen geboren bij een moeder jonger dan 20 jaar. Dit is 1,7% van alle in 2004 in Utrecht geboren kinderen. Vijf kinderen hadden een

moeder van 16 jaar of jonger (0,12%). Landelijk liggen deze percentages lager, op resp. 1,2% en 0,02%. Onder allochtone meisjes in Utrecht is de kans om tienermoeder te worden hoger dan onder autochtone meisjes. Dit is ook landelijk het geval. (Garssen, 2005) In 2003 was de kans dat een 17-19 jarig Nederlandse meisje in Utrecht moeder werd 0,5%; bij Turkse meisjes was dit 4,5%, bij Marokkaanse meisjes 2,7%, bij Surinaamse / Antilliaanse meisjes 0,7% en bij meisjes met een andere niet-westerse etniciteit 2,4%⁴². Ten opzichte van landelijk is de kans om tienermoeder te worden bij Surinaams / Antilliaanse meisjes in Utrecht lager en bij Turkse meisjes hoger.

Moederschap op jonge leeftijd hoeft geen probleem te zijn. Er is echter wel sprake van verhoogde medische risico's zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht en perinatale sterfte en een verhoogd risico op minder goede maatschappelijke positie en maatschappelijk isolement van de moeder. Dit kan weer negatieve gevolgen hebben voor de opvoeding van het kind. De risico's verschillen echter per individu en worden in belangrijke mate bepaald door de kwaliteit van ondersteuning die de moeder krijgt. (Stuart, 2002)

Uit landelijk onderzoek blijkt dat het merendeel van de Marokkaanse en Turkse tienermoeders bij de geboorte van het eerste kind 19 jaar oud is en gehuwd (Garssen, 2005). Uit onderzoek in Den Haag blijkt dat een kwart van de Marokkaanse en Turkse tienermoeders één jaar of korter in Nederland woont en 80-90% van hen in wijken met een (zeer) hoge achterstand woont. Van de Nederlandse tienermeisjes in Den Haag woont 60% in een wijk met een (zeer) hoge achterstand. (Karamali, 2005) Het is niet bekend in hoeverre de situatie in Utrecht vergelijkbaar is met Den Haag.

In Nederland is een dalende trend te zien van het aantal tienermoeders, met name onder allochtone tienermeisjes. Volgens het CBS hangt dit samen met de hernieuwde aandacht voor de preventie van tienerzwangerschappen. (Garssen, 2005) In Utrecht lijkt geen sprake te zijn van een dalende trend⁴³.

⁴² Gegevens Bestuursinformatie 2003. Bij deze berekening is uitgegaan van het feit dat de meeste kinderen dezelfde etniciteit als hun moeder hebben. Absolute aantallen geboorten bij tienermoeders: 25 Nederlands, 17 Marokkaans, 14 Turks, 2 Surinaams/Antilliaans, 13 overig niet westers en 1 overig westers.

⁴³ In de periode 1997-2000 lag het aantal geboorten bij Utrechtse tienermeisjes op 44 per jaar, variërend van 38 in 1997 tot 51 in 1999. In 2004 was het aantal geboorten bij tienermeisjes in Utrecht 72.

2.8 Sociale omgeving

In onderstaande paragrafen wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan het gezin, de school, de buurt en maatschappij.

2.8.1 Gezin

Kernpunten

- Veel Utrechtse ouders ervaren problemen bij het opvoeden.
- Eén op de zeven Utrechtse ouders heeft behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding en 8% heeft behoefte aan professionele ondersteuning. Met name onder allochtone ouders is de onvervulde hulpbehoefte groot. Onbekendheid met het aanbod en de drempel om hulp te zoeken spelen hierbij een rol.
- In vergelijking met landelijk zijn in de Utrechtse GSB wijken 1,5 tot 2 keer zoveel ouders die het opvoeden van hun kleuter zwaar vinden. Met name allochtone ouders, alleenstaande ouders en ouders met een inkomen onder de armoedegrens ervaren de opvoeding als belastend. Deze groepen vallen overigens deels samen.
- Wat betreft tevredenheid over de opvoeding, zelfgerapporteerde opvoedvaardigheden en daadkracht verschillen de ouders in de GSB wijken gemiddeld niet zo veel van andere ouders in Nederland. Ouders met een inkomen onder de armoedegrens scoren wel beduidend ongunstiger op deze aspecten.
- De JGZ artsen en verpleegkundigen signaleren bij een kwart van de kleuters in de Utrechtse GSB wijken opvoedingsproblemen; bij één op de tien waren dit matige tot zware opvoedingsproblemen. In vergelijking met landelijk is er in de Utrechtse GSB wijken sprake van een sterk verhoogde opvoedingsproblematiek.

Thuisituatie

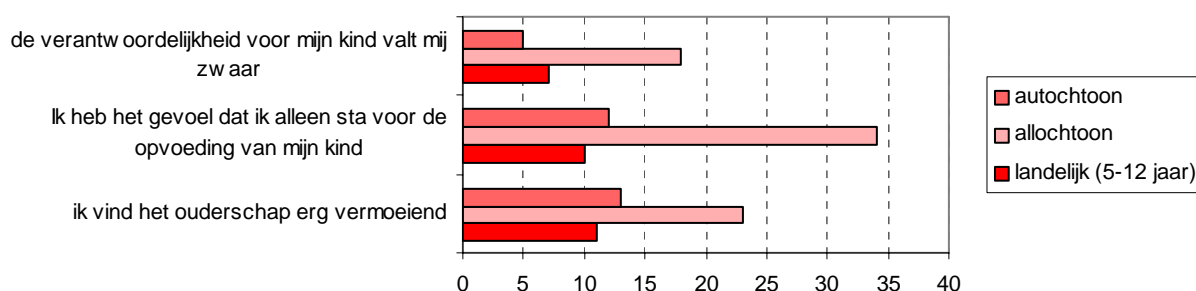
De meeste kinderen en jongeren in Utrecht groeien op in het eigen gezin en worden opgevoed door hun (stief)ouders. In Utrecht woont 0,8 - 0,9% bij een pleegouder of gezinsvervangende instelling. In de wijk Noordwest is dit percentage bijna twee keer zo hoog. Van de Utrechtse brugklassers woont 79% bij beide natuurlijke ouders, 4% bij een natuurlijke ouder en een stiefouder, 7% afwisselend bij een van de ouders, 9% bij één ouder en 0,7% anders. Landelijk woont 84% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs bij beide natuurlijke ouders. (Bogt, 2003) .

Opvoeding

Volgens Hermanns (2005) wordt de doorsnee opvoeding in Nederland in de meeste gevallen redelijk succesvol afgerond. In Nederland worden kinderen over het algemeen met veel aandacht, emotionele betrokkenheid en voldoende structuur opgevoed. Ouders zelf ervaren de opvoeding echter niet altijd positief. Uit onderzoek van de GG&GD blijkt dat 43% van de Utrechtse ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 18 jaar soms (37%) of vaak (6%) problemen heeft bij het opvoeden. Hoogopgeleide ouders gaven relatief vaker aan dat zij 'soms' opvoedingsproblemen hebben en laag opgeleide ouders gaven relatief vaker aan dat zij 'vaak' problemen hebben. 15% van de Utrechtse ouders had opvoedingsproblemen waarvoor zij ondersteuning zouden willen. De helft van hen (=8% van alle ouders) had op het moment van het onderzoek behoefte aan professionele ondersteuning. De behoefte bij

Utrechtse ouders aan professionele opvoedingsondersteuning blijkt slechts voor de helft vervuld te worden. Met name onder allochtone ouders was de onvervulde hulpbehoefte groot. De belangrijkste redenen hiervoor waren de onbekendheid met het aanbod en de drempel om hulp te zoeken. (Bergen, 2005)

In de Utrechtse GSB wijken is de groep ouders die het opvoeden van hun kinderen zwaar of belastend vinden relatief groot. In deze wijken vindt één op de vijf ouders (19%) met kinderen in groep 2 van de basisschool het ouderschap vermoeiend en 12% valt de verantwoordelijkheid voor hun kind zwaar. Eén op de vier heeft het gevoel alleen te staan voor de opvoeding. Landelijk liggen deze percentages een factor anderhalf tot tweeënhalf keer lager. In figuur 27 is te zien dat in de Utrechtse GSB wijken vooral veel allochtone ouders het opvoeden van hun kleuters zwaar vinden. Ook zijn er relatief meer ouders met een inkomen onder de armoedegrens, alleenstaande ouders en laag opgeleide ouders die de opvoeding op één of meerdere aspecten als belastend ervaren. (Bron: SCP/TNO-PG) Dit beeld wordt door het landelijk onderzoek bevestigd (behalve opleidingsniveau). Hieruit komt ook naar voren dat ouders uit eenverdienergezinnen de opvoeding in het algemeen zwaarder vinden dan ouders uit tweeverdienergezinnen. (Zeijl, 2005)



Figuur 27. Ervaren belasting van ouders van kleuters in Utrechtse GSB wijken (% (zeer) mee eens). (Bron: SCP/TNO-PG)

Het gegeven dat ouders de opvoeding als belastend ervaren betekent echter niet automatisch dat ouders niet tevreden zijn over de opvoeding. Ouders van kleuters in de GSB zijn even vaak tevreden over het verloop van de opvoeding als andere ouders in Nederland (88%) en het ouderschap geeft hen net zo vaak voldoening (90%). Ouders die moeten rondkomen van een inkomen onder de armoedegrens zijn veel vaker ontevreden over het ouderschap en de opvoeding dan andere ouders. Ook landelijk blijkt dat gezinnen die onder de armoedegrens leven eerder ontevreden zijn over de opvoeding. (Zeijl, 2005)

Ook wat betreft de inschatting van hun opvoedvaardigheden en daadkracht wijken ouders van kleuters in de Utrechtse GSB wijken niet veel af van landelijk. De meeste ouders schatten zichzelf positief in: 94% geeft aan, dat als zij hun kind iets verbieden, zij weten waarom zij dit doe (landelijk 96%). Meer dan driekwart (78%) zegt altijd een oplossing te kunnen vinden als er problemen met hun kind zijn (landelijk 76%) en 86% geeft aan dat er niet vaak situaties zijn in de opvoeding waarin hij/zij niet weet hoe te

reageren (landelijk 92%). Binnen deze groep ouders zijn er echter grote verschillen in opvoedvaardigheden. Van de ouders met een inkomen onder de armoedegrens geeft 27% aan dat er vaak situaties zijn waarin hij/zij niet weet hoe te reageren (gemiddeld 14% en landelijk 8%). Onder niet westers allochtone ouders in Utrecht is dit 20% en laagopgeleide ouders 22%. Deze groepen vallen deels samen. (Bron: SCP/TNO-PG)

Uit landelijk onderzoek blijkt dat ouders die ontevreden zijn over de opvoeding en zich belast voelen eerder geneigd zijn hun kind fysiek te straffen door een tik te geven of flink beet te pakken. Zij belonen hun kind vaker door het geven van cadeautjes, langer opblijven of televisiekijken en iets leuks in het vooruitzicht stellen. Positief gestemde ouders neigen eerder naar communicatieve strategieën om te straffen en belonen zoals vermanend toespreken en knuffelen. (Zeijl 2005) Deze relaties zijn in Utrecht niet onderzocht. Wel blijkt dat in de Utrechtse GSB wijken niet-westers allochtone ouders vaker hun kleuter straffen door een tik te geven (40% versus 19% door overige ouders) en autochtone en westers allochtone ouders vaker straffen door flink beetpakken (27% versus 8% van de autochtone ouders). Niet-westers allochtone ouders geven iets minder vaak een complimentje om hun kind te belonen (88% versus 98% van de overige ouders).

Het redelijk positieve beeld dat de meeste ouders hebben over de opvoeding wordt niet geheel gedeeld door de artsen en verpleegkundigen van de JGZ. Bij 26% van de Utrechtse kleuters die aan het onderzoek van SCP/TNO deelnamen constateerden zij opvoedingsproblemen: bij 15% van de kinderen lichte problemen en bij 11% matige tot zware opvoedingsproblemen. Bij 13% kwamen opvoedingsproblemen voor die (mede) veroorzaakt werden door beperkte opvoedingsvaardigheden van de ouders. Opvoedingsproblemen werden relatief vaker geconstateerd bij kinderen uit een eenoudergezin. Bij 19% van deze kinderen werd lichte en bij 30% matige tot zware opvoedingsproblemen gesignaleerd. Landelijk worden door JGZ aanzienlijk minder opvoedingproblemen gesignaleerd bij schoolgaande kinderen dan in de Utrechtse GSB wijken. (Bron: SCP/TNO-PG)

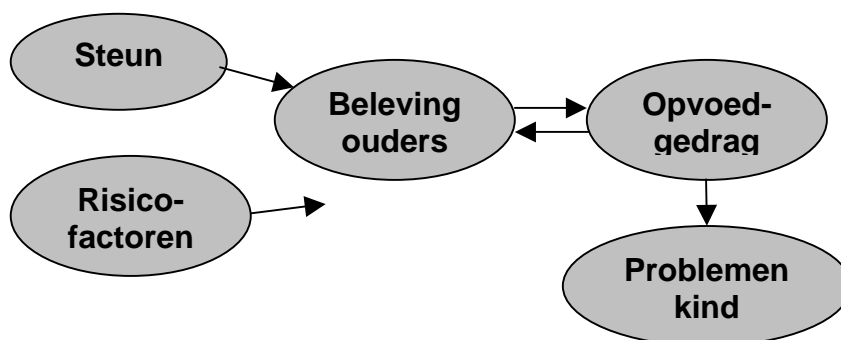
Sociaal netwerk gezin

Kernpunten

- Een goed sociaal netwerk is belangrijk voor een gezonde ontwikkeling van kinderen. In Utrecht is er een grote groep ouders die weinig contacten heeft (9%), zich eenzaam voelt (36%), niemand heeft om persoonlijke problemen mee te bespreken (23%) of zich niet verbonden voelt met de buurt (26%).
- Onder allochtone ouders en laagopgeleide ouders komen deze problemen twee tot drie keer zo vaak voor als onder autochtone ouders en hoogopgeleide ouders.
- Van alle Utrechtse wijken hebben ouders met kinderen van 0-18 jaar in de wijk Overvecht de minst gunstige sociale omgeving.

Het sociale netwerk van gezinnen kan een belangrijke rol spelen in de gezonde ontwikkeling van kinderen. Bij ingrijpende gebeurtenissen zoals ziekte, werkloosheid of verhuizing of wanneer zich

opvoedings- of gedragsproblemen bij de kinderen voordoen is het van cruciaal belang dat ouders sociale ondersteuning in hun eigen netwerk kunnen mobiliseren. Ook hebben ouders die sociale steun ondervinden een hoger welbevinden, wat weer van invloed is op het welbevinden van hun kinderen. In figuur 28 is de relatie tussen de ontwikkeling van kinderen en de steun vanuit het sociale netwerk van de ouders weergegeven.

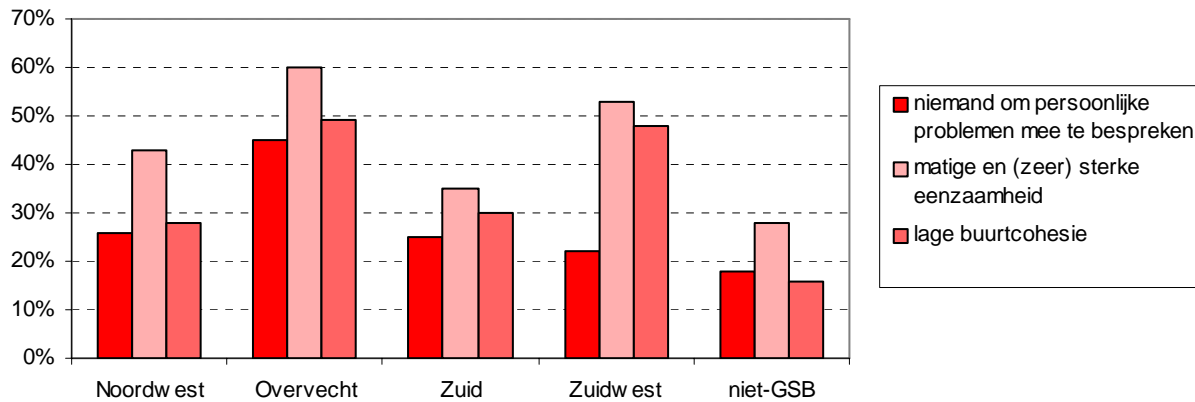


Figuur 28. Vereenvoudigd model van ontwikkeling psychopathologie bij kinderen. (Hermans, 2005)

In Utrecht blijkt er een grote groep ouders te zijn die weinig contacten heeft, zich eenzaam voelt of niemand heeft om persoonlijke problemen mee te bespreken. Bijna één op de tien ouders (9%) gaat minder dan eens in de 2 weken bij iemand op bezoek of krijgt zelf iemand op bezoek. Elf procent is ontevreden met het aantal contacten. Meer dan een kwart (26%) ervaart een lage verbondenheid met de buurt en 36% van de ouders voelt zich eenzaam⁴⁴. Bijna een kwart van de ouders (23%) heeft niemand om persoonlijke problemen mee te bespreken. (Bron: Gezondheidspeiling, 2003)

Allochtone ouders hebben een minder toereikend sociaal netwerk dan autochtone ouders. Het percentage allochtone ouders dat weinig bezoek ontvangt en zelf weinig bij anderen op bezoek gaat is meer dan twee keer zo hoog als het percentage autochtone ouders dat weinig contacten heeft (14% versus 6%). Het aandeel Turkse en Marokkaanse ouders dat iemand mist om persoonlijke problemen mee te bespreken is bijna twee keer zo hoog als onder Nederlandse ouders (37% versus 19%). Dit geldt ook voor eenzaamheid (73% vs. 28%) en verbondenheid met de buurt (41% vs. 23%). Ouders met een lage opleiding scoren op bovenstaande items ook slechter dan ouders met een hogere opleiding. Lage verbondenheid met de buurt, niemand om persoonlijke problemen te bespreken en eenzaamheid komen bij laagopgeleide ouders twee tot drie keer zo vaak voor als onder hoogopgeleide ouders. In figuur 29 zijn de verschillen naar wijk weergegeven. In de GSB-wijken is het duidelijk slechter gesteld met de sociale omgeving van ouders met kinderen dan in de niet-GSB-wijken. Van de GSB wijken wonen in Zuid over het algemeen meer ouders met een betere sociale omgeving en in Overvecht minder.

⁴⁴ Gemeten met de Loneliness Scale van de Jong Gierveld, een vragenlijst bestaande uit 11 items.



Figuur 29. Enkele indicatoren sociale omgeving ouders. (Bron: Gezondheidspeiling 2003)

In de periode 1995 – 2003 is in Utrecht het percentage mensen dat weinig sociale contacten heeft en niet tevreden is met het aantal sociale contacten toegenomen. (Haks, 2006). Het is niet bekend in hoeverre deze toename ook voor ouders met thuiswonende kinderen geldt.

Relatie met de ouders

Kernpunten

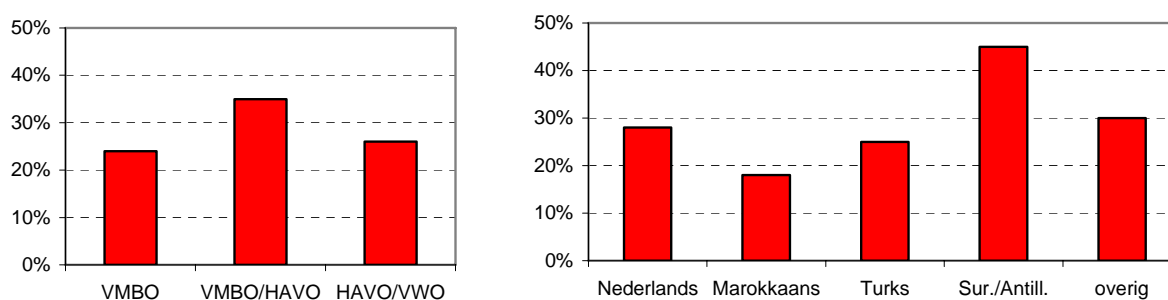
- De overgrote meerderheid van de Utrechtse brugklassers heeft een goede relatie met hun ouders. Jongeren kunnen goed met hun ouders praten en de ouders tonen zich betrokken bij de schoolcarrière van hun kind.
- Bij één op de vier brugklassers doen zich thuis ook vervelende situaties voor. Zo is er bij 12 % van hen veel ruzie thuis, denkt 12% er wel eens over om van huis weg te lopen en wordt 2% van de Utrechtse brugklassers thuis geslagen of mishandeld.
- Leerlingen van Surinaamse/Antilliaanse afkomst rapporteren vaker een negatieve thuissituatie en Marokkaanse leerlingen minder vaak dan gemiddeld.
- De meeste brugklassers gaan wanneer zij problemen hebben naar hun moeder (70%). Ook de vader en vrienden/vriendinnen scoren hoog. Van de meisjes in de brugklas kan 5% bij niemand terecht als zij problemen hebben. Bij de jongens is dit gemiddeld 14% en bij Marokkaanse en Turkse jongens 25%.

De meeste jongeren in Nederland vinden dat zij een goede relatie hebben met hun ouders. Ook in Utrecht is dit het geval. Van de Utrechtse brugklassers kan 93% met minstens een van de ouders goed praten. Als zij problemen hebben of ergens mee zitten kan 90% van de brugklassers goed met hun moeder praten. Jongens kunnen vaker goed met hun vader praten dan meisjes (83% versus 72%). Dit verschil tussen jongens en meisjes ziet men ook landelijke terug (Bogt, 2003). Autochtone brugklassers in Utrecht kunnen beter met hun ouders praten als zij problemen hebben dan allochtone brugklassers (96% versus 91%).

De betrokkenheid van ouders bij de schoolcarrière van hun kind wordt door de leerlingen van VO1 beoordeeld met een score van 75 (0-100; hoe hoger hoe beter). Hierbij gaat het om het geven van complimenten wanneer hun kind iets goed doet, informeren naar wat hij/zij op school doet, of het huis-

werk gemaakt is en laten weten dat men trots is op wat hun kind heeft gedaan. Ouders zijn even betrokken bij de schoolcarrière van hun dochters als hun zonen. Ouders van jongens op VMBO/HAVO en van Surinaamse/Antilliaanse en Marokkaanse jongens tonen de meeste ouderbetrokkenheid.

Toch is er ook reden tot zorg. Bij 12% van de Utrechtse brugklassers is er veel ruzie thuis, 2% van de brugklassers wordt thuis geslagen of mishandeld, 7% voelt zich thuis vaak alleen staan, 11% vindt het thuis vaak ongezellig en 12% denkt er wel eens over om van huis weg te lopen. Er zijn geen verschillen tussen jongens en meisjes. Alleen weglopen van huis wordt door meisjes (14%) vaker aangegeven dan jongens (9%). Turkse en Marokkaanse meisjes hebben het minst ruzie met hun ouders en denken ook het minst vaak aan weglopen van huis. Ongeveer één op de vier leerlingen geeft minimaal één van deze negatieve thuissituaties aan. Met name leerlingen op VMBO/HAVO en leerlingen van Surinaamse/Antilliaanse/Arubaanse afkomst rapporteren een negatieve thuissituatie (figuur 30). Marokkaanse jongeren zijn het meest tevreden over de situatie thuis.



Figuur 30. Negatief ervaren thuissituatie naar opleiding en etniciteit. (Bron: JMU)

Sociale steun jongeren

Uit de Jeugdmonitor Utrecht blijkt dat 5% van de meisjes en 14% van de jongens in de brugklas bij niemand terecht kan als zij problemen hebben. Bij Marokkaanse en Turkse jongens is dit zelfs 25%. Degenen die bij problemen wel naar iemand toe kunnen, gaan het meest naar hun moeder (70%). Bij jongens komt de vader op de tweede plaats (53%) gevolgd door vrienden of vriendinnen (48%). Bij meisjes zijn vrienden en vriendinnen belangrijker (72%) en hun vader minder belangrijk (40%). Eén op de vijf brugklassers noemt iemand van school zoals leraar, mentor of leerlingbegeleider.

2.8.2 Kinderopvang

Kernpunten

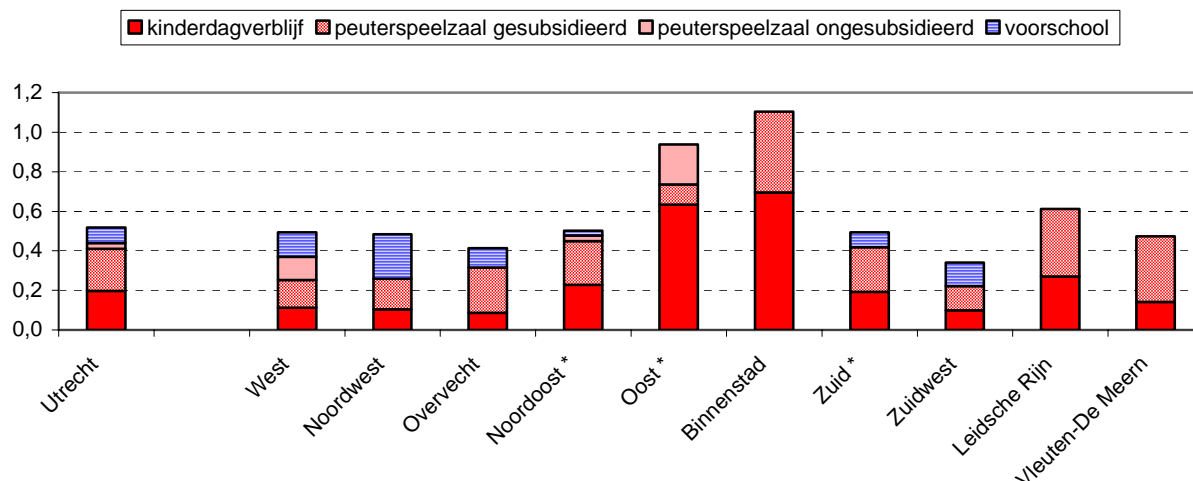
- Eén op de drie Utrechtse kinderen onder de vier gaat naar een kinderdagverblijf, gemiddeld 2,75 dag per week. Van de 2 en 3 jarige kinderen gaat 21% naar een peuterspeelzaal en 6% naar een voorschool.
- Ten opzichte van landelijk maken in Utrecht meer kinderen gebruik van een kinderdagverblijf en minder kinderen van peuterspeelzalen (inclusief voorscholen).
- Veel Turkse peuters bezoeken een peuterspeelzaal of voorschool. Dit is gunstig aangezien bij deze groep door de JGZ relatief vaak een taalachterstand wordt gesignaleerd .

Steeds meer kinderen in Nederland worden een deel van de week opgevangen, het merendeel omdat beide ouders werken. Landelijk wordt 61% van de baby's en 81% van de 2 & 3 jarigen minstens een keer per week betaald of onbetaald opgevangen. De meest voorkomende vormen van opvang zijn oppas elders (31%), kinderdagverblijf (22%), oppas thuis (21%) en opvang door een gastouder (4%). Daarnaast gaat bijna de helft (48%) van de 2 & 3 jarigen in Nederland naar een peuterspeelzaal. Onder niet-westerse allochtone kinderen is dit 35% (Zeijl, 2002). Doel van peuterspeelzalen is niet primair opvang, maar het bevorderen van sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling. Desondanks maakt de helft van de ouders gebruik van een peuterspeelzaal voor hun kind vanwege werk. Bij de andere vormen van opvang is dit meer dan 90%. (www.cbs.nl)

In Utrecht gaat 32% van de 0-3 jarigen naar een kinderdagverblijf, gemiddeld 2,75 dag per week, en 2,3% gaat naar een gastoudergezin. Van de 2 en 3 jarigen in Utrecht gaat 21% naar een peuterspeelzaal en 6 % gaat naar een voorschool. Voorscholen zijn peuterspeelzalen die met een basisschool samenwerken op het terrein van voor- en vroegschoolse educatie (VVE). (Bron: Monitor Kinderopvang 2004 en Oberon, 2004) Ten opzichte van landelijk gaan Utrechtse kinderen dus vaker naar een kinderdagverblijf en minder vaak naar een peuterspeelzaal. De exacte deelname aan voorschoolse voorzieningen is niet bekend. Op basis van de beschikbare informatie wordt de deelname aan voorschoolse voorzieningen onder 2,5 - 3 jarigen geschat worden op tweederde.

In de media wordt met regelmaat aandacht besteed aan het buitenshuis werken van moeders, de kwaliteit van de kinderopvang in Nederland en de positieve dan wel negatieve effecten die kinderopvang zou hebben op de ontwikkeling van kinderen. Uit recent landelijk onderzoek blijkt dat kinderen waarvan beide ouders werken niet beter maar ook niet slechter af zijn dan kinderen van eenverdieners. Ze zijn even gelukkig met hun huidige leven, zij rapporteren evenveel emotionele problemen, ze zijn even tevreden over de sfeer thuis en kunnen even goed met hun ouders opschieten. (Zeijl, 2005) Specifieke gegevens over Utrecht zijn niet bekend.

Uit de gemeentelijke monitoren blijkt dat de meeste Utrechtse kinderen in hun eigen wijk naar de peuterspeelzaal of voorschool gaan. Voor de kinderdagverblijven is dit niet bekend. Het aanbod van kinderopvang is in Utrecht nogal scheef over de wijken verdeeld (figuur 31). De wijken Binnenstad en Oost hebben relatief het grootste aanbod van kinderdagverblijven. In deze wijken is de vraag waarschijnlijk ook hoger. Uit landelijk onderzoek blijkt dat het gebruik van kinderdagverblijf hoger is onder kinderen van hoogopgeleide moeders mede door de hogere arbeidsparticipatie van deze groep. In de wijk Binnenstad is ook het aanbod aan peuterspeelzalen het hoogst van alle Utrechtse wijken. Voor iedere twee kinderen in de leeftijd van 2 en 3 jaar is er één kindplaats in een peuterspeelzaal beschikbaar. In de wijk Zuidwest is de beschikbaarheid het laagst met 1 kindplaats op 8 kinderen. In deze wijk is er wel een relatief groot aanbod aan voorscholen: 1:8 tegenover 1:13 gemiddeld in de stad. De totale opvangcapaciteit in Zuidwest blijft echter ver achter bij die in Binnenstad en Oost. Ditzelfde geldt ook voor de wijk Overvecht.



Figuur 31. Verdeling aanbod kinderopvang naar soort en wijk. *
(Bron: Oberon, 2004 en Monitor Kinderopvang 2004)

Voorscholen in Utrecht richten zich op kinderen die behoren tot de doelgroepen van het landelijke onderwijsachterstandenbeleid. Dit zijn kinderen van laag opgeleide ouders (autochtoon en allochtoon), schipperskinderen en woonwag/zigeuner kinderen⁴⁵. Geschat wordt dat één op de drie Utrechtse peuters van 2 en 3 jaar tot een van deze doelgroepen behoort. Op de voorscholen is bijna 90% van de peuters van allochtone afkomst. Het bereik onder Turkse peuters van 2,5 – 3 jaar is 30%, onder Marokkaanse peuters 22% en onder Nederlandse peuters 2%. Nederlandse peuters gaan relatief vaker naar een gewone peuterspeelzaal dan allochtone kinderen (21% versus 14%). Het bereik van de peuterspeelzalen en voorscholen samen is 39% onder Turkse peuters, 26% onder Marokkaanse peuters en 22% onder Nederlandse peuters en peuters van andere etniciteiten. (Bron: Oberon, 2004 en Monitor Kinderopvang 2004) Het relatief hoge bereik van Turkse peuters is positief aangezien uit gegevens van de JGZ blijkt dat Turkse kleuters relatief vaker een taalachterstand hebben (zie 2.5.2). De Utrechtse voorscholen bereiken naar schatting 22% van de doelgroep van het onderwijsachterstandenbeleid. (Oberon, 2004) Het bereik van voor- en vroegschoolse educatie landelijk is niet bekend. (Zeijl, 2002)

Van de schoolgaande jeugd tussen de 4 en 12 jaar gaat landelijk 7% naar de buitenschoolse opvang. (www.cbs.nl). In Utrecht is dit 10%. Gemiddeld worden deze kinderen 2,5 dag per week buiten schooltijd opgevangen. (Bron: Monitor Kinderopvang, 2004)

* Voetnoot bij figuur 31. Van vier niet gesubsidieerde peuterspeelzalen in de wijken Noordoost, Oost en Zuid zijn geen gegevens bekend. De capaciteit zoals vermeld in figuur 31 is derhalve een onderschatting van de werkelijke capaciteit.

⁴⁵ Doelgroepen onderwijsachterstandenbeleid basisonderwijs zijn kinderen van laagopgeleide autochtoon en allochtoon ouders, schipperskinderen en zigeuner- en woonwagenkinderen.

2.8.3 School

Kernpunten

- Op 1 oktober 2004 telde Utrecht ruim 21.000 basisschoolleerlingen, 11.000 leerlingen op het voortgezet onderwijs, 550 leerlingen op het speciaal basisonderwijs en 1.750 leerlingen op het speciaal (voortgezet) onderwijs.
- Eén op de vier Utrechtse basisschoolleerlingen en 30% van de leerlingen op het voortgezet onderwijs behoort tot een van de doelgroepen van het onderwijsachterstandenbeleid.
- Ondanks inspanningen van scholen komt pesten op de Utrechtse scholen regelmatig voor: 40% van de basisschoolleerlingen en 20% van de brugklasleerlingen werd in de afgelopen maand gepest.
- 5% van de leerlingen in de onderbouw en 9% van de leerlingen in de bovenbouw van de basisschool voelt zich niet veilig in de klas.
- Meer dan een kwart van de brugklasleerlingen voelt zich soms of vaak onveilig op school en 8% voelt zich wel eens onveilig in de klas en 23% voelt zich wel eens onveilig onderweg van huis naar school.

In Utrecht zijn 77 scholen voor basisonderwijs op 104 locaties. Op 1 oktober 2004 telden deze scholen 21.128 leerlingen. 39% van deze leerlingen behoorde tot een van de doelgroepen van het onderwijsachterstandenbeleid. Het percentage achterstandsleerlingen in het basisonderwijs varieert van 4% in de Binnenstad tot 79-80% in Overvecht en Zuidwest. (Bron: DMO leerlingtellingen 1.10.2004)

In Utrecht zijn 24 scholen voor voortgezet onderwijs met in totaal 11.304 leerlingen. 30% van deze leerlingen behoort tot een van de doelgroepen van het onderwijsachterstandenbeleid⁴⁶. Het percentage achterstandsleerlingen in het voortgezet onderwijs varieert van 44% op openbare scholen tot 21% op RK-scholen. Bijna een kwart (22%) van de Utrechtse VO scholieren gaat buiten Utrecht naar school. Er lijkt geen sprake te zijn van een selectieve migratie naar schooltype: tweederde van de uitstroom bestaat uit VWO, HAVO en VMBO-TL leerlingen, wat overeen komt met de verdeling naar schooltype onder Utrechtse VO-leerlingen. Wel zijn er verschillen naar etniciteit. Nederlandse en andere westerse leerlingen gaan relatief vaker buiten Utrecht naar school (30-33%) en Marokkaanse en Turkse leerlingen relatief minder vaak (4-5%). (Bron: DMO leerlingtellingen 1.10.2004)

In Utrecht zijn 3 scholen voor speciaal basisonderwijs verdeeld over 7 locaties. In het schooljaar 2004/2005 telden deze scholen 552 leerlingen waarvan 46% van allochtone afkomst. Gemiddeld 6% van de leerlingen is afkomstig van buiten Utrecht.

In Utrecht zijn 10 scholen voor speciaal onderwijs, verdeeld over 16 locaties. Bijna alle scholen bieden zowel basisonderwijs als voortgezet onderwijs aan. Het speciaal onderwijs in Utrecht telt in totaal 1.773 leerlingen waarvan 26% van allochtone afkomst. Vier scholen zijn gericht op kinderen met een auditieve en/of communicatieve handicap (811 leerlingen), vijf scholen op kinderen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap en kinderen die langdurig ziek zijn (778 leerlingen) en één school richt zich op

⁴⁶ Doelgroepen onderwijsachterstandenbeleid voortgezet onderwijs zijn kinderen van Marokkaanse, Turkse of Zuid Europese afkomst, Surinaamse, Antilliaanse of Arubaanse afkomst, Molukse kinderen, zigeuner- en woonwagenkinderen of anderstalige kinderen afkomstig van buiten Europa.

kinderen met een psychiatrische of gedragsstoornis (184 leerlingen). Er zijn in Utrecht geen scholen voor kinderen met een visuele handicap. Het percentage leerlingen dat afkomstig is uit andere gemeenten varieert per school van 25 tot 81%. (Bron: DMO leerlingtellingen 1.10.2004; Gonlag, 2004) In dit rapport zijn verder geen gegevens opgenomen over leerlingen in het speciaal onderwijs.

Relatie met medeleerlingen en leraren

In de Jeugd Monitor Utrecht zijn aan Utrechtse brugklasleerlingen een aantal vragen gesteld over hun relatie met leraren en medeleerlingen. Op een schaal van 0 tot 100 scoort de relatie met leraren een 76 en de relatie met medeleerlingen een 87. Deze scores zijn in Rotterdam ongeveer gelijk. Meisjes op HAVO/VWO zijn het meest positief over hun leraren en ook positiever over hun medeleerlingen dan andere meisjes. Surinaamse / Antilliaanse jongens beoordelen de relatie met hun leraren het meest negatief. Turkse jongens zijn het meest negatief en Marokkaanse jongens het meest positief over relatie met klasgenoten.

Pesten

Kinderen die structureel gepest worden, lopen meer kans om problemen op sociaal en emotioneel gebied te ontwikkelen zoals gebrek aan zelfvertrouwen, wantrouwen tegenover anderen en eenzaamheid. Pesten heeft niet alleen negatieve gevolgen voor het slachtoffer maar ook voor de dader en de zwijgende omstanders. Daders hebben een grotere kans hun opleiding niet af te maken, in de criminaliteit terecht te komen en aan alcohol verslaafd te raken. (www.psychowijzer.nl) Ondanks inspanningen van scholen komt pesten op de Utrechtse scholen regelmatig voor. Van de leerlingen in de bovenbouw van de basisschool was 40% in de voorgaande weken gepest. Dit varieerde van soms tot vaak of altijd gepest worden. Eén op de drie basisschoolleerlingen was in de voorgaande 4 weken geschopt of geslagen (variërend van soms tot altijd). (SAC, 2004)

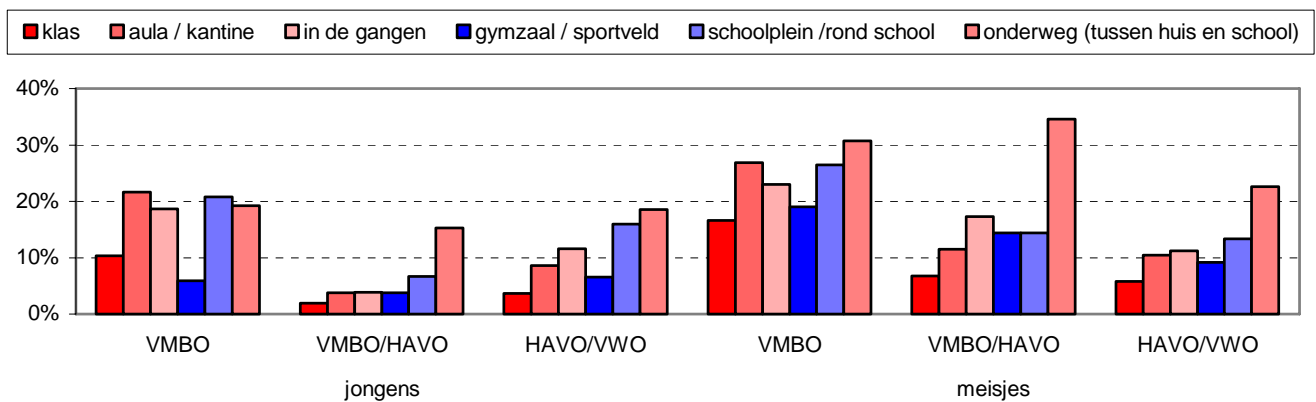
In de brugklas was één op de vijf leerlingen in de voorgaande vier weken gepest op school. Jongens en meisjes in de brugklas werden even vaak gepest. Leerlingen op HAVO/VWO werden minder vaak gepest dan op de andere schoolniveaus (15% versus 22%). In Utrecht wordt in de brugklassen iets minder gepest dan in Rotterdam. (Bouwman, 2006)

Sociale veiligheid

In Utrecht wordt al enige jaren de veiligheidsbeleving van leerlingen op het voortgezet en basisonderwijs in kaart gebracht. Uit de veiligheidsthermometer die in het schooljaar 2003/2004 onder 10.000 leerlingen van Utrechtse basisscholen is afgenomen blijkt dat 5% van leerlingen in groep 2-4 en 9% van de leerlingen in groep 5-8 zich niet veilig voelt in de klas. Onderweg tussen school en thuis voelt 13% van de leerlingen in groep 2-4 zich niet veilig en 23% van de leerlingen in groep 5-8. Ten opzichte van het schooljaar 2002/2003 was er sprake van een lichte vooruitgang in de veiligheidsbeleving van leerlingen. Basisscholen in de wijken Noordoost en Oost scoren het meest gunstig op de veiligheidsbeleving; de wijk West scoort het meest ongunstig. Basisscholen in Zuidwest scoren het minst gunstig op de onderdelen veiligheid buiten school en veiligheid in de klassen 2-4. Wanneer het oordeel van de leerkrachten wordt

meegenomen dan scores basisscholen in Kanaleneiland en Ondiep/Zuilen duidelijk minder veilig dan andere wijken. (SAC, 2004)

In 2005 is als onderdeel van de Jeugdmonitor Utrecht aan brugklasleerlingen gevraagd of zij zich veilig voelen op school. 30% van de meisjes en 24% van de jongens blijkt zich soms of vaak onveilig op school te voelen. Het gevoel van veiligheid was het minst groot bij VMBO leerlingen en het grootst bij HAVO/VWO leerlingen. Van de jongens voelden Turkse jongens (37%) zich het meest onveilig op school en Marokkaanse jongens (16%) en jongens met een overige etniciteit (17%) het minst. In figuur 32 is te zien dat het gevoel van onveiligheid varieert naar de plek op school, schooltype en geslacht. Brugklasleerlingen voelen zich over het algemeen het meest veilig in de klas en het minst veilig onderweg van huis naar school.



Figuur 32. Ervaren onveiligheid door brugklassers, naar geslacht, schooltype en locatie. (Bron: JMU)

Utrechtse brugklassers hadden in het voorgaande schooljaar regelmatig tot (zeer) vaak last gehad van plagen en pesten (9%), uitschelden en dreigen met woorden (9%) en iemand op school die spullen afpakt of steelt (10%). Meisjes hebben ook veel last van buitengesloten worden (9%, jongens 4%). Verder hadden brugklasleerlingen last gehad van wapengebruik of bedreiging (1%), alcohol- of drugsmisbruik (1%) en onplezierig aangeraakt worden (2%). In het algemeen kan opgemerkt worden dat hoe lager het schoolniveau hoe vaker leerlingen last hebben van bovenstaande zaken. Turkse leerlingen rapporteren relatief vaak plagen en pesten en iemand op school die spullen van afpakt of steelt (beide 18%). Ten opzichte van voorgaande jaren werden geen grote verschillen gesignaleerd. (Bron: JMU; Bouwman, 2006)

2.8.4 Woonbuurt

Kernpunten

- In de wijken Zuidwest, Overvecht en Noordwest ervaren ouders met kinderen tot 18 jaar de minste binding met de buurt.
- Eén op de vier kinderen in groep 2 kan naar het oordeel van de ouders niet veilig buiten spelen. Met name in de wijken Overvecht, Noordwest en Zuidwest kunnen kleuters niet veilig buiten spelen.
- Bijna een kwart van de leerlingen in de bovenbouw van de basisschool voelt zich onveilig onderweg van thuis naar school.
- Eén op de tien Utrechtse brugklassers kan in de buurt niet veilig buiten spelen of sporten. In de wijk Noordwest is dit één op vijf.
- Gemiddeld heeft 16% van de Utrechtse volwassenen last van jongerenoverlast. In de wijken Zuidwest, Noordwest en Overvecht ligt dit percentage hoger dan gemiddeld.

Buurtcohesie

In Utrecht zijn er grote verschillen tussen wijken en buurten in sociale samenhang. Het percentage volwassenen dat weinig binding heeft met de buurt varieert van 15% in Leidsche Rijn tot 41% in Noordwest en Overvecht en 44% in Zuidwest. Moeders met kinderen tot 18 jaar ervaren meer binding met de buurt dan andere volwassen vrouwen in Utrecht. In de wijken Overvecht en Zuidwest ervaren ouders met kinderen juist minder binding met de buurt (resp. 45% en 28%) dan andere volwassenen. (Bron: Gezondheidspeiling, 2003).

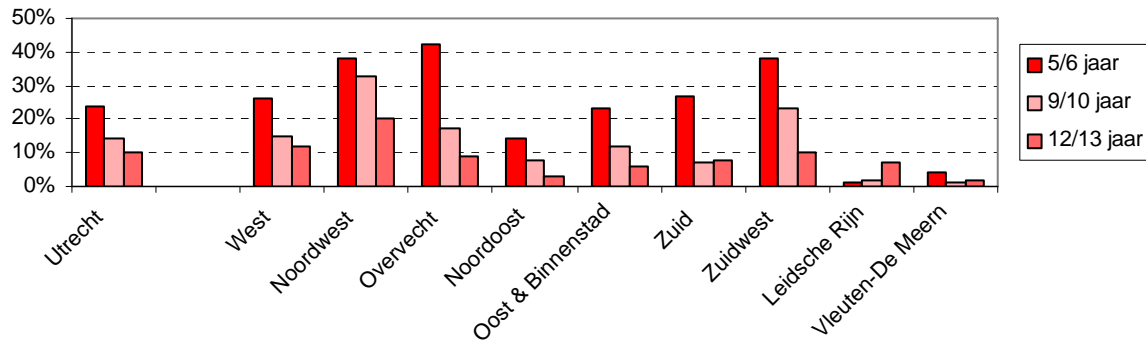
Sociale veiligheid

Eén op de vier (24%) van de Utrechtse ouders met een kind in groep 2 van het basisonderwijs vindt dat hun kind niet veilig buiten kan spelen. Bij oudere kinderen, neemt het gevoel van onveiligheid bij de ouders af. Eén op de zeven ouders van kinderen in groep 6 BO vindt het niet veilig in de buurt om buiten te spelen. Laagopgeleide ouders en allochtone ouders vinden vaker dat het in de buurt niet veilig is om buiten te spelen. Ook zijn er grote verschillen naar wijk. In figuur 33 is te zien dat vooral veel ouders in de wijken Overvecht, Noordwest en Zuidwest aangaven dat hun kind niet veilig buiten kan spelen. In de wijken Vleuten-De Meern, Leidsche Rijn en Noordoost gaven de minste ouders dit aan. (Bron: JIS 2003/2005) Uit landelijk onderzoek blijkt dat kinderen van ouders die niet tevreden zijn over de veiligheid (en de hygiëne) van de speelmogelijkheden in de buurt minder buiten spelen. Deze relatie is voor de Utrechtse situatie nog niet onderzocht.

Basisschoolleerlingen vinden het vaker onveilig in de buurt dan hun ouders. Bijna een kwart van de kinderen in de bovenbouw (groepen 5-8) voelt zich niet veilig onderweg van thuis naar school. Bij negen van de tien basisschoolkinderen betreft dit een school in de eigen buurt.

Van de Utrechtse brugklasleerlingen vindt één op de tien dat zij in hun buurt niet veilig buiten kunnen spelen of sporten. Met name in de wijk Noordwest voelen 12/13 jarigen zich niet veilig (figuur 33). In deze

wijk zegt één op de vijf brugklassers dat hij/zij niet veilig buiten kan spelen of sporten. Meisjes op die leeftijd vinden het vaker onveilig in hun buurt dan jongens (11% versus 9%). Relatief meer Surinaamse/Antilliaanse (16%) en Turkse (13%) jongeren vinden het in hun buurt onveilig om buiten te spelen of sporten. Jongeren met hoogopgeleide ouders en jongeren op HAVO/VWO vinden het minder vaak onveilig dan anderen. (Bron: JIS 2003/2005)



Figuur 33. Niet veilig buiten kunnen spelen of sporten, naar wijk en leeftijd. (bron JIS 2003/2005)

Ook uit de Jeugdmonitor Utrecht blijkt dat veel brugklassers zich onveilig voelen in hun buurt: 7% voelt zich vaak of heel vaak onveilig en 34% voelt zich soms onveilig in de buurt waar hij of zij woont. Meer meisjes (44%) voelen zich soms tot vaak onveilig dan jongens (37%). Gevoelens van onveiligheid in de buurt komen het meest voor bij Nederlandse meisjes (51%), bij Surinaams/Antilliaanse jongeren (50%) en bij jongeren met een 'overige' etniciteit (52%). (Bouwman, 2006)

Wanneer de cijfers van de jeugd vergeleken worden met die van volwassenen (Bron: NUP 2004) dan blijkt de ervaren veiligheid bij beide groepen goed overeen te komen. De wijken Zuidwest en Overvecht komen als het meest onveilig naar voren en Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern als het meest veilig. Bij Utrechtse kinderen en jongeren scoort de wijk Noordwest ongunstiger op veiligheid dan bij de volwassen bevolking en de wijk West scoort bij hen gunstiger.

Gemiddeld heeft 16% van de Utrechtse volwassenen last van jongerenoverlast. In de wijken Zuidwest, Overvecht en Noordwest liggen deze percentages op resp. 24, 22 en 19. (Bron: BPS 2003-2004).

2.8.5 Discriminatie en integratie

Kernpunten

- Eén op de tien Utrechtse brugklassers voelt zich gediscrimineerd door medeleerlingen. Buiten school voelt één op de drie allochtone brugklassers en één op de zeven autochtone brugklassers zich gediscrimineerd.
- Bij Utrechtse brugklassers is homoseksualiteit nog verre van geaccepteerd. Zo'n 40% van hen accepteert geen homoseksuele jongens of meisjes in de eigen vriendenkring. De acceptatie is hoger bij leerlingen op HAVO/VWO en lager bij Marokkaanse en Turkse jongeren.
- In de Utrechtse GSB wijken gaat één op de drie kleuters vooral om met vriendjes van dezelfde afkomst. Van de autochtone kleuters in deze wijken gaat meer dan de helft bijna nooit met allochtone kinderen om.
- Vier op de vijf Utrechtse brugklassers heeft vrienden met een andere huidskleur of geloof. Surinaamse en Antilliaanse leerlingen hebben in verhouding veel vrienden met een andere huidskleur of geloof.
- De helft van de brugklassers vindt dat jongeren met een andere achtergrond goed met elkaar omgaan, één op de drie weet het niet en één op de zes is negatief. Allochtone brugklassers zijn positiever gestemd dan autochtone brugklassers.

Het op populatieniveau onderzoeken van ongelijke behandeling wegens godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht of op welke grond dan ook, is één van de activiteiten uit het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar zoals vastgesteld door het Ministerie van VWS. In 2005 is in Utrecht onderzocht in hoeverre brugklassers zich gediscrimineerd voelen en zelf discrimineren op basis van seksuele voorkeur, huidskleur en geloof. Ook is nagegaan in hoeverre jeugdigen met verschillende achtergronden met elkaar omgaan.

Discriminatie

Een deel van de jongeren in klas 1 VO voelt zich op school gediscrimineerd: 10% voelt zich gediscrimineerd door medeleerlingen, 6% door leraren of ander schoolpersoneel en 21% voelt zich buiten school gediscrimineerd. VO1-scholieren in Utrecht wijken hierin niet af van VO1-scholieren in Rotterdam. Met name veel Surinaamse/Antilliaanse/Arubaanse leerlingen (27%) en Turkse jongens (18%) voelen zich gediscrimineerd door medeleerlingen. Jongeren op het VMBO vinden vaker dat zij gediscrimineerd worden door leraren en/of ander schoolpersoneel (6%) dan jongeren op HAVO/VWO (3%). Marokkaanse leerlingen voelen zich vaker door leraren en/of ander schoolpersoneel gediscrimineerd (13%) dan andere leerlingen. Buiten school voelt ongeveer één op de drie allochtone leerlingen zich gediscrimineerd en één op de zeven autochtone leerlingen. Een grote uitschieter hierbij zijn de leerlingen met een Surinaamse/Antilliaanse/Arubaanse etniciteit (44%).

Homoseksualiteit

Uit landelijk onderzoek blijkt dat 2% van de jongens en 1,3% van de meisjes van 12 tot 25 jaar homo- of biseksueel is. Op 12-14 jarige leeftijd weten veel kinderen nog niet of ze op het andere geslacht vallen. In het onderzoek gaf 0% van de 12-14 jarige jongens en 0,4% van de meisjes aan homo- of biseksueel te zijn. Homoseksualiteit blijkt onder jongeren nog verre van geaccepteerd. Naarmate jongeren ouder worden, worden attitudes ten aanzien van homoseksualiteit positiever. (Graaf, 2005)

Ook onder Utrechtse brugklassers is de tolerantie ten opzichte van homoseksuele jongeren niet erg groot. Ongeveer de helft van de jongens (52%) en een derde van de meisjes (33%) in VO1 vindt dat homo's niet tot hun vriendenkring zouden mogen behoren. Lesbiennes worden door 37% van de brugklassers niet in de eigen vriendenkring geaccepteerd (jongens en meisjes gelijk). De acceptatie van zowel homoseksualiteit verschilt naar schoolniveau en etniciteit. Zowel bij jongens als bij meisjes geldt dat hoe hoger het opleidingsniveau hoe vaker homoseksuelen tot de vriendenkring zouden mogen behoren. Turkse en Marokkaanse jongens en meisjes hebben de meeste moeite met homoseksualiteit. Nederlandse jongens en meisjes hebben hier de minste moeite mee. Dit beeld ziet men ook landelijk terug (Graaf, 2005).

Omgang met anderen

In de Utrechtse GSB wijken, Overvecht, Zuid, Zuidwest en Noordwest, gaat één op de drie kleuters vooral om met vriendjes van dezelfde afkomst. Niet-westers allochtone kleuters gaan vaker om met kinderen van een andere afkomst dan autochtone kleuters. Meer dan de helft van de autochtone kleuters in de Utrechtse GSB wijken gaat bijna nooit met allochtone kinderen om. Landelijk ligt dit percentage op 90%.

In de brugklas zijn er meer contacten tussen jongeren met een verschillende achtergrond. Vier op de vijf Utrechtse brugklasleerlingen heeft vrienden of vriendinnen met een andere huidskleur dan de eigen huidskleur, jongens (82%) vaker dan meisjes (77%). Meisjes in een VMBO/HAVO-brugklas (88%) hebben vaker vrienden met een andere huidskleur dan meisjes in een HAVO/VWO of VMBO-brugklas (resp. 72% en 77%). Bij jongens zijn er geen verschillen naar schooltype. Surinamers en Antillianen hebben het vaakst vrienden met een andere huiskleur (94%) en Turkse meisjes het minst vaak (68%).

Ongeveer vier op de vijf Utrechtse brugklasleerlingen heeft vrienden of vriendinnen met een ander dan het eigen geloof. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes. Surinaamse en Antilliaanse leerlingen hebben in verhouding veel vrienden met een ander geloof (gemiddeld 93%), gevolgd door Marokkanen (85%). Nederlandse jongens en meisjes hebben het minst vaak vrienden met een ander geloof (74%).

Meer dan de helft van de Utrechtse brugklassers vindt dat jongeren met verschillende achtergronden goed met elkaar omgaan. Eén op de drie brugklassers kan op deze vraag niet goed een antwoord geven. Eén op de zes beantwoorde de vraag negatief. VMBO-brugklassers vinden vaker dat jongeren goed met elkaar omgaan dan brugklassers in VMBO/HAVO en HAVO/VWO klassen. Allochtone brugklassers vinden vaker dat jongeren met een verschillende huidskleur of geloof goed met elkaar omgaan dan autochtone brugklassers.

2.9 Fysieke omgeving

De fysieke omgeving is van invloed op de gezondheid van mensen. In vergelijking met leefstijl is de invloed echter beperkt. De bijdrage van milieufactoren aan de totale ziektelast in de bevolking wordt geschat op maximaal 5% (Hoeymans, 2002). De belangrijkste factoren zijn: luchtverontreiniging, ernstige geluidshinder door verkeer, microbiologische voedselverontreiniging en een ongezond binnenmilieu.

Naast een directe invloed van de fysieke omgeving op de gezondheid, beïnvloedt de fysieke omgeving ook op een indirecte wijze de gezondheid. Dit geschiedt bijvoorbeeld via het aanbod en de fysieke toegankelijkheid van voorzieningen of via de inrichting van de woonruimte en de openbare ruimte. Ook zijn het uiterlijk van de buurt, het voorkomen van milieuoverlast, de kwaliteit van de woning en het voorzieningenniveau mede bepalend voor de beleving van de leefkwaliteit.

2.9.1 Woning

Kernpunten

- Een kwart van de Utrechtse gezinnen met kinderen rapporteert vocht of schimmel in de woning. Eén op de drie gezinnen heeft andere klachten omtrent de woning zoals gehorigheid, achterstallig onderhoud, gebrek aan goede ventilatie en tocht.
- Allochtone gezinnen met kinderen hebben twee keer zo vaak last van schimmel of vocht in de woning als autochtone gezinnen.
- Utrechtse gegevens over het gebruik van kindveilige maatregelen en producten in huis ontbreken.

Binnenmilieu

Bij een ongezond binnenmilieu gaat het vooral om de aanwezigheid van huisstofmijt en allergenen, stikstofdioxide en fijn stof (o.a. tabaksrook). Huisstofmijten en allergenen gedijen goed in een warme vochtige omgeving.

In de Utrechtse gezondheidspeiling is aan Utrechtse ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar gevraagd naar de kwaliteit van hun woning. In een kwart van de woningen bleek sprake te zijn van vocht of schimmel. Eén op de drie ouders had andere klachten over de woning. Daarbij ging het voornamelijk over gehorigheid, achterstallig onderhoud, gebrek aan goede ventilatie en tocht. 12% gaf aan dat de woning slecht te verwarmen was. Allochtone ouders hebben twee keer zo vaak schimmel of vocht in de woning. Ook rapporteren zij vaker stankoverlast in huis, gebrek aan goede ventilatie, te veel trappen en een slecht te verwarmen woning. Schimmel en vocht in de woning komen bij hoogopgeleide ouders minder vaak voor dan bij laagopgeleide ouders. Hetzelfde geldt voor te veel trappen en een gebrek aan ventilatie- en beveiligingsmogelijkheden. Ouders van kinderen in de GSB wijken rapporteren vaker problemen met de woning dan ouders in andere wijken van Utrecht. (Bron: Gezondheidspeiling 2003) In de afgelopen jaren is het percentage woningen met vocht en schimmel in Utrecht afgenomen. Andere klachten zoals stank, gehorigheid en tocht zijn juist toegenomen. (Haks, 2006)

In Utrecht rookt één op de drie ouders met thuiswonende kinderen. Van de Turkse ouders rookt 61%. Blootstelling aan tabaksrook verhoogt het risico op longkanker en hart- en vaatziekten met meer dan 20%. Roken is tevens een belangrijke risicofactor bij wiegendood. Voor meer gegevens wordt verwezen naar paragraaf 2.7. 5 van dit rapport.

Veiligheid in huis

Uit landelijk onderzoek blijkt dat mensen met een laag opleidingsniveau minder vaak kindveilige producten in huis hebben dan mensen met midden of hoog opleidingsniveau. Hierbij gaat het om bijvoorbeeld een traphekje, stopcontactbeveiligers en raambeveiliging. (CBS Statline). Voor Utrecht zijn geen gegevens bekend.

2.9.2 School en kinderopvang

Kernpunten

- Uit diverse onderzoeken in Nederland blijkt dat het binnenmilieu op scholen en kinderdagverblijven vaak te wensen overlaat. De ventilatie is onvoldoende en grenswaarden voor CO₂, allergenen en bacteriën worden veelvuldig overschreden. Ook op het gebied van verlichting en temperatuur bleken nog veel verbeteringen mogelijk en wenselijk.
- Voor Utrecht zijn geen gegevens bekend. Het is erg waarschijnlijk dat zich ook op Utrechtse scholen en kinderdagverblijven problemen met het binnenmilieu voordoen.
- Jaarlijks worden in Nederland zo'n 17.000 basisschoolleerlingen na een ongeval in de school (55%) of tijdens bewegingsonderwijs (45%) behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis. Utrechtse gegevens over ongevallen op school ontbreken.
- Op alle Utrechtse VO-scholen is EHBO/bedrijfs hulpverlening aanwezig en driekwart heeft een calamiteitenplan.

Binnenmilieu

Kinderen brengen veel tijd door in scholen, kinderdagverblijven en crèches. Uit onderzoek blijkt dat het binnenmilieu in Nederlandse scholen vaak niet aan de eisen voldoet. Uit onderzoek op scholen in Zuidoost-Brabant, de Westelijke Mijnstreek en IJssel-Vechtstreek bleek dat (bijna) geen van de klaslokalen op deze scholen de gehele dag door voldoende geventileerd was. Gemiddeld werd gedurende 40-50% van de schooldag de grenswaarde van 1200ppm voor de CO₂-concentratie overschreden. De CO₂-concentratie wordt beschouwd als een goede indicator van de kwaliteit van de ventilatie in gebouwen. Bij een hoge CO₂-concentratie is er minder verse lucht per persoon en neemt de kans op geurhinder, oogirritatie, hoofdpijn en meer dan normale vermoeidheid toe. Met name kinderen die al gevoeliger zijn, bijv. astmapatiënten, zullen eerder en in ernstiger mate klachten kunnen krijgen (Doorn, 2004). De gemeten CO₂-concentraties liepen in de loop van de dag wel op tot het vijfvoudige van de drempelwaarde (Doorn, 2004; Bunnegem, 2004; BBA, 2005). Naast ventilatie bleken ook op het gebied van verlichting en temperatuur nog veel verbeteringen te realiseren.

Ook op kinderdagverblijven laat het binnenmilieu vaak te wensen over. Dit blijkt uit onderzoeken in o.a. Groningen en Rotterdam (Haans, 2002, 2005; BBA, 2005). De advieswaarden voor allergenen en bacteriën werden daar veelvuldig overschreden. De ventilatie bleek onvoldoende. Bij ongeveer de helft van de kinderdagverblijven werd de advieswaarde voor CO₂-concentratie (1000 ppm) overschreden. Uit het onderzoek in Rotterdam bleek dat het op de meeste kinderdagverblijven in de zomer veel te warm was.

Voor Utrecht zijn geen gegevens bekend. Er is echter geen reden om aan te nemen dat het in Utrecht beter gesteld zal zijn met de kwaliteit van het binnenmilieu op scholen en kinderdagverblijven dan elders in Nederland.

Fysieke veiligheid

Jaarlijks worden in Nederland zo'n 17.000 basisschoolleerlingen na een ongeval in de school (55%) of tijdens bewegingsonderwijs (45%) behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis. Maatregelen die scholen kunnen nemen om het aantal ongevallen terug te dringen zijn onder andere: registratie van ongevallen, aanstellen veiligheidscoördinator en bedrijfshulpverlener, opstellen ontruimingsplan en activiteiten om de fysieke staat van de school te verbeteren. Het voorkomen van ongevallen in de school, op het schoolplein of tijdens bewegingsonderwijs in Utrecht is niet bekend. ARBO-diensten en de onderwijsinspectie zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de hygiëne en veiligheidsinspecties op scholen.

Uit onderzoek van Oberon (2003) blijkt dat op alle Utrechtse scholen voor voorgezet onderwijs EHBO/bedrijfshulpverlening aanwezig is en op 13 van de 18 VO-scholen een calamiteitenplan aanwezig is. Het functioneren van deze activiteiten wordt door de scholen als voldoende beoordeeld. Het veiligheidsbeleid op de Utrechtse scholen is vooral gericht op de sociale veiligheid, het voorkomen en hanteren van conflicten, diefstal, vernieling en overlast. Op bijna alle Utrechtse scholen voor voorgezet onderwijs zijn vertrouwenspersonen aanwezig, wordt samengewerkt met de politie, is er een klachtenregeling en veiligheidsmaatregelen zoals surveillance, alarm, pasjes of kluisjes.

2.9.3 Woonbuurt

Kernpunten

- Eén op de vier ouders met kinderen tussen 0 en 19 jaar signaleert problemen in de buurt die van invloed zijn op de gezondheid zoals geluidsoverlast, zwerfvuil en onveiligheid.
- Eén op de drie ouders is niet tevreden over de verkeersveiligheid in de wijk.
- Volgens personeel van de Utrechtse basisscholen doen zich bij de meeste basisscholen onveilige verkeerssituaties voor.
- Eén op de tien Utrechtse brugklassers voelt zich soms onveilig in het verkeer, 5% voelt zich vaak onveilig.
- In de subwijken Rivierenwijk / Dichterswijk, Kanaleneiland en Ondiep/ 2^e Daalsebuurt is per inwoner het minste gebruiksgroen beschikbaar.

Gezondheidsgerelateerde problemen in de buurt

Een kwart van de Utrechtse ouders met kinderen tussen 0 en 19 jaar signaleert problemen in de buurt die van invloed zijn op de gezondheid. De belangrijkste problemen zijn geluidsoverlast, zwerfvuil, veiligheid en onderhoud van de buurt. De afstand tot groenvoorzieningen wordt door slechts 2% van de ouders genoemd als een probleem dat in hun buurt speelt en dat slecht is voor de gezondheid. Vaders ervaren vaker problemen met betrekking tot geluidsoverlast en zwerfvuil dan moeders. Allochtone ouders rapporteren vaker problemen rond veiligheid en onderhoud van de buurt. (Bron: Gezondheidspeiling, 2003) In de periode 1995-2003 is het percentage Utrechters dat last heeft van rommel in de buurt, stank- en geluidsoverlast of verkeersoverlast toegenomen. Onduidelijk is of er ook daadwerkelijk meer problemen in de buurt zijn dan in voorgaande jaren of dat mensen zich bewuster zijn geworden van de mogelijke gevolgen van deze problemen op de gezondheid. (Haks, 2006)

Verkeersveiligheid

Eén op de drie Utrechtse ouders met kinderen tot 18 jaar is niet tevreden over de verkeersveiligheid in hun buurt. Met name Nederlandse ouders (40%) zijn ontevreden over de verkeersveiligheid. Marokkaanse ouders zijn het minst ontevreden (22%). In de wijk West zijn relatief de meeste ouders ontevreden over de verkeersveiligheid (47%), in de wijk Zuid relatief de minste ouders (28%). (Bron: NUP, 2004)

Uit onderzoek uit 2003 onder 860 personeelsleden van 70 locaties van basisscholen blijkt dat zich bij de meeste basisscholen in Utrecht onveilige verkeerssituaties voordoen. Personeelsleden van basisscholen in de wijk Oost beoordeelden de verkeersveiligheid rondom de school het meest ongunstig, personeelsleden van basisscholen in de wijk Overvecht beoordeelden de verkeersveiligheid voor leerlingen het meest gunstig. (SAC, 2004).

Uit de Jeugdmonitor Utrecht blijkt dat de fiets hét belangrijkste vervoermiddel is voor de gemiddelde brugklasser. Afhankelijk van de bestemming maken zij ook gebruik van het openbaar vervoer, gaan met de auto of te voet. Naar vrienden gaat een relatief groot deel van de brugklassers te voet (31%), naar de stad met het openbaar vervoer (31%) en naar de sportclub met de auto (14%). De meeste brugklassers voelen zich veilig in het verkeer (56%), een klein deel voelt zich niet veilig (5%) en de rest voelt zich over het algemeen veilig maar soms onveilig (39%). Relatief veel Nederlandse meisjes voelen zich wel eens onveilig in het verkeer (61%) en relatief weinig Marokkaanse meisjes (38%). Dit verschil heeft mogelijk te maken met hun vervoersgedrag en minder met het voorkomen van onveilige verkeerssituaties.

Openbaar groen

De aanwezigheid van groen in de directe omgeving kan zowel direct als indirect effect hebben op de gezondheid. Uit onderzoek blijkt dat regelmatig en direct contact met de natuur een positief effect heeft op de cognitieve, motorische en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Er zijn zelfs aanwijzingen dat kinderen in achterstandswijken zich beter kunnen concentreren en meer zelfdiscipline hebben in aanwezigheid van groenvoorzieningen. (Haks, 2005)

In Utrecht is 6,6% van het oppervlak openbaar zichtgroen en 1,3% gebruiksgroen. Per inwoner is er 5m² gebruiksgroen beschikbaar; per woning is dit 11,5 m². Tussen de wijken zijn er grote verschillen. De wijken met het kleinste percentage gebruiksgroen zijn West, Oost en Zuidwest. In de wijken Binnenstad, Zuidwest, West en Noordwest is per inwoner het minste m² gebruiksgroen beschikbaar. Op subwijkniveau scoort Rivierenwijk / Dichterswijk het laagst met maar 0,3 m² gebruiksgroen per inwoner, gevolgd door Kanaleneiland en Ondiep/ 2^e Daalsebuurt met 0,4 m² gebruiksgroep per inwoner en Nieuw Hoograven / Bokkenbuurt met 0,9 m² gebruiksgroen. De wijken Overvecht en Zuid hebben relatief veel groen en het aantal m² gebruiksgroen per inwoner ligt boven het stadsgemiddelde. (Haks, 2005)

Speelruimte en voorzieningen

Kernpunten

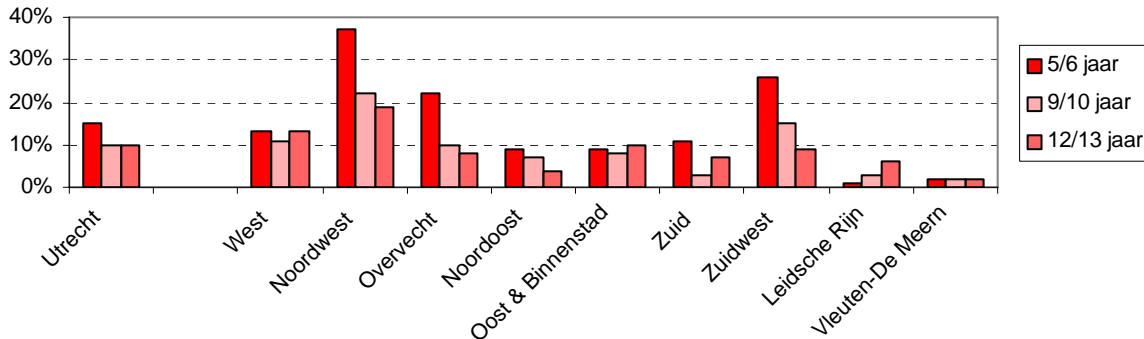
- Ongeveer één op de drie ouders met kinderen onder de 18 is ontevreden over de speelmogelijkheden voor kinderen in de buurt. In Zuidwest, Binnenstad en Leidsche Rijn is men het meest ontevreden.
- Iets meer dan één op de drie ouders met kinderen onder de 18 is ontevreden over de voorzieningen voor jongeren in de buurt. In Vleuten-De Meern en Leidsche Rijn is men het meest ontevreden.
- Eén op de zeven kleuters en één op de tien oudere kinderen heeft niet voldoende speelplek in de buurt.
- De wijk Noordwest scoort bij alle leeftijden het minst goed op de beschikbaarheid van speelplekken. Overvecht en Zuidwest hebben vooral voor kleuters onvoldoende speelplekken.
- De meeste brugklassers zijn tevreden over de buurt waar zij wonen. Meer dan de helft vindt echter dat er niet veel of weinig te beleven is. Bijna vier van de tien brugklassers hangt meerdere keren per week op straat rond. Vijf procent verveelt zich vaak.
- Eenderde van de brugklassers vindt dat er binnen en buiten de buurt niet voldoende plekken zijn voor jongeren. Meisjes zouden graag een plek willen om te kletsen, jongens om te sporten.

De aanwezigheid van voorzieningen waar kinderen zelfstandig (zonder oudertoezicht) en veilig kunnen spelen is van belang voor een goede fysieke en psychosociale ontwikkeling. Door verkeersonveiligheid en sociale onveiligheid is de bewegingsvrijheid van kinderen in Nederland sterk achteruit gegaan, vooral in de grote steden.

In Utrechts is 70% van de ouders met kinderen onder de 18 jaar tevreden over de speelmogelijkheden voor kinderen in de eigen buurt. De tevredenheid is het laagst in de wijken Zuidwest (59%), Binnenstad (60%) en Leidsche Rijn (60%). De tevredenheid is het hoogst in de wijk Noordoost (83%). (Bron: NUP, 2004)

Bijna een kwart van de Utrechtse 5/6 jarigen kan in de eigen buurt niet veilig buiten spelen (zie 2.8.4) en 15% van deze kleuters heeft onvoldoende speelplek in de buurt. Allochtone ouders vinden vaker dat er onvoldoende speelplek in de buurt is. Dit zelfde geldt voor laag opgeleide ouders ten opzichte van hoogopgeleide ouders. In figuur 34 is te zien dat een aantal wijken er qua afwezigheid van speelruimte uit

springen. In Noordwest heeft 37% van de kleuters onvoldoende speelruimte, in Zuidwest 26% en in Overvecht 22%.



Figuur 34: Onvoldoende speelruimte naar leeftijd van het kind en wijk. (bron JIS 2003/2005)

Kinderen van 9/10 jaar spelen gewoonlijk zonder toezicht en hun actieradius wordt groter. In vergelijking met 5/6 jarige kinderen hebben zij meer mogelijkheden om buiten te spelen in de buurt. Slechts één op de tien kinderen uit groep 6 heeft volgens de ouders niet voldoende speelplek in de buurt. De verschillen naar etniciteit, opleidingsniveau van de ouders en wijk zijn vergelijkbaar met die bij de kleuters. De wijk Overvecht scoort qua aanwezigheid van speelplekken bij deze leeftijdscategorie gunstiger dan de wijken Noordwest en Zuidwest.

Op 12/13 jarige leeftijd wordt er nog maar weinig buiten gespeeld of gesport. Dit ligt blijkbaar niet aan een gebrek aan speelplekken in de wijk. Slechts één op de tien 12/13 jarige jongeren vindt dat er onvoldoende speelplek is in de buurt. In de wijk Noordwest is het beeld minder gunstig. Daar vindt één op de vijf jongeren dat er onvoldoende speelplek is (figuur 34). Marokkaanse 12/13 jarigen zijn van de hele groep het meest tevreden. Slechts 6% vindt dat er onvoldoende speelplek is in hun buurt.

Voorzieningen voor jongeren

Meer dan eenderde (37%) van de ouders met kinderen onder de 18 jaar is niet tevreden over de voorzieningen voor jongeren. In Vleuten-De Meern en Leidsche Rijn is men het meest ontevreden (resp. 49% en 44%). Het minst ontevreden zijn de ouders in Zuid (28%) gevolgd door Zuidwest en Oost, beiden 29%. (Bron: NUP 2004)

De meeste brugklassers zijn tevreden over de buurt waar zij wonen. Ongeveer één op de zes brugklassers is niet tevreden over de buurt en ruim de helft vindt dat er niet veel of weinig te beleven is (jongens 49%, meisjes 59%). Vijf procent verveelt zich vaak. Met name VMBO en VMBO/HAVO brugklassers en Turkse brugklassers vervelen zich vaak. Bijna vier van de tien brugklassers hangt meerdere keren per week op straat rond. Jongens, VMBO scholieren en Turkse jongens hangen relatief

vaak op straat rond. Nederlandse scholieren en scholieren met een overige etniciteit vinden het vaakst dat er niet veel te beleven is in de buurt. (Bron: JMU, 2006).

Ruim de helft van de brugklassers (56%) maakt wel eens gebruik van openbare speelplekken. Brugklassers op HAVO/VWO maken hier het meest gebruik van (65% versus door 45% VMBO brugklassers). Marokkaanse en Turkse brugklassers maken in verhouding het minst gebruik van openbare speelplekken (resp. 39% en 45%). Tweederde van de brugklassers vindt dat er binnen en buiten de buurt genoeg plekken zijn voor jongeren. Gevraagd naar hun wensen willen meisjes vooral een plek om te kletsen, jongens vooral een plek om te sporten. (Bron: JMU; Bouwman, 2006)

2.10 Zorggebruik

2.10.1 JGZ 0-19

Kernpunten

- Het bereik van de JGZ 0-4 in Utrecht is hoog. Het percentage verwijzingen wijkt niet af van het landelijk gemiddelde. Het percentage indicatieconsulten ligt aanzienlijk hoger dan landelijk.
- In de afgelopen zeven jaar was het bereik van de JGZ 4-19 in groep 2 van het basisonderwijs 93% en in klas 1 van het voortgezet onderwijs 75%. In groep 6 zijn vanaf 2001 PGO's uitgevoerd. Het bereik was gemiddeld 87%.
- Het percentage verwijzingen door de JGZ 4-19 is hoger dan het landelijk gemiddelde en het percentage vervolgonderzoeken lager. Belangrijkste redenen voor verwijzing of vervolgonderzoek zijn psychosociale problemen, gewicht, visus en houding.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de verzamelnaam voor die gezondheidsactiviteiten die gericht zijn op het bevorderen, beschermen en beveiligen van gezondheid, groei, en lichamelijke en verstandelijke ontwikkeling van kinderen en jeugdigen. Het gaat dus om preventieve gezondheidszorg. De activiteiten van de JGZ zijn vastgelegd in het basistakenpakket (BTP) Jeugdgezondheidszorg. Een belangrijk onderdeel zijn de individuele contactmomenten. Landelijk zijn er per kind twintig contactmomenten gepland waarvan vijftien tot de leeftijd van 4 jaar. Afhankelijk van de leeftijd maakt 83% tot 98% van de kinderen in Nederland gebruik van de JGZ. Op landelijk niveau wordt ongeveer 7% van de kinderen door de JGZ doorverwezen naar diverse andere disciplines. (Schuller, 2004)

JGZ 0-4

In Utrecht worden de JGZ activiteiten voor de 0 tot 4 jarigen in wijk Vleuten-De Meern en delen van Leidsche Rijn (Vleuterweide en Veldhuizen) door Zuwe Weidesticht uitgevoerd, in de overige Utrechtse wijken door Thuiszorg Stad Utrecht (vanaf 1 januari 2006 Aveant). De informatie in deze paragraaf is afkomstig uit de jaarverslagen over 2004 aangevuld met persoonlijke informatie (Zuwe, 2005; TSU, 2005).

Alle Utrechtse 0-3 jarigen krijgen standaard 2 huisbezoeken, 12-14 consulten en een gehoorscreening aangeboden. Het precieze bereik onder 0-3 jarigen in Utrecht is niet bekend ⁴⁷. Op basis van de bevolkingscijfers per 1 januari 2005 wordt het percentage dat in zorg is bij één van de twee aanbieders geschat op 100% bij de nuljarigen en 98% bij de 1 –3 jarigen. Ook andere gegevens wijzen op een hoog bereik (zie 2.10.2).

In 2004 was het percentage verwijzingen in de wijken Vleuten-De Meern en Leidsche Rijn 4% ⁴⁸. Meest verwezen wordt naar de huisarts, Pedagogisch Bureau, Maatschappelijk werk en Bureau Jeugdzorg. In

⁴⁷ Op 1 januari 2005 stonden bij TSU 3703 nuljarigen en 9311 peuters van 1 tot en met 3 jaar ingeschreven en bij Weidesticht waren dit er resp. 486 en 1563. Bij beide organisaties waren echter de aantallen van de doelpopulatie onbekend.

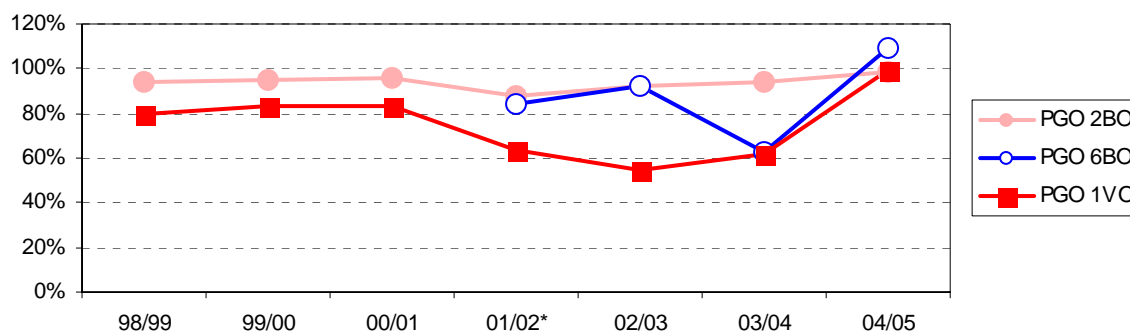
⁴⁸ Het daadwerkelijke percentage ligt lager aangezien bij één kind meerdere verwijzingen kunnen voorkomen.

de overige wijken werden 1207 kinderen doorverwezen naar de huisarts. Uitgaande van één doorverwijzing per kind betekent dit 9% van het aantal ingeschreven kinderen. Daarnaast is een onbekend aantal kinderen doorverwezen naar Bureau Jeugdzorg, Advies en Meldpunt Kindermishandeling, maatschappelijk werk, logopedist, pedagoog of video hometraining. Het percentage verwijzingen lijkt niet substantieel af te wijken van landelijk (7%).

Gegevens over de omvang en aard van de groep risicokinderen van 0-4 jaar in Utrecht ontbreken op dit moment. Wel zijn op deelaspecten of voor bepaalde wijken gegevens bekend. Zo werd in Vleuten-De Meern en Leidsche Rijn bij 7,7% van de 2 en 3 jarigen een risico op taalachterstand gesignaleerd. Ook het percentage indicatieconsulten kan een beeld geven van de omvang van de groep risicokinderen. In 2004 zijn in totaal 6158 indicatieconsulten uitgevoerd. Dit is 38% van de kinderen in zorg ⁴⁹. Dit percentage ligt aanzienlijk hoger dan de landelijke norm voor indicatiezorg van 15%. Een aanzienlijk deel van de indicatieconsulten betreft vaccinatie (>9%)⁵⁰, visus (>6%) en gewicht/groei (>4%).

JGZ 4-19

In Utrecht krijgen kinderen in de leeftijd van 4 – 18 jaar standaard vier contactmomenten aangeboden: drie PGO's, in groep 2 en 6 van het basisonderwijs en klas 1 van het voortgezet onderwijs en een logopedische screening in groep 2 BO. In het speciaal onderwijs is de contactfrequentie eens per twee jaar tot de leeftijd van 8 jaar en daarna elke drie jaar. De doelpopulatie bestaat uit alle leerlingen die in Utrecht op school zitten, onafhankelijk van hun woonplaats.



Figuur 35. Bereik PGO naar groep en schooljaar. (Bron: JIS)*

In figuur 35 is het bereik per contactmoment weergegeven over de periode 1998/99 tot 2004/05. In deze figuur is te zien dat het bereik in groep 2 over de hele periode gunstig was. In groep 6 BO en klas 1 VO was er in de periode 2001-2003 een daling van het aantal PGO's als gevolg van een aantal wijzigingen in

⁴⁹ Dit is een overschatting aangezien bij één kind meerdere verwijzingen kunnen voorkomen.

⁵⁰ De werkelijke percentages liggen hoger. Alleen bij TSU waren de redenen voor indicatieconsulten bekend.

* Voetnoot bij figuur 35. In het schooljaar 2001/2002 is het PGO in klas 2 VO vervangen door een PGO in klas 1VO en is het PGO in groep 6 geïntroduceerd. Voordien was er alleen een screening in groep 4. In 2004/2005 was het bereik in groep 6 hoger dan 100% in verband met een inhaalslag.

het takenpakket van JGZ. Gemiddeld over de hele periode was het bereik in groep 2 BO 94%, in groep 6 BO 87% en in klas 1VO 75%.

Van de leerlingen die in het schooljaar 2002/2003 in groep 2 van de basisschool zaten is in totaal 19% doorverwezen: 11% naar de huisarts, 1% naar Bureau Jeugdzorg en 7% naar andere hulpverleners. In groep 6 BO en klas 1VO werd 10% van de onderzochte kinderen doorverwezen. Allochtone kinderen, kinderen van laagopgeleide ouders en jongens werden vaker verwezen. Het percentage verwijzingen lag met name bij de kinderen uit groep 2 aanzienlijk hoger dan het landelijk gemiddelde van 7%. Voor 16% van de onderzochte kinderen werd een vervolgspraak bij JGZ gepland (exclusief visus en gehoor). In totaal werd 28% van de onderzochte kinderen doorverwezen of voor vervolgonderzoek opgeroepen. De belangrijkste redenen voor een verwijzing of vervolgonderzoek waren psychosociale problemen (9%), problemen met gewicht (5%), visus (alleen verwijzingen: 4%) en houding (3%) .

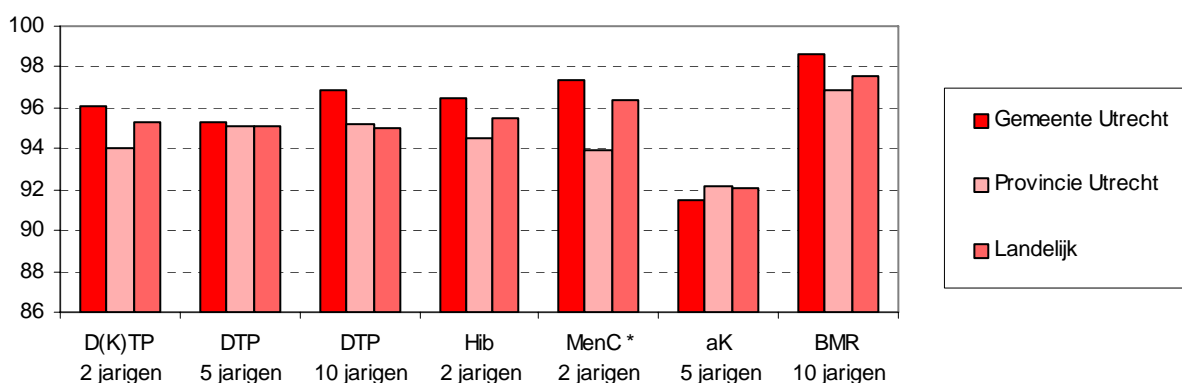
2.10.2 Vaccinaties

Kernpunten

- De vaccinatiegraad in Utrecht ligt ruim boven de WHO-norm van 90%. Ook ten opzichte van het landelijk gemiddelde steekt Utrecht gunstig af.
- De campagne medio 2002 waarbij alle Utrechtse kinderen van 12 maanden tot en met 18 jaar gevaccineerd werden tegen meningokokken C heeft geresulteerd in een vaccinatiegraad onder de Utrechtse jeugd van 95,3% .

Alle kinderen in Nederland krijgen volgens het Rijksvaccinatieprogramma een vast pakket aan vaccinaties aangeboden. Kinderen worden gevaccineerd tegen de volgende ziekten: difterie, kinkhoest, tetanus en poliomyelitis (DKTP en aK), bof, mazelen en rode hond (BMR), haemophilus influenza type B, een bepaald type hersenvliesontsteking (Hib-vaccin) en meningokokkeninfectie serogroep C (MenC). Kinderen zijn volledig gevaccineerd als ze vier vaccinaties DKTP en Hib hebben ontvangen in het eerste jaar, een BMR en MenC vaccinatie bij 14 maanden, een vijfde vaccinatie DTP en aK- vaccinatie bij 4 jaar en een zesde DTP vaccinatie en tweede BMR met 9 jaar. Kinderen tot 4 jaar worden ingeënt op het consultatiebureau en oudere kinderen, met uitzondering van kinderen in Vleuten-De Meern, door de afdeling JGZ van de GG&GD Utrecht.

In figuur 36 is de vaccinatiegraad van de Utrechtse jeugd weergegeven op 1 januari 2004. Voor alle vaccinaties ligt de vaccinatiegraad in Utrecht ruim boven de WHO-norm van 90%. Ook ten opzichte van de provincie Utrecht en landelijk is de vaccinatiegraad in Utrecht gunstig. Alleen de vaccinatiegraad voor a-cellulaire kinkhoest (aK) blijft achter bij die in de Provincie en Utrecht, maar ligt nog ruim boven de WHO norm. Kinderen zijn voldoende gevaccineerd tegen kinkhoest indien zij ná de basisimmunitet met DKTP een booster hebben ontvangen met aK. De reden voor de relatief lage vaccinatiegraad voor kinkhoest was een landelijk tekort aan vaccin in de tweede helft van 2004. In de loop van 2005 is de achterstand bijna geheel ingelopen.



Figuur 36. Percentage kinderen dat voldoende gevaccineerd is per 1 januari 2004.*

Vanaf 1 juni 2002 worden kinderen op de leeftijd van 14 maanden gevaccineerd tegen meningokokken C. Medio 2002 is eenmalig een landelijke campagne uitgevoerd waarbij alle kinderen van 12 maanden tot en met 18 jaar gevaccineerd zijn tegen meningokokken C. Kinderen die in 2001 of daarna geboren zijn, zijn via het reguliere RVP programma gevaccineerd. (IGZ, 2003, 2004; Abbink, 2005) In totaal is 95,3% van de Utrechtse jeugd gevaccineerd tegen meningokokken C. (www.zorgatlas.nl)

2.10.3 Medische zorg en medicijngebruik

Kernpunten

- Van de 0-18 jarige bij AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen in Utrecht gebruikte 15% in 2003 medicijnen,, 72% bezocht de tandarts (4-18 jaar), 12% de orthodontist (4-18 jaar) en 5% fysiotherapeut.
- Marokkaanse en Turkse kinderen in Utrecht gebruikten minder vaak medicijnen en maakten minder vaak gebruik van de tandarts, orthodontie en fysiotherapie.

In deze paragraaf wordt ingegaan op medicijngebruik, tandartsbezoek en gebruik fysiotherapie. Deze gegevens zijn afkomstig uit de AGIS Health Database en betreffen Utrechtse ziekenfondsverzekerden van 0 tot en met 18 jaar. In 2003 was 58% van de Utrechtse bevolking ziekenfondsverzekerde, waarvan 78% bij AGIS verzekerd was. Aangezien er verschillen zijn in zorggebruik tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden is extrapolatie van de gegevens naar de hele Utrechtse bevolking van 0 – 18 jaar niet mogelijk. Voor de GG&GD zijn deze gegevens zeer relevant omdat deze groep, ziekenfondsverzekerde kinderen, tot een van de doelgroepen van de GG&GD gerekend wordt.

* Voetnoot bij figuur 36 De vaccinatiegraad voor meningokokken C is berekend over groep kinderen die ná 1 juni 2002 geboren zijn. Voor toelichting zie tekst.

Kinderen en jongeren maken in vergelijking met volwassenen en ouderen weinig gebruik van medische zorg. Uit gegevens van het CBS (statline) blijkt dat 17% van de 0-11 jarigen en 18,5% van de 12-18 jarigen in de voorgaande 2 weken medicijnen had gebruikt op recept. In Utrecht ligt dit percentage, althans onder AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen, lager dan landelijk. In 2003 werd aan 14,7% van de 0 tot en met 18 jarigen medicijnen op recept zijn verstrekt. Dit percentage ligt even hoog als bij AGIS ziekenfondsverzekerde kinderen in de rest van de provincie Utrecht. Aan 12-18 jarigen worden het vaakst medicijnen verstrekt (18%), aan 4-11 jarigen het minst vaak (12%). Aan meisjes worden vaker medicijnen verstrekt dan aan jongens (15,4% versus 14,0%), aan Nederlandse kinderen (16,5%) vaker dan aan Turkse (11,9%) en Marokkaanse (13,1%) kinderen. Het percentage kinderen dat medicijnen gebruikt is het hoogst in de wijken Oost en Binnenstad (17,6%) en het laagst in de wijk Noordoost (12,5%).

Van een aantal medicijngroepen is het gebruik onder Utrechtse AGIS ziekenfondsverzekerden van 0 – 18 jaar bekend. In 2003 werd aan 9% van hen waren medicijnen verstrekt voor astma en ademhalingsklachten, aan 0,2% insuline, 0,7% kreeg medicijnen tegen bedplassen, 0,8% voor ADHD en 0,3% antidepressiva. Voor meer details wordt verwezen naar 2.5.4 en 2.6.4 of het bij dit rapport behorende tabellenboek.

In Nederland bezoekt het merendeel (95%) van de jeugdigen van 4-17 jaar een of meer keren per jaar de tandarts. In Utrecht ligt dit percentage lager. In 2003 bezocht 72% van de bij AGIS ziekenfondsverzekerden van 4-18 jaar de tandarts en 12% de orthodontist. Marokkaanse en Turkse kinderen bezochten minder vaak de tandarts en orthodontist dan andere kinderen in Utrecht. Voor meer details wordt verwezen naar 2.7.4.

Uit landelijke cijfers blijkt dat jongeren tot hun 12^e weinig naar de fysiotherapeut gaan (4%) en dat vanaf het 12^e jaar het bezoek aan de fysiotherapeut toeneemt (8%). In Utrecht liggen deze percentages bij AGIS ziekenfondsverzekerden lager: 2,8% van de 0-11 jarigen en 5,4% van de 12-18 jarigen had in 2003 contact gehad met een fysiotherapeut. Marokkaanse en Turkse kinderen maakten minder gebruik van fysiotherapie dan andere kinderen in Utrecht. Voor meer details wordt verwezen naar 2.5.2.

2.10.4 Jeugdzorg

Kernpunten

- Eén op de zeven brugklassers had het afgelopen jaar contact gehad met een schoolmaatschappelijk werker of vertrouwenspersoon op school, 4% met Bureau Jeugdzorg en 4% met een psycholoog of psychiater van Altrecht.
- In 2004 maakte 2,5% van de Utrechts jeugd gebruik van jeugdhulpverlening, 1,5% van jeugd-ggz (exclusief vrijgevestigde psychologen en psychiaters), 1,3% van jeugdbescherming of jeugdreclassering en 0,9 van gezinsvervangende instellingen of voogdij.
- In de wijk Noordwest maken relatief de meeste jeugdigen gebruik van jeugdzorg. Ook in Overvecht is sprake van een oververtegenwoordiging.
- Marokkaanse jongeren maken relatief vaker gebruik van jeugdbescherming en jeugdreclassering maar vaker van jeugdhulpverlening.

Uit de Jeugdmonitor Utrecht blijkt dat de meeste Utrechtse brugklassers hun problemen bespreken met ouders of vrienden. Eén op de vijf Utrechtse brugklassers zegt met problemen naar iemand op school te gaan zoals een leraar, mentor of leerlingbegeleider. Uit de Jeugdmonitor blijkt verder dat 12% van de Utrechtse brugklassers in het voorgaande jaar contact had gehad met een schoolmaatschappelijk werker of vertrouwenspersoon op school, 4% had contact gehad met Bureau Jeugdzorg en 4% met een psycholoog of psychiater van Altrecht. Jongens op het VMBO hadden het vaakst contact gehad met iemand van het schoolmaatschappelijk werk (19%).

Ook uit landelijk onderzoek blijkt dat jongeren en ouders bij problemen vaak informele hulpverleners benaderen zoals leerkrachten, familieleden en vrienden (Raijmakers, 2005). Veel kinderen komen direct of via leerkrachten of schoolgerelateerde hulpverleners zoals JGZ medewerkers en medewerkers van schoolbegeleidingsdiensten, bij de Jeugdzorg terecht.

Jeugdzorg omvat voorzieningen voor kinderen en ouders die problemen hebben of problemen veroorzaken. Deze problemen kunnen variëren van gezins- en opvoedingsproblemen tot ontwikkelingsstoornissen, psychische en psychiatrische problemen, gedragsproblemen, overlast en criminaliteit. Onder jeugdzorg vallen de volgende typen zorg: (vrijwillige) jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, jeugd-ggz en jeugdzorg voor licht verstandelijk gehandicapten (Serée, 2003).

In 2002 maakten naar schatting zo'n 4,5% van de Nederlandse jongeren tot 18 jaar gebruik van jeugdzorg (Graaf, 2005). Uit gegevens van Bureau Jeugdzorg blijkt dat in 2004 naar schatting 2,5% van de 0-18 jarige jeugd de gemeente Utrecht gebruik heeft gemaakt van jeugdhulpverlening, 1,3% van jeugdbescherming of jeugdreclassering en 0,9% van voogdij of een gezinsvervangende instelling (Bron: registratiegegevens BJZ regio Stad-Utrecht 2004). In de regio Midden-Westelijk Utrecht⁵¹, waarvan de gemeente Utrecht deel uitmaakt, ontving 1,5 % van de jongeren tot 18 jaar in 2003 ambulante of klinische

⁵¹ De regio Midden-Westelijk Utrecht omvat de GGD regio's Midden Nederland en Gemeente Utrecht. 29% van de 0-18 jarigen in de regio MWU is afkomstig uit de gemeente Utrecht.

geestelijke gezondheidszorg vanuit instellingen zoals psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG's. (Bron: Raijmakers, 2005). Het gebruik van vrijgevestigde psychologen en psychiaters is onbekend. Het totale gebruik van jeugdzorg in Utrecht ligt waarschijnlijk hoger dan landelijk. Precieze cijfers zijn niet te geven. Het aantal meldingen bij Bureau Jeugdzorg uit de gemeente Utrecht ligt in vergelijking met de rest van de provincie Utrecht meer dan twee keer hoger dan men op basis van bevolkingsaantallen zou verwachten (Bron: Jaarverslag 2003, BJZ Utrecht). Hieronder volgt een kort overzicht per type jeugdzorg.

In 2004 maakte 1355 jeugdigen ofwel 2,5% van de 0-18 jarigen in Utrecht gebruik van jeugdhulpverlening. Uit registratiegegevens van Bureau Jeugdzorg Stad –Utrecht blijkt dat de leeftijdscategorie van 12-17 jarigen oververtegenwoordigd was. Kinderen van 0 tot en met 5 jaar kwamen in de jeugdhulpverlening nauwelijks voor. De etnische samenstelling van het cliëntenbestand kwam vrijwel overeen met de etnische samenstelling van de Utrechtse jeugd. In de periode 2001-2003 was er in de provincie Utrecht nog sprake van een ondervertegenwoordiging van het aantal allochtone aanmeldingen voor jeugdzorg. Relatief meer jeugdigen uit de wijken Noordwest en Overvecht maakten gebruik van jeugdhulpverlening.

Ruim 1% van de Utrechtse jeugd heeft in 2004 gebruik gemaakt van jeugdbescherming of jeugdreclassering. Dit betrof relatief meer Marokkaanse jeugdigen en relatief minder Nederlandse jeugdigen.⁵² Ook van jeugdbescherming en jeugdreclassering wordt met name gebruik gemaakt door 12-17 jarigen (61%) en in mindere mate door 6-11 jarigen (20%). 7% van de cliënten was ouder dan 17 jaar. Jongeren uit de wijk Noordwest zijn oververtegenwoordigd in de jeugdbescherming en jeugdreclassering. In vergelijking met andere wijken maken twee keer zoveel jeugdigen uit deze wijk hiervan gebruik. Ook in Overvecht is het gebruik van jeugdbescherming en jeugdreclassering hoger. In de wijk Zuidwest is het gebruik niet verhoogd. (Bron: registratiegegevens BJZ regio Stad-Utrecht 2004)

Iets minder dan 1% van de Utrechtse jeugd maakte in 2004 gebruik van gezinsvervangende instellingen of voogdij. Ook hier zag men relatief veel jeugdigen uit de wijk Noordwest en ook relatief wat meer jeugdigen uit de wijk Overvecht.

⁵² In 2004 was 26% van de cliënten van jeugdbescherming en jeugdreclassering van Marokkaanse afkomst terwijl deze groep 18% van de Utrechts jeugd uitmaakt; 45% van de cliënten was van Nederlandse afkomst terwijl 57% van de Utrechtse jeugd van Nederlandse afkomst is.

2.11 Cumulatie van risicofactoren.

Kernpunten

- Uit analyses van de GG&GD Utrecht blijkt dat bijna één op de vijf Utrechtse kinderen te maken heeft met een stapeling van vier of meer risicofactoren in gezin of omgeving. Deze groep kinderen loopt een verhoogd risico op het ontwikkelen van ernstige gedragsproblemen.
- In de Utrechtse GSB wijken heeft één op de drie kinderen een verhoogd risico op gedragsproblemen. In de rest van Utrecht gaat het om één op vijftien kinderen.

Kinderen die opgroeien in een situatie met veel risicofactoren en met ouders die de opvoeding negatief ervaren en weinig sociale steun kunnen mobiliseren, lopen een grotere kans op het ontwikkelen van psychosociale problemen. Uit diverse nationale en internationale onderzoeken blijkt dat het percentage kinderen dat een gedragsprobleem ontwikkelt sterk toeneemt wanneer er vier of meer risicofactoren in de omgeving van het kind aanwezig zijn. In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste uit de literatuur bekende risicofactoren (overgenomen van Hermanns, 2005).

Volgens Hermanns et al (2005) is het nauwelijks van belang welke risicofactoren of welke combinaties van risicofactoren er optreden: het aantal bepaalt de kans dat een kind problemen krijgt. Door de aanwezigheid van protectieve factoren wordt deze kans verkleind. Bepaalde eigenschappen van het kind, zoals veerkracht, intelligentie, humor, speciale talenten of een aantrekkelijk fysiek voorkomen, kunnen het kind bescherming bieden tegen de nadelige effecten van risicofactoren. Andere protectieve factoren zijn een goede relatie met (een van) de ouders, een ondersteunende, warme en ontwikkelingsstimulerende houding van de ouder, steun van broertjes of zusjes of zorgzame volwassenen. Ook een ondersteunend netwerk van de ouders is een protectieve factor. Het type gedragsprobleem, externaliserend of internaliserend, wordt enerzijds bepaald door de aanleg van het kind en anderzijds door de situatie waarin het kind zich bevindt.

Door de GG&GD zijn secundaire analyses uitgevoerd op het bestand van de Utrechtse Gezondheidspeiling 2003. Op basis van 11 risicofactoren is nagegaan in hoeverre zich bij de Utrechtse jeugd een stapeling van risicofactoren voordoet. De volgende risicofactoren zijn in de analyses meegenomen: alleenstaand ouderschap, lage opleiding van de ouder, middelengebruik door de ouder, armoede, ouder langdurig ziek/chronisch ziek, psychopathologie bij de moeder, depressie van moeder en etnische minderheidsstatus, slechte schoolprestaties kind, achterstandsbuurt, onveilige woonomgeving en mannelijk geslacht van het kind. De operationalisaties van de risicofactoren worden beschreven in het tabellenboek behorend bij dit rapport.

Uit de analyses blijkt dat bij bijna één op de vijf Utrechtse gezinnen met kinderen onder de 19 zich een stapeling van vier of meer risicofactoren voordoet. De stapeling is niet evenredig over de Utrechtse wijken verdeeld. Een aantal risicofactoren zoals laag opleidingsniveau van de ouder, etnische

minderheidsstatus, armoede en achterstandsbuurt, komen in de Utrechtse GSB wijken vaker voor. Andere risicofactoren zoals middelengebruik van de ouder, mannelijk geslacht van kind en slechte schoolprestaties (volgens de ouder) komen in GSB en niet-GSB wijken ongeveer even vaak voor. In de GSB wijken kwam bij 32% van de ouders een stapeling voor van 4 of meer risicofactoren voor, in de overige wijken was dit bij 7% van de ouders. In werkelijkheid ligt dit percentage nog hoger. In dit onderzoek zijn slechts 11 van de 39 risicofactoren in kaart gebracht. Factoren die redelijk vaak voorkomen zoals complicaties tijdens zwangerschap of geboorte, lage intelligentie van het kind, geen Nederlands spreken van de moeder, relatieproblemen tussen de ouders of te kleine huisvesting zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Daarnaast draagt ook de methodologie van het onderzoek eerder bij tot een onderschatting dan aan een overschatting van de situatie ⁵³.

⁵³ Twee factoren dragen bij aan de onderschatting van de problematiek: 1) de gebruikte operationalisaties van de risicofactoren en 2) de selectieve non-respons. Ad 1. Omdat het hier secundaire analyses betreft, wijken de operationalisaties van de variabelen deels af van de in de literatuur gebruikte operationalisaties. In die gevallen is steeds gekozen voor de meest strikte interpretatie om overschatting te voorkomen. Ad 2. Door selectieve non-respons zijn allochtone en laag opgeleide ouders ondervertegenwoordigd in de onderzoekspopulatie. Ook dit leidt tot een onderschatting van de problematiek

3 Hoofresultaten

- Op basis van de in dit rapport gepresenteerde resultaten komen de volgende factoren als meest belangrijk naar voren voor de gezondheid van de Utrechts jeugd:
 1. Ongunstige vooruitzichten op goede gezondheid voor kinderen met lage sociaal-economische status door ongezonde leefstijl en omgeving
 2. Overgewicht en daarmee samenhangende factoren: voedingsgewoonten, beweging, inactief gedrag en omgevingsfactoren. Verhoogd risico bij kinderen van laag opgeleide ouders en allochtone kinderen.
 3. Psychosociale problemen
 4. Stapeling van risicofactoren bij gezinnen in GSB wijken
 5. Problemen bij het opvoeden en het ontbreken van een toereikend sociaal netwerk bij ouders
 6. Astma en andere luchtwegklachten en daaraan gerelateerd de kwaliteit van het binnen- en buitenmilieu
 7. Alcoholgebruik door Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse jongeren
 8. Toegang tot zorg voor allochtone jeugd
- Een andere opvallend resultaat is het hoge percentage allochtone jongeren zonder zwemdiploma.
- Een grote beperking van dit rapport is dat lokale gegevens over de leeftijdsgroep -9 mnd tot 4 jaar vrijwel ontbreken.

In het voorgaande hoofdstuk is de gezondheid van de Utrechts jeugd in brede zin beschreven. Gekeken is naar de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de jeugd en naar de factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van kinderen en op hun gezondheid nu en later. Bij de beschrijving is gebruik gemaakt van het Lalonde model. In dit model wordt gezondheid beïnvloed door factoren op het gebied van leefstijl, sociale en fysieke omgeving, zorggebruik en persoonskenmerken. Niet op alle onderwerpen bleek lokale informatie beschikbaar te zijn of beperkte de informatie zich tot bepaalde groepen.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten op een rij gezet. De keuzes zijn het resultaat van enerzijds epidemiologische afwegingen en anderzijds overleg met interne en externe deskundigen. Hiertoe zijn bijeenkomsten georganiseerd intern en extern met vertegenwoordigers van andere gemeentelijke diensten, Provincie Utrecht en lokale organisaties zoals Thuiszorg Stad Utrecht, Zuwe/Weidesticht, Altrecht Preventie, Portes, Cumulus, Stade en Pretty Woman.

Criteria die vanuit epidemiologisch oogpunt een rol spelen bij de afweging van het belang van problemen en factoren voor de gezondheid van de Utrechtse jeugd zijn:

- * de ernst en de mate van voorkomen van aandoeningen. Dit wordt uitgedrukt in de sterfte en ziektelast die deze aandoeningen met zich meebrengen (daly's).
- * het verhoogd voorkomen van gezondheidsproblemen of een verhoogd risico op het ontstaan van gezondheidsproblemen bij de Utrechtse jeugd, als geheel of bij delen daarvan, ten opzichte van landelijk of andere steden.
- * geconstateerde of verwachte trends.

Acht gezondheidsproblemen, die elkaar deels overlappen, komen als meest belangrijk naar voren.

1. Sociaal economische gezondheidsverschillen

In Utrecht leven kinderen van laag opgeleide ouders en kinderen die zelf een lage opleiding volgen ongezonder en in ongezondere omstandigheden dan kinderen van ouders met een hoge opleiding of kinderen die een hogere opleiding volgen. Utrechtse kinderen van laag opgeleide ouders hebben vaker overgewicht, eten ongezonder, sporten minder en spelen minder buiten, zitten vaker lang voor de tv en gaan minder vaak naar de tandarts voor controle. Zij wonen vaker in een minder goede woning en in een buurt met meer problemen en minder sociale samenhang. Hun ouders hebben vaker problemen met ziekte en eenzaamheid, vinden de opvoeding vaker zwaar en hun opvoedingsvaardigheden schieten vaker tekort. Jongeren op het VMBO ervaren hun gezondheid als minder goed. Zij hebben vaker last van lichamelijke aandoeningen. Zij hebben een negatiever zelfbeeld, worden vaker gepest en gediscrimineerd en voelen zich minder veilig op school. Jongeren op het VMBO komen vaker in contact met de politie. Meisjes op het VMBO vertonen vaker agressief gedrag en hebben minder prosociale vaardigheden. VMBO brugklassers in Utrecht onderscheiden zich echter positief als het gaat om het gebruik van marihuana, alcohol en roken.

De vooruitzichten voor deze groep kinderen is ongunstig. In Nederland leven mensen met een lage opleiding gemiddeld korter en het aantal jaren dat zij mogen verwachten in goede gezondheid door te brengen ligt gemiddeld zo'n 15 jaar lager dan bij mensen met een hoge opleiding. Ongezonde leefgewoonten spelen hierbij een grote rol.

Bij de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen bij de jeugd zijn twee sporen belangrijk: inzet op het verhogen van onderwijskansen van kinderen zodat het opleidingsniveau van de jeugdigen en hun kansen op de arbeidsmarkt toenemen en indirect door gezondheidsbevordering bij ouders en kinderen met een laag opleidingsniveau. Vooral bij allochtone kinderen zijn kansen op opwaartse mobiliteit nog groot.

2. Overgewicht

Overgewicht is een ernstig probleem in Utrecht. Een aanzienlijk deel van de Utrechts jeugd heeft reeds op jonge leeftijd overgewicht. In groep twee van de basisschool heeft één op de vijf Utrechtse kleuters overgewicht. De gevolgen voor de gezondheid zijn groot. Kinderen met overgewicht worden ook vaak volwassen met (ernstig) overgewicht. Uit Amerikaans onderzoek bleek dat 77% van de kinderen met obesitas (ernstig overgewicht) op volwassen leeftijd ook obees was. (Hirasing, 2001). Het is daarom belangrijk op vroege leeftijd met preventie te beginnen.

Belangrijke determinanten van overgewicht zijn voeding, lichamelijke activiteit en omgevingsfactoren zoals veilige speelplekken, toegankelijke sportaccomodaties of de aanwezigheid van groen. In Utrechts is het slecht gesteld met de voedingsgewoonten van de jeugd. Zo ontbijten steeds minder Utrechtse kinderen dagelijks en ook ten opzichte van landelijk steken Utrechtse kinderen ongunstig af. Het gebrek

aan voldoende beweging wordt beschouwd als de belangrijkste reden van de toegenomen prevalentie van overgewicht. Gemiddeld scoort de Utrechtse jeugd op actief en inactief gedrag (bijv. buiten spelen of tv kijken) niet slechter dan landelijk. Kinderen van laag opgeleide ouders en allochtone kinderen bewegen echter aanzienlijk minder. Factoren in de omgeving kunnen bewegen stimuleren of afremmen. Daarbij gaat het om factoren als verkeersveiligheid, sociale veiligheid, nabijheid van voorzieningen, groen en speelmogelijkheden, afwezigheid van hondenpoep en een toegankelijk sportaanbod. In Utrecht kunnen kinderen van laag opgeleide ouders vaker niet veilig buiten spelen en hebben vaker onvoldoende speelplekken in de buurt.

3. Psychosociale problemen

Psychosociale problemen veroorzaken veel ziektebelasting bij de jeugd. Bij kinderen van 0-14 jaar wordt een zevende van de ziektebelasting (daly's) veroorzaakt door psychische stoornissen. Bij 15 – 24 jarigen is dit meer dan de helft. Vier van de vijf meest belastende aandoeningen bij jongvolwassenen zijn psychisch van aard, namelijk angststoornissen, depressie, alcoholafhankelijkheid en suïcide. Psychische problematiek veroorzaakt niet alleen veel ziektebelasting, ook blijken psychische problemen in de jeugd vaak blijvend of terugkerend te zijn. Tijdig ingrijpen door effectieve interventies is dus belangrijk. (Konijn, 2004) In Utrecht komen bij de schoolgaande jeugd veel psychische problemen voor. Van de 5/6 jarige kleuters in de Utrechts GSB wijken heeft 14% een klinische score op internaliserende problematiek, bijna twee keer zo hoog als landelijk. Bijna een kwart van de brugklassers vertoont druk gedrag en 6% van de jongens in de brugklas steelt of vernielt regelmatig. Vergelijking met landelijk is slechts op een aantal deelaspecten mogelijk vanwege het ontbreken van referentiegegevens.

4. Risicogezinnen

De kans op wat Hermanns et al (2005) noemen, een problematische ontwikkelingsuitkomst bij kinderen neemt toe wanneer kinderen opgroeien in situaties waarin sprake is van een opeenstapeling of cumulatie van risicofactoren. Zij doelen hierbij op vrij ernstige problemen bij kinderen en jeugdigen zoals criminaliteit of psychiatrische stoornissen. Ernstige problemen bij de jeugd kunnen in alle lagen van de bevolking voorkomen. Dit kan te maken hebben met de aanleg van het kind, traumatische ervaringen, ziekte, problematische gezinsomstandigheden of problemen van de ouders. In sommige situaties komen echter structureel meer problemen voor. (Hermanns, 2005) Ook in Utrecht blijkt dit het geval te zijn. In de Utrechtse GSB wijken loopt bijna eenderde van de kinderen een verhoogd risico op gedragsproblemen. In de rest van Utrecht gaat het om één op twintig kinderen met een verhoogd risico.

5. Problemen bij het opvoeden en ontbreken sociale steun bij ouders

Nogal wat ouders in Utrecht ondervinden problemen bij het opvoeden en hebben behoefte aan ondersteuning daarbij. Het sociale netwerk van veel ouders blijkt echter niet toereikend. Veel ouders in Utrecht hebben niemand bij wie zij persoonlijke problemen kunnen bespreken. Eenzaamheid komt bij 36% van de ouders voor. Een kwart van de ouders van 5/6 jarige kleuters in Utrechtse GSB wijken heeft het gevoel er alleen voor te staan. Bij één op de tien kleuters in deze wijken doen zich naar de inschatting van de JGZ matige tot zware opvoedingsproblemen voor. Dit is een zorgelijke situatie. Vooral omdat

deze problemen zich vaker voordoen bij ouders in achterstandssituaties. Een goed sociaal netwerk kan een tegenwicht bieden tegen de risicofactoren die zich in het kind, gezin of omgeving voordoen.

6. Astma en andere luchtwegklachten

In Utrecht gebruiken meer kinderen medicatie voor astma en ademhalingsproblemen dan landelijk. Met name het medicijngebruik bij Marokkaanse kinderen is hoog. Factoren die gerelateerd zijn aan het ontstaan van astma en verergeren van de klachten zijn (passief) roken en de kwaliteit van het binnen- en buitenmilieu. In Utrecht wonen vooral allochtone gezinnen vaker in vochtige en slecht geventileerde woningen. Uit verschillende onderzoeken in Nederland blijkt dat de kwaliteit van het binnenmilieu op scholen en kinderdagverblijven zonder uitzondering van slechte kwaliteit is. Naar alle waarschijnlijkheid laat ook het binnenmilieu op Utrechtse scholen en kinderdagverblijven te wensen over. Luchtvervuiling komt in heel Nederland voor.

7. Alcoholgebruik door Nederlandse en Surinaamse/Antilliaanse jongeren

Landelijk is er een toename van het alcoholgebruik door jongeren. In Nederland wordt op steeds jongere leeftijd alcohol gedronken en ook de frequentie en hoeveelheden nemen toe. In Utrecht lijkt de situatie op het eerste gezicht gunstig. Gemiddeld zijn er in Utrechts minder brugklassers die alcohol drinken dan landelijk. Dit is vooral te danken aan de Marokkaanse en Turkse jongeren die niet of nauwelijks alcohol drinken. Het percentage jongens en meisjes van Nederlandse afkomst en jongens van Surinaamse/Antilliaanse afkomst dat alcohol drinkt ligt in Utrecht daarentegen hoger dan landelijk. Alcoholgebruik bij deze groep is een punt van zorg. Onder (jong)volwassenen in Utrecht ligt het overmatig alcoholgebruik hoger dan landelijk. Alcoholafhankelijkheid staat in de top 5 van aandoeningen die op 15-24 jarige leeftijd de grootste ziektelast met zich meebrengen.

8. Toegang tot zorg voor allochtone kinderen

Verschiedende onderzoeken in Nederland laten zien dat de toegang tot gezondheidszorg voor allochtonen op bepaalde punten minder goed is. Dit geldt met name voor de meer gespecialiseerde zorg. Een van de resultaten van dit rapport is dat allochtone kinderen in Utrecht minder gebruik maken van fysiotherapie en orthodontie, van medicijnen in het algemeen en bepaalde medicijnen (ritalin bij ADHD en anti-depressiva) in het bijzonder. Interpretatie van het verminderd gebruik van fysiotherapie en orthodontie is moeilijk omdat prevalentiecijfers ontbreken. Hetzelfde geldt voor het gebruik van medicijnen tegen ADHD. Hiernaar loopt momenteel onderzoek. Het verminderd gebruik van antidepressiva en onderdelen van de jeugdzorg kan mogelijk duiden op een verminderde toegang. Uit dit rapport en uit onderzoek elders komen geen aanwijzingen naar voren dat psychosociale problemen minder voorkomen bij de allochtone jeugd. Op een aantal terreinen ontvangen allochtone kinderen meer zorg. Dit geldt voor medicijnen tegen bedplassen, astmamedicatie en tandrestauraties. Uit deze monitor blijkt dat op deze gebieden waarschijnlijk sprake is van een verhoogde problematiek onder de allochtone jeugd.

Andere opvallende resultaten

In het schooljaar 1997/98 had 34% van de Turkse en Marokkaanse brugklasleerlingen in Utrecht geen zwemdiploma. Dit percentage is in vijf jaar tijd gestegen naar 48%. Bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse jongeren heeft dus geen zwemdiploma. Onder Nederlandse brugklassers is dit 5%.

Beperkingen

Een belangrijke groep die in dit rapport onderbelicht is, zijn de jonge kinderen tot 4 jaar. Veel problemen beginnen vroeg, al tijdens de zwangerschap of zelfs al daarvoor. Hierbij gaat het om factoren zoals roken tijdens zwangerschap, foliumzuurgebruik, tijdig bezoek verloskundige en borstvoeding. De meeste van deze factoren zijn in Utrecht waarschijnlijk ongunstig. Ook informatie over het voorkomen van overgewicht op peuterleeftijd, de spraak/taal en andere aspecten van de ontwikkeling ontbreken. Hetzelfde geldt voor gegevens over de wat oudere jeugd. In Utrecht wordt in de brugklas relatief weinig gerookt. Uit onderzoek blijkt dat rond 13-14 jaar het aantal rokers het meest toe neemt. Gezien de grote impact van roken op de gezondheid, is monitoring van het rookgedrag bij iets oudere leerlingen (bijv. klas 3 VO) van belang. Ditzelfde geldt voor alcoholgebruik, veilig vrijen en drugsgebruik.

Een aantal ernstige problemen zoals kindermishandeling, verwaarlozing en prostitutie zijn in deze beschouwing niet meegenomen. Hiervoor wordt verwezen naar het VMU themarapport Zorg voor sociaal kwetsbaren.

Witte vlekken

Op een aantal terreinen ontbreken op dit moment lokale gegevens. Hierdoor is het mogelijk dat bepaalde gezondheidsproblemen over het hoofd zijn gezien. Hieronder volgt een overzicht.

- Ongevallen bij de jeugd. Gezien het aandeel van ongevallen in de sterfte en gezondheid van kinderen en jongeren is het aan te bevelen om hier verder onderzoek naar te doen. Ook veilig gedrag en gebruik veiligheidsmaatregelen in huis zijn hierbij van belang.
- Kwaliteit binnenmilieu en fysieke veiligheid scholen en kinderdagverblijven.
- Passief roken. Uit landelijk onderzoek blijkt dat bijna 40% van de jeugd thuis blootgesteld wordt aan tabaksrook. In Utrecht wordt met name door ouders met laag opleidingsniveau en Turkse ouders veel gerookt. Meerroken is een belangrijk gezondheidsrisico.
- Tanderosie: een toenemend, bij veel ouders nog onbekend, ernstig en onomkeerbaar probleem. In Utrecht ontbreken gegevens over de prevalentie zelf en de bekendheid met en voorkomen van risicofactoren.

Literatuur

- Armoede Monitor Utrecht 2003. Doelgroep, bereik en effectiviteit van het Utrechtse minimabeleid. Gemeente Utrecht, 2003.
- Baan CA (RIVM), Feskens EJM (RIVM). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen\Diabetes mellitus, 2003.
- Baan CA (RIVM), Feskens EJM (RIVM). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen\Diabetes mellitus, 2003.
- BBA Boerstra Binnenmilieu Advies. De gezondheidsbedreiging van het binnenmilieu in scholen en crèches. Powerpoint presentatie VNG Bijeenkomst 8 april 2005.
- Berg W van den. Dodelijke ongevallen in de privé-sfeer. Bevolkingstrends, 4^e kwartaal 2004, 37-42.
- Bergen, A van. Evaluatie Brede Implementatie Ziekteverzuimbegeleiding Utrechtse VMBO scholen. 2001-2004. GG&GD Utrecht, 2005.
- Bergen, A van, G de Geus en E van Ameijden. Behoeftes aan opvoedingsondersteuning bij Utrechtse ouders en verzorgers. GG&GD Utrecht, 2005.
- Bergkamp EHM. Dikwijls te dik. Een onderzoek naar de prevalentie van overgewicht en obesitas bij de 9- en 10-jarigen in Rotterdam. TNO Preventie en Gezondheid, Leiden, 2003.
- Blokland G. et al. De jeugd heeft de toekomst. Preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen, maatwerk van de GGD. NIZW, GGD Nederland. Utrecht, 2003.
- Blom J. Meer aandacht voor tanderosie vereist. Zure voeding kan gebit irreversibel beschadigen. VoedingsMagazine, 3 (18) 2005.
- Bogt, T ter, S van Dorsselaer en W Vollebergh. Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC-Nederland 2002. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.
- Bos, V. Ethnic inequalities in mortality in the Netherlands and the role of socioeconomic status. Thesis Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam. Enschede, 2005.
- Bouwhuis CB, HA Büller en HZ Moll. Etniciteit en medische problemen bij kinderen: 10 jaar poliklinische algemene kindergeneeskunde in het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Tijdschr Kindergeneeskd 2001; 69: nr 5, 152-158.
- Bouwman-Notenboom AJ, J. Toet en EJC van Ameijden. Jeugdmonitor Utrecht. Eerstklassers voortgezet onderwijs schooljaar 2004/2005. GG&GD Utrecht, 2006.
- Breedveld K. Sport en bewegen. In: Rapportage Jeugd 2002. Zeijl E (red). SCP, Den Haag, 2003.
- Broek A van den et al. Cultuur, communicatie en sport. In: De sociale staat van Nederland 2005. SCP, Den Haag, 2005.
- Brouwer M et al. Armoede Monitor Utrecht 2003. Doelgroep, bereik en effectiviteit van het Utrechtse minimabeleid. Afdeling Bestuursinformatie, Gemeente Utrecht, 2003.
- Buitendijk SE (TNO Kwaliteit van leven), Bor M van der (KUN). Gezondheidsproblemen bij op tijd geboren kinderen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Aandoeningen perinataal\Gezondheidsproblemen bij op tijd geboren kinderen, 2003.
- Bunnegum S van. Het binnenmilieu van basisscholen en de leerprestaties van leerlingen. Stageverslag, Universiteit Maastricht, 2004.

- Campen, C van en R Schellingerhout. Gezondheid en Zorg. . In: De sociale staat van Nederland 2005. SCP, Den Haag, 2005.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Jeugd 2003, cijfers en feiten. Voorburg, 2003.
- Cornel MC (VUmc). Aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Aangeboren afwijkingen\ 2003.
- Dijk D van en RA Knibbe. De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek. Universiteit van Maastricht, 2005.
- Doorn WJ van en S Wouters-Van Buggenum. Verbetering binnenmilieu basisscholen en het effect van een CO₂-signaal meter. Pilot 2003-2004. GGD Zuidoost-Brabant, Helmond, 2004.
- Duren van MH, Mutsaers HPM en MB Regenboog. Monitor Zorg en Welzijn. Mensen met een lichamelijke beperking 2003 in de Provincie Utrecht. Diens Welzijn, Economie en Bestuur. Informatie en Onderzoek. Utrecht, 2003.
- Eckhardt JW (Consument en Veiligheid), Boven PF van (RIVM In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen \ Ongevalsletsels en vergiftigingen, 2004.
- Engels R. Zoals de ouders zingen, piepen de jongen. Stivoro, 2000.
- Eijdsen M van en M van der Wal. Zwangeren in Amsterdam: de Amsterdam Born-Children and their Development-studie. In: Jaarrapportage Volksgezondheid Amsterdam 2003. GG&GD Amsterdam, 2004.
- Fliers EA, B Franke en JK Buitelaar. Erfelijke factoren bij aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 149 (31) 1726-1728.
- Foquez Etnomarketing. Onderzoeksresultaten 'Cultuur en Gezondheid'. Nieuwegein, 2004.
Op website Kennis Centrum Bedplassen (www.bedplassen.org).
- Garssen J. Opnieuw minder tienermoeders. Webmagazine, CBS, 2005. (www.cbs.nl)
- GIP, GIPspiegelinformatie 2003 Algemeen. GIP/College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2004.
- Goderie, M. en Steketee, M. Gezinnen in onbalans: onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties. Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, 2003.
- Graaf H de et al. Seks onder je 25^e. Definitieve resultaten. Rutgers Nisso Groep/ Soa Aids Nederland, 2005.
- Graaf M de, R Schouten en C Konijn. De Nederlandse jeugdzorg in cijfers. 1998-2002. NIZW Jeugd, 2005.
- Haans L. De kwaliteit van het binnenmilieu in kinderdagverblijven. Een gedragsdeterminantenanalyse van leidsters en leidinggevendenden. GGD Rotterdam & Universiteit Maastricht, 2002.
- Haans L. en AC Boerstra. Onderzoek luchtkwaliteit en thermisch binnenklimaat in kinderdagverblijven (zomer en wintermeting. BBA Boerstra Binnenmilieu Advies, Rotterdam, 2004.
- Haks K et al. Themarapport Infectieziekten. Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2003. GG&GD Utrecht, 2003.
- Haks K, E van Ameijden en A van der Putten. Gezondheid en milieu. Literatuuroverzicht en tabellenboek behorende bij de factsheet "Gezondheid en Milieu". GG&GD Utrecht, Utrecht, 2005
- Haks K et al. Themarapport Preventie Volwassenen en Ouderen. Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2003. GG&GD Utrecht, 2006.
- Heerdink-Obenhuijzen N et al. Nazorg van risicopasgeborenen: een reden tot zorg voor kindergeneeskunde en jeugdzorg? JGZ, nr 3, 2005, 51-54.
- Heiden-Attema N van der en MW Bol. Moeilijke jeugd. Onderzoek en beleid, nr 183. Ministerie van Justitie, WODC, Den Haag, 2000.
- Hermanns J., F Öry en G Schrijvers. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Inventgroep, 2005.

- Herten LM van (TNO Kwaliteit van leven), Perenboom RJM (TNO Kwaliteit van leven), Oudshoorn K (TNO Kwaliteit van leven), Mulder YM (TNO Kwaliteit van leven). Zijn er sociaal-economische verschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Gezonde levensverwachting, 2002.
- Hertog P den (Consument en Veiligheid), Hennes B (Consument en Veiligheid), Mulder S (Consument en Veiligheid). Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Ongevalsletsels en vergiftigingen\Acute lichamelijke letsels door ongevallen, geweld en zelfbeschadiging, 2002.)
- Hirasing RA, et al. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. Ned Tijdschr Geneesk 2001 ; 145(20);1303-4.
- Hoeymans N (RIVM), Hoogenveen RT (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Wat is de bijdrage van risicofactoren? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Ziektelast in DALY's, 2004.
- Hoeymans N (RIVM), Zwakhals SLN (RIVM). Levensverwachting per GGD-regio 2001-2004. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Gezondheid en ziekte\ (Gezonde) levensverwachting, 2005.
- Houwen K van der, J Goossen en I Veling. Reisgedrag kinderen basisschool. TT02-95. Traffic Test bv, Veenendaal, 2003.
- IZG. Vaccinatioestand Nederland per 1 januari 2003. Inspectie op de Volksgezondheid, Den Haag, 2004.
- IZG. Vaccinatioestand Nederland per 1 januari 2002. Inspectie op de Volksgezondheid, Den Haag, 2003.
- (Jansen J., A.J. Schuit en F. van der Lucht. Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. RIVM, Bilthoven, 2002.)
- Jong A de. Analyse van doodsoorzaken op basis van overlevingstafeltechnieken, 1970-2003. Bevolkingstrends, 4^e kwartaal 2004.
- Kalter ESJ. Multidisciplinaire diagnostiek bij kinderen met een spraak- of taalprobleem: wat is de meest doelmatige vorm. College van Zorgverzekeringen, Diemen, 2005.
- Karamali NS. Zet de stijging van het aantal tienermoeders in Den Haag door? Trend opnieuw bekeken in 2001-2004. Epidemiologisch bulletin, 2005, jaargang 40, nummer 1, 9-15.
- Kijlstra M. et al. Kwetsbaar jong! Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties. NIZW, CMGK. Utrecht, 2001.
- Klasen H en FC Verhulst. Betere gezondheidszorg mogelijk voor kinderen en adolescenten met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis. Ned Tijdschr Geneesk 2005, 149 (31) 1723- 1725.
- Konijn C (NIZW), Verhulst FC (Erasmus MC). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Psychische problematiek bij kinderen en jongeren, 2001; 2004.
- Laar MW van et al. Nationale Drugmonitor. Jaarbericht 2004. Trimbos-instituut, Utrecht, 2004.
- Langendam MW. GIPsignaal – Gebruik van diabetesmiddelen 1998-2003. Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College van Zorgverzekeringen, Diemen, 2005.
- Leest L van en M Verschuren. Leefstijfactoren voor hart- en vaatziekten bij jongeren. Bevolkingstrends, 1^e kwartaal 2005a, 69-83.

- Leest LATM van (RIVM). Alcoholgebruik samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Alcoholgebruik, 2005b.
- Leest LATM van (RIVM). Borstvoeding samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Borstvoeding, 2004.
- Lanting CI, JP van Wouwe en SA Reijneveld. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatrica*, 2005, 94: 935-942.
- Monitor Kinderopvang 2004. Gemeente Utrecht, afdeling Bestuursinformatie. Utrecht, 2004.
- Mikado. Risicovol cannabisgebruik onder jongeren. 2005 (www.mikado-ggz.nl).
- Monshouwer K et al. Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het peilstationonderzoek 2003. Trimbos-instituut, Utrecht, 2004.
- Notitie "Kinderen in risicovolle situaties", Stichting Thuiszorg West Brabant, Kruiswerk Gezinszorg Breda & Kruiswerk Mark en Maas, 2002.
- Oberon. Bereik peuterspeelzalen en voorscholen onder 2- en 3-jarigen. Peildatum oktober 2003. Oberon, Utrecht, 2004.
- Ouden AL den (IGZ), Buitendijk SE (TNO Kwaliteit van leven). Wat is het beloop na vroeggeboorte? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Aandoeningen perinataal\Vroeggeboorten, 16 mei 2003.
- Oudenhoven N van, I Pieper en T Engelfriet. Jong in Den Haag 2001. ICDI, Den Haag, 2001.
- Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Handboek Eenheid van taal. Richtlijn 2. 11 februari 2005
- Perenboom RJM (TNO Kwaliteit van leven), Herten LM van (TNO Kwaliteit van leven), Oudshoorn K (TNO Kwaliteit van leven), Mulder YM (TNO Kwaliteit van leven). Wat is de gezonde levensverwachting en hoe wordt het berekend? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Gezonde levensverwachting, 20 september 2002.
- Platform Jeugdgezondheidszorg. Handboek Eenheid van taal. Richtlijn 2. 11 februari 2005.
- Ploeg CPB, CI Lanting en PH Verkerk. Signalering van spraak/taalontwikkelingsstoornissen bij kleuters. TNO-rapport KvL/JBP/2005.076. TNO, Leiden, 2005.
- Poos MJJC (RIVM), Achterberg PW (RIVM), Wilk EA van der (RIVM). Waaraan overlijden mensen in Nederland? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Sterfte naar doodsoorzaak, 2003.
- Raijmakers VJA et al. Zorg: behoefte & vraag in de geestelijke gezondheidszorg, regio Midden-Westelijk Utrecht. Een inventarisatie van de zorgbehoefte en zorgvraag van kinderen en jongeren. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde. UMC, Utrecht, 2005.
- Reijneveld SA (RUG). Zijn er sociaal-demografische verschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Borstvoeding, 2004
- Renders CM et al. Televisiekijken en enkele eetgewoonten bij Amsterdamse 6-14 jarigen; een transversaal onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004, 148 (42) 2072-2076.
- Roedig A (RIVM). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Gezondheid en ziekte\Sterfte\Sterfte naar doodsoorzaken, 2004

- Rots-de Vries MC. Interventie 'Armoede en gezondheid van kinderen'. Evaluatie uitbreiding naar de 0-4 jarigen in de gemeente Breda. GGD West-Brabant, Breda, 2003.
- SAC. School en veiligheid. Een veilige school is een school zonder angst. Schooladviescentrum Utrecht, 2004.
- Schleyper Y en K Schwarze. Kinderpeiling Sport 2004. Groep 7 Utrechts basisonderwijs. Stade Advies, Utrecht, 2004.
- Schout C. en V. Sigurdsson. Jaarverslag SOA-bestrijding 2004. GG&GD Utrecht, 2005.
- Schuller AA et al. De Jeugdgezondheidszorg. Activiteiten onderbouwd. TNO-rapport. PG/JGD/2004.293. TNO Preventie en Gezondheid. Leiden, 2004.
- Schulpen TWJ (red). Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland. Centre for migration and child health, Utrecht, 1996.
- SCP. Sociale staat van Nederland 2005. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005a.
- SCP. De jeugd in Nederland, enkele cijfers. Factsheet ten behoeve van de Conferentie Operatie Jong 2005. 'Op weg naar meer samenhang in het jeugdbeleid'. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag, 2005b.
- Serrée B en F Mulder (red.). 42 vragen over de jeugdgezondheidszorg. VNG Uitgeverij, Den Haag, 2003.
- Slim onder de DOM VI. Utrechtse schoolscores op de CITO-eindtoets 1998/99 tot en met 2003/04. Oberon in samenwerking met de gemeente Utrecht en de Utrechtse schoolbesturen basisonderwijs. Utrecht, 2004.
- Stuart MAM, MF van der Wal en W Schilthuis. Geboorten en abortussen bij Amsterdamse tienermeisjes naar etnische herkomst, 1996-1998. Ned Tijdschr Geneesk 2002 9 februari;146 (6) 263-267.
- SWOV. Factsheet Verkeersveiligheid van kinderen in Nederland. Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, 2004.
- Terluin B et al. Samenvatting van de standaard 'Angststoornissen' (eerste herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 149 (22) 1211-1215.
- Tijhuis MAR (RIVM), Hoeymans N (RIVM). Wat is de relatie met ziekten en determinanten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Ervaren gezondheid, 2002.
- Toet J et al. Prevalentie van alcoholgebruik, roken en cannabisgebruik; Utrecht vergeleken met Parkstad Limburg en Rotterdam. TSG jaargang 81/2003 nummer 6: 346-354.
- Vriend JWJ, ET van der Velde en BJM Mulder. Aangeboren hartafwijkingen in Nederland. Landelijke registratie en DNA-bank van aangeboren hartafwijkingen: het CONCOR-project. In: Hart- en vaatziekten in Nederland 2005. Nederlandse Hartstichting, Den Haag, 2005.
- Vries SI et al. Kinderen in prioriteitswijken : lichamelijke (in)activiteit en overgewicht. TNO Kwaliteit van leven. Leiden, 2005.
- Wal MF van der, DG Uitenbroek en S van Buuren. Geboortegewicht van Amsterdamse kinderen naar etnische afkomst. TSG, 2000; jrg 78 (1) 15-20.
- Wilde JA de et al. Overgewicht bij Haagse schoolkinderen. Epidemiologisch Bulletin, 2003, jrg 38, nr 4 (12-23).
- Willemsen MC (STIVORO). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Roken, 16 mei 2005.
- Wouwe JP van et al. Borstvoeding en de gezondheid op volwassen leeftijd. Tijdschrift voor verloskundigen, april 2001, 304-309.
- Zeijl E (red). Rapportage jeugd 2002. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2003.

Lijst met afkortingen

ADHD	Aandachtstekort en hyperactiviteitsstoornis
aK	a-cellulair Kinkhoest vaccin
AZU/WKZ	Academisch Ziekenhuis Utrecht / Wilhelmina Kinderziekenhuis
BI	Bestuursinformatie
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BMR	Bof Mazelen Rode hond vaccinatie
BO	Basisonderwijs
CBCL	Child Behavior Check List
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DALY	Disability-adjusted Life-year
DMO	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
DKTP	Difterie, Kinkhoest, Tetanus en Polio vaccinatie
GGD	Geneeskundige Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSB	Grote Stedenbeleid
NUP	Nieuw Utrechts Peil
HAVO	Hoger Algemeen Vormend Onderwijs
HiB	Haemophilus Influenzae type B
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JIS	Jeugd Informatie Systeem
JMU	Jeugd Monitor Utrecht
LIS	Logopedisch Informatie Systeem
MenC	Meningokokken C
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheid en Zorg
PDD-NOS	Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified
PGO	Preventief Gezondheidsonderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijks Vaccinatie Programma
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEH	Spoedeisende Hulp
SES	Sociaal-Economische Status
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
VMBO	Voortgezet Middelbaar Beroepsonderwijs
VMBO-TL	Voortgezet Middelbaar Beroepsonderwijs – Theoretische Leerweg
VMU	Volksgezondheidsmonitor Utrecht
VO (1)	Voortgezet Onderwijs (klas 1)
VVE	Voor- en Vroegtijdse Educatie
VWO	Voortgezet Wetenschappelijk Onderwijs
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie

Bijlage 1.

Overzicht van de belangrijkste risicofactoren voor toekomstig externaliserend en internaliserend gedrag.⁵⁴

	Risicofactoren	Externaliserend gedrag	Internaliserend gedrag	Gebruikt in analyse 2.11
Kind	Zwangerschaps en geboortecomplicaties, laag geboortegewicht	x	x	
	Peutergewicht gemeten in kilogrammen, lengte en 'bulk'	x		
	Blootstelling aan toxische stoffen	x		
	Mannelijk geslacht	x		#
	Lage intelligentie	x		
	Lage verbale intelligentie gemeten met het afmaken van zinnen (laagste 25% van de scores)	x		
	Moeilijk temperament	x		
	Psychofysiologie: lage autonome arousal	x		
Ouder	Alleenstaande ouder	x	x	#
	Lage opleiding	x		#
	Tienermoeder (jonger dan 19 bij geboorte eerste kind)	x		
	Middelengebruik (ook tijdens zwangerschap)	x	x	#
	Roken tijdens zwangerschap (moeder)	x		
	Slechte voeding tijdens zwangerschap (moeder)	x		
	Armoede/lage socio-economische status/schulden	x	x	#
	Langdurig arbeidsongeschikt/chronisch ziek	x		#
	Spreekt geen Nederlands	x		
	Psychopathologie van de moeder	x		#
	Antisociaal (crimineel) gedrag van de ouders	x		
	Depressie van moeder	x	x	#
	Als kind mishandeld	x		
	Relatieproblemen, conflicten met ex	x		
	Huwelijksproblemen / mishandeling partners	x	x	
Etnische minderheidsstatus	x		#	
Gezin	Onvoldoende kwaliteit sensitiviteit	x	x	
	Tekorten in communicatie ouder-kind (gebrek aan warmte)	x	x	
	Verwaarlozing en mishandeling (ook tussen ouders)	x		
	Snelle wisseling in verzorgers kind			
	Huwelijksconflicten / geweld in gezin	x	x	
	Grote gezinsomvang	x	x	
	Hoge mate van stress / life events	x	x	
Omgeving	Delinquente vrienden	x		
	Peer rejection	x		
	Slechte schoolprestaties	x		#
	'Slechte buurt, kansarme buurt, geen sociale controle in de buurt, achterstandsbuurt	x		#
	Concentratie van delinquenten in de buurt	x		
	Geweld / toegang tot wapens	x		
	Onveilige woonomgeving	x		#
	Te kleine huisvesting	x		

⁵⁴ Overgenomen uit het rapport: Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Hermanns J., F Öry en G Schrijvers. Inventgroep, 2005.