

DE UTRECHTSE JEUGD GEZOND?
EEN ONDERZOEK NAAR DE GEZONDHEID
VAN DE UTRECHTSE JEUGD:
TRENDS EN SOCIAALDEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

Manon van Eijdsden¹, Jan Bleeker², Addi van Bergen¹, Erik van Ameijden¹

September 2002

GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE EN GEZONDHEIDSDIENST UTRECHT
Afdeling Bestuur en Bedrijf, Bureau Epidemiologie en Informatie
Afdeling Jeugdgezondheidszorg

Jaarbeursplein 17
Postbus 2423
3500 GK Utrecht
Telefoon (030) 286 33 33

Met dank aan: A. van Engelen³
 G. de Geus³
 J. Hermans³
 M. Reedijk³
 C. Rots¹
 R. de Vries³

1. Bureau Epidemiologie en Informatie, GG&GD Utrecht
2. Afdeling Humane Voeding en Epidemiologie, Wageningen Universiteit
3. Afdeling Jeugdgezondheidszorg, GG&GD Utrecht

VOORWOORD

Een bekend gezegde is: “wie de jeugd heeft, heeft de toekomst”. Ik zou daar de nuancering aan willen toevoegen, dat wie de gezonde jeugd heeft een gezonde toekomst heeft.

Bekend is uit onderzoek hoe belangrijk het is in de jeugdijaren qua gezondheid, leefstijl, opleiding en opvoeding een goede basis voor de toekomst te leggen. Daarmee wordt op individueel niveau en collectief bijgedragen aan een goed welbevinden, wat onze maatschappij als geheel en het individu ten goede komt.

Daarom is het belangrijk via regelmatig onderzoek als het bijgaande te constateren welke ontwikkelingen zich voordoen. Op basis daarvan is het mogelijk te beoordelen of bestaand beleid in stand gehouden kan worden dan wel moet worden aangepast of aangevuld.

Het is mede daarom spijtig te constateren dat er veel non-respons in dit onderzoek is geweest van allochtone jeugd tussen 12 en 18 jaar.

Op grond van dit onderzoek kan geconstateerd worden dat onze interventies redelijk doeltreffend zijn, maar ook dat er geen redenen zijn om te denken dat het wel minder kan.

Onze op preventie gerichte aandacht moet derhalve onverminderd worden voortgezet ten behoeve van een gezonde toekomst van onze jeugd.

Ir.G.J.A.Hille

Directeur GG&GD

SAMENVATTING

Inleiding: Voor de ontwikkeling en prioriteitenstelling van een jeugdgezondheidsbeleid, waarvoor gemeentes wettelijk gezien de verantwoordelijkheid dragen, is inzicht in de gezondheidstoestand essentieel. Hiertoe is in het huidige onderzoek aan de hand van drie vraagstellingen de gezondheid van de Utrechtse jeugd (1-18 jaar) onderzocht. De vraagstellingen zijn: (1) wat is de gezondheidssituatie van de Utrechtse jeugd tussen de 1 en 18 jaar; (2) zijn er groepsverschillen in gezondheid wat betreft geslacht, leeftijd, etniciteit, sociaal-economische status en wijk; en (3) zijn er trends in de gezondheid over de periode 1996-2001?

Methoden: De gegevens zijn verkregen uit de continue gezondheidspeilingen die de GG&GD Utrecht in 1996 t/m 2001 heeft uitgevoerd onder de Utrechtse jeugd van 1 t/m 18 jaar. De methode van deze peiling is een schriftelijke vragenlijst, die voor de 1- t/m 11-jarigen door de ouders worden ingevuld. Jongeren vanaf 12 jaar vullen de enquête zelf in. Respondentselectie voor de peiling vindt jaarlijks plaats, op basis van een aselechte steekproef uit het bevolkingsregister.

Per onderwerp van onderzoek – lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en leefstijl – zijn relevante indicatorvariabelen uit de vragenlijsten geselecteerd. Na non-respons en item non-respons analyses, zijn sociaaldemografische verschillen en trends bestudeerd. Met behulp van multivariate logistische regressie zijn onafhankelijke verbanden bepaald.

Resultaten: Over de periode 1996-2001 hebben 915 kinderen en ouders een enquête ingevuld, overeenkomstig met een responspercentage van 76%. Een selectieve non-respons is geconstateerd voor jongeren van 12 t/m 18 jaar en (ouders van) allochtone kinderen. Item non-respons bleek vooral samen te hangen met een lage sociaal-economische status en een allochtone afkomst.

De meest voorkomende lichamelijke problemen bij de Utrechtse jeugd (v.a. 1 jaar) zijn ongevallen (40%) en allergieën (20%). CARA (12%), hoofdpijn (17%) en eczeem/ huidproblemen (19%) zijn de meest voorkomende chronische aandoeningen. De meest genoemde psychosociale ontwikkelingsproblemen bij kinderen (4-11 jaar) zijn driftigheid (15%) en gespannenheid (10%). Ook problemen met naar bed gaan (15%) en met inslapen (11%) worden relatief vaak genoemd. Relatief veel jongeren van 12 t/m 18 jaar hebben een negatief zelfbeeld (15%), missen een vriend(in) (19%) of zijn onzeker bij beslissingen (42%). Een kwart van de jeugd vanaf 4 jaar ontbijt niet dagelijks. Van alle jeugd (1-18 jaar) eet 41% minder dan vijf stuks fruit per week en 61% niet dagelijks groenten. Van de jongeren (12-18 jaar) drinkt 39% wel eens alcohol, gebruikt 21% wel eens tabak en heeft 12% in het jaar voorafgaand aan de enquête softdrugs gebruikt. Meisjes hebben over het algemeen meer gezondheidsproblemen (holteontstekingen, gezichtsvermogen, hoofdpijn en psychosociaal welbevinden) dan jongens. Bij het toenemen van de leeftijd nemen niet alleen de lichamelijke gezondheidsproblemen (allergieën, ongevallen en chronische aandoeningen) toe, maar ook de relatief ongezonde voedingsgewoonten (niet dagelijks ontbijten en lage groente- en fruitconsumptie). Marokkaanse en Turkse kinderen in Utrecht hebben na correctie voor SES en wijk geen duidelijk slechtere lichamelijke of geestelijke gezondheid dan Nederlandse kinderen, maar wel vaker een ongunstig ontbijtgedrag (niet dagelijks ontbijten). Kinderen uit een laag sociaal-economisch milieu hebben vaker ongezonde voedingsgewoontes dan kinderen met een hogere SES, maar gebruiken minder alcohol en softdrugs. Kinderen die in achterstandswijken wonen hebben meer problemen met de psychosociale ontwikkeling en meer klachten op het gebied van de lichamelijke gezondheid (allergieën en hoofdpijn) dan kinderen die in meer welgestelde wijken wonen.

Het voorkomen van holteontstekingen, een relatief slechte psychosociale ontwikkeling/ welbevinden en softdruggebruik is significant gedaald over de periode 1996-2001.

Discussie: Hoewel het gebruik van verschillende methoden de vergelijkbaarheid met ander onderzoek bemoeilijkt, is de omvang evenals het relatieve voorkomen van de gezondheidsproblemen bij de Utrechtse jeugd (1-18 jaar) naar alle waarschijnlijkheid niet substantieel afwijkend van de omvang en het voorkomen in andere steden. Ook de groepsverschillen komen in grote mate overeen met bevindingen van andere studies. Voor de vier uitkomsten waarvoor over de periode 1996-2001 significante dalingen in het voorkomen zijn geconstateerd, zijn landelijk geen trends waargenomen. De belangrijkste beleidsmatige implicaties zijn: (1) er kan nog steeds veel gezondheidswinst geboekt worden, waarvoor gezien de afwezigheid van trends meer investeringen en mogelijk effectievere interventies noodzakelijk zijn; (2) het jeugdgezondheidsbeleid in Utrecht hoeft op hoofdlijnen niet fundamenteel te verschillen met dat in andere steden of regio's; (3) een wijk- en schoolgerichte aanpak is aangewezen; en (4) preventie moet op jonge leeftijd beginnen. Daar we in dit onderzoek geen risicofactoren voor gezondheidsproblemen (en -verschillen) hebben onderzocht, noch de ernst van problemen hebben meegewogen, kunnen onze resultaten niet direct leiden tot de keuze voor specifieke interventies. Wel vormen ze een solide basis voor het algemeen beleidsvormingsproces doordat een duidelijk algemeen beeld van de gezondheid van de Utrechtse jeugd is verkregen.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN EN CONCLUSIES

Algemeen

- Doordat een algemeen beeld is gekregen van de gezondheid van de Utrechtse jeugd, is het huidige onderzoek een solide basis voor het algemene beleidvormingsproces van de JGZ.
- Voor *prioritering* van gezondheidsproblemen en de keuze voor specifieke interventies is echter méér werk nodig. Dit zal later volgen in de VolksgezondheidsMonitor Utrecht 2002 en de nota Openbare Gezondheidszorg 2003-2007.
- Er zijn geen aanwijzingen dat de Utrechtse jeugd wat betreft lichamelijke aandoeningen en levensstijl ongezonder is dan de jeugd elders in Nederland. Daarom hoeft het lokale jeugdgezondheidsbeleid in Utrecht in dit opzicht niet fundamenteel te verschillen van dat in andere steden of regio's.
- Nader onderzoek naar het voorkomen van psychische en gedragsstoornissen en opvoedings- en ontwikkelingsproblemen is geboden.
- De gevonden groepsverschillen wijzen op het belang van preventie vanaf jonge leeftijd en onderschrijven de reeds gemaakte keuze voor een wijk- en schoolgerichte aanpak. Daarentegen geven de resultaten voorsnog geen reden tot een specifiek beleid voor allochtone kinderen.
- Sommige gezondheidsproblemen komen veel voor en nemen zelden af in de tijd. Dit impliceert dat er nog veel gezondheidswinst geboekt kan worden, en dat hiervoor meer investeringen en mogelijk effectievere interventies noodzakelijk zijn.
- Toekomstige monitoring van de gezondheid van de jeugd op wijk- en schoolniveau is essentieel om de keuze voor wijk- en schoolgerichte interventies te ondersteunen en dit beleid te evalueren.

Lichamelijke gezondheid

- De meest voorkomende lichamelijke aandoeningen in Utrecht zijn ongevallen (40%), allergieën (20%), eczeem/huidproblemen (19%), chronische hoofdpijn (17%) en CARA (12%).
- Er is een indicatie dat de prevalentie van CARA in Utrecht relatief hoog is onder de Turkse en Marokkaanse jeugd. Nader onderzoek, zowel om dit te bevestigen als om oorzaken te bepalen, is gewenst. Extra aandacht is nodig voor het voorkomen van luchtwegklachten.
- Chronische hoofdpijn komt het meeste voor bij meisjes en jongeren van 12 t/m 18 jaar. Hierbij kunnen zowel genetische/ hormonale factoren, psychische problemen, als leefgewoonten (laat naar bed, veel TV kijken) een rol spelen. Daarom is voor het ontwikkelen van effectieve interventies eerst determinantenonderzoek aangewezen.

- De prevalentie van ongevallen onder Turkse zuigelingen en peuters (1-3 jaar) is sterk verhoogd. Naast algemene preventie wordt aanbevolen specifieke maatregelen gericht op Turkse ouders te implementeren. Nieuw diepteonderzoek naar type en oorzaak van ongevallen helpt bij de keuze voor specifieke interventies.

Geestelijke gezondheid

- In Utrecht is de problematiek op het gebied van psychosociale ontwikkeling en welbevinden afgenomen, terwijl landelijk geen trends aangetoond zijn. De reden hiervoor is onbekend.
- Ondanks deze daling blijft in Utrecht, gezien de omvang en ernst van de problematiek, preventie en vroegtijdige opsporing van psychosociale problemen een prioriteit.
- Voor interventies gericht op psychische en gedragsproblemen is onderzoek nodig naar screeningsinstrumenten voor vroegopsporing en naar effectiviteit van preventiemaatregelen.

Leefstijl

- Een verhoogde problematiek op het gebied van tabak-, alcohol- en softdruggebruik wordt in Utrecht niet gevonden. Frequentie alcoholconsumptie is gedaald, terwijl dit landelijk niet het geval is. Toch blijven preventieve activiteiten van belang vanwege de grote gezondheidsrisico's van roken, drugs en overmatig alcoholgebruik.
- Opvallend is dat cannabis- en alcoholgebruik meer voorkomt onder jongeren uit de hogere sociaal-economische milieus. Om de betekenis hiervan vast te stellen voor preventie wordt nader onderzoek aanbevolen.
- Een relatief hoog percentage van de Utrechtse jeugd voldoet niet aan de voedingsnormen en uitbreiding van preventieve activiteiten op dit gebied is gewenst. Deze moeten op jonge leeftijd beginnen met extra aandacht voor de risicogroep met een lage SES. Bij allochtone kinderen gaat het vooral om behoud van de relatief gezonde eetgewoontes.

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|-----------|
| VOORWOORD | 3 |
| SAMENVATTING | 5 |
| BELANGRIJKSTE RESULTATEN EN CONCLUSIES | 7 |
| INHOUDSOPGAVE | 9 |
| H1 INLEIDING | 11 |
| 1.1 Achtergrond | 11 |
| 1.2 De gezondheid van de Nederlandse jeugd | 13 |
| 1.3 Sociaaldemografische verschillen en risicogroepen | 14 |
| 1.4 Vraagstellingen..... | 15 |
| H2 METHODEN | 17 |
| 2.1 Gegevensverzameling..... | 17 |
| 2.2 Respondenten | 17 |
| 2.3 Selectie van variabelen | 18 |
| 2.4 Data-analyse | 19 |
| H3 RESULTATEN | 21 |
| 3.1 Non-respons en representativiteit | 21 |
| 3.2 De gezondheidssituatie | 23 |
| 3.3 Sociaaldemografische groepsverschillen | 24 |
| 3.4 Trends | 32 |
| H4 DISCUSSIE | 37 |
| 4.1 Plaats onderzoek in beleidscyclus | 37 |
| 4.2 Algemene implicaties van resultaten op hoofdlijnen | 38 |
| 4.3 Inhoudelijke bespreking van de resultaten..... | 40 |
| 4.4 Methodologische aspecten van het onderzoek..... | 46 |
| LITERATUURLIJST | 49 |
| BIJLAGE 1: Enquête continue gezondheidspeiling | 53 |
| BIJLAGE 2: Sociaaldemografische factoren per kalenderjaar | 71 |

H1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

Basismotief voor het volksgezondheidsbeleid, waarvoor gemeentes volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) de verantwoordelijkheid dragen, is het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de bevolking.¹ Onderdeel van dit beleid is de jeugdgezondheidszorg. Met de recente wijziging van de WCPV, is de rol van de gemeente wat betreft deze zorg ook gewijzigd. Vanaf 2003 is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van een integrale Jeugdgezondheidszorg voor de jeugd van 0 t/m 19 jaar en voor afstemming van een uniform én een maatwerkdeel van een basistakenpakket. Dit basistakenpakket is in zijn geheel verankerd in de WCPV. In het uniforme deel gaat het om producten die gevraagd en ongevraagd aan alle kinderen in de doelgroep worden aangeboden, in het maatwerkdeel gaat het om producten waarbij de gemeenten de vrijheid hebben om het zorgaanbod af te stemmen op de specifieke zorgbehoeften van individuen en op de lokale gegevens, oftewel de lokale gezondheidssituatie.²

Binnen de gemeente Utrecht geeft de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GG&GD, in samenwerking met de Thuiszorg Stad Utrecht, vorm aan het gemeentelijk jeugdgezondheidsbeleid. De overkoepelende doelstelling van JGZ is begeleiding van de gezondheid, groei en ontwikkeling van de jeugd tot een optimaal niveau, waarbij de ongelijkheid in kans op gezondheid van ieder kind zoveel mogelijk wordt opgeheven. De belangrijkste functies van JGZ zijn in de volgende drie punten samen te vatten: (1) het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen en zonodig leiden naar adequate zorg; (2) het voorkomen van gezondheidsproblemen en het versterken van gezondheidsbeschermende factoren; en (3) het bieden van een vangnet bij problemen waar geen adequate zorg voor handen is.³

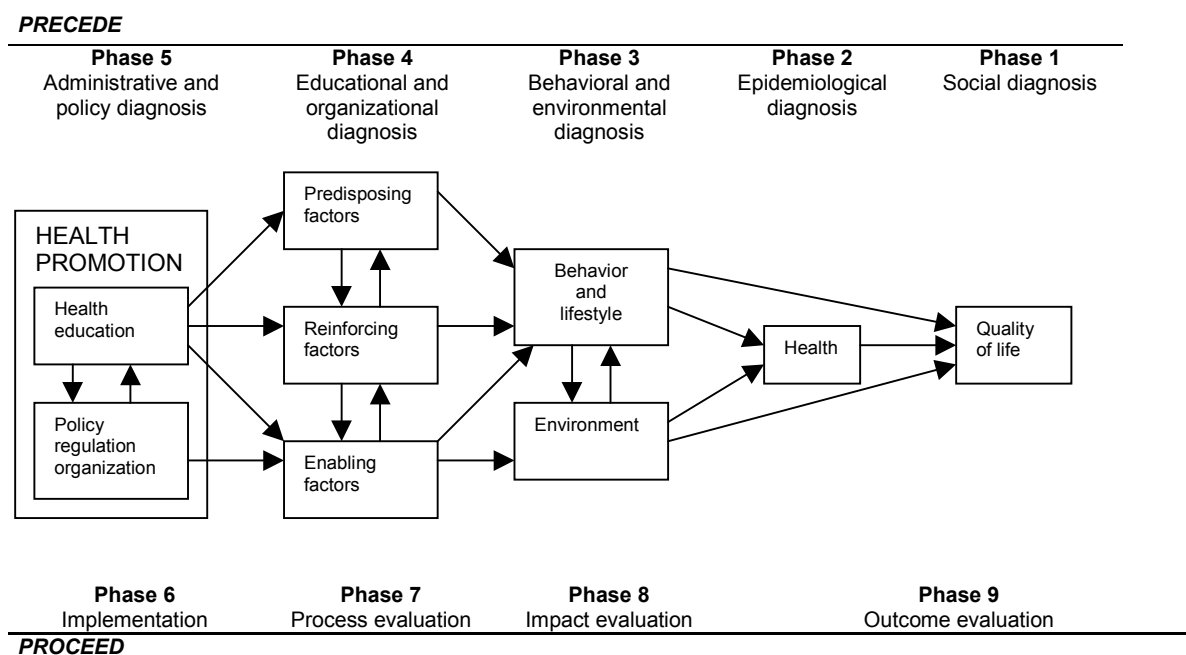
Voor de lokale gegevens met betrekking tot de gezondheidssituatie, ter ondersteuning van het jeugdgezondheidsbeleid, wordt door de GG&GD Utrecht epidemiologisch onderzoek uitgevoerd. Het verband tussen epidemiologisch onderzoek en beleid wordt geschetst door het theoretische PRECEDE-PROCEED model van Green e.a. (zie Figuur 1).⁴ De 5 PRECEDE-fases geven de verschillende fases van (diagnostisch) onderzoek weer, waardoor prioriteiten en doelen voor beleid en interventies kunnen worden geïdentificeerd. Fase 1 begint met de sociale diagnose ofwel onderzoek naar de kwaliteit van leven: welke (sociale) problemen ervaart de bevolking zelf? Fase 2 identificeert vervolgens de specifieke gezondheidsproblemen die een rol spelen bij de bevindingen in fase 1, zoals het voorkomen van bepaalde ziekten en beperkingen, de ervaren gezondheid, et cetera. De omgevings- en gedragsfactoren die op hun beurt bijdragen aan specifieke gezondheidsproblemen, worden onderzocht in fase 3. In fase 4 worden uiteindelijk die factoren bestudeerd die van invloed kunnen zijn op het gedrag en de omgeving. Op basis van deze gegevens kunnen de beleidsmakers vervolgens de prioriteiten en doelen van het beleid en interventies vaststellen, zodat in fase 5 de mogelijkheden en limitaties voor de ontwikkeling en implementatie kunnen worden bepaald en een strategie kan worden gekozen. In de PROCEED fases (6 t/m 9) vindt, na ontwikkeling en implementatie van het beleid, een terugkoppeling plaats naar onderzoek dat nu gericht is op evaluatie van het proces, het bereik en het effect.

Binnen de GG&GD Utrecht vinden we het verband tussen onderzoek en beleid terug in het praktijkgerichte model van de Volksgezondheidsmonitor Utrecht (VMU).⁵ Hierin worden drie beleidsdoelen van onderzoek

onderscheiden: (1) prioritering van beleid – hierbij gaat het om de beschrijving en signalering van zowel bestaande als nieuw verwachte gezondheidsproblemen; (2) ondersteuning bij het maken van beleidskeuzes en implementatie van beleid – dit betreft met name onderzoek naar de achtergronden (determinanten) van een gezondheidsprobleem; en (3) evaluatie van beleid – ofwel onderzoek naar het bereik en effect van interventies.

Met het hier besproken epidemiologisch onderzoek willen we een eerste stap voor prioritering binnen het jeugdgezondheidsbeleid in Utrecht zetten. Hiertoe hebben we onderzoek uitgevoerd overeenkomstig met fases 2 en 3 van het PRECEDE-PROCEED model, waarin specifieke problemen op het gebied van de lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, leefstijl en omgeving worden geïdentificeerd. In het huidige onderzoek hebben we ons beperkt tot de lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en leefstijl als indicatoren voor de gezondheidssituatie. In een vervolgonderzoek zal aandacht worden besteed aan de omgeving (sociaal/fysiek) en het zorggebruik als determinanten van gezondheid.

In het navolgende zal eerst een literatuuroverzicht worden gegeven van de gezondheidssituatie en trends in de gezondheid bij de Nederlandse jeugd in het algemeen (paragraaf 1.2). Paragraaf 1.3 geeft vervolgens een bespreking van de literatuur op het gebied van sociaaldemografische gezondheidsverschillen en risicogroepen. In de laatste paragraaf (1.4) zullen tenslotte de vraagstellingen van het onderzoek worden besproken.



Figuur 1. Het PRECEDE-PROCEED model⁴

1.2 De gezondheid van de Nederlandse jeugd

Hoewel de gezondheid van de jeugd in Nederland in verhouding met andere landen als goed mag worden beschouwd,⁶ zijn er binnen Nederland nog verscheidene ongunstige ontwikkelingen en gezondheidsbedreigingen te constateren.

Lichamelijke gezondheid

Ongeveer één op de vier 0- t/m 17-jarigen heeft een langdurige aandoening als astma, epilepsie, migraine of holteontstekingen. Dit percentage is gestegen over de periode 1990-1996.^{7,8} Het meest voorkomend is astma: 11% van de jeugd rapporteert klachten op dit gebied. De prevalentie ervan blijkt te zijn toegenomen sinds 1990, met name onder kinderen jonger dan 12 jaar.⁷⁻¹⁰ Beperkingen aan het gehoor, de visus of het bewegingsapparaat komen relatief weinig voor: in 1999 bleek slechts 1% van de jeugd tussen de 12 en 18 jaar oud problemen op dit gebied te hebben.⁸

Ongevallen vormen een relatief belangrijk gezondheidsprobleem bij kinderen.^{6,10,11} Jaarlijks bezoekt één op de vijf kinderen tussen de 0 en 12 jaar de huisarts en één op de twaalf kinderen de EHBO vanwege een ongeval, en dit aantal is stijgende.⁶ Hierbij gaat het niet alleen om verkeersongevallen, maar ook om ongevallen in de privé-sfeer: 45% van de ziekenhuisopnames betreffen kinderen die gevallen zijn. Vergiftigingen en verkeersongevallen volgen met respectievelijk 18% en 10%. Vooral bij kinderen jonger dan 4 jaar blijkt het ongevalrisico hoog.¹¹

Geestelijke gezondheid

Steeds meer aandacht wordt besteed aan de psychosociale problematiek bij jeugdigen.^{8,10,12-15} Tijdens de periodieke gezondheidsonderzoeken in 1997/1998 werden psychosociale problemen bij één op de vijf kinderen (1-15 jaar) geconstateerd.¹⁴ Volgens onderzoek van het CBS in 1999 komen psychosociale problemen bij 13% van de jongeren tussen de 12 en 18 jaar voor,⁸ terwijl in meer recent onderzoek is geschat dat psychische en gedragsproblemen bij circa 22% van de adolescenten (13-18 jaar) voorkomen.¹³ Een duidelijke trend is uit epidemiologisch onderzoek nog niet gebleken.^{10,12,15}

Leefstijl

Uit verschillende rapporten en onderzoeken¹⁶⁻²² komt naar voren dat het percentage rokers onder de jeugd sinds 1988 onverminderd hoog is gebleven: ongeveer 27% rookt met regelmaat en 14% rookt dagelijks. Uit het recentste Peilstationsonderzoek van het Trimbos-instituut²² is gebleken dat driekwart van de middel-bare scholieren (12-18 jaar) ervaring heeft met alcohol, terwijl 54% regelmatig drinkt. Deze percentages zijn vanaf 1996, na een forse stijging sinds 1992, echter niet meer toegenomen.²¹⁻²³ Van de regelmatige drinkers drinkt 17% meer dan 8 glazen per keer, een percentage dat is verdrievoudigd over de periode 1984-1999.^{23,24} Het percentage scholieren in 1999 dat ervaring heeft met het gebruik van cannabis is, na een toename over de periode 1992-1996, vrijwel stabiel gebleven op een percentage van 20%.^{21,22,25} Het percentage dat ervaring heeft met XTC is, na een initiële stijging over de periode 1992-1996, in 1999 gedaald tot 4%. Het gebruik van heroïne (1% van de scholieren) en cocaïne (3% van de scholieren) is weinig veranderd in de periode 1992-1999.^{21,22}

Onderzoek uit 1995 laat zien dat ongeveer 6% van de jongeren tussen de 12 en 18 jaar zich risicovol gedraagt op seksueel gebied (i.e. onbeschermd vrijen met een riskante partner). Dit percentage is toegenomen sinds 1990.^{16,17,26}

Specifieke informatie op het gebied van voedingsgedrag van de jeugd is schaars. Wel blijkt uit de verschillende rapportages²⁷⁻²⁹ dat sinds de Voedselconsumptiepeiling van 1987 de inname van vet is toegenomen en de groente- en fruitconsumptie is gedaald. De huidige dagelijkse inname van de Nederlandse bevolking ligt voor groenten tussen de 90 en 130 gram en voor fruit op 1 stuk.²⁹ Ook andere aspecten van voedingsgedrag vertonen ongunstige ontwikkelingen: zo zijn er aanwijzingen dat de jeugd vaker het ontbijt overslaat en een onvolwaardige lunch consumeert.²⁹⁻³¹ Overgewicht komt steeds meer voor, maar lijkt meer het gevolg te zijn van gebrek aan lichaamsbeweging dan van ongezond eetgedrag.³²⁻³⁴ Jongeren leiden steeds meer een zittend bestaan en hebben te weinig lichaamsbeweging om te voldoen aan de norm van minimaal één uur matig intensieve lichamelijke activiteit per dag.^{7,35}

1.3 Sociaaldemografische verschillen en risicogroepen

Leeftijd en geslacht

Met het toenemen van de leeftijd wordt de gezondheid over het algemeen slechter: oudere kinderen hebben niet alleen meer last van langdurige aandoeningen en psychosociale problemen, maar ervaren ook hun gezondheid als slechter.^{7,8} Verschillen in gezondheid tussen jongens en meisjes blijken mede afhankelijk te zijn van de leeftijd. Tot de leeftijd van 12 jaar komen gezondheidsproblemen, met name chronische aandoeningen en ongevallen, vaker voor bij jongens. Boven de 12 jaar zijn het de meisjes die meer gezondheidsklachten hebben, zowel op lichamelijk als op psychosociaal gebied.^{7,8}

Wijk en sociaal-economische status

Uit verschillende studies³⁶⁻³⁸ komt naar voren dat de gezondheid van inwoners van grote steden over het algemeen slechter is. In grote steden is veelal sprake van gedepriveerde stadsdelen waar men een opeenhoping van problemen ziet, zoals verloedering, werkloosheid, psychosociale problemen en criminaliteit. In deze buurten is het meestal slechter gesteld met de gezondheid van de bevolking en komen ongezonde leefgewoontes meer voor. Een deel hiervan kan echter verklaard worden door de sociaal-economische kenmerken van de buurt en de sociaal-economische status (SES) van de bewoners zelf.³⁶⁻³⁸ Kinderen uit een laag sociaal-economisch milieu kunnen worden beschouwd als een groep met een relatief hoog risico op een slechte gezondheid.³⁹⁻⁴⁵ Een lage sociaal-economische status hangt veelal samen met een hogere prevalentie van overgewicht, chronische aandoeningen, en psychosociale klachten, en met ongezondere voedingsgewoontes zoals het overslaan van het ontbijt en een lage fruitconsumptie.^{29,39-42} Bij jongeren is ook het eigen niveau van scholing van belang: laaggeschoolden jongeren hebben, in vergelijking met leeftijdsgenoten op HAVO/VWO, vaker ongezonde leefgewoontes (voeding, roken, drinken) en psychosociale klachten.⁴³⁻⁴⁵

Etniciteit

Ook de allochtone bevolking wordt over het algemeen beschouwd als een risicogroep voor een slechtere gezondheid.⁴⁶⁻⁴⁹ Het verband tussen etniciteit en de lichamelijke gezondheid bij jeugdigen is echter niet eenduidig. Hogere prevalenties bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse kinderen zijn geconstateerd voor erfelijke afwijkingen en diabetes mellitus type I. Astmatische klachten, oorklachten en klachten aan het bewegingsapparaat lijken juist minder vaak voor te komen onder de allochtone jeugd.⁴⁶⁻⁴⁹

Verdrinkingsongevallen zijn belangrijke oorzaken van een hogere sterfte onder de Turkse en Marokkaanse jeugd, waarschijnlijk als gevolg van een lage zwemvaardigheid van deze kinderen.^{6,46}

De voeding van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse kinderen heeft zowel positieve als negatieve aspecten in vergelijking met de Nederlandse situatie. Over het algemeen is de inname van macronutriënten (eiwitten, koolhydraten en vetten) beter, terwijl de inname van micronutriënten (mineralen en vitamines uit o.a. groenten en fruit) slechter is.^{42,47} Het risico van overgewicht is beduidend hoger onder Turkse en Marokkaanse groepen dan onder autochtone kinderen.⁴⁷ Andere riskante leefgewoonten lijkt de allochtone jeugd niet te hebben: ze gebruiken minder alcohol, tabak en softdrugs dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten.^{15,20,45,46}

1.4 Vraagstellingen

Zoals uit voorgaande paragraaf blijkt, kan op basis van literatuuronderzoek reeds een indicatie worden verkregen van de belangrijkste gezondheidsproblemen, sociaaldemografische verschillen en trends bij de jeugd. Voor (prioritering van) een *lokaal* jeugdgezondheidsbeleid is echter inzicht nodig in de *lokale* gezondheidssituatie.⁵ Het is te verwachten dat de gezondheid van de jeugd in Utrecht afwijkt van de gezondheid van de jeugd elders, daar relatief veel kinderen in Utrecht opgroeien in een laag sociaal-economisch milieu en achterstandswijken, en een relatief hoog percentage van de jeugd van allochtone afkomst is. Deze afwijking zal veelal in negatieve zin zijn (chronische aandoeningen, psychosociale gezondheid, voedingsgewoonten), maar mogelijk ook in positieve zin (tabak- en alcoholgebruik).

Ons onderzoek is uitgewerkt aan de hand van drie onderzoeksvragen:

1. Wat is de gezondheidssituatie van de Utrechtse jeugd tussen de 1 en 18 jaar?
2. Zijn er groepsverschillen in gezondheid wat betreft geslacht, leeftijd, etniciteit, sociaal-economische status en wijk?
3. Zijn er trends in de gezondheid over de periode 1996-2001?

Voor de uitvoering van het onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de gegevens uit de continue gezondheidsspeiling die de GG&GD Utrecht sinds 1996 onder de Utrechtse jeugd (1-18 jaar) houdt.

Na bespreking van de methoden, zullen de verschillende resultaten met betrekking tot de gezondheidssituatie in het algemeen, de sociaaldemografische groepsverschillen en de trends worden weergegeven. In de discussie zal vervolgens een terugkoppeling gemaakt worden naar de vraagstellingen en zullen de implicaties van onze bevindingen voor nader onderzoek en beleid besproken worden.

H2 METHODEN

2.1 Gegevensverzameling

De gegevens voor het onderzoek zijn verkregen uit de continue gezondheidspeiling van de GG&GD Utrecht, die voor de jeugd in 1996 is gestart. De peiling bevat onder andere vragen op het gebied van de lichamelijke en geestelijke gezondheid, leefgewoonten, fysieke en sociale omgeving en zorggebruik. Per leeftijdscategorie (1-3 jaar, 4-7 jaar, 8-11 jaar en 12-18 jaar) worden afzonderlijke vragenlijsten gebruikt, die bij de 1 tot en met 11-jarigen door de ouders dienen te worden ingevuld. Aan jongeren van 12 t/m 18 jaar wordt gevraagd de enquête zelf in te vullen.

De vragenlijsten van de peiling zijn ontwikkeld door het bureau Epidemiologie en Informatie (zie Bijlage 1). Bij de samenstelling is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande vragenlijsten en zoveel mogelijk aangesloten op de vragenlijsten van de continue gezondheidspeiling voor volwassenen.⁵⁰ Tabel 1 geeft per onderwerp van de peiling een overzicht van gebruikte referenties.

Tabel 1. Verantwoording gebruikte vragen per onderwerp van de gezondheidspeiling^a

| | Referentievragenlijsten ^{b,c} |
|---|---|
| Chronische aandoeningen | CBS gezondheidsenquête ^d |
| Allergieën | Gezondheidsenquêtes GGD Groningen, Den Bosch, Oost-Veluwe en West-Utrecht |
| Ongevallen | - |
| Ontwikkeling | - |
| Lichamelijke beperkingen | - |
| Psychosociaal welbevinden en emotionele ontwikkeling | Welbevinden: NIBUD scholierenonderzoek; Ontwikkeling: vragenlijst psychosociale en emotionele ontwikkeling zoals ontwikkeld voor de handleiding gezondheidsbeïnvloedend gedrag door de Vereniging Directeuren Basisgezondheidsdiensten ism Instituut Toegepaste Sociale Wetenschappen |
| Voeding | Gezondheidsenquête Westerpark, GG&GD Amsterdam |
| Beweging | - |
| Rookgedrag | Vragenlijst rookgedrag zoals ontwikkeld door Garretsen, GGD Rotterdam |
| Alcoholgebruik | Vragenlijst alcoholgebruik zoals ontwikkeld door Garretsen, GGD Rotterdam ^e ; NIBUD scholierenonderzoek |
| Condoomgebruik | Vragenlijst condoomgebruik zoals ontwikkeld door Sandfort, Rijksuniversiteit Utrecht |
| Gokgedrag | NIBUD scholierenonderzoek |
| Drugsgebruik | NIBUD scholierenonderzoek |
| Fysieke omgeving | Gezondheidsenquête Westerpark, GG&GD Amsterdam |
| Sociale omgeving | Gezondheidsenquête Westerpark, GG&GD Amsterdam, vragenlijst handleiding gezondheidsbeïnvloedend gedrag |
| Zorggebruik | - |
| Medicijngebruik | CBS gezondheidsenquête |

a. Bron (50): Penris M, Vriends K. De continue gezondheidspeiling: deel 1. Opzet en organisatie. Utrecht: GG&GD, 1995; betreft de peiling zoals ontwikkeld in 1995, geen informatie beschikbaar over vragen die in de loop der jaren gewijzigd zijn.

b. Voor de specifieke referenties wordt de lezer verwezen naar de hierboven genoemde gebruikte bron.

c. Daar waar geen referentie wordt gegeven, is de deelvragenlijst door de GG&GD Utrecht zelf ontwikkeld.

d. Na aanpassing voor kinderen en jongeren.

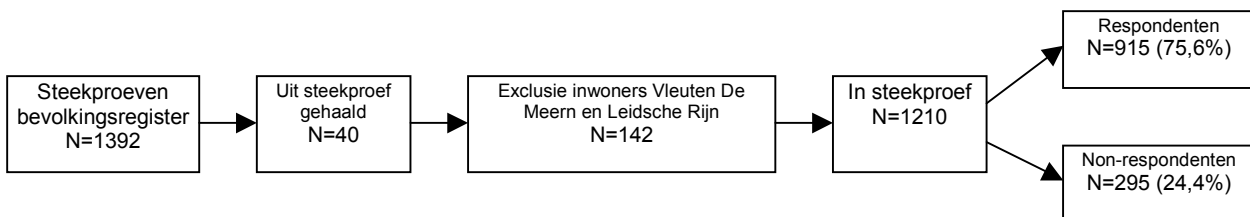
e. Na aanpassing voor jongeren.

2.2 Respondenten

Respondentselectie van de peiling vindt jaarlijks plaats op basis van een aselechte steekproef uit het bevolkingsregister van de gemeente Utrecht. Tot en met 1999 werden maandelijks 100 Utrechters aangeschreven, waarvan telkens circa 15 personen jonger dan 19 jaar waren.⁵¹ Sinds 2000 wordt de enquête één keer per jaar naar 1200 personen gestuurd. Op basis van eerder onderzoek van de GG&GD⁵² verwachten we geen seizoensvariatie in de resultaten.

Indien men niet binnen twee weken reageert op het verzoek de lijst ingevuld te retourneren, wordt een schriftelijk rappel gestuurd. Als ook hierop niet gereageerd wordt, wordt de geselecteerde persoon of zijn ouder/verzorg(st)er telefonisch benaderd met de vraag of hij/zij alsnog aan de peiling wil deelnemen, eventueel via een mondeling interview. Personen met een geheim telefoonnummer of zonder telefoon worden direct thuis door interviewers benaderd. Deze opzet – het gebruik van gegevens die op verschillende manieren verzameld zijn – is reeds in eerdere rapporten van de GG&GD verantwoord.^{51,53}

In totaal zijn over de periode 1996-2001 1392 kinderen tussen de 1 en 18 jaar uit 10 wijken van Utrecht aangeschreven. Veertig kinderen (3%) hiervan zijn niet in de uiteindelijke groep respondenten en non-respondenten ingesloten, om verscheidene redenen: geen inwoner van Utrecht ten tijde van de peiling, enquête wel teruggestuurd maar niet ingevuld, et cetera. Vanwege oversampling in de nieuwe wijk Vleuten De Meern en ondersampling in de nieuwe wijk Leidsche Rijn in 2001 zijn de gegevens van kinderen uit deze wijken (N=142) evenmin meegenomen bij de analyses (zie Figuur 2).



Figuur 2. Traject samenstelling onderzoeksgroep

2.3 Selectie van variabelen

Uit de vragenlijsten zijn per onderwerp (lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en leefstijl) relevante indicatorvariabelen gekozen (Tabel 2). Uitkomstwaarden van de variabelen voor overgewicht, psychosociale ontwikkeling en psychosociaal welbevinden zijn hierbij op basis van de verdelingen vastgesteld. Overgewicht is bepaald per leeftijdsgroep met behulp van Body Mass Index (BMI, gewicht/lengte²): bij een BMI groter of gelijk aan de 85^{ste} percentiel van de BMI verdeling in de betreffende leeftijdsgroep is overgewicht verondersteld. Het cut-off point is bepaald aan de hand van literatuur.⁵⁴⁻⁵⁶ Voor de psychosociale ontwikkeling is uitgegaan van een schaal met 13 items. Bij een totaalscore (som van de itemscores) lager dan 18 (het 1^e tertiel van de verdeling) is een relatief slechte psychosociale ontwikkeling verondersteld. Het psychosociaal welbevinden is op overeenkomstige wijze bepaald.

Na een eerste beschouwing van de data is verder gewerkt met een selectie van variabelen voor de analyses van sociaaldemografische verschillen en trends in de tijd. Selectie heeft plaatsgevonden op basis van twee criteria: (1) afwezigheid van grote methodologische beperkingen en (2) voldoende hoge prevalentie, teneinde voldoende onderscheidingsvermogen te hebben om groepsverschillen te onderzoeken (afkappunt op 5%). Vijf sociaaldemografische kenmerken zijn geselecteerd: leeftijd, geslacht, etniciteit, wijk en sociaal-economische status van de ouders. Leeftijd is hierbij ingedeeld in vier categorieën (1-3 jaar, 4-7 jaar, 8-11 jaar en 12-18 jaar). Etniciteit is bepaald aan de hand van het eigen geboorteland en het geboorteland van de ouders volgens de standaard van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten,⁵⁷ waarna respondenten zijn ingedeeld in één van de volgende vier groepen: Nederlands, Marokkaans, Turks of overig allochtoon. De subwijken zijn in vier groepen ingedeeld aan de hand van de gemiddelde achterstandsscores zoals gegeven door de afdeling Bestuursinformatie van de gemeente Utrecht voor het jaar 2001.⁵⁸ Hierbij zijn telkens twee wijken met vergelijkbare achterstandsscore bij elkaar genomen. Dit heeft geresulteerd in de volgende

wijkindeling (in volgorde van achterstand van hoog naar laag): Noordwest + Overvecht, Zuid + Zuidwest, West + Binnenstad, en Noordoost + Oost. Sociaal-economische status van de ouders is bepaald aan hand van het opleidingsniveau van de ouders. Hiervoor is het niveau van de ouder met de hoogste opleiding ingedeeld in één van drie categorieën: laag (geen onderwijs, alleen lager onderwijs, vbo/lbo, mavo of leerlingwezen), middel (havo, vwo of mbo) of hoog (hbo of wo).

2.4 Data-analyse

Analyses zijn gedaan met behulp van het statistische programma SPSS.⁵⁹ Eerst is een non-respons analyse gedaan om de representativiteit van de groep vast te stellen. Verschillen tussen respondenten en non-respondenten zijn getoetst met een Chi-kwadraat (χ^2)-toets voor de categorische variabelen kalenderjaar, geslacht, etniciteit en leeftijdscategorie; voor leeftijd als continue variabele is de Mann-Whitney U-toets gebruikt.

Voor een aantal relevante items met een hoge non-respons is een item non-respons analyse gedaan, waarbij het verband tussen item non-respons en de sociaaldemografische kenmerken geslacht, etniciteit, opleidingsniveau en leeftijd bestudeerd is. Voor toetsing zijn de eerder genoemde toetsen gebruikt.

Een beschrijvend dataonderzoek is uitgevoerd om prevalentiecijfers voor de totale groep te verkrijgen.

Vervolgens zijn verschillen in prevalenties tussen sociaaldemografische subgroepen bestudeerd en getoetst met behulp van een χ^2 -toets. De aanwezigheid van lineaire verbanden zijn hierbij eveneens getoetst aan de hand van de Mantel-Haenszel trendtoets. Om te onderzoeken of de gevonden verschillen verklaard konden worden uit andere sociaaldemografische kenmerken (etnische verschillen kunnen bijvoorbeeld het gevolg zijn van verschillen in sociaal-economische status), is multivariate analyse met behulp van logistische regressie toegepast. Hierbij zijn alle sociaaldemografische variabelen (inclusief kalenderjaar als continue variabele) in één logistisch model geforceerd, waarna gecorrigeerde odds ratio's met bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen zijn berekend. Om te controleren op multicollineariteit (dit is het geval als bijvoorbeeld de samenhang van de uitkomst met SES gedeeltelijk dezelfde is als de samenhang van de uitkomst met wijk) is daarnaast een forward stepwise regressiemethode toegepast, waarbij de sociaaldemografische variabelen één voor één aan het model zijn toegevoegd op basis van log-likelihood criteria. Daar de resultaten hiervan echter geen aanwijzingen gaven voor de aanwezigheid van multicollineariteit, zullen we in het navolgende alleen de resultaten van de geforceerde regressie-analyse bespreken.

Trends in de tijd zijn zowel univariaat als multivariaat met behulp van logistische regressie bestudeerd. Ruwe (univariate) odds ratio's zijn berekend aan de hand van een eenvoudig model met alleen kalenderjaar, gecorrigeerde (multivariate) odds ratio's aan de hand van een volledig model (kalenderjaar + alle sociaaldemografische variabelen).

Om te onderzoeken of sociaaldemografische verschillen anders zijn in de verschillende leeftijdsgroepen is stepwise regressie-analyse gebruikt. Hierbij is (aan de hand van de log-likelihood criteria) onderzocht of er interactie-effecten tussen leeftijd en geslacht, etniciteit, of SES waren, die een significante bijdrage leverden aan het model. Om te onderzoeken of sociaal-economische verschillen met de tijd veranderd zijn is het interactie-effect tussen kalenderjaar en SES op dezelfde wijze onderzocht.

Voor toetsing van alle hierboven genoemde verschillen, verbanden en trends is een significantieniveau van 5% aangehouden.

Tabel 2. Overzicht van geselecteerde indicatorvariabelen uit de gezondheidspeiling: lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en leefstijl

| Indicatorvariabele | Uitkomstwaarden | Leeftijdsgroep ^a | Prevalentie ^b | Beperking ^c | In analyse ^d |
|--|---|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Lichamelijke gezondheid: | | | | | |
| Ervaren gezondheid | Minder dan goed/ goed | 1-18 | 18,3% | Trendbreuk '99-'00 ^e | Nee |
| Allergie ^f | Ja/ nee | 1-18 | 20,2% | | Ja |
| Ongeval in voorgaande 6 maanden ^g | Ja/ nee | 1-18 | 40,0% | Trendbreuk '00-'01 | Ja ^h |
| Chronische aandoening/ beperking zoals vastgesteld door arts in voorgaande 12 maanden: | | | | | |
| • CARA (incl. chronische bronchitis en astma) | Ja/ nee | 1-11 | 11,9% | | Ja |
| • Holteontstekingen (neus, voorhoofd of kaak) | Ja/ nee | 4-18 | 9,2% | | Ja |
| • Middenoorontsteking | Ja/ nee | 1-11 | 11,2% | | Ja |
| • Slecht gehoor | Ja/ nee | 1-18 | 2,6% | Lage prevalentie | Nee |
| • Visusproblemen | Ja/ nee | 1-18 | 7,6% | | Ja |
| • Aandoeningen aan het bewegingsapparaat | Ja/ nee | 1-18 | 3,5% | Lage prevalentie | Nee |
| • Epilepsie | Ja/ nee | 1-18 | 1,7% | Lage prevalentie | Nee |
| • Hoofdpijnklachten | Ja/ nee | 4-18 | 17,2% | | Ja |
| • Eczeem/ huidproblemen | Ja/ nee | 1-18 | 19,1% | | Ja |
| Lichamelijke handicap | Ja/ nee | 1-18 | 7,8% | | Ja |
| Overgewicht ⁱ | Ja/ nee | 1-18 | 14,9% | | Ja |
| Geestelijke gezondheid: | | | | | |
| Depressie | Ja/nee | 8-18 | 4,6% | Lage prevalentie | Nee |
| Score psychosociale en emotionele ontwikkeling ^j | < 18 / ≥ 18 | 4-11 | 30,7% | | Ja |
| Score psychosociaal welbevinden ^k | < 14 / ≥ 14 | 12-18 | 28,1% | | Ja |
| Suïcidaliteit ^l | Ja/nee | 12-18 | 18,4% | | Ja |
| Leefstijl: | | | | | |
| Consumptie ontbijt | Niet dagelijks / dagelijks | 1-18 | 24,6% | | Ja |
| Consumptie fruit | < 5 stuks / ≥ 5 stuks per week | 1-18 | 41,2% | | Ja |
| Consumptie groenten | Niet dagelijks/ dagelijks | 1-18 | 61,3% | | Ja |
| Aantal dagen per week ≥ ½ uur lichaamsbeweging | < 5 / ≥ 5 dagen per week ^m | 4-18 | 45,1% | Vanaf 2000 | Nee ⁿ |
| Gebruik tabak | Ja/ nee | 12-18 | 20,9% | | Ja |
| Rookgedrag | Dagelijks/ weleens/ niet | 12-18 | 10,6% | | Ja |
| Gebruik alcohol | Ja/ nee | 12-18 | 38,2% | | Ja |
| Alcoholconsumptiegedrag | ≥10 glazen/ < 10 glazen/ 0 glazen per maand | 12-18 | 16,4% | | Ja |
| Gokken in voorgaande maand | Ja/ nee | 12-18 | 2,8% | Lage prevalentie | Nee |
| Gebruik softdrugs in voorgaande 12 mnd. ^o | Ja/ nee | 12-18 | 12,1% | | Ja |
| Gebruik LSD/XTC in voorgaande 12 mnd. | Ja/ nee | 12-18 | 0,4% | Lage prevalentie | Nee |
| Gebruik harddrugs in voorgaande 12 mnd. | Ja/ nee | 12-18 | 0% | Lage prevalentie | Nee |
| Seksuele activiteit ooit | Ja/ nee | 12-18 | 20,2% | Vanaf 2000 | Nee |
| Seksuele activiteit in voorgaande 6 mnd. | Ja/ nee | 12-18 | 26,2% | Hoge itemnonrespons | Nee |
| Condoomgebruik | Nooit/ soms/ altijd | 12-18 | 12,4% | Hoge itemnonrespons | Nee |

a. Geeft leeftijdsgroep waarin bijbehorende enquêtevraag is gevraagd.

b. Refereert voor alle variabelen aan de eerstgenoemde uitkomstwaarde.

c. Geeft aan of er sprake is van een (methodologische) beperking bij gebruik van variabele in analyses, of dat er sprake is van een (relatief) lage prevalentie (< 5%).

d. Geeft aan of variabele is meegenomen bij verdere beschrijvende en verklarende analyses.

e. Als gevolg van wijziging in antwoordcategorieën per 2000. Prevalentie betreft 1996-1999.

f. Omvat de volgende allergieën: pollen/stuifmeel, huisstof/huismijt, (huis)dieren, medicijnen, en voedsel.

g. Omvat de volgende ongevallen: val van trap, val van hoogte, gesneden/gestoken, beknelling, verwonding door voorwerp, ongeval door agressie, ongeval door dier, verbranding, bijna-verdrinking/ verstikking, en vergiftiging.

h. Als gevolg van wijziging in vraagstelling per 2001. Wel meegenomen daar trendanalyse nog mogelijk is over periode '96-'00. Prevalentie betreft 1996-2000.

i. Bepaald per leeftijdsgroep met behulp van Body Mass Index (BMI, gewicht/lengte²); indien Body Mass Index (BMI) ≥ 85^{ste} percentiel van de BMI verdeling in betreffende leeftijdsgroep: overgewicht = ja. Cut-off point is bepaald aan hand van literatuur (54-56).

j. Schaal van 13 items. Score is som itemscores. Score ingedeeld in twee categorieën: < 18 en ≥ 18, waarbij 18 de waarde van het 1^e tertiel van de verdeling is. Bij een score van < 18 wordt een relatief slechte psychosociale ontwikkeling verondersteld.

k. Schaal van 20 items. Score is som itemscores. Score ingedeeld in twee categorieën: < 14 en ≥ 14, waarbij 14 de waarde van het 1^e tertiel van de verdeling is. Bij een score van < 14 wordt een relatief slecht psychosociaal welbevinden verondersteld.

l. Weleens poging gedaan hebben tot suïcide of hieraan gedacht hebben.

m. Indeling volgens Nederlandse Norm Gezond Bewegen (60) (voor volwassenen; geen informatie in peiling beschikbaar om in te delen volgens de beweegnorm jongeren).

n. Lichamelijke activiteit wel onderzocht voor beschrijvend onderzoek (de gezondheidssituatie), niet groepsverschillen en trends.

o. Exclusief gebruik LSD en XTC.

H3 RESULTATEN

3.1 Non-respons en representativiteit

Van de 1210 personen in de steekproef, die in de periode 1996-2001 de gezondheidspeiling hebben ontvangen, heeft ruim 75% de enquête ingevuld teruggestuurd (zie Figuur 2, hoofdstuk 2). Het percentage non-respons verschilt over de jaren, met de hoogste non-respons in 1999 (39%) en de laagste non-respons in 1996 (18%) (zie Tabel 3). Jongens, of ouders van jongens lijken iets minder bereidwillig om mee te werken, maar dit verschil is niet significant. Etniciteit is wel significant geassocieerd met de non-respons: personen van niet-Nederlandse afkomst (met name de Marokkaanse) blijken volgens de gegevens uit 2000 en 2001 vaker geen respons te geven. Voor de periode 1996-1999 zijn geen gegevens beschikbaar met betrekking tot de etniciteit van non-respondenten. De voor deze periode beschikbare gegevens van nationaliteit laten een beeld zien dat vergelijkbaar is met etniciteit in 2000 en 2001. Leeftijd speelt eveneens een rol bij non-respons: 12- t/m 18-jarige jongeren blijken de enquête minder vaak in te sturen dan ouders van 1- t/m 11-jarigen.

De sociaaldemografische samenstelling van de responsgroep per jaar (zie Bijlage 2) verschilt significant tussen de jaren wat betreft de etniciteit- en leeftijdsverdeling. Deze fluctuaties zijn echter niet systematisch (geen systematische stijging of daling van leeftijd of behoren tot een etnische groep). In Tabel 4 worden de sociaaldemografische kenmerken van de *totale* responsgroep vergeleken met de sociaaldemografische kenmerken van de Utrechtse jeugd (peiljaar 2001). De leeftijdsverdeling in de responsgroep is niet geheel in overeenstemming met de huidige leeftijdsverdeling van de Utrechtse jeugd, waarschijnlijk als gevolg van de relatief hoge non-respons onder de 12- t/m 18-jarigen. Ook de etniciteitsverdeling is als gevolg van selectieve non-respons niet geheel representatief. De verdeling van de respondenten over de Utrechtse wijken stemt, evenals de man/vrouw verhouding, wel overeen met de sociaaldemografische situatie zoals deze te zien is bij de gehele Utrechtse jeugd.

Voor een aantal variabelen met relatief hoge item non-respons is het mogelijke verband met sociaaldemografische kenmerken nader bestudeerd. Tabel 5 geeft de resultaten van item non-respons analyse voor de variabelen CARA en gewicht. Het percentage missing is 7% bij CARA en 11% bij gewicht. Voor geen van beide variabelen is een duidelijk verband tussen item non-respons en leeftijd of geslacht waargenomen. Een verband met etniciteit is wel gevonden: de item non-respons bij CARA en gewicht is significant hoger bij respondenten van allochtone afkomst. Het opleidingsniveau is eveneens significant geassocieerd met de non-respons: ouders met een lager opleidingsniveau, of jongeren met ouders met een lager opleidingsniveau blijken vaker geen respons te geven op de vragen over CARA en gewicht dan (jongeren met) ouders met een hoger opleidingsniveau.

Tabel 3. Kenmerken van de non-respons groep in vergelijking met de respons groep

| | <i>Non-respondenten</i> | <i>Respondenten</i> | <i>p-waarde^a</i> |
|--|-------------------------|---------------------|-----------------------------|
| N | 295 (24,4%) | 915 (75,6%) | |
| N per jaar | | | < 0,001 |
| 1996 | 31 (18,2%) | 139 (81,8%) | |
| 1997 | 43 (19,6%) | 176 (80,4%) | |
| 1998 | 59 (25,0%) | 177 (75,0%) | |
| 1999 | 64 (39,0%) | 100 (61,0%) | |
| 2000 | 46 (21,6%) | 167 (78,4%) | |
| 2001 | 52 (25,0%) | 156 (75,0%) | |
| Leeftijd (in categorieën) | | | < 0,001 |
| 1-3 jaar | 37 (16,1%) | 193 (83,9%) | |
| 4-7 jaar | 59 (18,4%) | 262 (81,6%) | |
| 8-11 jaar | 42 (17,1%) | 204 (82,9%) | |
| 12-18 jaar | 119 (31,5%) | 259 (68,5%) | |
| Leeftijd (in jaren)^b | 10,1 (9,4-10,7) | 8,3 (8,0-8,6) | < 0,001 ^c |
| Geslacht | | | 0,069 |
| Man | 150 (24,6%) | 460 (75,4%) | |
| Vrouw | 115 (20,2%) | 455 (79,8%) | |
| Nationaliteit^d | | | 0,026 |
| Nederlands | 129 (21,9%) | 460 (78,1%) | |
| Marokkaans | 23 (38,3%) | 37 (61,7%) | |
| Turks | 4 (19,0%) | 17 (81,0%) | |
| Overig | 3 (15,0%) | 17 (85,0%) | |
| Etniciteit^e | | | 0,016 |
| Nederlands | 36 (17,8%) | 166 (82,2%) | |
| Marokkaans | 33 (34,7%) | 62 (65,3%) | |
| Turks | 11 (23,9%) | 35 (76,1%) | |
| Overig | 18 (23,1%) | 60 (76,9%) | |

a. χ^2 -toets (tenzij anders aangegeven), verschil significant indien p-waarde < 0,05.

b. Gemiddelde (95% betrouwbaarheidsinterval).

c. Nonparametrische Mann-Whitney U-test, verschil significant indien p-waarde < 0,05.

d. Bepaald aan de hand van nationaliteit zoals aangegeven door bevolkingsregister; betreft alleen de steekproef uit de jaren 1996 t/m 1999.

e. Alleen steekproef uit de jaren 2000 en 2001.

Tabel 4. Kenmerken van de totale respons groep in vergelijking met de totale Utrechtse jeugd

| | <i>Respondenten</i> | <i>Utrechtse jeugd^a</i> | <i>p-waarde^b</i> |
|----------------------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Leeftijd (in categorieën) | | | < 0,01 |
| 1-3 jaar | 21,1 % | 20,0 % | |
| 4-7 jaar | 28,6 % | 22,3 % | |
| 8-11 jaar | 22,3 % | 22,2 % | |
| 12-18 jaar | 28,0 % | 35,5 % | |
| Geslacht | | | n.s. |
| Man | 50,3 % | 50,6 % | |
| Vrouw | 49,7 % | 49,4 % | |
| Etniciteit | | | < 0,01 |
| Nederlands | 57,0 % | 51,9 % | |
| Marokkaans | 16,0 % | 20,4 % | |
| Turks | 9,4 % | 10,3 % | |
| Overig | 17,6 % | 17,4 % | |
| Wijk | | | n.s. |
| West | 12,5 % | 11,2 % | |
| Noord-West | 16,0 % | 18,4 % | |
| Overvecht | 14,8 % | 14,3 % | |
| Noord-Oost | 15,1 % | 15,0 % | |
| Oost | 9,9 % | 9,1 % | |
| Binnenstad | 3,2 % | 3,0 % | |
| Zuid | 12,9 % | 12,2 % | |
| Zuid-West | 15,5 % | 16,7 % | |

a. Gegevens uit peiljaar 2001, bron: Bestuursinformatie, Utrecht.

b. χ^2 -toets, n.s.= niet significant. Vanwege handmatige berekening geen precieze p-waardes weergegeven.

Tabel 5. Item non-respons: kenmerken van respondenten die missing geven in vergelijking met respondenten die wel antwoorden.

| | <u>CARA</u> | | | <u>Gewicht</u> | | |
|--------------------------------------|-------------|------------|-----------------------|----------------|-------------|-----------------------|
| | Respons | Missing | p-waarde ^a | Respons | Missing | p-waarde ^a |
| N | 855 (93,4%) | 60 (6,6%) | | 815 (89,1%) | 100 (10,9%) | |
| Leeftijd in categorieën | | | 0,196 | | | 0,199 |
| 1-3 jaar | 183 (94,8%) | 10 (5,2%) | | 176 (91,2%) | 17 (8,8%) | |
| 4-11 jaar | 248 (94,7%) | 14 (5,3%) | | 225 (85,9%) | 37 (14,1%) | |
| 8-11 jaar | 192 (94,1%) | 12 (5,9%) | | 181 (8,7%) | 23 (11,3%) | |
| 12-18 jaar | 232 (90,6%) | 24 (9,4%) | | 233 (91,0%) | 23 (9,0%) | |
| Leeftijd in jaren^b | 8,2±5,1 | 9,2±5,1 | 0,173 ^c | 8,4±5,1 | 7,6±4,3 | 0,262 ^c |
| Geslacht | | | 0,168 | | | 0,714 |
| Man | 435 (94,6%) | 25 (5,4%) | | 408 (88,7%) | 52 (11,3%) | |
| Vrouw | 420 (92,3%) | 35 (7,7%) | | 407 (89,5%) | 48 (10,5%) | |
| Etniciteit | | | 0,052 | | | 0,003 |
| Nederlands | 495 (94,8%) | 27 (5,2%) | | 481 (92,1%) | 41 (7,9%) | |
| Marokkaans | 137 (93,8%) | 9 (6,2%) | | 120 (82,2%) | 26 (17,8%) | |
| Turks | 75 (87,2%) | 11 (18,3%) | | 74 (86,0%) | 12 (14,0%) | |
| Overig | 148 (91,9%) | 13 (8,1%) | | 140 (87,0%) | 21 (13,0%) | |
| Opleiding ouders | | | 0,032 | | | 0,010 |
| Laag | 251 (90,9%) | 25 (9,1%) | | 235 (85,1%) | 41 (14,9%) | |
| Middel | 200 (92,6%) | 16 (7,4%) | | 192 (88,9%) | 24 (11,1%) | |
| Hoog | 319 (96,1%) | 13 (3,9%) | | 308 (92,8%) | 24 (7,2%) | |

a. χ^2 -toets, verschil significant indien p-waarde < 0,05.

b. Gemiddelde ± sd.

c. Non-parametrische Mann-Whitney U-test, verschil significant indien p-waarde < 0,05.

3.2 De gezondheidssituatie

Lichamelijke gezondheid

In ons onderzoek blijkt dat 18% van de respondenten de eigen gezondheid (12-18 jaar) of de gezondheid van zijn/haar kind (1-11 jaar) als minder dan goed ervaart (zie Tabel 2, hoofdstuk 2). De meest voorkomende lichamelijke gezondheidsproblemen zijn ongevallen (40%) en allergieën (20%). Onder de categorie ongevallen vallen snij- en steekwonden door voorwerpen (33%), ander verwondingen door voorwerpen (29%), beknellingen (25%) en overige ongevallen (13%). Bijna de helft (48%) van de kinderen met een allergie, ofwel 12% van alle kinderen, heeft last van een huisstof-/mijt allergie. De daaropvolgende meest voorkomende allergieën zijn huisdierallergie en voedselallergie (beiden 7% van alle kinderen). Vierenveertig procent van alle jeugd blijkt een of meer van de chronische aandoeningen CARA, holteontstekingen, middenoorontsteking, hoofdpijn, eczeem/ huidproblemen en epilepsie te hebben. De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn CARA (12%), hoofdpijn (17%) en eczeem/ huidproblemen (19%).

Geestelijke gezondheid

Psychosociale ontwikkelingsproblemen en problemen met het psychosociaal welbevinden hebben we in ons onderzoek gedefinieerd aan de hand van tertiëlscores. Daar deze geen klinische relevantie hebben, zijn ook de afzonderlijke items geanalyseerd. Een relatief groot gedeelte van de kinderen tussen de 4 en 11 jaar blijkt snel driftig (15%), snel jaloers (10%) en zenuwachtig of gespannen (10%). Ook problemen met naar bed gaan (15%) en in slaap vallen (11%) worden relatief vaak aangekruist.

Van de jongeren van 12 t/m 18 jaar voelt 11% zich eenzaam en mist 19% een vriend of vriendin. Vijftien procent heeft geen positief zelfbeeld, 18% denkt nooit ergens goed in te worden en 19% vindt dat anderen beter dan hem/ haar zijn. Onzekerheid komt relatief vaak voor: 42% is onzeker bij beslissingen en 31% is wel

eens bang dingen niet goed te doen. Suïcidegedachten zijn gerapporteerd door 19% van de jongeren. Vijftien procent van deze groep met suïcidegedachten, ofwel 3% van de totale groep 12- t/m 18-jarigen, heeft ooit een poging tot suïcide gedaan.

Leefstijl

Een kwart van de Utrechtse kinderen ouder dan 4 jaar blijkt niet dagelijks te ontbijten. Van deze niet-ontbijters ontbijt 17% helemaal nooit, 31% 1 tot 3 keer per week en 51% 4 tot 6 keer per week. Een groot gedeelte van de jeugd (vanaf 1 jaar) eet minder dan 5 stuks fruit per week (41%). Vijfendertig procent eet 5 tot 7 stuks per week en 25% eet meer dan 8 stuks fruit per week. Dagelijks groenten eet 39% van de kinderen (vanaf 1 jaar). Van de 61% die dus niet dagelijks groenten eet, eet 76% dit wel 4 tot 6 keer per week terwijl 24% minder dan 4 keer per week groenten eet.

De jeugd vanaf 4 jaar blijkt meer in de zomer te bewegen dan in de winter: 67% beweegt 's zomers meer dan 8 uur per week, terwijl maar 27% in de winter meer dan acht uur per week beweegt. Tweeëndertig procent van de groep 4- t/m 18-jarigen sport meer dan vier uur per week, 11% sport minder dan twee uur per week (data 1996-1999).

Eenentwintig procent van de jongeren vanaf 12 jaar geeft aan wel eens te roken. Elf procent rookt dagelijks. Achtendertig procent van de 12- t/m 18-jarigen heeft wel eens alcohol geconsumeerd en 16% drinkt maandelijks meer dan 10 glazen. Softdrugs (exclusief LSD en XTC) is door 12% van de adolescenten in het jaar voorafgaand aan de enquête gebruikt.

3.3 Sociaaldemografische groepsverschillen

Tabel 6 geeft een overzicht van de prevalenties uitgesplitst naar de sociaaldemografische kenmerken geslacht, leeftijd, etniciteit, en SES (univariaat). De resultaten van de multivariate analyses voor sociaaldemografische verschillen worden weergegeven in Tabel 7. In deze tabel staan per uitkomstvariabele odds ratio's (OR's) weergegeven voor die sociaaldemografische variabelen waarvoor een significant verband is gevonden. De odds ratio's zijn hierbij gecorrigeerd voor de overige sociaaldemografische factoren en voor kalenderjaar. De wijkverschillen worden in de overeenkomstig genaamde paragraaf weergegeven met behulp van de Figuren 3 tot en met 5 en Tabel 8.

Geslachtsverschillen

Univariaat

Met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke gezondheid komt uit Tabel 6 naar voren dat meisjes significant vaker last hebben van holteontstekingen, visusproblemen, hoofdpijnklachten en een verminderd psychosociaal welbevinden. Ook het percentage jongeren dat wel eens gedacht heeft aan zelfmoord ligt hoger onder de meisjes: 23% versus 15% (niet significant). Wat de leefstijl betreft zijn er nauwelijks geslachtsverschillen.

Multivariaat

Na correctie voor de andere sociaaldemografische variabelen en kalenderjaar blijven alle univariaat gevonden verbanden met geslacht significant (Tabel 7). Met name problemen met het gezichtsvermogen en

een relatief laag psychosociaal welbevinden zijn daarbij sterk geassocieerd met het geslacht. Voor de visus wordt een OR van 3,02 voor meisjes gevonden (95% betrouwbaarheidsinterval [1,63-5,60]). Voor het psychosociaal welbevinden wordt een OR van 4,74 [2,14-10,54] gevonden. Voor holteontstekingen en hoofdpijn worden minder sterke maar evenwel significante verbanden (meisjes t.o.v. jongens) waargenomen (hoofdpijn: OR = 1,75 [1,10-2,78]; holteontstekingen: OR = 1,96 [1,05-3,65]).

Leeftijdsverschillen

Univariaat

Over het geheel bekeken, nemen de gezondheidsproblemen toe met de leeftijd. Oudere kinderen hebben significant meer last van allergieën, holteontstekingen, visusproblemen, hoofdpijn en lichamelijke beperkingen (Tabel 6). Ook de prevalentie van ongevallen is het hoogst in de hoogste leeftijdscategorie (12-18 jaar), maar de laagste prevalentie wordt juist gevonden in de leeftijdscategorie 8 t/m 11 jaar.

Bij toenemende leeftijd worden meer (relatief) ongezonde voedingsgewoonten als een ongunstig ontbijtgedrag (i.e. niet dagelijks ontbijten), een lage fruitconsumptie (i.e. < 5 stuks fruit per week) en een lage groenteconsumptie (i.e. niet dagelijks groenten) waargenomen. Terwijl van de 4- t/m 7-jarigen 17% het ontbijten wel eens nalaat en 38% minder dan 5 stuks fruit per week eet, ontbijt van de 12 t/m 18-jarigen bijna 40% niet dagelijks en eet ruim 51% minder dan 5 stuks fruit per week.

Multivariaat

Na correctie voor de andere sociaaldemografische variabelen en kalenderjaar blijven alle univariaat gevonden verbanden tussen de lichamelijke gezondheid en leeftijd significant (Tabel 7). De univariaat gevonden verbanden tussen leeftijd en ontbijtgedrag, en leeftijd en fruitconsumptie blijven eveneens significant bij multivariate analyse, echter het verband tussen leeftijd en de groenteconsumptie valt weg. Relatief sterke verbanden met de leeftijd worden gevonden voor visusproblemen, niet dagelijks ontbijten en een lage fruitconsumptie. Jongeren van 12 t/m 18 jaar hebben veel vaker last van problemen met het gezichtsvermogen (OR=5,16 [1,86-14,33]) en zijn veel meer geneigd om niet dagelijks te ontbijten (OR=3,38 [2,09-5,46]) of minder dan 5 stuks fruit per week te eten (OR=3,57 [2,21-5,75]) dan kinderen uit de referentiegroepen. Voor ongevallen en holteontstekingen wordt een relatief zwak multivariaat verband waargenomen. Voor beide uitkomsten is het risico bij de 12- t/m 18-jarigen iets verhoogd ten opzichte van de 1- t/m 3-jarigen (ongevallen: OR = 1,58 [1,01-2,49]; holteontstekingen: OR = 1,90 [0,95-3,79]). De afwezigheid van het verband tussen leeftijd en de groenteconsumptie bij de multivariate analyse zou het gevolg kunnen zijn van de correctie voor SES, dat na correctie voor de andere kenmerken een significante relatie met de groenteconsumptie houdt, zoals in het navolgende zal blijken.

Tabel 6. Prevalenties per sekse, leeftijdscategorie, etniciteit en sociaal-economische status (SES)^a

| | Prev. Totaal | Man | Vrouw | 1-3 jr | 4-7 jr | 8-11 jr | 12-18 jr | Nederlands | Marokkaans | Turks | Overig | SES laag | SES middel | SES hoog |
|--|--------------|-------|-------|--------|--------|---------|----------|------------|------------|-------|--------|----------|------------|----------|
| N | 915 | 460 | 455 | 193 | 262 | 204 | 256 | 522 | 146 | 86 | 161 | 276 | 216 | 332 |
| Lichamelijke gezondheid: | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergie | 20,2% | 21,7% | 18,7% | 11,4% | 16,8% | 22,1% | 28,9%** | 16,9% | 24,0% | 24,4% | 25,5% | 25,7% | 17,1% | 17,2%** |
| Ongeval in voorgaande 6 maanden | 40,0% | 37,7% | 42,2% | 40,6% | 36,6% | 32,1% | 48,6% | 41,7% | 42,6% | 40,9% | 32,1% | 41,8% | 35,2% | 41,5% |
| CARA | 11,9% | 13,6% | 10,2% | 13,7% | 14,1% | 10,9% | 9,1% | 10,9% | 16,1% | 16,0% | 9,5% | 14,7% | 12,5% | 10,7% |
| Holteontstekingen | 9,2% | 6,2% | 12,4% | - | 8,3% | 5,8% | 13,0% | 9,4% | 13,3% | 8,3% | 5,3% | 10,5% | 8,0% | 7,6% |
| Middenoorontsteking | 11,2% | 13,2% | 8,9% | 11,3% | 13,9% | 7,4% | - | 12,6% | 12,0% | 1,9% | 9,9% | 12,6% | 10,2% | 11,4% |
| Visusproblemen | 7,6% | 3,8% | 11,4% | 2,9% | 7,0% | 7,0% | 12,3%** | 8,2% | 5,3% | 8,5% | 7,1% | 9,3% | 5,6% | 7,7% |
| Hoofdpijnklachten | 17,2% | 13,1% | 21,6% | - | 8,3% | 17,5% | 26,5%** | 15,0% | 22,1% | 29,0% | 13,9% | 24,8% | 13,9% | 11,9%** |
| Eczeem/ huidproblemen | 19,1% | 17,8% | 20,4% | 22,3% | 15,5% | 17,3% | 21,7% | 20,4% | 11,9% | 15,3% | 22,7% | 16,4% | 17,0% | 23,8%* |
| Lichamelijke beperkingen | 7,8% | 6,7% | 9,0% | 2,6% | 7,4% | 7,5% | 12,4%** | 8,3% | 7,2% | 4,8% | 8,2% | 10,0% | 8,5% | 5,5% |
| Overgewicht | 14,9% | 14,5% | 15,3% | 14,4% | 14,2% | 15,9% | 15,0% | 11,2% | 19,0% | 27,9% | 17,6% | 22,2% | 15,6% | 8,6%** |
| Geestelijke gezondheid: | | | | | | | | | | | | | | |
| Score psychosociale en emotionele ontw. < 18 | 30,7% | 31,1% | 30,1% | - | 29,1% | 32,7% | - | 23,8% | 40,3% | 47,9% | 33,8% | 35,7% | 34,2% | 24,0%* |
| Score psychosociaal welbevinden < 14 | 28,1% | 20,7% | 34,9% | - | - | - | 28,1% | 25,0% | 21,1% | 45,0% | 36,4% | 33,3% | 21,1% | 27,8% |
| Suïcidaliteit | 19,2% | 15,4% | 22,7% | - | - | - | 19,2% | 17,9% | 12,8% | 38,1% | 20,0% | 22,1% | 12,5% | 20,8% |
| Leefstijl: | | | | | | | | | | | | | | |
| Ontbijt: niet dagelijks | 24,6% | 23,2% | 26,1% | - | 17,1% | 14,9% | 39,7%** | 18,0% | 31,8% | 48,4% | 27,0% | 35,3% | 27,4% | 11,0%** |
| Fruut: < 5 stuks per week | 41,2% | 42,9% | 39,6% | 22,1% | 37,8% | 50,5% | 51,6%** | 40,3% | 48,6% | 39,3% | 38,4% | 47,6% | 51,6% | 27,1%** |
| Groenten: niet dagelijks | 61,3% | 64,4% | 58,2% | 55,3% | 64,0% | 56,6% | 66,9% | 61,3% | 60,0% | 69,0% | 58,5% | 69,4% | 71,3% | 45,6%** |
| Gebruik tabak | 20,9% | 16,5% | 24,8% | - | - | - | 20,9% | 25,0% | 7,5% | 21,7% | 19,1% | 22,5% | 15,8% | 22,2% |
| Rookgedrag: dagelijks | 10,6% | 8,3% | 12,8% | - | - | - | 10,6% | 12,5% | 5,0% | 8,7% | 10,6% | 12,4% | 10,5% | 11,1% |
| Gebruik alcohol | 38,2% | 35,6% | 40,5% | - | - | - | 38,2% | 51,4% | 5,3% | 13,0% | 37,0% | 28,7% | 40,4% | 57,4% |
| Alcoholconsumptiegedrag: >10 glazen p. maand | 16,4% | 18,8% | 14,2% | - | - | - | 16,4% | 22,9% | 2,6% | 0% | 15,9% | 5,8% | 19,6% | 32,7%** |
| Gebruik softdrugs in voorgaande 12 mnd. | 12,1% | 14,9% | 9,5% | - | - | - | 12,1% | 15,3% | 5,4% | 4,5% | 11,4% | 7,1% | 12,7% | 23,1% |

a. **Bold** indien $p < 0,05$ bij χ^2 -toets, **underlined** indien waarde hoogste prevalentie (bekeken per sociaal demografisch kenmerk), * indien $p < 0,05$ bij Mantel-Haenszel trendtoets (leeftijd en SES), ** indien $p < 0,01$ bij Mantel-Haenszel trendtoets (leeftijd en SES).

Tabel 7. Resultaten multivariate analyses: Odds ratio's per sociaal-demografisch kenmerk, gecorrigeerd voor overige kenmerken en kalenderjaar

| | Vrouw t.o.v. man | 4-7 jaar t.o.v. 1-3 jaar | 8-11 jaar t.o.v. 1-3 jaar | 12-18 jaar t.o.v. 1-3 jaar | Marokkaans t.o.v. Nederlands | Turks t.o.v. Nederlands | Overig alloch- toon t.o.v. Nederlands | SES laag t.o.v. hoog | SES middel t.o.v. hoog |
|---|---------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------|---|-------------------------|---------------------------|
| Lichamelijke gezondheid: | | | | | | | | | |
| Allergie | | 1,33 (0,74-2,39) | 1,77 (0,98-3,21) | 3,45 (1,96-6,07) | | | | | |
| Ongeval in voorgaande 6 maanden | | 0,83 (0,53-1,30) | 0,64 (0,39-1,04) | 1,58 (1,01-2,49) | | | | | |
| CARA | 1,96 (1,05-3,65) | | 0,66 (0,28-1,56) | 1,90 (0,95-3,79) | | | | | |
| Holteontstekingen | | Referentie | | | | | | | |
| Middenoorontsteking | | 2,76 (0,97-7,87) | 3,01 (1,03-8,83) | 5,16 (1,86-14,33) | | | | | |
| Visusproblemen | 3,02 (1,63-5,60) | | 2,15 (1,16-3,97) | 3,52 (1,96-6,34) | | | | | |
| Hoofdpijnklachten | 1,75 (1,10-2,78) | | | | | | | | |
| Eczeem/ huidproblemen | | 3,19 (1,15-8,84) | 2,92 (1,01-8,43) | 4,95 (1,81-13,50) | | | | | |
| Lichamelijke beperkingen | | | | | | | | 2,31 (1,23-4,33) | 1,45 (0,77-2,74) |
| Overgewicht | | | | | | | | | |
| Geestelijke gezondheid: | | | | | | | | | |
| Score psychosociale en emotionele ontv. < 18 | | | | | | | | | |
| Score psychosociaal welbevinden < 14 | 4,74 (2,14-10,54) | | | | | | | | |
| Suïcidaliteit | | | | | | | | | |
| Leefstijl: | | | | | | | | | |
| Ontbijt: niet dagelijks | | Referentie | 0,70 (0,39-1,23) | 3,38 (2,09-5,46) | 1,56 (0,84-2,88) | 2,96 (1,50-5,87) | 1,93 (1,10-3,38) | 3,12 (1,73-5,62) | 2,56 (1,42-4,61) |
| Fruut: < 5 stuks per week | | 2,09 (1,31-3,33) | 3,56 (2,20-5,78) | 3,57 (2,21-5,75) | 0,48 (0,29-0,78) | 0,67 (0,38-1,19) | 0,69 (0,46-1,05) | 1,95 (1,28-2,96) | 2,43 (1,61-3,65) |
| Groenten: niet dagelijks | | | | | | | | 3,24 (2,11-4,96) | 2,92 (1,94-4,40) |
| Gebruik tabak | | | | | | | | | |
| Rokgedrag: dagelijks | | | | | | | | | |
| Gebruik alcohol | | | | | 0,11 (0,02-0,50) | X ^a | 0,55 (0,23-1,32) | 0,17 (0,05-0,56) | 0,41 (0,15-1,11) |
| Alcoholconsumptie: >10 glazen p. maand | | | | | | | | | |
| Gebruik softdrugs in voorgaande 12 mnd. | | | | | | | | 0,22 (0,06-0,81) | 0,32 (0,10-1,04) |

a. Geen OR mogelijk, een van de cellen is leeg (combinatie komt niet voor).

Etnische verschillen

Univariaat

In Tabel 6 komt naar voren dat allergieën, hoofdpijn en overgewicht significant vaker voorkomen bij allochtone, en met name Turkse kinderen. De prevalentie van CARA is eveneens hoger onder Turkse en Marokkaanse kinderen, maar deze verschillen zijn niet significant.

Met betrekking tot de psychosociale gezondheid, zien we zowel een hogere prevalentie van suïcidaliteit, als een hoger percentage kinderen met een relatief slecht psychosociaal welbevinden of ontwikkeling onder de Turkse groep. Voor de laatste indicator, psychosociale ontwikkeling, is dit verband ook significant. De laagste prevalentie van suïcidaliteit en een relatief slecht psychosociaal welbevinden is gevonden voor de Marokkaanse groep.

Turkse, Marokkaanse en overige allochtone kinderen ontbijten significant minder vaak dagelijks dan de Nederlandse kinderen. Hun groente- en fruitconsumptie is nauwelijks afwijkend van de consumptie van de Nederlandse jeugd.

Tabak- en alcoholgebruik wordt over het algemeen minder onder de allochtone jeugd en het minst onder de Marokkaanse jeugd gevonden. Tussen de verschillende allochtone groepen zijn echter nog relatief grote verschillen waar te nemen. Significant lager bij Turkse en Marokkaanse jongeren is het gebruik van alcohol: meer dan 50% van de Nederlandse jongeren geeft aan wel eens alcohol te drinken, terwijl 5% van de Marokkaanse en 13% van de Turkse jongeren dit doen.

Multivariaat

Na correctie voor de andere sociaaldemografische variabelen en kalenderjaar blijft het univariaat gevonden verband tussen de ontbijtgewoonten en etniciteit, evenals het verband tussen alcoholgebruik en etniciteit significant (Tabel 7). De Turkse en overige allochtone kinderen zijn meer dan Nederlandse kinderen geneigd om niet te ontbijten 's ochtends (Turks: OR = 2,96 [1,50-5,87]; overig allochtoon: OR = 1,93 [1,10-3,38]). Jongeren van Marokkaanse afkomst zijn minder geneigd om alcohol te consumeren (OR = 0,11 [0,02-0,50]). De univariaat gevonden etniciteitsverschillen voor allergieën, hoofdpijn, overgewicht en psychosociale ontwikkeling, blijken weg te vallen bij multivariate toetsing. Dit is mogelijk het gevolg van correctie voor wijk, zoals verderop uit de wijkverschillen zal blijken. Een nieuw verband (i.e. niet univariaat waargenomen) is gevonden voor de groenteconsumptie: Marokkaanse kinderen krijgen vaker dagelijks groenten te eten dan hun Nederlandse leeftijdsgenootjes. Nadere analyse heeft uitgewezen dat dit verband gevonden is als gevolg van een correctie voor sociaal-economische status bij multivariate toetsing.

Sociaal-economische verschillen

Univariaat

De sociaal-economische status (SES), geoperationaliseerd via het opleidingsniveau van de ouders, hangt samen met (on)gezondheid: in het algemeen komen psychosociale problemen, lichamelijke aandoeningen en relatief ongezonde voedingsgewoonten meer voor bij de lage SES groep (Tabel 6). Significante verbanden zijn gevonden voor hoofdpijn, overgewicht, het niet dagelijks ontbijten en de groente- en fruitconsumptie. Eczeem en huidproblemen vormen een uitzondering: deze komen vaker in de hoge SES groep voor. Het percentage jongeren in de hoge SES groep dat wel eens rookt verschilt nauwelijks van het percentage zoals gevonden in de lage SES groep. Het percentage jongeren dat in het jaar voorafgaand aan de peiling softdrugs (exclusief LSD en XTC) heeft gebruikt, neemt niet significant toe met de sociaal-economische

status. De prevalentie van alcoholgebruik is, evenals de mate van alcoholconsumptie, significant hoger onder jongeren uit een hoog sociaal-economisch milieu.

Multivariaat

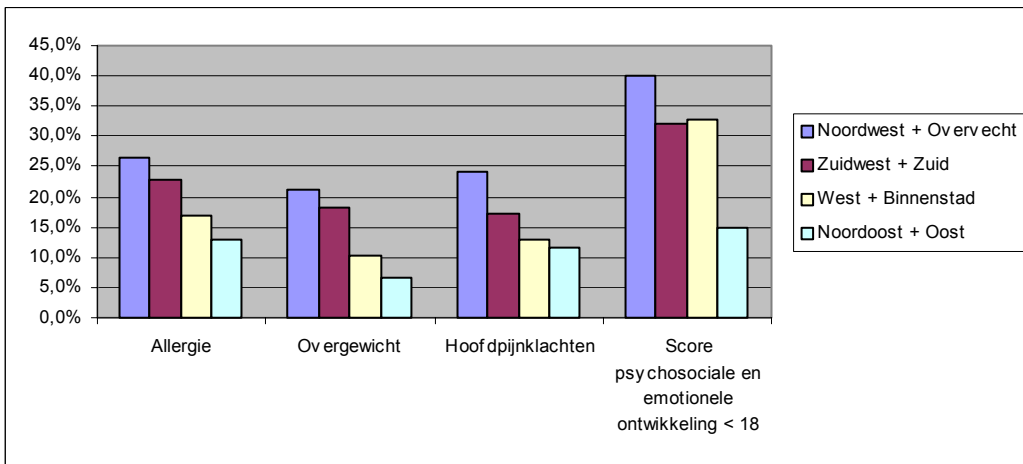
Ook na correctie voor de andere sociaaldemografische variabelen en kalenderjaar zijn overgewicht, het ontbijtgedrag, de groente- en fruitconsumptie en de mate van alcoholconsumptie significant geassocieerd met de sociaal-economische status (Tabel 7). Daarnaast wordt na correctie ook een relatie met softdruggebruik waargenomen. Voor zowel overgewicht als de voedingsgewoonten wordt een ongunstig verband met een lage SES gevonden (overgewicht: OR=2,31 [1,23-4,33]; niet dagelijks ontbijten: OR=3,12 [1,73-5,62]; zie ook Tabel 7). Voor de mate van alcoholconsumptie en softdruggebruik vinden we juist een gunstig verband met een lage SES (alcoholconsumptie: OR=0,17 [0,05-0,56]; softdruggebruik: OR=0,22 [0,06-0,81]).

Voor hoofdpijn, eczeem/ huidproblemen en alcoholgebruik worden na correctie voor de andere sociaaldemografische factoren en kalenderjaar geen duidelijke sociaal-economische verschillen meer waargenomen. Voor hoofdpijn is dit mogelijk het gevolg van de correctie voor wijk (zie *wijkverschillen*). Voor alcoholgebruik is reeds een significante onafhankelijke relatie met etniciteit gebleken. Met eczeem/ huidproblemen blijken geen van de andere sociaaldemografische kenmerken een significante associatie te hebben.

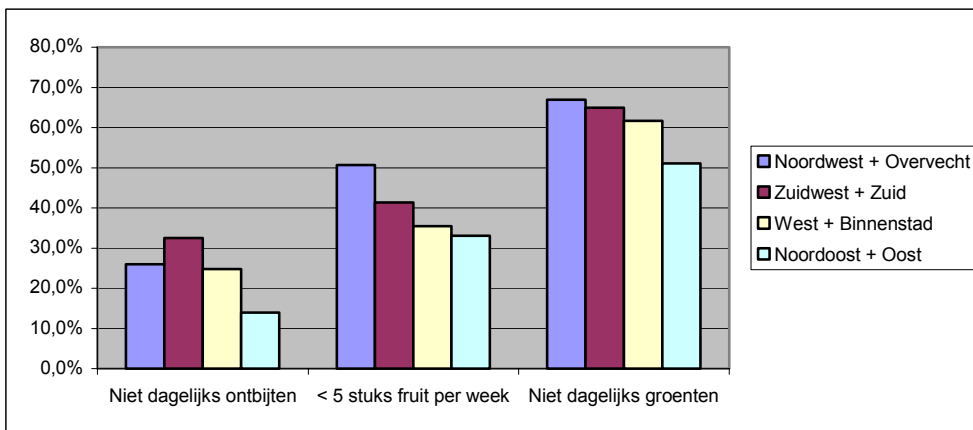
Wijkverschillen

Univariaat

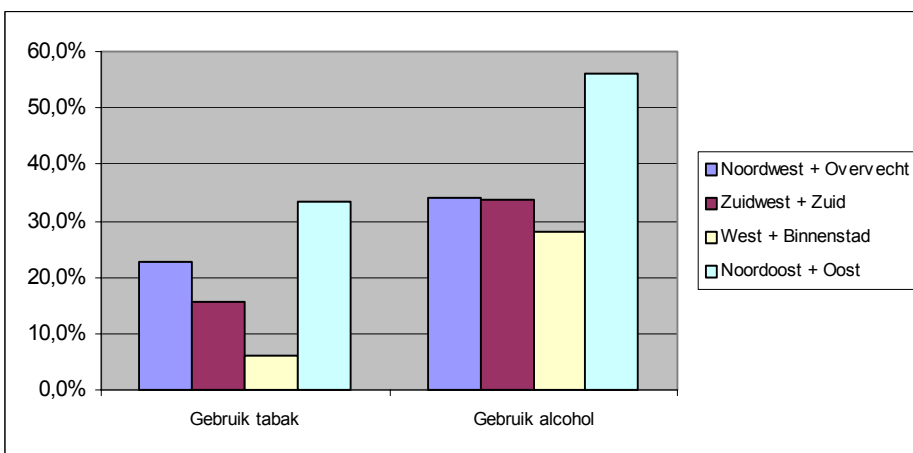
De Figuren 3 tot en met 5 geven een beeld van de gezondheidsverschillen tussen de wijken. De resultaten laten over het algemeen meer gezondheidsproblemen zien in de wijken met een hoge achterstandscore (Noordwest, Overvecht, Zuidwest en Zuid). Allergieën, hoofdpijnklachten, overgewicht en psychosociale ontwikkelingsproblemen komen in Noordwest en Overvecht significant vaker voor dan in Noordoost en Oost (Figuur 3, $p < 0,05$). In de wijken Zuidwest en Zuid wordt door circa één op de drie kinderen niet dagelijks ontbeten, in de wijken Noordoost en Oost ontbijt 13% niet dagelijks. Ook de groente- en fruitconsumptie is significant hoger in laatstgenoemde wijken (Figuur 4, $p < 0,05$). Het gebruik van alcohol en tabak is, overeenkomstig het beeld geschetst bij de sociaal-economische verschillen, significant hoger in de gegoede wijken Noordoost en Oost. De laagste prevalenties van tabak- en alcoholgebruik worden gevonden in de wijken West en Binnenstad (Figuur 5, $p < 0,05$).



Figuur 3. Gezondheidsverschillen tussen de wijken: allergie, overgewicht, hoofdpijn en psychosociale ontwikkeling



Figuur 4. Gezondheidsverschillen tussen de wijken: voedingsgewoonten.



Figuur 5. Gezondheidsverschillen tussen de wijken: alcohol en tabak.

Multivariaat

Tabel 8 geeft een overzicht van de gevonden wijkverschillen bij multivariate analyse. Ook na correctie voor andere sociaaldemografische kenmerken en kalenderjaar zijn allergie, hoofdpijn, overgewicht en een relatief slechte psychosociale ontwikkeling duidelijk geassocieerd met de wijk ($p < 0,05$). Hierbij wordt met name een verhoogd risico in de wijken Noordwest en Overvecht gezien. De samenhang tussen wijk en de

leefgewoonten op het gebied van voeding, tabak- en alcoholgebruik vallen weg bij multivariate toetsing, waarschijnlijk als gevolg van correctie voor SES en etniciteit. Zoals reeds is gebleken, vertonen deze sociaaldemografische kenmerken eveneens een samenhang met genoemde uitkomsten.

Tabel 8. Odds ratio's voor wijkverschillen, gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etniciteit, SES en kalenderjaar^a.

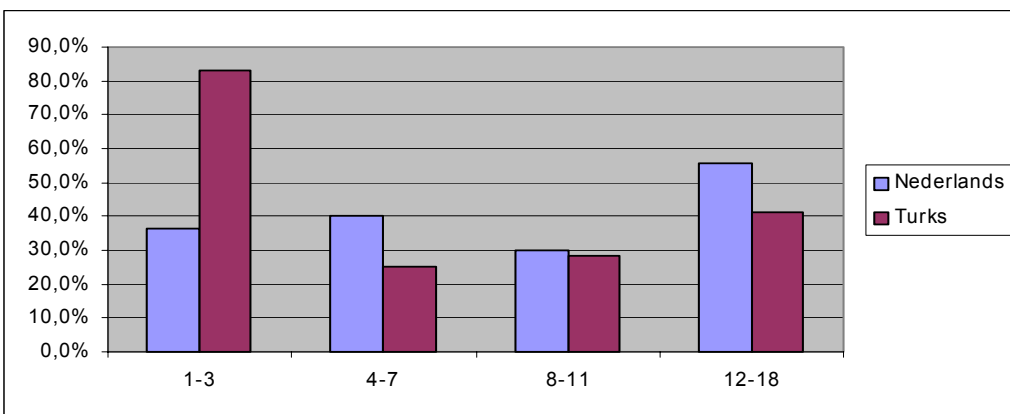
| | OR West / Binnenstad | OR Zuidwest / Zuid | OR Noordwest / Overvecht |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Allergie | 1,32 (0,69-2,52) | 1,87 (1,08-3,24) | 2,34 (1,34-4,09) |
| Hoofdpijnklachten | 1,15 (0,51-2,62) | 1,18 (0,57-2,46) | 2,30 (1,13-4,66) |
| Overgewicht | 1,17 (0,46-2,96) | 2,22 (1,03-4,76) | 2,99 (1,40-6,42) |
| Score psychosociale en emotionele ontw. < 18 | 2,26 (1,08-4,74) | 2,10 (1,03-4,30) | 3,12 (1,54-6,32) |

a. Ten opzichte van Noordoost en Oost als referentiecategorie.

Leeftijdsspecifieke sociaaldemografische verschillen

In vervolg op bovenstaande analyses is gekeken of de relaties tussen de gezondheid en de sociaaldemografische factoren in de verschillende leeftijdsgroepen van verschillende grootte zijn. De verbanden met geslacht en sociaal-economische status zijn hetzelfde in alle leeftijdsgroepen. Voor twee uitkomstvariabelen is gebleken dat het verband met etniciteit verandert in de opeenvolgende leeftijdsgroepen: ongevallen en een lage fruitconsumptie.

Bij de eerdere analyses is geen relatie gevonden tussen etniciteit en de prevalentie van ongevallen. Als we per leeftijdsgroep naar de associatie met etniciteit kijken, blijkt er een duidelijke relatie te bestaan in de groep 1- t/m 3-jarigen. Figuur 6 geeft het verloop van de prevalentie van ongevallen met de leeftijd, uitgesplitst naar kinderen met een Turkse etniciteit en kinderen met een Nederlandse etniciteit. In de jongste leeftijdsgroep (1-3 jaar) blijkt het risico van een ongeval bij Turkse kinderen veel hoger te zijn dan bij Nederlandse kinderen: de odds ratio is 10,70 [2,18-52,61]. Categorieën van ongevallen die in de groep Turkse kinderen worden genoemd – verbrandingen, beknellingen, vallen van een hoogte en verwondingen door een voorwerp – komen daarbij vrijwel in gelijke mate voor. Vanaf 4–7 jaar daalt de prevalentie van ongevallen bij Turkse kinderen tot iets onder het Nederlands niveau en zijn de OR's nauwelijks afwijkend van 1. De percentages Marokkaanse en overig allochtone kinderen met een ongeval in de 6 maanden voorafgaand aan de peiling zijn in geen van de leeftijdsgroepen significant afwijkend van het percentage Nederlandse kinderen.



Figuur 6. De prevalentie van ongevallen voor Turkse en Nederlandse kinderen per leeftijdscategorie

Eerder is naar voren gekomen dat de fruitconsumptie niet aan etniciteit noch aan leeftijd gerelateerd is. Tussen de opeenvolgende leeftijdsgroepen is echter een significante verandering in de associatie met etniciteit waargenomen. Marokkaanse en Turkse kinderen eten op jonge leeftijd minder fruit dan hun Nederlandse leeftijdsgenootjes (Tabel 9). Op oudere leeftijd eten zij meer fruit: in de leeftijdscategorieën 8-11 jaar en 12-18 jaar is het percentage Turkse en Marokkaanse kinderen dat minder dan 5 stuks fruit per week eet lager dan het percentage Nederlandse kinderen.

Tabel 9. Leeftijdsspecifieke prevalentiecijfers en odds ratio's voor een fruitconsumptie van minder dan 5 stuks per week, per etniciteitsgroep

| | <u>1-3 jaar</u> | | <u>4-7 jaar</u> | | <u>8-11 jaar</u> | | <u>12-18 jaar</u> | |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | % | OR | % | OR | % | OR | % | OR |
| Nederlands | 16,5 | 1 | 32,7 | 1 | 56,2 | 1 | 56,3 | 1 |
| Marokkaans | 38,7 | 1,73 (0,65-4,59) | 55,8 | 1,85 (0,21-4,97) | 53,3 | 0,63 (0,06-6,16) | 45,0 | 0,45 (0,05-4,32) |
| Turks | 38,5 | 2,10 (0,60-7,36) | 47,4 | 1,37 (0,08-24,07) | 37,0 | 0,29 (0,02-4,89) | 36,0 | 0,12 (0,01-2,62) |
| Overig allochtoon | 19,4 | 1,10 (0,33-3,06) | 34,1 | 0,89 (0,07-10,64) | 42,5 | 0,46 (0,04-5,51) | 51,1 | 0,68 (0,06-8,31) |

3.4 Trends

Trends in de gezondheid

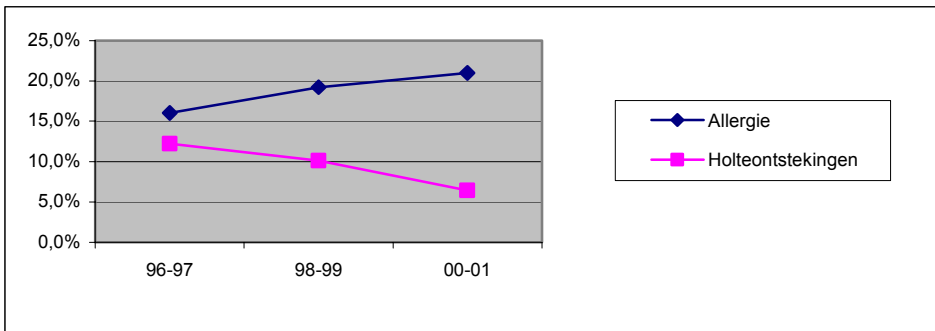
Univariaat

Tabel 10 geeft een overzicht van de gevonden prevalenties per 2-jaars perioden (1996-1997, 1998-1999, 2000-2001) en de ruwe odds ratio's voor kalenderjaar. Figuren 7 t/m 9 geven een grafische weergave van het verloop van enkele uitkomsten in de tijd.

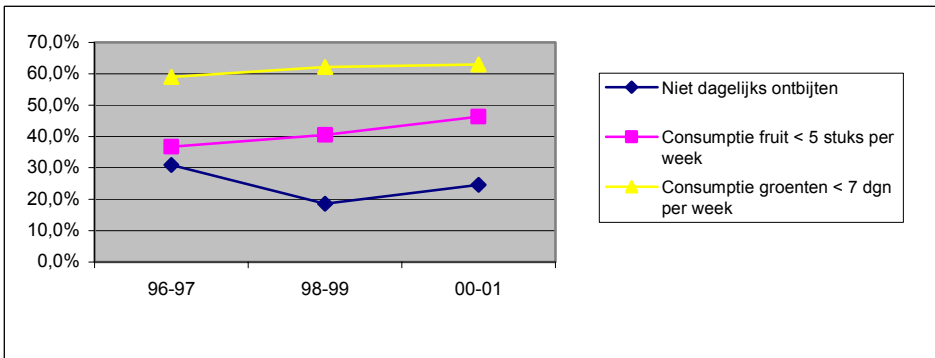
Voor de meeste lichamelijke aandoeningen wordt geen toe- of afname over de periode 1996-2001 geconstateerd. De prevalentie van holteontstekingen is iets afgenomen ten opzichte van de voorgaande jaren, terwijl de prevalentie van allergieën iets is toegenomen (Figuur 7). Beide trends zijn niet significant bij univariate toetsing.

De percentages kinderen met een relatief slechte score op psychosociale ontwikkeling of psychosociaal welbevinden zijn over de periode 1996 tot en met 2001 iets afgenomen. Wederom worden univariaat geen significante trends waargenomen.

Wat betreft de relatief ongezonde voedingsgewoonten (niet dagelijks ontbijten en lage groente- en fruitconsumptie) is er een lichte stijgende trend waar te nemen (Figuur 8). De percentages kinderen die minder dan 5 stuks fruit per week eten en niet dagelijks groenten op hun bord krijgen zijn gestegen over de periode 1996-2001. De prevalentie van 'niet dagelijks ontbijten' is na een daling in 1998-1999 weer gestegen in 2000-2001. De trend zoals gevonden voor de fruitconsumptie is borderline significant ($OR_{ruw}=1,08 [1,00-1,17]$).

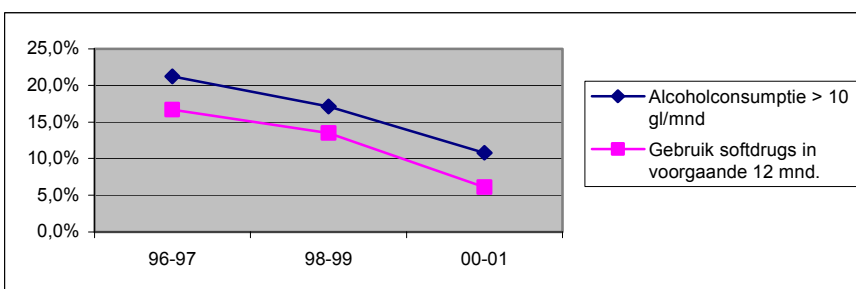


Figuur 7. Het verloop van de prevalenties van holteontstekingen en allergieën, 1996 t/m 2001



Figuur 8. Het verloop van het % kinderen dat niet dagelijks ontbijt en een lage fruit- en groenteconsumptie heeft, 1996 t/m 2001

Het percentage rokers onder de Utrechtse jongeren is stabiel gebleven, het percentage alcoholdrinkers is licht afgenomen. De mate van alcoholconsumptie is net niet significant gedaald: in 2000-2001 drinkt 11% meer dan 10 glazen per maand, in 1996-1997 was dit 21% (Figuur 9). Het gebruik van softdrugs (exclusief LSD en XTC) in het jaar voorafgaand aan de peiling is significant gedaald: van 17 naar 6 procent (Figuur 9).



Figuur 9. Het verloop van het % jongeren met een alcoholconsumptie > 10 glazen per maand en het % dat softdrugs heeft gebruikt in de voorgaande 12 maanden, 1996 t/m 2001

Tabel 10. Prevalenties per 2-jaars periodes en ruwe en gecorrigeerde odds ratio's voor kalenderjaar^{a,b,c}

| | 96-97 | 98-99 | 00-01 | OR ruw | OR gecorrigeerd |
|---|-------|-------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| N | 215 | 277 | 323 | | |
| Lichamelijke gezondheid: | | | | | |
| Allergie | 16,0% | 19,2% | 21,0% | 1,08 (0,98-1,20) | 1,06 (0,95-1,17) |
| Ongeval in voorgaande 6 maanden | 41,2% | 35,9% | 44,7% ^c | 1,01 (0,91-1,13) | 1,02 (0,91-1,14) |
| CARA | 12,1% | 12,1% | 11,7% | 0,99 (0,87-1,12) | 0,98 (0,87-1,12) |
| Holteontstekingen | 12,2% | 10,1% | 6,4% | 0,86 (0,73-1,02) | 0,83 (0,70-1,00) |
| Middenoorontsteking | 12,1% | 7,6% | 13,3% | 1,08 (0,92-1,25) | 1,08 (0,92-1,27) |
| Visusproblemen | 7,9% | 6,3% | 8,4% | 0,95 (0,81-1,11) | 0,94 (0,80-1,11) |
| Hoofdpijnklachten | 17,0% | 20,4% | 15,0% | 0,99 (0,87-1,12) | 1,00 (0,88-1,15) |
| Eczeem/ huidproblemen | 19,4% | 21,5% | 16,7% | 0,95 (0,86-1,06) | 0,97 (0,87-1,08) |
| Lichamelijke beperkingen | 8,1% | 8,9% | 6,6% | 0,94 (0,81-1,09) | 0,92 (0,79-1,08) |
| Overgewicht | 14,4% | 12,2% | 17,6% | 1,05 (0,93-1,19) | 1,04 (0,91-1,18) |
| Geestelijke gezondheid: | | | | | |
| Score psychosociale en emotionele ontwikkeling < 18 | 35,2% | 30,3% | 28,1% | 0,90 (0,80-1,02) | 0,88 (0,78-1,00) |
| Score psychosociaal welbevinden < 14 | 29,8% | 32,0% | 22,9% | 0,90 (0,75-1,09) | 0,80 (0,65-1,00) |
| Suïcidaliteit | 16,9% | 23,7% | 17,4% | 1,03 (0,83-1,27) | 0,99 (0,78-1,24) |
| Leefstijl: | | | | | |
| Consumptie ontbijt: niet dagelijks | 30,9% | 18,6% | 24,6% | 0,93 (0,84-1,04) | 0,96 (0,85-1,08) |
| Consumptie fruit: < 5 stuks per week | 36,7% | 40,5% | 46,3% | 1,08 (1,00-1,17) | 1,08 (0,99-1,18) |
| Consumptie groenten: niet dagelijks | 59,0% | 62,1% | 63,0% | 1,01 (0,93-1,10) | 1,02 (0,94-1,12) |
| Gebruik tabak | 20,7% | 21,3% | 20,7% | 1,02 (0,83-1,25) | 0,97 (0,77-1,22) |
| Rookgedrag: dagelijks | 10,3% | 12,5% | 9,2% | 0,99 (0,76-1,29) | 0,95 (0,71-1,26) |
| Gebruik alcohol | 45,3% | 32,5% | 36,0% | 0,90 (0,76-1,07) | 0,93 (0,76-1,12) |
| Alcoholconsumptiegedrag: meer dan 10 glazen per maand | 21,2% | 17,1% | 10,8% | 0,80 (0,64-1,01) | 0,85 (0,66-1,10) |
| Gebruik softdrugs in voorgaande 12 maanden | 16,7% | 13,5% | 6,1% | 0,73 (0,55-0,97) | 0,75 (0,55-1,02) |

a. Gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, etniciteit, SES en wijk.

b. **Bold** indien significant bij Waldtoets.

c. Alleen data van 2000 in laatste categorie.

Multivariaat

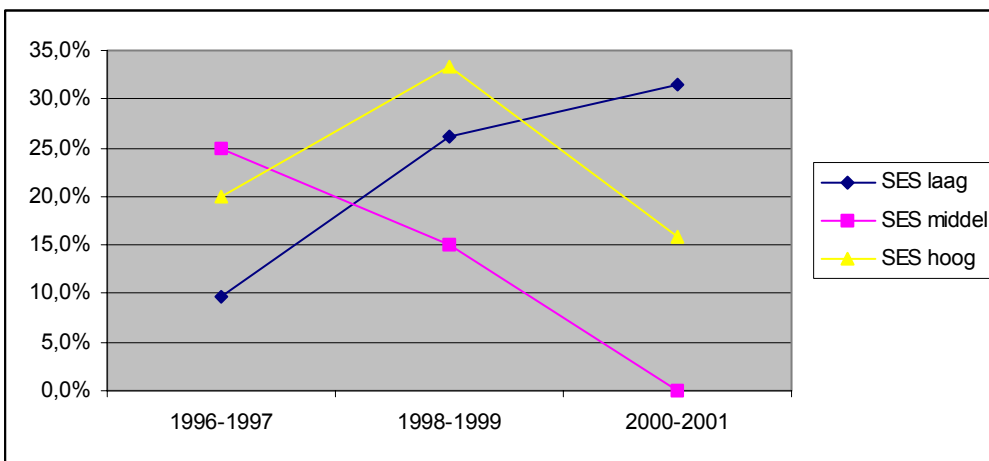
Multivariaat is gecorrigeerd voor de sociaaldemografische variabelen geslacht, leeftijd, etniciteit, SES en wijk, waarvoor random fluctuaties tussen de kalenderjaren zijn geobserveerd (zie paragraaf 3.1). Significante lineaire trends zijn verder niet waargenomen voor de sociaaldemografische variabelen (zie Bijlage 2).

De gecorrigeerde odds ratio's voor de uitkomsten staan weergegeven in Tabel 10. Na correctie voor de sociaaldemografische variabelen worden drie net significante trends waargenomen die univariaat niet significant bleken. Deze betreffen de holteontstekingen ($OR_{gecorrigeerd}=0,83 [0,70-1,00]$), de relatief slechte psychosociale ontwikkeling ($OR_{gecorrigeerd}=0,88 [0,78-1,00]$), en het relatief slechte psychosociaal welbevinden ($OR_{gecorrigeerd}=0,80 [0,65-1,00]$). De gecorrigeerde odds ratio voor allergieën is nauwelijks afwijkend van de ruwe OR. De stijging in het percentage kinderen dat minder dan 5 stuks fruit per week eet is ook na correctie voor de sociaaldemografische factoren net niet significant. Het verband tussen het softdruggebruik en kalenderjaar is na correctie niet meer significant, terwijl de odds ratio vrijwel onveranderd blijft ($OR_{ruw} = 0,73 [0,55-0,97]$; $OR_{gecorrigeerd} = 0,75 [0,55-1,02]$).

Trends in sociaal-economische verschillen

Om te onderzoeken of sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn veranderd in de tijd, is een extra analysestap gedaan. Hierin is geanalyseerd of het onafhankelijke verband tussen de sociaal-economische status en de uitkomsten significant anders is in verschillende kalenderjaren. Dit bleek het geval voor één uitkomstvariabele: het gebruik van tabak ($p=0,04$).

Figuur 10 geeft het verloop van de prevalentie van tabakgebruik over de tijd in 2-jaars periodes, uitgesplitst naar sociaal-economische groep. Tot aan 1999 gebruikten jongeren uit een hoog sociaal-economisch milieu vaker tabak dan jongeren uit een laag sociaal-economisch milieu. Na 1999 blijkt het verband zich om te draaien: jongeren uit de lage sociaal-economische groep zijn relatief vaker tabak gaan gebruiken dan hun leeftijdsgenoten uit de hoge SES groep. Jongeren uit de middelste SES groep zijn in verhouding tot de jongeren met een hogere sociaal-economische status steeds minder vaak tabak gaan gebruiken: terwijl in 1996-1997 25% van de jongeren in de middelste SES groep wel eens rookte, gebruikt in 2000-2001 0% tabak.



Figuur 10. Het verloop van de prevalentie van tabakgebruik over de periode 1996-2001, uitgesplitst naar sociaal-economische groep

H4 DISCUSSIE

In onderstaand discussiestuk worden zowel de beleidsmatige, als de inhoudelijke en methodologische aspecten van het huidige onderzoek besproken. Paragraaf 4.1 begint met een bespreking van de plaats van het onderzoek in de beleidscyclus. In paragraaf 4.2 worden vervolgens de algemene beleidsmatige implicaties van onze bevindingen behandeld. Hierbij is uitgegaan van de drie onderzoeksvraagstellingen zoals weergegeven in hoofdstuk 1. Een inhoudelijke bespreking van de specifieke bevindingen wordt weergegeven in paragraaf 4.3. Hierbij hebben we ons beperkt tot de meest opvallende bevindingen en ligt de nadruk op mogelijke verklaringen en daarmee op aanbevelingen voor nader onderzoek. Waar mogelijk is aandacht besteed aan de betekenis voor preventieve activiteiten. Tot slot worden in paragraaf 4.4 de methodologische sterktes en zwaktes van het onderzoek besproken.

Elke paragraaf (bij paragraaf 4.3: elke subparagraaf) opent met een box met daarin een korte, puntsgewijze samenvatting van de belangrijkste conclusies. Een afsluitende samenvattende conclusie is derhalve als overbodig beschouwd en achterwege gelaten.

4.1 Plaats onderzoek in beleidscyclus

- Doordat een algemeen beeld is gekregen van de gezondheid van de Utrechtse jeugd, is het huidige onderzoek een solide basis voor het algemene beleidvormingsproces van de JGZ.
- Voor *prioritering* van gezondheidsproblemen en de keuze voor specifieke interventies is echter méér werk nodig. Dit zal later volgen in de VolksgezondheidsMonitor Utrecht 2002 en de nota Openbare Gezondheidszorg 2003-2007.

Doel van het huidige onderzoek is inzicht verkrijgen in de lokale gezondheidssituatie van de jeugd van 1 t/m 18 jaar in Utrecht, om het gemeentelijk beleidvormingsproces aangaande de jeugdgezondheidszorg te ondersteunen. Met deze eerste stap kunnen algemene beleidsuitgangspunten vastgesteld worden, wat met name van belang is voor het toekomstige maatwerkdeel van de jeugdgezondheidszorg dat lokaal ingevuld dient te worden (zie hoofdstuk 1). Echter, om te komen tot prioritering van specifieke gezondheidsproblemen zijn naast de prevalenties van problemen vele andere factoren van belang, die in deze eerste aanzet slechts summier aan de orde zijn gekomen. Dit betreft met name (1) het maatschappelijk belang (is het een ernstig probleem, is het lokaal verhoogd, is het politiek gezien actueel, ervaart de bevolking het zelf als een probleem) en (2) de intervenueerbaarheid (wat zijn de huidige interventies en verwachte effecten, zijn evidence-based interventies beschikbaar, wat zijn de kosten en baten).⁵ Overeenkomstig zijn in het PRECEDE-PROCEED model⁴ (zie hoofdstuk 1) vijf verschillende stappen van onderzoek te onderscheiden alvorens beleid en interventies kunnen worden vastgesteld. In ons onderzoek hebben we ons beperkt tot fases 2 en 3 uit dit model: het voorkomen van specifieke gezondheidsproblemen. Daar we geen risicofactoren voor gezondheidsproblemen (en -verschillen) of aangrijpingspunten voor interventies (fases 4 en 5) hebben onderzocht, noch de ernst van problemen hebben meegewogen, zullen onze resultaten op zichzelf nog niet kunnen leiden tot de keuze voor specifieke interventies.

Wél vormen zoals gezegd onze resultaten een solide basis voor het algemene beleidsvormingsproces, met name voor wat betreft het maatwerkdeel van het toekomstige basistakenpakket JGZ, en om nader onderzoek te sturen, doordat een duidelijk algemeen beeld van de gezondheid van de Utrechtse jeugd is verkregen.^{4,5} Hiermee is tevens een basis gelegd voor de VolksgezondheidMonitor Utrecht 2002 (zie hoofdstuk 1), waarin verdere aandacht zal worden besteed aan zowel de beleidsrelevante factoren (ernst, intervenueerbaarheid) als aan de risicofactoren en aangrijpingspunten voor interventies.

4.2 Algemene implicaties van resultaten op hoofdlijnen

- Er zijn geen aanwijzingen dat de Utrechtse jeugd wat betreft lichamelijke aandoeningen en levensstijl ongezonder is dan de jeugd elders in Nederland. Daarom hoeft het lokale jeugdgezondheidsbeleid in Utrecht in dit opzicht niet fundamenteel te verschillen van dat in andere steden of regio's.
- Nader onderzoek naar het voorkomen van psychische en gedragsstoornissen en opvoedings- en ontwikkelingsproblemen is geboden.
- De gevonden groepsverschillen wijzen op het belang van preventie vanaf jonge leeftijd en onderschrijven de reeds gemaakte keuze voor een wijk- en schoolgerichte aanpak. Daarentegen geven de resultaten vooralsnog geen reden tot een specifiek beleid voor allochtone kinderen.
- Sommige gezondheidsproblemen komen veel voor en nemen zelden af in de tijd. Dit impliceert dat er nog veel gezondheidswinst geboekt kan worden, en dat hiervoor meer investeringen en mogelijk effectievere interventies noodzakelijk zijn.
- Toekomstige monitoring van de gezondheid van de jeugd op wijk- en schoolniveau is essentieel om de keuze voor wijk- en schoolgerichte interventies te ondersteunen en dit beleid te evalueren.

De gezondheidssituatie algemeen

Ondanks de specifieke sociaaldemografische samenstelling van Utrecht (i.e. relatief veel allochtone kinderen en lage SES) duiden onze resultaten niet op grote verschillen tussen de Utrechtse en de Nederlandse jeugd. Hoewel voor sommige uitkomsten de vergelijkbaarheid met verschillende andere regionale en nationale studies^{6-8,10,12-15,21,22,27,30,44,45,61-64} bemoeilijkt wordt door het gebruik van verschillende methoden en instrumenten, is naar alle waarschijnlijkheid zowel de omvang als het relatieve voorkomen van de in Utrecht gevonden gezondheidsproblemen redelijk overeenkomstig met de omvang en het voorkomen elders. De beleidsmatige implicatie van deze bevinding heeft twee kanten. Aan één kant is dit een indicatie dat het lokale jeugdgezondheidsbeleid in Utrecht niet fundamenteel hoeft af te wijken van dat in andere steden en gebieden. Aan de andere kant wijst dit op onvoldoende aandacht binnen het beleid (zowel landelijk als lokaal) voor bepaalde problemen waarop nog veel gezondheidswinst behaald zou kunnen worden. Intervenieerbare en veelvoorkomende gezondheidsproblemen waarop de jeugdgezondheidszorg zich met name zou kunnen richten zijn psychosociale problemen, CARA, allergieën, ongevallen, ongezonde voedingsgewoonten, gebrek aan lichaamsbeweging, en genotmiddelengebruik. Hierbij is echter ook een rol

weggelegd voor andere gemeentelijke diensten. Bijvoorbeeld bij het verbeteren van de voedingsgewoonten speelt ook de beschikbaarheid van groenten en fruit in de winkel en de koopkracht een rol. Bij de preventie van ongevallen is ook de verkeersveiligheid een belangrijk aandachtspunt, en bij CARA en allergieën de fysieke woonomgeving.

Groepsverschillen

De sociaaldemografische groepsverschillen die wij vinden bij de Utrechtse jeugd komen voor een belangrijk deel overeen met de uit de literatuur bekende groepsverschillen.^{7,8,36-49} Een uitzondering is gevonden met betrekking tot genotmiddelengebruik en CARA (zie paragraaf 4.3).

Groepsverschillen hebben logischerwijs geen implicaties voor het huidige universele beleid van JGZ, waarin elk individueel kind periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO) ondergaat waarbij gescreend wordt op specifieke gezondheidsproblemen. Hiervoor bestaat ook een wettelijk kader. Hooguit wijzen groepsverschillen erop dat men bij bepaalde groepen meer alert moet zijn op bepaalde gezondheidsproblemen. Wat betreft preventieve interventies die veelal op groepsniveau plaatsvinden zijn enkele algemene aanbevelingen te doen. Ten eerste wijzen de geobserveerde leeftijdsverschillen – toenemende gezondheidsproblemen met toenemende leeftijd – op het belang van preventie op (zeer) jonge leeftijd. Ten tweede onderschrijft deze studie de keuze voor wijk- en schoolgericht preventiebeleid. Een lage *individuele* SES blijkt weliswaar meestal het sterkste samen te hangen met de bestudeerde gezondheidsproblemen, maar het is praktisch lastig om interventies specifiek aan te bieden aan individuen. Preventieve activiteiten vragen om een groepsgerichte aanpak, die specifiek op scholen met voornamelijk kinderen uit een laag sociaal-economisch milieu kunnen worden aangeboden. Ook kan de lagere lichamelijke en geestelijke gezondheid bij kinderen met een lage SES op individueel niveau deels verklaard worden uit de wijk waar deze kinderen wonen. Sociaal-economische verschillen die niet verklaard worden door woonwijk kunnen daarnaast deels wijkgericht aangepakt worden omdat relatief veel kinderen met een lage SES in een achterstandswijk wonen. Ten derde duiden de algemene resultaten van het huidige onderzoek er niet op dat een specifiek beleid voor allochtone kinderen nodig is. De relatief ongunstige lichamelijke en geestelijke gezondheid onder allochtonen kan namelijk voor een groot deel verklaard worden uit een lage SES en woonwijk (zie Tabel 6 versus Tabellen 7 en 8). Voor genotmiddelengebruik en voeding vertonen allochtone kinderen zelfs minder risicogedrag. Overigens is mogelijk wel specifiek allochtonenbeleid nodig voor uitkomsten waar we geen (goede) informatie over hebben, zoals opvoedings- en ontwikkelingsproblemen, en psychische en gedragsstoornissen. Tenslotte vertaalt de bevinding dat meisjes meer gezondheidsproblemen hebben op zowel lichamelijk gebied (holteontstekingen, problemen met het gezichtsvermogen en hoofdpijn) als op psychosociaal gebied zich niet direct in beleid, met name omdat de intervenueerbaarheid eerst nader dient te worden onderzocht.

Trends

In het huidige onderzoek is gevonden dat het voorkomen van holteontstekingen, relatief slechte psychosociale ontwikkeling/ welbevinden en softdruggebruik significant gedaald zijn over de periode 1996-2001. Voor geen van deze uitkomsten is op nationaal niveau een duidelijke trend gebleken.^{7,8,10,12-15,22} Hoewel de geobserveerde trends in Utrecht bemoedigend zijn, is er geen uitsluitsel te geven over de oorzaken hiervan en dus ook niet over de bijdrage van de JGZ. Omgekeerd kan gesteld worden dat slechts weinig gezondheidsproblemen een dalende trend vertonen, en dat sociaal-economische gezondheidsverschillen niet aantoonbaar zijn afgenomen. Dit betekent echter niet dat het huidige beleid en

lopende interventies niet effectief zouden zijn: zonder het huidige beleid en interventies waren de gezondheidsproblemen en -verschillen wellicht toegenomen. Daarnaast is het mogelijk dat de tijdsperiode waarnaar is gekeken – 6 kalenderjaren – te kort is geweest om verschillen te signaleren. Ook kan een gebrek aan power in ons onderzoek ervoor gezorgd hebben dat kleinere trends (i.e. daling alcoholconsumptie 12-18 jarigen, toename onvoldoende fruit eten, en stijging prevalentie allergieën) niet significant aangetoond konden worden.

Bovenstaande resulteert in twee conclusies. Ten eerste, om op korte termijn grote gezondheidswinst te boeken of om sociaal-economische gezondheidsverschillen aantoonbaar te reduceren zijn waarschijnlijk grotere investeringen in preventieve programma's nodig, waarbij mogelijk gekozen moet worden voor meer effectieve interventies. Hierbij kan men denken aan een meer op de lage SES-groep gerichte cursus 'Opvoeden, zó', de cursus waarin ouders leren om te gaan met de psychosociale ontwikkeling van hun kinderen. Ten tweede is voortzetting van monitoring van groot belang, om te onderzoeken of de niet-significante trends doorzetten en om met een groter onderscheidingsvermogen de lange termijn effecten van beleid en interventies te bepalen.

4.3 Inhoudelijke bespreking van de resultaten

Lichamelijke gezondheid

- De meest voorkomende lichamelijke aandoeningen in Utrecht zijn ongevallen (40%), allergieën (20%), eczeem/huidproblemen (19%), chronische hoofdpijn (17%) en CARA (12%).
- Er is een indicatie dat de prevalentie van CARA in Utrecht relatief hoog is onder de Turkse en Marokkaanse jeugd. Nader onderzoek, zowel om dit te bevestigen als om oorzaken te bepalen, is gewenst. Extra aandacht is nodig voor het voorkomen van luchtwegklachten.
- Chronische hoofdpijn komt het meeste voor bij meisjes en jongeren van 12 t/m 18 jaar. Hierbij kunnen zowel genetische/ hormonale factoren, psychische problemen, als leefgewoonten (laat naar bed, veel TV kijken) een rol spelen. Daarom is voor het ontwikkelen van effectieve interventies eerst determinantenonderzoek aangewezen.
- De prevalentie van ongevallen onder Turkse zuigelingen en peuters (1-3 jaar) is sterk verhoogd. Naast algemene preventie wordt aanbevolen specifieke maatregelen gericht op Turkse ouders te implementeren. Nieuw diepteonderzoek naar type en oorzaak van ongevallen helpt bij de keuze voor specifieke interventies.

Langdurige aandoeningen blijken relatief veel voor te komen: 44% van de Utrechtse jeugd van 1 t/m 18 jaar heeft een of meerdere langdurige aandoeningen (exclusief beperkingen aan het bewegingsapparaat, het gehoor en de visus). In hoeverre deze bevinding overeenkomt met onze verwachting dat de Utrechtse jeugd meer last heeft van dergelijke aandoeningen dan de jeugd elders, is echter moeilijk te bepalen: de

classificatie van aandoeningen speelt ons inziens een belangrijke rol bij de vergelijking met andere onderzoeken. Zo constateert het CBS-POLS onderzoek, waarbij meer strikte definities zijn gehanteerd, dat ongeveer 25% van de jeugd een langdurige aandoening heeft.⁸

Uit hetzelfde CBS-POLS-onderzoek⁸ komt naar voren dat het percentage kinderen met astma, CARA of chronische bronchitis in Nederland 11% is. In Utrecht vinden wij hiervoor een prevalentie van 12%. Vanwege een relatief hoog percentage allochtone kinderen in Utrecht hadden wij een lagere prevalentie verwacht. In tegenstelling tot ander onderzoek⁴⁶⁻⁴⁹ hebben wij daarnaast een onverwachte, niet-significante verhoging van de prevalentie van CARA onder de Turkse en Marokkaanse jeugd gevonden. Verschillende factoren kunnen hiervan de oorzaak zijn, zoals bijvoorbeeld: ventilatiegedrag, passief meeroken, en de fysieke omgeving zoals de aanwezigheid van grote verkeersaders.^{65,66} Ook kan de methode van onderzoek geleid hebben tot afwijkende percentages: bij schriftelijke interviews zoals de door ons gebruikte peiling kunnen vragen als gevolg van taalproblemen verkeerd begrepen worden.

Hoewel een verhoogd voorkomen onder de allochtone bevolking in ander onderzoek bevestigd zal moeten worden, is de prevalentie op zichzelf reeds een aanwijzing dat binnen het Utrechts jeugdgezondheidsbeleid meer aandacht voor het ontstaan en voorkomen van luchtwegklachten zinvol is.

De prevalentie van chronische hoofdpijn bij Utrechtse kinderen vanaf 4 jaar is 17% en daarmee vrij hoog. Hoofdpijn is echter een breed begrip: de prevalentie zal sterk gerelateerd zijn aan de definitie en cijfers uit ander onderzoek^{7,8,45,63} zijn derhalve moeilijk vergelijkbaar. Utrechtse meisjes hebben vaker last van hoofdpijn dan jongens. Dit zou eenvoudigweg het gevolg kunnen zijn van een genetische aanleg of hormonale factoren: de rol van deze factoren bij hoofdpijn is reeds eerder vastgesteld.⁶⁷ Ook is het een puberteitsverschijnsel, waarbij bepaalde leefgewoonten van jongeren een rol kunnen spelen: laat naar bed, veel TV kijken en weinig frisse lucht (persoonlijke mededeling M. Reedijk). Daarnaast kan de hoofdpijn een psychosomatische klacht zijn. Uit veel onderzoek blijkt dat meisjes over het algemeen vaker psychosociale klachten, depressies, en stress hebben.^{44,45} Dit kan zich uiten in somatische klachten als hoofdpijn.⁴⁵ Onze bevinding dat Turkse en Marokkaanse meisjes meer klachten rapporteren dan Nederlandse meisjes ondersteunt dit: juist in deze bevolkingsgroepen komen meer psychosociale problemen voor.^{44,45} De mogelijkheid van rapportage bias, als gevolg van een over het algemeen grotere interesse van meisjes voor gezondheid, wordt niet ondersteund door onze bevinding dat er geen sterkere associatie met geslacht gevonden wordt in de leeftijdsgroep 12 t/m 18 jaar, terwijl juist deze groep zelf rapporteert. Daarbij is een onafhankelijk geslachtsverschil voor hoofdpijn ook in ander onderzoek geconstateerd.^{7,8}

Binnen Utrecht komt hoofdpijn vaker voor bij jeugd wonend in achterstandswijken dan bij jeugd wonend in de meer welgestelde wijken. Dit verschil is gevonden na correctie voor andere factoren, zodat de verklaring mogelijk in sociale of fysieke omgevingsfactoren (grote verkeerswegen, industrie) gezocht moet worden.⁶⁶ Samengevat wijzen de bevindingen op een relatief hoog voorkomen van hoofdpijnklachten bij de Utrechtse jeugd waarbij verschillende factoren een rol kunnen spelen. Aan hormonale factoren of genetische aanleg zijn echter weinig preventieve maatregelen te verbinden. Bij de leefgewoonten zoals laat naar bed, veel TV kijken, zou wellicht langer kunnen worden stilgestaan tijdens het PGO. Voor het ontwikkelen van effectieve interventies is determinantenonderzoek van groot belang.

Veertig procent van de jeugd heeft één of meer ongevallen in de 6 maanden voorafgaand aan het onderzoek gehad. Het begrip ongeval is echter breed gedefinieerd, variërend van een vinger tussen de deur tot bijna-

verdrinking. Mogelijk hadden we bij gebruik van een smallere definitie lagere percentages, overeenkomstig met ander onderzoek,⁶¹ gevonden.

Een opvallende bevinding in ons onderzoek is de sterk verhoogde prevalentie van ongevallen onder Turkse zuigelingen en peuters (1-3 jaar). Hoewel een dergelijke bevinding niet in ander onderzoek naar voren komt, is de hoge prevalentie van ongevallen onder Turkse en Marokkaanse kinderen in het algemeen een bekend gegeven.^{6,46} De hoge prevalentie bij 1- t/m 3-jarige Turkse kinderen in Utrecht lijkt niet het gevolg te zijn van één specifiek type ongeval. Wel hebben we een relatief hoge prevalentie van verbrandings- en beknellingongevallen gevonden, gevolgd door valongevallen en verwondingen door een voorwerp. Het is mogelijk dat Turkse (en andere niet-Nederlandse) ouders minder preventieve maatregelen nemen (bijvoorbeeld traphekjes, plaatsing fornuis en schoonmaakmiddelen, ouderlijk toezicht), vanwege een gebrek aan kennis of middelen (persoonlijke mededeling JGZ-artsen en –verpleegkundigen). Uit ons onderzoek komt naar voren dat vooral ongelukken waarbij kinderen in aanraking kunnen komen met gevaarlijke stoffen en voorwerpen een rol spelen. Extra aandacht voor de veiligheid van kinderen in en om huis binnen voorlichtingsactiviteiten kan mogelijk preventief werken. Alvorens echter wordt overgegaan tot een dergelijke interventie, zou diepteonderzoek naar het type ongevallen en oorzaken moeten plaatsvinden om de keuze voor specifieke interventies te onderbouwen en de preventieboodschap af te stemmen.

Geestelijke gezondheid

- In Utrecht is de problematiek op het gebied van psychosociale ontwikkeling en welbevinden afgenomen, terwijl landelijk geen trends aangetoond zijn. De reden hiervoor is onbekend.
- Ondanks deze daling blijft in Utrecht, gezien de omvang en ernst van de problematiek, preventie en vroegtijdige opsporing van psychosociale problemen een prioriteit.
- Voor interventies gericht op psychische en gedragsproblemen is onderzoek nodig naar screeningsinstrumenten voor vroegopsporing en naar effectiviteit van preventiemaatregelen.

Onze bevindingen wijzen erop dat de psychosociale gezondheid in Utrecht, net als in Nederland in het algemeen, een relatief groot probleem vormt. Tien tot vijftien procent van de kinderen van 4 t/m 11 jaar heeft een gedragsprobleem als driftigheid of gespannenheid. Van de jongeren vanaf 12 jaar zegt 42% onzeker te zijn, heeft 15% een negatief zelfbeeld en is 11% vaak eenzaam.

Hoewel een hoge beleidsprioriteit met betrekking tot de psychosociale problematiek binnen de preventieve jeugdgezondheidszorg reeds meerdere malen is onderschreven,^{13,68,69} zijn er momenteel nog weinig aantoonbaar effectieve preventieve activiteiten ontwikkeld, onder andere vanwege een gebrek aan goede screeningsinstrumenten.⁶⁸ Ook in ons onderzoek hebben we gebruik gemaakt van een meetinstrument waarvan de klinische relevantie beperkt is: de resultaten geven geen inzicht in de omvang en ernst van de problematiek. Daarnaast is het mogelijk dat de vragen niet goed begrepen worden (bijvoorbeeld door Turkse of Marokkaanse ouders als gevolg van taalproblemen) en kunnen de antwoorden subjectief zijn (de ene ouder kan een hele andere definitie van driftigheid hanteren dan de andere).

Bovenstaande beperkingen nemen niet weg dat op basis van onze indeling toch inzicht verkregen is in het relatieve voorkomen van psychosociale problemen in verschillende groepen en het verloop in de tijd. Het verhoogde voorkomen van psychosociale klachten bij adolescente meisjes komt overeen met ander onderzoek.^{7,8,45} Een verhoogd voorkomen van problemen bij de lage SES groep, zoals eerder is gevonden,³⁹⁻⁴⁵ vinden we alleen met betrekking tot psychosociale ontwikkeling bij kinderen van 4 t/m 11 jaar. Deze lijkt echter verklaard te worden door de wijk (zie Tabel 6 versus Tabellen 7 en 8). Het is mogelijk dat de sociaal-maatschappelijke omgeving hier een rol bij speelt.³⁸ Over de tijd is zowel de problematiek op het gebied van de psychosociale ontwikkeling als de problematiek op het gebied van het psychosociaal welbevinden afgenomen. De percentages geven echter, zoals reeds aangegeven, geen informatie over (veranderingen in) de ernst en absolute omvang.

Ook in Utrecht blijft de preventie en vroegopsporing van psychosociale problematiek een prioriteit.

Determinantenonderzoek is nodig voor een gerichte keuze voor interventies. Hiervoor zouden ook een aantal interventiestrategieën, die veelbelovend zijn, nader bestudeerd moeten worden.⁶⁹⁻⁷²

Leefstijl

- Een verhoogde problematiek op het gebied van tabak-, alcohol- en softdruggebruik wordt in Utrecht niet gevonden. Frequentie alcoholconsumptie is gedaald, terwijl dit landelijk niet het geval is. Toch blijven preventieve activiteiten van belang vanwege de grote gezondheidsrisico's van roken, drugs en overmatig alcoholgebruik.
- Opvallend is dat cannabis- en alcoholgebruik meer voorkomt onder jongeren uit de hogere sociaal-economische milieus. Om de betekenis hiervan vast te stellen voor preventie wordt nader onderzoek aanbevolen.
- Een relatief hoog percentage van de Utrechtse jeugd voldoet niet aan de voedingsnormen en uitbreiding van preventieve activiteiten op dit gebied is gewenst. Deze moeten op jonge leeftijd beginnen met extra aandacht voor de risicogroep met een lage SES. Bij allochtone kinderen gaat het vooral om behoud van de relatief gezonde eetgewoontes.

Uit ons onderzoek blijkt dat 21% van de jongeren (12-18 jaar) wel eens rookt en 39% wel eens drinkt. Twaalf procent heeft softdrugs (cannabis) gebruikt in het jaar voorafgaand aan de enquête. In het in 1999 landelijk uitgevoerde Peilstationonderzoek van het Trimbos-instituut²² zijn bij voornamelijk Nederlandse leerlingen van 12 jaar en ouder prevalenties van 27% voor tabakgebruik, 54% voor alcoholconsumptie en 9% voor recent gebruik (afgelopen 4 weken) van cannabis gevonden.

Voor de alcoholconsumptie is een duidelijk lager percentage dan landelijk gevonden. Dit hadden wij reeds verwacht op basis van het relatief hoge percentage allochtone jongeren in Utrecht. Wij achten de kans klein dat deze grote verschillen verklaard kunnen worden uit methodologische verschillen (in tegenstelling tot de vragenlijst van het Peilstationonderzoek is onze vragenlijst niet volledig anoniem). Dit wordt gesteund door de overeenkomst tussen het gevonden percentage alcoholgebruikers onder Utrechtse autochtone jongeren

(51%) en het percentage van het Peilstationonderzoek, en door het significant lagere alcoholgebruik door Turkse en Marokkaanse jongeren in Utrecht.

Frequente alcoholconsumptie (> 10 glazen/ maand) is afgenomen over de periode 1996-2001. Dit kan niet het gevolg zijn van veranderingen in de etnische samenstelling van de populatie: hiervoor is gecorrigeerd. Deze bevinding is opvallend omdat landelijk geen trend maar juist een stabilisatie wordt waargenomen.^{22,23} We hebben op dit moment geen verklaring voor deze discrepantie.

Voor roken zien we een wat minder sterke afwijking met het landelijke percentage dan voor alcoholgebruik. Ook blijkt in Utrecht de Turkse jeugd vanaf 12 jaar nauwelijks minder vaak tabak te gebruiken dan de Nederlandse jongeren. Voor Marokkaanse jongeren is daarentegen wel een veel lager percentage gevonden, hoewel dit verschil niet significant was. Dit is mogelijk het gevolg van kleine aantallen in de groepen.

Wat softdruggebruik betreft wijzen de bevindingen evenmin op een verhoogde problematiek in Utrecht. Het gebruik is licht gedaald over de periode 1996-2001, overeenkomstig met resultaten gevonden in Maastricht en omgeving.⁶² Landelijk is een stabilisatie in ooit- en recent gebruik van cannabis geconstateerd.^{22,25} Het absolute percentage Utrechtse jongeren dat softdrugs gebruikt is wat hoger dan de 9% van het Peilstationonderzoek. Dit laatste percentage betreft echter gebruik in de voorgaande 4 weken, terwijl wij hebben gevraagd naar gebruik in de afgelopen 12 maanden.

Voor het softdruggebruik, het alcoholgebruik en de mate van alcoholconsumptie is een opvallende relatie met SES waargenomen: gebruik blijkt over het algemeen méér voor te komen bij jongeren uit een hoog sociaal-economisch milieu. Dit zou verklaard kunnen worden door het lage gebruik door allochtone jongeren: zij hebben vaker een lage sociaal-economische status dan jongeren van Nederlandse afkomst.⁴⁶ Voor het alcoholgebruik in Utrecht lijkt deze verklaring ook zeer waarschijnlijk: na correctie voor de overige sociaaldemografische factoren valt de relatie met SES grotendeels weg, terwijl de relatie met etniciteit blijft staan. Voor softdruggebruik en de mate van alcoholconsumptie is het verband met SES echter ook ná correctie voor etniciteit aanwezig. Andere mogelijke verklaringen zijn culturele verschillen, financiële middelen en experimenteergedrag, dat in de praktijk relatief vaak bij jongeren uit hogere sociaal-economische groepen wordt gezien (persoonlijke mededelingen E. van Ameijden en A. van Engelen). Voor tabakgebruik is univariaat noch multivariaat een verband met SES waargenomen. Wel is voor deze uitkomst een interactie-effect tussen SES en kalenderjaar waargenomen, wat wijst op een verandering van het verband met SES over de periode 1996-2001. Dit effect is echter marginaal significant gebleken. Daarbij hebben we voor 21 variabelen het verband tussen SES en kalenderjaar bestudeerd: één verband bij een significantieniveau van 5% kan mogelijk toeval zijn.

De precieze redenen voor het verhoogde cannabis- en alcoholgebruik onder jongeren uit een relatief hoog sociaal-economisch milieu zou nader onderzocht moeten worden om aangrijpingspunten voor interventies vast te stellen. Anderzijds blijven universele preventieve activiteiten ook in Utrecht van groot belang vanwege de vele gezondheidsrisico's van roken, drugs en overmatig alcoholgebruik.^{19,25,73}

Onze bevindingen met betrekking tot het ontbijtgedrag en de groente- en fruitconsumptie wijzen op een relatief hoog voorkomen van ongezond voedingsgedrag onder de Utrechtse jeugd. Een kwart van de Utrechtse jeugd vanaf 4 jaar ontbijt niet dagelijks. Percentages gevonden in andere studies variëren van 5% tot 13% als het gaat om niet regelmatig ontbijten van basisschoolkinderen³⁰ en van 28% tot 33% als adolescenten gevraagd worden naar het niet dagelijks ontbijten.^{63,64} Ook in Utrecht lijkt het probleem meer te liggen bij de oudere kinderen (12 t/m 18 jaar), van wie 40% niet dagelijks ontbijt, dan bij de basisschooljeugd, van wie 16 % regelmatig de dag zonder ontbijt begint. Voorts blijkt met name de allochtone jeugd een

ongunstig ontbijtgedrag te hebben. Deze bevindingen worden bevestigd door andere onderzoeken, die eveneens een duidelijke relatie tussen het ontbijtgedrag en etniciteit of leeftijd rapporteren.^{30-32,47} Eénveertig procent van de jeugd (1 t/m 18 jaar) eet minder dan 5 stuks fruit per week en ruim 61% eet niet dagelijks groenten. De door ons gevonden relatie tussen deze uitkomsten en SES komt overeen met wat in de literatuur^{42,47} reeds geconstateerd is: kinderen uit de lage sociaal-economische milieus eten minder groenten en fruit dan hun leeftijdsgenoten uit de hoge SES groepen. Daarnaast blijken in Utrecht allochtone, en met name Marokkaanse kinderen in verhouding meer groenten te eten dan hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Het feit dat dit effect pas is gevonden ná correctie voor SES, wijst op een relatief belangrijke rol van het sociaal-economisch milieu. Wat betreft de fruitconsumptie lijkt het probleem wederom meer bij de oudere jeugd te liggen: met name in de leeftijdscategorieën 8 t/m 11 jaar en 12 t/m 18 jaar is de consumptie relatief laag.

Een opvallende bevinding in ons onderzoek is dat Nederlandse kinderen en kinderen van overig allochtone afkomst met het toenemen van de leeftijd steeds minder fruit consumeren, terwijl bij Turkse en Marokkaanse kinderen juist een U-vormig verband wordt gevonden: de 12- t/m 18-jarigen eten in verhouding meer fruit dan de 4- t/m 11-jarigen. Een relatief gezondere voedselconsumptie van allochtone (i.e. Turkse en Marokkaanse) kinderen – wordt in de praktijk echter vaker waargenomen: in Turkije en Marokko wordt immers veel groente en fruit gegeten terwijl junkfood en snacks veel minder algemeen zijn. Ook het eerder genoemde niet-ontbijten is iets wat vanuit de gewoonten van het thuisland normaal is. Om dit te veranderen zouden de ideeën en gebruiken van hele families veranderd moeten worden, iets wat gezien de overige veelal goede voedingsgewoonten niet aan te bevelen is (persoonlijke mededeling M. Reedijk).

In dit onderzoek hebben we de voedingsgewoonten en voedselconsumptie (groenten/fruit) beoordeeld aan de hand van slechts drie uitkomsten: niet dagelijks ontbijten, minder dan 5 stuks fruit per week eten en niet dagelijks groenten eten. In de Voedselconsumptiepeilingen worden de groente- en fruitconsumptie gemeten aan de hand van een tweedaagse opschrijfmethode.⁷⁴ Andere gebruikelijke methoden om de voeding te meten zijn de 24-uurs recall, de dietary history en de voedselfrequentievragenlijst.⁷⁵ Deze methoden zijn echter vooral van belang wanneer kwantitatieve informatie over de consumptie van voedingsmiddelen of voedingsstoffen vereist is, of wanneer de inname gerelateerd wordt aan de gezondheidstoestand. Voor het bepalen van een algemeen beeld, bijvoorbeeld om individuen in te delen in zogenaamde aandachtsgroepen voor gezondheidsvoorlichting en -bevordering, of om trends en groepsverschillen te monitoren, voldoen ook eenvoudiger maten en schattingen op basis van kortere en simpelere vragenlijsten.⁷⁵⁻⁷⁷ Ons inziens heeft de door ons gebruikte methode dan ook voldaan voor het doel van deze studie (i.e. het verkrijgen van een algemeen beeld ten behoeve van beleid). Dit wordt voorts bevestigd door onze bevindingen met betrekking tot groepsverschillen en trends: deze komen immers overeen met landelijke gegevens en eerdere onderzoeken.

Het hoge percentage kinderen dat niet voldoet aan de voedingsnormen wijst op het belang van uitbreiding van preventieve activiteiten op dit gebied, die – gezien de toename van ongezonde voedingsgewoonten met de leeftijd – al op jonge leeftijd zouden moeten beginnen met extra aandacht voor kinderen met een lage SES. Dit zou kunnen aan de hand van een wijk- of schoolgerichte aanpak. Voedingsgedrag is echter complex en afhankelijk van een verscheidenheid aan factoren, zowel individuele (zoals de smaak, kennis over de voedingswaarde, intenties, eigen effectiviteit) als omgevingsgerelateerde (zoals de beschikbaarheid in de winkel en op school, of het gebruik door andere familieleden).^{29,78} Het is wellicht wenselijk om dergelijke determinanten in kaart te brengen, om zo een 'passend' lokaal interventieaanbod te kunnen ontwikkelen.

4.4 Methodologische aspecten van het onderzoek

- Het hier gepresenteerde onderzoek kan trends en groepsverschillen voor gezondheidsproblemen die relatief vaak voorkomen met voldoende betrouwbaarheid aantonen.
- De respons was hoog. Non-respons kwam vaker voor bij jongeren van 12-18 jaar en allochtone kinderen. Item non-respons kwam relatief vaak voor bij respondenten van allochtone afkomst en met een lage SES. De mogelijk resulterende afwijkingen zullen dermate klein zijn dat deze beleidsmatig niet relevant zijn.
- Er zijn geen gegevens gepresenteerd over bepaalde leefstijlaspecten (bijv. beweging, seksueel gedrag), zorggebruik en de fysieke en sociale omgeving. Dit is vanwege methodologische beperkingen of het niet beschikbaar zijn van gegevens.

Onze onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op gegevens uit de continue gezondheidspeiling die de GG&GD Utrecht jaarlijks houdt. De respons van deze peiling is hoog: in ons onderzoek is een responspercentage van ruim 75% gebleken, terwijl in ander onderzoek met persoonsenquêtes de respons veelal niet hoger is dan 45%.⁷⁹

Er is een relatief hoge non-respons onder de oudere jeugd (12-18 jaar) gebleken. Een reden hiervoor kan zijn dat bij 1- t/m 11-jarigen de ouders de enquête dienen in te vullen, terwijl de 12- t/m 18-jarigen dit zelf dienen te doen. Ook allochtone ouders en kinderen blijken minder geneigd de enquête in te sturen. Taal- en leesproblemen kunnen hierbij een rol spelen, met name waar het de enquêtes voor de groep 1 t/m 11-jarigen betreft, die door de ouders ingevuld dienen te worden. Als gevolg is de onderzoeksgroep wat betreft de leeftijd en de etniciteit niet geheel vergelijkbaar met de Utrechtse jeugd gebleken. Ook is een jaarlijkse random variatie in de sociaaldemografische samenstelling van de onderzoeksgroep geconstateerd. Voor de resultaten betekent dit – onder de aanname dat allochtone en oudere kinderen meer gezondheidsproblemen hebben – een lichte onderschatting van prevalenties.

De enquête bevat een groot aantal gevarieerde vragen en wordt schriftelijk en anoniem afgenomen. Bias als gevolg van sociaalwenselijke antwoorden verwachten we derhalve geminimaliseerd te hebben. Wel kunnen de omvang van de vragenlijst en de begrijpelijkheid van de vragen, evenals de kennis en attitudes van de respondenten ten opzichte van gezondheid en ziekte, van invloed zijn geweest op de validiteit van de resultaten. Item non-respons varieerde van minder dan 1 tot 11 procent en kwam relatief vaak voor bij respondenten van allochtone afkomst en bij respondenten met een lage opleiding (als maat voor SES). Een vertekening van de daadwerkelijke situatie, met name waar het aandoeningen en risicofactoren geassocieerd met etniciteit of sociaal-economische status betreft, kan derhalve niet uitgesloten worden.

Beleidsmatig zijn bovengenoemde onderschattingen en afwijkingen echter niet relevant: het beeld van de gezondheid en groepsverschillen zal nauwelijks veranderen (hooguit met 2 of 3 procentpunten). Om deze reden is er ook besloten geen weging uit te voeren. Van de jaarlijkse variatie in sociaaldemografische samenstelling verwachten wij evenmin een grote beperking: voor sociaaldemografische factoren is immers gecorrigeerd bij de trendanalyses.

In dit onderzoek hebben we zowel de lichamelijke gezondheid, als de geestelijke gezondheid en de leefstijl kunnen bestuderen bij een totale groep van 915 Utrechtse kinderen in de leeftijd van 1 t/m 18 jaar. We hebben geen aandacht besteed aan de determinanten van gezondheid in de vorm van de fysieke en sociale omgeving, en zorggebruik. Ook zijn enkele aspecten van de leefstijl buiten beschouwing gelaten, zoals het aantal kinderen dat een zwemdiploma heeft, het aantal kinderen dat voldoet aan de norm voor lichamelijke activiteit, of het seksueel gedrag van de jeugd ouder dan 12 jaar, terwijl uit de literatuur wel het belang van deze zaken is gebleken. Een aantal variabelen zijn uit het onderzoek gelaten om methodologische redenen. Variabelen met betrekking tot de lichamelijke activiteit en seksueel gedrag waren nauwelijks interpreteerbaar als gevolg van een hoge item non-respons. Variabelen met betrekking tot de omgeving en zorggebruik zijn over het algemeen moeilijk interpreteerbaar: is een lage zorgconsumptie het gevolg van een betere gezondheid of van een slechtere toegankelijkheid tot de zorg?

Daar de peiling jaarlijks is uitgevoerd in een vrijwel onveranderd format, is het mogelijk geweest om trends te onderzoeken, wat binnen het traditionele GGD onderzoek vrij uniek is. Hoewel de totale onderzoekspopulatie uit 915 personen bestond, is het echter mogelijk dat kleinere trends, evenals groepsverschillen bij uitkomsten die weinig voorkomen, niet aangetoond konden worden door een gebrek aan statistische power.

LITERATUURLIJST

1. *Ruwaard D, Kramers PGN (eds.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997; De som der delen.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:25-63.
2. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Gemeente krijgt regie over jeugdgezondheidszorg. Persbericht, VWS, 10 november 2000.
3. *GG&GD Utrecht.* Kinderen en kansen... Beleidsplan 1998 – 2001. Utrecht: Jeugdgezondheidszorg GG&GD, 1997.
4. *Green LW, Kreuter MW.* Health promotion planning; an educational and environmental approach. Mountain View: Mayfield, 1991.
5. *Ameijden, E van.* Opzet VolksgezondheidsMonitor Utrecht. Utrecht: GG&GD, 2001.
6. *Burgmeijer RJF, Zaal MAE van, Hirasig RA, Verloove-Vanhorinck SP.* De gezondheidstoestand van de jeugd. In: Mackenbach JP, Verkleij H (eds.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II: Gezondheidsverschillen.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:69-103.
7. *Centraal Bureau voor de Statistiek.* Jeugd 1999. Cijfers en feiten. Voorburg/Heerlen: CBS, 1999.
8. *Centraal Bureau voor de Statistiek.* Jeugd 2001. Cijfers en feiten. Voorburg/Heerlen: CBS, 2001.
9. *Wal MF van de, Uitenbroek DG, Verhoeff AP.* Toegenomen percentage basisschoolkinderen met astmatische klachten in Nederland 1984/85-1994/95; een literatuuronderzoek. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2000;144(37):1780-5.
10. *Maas IAM, Gijzen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds.).* *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:870-78.
11. *Schoots W, Schellart M.* Privé-ongevallen bij kinderen. Een overzicht van sterfte en letsel door privé-ongevallen bij kinderen van 0 tot en met 14 jaar. Amsterdam: Consument en veiligheid, <<http://www.consafe.nl/csi/v4/scvweb4.nsf/home?ReadForm&top=0>>, 1999.
12. *Konijn C, Verhulst FC.* Psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen. In: Maas IAM, Gijzen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:346-57.
13. *Burger H.* Epidemiologie van psychische problemen en gedragsproblemen in Nederland. *TSG*, 2001;8:513-21.
14. *Brugman E, Reijneveld SA, Hollander-Gijsman ME den, Burgmeijer RJF, Radder JJ.* Peilingen in de jeugdgezondheidszorg: PGO-Peiling 1997/1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.
15. *Wittebrood K, Keuzenkamp s (eds.).* Rapportage Jeugd 2000. Trajecten van jongeren naar zelfstandigheid. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000.
16. *Junger M, Vinken H, Laan A van der, Diepstraten I, Akker P van den.* Jongeren en risicogedrag. Definities, trends en factoren. Rijswijk, 1998.
17. *Jansen J, Schram D, Maas IAM, Klabbers AJPA.* Ontwikkelingen in de leefstijl van de Nederlandse bevolking (1987 – 1999) en de effecten van preventie. *TSG*, 2001;4:217-25.
18. *Bureau NDM.* Nationale Drug Monitor jaarbericht 2001: Tabak. Utrecht: Bureau NDM, <<http://www.trimbos.nl/ndm-nl/roken>>, 2001.
19. *NIGZ.* Factsheet Gezond leven: Tabaksgebruik door jeugdigen. Woerden: NIGZ, 2001.

20. *Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der.* Tijd voor gezond gedrag: bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven: RIVM, <<http://www.rivm.nl/volksgezondheid/vtv/themaGezondgedrag>>, 2001.
21. *Zwart WM de, Stam H, Kuipers SBM.* Kerngegevens. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
22. *Zwart WM de, Monshouwer K, Smit F.* Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
23. *Bureau NDM.* Nationale Drug Monitor jaarbericht 2001: Alcohol. Utrecht: Bureau NDM, <<http://www.trimbos.nl/ndm-nl/alcohol>>, 2001.
24. *Zwart WM de, Launer LJ.* Alcoholgebruik. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:692-99.
25. *Bureau NDM.* Nationale Drug Monitor jaarbericht 2001: Cannabis. Utrecht: Bureau NDM, <<http://www.trimbos.nl/ndm-nl/cannabis>>, 2001.
26. *Zessen G van.* Seksueel gedrag. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:700-6.
27. *Löwik MRH, Seidell JC, Hermus RJJ, Hulshof KFAM.* Voeding. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 675-83.
28. *Ocké MC, Hulshof KFAM, Löwik MRH.* Neemt het aantal mensen met een ongezond voedingspatroon toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl/determinanten/leefstijl/voeding>>, 2001.
29. *NIGZ.* Factsheet Gezond leven: Goede voeding. Woerden: NIGZ, 2001.
30. *Poort EC, Wal MF van der, Uitenbroek DG, Pauw-Plomp H.* Verschillen in ontbijtgewoonten bij schoolkinderen van Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse en Turkse herkomst. TSG, 2001;3:150-4.
31. *Gorissen WHM, Ruiters M, Schulpden TWJ.* Met een lege maag naar school: een probleem onder Utrechtse scholieren? Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, 1999; 31 (5):68-72.
32. *Seidell JC.* Obesity: a growing problem. Acta Paediatr Suppl, 1999;88:46-50 (Abstract).
33. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Inventarisatie van de activiteiten op het gebied van voorlichting aan en behandeling van jeugdigen met overgewicht in Nederland. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
34. *Frederiks AM, Buuren S van, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP.* Body index measurements in 1996-7 compared with 1980. Archives of disease in childhood 2000;82(2):107-12.
35. *Schuit AJ.* Neemt het aantal mensen met onvoldoende lichamelijke activiteit toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl/determinanten/leefstijl/lichamelijke_activiteit>, 2001.
36. *Lucht F van der, Verkleij H.* Gezondheid in de grote steden: achterstanden en kansen. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven: RIVM, <<http://www.rivm.nl/volksgezondheid/vtv/themaGrotesteden>>, 2001.
37. *NIGZ.* Factsheet Gezond leven: Gezonde wijken. Woerden: NIGZ, 2001.

38. *Oers JAM van, Kroesbergen HT, Bloemberg BPM, Costa Senior R da, Reijneveld SA.* Geografische gezondheidsverschillen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (eds.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II: Gezondheidsverschillen.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:267-301.
39. *Stronks K, Mheen H van de, Mackenbach JP.* Sociaal-economische gezondheidsverschillen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (eds.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II: Gezondheidsverschillen.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:153-80.
40. *Hulst C van der.* Min of meer gezond... Verschillen in gezondheid bij allochtonen en autochtonen en bij sociaal-economische groepen. Nijmegen: Dienst Sociale Zaken, afdeling Onderzoek, 1994.
41. *Lucht F van der.* Sociale ongelijkheid en gezondheid bij kinderen. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1992.
42. *Ocké MC, Hulshof KFAM, Löwik MRH.* Zijn er sociaaldemografische verschillen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl/determinanten/leefstijl/voeding>, 2001.
43. *Bergen A van.* Resultaten uit het JIS. Utrecht: GG&GD, 2002. Geen officiële publicatie.
44. *Berg H van den, Kuilman M, Looij P van de, Zalm, G van de.* Gezondheid in kaart. Jeugd. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken, <<http://www.ggd.rotterdam.nl/index.phtml?hoofdmenu=4&item=17> (geen jaartal).
45. *NIBUD.* Nationaal scholierenonderzoek 1996. Deel 2: Gedrag en gezondheid van scholieren. Utrecht: NIBUD, 1999.
46. *Wersch SFM van, Uniken Venema HP, Schulpen TWJ.* De gezondheidstoestand van allochtonen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (eds.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II: Gezondheidsverschillen.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:199-223.
47. *Brussaard JH, Brants HA, Erp-Baart MA van, Hulshof KF.* Voedselconsumptie en voedingstoestand bij 8-jarige Marokkaanse, Turkse en Nederlandse kinderen en hun moeders. Zeist: TNO Voeding, 2001.
48. *Wal MF van der, Uitenbroek DG, Pauw-Plomp H.* Astmatische klachten bij kinderen van verschillende etnische afkomst: 1998-'99 versus 1992-'93. *TSG*, 2001;7:403-7.
49. *Versluis-van Winkel SY, Bruijnzeels MA, Lo Fo Wong SH, Suijlekom-Smit LWA van, Wouden JC van der.* Geen verschil in frequentie van huisartsbezoek door Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen van 0-14 jaar en door Nederlandse, maar wel in contactreden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140(18):980-4.
50. *Penris M, Vriends K.* De continue gezondheidspeiling: deel 1. Opzet en organisatie. Utrecht: GG&GD, 1995.
51. *Gorissen WHM, Penris MJE.* De continue gezondheidspeiling: deel 5. De jeugd. Utrecht: GG&GD, 1998.
52. *Bouwman J.* Seizoensverschillen in de gezondheidspeiling. Utrecht: GG&GD, 2002. Geen officiële publicatie.
53. *Penris M, Vriends K.* De continue gezondheidspeiling: deel 4. De eerste resultaten. Utrecht: GG&GD, 1997.
54. *Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH.* Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 2000;320:1240-3.
55. *Dietz WH and Bellizzi MC.* Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *Am J Clin Nutr* 1999;70(suppl):123S-5S.
56. *Kuczmarski RJ and Flegal KM.* Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. *Am J Clin Nutr* 2000;72:1074-81.

57. *Heeten J den, Verweij AO (red.)* Identificatie en registratie van etnische herkomst: een handleiding voor registratie en beleid. Den Haag: VNG Uitgeverij, 1993.
58. *Gemeente Utrecht.* Utrecht Monitor 2001. Utrecht: Bestuursinformatie, 2001.
59. SPSS Base 11.0. SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA, 2002.
60. *Kemper HCG, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M.* Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. TSG 2000;78(3):180-3.
61. *Baltissen A, Jordaan F.* Gezondheidsmonitor jeugdigen. Regiorapport GGD Regio IJssel-Vecht, 2001.
62. *Limburgse GGD'en.* Jongeren in Limburg. Limburg: Limburgs GGD'en, <<http://www.ggdznl.nl/content/actueel/persberichten.htm>, 2002.
63. *Mulder AM, Rosengarten J.* Gedrag & Gezondheid van derde klassers in de regio Zuid-Oost Utrecht. Verslag van de gezondheidsenquête 1999. Zeist: GGD Zuid-Oost Utrecht, 2000.
64. *GGD Zuidhollandse Eilanden.* Monitor Gezondheid. Spijkenisse: GGD Zuidhollandse Eilanden, 2002.
65. *Thuis H, Hady M.* Binnenhuismilieu onderzoek Utrecht. Een onderzoek naar de relatie tussen woningkenmerken, CARA en de kwaliteit van het binnenmilieu. Utrecht: GG&GD, 1998.
66. *Hollander AEM de.* Fysieke omgeving. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997:742-747.
67. *Harteloh PPM.* Migraine in Nederland: ontwikkelingen in de kennis van de epidemiologie, etiologie en mogelijkheden voor preventie. Bilthoven: RIVM, 1994.
68. *Hira Sing R.* Jeugdgezondheidszorg en psychosociale problemen. TSG, 2001;8:475-6.
69. *Junger-Tas J.* Preventie van antisociaal gedrag in de praktijk. TSG, 2001;8:500-5.
70. *Korff de Gidts S.* Preventie van psychische problemen en gedragsproblemen: nadere prioritering in het programma Preventie van ZonMw: een tussenbalans. TSG, 2001;8:530-2.
71. *Cuijpers P.* De effectiviteit van preventie van psychische problemen bij kinderen en jeugdigen: een overzicht van groepsinterventies. TSG, 2001;8:486-94.
72. *Crijnen AAM, Rigter H, Verhulst FC.* De preventie van agressie en gedragsproblemen bij schoolgaande kinderen via interventies. TSG, 2001;8:495-9.
73. *NIGZ.* Factsheet Gezond leven: Alcoholmisbruik door jongeren. Woerden: NIGZ, 2001.
74. *Voedingscentrum.* Zo eet Nederland 1998. Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1998. Den Haag: Voedingscentrum, 1998.
75. *Thompson FE, Byers T.* Dietary assessment resource manual. J Nutr 1994;124:2245S-317S.
76. *Bingham SA.* Limitations of the various methods for collecting dietary intake data. Ann Nutr Metab 1991;35:117-27.
77. *Rockett HRH, Colditz GA.* Assessing diets of children and adolescents. Am J Clin Nutr 1997;65(suppl):1116S-22S.
78. *Eertmans A, Baeyens F, Bergh O van den.* Food likes and their relative importance in human eating behavior: review and preliminary suggestions for health promotion. Health Education Research, 2001;14:443-56.
79. *Riele S te.* Vertekening door non-respons: hoe nauwkeurig zijn de uitkomsten van persoonsenquêtes? Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| c. bepaalde huisdieren? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. bepaalde medicijnen? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| e. bepaald voedsel? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| f. andere stoffen, namelijk | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| g. ik ben allergisch, maar ik weet nog niet waarvoor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

ONGEVALLEN

De volgende vragen gaan over ongevallen. Dit kunnen verkeersongelukken zijn, maar ook grote of kleine ongevallen in en om het huis, op school, bij het sporten of ergens anders. Een ongeval kan bijvoorbeeld inhouden dat je je gesneden hebt of dat je gevallen bent, maar ook dat je klachten hebt gekregen doordat je iets giftigs hebt gedronken of gegeten.

- B5 Heb je de **afgelopen zes maanden** een ongeval gehad? ▶ naar vraag B6
- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ja | ▶ naar vraag C1 |
| 2 <input type="checkbox"/> nee | |

B6 Wat voor ongeval was dat? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*

- | | |
|--|----------------------------|
| a. val van een vaste trap | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. val van een hoogte (bijvoorbeeld uit raam, van losse trap, van paard, ergens vanaf) | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. gesneden of gestoken met een voorwerp (bijvoorbeeld mes, glas) | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. ergens tussen bekneld geraakt (bijvoorbeeld tussen fietsspaken, deur) | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. verwond door bewegend of vallend voorwerp (bijvoorbeeld bal tegen lichaamsdeel) | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. ongeval door agressie van iemand anders | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. ongeval door een dier | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. lichaamsdeel gebrand (bijvoorbeeld aan hete vloeistof, vuur, kachel) | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. bijna verdrinken of bijna gestikt | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. vergiftigd (bijvoorbeeld schoonmaakmiddel gedronken) | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. een ander ongeval, namelijk | 1 <input type="checkbox"/> |

Als je meerdere ongevallen hebt gehad: de volgende vragen gaan over het ernstigste ongeval.

- B7 Waar vond dat ongeval plaats?
- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> thuis (in en om het huis) |
| 2 <input type="checkbox"/> in het verkeer |
| 3 <input type="checkbox"/> op school of op het werk |
| 4 <input type="checkbox"/> bij sport |
| 5 <input type="checkbox"/> anders, namelijk |

- B8 Wat voor soort verwonding had je? (Bij meerdere verwondingen de ernstigste verwonding nemen.)
- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> iets gebroken |
| 2 <input type="checkbox"/> brandwonden |
| 3 <input type="checkbox"/> kneuzing/verstuiking |
| 4 <input type="checkbox"/> ernstige bloeding |
| 5 <input type="checkbox"/> hersenschudding |
| 6 <input type="checkbox"/> bewusteloos |
| 7 <input type="checkbox"/> anders, namelijk |

- B9 Ben je voor de verwonding door dit ongeval behandeld, al dan niet door een hulpverlener?
- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> nee, niet behandeld |
| 2 <input type="checkbox"/> ja, door mezelf of door iemand die niet van beroep hulpverlener is |
| 3 <input type="checkbox"/> ja, door een huisarts |
| 4 <input type="checkbox"/> ja, in het ziekenhuis: eerstehulpafdeling (EHBO) of polikliniek |
| 5 <input type="checkbox"/> ja, in het ziekenhuis: opname |
| 6 <input type="checkbox"/> anders, namelijk |

- B10 Heb je aan dit ongeval een handicap overgehouden?
- 1 ja
 2 nee
 3 weet ik (nog) niet

C HUISARTS, TANDARTS EN ANDERE (MEDISCHE) HULP

- C1 Heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) contact gehad met een huisarts (zowel jij bij de arts geweest of de arts bij jou geweest, als telefonisch contact, vervolg-recepten, enzovoorts; ook contact met vervangers meetellen)?
- 1 nee ▶ naar vraag C3
 2 ja, 1 keer ▶ naar vraag C2
 3 ja, meer dan 1 keer, namelijk keer ▶ naar vraag C2

- C2 Heb je voor jezelf de **afgelopen twee maanden** contact gehad met een huisarts?
- 1 nee
 2 ja, 1 keer
 3 ja, meer dan 1 keer, namelijk keer

- C3 Heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) een of meer alternatieve genezers bezocht, zoals een acupuncturist, een homeopaat of een iriscopist? (We bedoelen hierbij niet je eigen huisarts.)
- 1 ja ▶ naar vraag C4
 2 nee ▶ naar vraag C6

- C4 Welke alternatieve geneeswijze past/passen deze alternatieve genezer(s) toe? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*
- a. homeopathie 1
 b. acupunctuur 1
 c. natuurgeneeskunde of kruidengeneeskunde 1
 d. religieuze of gebedsgenezing 1
 e. magnetisme of paranormale geneeswijzen 1
 f. iriscopie 1
 g. geneeswijzen uit andere landen, zoals hoca, winti, fqih, enzovoorts 1
 h. anders, namelijk 1

- C5 Is/zijn deze alternatieve genezer(s) arts? (Dat wil zeggen dat deze de gewone, universitaire opleiding heeft/hebben gehad.)
- 1 ja
 2 nee
 3 de een wel, de ander niet
 4 weet ik niet

- C6 Heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) de tandarts bezocht?
- 1 ja, de laatste keer was minder dan zes maanden geleden ▶ naar vraag C7
 2 ja, de laatste keer was tussen zes en twaalf maanden geleden ▶ naar vraag C7
 3 nee ▶ naar vraag C8

- C7 Wat was de reden voor je bezoek aan de tandarts?
- 1 periodieke (jaarlijkse of halfjaarlijkse) controle
 2 klachten
 3 beide

- C8 Heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) een fysiotherapeut of oefen-therapeut (mensendieck, cesar) bezocht?

- 1 ja, de laatste keer was minder dan zes maanden geleden ▶ naar vraag C9
- 2 ja, de laatste keer was tussen zes en twaalf maanden geleden ▶ naar vraag C9
- 3 nee ▶ naar vraag C10

C9 Hoe vaak heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** keer een fysiotherapeut of oefentherapeut bezocht?

C10 Heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) een logopedist bezocht?

- 1 ja, de laatste keer was minder dan zes maanden geleden ▶ naar vraag C11
- 2 ja, de laatste keer was tussen zes en twaalf maanden geleden ▶ naar vraag C11
- 3 nee ▶ naar vraag C12

C11 Hoe vaak heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** keer een logopedist bezocht?

C12 Heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) hulp gekregen van de thuiszorg (voor wijkverpleging, gezinszorg, alfahulp; we bedoelen hier niet het kraamcentrum)?

- 1 ja, keer ▶ naar vraag C13
- 2 nee ▶ naar vraag C14

C13 Om wat voor soort hulp ging het? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*

- a. huishoudelijke hulp 1
- b. verzorging 1
- c. begeleiding 1
- d. anders, namelijk 1

C14 Heb je voor jezelf de **afgelopen twee maanden** een medisch specialist bezocht?

- 1 ja
- 2 nee

C15 Heb je het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) wel eens in een ziekenhuis of kliniek gelegen?

- 1 ja
- 2 nee

C16 Ben je om een andere reden voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) in een ziekenhuis geweest? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*

- a. ja, voor onderzoek (zoals laboratorium, röntgen) 1
- b. ja, op de polikliniek, bezoek specialist (ook controle) 1
- c. ja, op de eerste hulp 1
- d. ja, voor dagbehandeling 1
- e. ja, om een andere reden, namelijk 1
- f. nee 1

C17 Heb je voor jezelf **ooit** het maatschappelijk werk, een psycholoog, psychotherapeut, een psychiater of de Riagg bezocht?

- 1 ja, alleen maatschappelijk werk
- 2 ja, alleen psycholoog, psychotherapeut, psychiater of Riagg
- 3 ja, allebei
- 4 weet ik niet
- 5 nee

C18 Heb je voor jezelf het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) voor emotionele of psychische problemen contact gehad met een persoon of instelling? 1 ja ▶ naar vraag C19
2 nee ▶ naar vraag D1

C19 Kun je aangeven met welke van de volgende personen of instellingen je het **afgelopen jaar** contact hebt gehad voor emotionele of psychische problemen? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*

- a. familie, kennissen, vrienden 1
- b. pastor, dominee, imam of humanistische raadsman/-vrouw 1
- c. vrijwillige hulpdienst (zoals telefonische hulpdienst) 1
- d. huisarts 1
- e. bedrijfsarts 1
- f. (algemeen) maatschappelijk werk 1
- g. de Riagg, een vrijgevestigd psychiater of psycholoog/psychotherapeut 1
- h. anders, namelijk 1

C20 Indien je contact hebt gehad met de huisarts voor emotionele of psychische problemen: heeft deze je voor je problemen doorverwezen naar een andere instelling?

- 1 nee, niet doorverwezen
- 2 ja, naar het (algemeen) maatschappelijk werk
- 3 ja, naar de Riagg
- 4 ja, naar een vrijgevestigd psychiater of psycholoog/psychotherapeut
- 5 ja, anders, namelijk
- 6 niet van toepassing: geen contact gehad met de huisarts

C21 Indien je contact hebt gehad met de Riagg of met het (algemeen) maatschappelijk werk: heb je de voorgestelde behandeling afgemaakt?

- 1 ja, behandeling afgemaakt
- 2 nee, nog in behandeling
- 3 nee, voortijdig afgebroken
- 4 nog niet in behandeling
- 5 niet van toepassing: geen contact gehad met de Riagg of het maatschappelijk werk

D OMGEVING

OMGAAN MET ANDEREN

De volgende uitspraken gaan over hoe je je op school of op je werk voelt. Kun je steeds aangeven wat voor jou geldt?

D1 Ik kan

- 1 goed opschieten met mijn klasgenoten/collega's
- 2 wel aardig opschieten met mijn klasgenoten/collega's
- 3 slecht opschieten met mijn klasgenoten/collega's

D2 Ik kan

- 1 goed opschieten met mijn lerar(ess)en/baas
- 2 wel aardig opschieten met mijn lerar(ess)en/baas
- 3 slecht opschieten met mijn lerar(ess)en/baas

D3 Ik word

- 1 vaak gepest op school / op mijn werk
- 2 soms gepest op school / op mijn werk
- 3 nooit gepest op school / op mijn werk

- D4 Ik heb
- 1 vaak ruzie op school / op mijn werk
 - 2 soms ruzie op school / op mijn werk
 - 3 nooit ruzie op school / op mijn werk
- D5 Ik pest
- 1 vaak andere scholieren op school / collega's op het werk
 - 2 soms andere scholieren op school / collega's op het werk
 - 3 nooit andere scholieren op school / collega's op het werk
- D6 Ik vind het
- 1 vaak gezellig bij ons in de klas / op mijn werk
 - 2 soms gezellig bij ons in de klas / op mijn werk
 - 3 nooit gezellig bij ons in de klas / op mijn werk
- D7 Ik voel me
- 1 vaak verdrietig op school / op mijn werk
 - 2 soms verdrietig op school / op mijn werk
 - 3 nooit verdrietig op school / op mijn werk
- D8 Ik voel me
- 1 vaak alleen op school / op mijn werk
 - 2 soms alleen op school / op mijn werk
 - 3 nooit alleen op school / op mijn werk
- D9 Ik vind leren
- 1 makkelijk
 - 2 moeilijk
 - 3 gewoon
 - 4 niet van toepassing: ik ga niet meer naar school
- D10 Als je problemen hebt, kun je daar dan met iemand over praten? Probeer deze vraag ook te beantwoorden als je nog nooit problemen hebt gehad. *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*
- a. nee, met niemand 1
 - b. ja, thuis 1
 - c. ja, met vrienden 1
 - d. ja, op school 1
 - e. ja, met iemand anders, namelijk 1
- D11 Kun je bij de volgende uitspraken steeds aankruisen wat voor jou geldt?
- | | ja | nee | niet van toepassing |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Ik ga graag naar school. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Ik ben graag thuis. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Ik kan goed met mijn moeder opschieten. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Ik kan goed met mijn vader opschieten. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
- D12 Kun je aangeven in hoeverre jij op dit moment verdriet hebt of piekert over de volgende zaken? Als iets niet van toepassing is op jou (bijvoorbeeld: je hebt geen broers of zussen), vul dan "niet" in.
- | | niet | een beetje | veel |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. je uiterlijk | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. je gezondheid | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. (ex-)liefdesrelaties | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| d. (ex-)vriendschappen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. je onzekerheid in het algemeen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| f. je schoolprestaties/werkprestaties | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| g. je sportprestaties | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| h. broers/zussen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| i. de relatie tussen je ouders | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| j. discriminatie om je huidskleur/afkomst | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| k. gepest worden door leeftijdgenoten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

WONEN

D13 Hebben jullie het **afgelopen jaar** (dus de laatste twaalf maanden) last gehad van schimmel of vocht in jullie woning en zo ja, waar dan? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*

- | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|
| a. nee | | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. ja, in de badkamer/douche | | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. ja, in de gang / op de trap | | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. ja, in de woonkamer/slaapkamer | | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. ja, op andere plekken | | 1 <input type="checkbox"/> |

D14 Heeft jullie woning (andere) eigenschappen die voor jou persoonlijk vervelend zijn? 1 ja ▶ naar vraag D15
2 nee ▶ naar vraag D16

D15 Wat is er dan vervelend? *Je mag niet meer dan drie antwoorden aankruisen.*

- | | | |
|---------------------------|--|----------------------------|
| a. te veel trappen | | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. te gehorig | | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. stankoverlast in huis | | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. geen goede ventilatie | | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. te donker | | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. brandgevaarlijk | | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. niet goed beveiligd | | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. tocht | | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. anders, namelijk | | 1 <input type="checkbox"/> |

D16 Is jullie woning goed te verwarmen? 1 ja
2 nee

D17 Zijn er problemen in jullie buurt die niet goed zijn voor je gezondheid of voor hoe je je voelt? 1 ja, namelijk
2 nee

E LEEFSTIJL

MEDICIJNEN

E1 Heb je de **afgelopen drie maanden** medicijnen **op recept van een dokter** gebruikt (tabletten, zetpillen, drankjes, zalf, enzovoorts; ook homeopathische middelen of kruiden-geneesmiddelen)? 1 ja ▶ naar vraag E2
2 nee ▶ naar vraag E3

E2 Kun je zeggen wat de namen van deze medicijnen zijn en tegen welke aandoeningen je deze medicijnen gebruikte?

naam medicijnen:

medicijnen tegen welke aandoening:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

E3 Welke van de volgende medicijnen (tabletten, zetpillen, drankjes, zalf, enzovoorts) heb je de **afgelopen drie maanden** gebruikt **zonder recept van de dokter**? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*

- a. medicijnen tegen pijn en koorts, zoals aspirine of paracetamol 1
- b. medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn, enzovoorts 1
- c. versterkende middelen, zoals vitaminen, fluoride of andere preparaten (bijvoorbeeld ook staalpillen) 1
- d. weerstandsverhogende middelen, zoals Echinaforce 1
- e. medicijnen voor maag- en darmklachten, spijsverteringsmiddelen (bijvoorbeeld bij verstopping of diarree) 1
- f. slaap- of kalmeringsmiddelen, middelen tegen de zenuwen 1
- g. medicijnen voor de huid (bijvoorbeeld tegen eczeem) 1
- h. medicijnen tegen allergie 1
- i. medicijnen tegen astma 1
- j. andere medicijnen, namelijk 1
- k. geen medicijnen 1

Als je geen medicijnen zonder recept gebruikt, ga dan door naar vraag E5.

E4 Zijn er bij deze medicijnen die je zonder recept gebruikte homeopathische middelen of kruidengeneesmiddelen? 1 ja
2 nee
3 weet ik niet

ETEN

E5 Hoeveel keer per week ontbijt je? (Door de week is dat eten vóór school of werk.) keer per week

E6 Hoeveel keer per week eet je een warme maaltijd? (Ook: maaltijdsoep met brood.) keer per week

E7 Welk soort brood eet je meestal? *Je mag maar één antwoord aankruisen.*

1 wit brood
2 bruin of volkoren brood
3 zowel wit brood als bruin of volkoren brood
4 ik eet geen brood
5 anders, namelijk

E8 Hoeveel stuks fruit eet je gemiddeld per week? (Uitgeperst vers fruit telt ook mee. Bij klein fruit zoals kersen kun je een handjevol voor 1 stuk tellen.)

1 0 of 1 stuks per week
2 2 à 4 stuks per week
3 5 à 7 stuks per week
4 8 of meer stuks per week

- E9 Hoeveel dagen per week eet je rauwe of gekookte groente? (Appelmoes wordt hier niet tot de groenten gerekend. Groenten uit blik en diepvriesgroenten tellen wel mee.) dagen per week
- E10 Welk soort melk drink je het meest? *Je mag maar één antwoord aankruisen.*
- 1 magere melk
 - 2 halfvolle melk
 - 3 volle melk
 - 4 karnemelk
 - 5 ander soort melk, namelijk
 - 6 ik drink zelden of nooit melk/karnemelk
 - 7 ik verdraag geen melk/karnemelk
- E11 Heb je de **afgelopen twaalf maanden** geprobeerd om anders te gaan eten dan je gewend was? (Heb je geprobeerd om gezonder te gaan eten of heb je geprobeerd meer of minder te eten?)
- 1 ja ▶ naar vraag E12
 - 2 nee ▶ naar vraag E13
 - 3 weet ik niet ▶ naar vraag E13
- E12 Op welke wijze heb je geprobeerd om anders te gaan eten? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*
- a. minder eten 1
 - b. meer eten 1
 - b. 'gezondere' voeding, reform 1
 - c. minder zout 1
 - d. minder suiker 1
 - e. minder vet 1
 - f. vegetarisch eten: geen vlees 1
 - g. weet ik niet 1
 - h. anders, namelijk 1
 - i. 1
- E13 Ik vind mezelf
- 1 veel te dik
 - 2 een beetje te dik
 - 3 gewoon
 - 4 een beetje te dun
 - 5 veel te dun

BEWEGEN

*Neem in je gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wil je aangeven **hoeveel dagen per week** je de onderstaande activiteiten verrichtte en **hoeveel tijd** je daar dan **gemiddeld** op zo'n dag mee bezig was?*

- E14 **Woon-werk-/schoolverkeer** (heen en terug)
- | | aantal dagen per week | gemiddelde tijd per dag |
|------------------------------------|--------------------------------|--|
| a. lopen van/naar school of werk | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="checkbox"/> minuten |
| b. fietsen van/naar school of werk | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="checkbox"/> minuten |
| c. niet van toepassing | 1 <input type="checkbox"/> | |

- E15 Huishoudelijke activiteiten**
- | | aantal dagen per week | gemiddelde tijd per dag |
|---|--|---|
| a. licht en matig inspannend huishoudelijk werk (koken, afwassen, strijken, kind verzorgen) | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| b. zwaar inspannend huishoudelijk werk (vloer schrobben, met zware boodschappen lopen) | <input type="checkbox"/> dagen 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| c. niet van toepassing | | |
-
- E16 Lichamelijke activiteit op school / op het werk**
- | | aantal dagen per week | gemiddelde tijd per dag |
|---|--|---|
| a. licht en matig inspannend werk (zittend/ staand werk, met af en toe lopen, zoals bureauwerk of op school zitten) | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| b. zwaar inspannend werk (lopend werk, waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild) | <input type="checkbox"/> dagen 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| c. niet van toepassing | | |
-
- E17 Vrije tijd**
- | | aantal dagen per week | gemiddelde tijd per dag |
|---|--------------------------------|---|
| a. wandelen | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| b. fietsen | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| c. buiten spelen | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| d. binnen spelen | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| e. tuinieren | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| f. klussen/doe-het-zelfen | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| g. sporten (je kunt deze zelf opschrijven), bijvoorbeeld: tennis, fitness, skeeleren, zwemmen | | |
| | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| | <input type="checkbox"/> dagen | <input type="checkbox"/> uur en <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| niet van toepassing (doe niet aan sport) | 1 <input type="checkbox"/> | ► naar vraag E19 |
-
- E18 Doe je aan sport op school of buiten school om? Je mag meerdere antwoorden aankruisen.**
- | | |
|--|----------------------------|
| a. op school | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. buiten school om: op een sportclub of zwembad | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. buiten school om, maar niet bij een sportclub | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. | |
-
- E19 TOTAAL**
- Op gemiddeld hoeveel dagen per week ben je, alles bij elkaar, ten minste een half uur bezig met fietsen, klussen, tuinieren, sporten en/of andere inspannende activiteiten?
- dagen per week
-
- E20 Heb je een zwemdiploma?**
- 1 ja, diploma A
 - 2 ja, diploma A en B (oude stijl, tot ongeveer september 1998)
 - 3 ja, diploma A en B (nieuwe stijl, vanaf ongeveer september 1998)
 - 4 ja, diploma A, B en C (nieuwe stijl)
 - 5 ja, anders, namelijk
 - 6 nee

ROKEN

- E21 Rook je wel eens? 1 ja ▶ naar vraag E21a
2 nee, maar vroeger wel ▶ naar vraag E24
3 nee, ik heb nooit gerookt ▶ naar vraag E25
- E21 a. Rook je wel eens sigaretten uit een pakje? 1 nee
2 ja, af en toe
3 ja, dagelijks,
ongeveer sigaretten **per dag**
- E21 b. Rook je wel eens shag / zelfgerolde sigaretten? 1 nee
2 ja, af en toe
3 ja, dagelijks,
ongeveer pakjes shag **per week**
- E22 Waar rook je **meestal**? *Je mag maar één antwoord aankruisen.*
01 thuis
02 bij vrienden thuis
03 op school / op mijn werk
04 in een café of discotheek
05 in de sportkantine
06 in een buurtcentrum of jongeren centrum
07 op een (school)feest (of klassenavond)
08 op straat
09 ergens anders, namelijk
10 verschilt erg per keer
- E23 Heb je ooit geprobeerd om te stoppen met roken? 1 ja
2 nee
- E24 Hoe oud was je toen je begon te roken? jaar
- E25 Wordt bij je thuis dagelijks gerookt? 1 ja ▶ naar vraag E26
2 nee ▶ naar vraag E27
- E26 Zo ja, door wie? **ja** **nee**
a. door vader en/of moeder 1 2
b. door mijzelf 1 2
c. door een ander gezinslid 1 2
d. door iemand anders, namelijk 1 2

ALCOHOL

- E27 Drink je wel eens alcohol (zoals bier, wijn, likeur, sterke drank (whisky, jenever en dergelijke), of alcoholarm bier? 1 ja ▶ naar vraag E28
2 nee ▶ naar vraag E33
- E28 Kun je aangeven welke soorten alcoholische drank je de **afgelopen twaalf maanden** wel eens hebt gedronken? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*

- a. alcoholarm bier (malt), shandy en dergelijke 1
- b. bier 1
- c. wijn, sherry, port, vermout 1
- d. likeur, advocaat, bessenjenever, citroenjenever 1
- e. jenever, brandewijn, vieux, rum, cognac, whisky, wodka, els of ander gedistilleerd 1
- f. alcoholhoudende drank gemengd met frisdrank of met vruchtensap 1
- g. ik heb de afgelopen twaalf maanden geen alcoholische drank gedronken 1

Indien je de **afgelopen twaalf maanden** geen alcoholische drank hebt gedronken, ga dan door naar vraag E32.

- E29 Hoeveel glazen alcoholische drank (bier, wijn, mixdrankjes) heb je de **afgelopen maand** gedronken? _____ glazen
- E30 Hoe vaak heb je je in de **afgelopen maand** aangeschoten of dronken gevoeld doordat je alcohol had gedronken? _____ keer
- E31 Waar heb je de laatste keer alcohol gedronken? *Je mag maar één antwoord aankruisen.*
- 01 bij mij thuis
 - 02 bij vrienden thuis
 - 03 bij familie thuis
 - 04 in een café of restaurant
 - 05 in een discotheek
 - 06 in een sportkantine
 - 07 in een buurt- of jeugdcentrum
 - 08 in de schoolkantine / op mijn werk
 - 09 op een (school)feest (of klassenavond)
 - 10 ergens anders, namelijk
- E32 Hoe oud was je toen je voor het eerst alcohol dronk? _____ jaar

CONDOOMS

De volgende vragen gaan over condooms en seksueel contact. Onder seksueel contact verstaan we hier geslachtsgemeenschap. Sommigen noemen dit ook wel coïtus, 'met iemand naar bed gaan', 'vrijen' of 'neuken'.

- E33 Heb je **ooit** seksueel contact gehad met iemand? 1 ja ▶ naar vraag E34
2 nee ▶ naar vraag E38
- E34 Heb je in het **afgelopen half jaar** seksueel contact gehad (met een vaste vriend(in) of met andere personen)? 1 ja, alleen met een vaste vriend(in) ▶ naar vraag E35
2 ja, met vaste vriend(in) en anderen ▶ naar vraag E35
3 ja, met iemand anders dan vaste vriend(in) ▶ naar vraag E36
4 nee ▶ naar vraag E38
5 geen antwoord ▶ naar vraag E38
- E35 Als je in het **afgelopen half jaar** seksueel contact had met een vaste vriend(in), gebruikte je dan een condoom? 1 ja, altijd
2 soms wel, soms niet
3 nee, nooit
4 geen antwoord

- E36 Als je in het **afgelopen half jaar** seksueel contact had met iemand die niet je vaste partner was, gebruikte je dan een condoom?
- 1 ja, altijd
 2 soms wel, soms niet
 3 nee, nooit
 4 ik heb geen seksueel contact gehad met iemand die niet mijn vaste vriend(in) was
 5 geen antwoord
- E37 Heb je in het **afgelopen half jaar** seksueel contact gehad met (een) jongen(s), (een) meisje(s) of beiden?
- 1 jongen(s)
 2 meisje(s)
 3 beiden
 4 geen antwoord

Vraag E38 is alleen bedoeld voor meisjes.

- E38 Gebruik je de (anticonceptie)pil?
- 1 ja
 2 nee

GOKKEN

- E39 Heb je de **afgelopen maand** om geld gegokt?
- 1 ja
 2 nee

DRUGS

- E40 Heb je in de **afgelopen twaalf maanden** wel eens een of meer van de volgende middelen gebruikt?
- | | vaak | wel eens | nooit |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. softdrugs (zoals hasj, marihuana)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. bewustzijnsverruimende middelen (zoals LSD, XTC)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. harddrugs (zoals pepmiddelen, cocaine, heroïne)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

F LICHAAMSKENMERKEN

- F1 Wat is je lengte? (Bedoeld wordt zonder schoenen.) _____ centimeter
- F2 Wat is je gewicht? (Bedoeld wordt zonder schoenen, jas of dikke trui.) _____ kilo

G LICHAAMELIJKE BEPERKINGEN

Sommige mensen hebben lichamelijke beperkingen: bij het lopen, bij het gebruik van de arm of hand, in zien, horen of spreken, in het uithoudingsvermogen, in het houden van het evenwicht of met betrekking tot plassen of ontlasting.

- G1 Heb je een lichamelijke beperking?
- 1 nee ▶ naar vraag H1
 2 ja, namelijk ▶ naar vraag G2
- G2 Heb je **als gevolg van deze lichamelijke beperking** problemen op het gebied van:
- | | ja | nee |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. persoonlijke verzorging (wassen, aankleden, eten, enzovoorts)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. school/werk? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. wonen (bijvoorbeeld verplaatsen in huis, gebruik toilet)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. vervoer (bijvoorbeeld fietsen, in en uit de auto komen)? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| e. sport en ontspanning? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

H WELBEVINDEN

- H1 Hieronder volgt een aantal uitspraken. Deze gaan over hoe je je voelt: of je eenzaam bent, hoe je over jezelf denkt en of je wel eens bang bent. Wil je steeds aankruisen wat voor jou geldt?
- | | ja | nee |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Ik mis een echte goede vriend(in). | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| b. Vaak heb ik het gevoel dat er niemand is die om me geeft. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| c. Ik voel me vaak eenzaam. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| d. In het algemeen ben ik redelijk tevreden over mezelf. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| e. In de meeste dingen ben ik net zo goed als veel anderen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| f. Ik heb in het algemeen een positief beeld van mezelf. (Ik vind mezelf oké.) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| g. Ik heb het gevoel dat ik trots op mezelf kan zijn. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| h. Soms denk ik dat ik nooit ergens goed in zal worden. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| i. Ik heb vaak het gevoel dat ik alles verkeerd doe. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| j. Mensen zoals ik hebben niet veel kans op succes in het leven. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| k. Ik heb het gevoel mijn leven in eigen hand te hebben. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| l. Ik voel me vaak onzeker wanneer ik zelf een beslissing moet nemen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| m. Ik ben vaak bang dat ik dingen niet goed zal doen. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| n. Ik voel me vaak angstig op straat. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| o. Ik voel me snel angstig als dingen niet zo gaan als ik gedacht had. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| p. In gezelschap voel ik me vaak onzeker. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| q. Ik voel me snel in de steek gelaten (alleen gelaten). | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| r. Soms word ik zonder aanleiding opeens heel angstig. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| s. Ik heb regelmatig nachtmerries (enge dromen). | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| t. Ik voel me vaak somber. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Nu willen we nog weten of je er wel eens over hebt gedacht om een eind te maken aan je leven. Ook vragen we hoe je vindt dat het nu met je gaat.

- H2 Heb je er in de **afgelopen twaalf maanden** wel eens over nagedacht uit het leven te stappen, er zelf een einde aan te maken?
- 1 nooit
 - 2 een enkele keer
 - 3 soms
 - 4 vaak
 - 5 heel vaak
- H3 Heb je ooit een echte poging gedaan om een einde aan je leven te maken?
- 1 nooit
 - 2 één keer
 - 3 meer dan één keer
- H4 Hoe vind je, alles bij elkaar genomen, dat het nu met je gaat?
- 1 heel goed
 - 2 goed
 - 3 redelijk
 - 4 matig
 - 5 slecht
 - 6 heel slecht
- H5 Hoe denk je, alles bij elkaar genomen, dat jouw leven zal lopen in de komende vijf jaar?
- 1 heel goed
 - 2 goed
 - 3 redelijk
 - 4 matig
 - 5 slecht
 - 6 heel slecht

I ENKELE ALGEMENE VRAGEN

- I1 Op welke school zit je?
- 01 basisschool ▶ naar vraag I3
02 vbo/ivbo/lbo ▶ naar vraag I3
03 mavo ▶ naar vraag I3
04 havo ▶ naar vraag I3
05 vwo/gymnasium ▶ naar vraag I3
06 mbo ▶ naar vraag I3
07 leerlingwezen ▶ naar vraag I3
08 anders, namelijk ▶ naar vraag I3
09 ik ga niet meer naar school ▶ naar vraag I2
- I2 Wat is de hoogste opleiding die je hebt afgemaakt?
- 01 geen onderwijs
02 basisschool
03 vbo/ivbo/lbo
04 mavo
05 havo
06 vwo/gymnasium
06 leerlingwezen
06 weet ik niet
06 anders, namelijk.....
- I3 Wat is je geboorteland?
- 1 Nederland
2 Marokko
3 Turkije
4 Suriname
5 Antillen
6 Aruba
7 overig, namelijk
- I4 In welk land is je moeder geboren?
- 1 Nederland
2 Marokko
3 Turkije
4 Suriname
5 Antillen
6 Aruba
7 overig, namelijk
- I5 In welk land is je vader geboren?
- 1 Nederland
2 Marokko
3 Turkije
4 Suriname
5 Antillen
6 Aruba
7 overig, namelijk
- I6 Tot welke bevolkingsgroep reken je jezelf?
Je mag maar één antwoord aankruisen.
- 1 Nederlandse
2 Marokkaanse
3 Turkse
4 Surinaamse
5 Antilliaanse
6 Arubaanse
7 overig, namelijk

SAMENSTELLING HUISHOUDEN

- I7 Met hoeveel andere mensen woon je in huis?
(Jezelf niet meetellen.)
- 1 ik woon alleen ▶ naar vraag I15
2 met andere personen ▶ naar vraag I8

- 18 Wie is/zijn dit? *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*
- | | | | |
|----|---|---|--------------------------|
| a. | vader | 1 | <input type="checkbox"/> |
| b. | moeder | 1 | <input type="checkbox"/> |
| c. | andere kinderen, zoals broer(s) en/of zus(sen) (minderjarig/meerderjarig) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| d. | anderen (kamerbewoners, andere familieleden) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| e. | anders, namelijk | 1 | <input type="checkbox"/> |

OPLEIDING OUDERS/VERZORGERS

- 19 Wat is de **hoogste** opleiding die je vader en moeder of dagelijkse verzorger(s) hebben afgemaakt, dat wil zeggen die ze met een diploma hebben afgesloten? *Je mag maar één antwoord aankruisen.*

a. Hoogste opleiding vader/verzorger

- | | |
|----|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> geen onderwijs |
| 02 | <input type="checkbox"/> lager onderwijs (basisonderwijs) |
| 03 | <input type="checkbox"/> middelbaar algemeen onderwijs (lavo, ulo/mulo/mavo, enzovoorts) |
| 04 | <input type="checkbox"/> hoger algemeen voortgezet onderwijs / voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (havo, mms, hbs, vwo, gymnasium, enzovoorts) |
| 05 | <input type="checkbox"/> lager of (individueel) voorbereidend beroepsonderwijs (lts, lhno, huishoudschool, leao, las, enzovoorts) |
| 06 | <input type="checkbox"/> leerlingwezen |
| 07 | <input type="checkbox"/> middelbaar beroepsonderwijs (mts, meao, inas, kvjv, vhbo kleuterleidster, gezinsverzorgster, praktijkdiploma boekhouden, enzovoorts) |
| 08 | <input type="checkbox"/> hoger beroepsonderwijs / wetenschappelijk onderwijs (hts, heao, pa/pabo, lerarenopleiding, sociale academie, hhno, universiteit, hogeschool, enzovoorts) |
| 09 | <input type="checkbox"/> weet ik niet |
| 10 | <input type="checkbox"/> anders, namelijk |

b. Hoogste opleiding moeder/verzorgster

- | | |
|----|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> geen onderwijs |
| 02 | <input type="checkbox"/> lager onderwijs (basisonderwijs) |
| 03 | <input type="checkbox"/> middelbaar algemeen onderwijs (lavo, ulo/mulo/mavo, enzovoorts) |
| 04 | <input type="checkbox"/> hoger algemeen voortgezet onderwijs / voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (havo, mms, hbs, vwo, gymnasium, enzovoorts) |
| 05 | <input type="checkbox"/> lager of (individueel) voorbereidend beroepsonderwijs (lts, lhno, huishoudschool, leao, las, enzovoorts) |
| 06 | <input type="checkbox"/> leerlingwezen |
| 07 | <input type="checkbox"/> middelbaar beroepsonderwijs (mts, meao, inas, kvjv, vhbo kleuterleidster, gezinsverzorgster, praktijkdiploma boekhouden, enzovoorts) |
| 08 | <input type="checkbox"/> hoger beroepsonderwijs / wetenschappelijk onderwijs (hts, heao, pa/pabo, lerarenopleiding, sociale academie, hhno, universiteit, hogeschool, enzovoorts) |
| 09 | <input type="checkbox"/> weet ik niet |
| 10 | <input type="checkbox"/> anders, namelijk |

BEROEP OUDERS/VERZORGERS

Nu volgen vragen over het beroep van je ouders/verzorgers die misschien wat moeilijk zijn. Probeer toch zo goed mogelijk antwoord te geven, of vraag het anders aan je ouders.

- 110 Wie is bij jullie thuis de hoofdkostwinner (degene die het meeste verdient)?
- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | mijn vader |
| 2 | mijn moeder |
| 3 | iemand anders, namelijk |

- I11 Welke omschrijving past op dit moment het beste bij de hoofdkostwinner? *Je mag maar één antwoord aankruisen.*
- 1 hij/zij heeft een betaalde werkkring ▶ naar vraag I14
 2 hij/zij is werkloos (geregistreerd bij het arbeidsbureau) ▶ naar vraag I12
 3 hij/zij is arbeidsongeschikt (WAO, AWW, enzovoorts) ▶ naar vraag I12
 4 hij/zij is rentenier ▶ naar vraag I12
 5 hij/zij is gepensioneerd / vervroegd met pensioen (AOW, VUT, enzovoorts) ▶ naar vraag I12
 6 hij/zij is huisman/huisvrouw ▶ naar vraag I12
 7 hij/zij is scholier/student ▶ naar vraag I14
- I12 Had de hoofdkostwinner vroeger een baan of beroep waarmee hij/zij een inkomen verdiende? 1 ja ▶ naar vraag I13
 2 nee ▶ naar vraag I14
- I13 In welk jaar is de hoofdkostwinner gestopt met werken? in
- I14 Welke omschrijving past op dit moment het beste bij de inwonende partner van de hoofdkostwinner? *Je mag maar één antwoord aankruisen.*
- 1 hij/zij heeft een betaalde werkkring
 2 hij/zij is werkloos (geregistreerd bij het arbeidsbureau)
 3 hij/zij is arbeidsongeschikt (WAO, AWW, enzovoorts)
 4 hij/zij is rentenier
 5 hij/zij is gepensioneerd / vervroegd met pensioen (AOW, VUT, enzovoorts)
 6 hij/zij is huisman/huisvrouw
 7 hij/zij is scholier/student
 8 niet van toepassing: heeft geen inwonende partner

INKOMEN

- I15 Wat is het netto maandinkomen van jullie huishouden? (Dat wil zeggen het inkomen van je ouder(s)/verzorger(s), eventueel van jezelf en anderen; vakantiegeld en 13^e maand mag je niet meetellen, maar wel eventuele uitkeringen, pensioen en alimentatie.)
- 01 minder dan f 1250
 02 f 1250 – f 1650
 03 f 1651 – f 1850
 04 f 1851 – f 2000
 05 f 2001 – f 2200
 06 f 2201 – f 2400
 07 f 2401 – f 2550
 08 f 2551 – f 2750
 09 f 2751 – f 3000
 10 f 3001 – f 3200
 11 f 3201 – f 3800
 12 f 3801 – f 4450
 13 f 4451 – f 4700
 14 meer dan f 4700
 15 geen antwoord
 16 weet ik niet
- I16 Hoeveel mensen moeten van dit inkomen rondkomen? personen

- I17 Hoe is op dit moment de financiële situatie van jullie huishouden: moeten jullie schulden maken, spaarmiddelen aanspreken, kunnen jullie precies rondkomen, een beetje geld overhouden of veel geld overhouden? (Met schulden bedoelen we niet een hypotheek op een huis, een lening voor een auto of iets dergelijks.) *Je mag meerdere antwoorden aankruisen.*
- a. moeten schulden maken 1
- b. moeten spaarmiddelen enigszins aanspreken 1
- c. kunnen precies rondkomen 1
- d. kunnen een beetje geld overhouden 1
- e. kunnen veel geld overhouden 1
- I18 Hoe zijn jullie verzekerd tegen ziektekosten? 1 niet verzekerd ▶ naar vraag J1
- 2 particulier ▶ naar vraag J1
- 3 ziekenfonds ▶ naar vraag I19
- 4 weet ik niet ▶ naar vraag J1
- I19 Hebben jullie een aanvullende verzekering? 1 ja ▶ naar vraag I20
- 2 nee ▶ naar vraag J1
- I20 Hebben jullie een aparte tandartsverzekering afgesloten? 1 ja
- 2 nee
- 3 weet ik niet

J VRAGEN OVER DE VRAGENLIJST

- J1 Hoeveel tijd heeft het je gekost om de vragenlijst in te vullen? _ _ _ _ minuten

Hartelijk dank voor je medewerking!

Eventuele vragen en opmerkingen over de vragenlijst kun je aan de achterzijde vermelden.

BIJLAGE 2: Sociaaldemografische factoren per kalenderjaar

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | p-waarde ^a |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| N | 139 | 176 | 177 | 100 | 167 | 156 | |
| Leeftijd | | | | | | | <0,001 |
| 1-3 jaar | 26,6% | 37,5% | 22,6% | 15,0% | 7,2% | 14,7% | |
| 4-7 jaar | 24,5% | 18,8% | 27,7% | 24,0% | 40,1% | 35,3% | |
| 8-11 jaar | 20,1% | 17,0% | 23,2% | 28,0% | 22,2% | 25,6% | |
| 12-18 jaar | 28,8% | 26,7% | 26,6% | 33,0% | 30,5% | 24,4% | |
| Geslacht | | | | | | | 0,251 |
| Man | 51,8% | 47,2% | 45,8% | 54,0% | 47,9% | 57,7% | |
| Vrouw | 48,2% | 52,8% | 54,2% | 46,0% | 52,1% | 42,3% | |
| Etniciteit | | | | | | | 0,047 |
| Nederlands | 59,7% | 65,9% | 58,8% | 53,0% | 51,5% | 51,3% | |
| Marokkaans | 10,1% | 11,4% | 18,6% | 17,0% | 15,6% | 23,1% | |
| Turks | 10,8% | 9,7% | 6,8% | 7,0% | 11,4% | 10,3% | |
| Overig | 19,4% | 13,1% | 15,8% | 23,0% | 21,6% | 15,4% | |
| Opleidingsniveau | | | | | | | 0,789 |
| Laag | 33,8% | 34,1% | 32,9% | 31,0% | 31,8% | 36,4% | |
| Middel | 26,9% | 30,5% | 22,6% | 31,0% | 24,3% | 23,6% | |
| Hoog | 39,2% | 35,4% | 44,5% | 37,9% | 43,9% | 40,0% | |
| Wijk | | | | | | | 0,083 |
| Noordoost + Oost | 26,1% | 24,4% | 28,8% | 18,9% | 21,1% | 28,7% | |
| West + Binnenstad | 20,3% | 16,9% | 14,7% | 20,0% | 13,9% | 10,7% | |
| Zuidwest + Zuid | 31,2% | 23,3% | 29,9% | 22,1% | 33,7% | 28,0% | |
| Noordwest + Overvecht | 22,5% | 35,5% | 26,6% | 38,9% | 31,3% | 32,7% | |

a. χ^2 -toets, verschil significant indien p-waarde < 0,05