

# Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau

*G.A.M. Ariëns, B.Ĵ.C. Middelkoop, D.A. Smilde-van den Doel, H.W.A. Strubent*

In 2003 was in de Stadsenquête van de gemeente Den Haag een aantal vragen opgenomen over de gezondheid van de Haagse burger. Ook gaf de Haagse burger een rapportcijfer voor zijn gezondheid. Het was de tweede keer dat in de Stadsenquête gezondheidsvragen waren opgenomen, in de enquête van 2001 gebeurde dit voor het eerst. Over de Stadsenquête 2001 is in december 2002 in dit bulletin gerapporteerd (1).

Gezien het -voor een gezondheidsvragenlijst- bescheiden aantal respondenten, en de waarschijnlijk geringe verschuivingen tussen 2001 en 2003 in de gezondheidstoestand van de Haagse bevolking, hebben we ervoor gekozen de gegevens van de Stadsenquête 2001 en 2003 samen te voegen. Onderstaand artikel presenteert daarvan de uitkomsten. Waar dit artikel tot andere conclusies komt dan het artikel uit 2002 is dit vrijwel zonder uitzondering het gevolg van het feit dat indertijd de uitkomsten, als gevolg van de kleinere aantallen, minder stabiel waren. Een ander verschil met het artikel uit 2002 is dat dit keer ook is gekeken naar het opleidingsniveau van de respondenten.

## Onderzoekopzet<sup>1</sup> en deelname

De projectleiding van de Stadsenquête berust bij de Bestuursdienst van de gemeente Den Haag. De uitvoering is uitbesteed aan een marktonderzoeksbureau. Voor de enquête is een steekproef getrokken van 16-74-jarigen uit het bevolkingsbestand van de gemeente Den Haag, gestratificeerd naar geslacht, leeftijd en etniciteit. De personen uit de steekproef zijn zoveel mogelijk telefonisch benaderd. Hiertoe heeft KPN

waar mogelijk aan het steekproefbestand telefoonnummers toegevoegd. Van veel Hagenaars, vooral van allochtone afkomst, zijn echter geen telefoonnummers bekend. Zo kon KPN in 2001 slechts bij 27% van de Turkse Hagenaars uit de steekproef een telefoonnummer leveren, bij 22% van de Marokkaanse en bij 15% van de Surinaamse Hagenaars. Onder de autochtone Hagenaars bedroeg dit percentage 65%. Personen in de steekproef zonder vaste telefoonaansluiting of met een geheim telefoonnummer kregen de Stadsenquête op schrift thuisgestuurd.

De telefonische enquêtes werden afgenomen door tweetalige interviewers. Bij de schriftelijke vragenlijst was een meertalige toelichting gevoegd, waarin werd aangegeven dat men desgewenst een vragenlijst in de eigen taal kon krijgen of dat het interview telefonisch in de eigen taal kon worden afgenomen.

Het responspercentage dat uiteindelijk met de Stadsenquête werd bereikt (ten opzichte van de oorspronkelijke steekproef) bedroeg circa 43%, hiervan is ongeveer 88% telefonisch afgenomen.

We beschikken over de gegevens van 3.750 16-74-jarige respondenten: 1.675 van de Stadsenquête 2001 en 2.075 van de Stadsenquête 2003. Onder de respondenten waren 2.011 Nederlanders, 516 Hindostaanse Surinamers, 221 niet-Hindostaanse Surinamers, 541 Turken en 461 Marokkanen (zelfgerapporteerd).

Om een indruk te krijgen van de sociaal-economische positie van de respondenten zijn in de Stadsenquête vragen gesteld over het inkomen en de genoten opleiding. Voor dit artikel is alleen gebruik gemaakt van

Over de auteurs:

Dr. G.A.M. Ariëns, epidemioloog, afdeling Epidemiologie GGD Den Haag; dr. B.Ĵ.C. Middelkoop, arts-epidemioloog, hoofd afdeling Epidemiologie GGD Den Haag; drs. D.A. Smilde-van den Doel, Bureau Pallas, health research and consultancy; ir. H.W.A. Strubent, in leven epidemioloog, afdeling Epidemiologie GGD Den Haag.

1 Een uitgebreidere beschrijving van de opzet van de Stadsenquête staat in het eerder genoemde artikel in het Epidemiologisch Bulletin, 2002 (1) en in de onderzoeksverantwoording in de gemeentelijke rapportages van de Stadsenquête 2001 en 2003 (2)(3).

gegevens over de genoten opleiding omdat deze gegevens van vrijwel alle respondenten (96%) beschikbaar zijn; gegevens over inkomen ontbraken bij ruim een vijfde van de respondenten. Er is onderscheid gemaakt in respondenten met een 'laag', 'gemiddeld' en 'hoog' opleidingsniveau. Tabel 1 toont de verdeling van de respondenten naar etnische achtergrond en opleidingsniveau. Uit de tabel valt op dat hoogopgeleide autochtone Hagenaars oververtegenwoordigd zijn in vergelijking met hoogopgeleide Hagenaars uit andere etnische groepen. Tabel 2 geeft inzicht in de leeftijdsopbouw van de etnische groepen in het onderzoek. Ongeveer een kwart van de onderzoeksgroep is jonger dan 30 jaar, en circa een vijfde is ouder dan 60 jaar. Voor de hele Haagse bevolking van 16-74 jaar gelden redelijk vergelijkbare percentages. Het percentage 16-29 jarigen is iets hoger en het percentage 60-74 jarigen is iets lager in Den Haag in vergelijking met de onderzoeksgroep (4).

### Presentatie van de uitkomsten

In het artikel over de Stadsenquête 2001 (1) is de techniek beschreven waarmee de gegevens zijn geanalyseerd. Met behulp van deze techniek (logistische regressie) is het mogelijk om rekening te houden met mogelijke versturende invloeden. Gevraagd naar de ervaren gezondheid geeft een hogere leeftijd bijvoorbeeld een lagere kans op een als 'goed' ervaren gezondheid en een hogere kans op het hebben van een chronische aandoening. Met logistische regressie is het mogelijk om de samenhang te bestuderen tussen de etnische achtergrond van de respondenten en de uitkomstvariabelen (te weten: gebruik van genotmiddelen, ervaren gezondheid, chronische aandoeningen en gebruik van de eerstelijns zorg), met uitschakeling van de versturende invloed van leeftijd. Ook is het mogelijk om tegelijkertijd de samenhang tussen de etnische achtergrond, het opleidingsniveau en de uitkomstvariabelen te bestuderen, waarbij gecorrigeerd

**Tabel 1.**

*Respondenten naar opleiding en etnische achtergrond.*

	Opleidingsniveau*				Totaal
	Laag	Gemiddeld	Hoog	Onbekend	
Autochtoon	706	642	628	35	2011 (53,6%)
Hindostaans Surinaams	250	166	84	16	516 (13,8%)
Niet-Hindostaans Surinaams	91	83	38	9	221 (5,9%)
Turks	364	109	38	30	541 (14,4%)
Marokkaans	278	96	39	48	461 (12,3%)
Totaal	1689 (45,00%)	1096 (29,20%)	827 (22,10%)	138 (3,70%)	3750 (100%)

\* Laag: geen onderwijs, basisonderwijs, LBO, VMBO, MAVO of vergelijkbare opleiding  
 Gemiddeld: KMBO, leerlingwezen, CBO, MBO, HAVO, VWO of vergelijkbare opleiding  
 Hoog: HBO, wetenschappelijk onderwijs of vergelijkbare opleiding

**Tabel 2.**

*Percentage respondenten naar leeftijd en etnische achtergrond.*

	Leeftijd				Totaal
	16-29	30-44	45-59	60-74	
Autochtoon	326	581	550	554	2011 (53,6%)
Hindostaans Surinaams	132	191	139	54	516 (13,8%)
Niet-Hindostaans Surinaams	49	73	61	38	221 (5,9%)
Turks	191	236	86	28	541 (14,4%)
Marokkaans	184	169	86	22	461 (12,3%)
Totaal	882 (23,50%)	1250 (33,30%)	922 (24,60%)	696 (18,60%)	3750 (100%)
Den Haag (2003)	94293 (27,20%)	117339 (33,80%)	85917 (24,80%)	49510 (14,30%)	347059 (100%)

wordt voor de mogelijke versturende invloed van deze twee variabelen op elkaar. De uitkomst van een logistische regressie analyse is een Odds Ratio (afgekort OR; zie kader op pagina 10), een maat die aangeeft hoe veel vaker een bepaalde gebeurtenis voorkomt in een bevolkingsgroep in vergelijking met een referentiegroep. In dit onderzoek is voor de variabele 'etnische achtergrond' de autochtone Haagse bevolking als referentiegroep genomen en voor de variabele 'opleiding' de groep met een 'laag' opleidingsniveau (geen onderwijs, basisonderwijs, LBO, VMBO, MAVO of een opleiding van vergelijkbaar niveau).

In de paragraaf Resultaten worden per uitkomstmaat de meest in het oog springende bevindingen beschreven. De beschrijvingen beginnen steeds met enkele prevalentiecijfers voor de totale -naar bevolkingsopbouw gewogen- Haagse bevolking.

## Resultaten

### Genotmiddelen

#### Roken

In de periode 2001-2003 rookt 31,7% van de Haagse bevolking in de leeftijd van 16-74 jaar. Dit wijkt nauwelijks af van het landelijke percentage van 30,8% onder Nederlanders van 12 jaar en ouder in 2003 (5). Er roken meer Haagse mannen (36,1%) dan vrouwen (27,3%). Bij mannen is er geen duidelijk verband tussen roken en leeftijd, jonge vrouwen roken echter duidelijk meer dan oudere vrouwen.

Uitgesplitst naar de verschillende etnische groepen zien we telkens dat de vrouwen minder roken dan de mannen. Het laagste percentage rokers wordt aangetroffen onder de Marokkanen (29,5% onder de man-

nen en 6,6% onder de vrouwen). Voor beide geslachten geldt dat de Marokkanen significant minder roken dan autochtone Hagenaars (OR voor mannen 0,68, voor vrouwen 0,12). Ook Hindostaans Surinaamse vrouwen roken significant minder dan autochtone Haagse vrouwen (OR=0,60). De meest opvallende bevinding voor zware rokers (20 of meer sigaretten per dag) is dat Turkse mannen vaker een zware roker zijn dan autochtone Hagenaars (OR=1,65). Verder zijn allochtone vrouwen minder vaak zware roker dan autochtone Haagse vrouwen.

Haagse mannen en vrouwen met een hoog opleidingsniveau roken significant minder dan stadsgenoten met een lage opleiding (25,2% ten opzichte van 36,5%; OR=0,58).

#### Alcoholgebruik

In de periode 2001-2003 gebruikt 69,4% van de Haagse bevolking wel eens alcoholhoudende dranken. Dit percentage ligt aanzienlijk lager dan het landelijke percentage voor 2003 van 81,7%, ook al betreft het landelijke cijfer de bevolking van 12 jaar en ouder (5). Haagse mannen drinken meer dan Haagse vrouwen (74,9% ten opzichte van 63,8%). Onder de Haagse bevolking van 60 jaar en ouder bevinden zich minder alcoholgebruikers dan in de jongere leeftijdsgroepen. Opleiding en etnische achtergrond vertonen een duidelijke samenhang met alcoholgebruik.

Het aantal alcoholgebruikers ligt veruit het hoogst onder de autochtone Hagenaars (78,8%), gevolgd door de niet-Hindostaans Surinaamse (55,8%), Hindostaans Surinaamse (44,9%), Turkse (21,8%) en Marokkaanse (12,3%) Hagenaars. Dit beeld, namelijk dat de niet-Nederlandse groepen minder vaak alcoholgebruiker

Tabel 3.

Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor alcoholgebruik naar etnische achtergrond en opleiding, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding en etnische achtergrond onderling

	Alcoholgebruik			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	84,5	73,1	1	1
Hindostaans Surinaams	55,9	34,9	0,22	0,21
Niet-Hindostaans Surinaams	61,8	50,1	0,32	0,35
Turks	30,1	12,1	0,09	0,06
Marokkaans	16,8	6,9	0,04	0,03
<b>Opleidingsniveau</b>				
Laag	63,5	48,1	1	1
Gemiddeld	75,6	70,1	1,72	1,8
Hoog	87,3	82,8	2,78	3,36

zijn dan autochtone Hagenaars, zien we bij beide geslachten. Hagenaars met een gemiddeld of hoog opleidingsniveau drinken vaker alcohol dan Hagenaars met een laag opleidingsniveau (85,3% ten opzichte van 54,9%). Tabel 3 laat de Odds Ratio's zien.

Wat betreft excessief alcoholgebruik (20 glazen of meer per week) wijkt Den Haag niet sterk af van het landelijke beeld. In Nederland drinkt 11,3% van de bevolking excessief (5), in Den Haag 9,3% (mannen 14,7% en vrouwen 3,8%). Leeftijd en het opleidingsniveau hebben weinig invloed op excessief alcoholgebruik, etnische achtergrond echter wel. Bij de mannen vinden we de excessieve drinkers vooral onder de autochtone Hagenaars. De Odds Ratio's van excessief alcoholgebruik voor de onderscheiden etnische groepen wijken bij beide geslachten niet sterk af van de Odds Ratio's voor alcoholgebruik in het algemeen. Geen enkele Turkse of Marokkaanse vrouw rapporteert excessief alcoholgebruik.

## Gezondheid

### Ervaren gezondheid

Aan de respondenten is gevraagd een 'rapportcijfer' te geven voor de eigen gezondheid. In dit artikel spreken we van een slecht ervaren gezondheid als dit rapportcijfer lager dan 7 is.

Van de Hagenaars oordeelt 18,9% slecht over zijn of haar gezondheid, wat nauwelijks afwijkt van het landelijke beeld in 2003 (19,5%)(5). Ouderen van 60-74 jaar oordelen vaker slecht over hun gezondheid (26,4%) dan jongeren van 16-29 jaar (12,5%). Mannen en vrouwen verschillen nauwelijks in het oordeel over hun gezondheid. Etnische achtergrond en opleidingsniveau zijn daarentegen wel belangrijke factoren die invloed hebben op de ervaren gezondheid. Turken vinden hun gezondheid het slechtst (OR=3,21), gevolgd door Marokkanen (OR=2,16) en Hindostaanse Surinamers (OR=1,80). Niet-Hindostaanse Surinamers verschillen niet significant van autochtone Hagenaars. Hagenaars met een laag opleidingsniveau vinden hun gezondheid vaker slecht dan Hagenaars met een middelbare (OR=0,68) of hoge opleiding (OR=0,54).

### Langdurige ziekten en aandoeningen

In de Stadsenquête is navraag gedaan naar het voorkomen van langdurige (chronische) ziekten of aandoeningen. Aan de hand van een opsomming van de meest voorkomende chronische ziekten en aandoeningen gaf de respondent aan of hij of zij met een of meer van deze ziekten te maken heeft gehad.

Van de Haagse bevolking heeft 37,2% in de periode 2001-2003 te maken (gehad) met minstens één chro-

nische ziekte of aandoening. Meer vrouwen (40,2%) dan mannen (34,2%) rapporteren een chronische ziekte of aandoening. Bij zowel mannen als vrouwen neemt het percentage toe als de leeftijd stijgt. Uit de gegevens blijkt dat Hindostaanse mannen (OR=1,47) en Turkse vrouwen (OR=1,56) significant vaker lijden aan chronische ziekten of aandoeningen in vergelijking met autochtone Haagse mannen en vrouwen. Meer dan driekwart van de 60-74-jarige Hindostaanse mannen en zelfs 85% van de 45-59-jarige Turkse vrouwen geeft aan een of meerdere chronische ziekten of aandoeningen te hebben (gehad). Ongeacht leeftijd en geslacht geldt dat chronische ziekten en aandoeningen minder vaak voorkomen bij hoogopgeleiden in vergelijking met Hagenaars met een laag opleidingsniveau (30,6% ten opzichte van 45,6%; OR=0,71).

### Astma/bronchitis/CARA

Bij 8,8% van de Haagse bevolking komen chronische luchtwegaandoeningen voor. Vrouwen rapporteren deze aandoeningen vaker dan mannen (10,3% in vergelijking met 7,4%). Oudere mannen (60-74-jarigen) lijden vaker aan chronische luchtwegaandoeningen dan 16-29-jarige mannen.

Er bestaan geen noemenswaardige verschillen in het voorkomen van astma, bronchitis en/of CARA tussen de autochtone Hagenaars en de andere etnische groepen. Een ongunstige uitzondering hierop vormen de Hindostaanse Surinaamse mannen. Zij rapporteren significant vaker chronische luchtwegaandoeningen (10,9%; OR=1,93). Het niveau van opleiding en het voorkomen van astma, bronchitis en/of CARA vertonen een duidelijk verband. Ongeacht geslacht en leeftijd geldt dat ten opzichte van laagopgeleide Hagenaars de hoogopgeleide Hagenaars minder vaker aan astma, bronchitis en/of CARA lijden (11,5% ten opzichte van 6,3%; OR = 0,58).

### Hartkwaal, hartinfarct en CVA

3,6% Van de Haagse bevolking lijdt aan een hartkwaal, heeft een hartinfarct en/of een cerebrovasculaire aandoening (CVA) gehad. Deze aandoeningen komen significant vaker voor bij mannen en op hogere leeftijd. Voor de groep 60-74-jarigen bedraagt de prevalentie voor Haagse mannen en vrouwen respectievelijk 12,1% en 9,1%. In vergelijking met de autochtone Hagenaars is de kans op aandoeningen aan het hart en het vaatstelsel verhoogd voor Turkse mannen (OR=2,85) en Hindostaanse vrouwen (OR=2,48), terwijl onder Marokkaanse vrouwen juist nauwelijks sprake is van deze aandoeningen (0,6%, allemaal in de leeftijdscategorie 60-74 jaar). Ook onder Marokkaanse

mannen komen weinig hartkwalen, hartinfarcten en cerebrovasculaire aandoeningen voor (1%). Tot slot geldt dat de hoogopgeleide Hagenaar een kleinere kans heeft op het krijgen van aandoeningen aan het hart en het vaatstelsel dan de laagopgeleide Hagenaar (2,1% ten opzichte van 4,4%; OR=0,50).

### Hoge bloeddruk

Meer vrouwen (11,4%) dan mannen (9,6%) en meer ouderen dan jongeren hebben een hoge bloeddruk. Van alle 16-29-jarige respondenten rapporteert slechts 1,7% een hoge bloeddruk. Dit percentage stijgt naar 17,8% voor Hagenaars in de leeftijdscategorie 45-59 jaar tot zelfs 24,5% voor Hagenaars de leeftijdscategorie 60-74 jaar. Etnische afkomst en niveau van opleiding spelen geen grote rol bij het voorkomen van hoge bloeddruk bij Haagse mannen. Voor Haagse vrouwen ligt dit anders. Bij alle onderzochte allochtone groepen komt vaker een hoge bloeddruk voor dan bij autochtone Haagse vrouwen. Het risico is het hoogst bij Turkse vrouwen (OR=2,67), gevolgd door niet-Hindostaans Surinaamse vrouwen (OR=1,98), Marokkaanse (OR=1,78) en Hindostaans Surinaamse vrouwen (OR=1,69). Onder vrouwen bestaat ook een relatie tussen het voorkomen van hoge bloeddruk en opleidingsniveau. Hoogopgeleide Haagse vrouwen hebben een kleinere kans op een hoge bloeddruk dan laagopgeleide Haagse vrouwen (4,6% ten opzichte van 17,3%; OR=0,49).

### Zweer aan maag en twaalfvingerige darm

In de periode 2001-2003 rapporteert 2,5% van Haagse bevolking een zweer aan de maag of twaalfvingerige darm. In Den Haag is de prevalentie onder vrouwen hoger dan onder mannen (3,0% in vergelijking met 1,9%). Ook krijgen meer ouderen dan jon-

geren ermee te maken. Opvallend is dat voor Turkse mannen reeds op jonge leeftijd een hoge prevalentie geldt (8% van de 16-29-jarigen). Ongeacht leeftijd en geslacht hebben allochtone Hagenaars vaker een zweer aan maag of twaalfvingerige darm dan autochtone Hagenaars. Van alle allochtone groepen hebben Turkse mannen en vrouwen het hoogste risico, gevolgd door de Marokkanen en Hindostaanse Surinamers (tabel 4). Ook de niet-Hindostaanse Surinaamse mannen hebben een verhoogd risico (niet significant) vergeleken bij autochtone Haagse mannen. De vrouwen uit deze etnische groep verschillen echter niet van de autochtone Haagse vrouwen (tabel 4). Hagenaars met een gemiddeld (OR=0,56) of hoog (OR=0,55) opleidingsniveau rapporteren minder vaak een zweer aan maag of twaalfvingerige darm dan Hagenaars met een lage opleiding.

### Kwaadaardige aandoeningen

In de periode 2001-2003 had 1,7% van de Haagse bevolking tussen de 16 en 74 jaar kanker. Meer vrouwen dan mannen geven aan kanker te hebben (2,2% ten opzichte van 1,2%), echter dit verschil tussen mannen en vrouwen is niet significant. Vooral ouderen worden door kanker getroffen. Het percentage 60-74-jarige Hagenaars dat kanker rapporteert ligt op 5,4%, terwijl dit percentage voor 16-44-jarigen nog geen 1% bedraagt. Omdat het aantal gevallen van kanker gering is, is het moeilijk om de verschillende etnische groepen met de autochtone Hagenaars te vergelijken. Er lijkt voor alle allochtone groepen een iets kleinere kans te bestaan op het voorkomen van kanker in vergelijking met autochtone Hagenaars, echter dit kan in de statistische analyse niet bevestigd worden. Wanneer de allochtone Hagenaars gezamenlijk worden vergeleken met de autochtone Hagenaars blijkt er geen significant

Tabel 4.

*Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor het voorkomen van een zweer aan maag of twaalfvingerige darm naar etnische achtergrond, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding.*

	Zweer aan maag of twaalfvingerige darm			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	0,8	2	1	1
Hindostaans Surinaams	2,8	4,4	3,54	3,16
Niet-Hindostaans Surinaams	2,7	1,5	ns <sup>1</sup>	ns
Turks	10,2	13,8	14,58	14,04
Marokkaans	6,7	8,8	8,17	8,99

1 niet statistisch significant

verschil te zijn in het voorkomen van kanker tussen allochtone en autochtone Hagenaars. Het niveau van opleiding heeft geen invloed op de prevalentie van kwaadaardige aandoeningen.

### Diabetes

Bijna 4% van de Haagse bevolking lijdt aan diabetes. Er zijn geen verschillen in prevalentie tussen mannen en vrouwen. Wel neemt de prevalentie van diabetes sterk toe met het stijgen van de leeftijd. Zo rapporteert nog geen 1% van de 16-29-jarigen diabetes, maar wel 6,0% van de 45-59-jarigen en 10,3% van de 60-74 jarige Hagenaars. Alle allochtone groepen, en dan vooral de vrouwen, hebben een verhoogde kans op diabetes in vergelijking met de autochtone Hagenaars. Onder de Hindostaanse Surinamers komt diabetes het vaakst voor, gevolgd door de Marokkaanse bevolking, de Turken en de niet-Hindostaanse Surinamers. 30% Van de Hindostaans Surinaamse Hagenaars tussen de 60 en 74 jaar lijdt aan diabetes. Significante Odds Ratio's voor de verschillende etnische groepen staan vermeld in tabel 5. Onder Hagenaars met een hoog opleidingsniveau is minder vaak sprake van diabetes in vergelijking met de laagopgeleide Hagenaars (1,7% ten opzichte van 6,4%; OR=0,49).

### Zorgebruik

In de Stadsenquêtes van 2001 en 2003 werd gevraagd of en in welke mate gebruikgemaakt wordt van diverse eerstelijns zorgverleners.

### Huisarts

Bijna 80% van de Hagenaars komt jaarlijks ten minste één keer bij de huisarts. Meer vrouwen (86,5%) dan mannen (71,9%) bezoeken de huisarts minstens jaarlijks. Meer oudere Haagse mannen bezoeken mini-

maal eens per jaar de huisarts dan jongere Haagse mannen. Dit percentage loopt geleidelijk op van 62% voor 16-29 jarige Haagse mannen tot 84,8% voor 60-74 jarige Haagse mannen. Bij Haagse vrouwen is het percentage constant, en vergelijkbaar met dat van de categorie 60-74 jarige Haagse mannen. Hindostaanse Surinamers, Turken en Marokkanen verschillen wat betreft huisartsenbezoek van de autochtone Hagenaars. Meer Hindostaans Surinaamse mannen en meer Turkse mannen en vrouwen gaan, ongeacht leeftijd en geslacht, minimaal eens per jaar naar de huisarts. De Marokkaanse groep vertoont een ander beeld. Meer Marokkaanse mannen maar juist minder Marokkaanse vrouwen bezoeken minimaal eens per jaar de huisarts in vergelijking met autochtone Haagse mannen en vrouwen. Significante Odds Ratio's staan vermeld in tabel 6. Het niveau van opleiding heeft geen significante invloed op de prevalentie van het bezoek aan de huisarts.

Respondenten kunnen in de Stadsenquête tevens aangeven hoe vaak per jaar zij de huisarts per jaar bezoeken. We beschouwen ten minste vijf huisartsenbezoeken per jaar als frequent bezoek. Een kwart van de Haagse vrouwen en 15,9% van de Haagse mannen bezoekt minstens vijf maal per jaar de huisarts. Voor Haagse mannen geldt weer dat dit percentage stijgt met het stijgen van de leeftijd. Voor Haagse vrouwen is geen duidelijke stijging of daling te zien met het stijgen van de leeftijd. Allochtone Hagenaars bezoeken de huisarts vaker frequent dan autochtone Hagenaars. Dit geldt voor alle allochtone groepen behalve de niet-Hindostaanse Surinamers. Voor Turkse vrouwen is het percentage zelfs meer dan twee maal zo hoog in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen (45,7% ten opzichte van 21,3%). De significante Odds Ratio's voor de verschillende etnische groepen

Tabel 5.

*Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor het voorkomen van diabetes naar etnische achtergrond, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding.*

	Diabetes			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	2,9	3,7	1	1
Hindostaans Surinaams	7,3	10,9	3,91	6,05
Niet-Hindostaans Surinaams	8,6	4,5	4,17	ns <sup>1</sup>
Turks	4,2	5,2	2,59	3,08
Marokkaans	5,3	7,3	3,14	5,06

1 niet statistisch significant

staan ook weergegeven in tabel 6. De kans om per jaar minimaal vijf keer de huisarts te bezoeken is kleiner voor gemiddeld en hoogopgeleide Hagenaars in vergelijking met Hagenaars met een laag opleidingsniveau (OR=0,80 voor gemiddeld opgeleide en OR=0,63 voor hoogopgeleide Hagenaars).

### Tandarts

Tandartsbezoek hangt sterk samen met het al dan niet dragen van een kunstgebit. Voor de analyse van het tandartsbezoek laten we Hagenaars met een kunstgebit daarom buiten beschouwing. Van de Haagse bevolking gaat 85,9% minimaal één keer per jaar naar de tandarts. Vrouwen (89,1%) iets meer dan mannen (82,7%). De invloed van leeftijd op tandartsbezoek is

gering. Etnische afkomst en opleidingsniveau zijn hierop echter wel van invloed. Voor Haagse allochtone vrouwen geldt dat zij minder vaak jaarlijks de tandarts bezoeken dan autochtone Haagse vrouwen. Voor de Haagse mannen geldt dit alleen voor mannen van Marokkaanse afkomst. Slechts 46% van de 60-74-jarige Marokkaanse mannen bezoekt jaarlijks de tandarts (ten opzichte van 79,4% voor 60-74-jarige autochtone mannen). Hagenaars met een gemiddelde of hoge opleiding bezoeken vaker minimaal een maal per jaar de tandarts dan laagopgeleide Hagenaars. De significante resultaten voor tandartsbezoek worden gepresenteerd in tabel 7.

Frequent tandartsbezoek (meer dan 5 keer per jaar) komt niet vaak voor (2,8% van alle Hagenaars). Er is

Tabel 6.

Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor huisartsbezoek (ten minste één maal per jaar) en frequent huisartsbezoek (minimaal 5 keer per jaar) naar etnische achtergrond, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleiding.

	Huisartsbezoek (minimaal 1 keer per jaar)				Frequent huisartsbezoek (minimaal 5 keer per jaar)			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>								
Autochtoon	71,1	86,5	1	1	14,3	21,3	1	1
Hindostaans Surinaams	76,9	88,4	1,56	ns <sup>1</sup>	21,9	37,9	2,29	2,19
Niet-Hindostaans Surinaams	67,6	86,1	ns	ns	15	28,8	ns	ns
Turks	75,1	90,8	1,59	1,61	27,2	45,7	2,94	3,2
Marokkaans	73,3	80,1	1,46	0,62	22,8	33,6	2,43	1,65

1 niet statistisch significant

Tabel 7.

Prevalenties en statistisch significante Odds Ratio's voor tandartsbezoek (ten minste één maal per jaar) naar etnische achtergrond en opleiding, na correctie voor leeftijd en de invloed van opleidingen etnische achtergrond onderling.

	Tandartsbezoek (minimaal 1 keer per jaar)			
	% mannen	% vrouwen	OR mannen	OR vrouwen
<b>Etnische achtergrond</b>				
Autochtoon	83,8	92,1	1	1
Hindostaans Surinaams	83,6	87,6	ns <sup>1</sup>	0,59
Niet-Hindostaans Surinaams	73,8	82,6	ns	0,4
Turks	72,2	70,1	ns	0,21
Marokkaans	70,2	81	0,46	0,34
<b>Opleidingsniveau</b>				
Laag	75,9	85,7	1	1
Gemiddeld	83,8	93,5	1,42	1,58
Hoog	87,1	89,9	1,7	ns

1 niet statistisch significant

geen duidelijke invloed van leeftijd, geslacht, etnische afkomst en niveau van opleiding op de prevalentie van frequent tandartsbezoek van Hagenaars. Marokkaanse vrouwen vormen hierop de enige uitzondering. Zij bezoeken ruim twee maal zo vaak (OR=2,15) de tandarts minimaal vijf keer per jaar dan autochtone Haagse vrouwen.

### Fysiotherapeut of oefentherapeut

Eén op de vijf Hagenaars bezoekt jaarlijks een fysiotherapeut of oefentherapeut (Mensendieck, Cesar). Vrouwen (23,5%) meer dan mannen (18,1%) en ouderen meer dan jongeren (oplopend van 15,2% voor groep 16-29-jarigen tot 26,1% voor 60-74-jarigen). Over het algemeen is er geen invloed van etnische afkomst of het niveau van opleiding op het al dan niet bezoeken van een fysio- of oefentherapeut. Alleen Marokkaanse vrouwen geven aan minder vaak gebruik te maken van een fysiotherapeut of oefentherapeut dan autochtone Haagse vrouwen (14,5% ten opzichte van 23,5%; OR=0,59).

### Alternatieve geneeswijzen

7,2% Van de Haagse bevolking maakt minimaal eenmaal per jaar gebruik van alternatieve vormen van genezing, zoals homeopathie, acupunctuur, natuurgeneeskunde, religieuze of gebedsgenezing, magnetisme, paranormale geneeswijzen, iriscopie of geneeswijzen uit andere landen. Vrouwen maken vaker gebruik van alternatieve geneeswijzen dan mannen (8,6% ten opzichte van 5,8%). Bij Haagse vrouwen speelt leeftijd geen rol bij het al dan niet bezoeken van een alternatieve genezer. Haagse mannen in de leeftijdscategorieën 30-44 jaar en 45-59 jaar maken vaker gebruik van alternatieve geneeswijzen in vergelijking met 16-29-jarige Haagse mannen (6,4% en 7,0% ten opzichte van 3,3%). Er is geen invloed van etnische afkomst op het al dan niet bezoeken van een alternatieve genezer. Wel blijkt dat hoogopgeleide Haagse vrouwen vaker gebruikmaken van alternatieve geneeswijzen dan Haagse vrouwen met een laag opleidingsniveau (12,9% ten opzichte van 6,3%; OR=1,86).

### Bespreking van de resultaten

Een belangrijke vraag is in hoeverre de resultaten van dit onderzoek vergelijkbaar zijn met de resultaten die beschreven worden in het in 2002 verschenen artikel in het Epidemiologisch Bulletin over de Stadsenquête 2001 (1). Deels zijn namelijk dezelfde gegevens gebruikt en er zijn vergelijkbare analyses uitgevoerd. Zoals we in de inleiding al schreven verwachten we geen grote verschillen te vinden.

De resultaten voor het gebruik van de genotmiddelen tabak en alcohol zijn eigenlijk onveranderd. Turkse mannen blijken ook nu weer het meest ongunstige rookgedrag te vertonen, en de autochtone Hagenaar vertoont het meest ongunstige gedrag wat betreft (excessief) alcoholgebruik.

Hoewel er verschillen bestaan in de wijze van 'meten' van de ervaren gezondheid van de respondenten in 2001 en 2003, vertonen de resultaten geen grote verschillen. In 2001 gaf de respondent op een 5-puntschaal (slecht/matig/goed/zeer goed/uitstekend) aan hoe de gezondheid werd ervaren, in 2003 gaf de respondent een rapportcijfer tussen de 0 en 10. Respondenten die in 2001 aangaven hun gezondheid als minder dan goed (slecht/matig) te ervaren werden beschouwd als de groep met een slecht ervaren gezondheid. In 2003 werden respondenten die een cijfer lager dan 7 gaven beschouwd als de groep met een slecht ervaren gezondheid. Waarom hebben we gekozen voor een afkappunt van 7? In 2001 gaf 17% van de Haagse bevolking aan een slecht ervaren gezondheid te hebben. Nu vinden we een iets hogere prevalentie van bijna 19%. Echter, wanneer we de grens bij het rapportcijfer 6,5 leggen (lager dan 6,5 betekent een slechte gezondheid), is de prevalentie 14,6%. Omdat bij een afkappunt van 7 voor een al dan niet als goed ervaren gezondheid de prevalentie het meest overeenkomt met de prevalentie uit 2001, is voor dit afkappunt gekozen. Overigens zouden de resultaten en conclusies niet wezenlijk veranderen als we toch voor het afkappunt 6,5 hadden gekozen. Het enige opvallende verschil zou zijn dat vrouwen en mannen dan wel significant zouden verschillen in ervaren gezondheid, en wel zo dat vrouwen vaker dan mannen de ervaren gezondheid als slecht beoordelen (OR=1,20). Een ander argument om te kiezen voor een afkappunt van 7 is bovendien dat in 2001 het percentage Hagenaars met een slecht ervaren gezondheid vergelijkbaar was met het percentage van Nederland en Amsterdam. Het ligt dan voor de hand dat dit in 2003 ook het geval is. Met een afkappunt van 7 is dit het geval.

De resultaten van de verschillende chronische aandoeningen vertonen sterke overeenkomsten in beide artikelen. Echter, de (niet-significant) verhoogde prevalentie van hart- en vaatziekten onder Hindostaans Surinaamse mannen en de lagere prevalentie onder Marokkaanse mannen worden in het onderhavige artikel niet bevestigd. Opvallend verschil met de resultaten in het vorige artikel is verder dat op basis van alleen gegevens uit de Stadsenquête van 2001 allochtone Hagenaars minder vaak kwaadaardige aandoeningen rapporteerden dan autochtone Hagenaars.



In de analyses voor het huidige artikel is dit verschil tussen allochtonen en autochtonen niet aangetoond. De resultaten over het gebruikmaken van verschillende vormen van eerstelijns zorgverlening vertonen duidelijke overeenkomsten met de resultaten in het artikel uit 2002. Toch zien we hier ook verschillen, met name voor het zorggebruik van vrouwen. In 2002 werd geconcludeerd dat etnische achtergrond niet van invloed is op het aantal vrouwen dat ten minste één maal per jaar bij de huisarts komt. Op basis van de huidige analyses blijkt dat Hindostaans Surinaamse en Turkse vrouwen wel vaker ten minste een maal per jaar bij de huisarts komen, en dat Marokkaanse vrouwen juist minder vaak jaarlijks de huisarts bezoeken. Verder zijn het volgens de laatste analyses niet de Turkse vrouwen, maar juist de Marokkaanse vrouwen van wie een hoger percentage frequent de tandarts bezoekt. Marokkaanse vrouwen doen, in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen, minder vaak een beroep op de fysio- of oefentherapeut. Ten slotte zijn, deels in tegenstelling tot de resultaten uit 2002, geen significante verschillen aangetoond in het aantal allochtone en autochtone Hagenaars dat jaarlijks een alternatieve genezer bezoekt.

Wij nemen aan dat de verschillen in de resultaten en conclusies tussen het huidige artikel en het artikel uit 2002 niet verklaard kunnen worden door werkelijke verschuivingen in de gezondheid van de Haagse bevolking tussen 2001 en 2003. Een logischer verklaring is dat de gevonden verschillen ontstaan zijn door de gegevens van de Stadsenquête van 2001 en 2003 samen te voegen. Het grotere aantal respondenten dat op deze manier werd verkregen heeft geleid tot stabielere uitkomsten. Uiteraard kan het feit dat we in dit artikel terecht rekening hebben gehouden met het opleidingsniveau van de Haagse burger ook hebben geleid tot verschillen in de resultaten. In het artikel uit 2002 werd hier nog geen rekening mee gehouden.

In het artikel van 2002 wordt in een kritische beschouwing uitgebreid stilgestaan bij een aantal kanttekeningen van het onderzoek. Deze opmerkingen zijn ook nu weer van toepassing. Zo wordt in het artikel uit 2002 bijvoorbeeld stilgestaan bij de non-respons van de Stadsenquête en de gevolgen die een selectieve non-respons heeft op de uitkomsten en daaraan te verbinden conclusies van het onderzoek. Het is bijvoorbeeld bekend dat bij enquêtes met een relatief hoge non-respons juist personen in een maatschappelijk ongunstige positie, zoals allochtonen of mensen met een laag opleidingsniveau vaker niet participeren. Zij zijn daar-

door ondervetegenwoordigd in de onderzoeksgroep, maar hebben vaak juist wel een minder gunstige gezondheid. Personen die verkeren in een betere maatschappelijke positie zijn eerder geneigd deel te nemen aan enquêteonderzoek en zijn daardoor oververtegenwoordigd. Over het algemeen verkeren zij ook in een betere gezondheid. De kans is groot dat er naast een relatief grote non-respons op de Stadsenquête sprake is geweest van een selectieve non-respons. De onderzoeksresultaten moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

### Conclusies

Er bestaan duidelijke verschillen tussen Haagse mannen en vrouwen in genotmiddelenconsumptie, gezondheid en zorggebruik. Mannen roken meer en drinken meer alcohol dan vrouwen. Er bestaat geen

### Odds Ratio (OR)

De Odds Ratio is een getal dat de verhouding aangeeft tussen twee Odds. Preciezer: de ene Odds gedeeld door de andere Odds. Het begrip Odds is afkomstig uit de wereld van de weddenschappen (met name de Engelse paardenraces). De Odds geeft de kans aan dat iets wel of niet gebeurt. Preciezer: de kans dat iets wel gebeurt gedeeld door de kans dat iets niet gebeurt. Dat klinkt moeilijker en gekker dan het is. Neem de uitdrukking: 'Tien tegen één dat Black de volgende race wint'. Die uitspraak betekent dat de spreker denkt dat er 10/11 kans is dat Black de race wint en 1/11 kans dat hij niet wint. De Odds is dan 10/11 gedeeld door 1/11 ofwel tien tegen één.

Een Odds Ratio vergelijkt de Odds van een lid van de ene bevolkingsgroep met de Odds van een lid van een andere bevolkingsgroep. In het kader van dit artikel gaat het bijvoorbeeld om de kans aan een aandoening te lijden. Stel dat de kans om een aandoening te hebben voor een Marokkaan 12,5% bedraagt en voor een autochtone Nederlander 10%. Dan bedraagt de Odds voor de Marokkanen van die leeftijd één tegen zeven (12,5% heeft de aandoening wel en 87,5% niet) en de Odds voor een autochtone Nederlander van die leeftijd één tegen negen (10% heeft de aandoening wel en 90% niet). De Odds Ratio van het hebben van die aandoening voor de Marokkanen ten opzichte van de autochtone Nederlanders bedraagt dan  $1/7$  gedeeld door  $1/9 = 9/7$  oftewel 1,29.

verschil tussen mannen en vrouwen in ervaren gezondheid, hoewel mannen hun gezondheid iets vaker een rapportcijfer van 7 of hoger geven. Vrouwen lijden vaker aan chronische aandoeningen, met als uitzondering hart- en vaatziekten. Deze komen vaker bij mannen voor. Vrouwen maken tevens meer gebruik van de verschillende onderzochte vormen van eerste-lijns zorgverlening.

### **De invloed van de etnische groep**

#### **Gebruik van genotmiddelen**

Marokkaanse en Hindostaans Surinaamse vrouwen roken minder vaak dan autochtone Haagse vrouwen. Zwaar roken komt bij alle allochtone Haagse vrouwen minder vaak voor in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen. Voor de mannelijke Haagse bevolking geldt dat er weinig verschillen zijn in rookgedrag tussen allochtonen en autochtonen. Alleen Marokkaanse mannen roken minder dan autochtone Haagse mannen. Opvallend is wel dat er zich onder de Turkse mannen meer zware rokers bevinden dan onder de autochtone mannelijke bevolking. Normaal en excessief alcoholgebruik gebeurt vaker onder autochtone dan onder allochtone Hagenaars.

#### **Gezondheid**

Allochtone Hagenaars, met uitzondering van de niet-Hindostaanse Surinamers, ervaren hun gezondheid slechter dan autochtone Haagse mannen en vrouwen, dat wil zeggen ze geven hun gezondheid vaker een rapportcijfer lager dan 7. Dit betekent overigens niet automatisch dat zij ook vaker aan chronische ziekten of aandoeningen leiden. Wel komen diabetes, een hoge bloeddruk (alleen vrouwen) en zweren aan maag of twaalfvingerige darm vaker voor bij alle onderzochte allochtone groepen, terwijl hart- en vaatziekten alleen vaker voorkomen bij Turkse mannen en Hindostaans Surinaamse vrouwen, en chronische luchtwegaandoeningen vaker bij Hindostaans Surinaamse mannen. Voor kanker bestaat geen significant verschil in prevalentie tussen allochtone en autochtone Hagenaars.

#### **Zorggebruik**

Alle onderzochte allochtone groepen, met uitzondering van de niet-Hindostaans Surinaamse Hagenaars, maken vaker gebruik van de huisarts. Dit geldt ook voor frequent huisartsbezoek. Voorts gaan allochtone Haagse vrouwen minder vaak ten minste jaarlijks naar de tandarts. Er bestaan echter geen verschillen tussen allochtone en autochtone Hagenaars in frequent tandartsbezoek, bezoek aan fysiotherapeut en het gebruik

maken van alternatieve geneeswijzen.

Het zorggebruik van de Marokkaanse Hagenaars wijkt af van het hierboven geschetste beeld. Marokkaanse vrouwen gaan, in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen, minder vaak ten minste één keer per jaar naar de huisarts. In vergelijking met het tandartsbezoek van autochtone Hagenaars gaan Marokkaanse mannen minder vaak ten minste één keer per jaar en Marokkaanse vrouwen juist vaker frequent naar de tandarts. Tot slot bezoeken Marokkaanse vrouwen minder vaak een fysiotherapeut in vergelijking met autochtone Haagse vrouwen.

### **De invloed van het niveau van opleiding**

#### **Gebruik van genotmiddelen**

In vergelijking met Haagse mannen en vrouwen met een laag opleidingsniveau roken hoogopgeleide Hagenaars minder maar zij zijn vaker alcoholgebruiker.

#### **Gezondheid**

Laag opgeleide Haagse mannen en vrouwen voelen zich minder gezond. Laag opgeleide Hagenaars lijden vaker aan langdurige ziekten en aandoeningen zoals luchtwegaandoeningen, hoge bloeddruk (alleen vrouwen), ziekten aan hart- en vaatstelsel, zweer aan maag of twaalfvingerige darm en diabetes. De prevalentie van kanker is niet verschillend voor Hagenaars met een laag of hoog niveau van opleiding.

#### **Zorggebruik**

Hoogopgeleide Hagenaars bezoeken minder vaak frequent (meer dan 5 keer per jaar) de huisarts, maar bezoeken wel vaker jaarlijks de tandarts dan laagopgeleide Hagenaars. Voor hoogopgeleide Haagse vrouwen geldt bovendien dat zij vaker gebruikmaken van alternatieve geneeswijzen in vergelijking met laagopgeleide Haagse vrouwen.

#### **Literatuur**

1. Struben HWA, Middelkoop BJC. Gezondheidsvragen in de Stadsenquête Den Haag 2001; de uitkomsten bekeken in relatie tot de etnische achtergrond. *Epidemiol Bul Grav* 2002; 37 nr. 4: 2-14.
2. Gemeente Den Haag. Bestuursdienst. Stadsenquête Den Haag 2001.
3. Gemeente Den Haag. Bestuursdienst. Stadsenquête Den Haag 2003: doelgroepenmonitor.
4. Gemeente Den Haag. Dienst Burgerzaken. Den Haag in cijfers, [www.denhaag.nl](http://www.denhaag.nl), geraadpleegd januari 2006.
5. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl), geraadpleegd januari 2006.