

Met dank aan ...

Velen waren bereid om een bijdrage te leveren aan dit onderzoek. In de eerste plaats alle interviewers die bij elkaar meer dan 5.000 vragenlijsten hebben laten invullen door Haagse Hindostanen. Dit kon plaatsvinden dankzij de bereidheid van diverse huisartsen, pandits en bestuurders van mandirs, imam en bestuurders van moskee, en de organisatie van Milan. De projectleiders van het preventieproject en de personen die hier in verschillende functies een bijdrage aan leverden hebben met hun inzet en opstelling het onderzoek mede mogelijk gemaakt. Tot slot, maar zeker niet onbelangrijk, alle deelnemers aan het onderzoek die bereid waren antwoord te geven op de vragen.

De onderzoekers

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Projectbeschrijving	7
1.3 Onderzoek tijdens het project	8
1.4 Opbouw rapportage	9
2. Onderzoeksgroep	11
3. Kennis/bewustzijn	13
3.1 Hindostanen grotere kans dan Nederlanders	13
3.2 Percentage Hindostanen dat diabetes zal krijgen	13
3.3 Risicofactoren van diabetes	15
3.4 Herkennen	17
4. Gedrag	19
4.1 Lichaamsbeweging	19
4.2 Groente	20
4.3 Fruit	21
4.4 Roken	22
5. Conclusies, bespreking en aanbeveling	25
5.1 Conclusies	25
5.2 Bespreking	26
5.3 Aanbeveling	27
6. Literatuur	29

Samenvatting

In 2002 is de GGD Den Haag gestart met een vierjarig project: “Preventie van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten bij Hindostanen in Den Haag”. De afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag heeft gedurende het project onderzoek gedaan naar veranderingen bij de volwassen Haagse Hindostanen op het gebied van kennis/bewustzijn (de grotere kans op diabetes bij Hindostanen, risicofactoren en het herkennen van diabetes) en het gedrag (lichaamsbeweging, consumptie van groente en fruit, roken).

In alle vier de projectjaren is kwantitatief onderzoek verricht onder de Haagse Hindostanen van 16 jaar en ouder. Om deelnemers voor het onderzoek te werven zijn interviewers ingezet op locaties waar veel Hindostanen komen: 1) Milan, een jaarlijks (eind juli) Hindostaans festival in het Zuiderpark, 2) huisartsen met een grote Hindostaanse patiëntenpopulatie, en 3) religieuze huizen (mandirs en een moskee) waar veel Hindostanen komen. Op de gekozen locaties werd geprobeerd zo veel mogelijk mensen die in aanmerking kwamen voor het onderzoek (Haagse Hindostaan van 16 jaar of ouder) een vragenlijst te laten invullen. Met behulp van regressieanalyse en correctie voor geslacht, leeftijd, het hebben van diabetes en de locatie van gegevensverzameling is per vraag onderzocht of er in de tijd een verandering is in kennis/bewustzijn en gedrag.

In totaal zijn 5.491 door Haagse Hindostanen ingevulde vragenlijsten verzameld. Aan het onderzoek deden relatief meer 16-29-jarigen, en relatief minder 30-50-jarigen mee dan in Den Haag woont.

Vooral onder de 16-29-jarigen is het bewustzijn van het grotere risico op diabetes van Hindostanen gestegen. In alle leeftijdsgroepen samen wist in het laatste onderzoeksjaar 89% van dit grotere risico.

De kennis over risicofactoren is gedurende de looptijd van het project gestegen. Ruim tachtig procent van de deelnemers wist in het laatste onderzoeksjaar dat overgewicht (84%) en het voorkomen van diabetes in de familie (88%) de kans op diabetes vergroten, en dat de consumptie van vis de kans op diabetes niet vergroot (84%). Bijna driekwart (73%) van de Hindostanen dacht nog steeds foutief dat de consumptie van rijst de kans op diabetes vergroot.

Kennis over het herkennen van diabetes was gedurende het gehele project goed, in het laatste onderzoeksjaar (2005) wist 91% van de deelnemers dat diabetes te herkennen is aan veel dorst, vaak plassen en altijd moe zijn.

Het gemiddeld aantal dagen per week dat men in het laatste onderzoeksjaar (2005) aan lichaamsbeweging deed is 3,4; dit verschilde niet per jaar van meting. Een vijfde van de deelnemers deed in het laatste onderzoeksjaar elke dag aan lichaamsbeweging.

Het aantal dagen dat men groente at is tussen 2003 en 2004 licht gestegen, waarna het in 2005 stabiel bleef. In het laatste onderzoeksjaar (2005) werd gemiddeld 5,9 dagen per week groente gegeten, 60% van de deelnemers at elke dag groente.

Het gemiddeld aantal dagen dat er fruit werd gegeten nam met de jaren toe. In het laatste onderzoeksjaar werd er gemiddeld op 5,3 dagen in de week fruit gegeten, ruim de helft (53%) van de deelnemers at dagelijks fruit.

Het percentage deelnemers dat rookte bleef met de jaren gelijk, in het laatste onderzoeksjaar werd door 28% gerookt, 16% was gestopt met roken. Het aantal deelnemers dat gestopt was met roken was alleen in 2004 significant hoger dan in 2002.

Vanwege het hoge niveau van kennis/bewustzijn over diabetes aan het einde van het project, is de aanbeveling om in de toekomst meer aandacht te besteden aan een gezonder gedrag.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Uit Haags onderzoek dat in 1996 is gepubliceerd bleek de zelfgerapporteerde diabetes mellitus¹ onder Hindostanen zes tot tien keer zo hoog te zijn als onder autochtone Nederlanders (1). Een volledige verklaring van het veelvuldig voorkomen van diabetes bij Hindostanen is nog niet voorhanden. In verschillende theorieën, zoals het ‘centrale adipositas – insulineresistentiesyndroom’ en het obesitas-inactiviteit syndroom (2), vervult overgewicht een belangrijke rol. De hypothese is dat een gezonder gedrag, direct en via overgewicht, de kans op het ontwikkelen van diabetes verkleint.

1.2 Projectbeschrijving

In 2002 is de GGD Den Haag gestart met een vierjarig project: “Preventie van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten bij Hindostanen in Den Haag”. Met dit project wordt beoogd door gezonder gedrag de kans op diabetes te verkleinen. Voor een dergelijke gedragsverandering moeten mensen over de nodige kennis beschikken en zich bewust zijn van (het risico op) diabetes en gezond gedrag.

Het project is uitgevoerd door de GGD Den Haag (afdeling Gezondheidsbevordering), Diabetes Vereniging Nederland (afdeling Den Haag), Stichting Federatie Eekta, Thuiszorg Den Haag en Sportsupport, onder leiding van de afdeling Gezondheidsbevordering van de GGD Den Haag. De stuurgroep werd gevormd door de GGD Den Haag, Stichting Surinaams Regionaal Steunpunt en Stichting Federatie Eekta (Hindostaanse zelforganisaties).

In het kader van het project zijn in de periode 2002-2005 diverse activiteiten uitgevoerd, vooral gericht op: kennis en bewustwording (1e jaar), bewegen (2e en 4e jaar) en voeding en overgewicht (3e en 4e jaar). Een overzicht:

- Voorlichting over diabetes tijdens Milan, een jaarlijks Hindostaans festival in het Zuiderpark;
- toneelstukken over diabetes en over overgewicht;
- extra aandacht voor de deelname van Hindostanen aan de nationale gezondheidstest van TNO;
- radioprogramma’s op radiozenders die door veel Hindostanen worden beluisterd (lokaal en landelijk);
- artikelen in kranten en bladen die door veel Hindostanen worden gelezen;
- folders en flyers, waarvan enkele nieuw ontwikkeld;
- groepsvoorlichting door VETC-ers (voorlichters in eigen taal en cultuur);

1 In het vervolg wordt diabetes mellitus (suikerziekte) met diabetes aangeduid.

- expertmeeting georganiseerd door de Hindoeraad Nederland;
- versterking Diabetes Vereniging Nederland afdeling Den Haag.

1.3 Onderzoek tijdens het project

De afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag heeft gedurende het project onderzoek gedaan naar veranderingen bij de volwassen Haagse Hindostanen op het gebied van:

- kennis/bewustzijn: de grotere kans op diabetes bij Hindostanen, risicofactoren en het herkennen van diabetes;
- gedrag: lichaamsbeweging, consumptie van groente en fruit, roken.

In alle vier de projectjaren is kwantitatief onderzoek verricht onder de Haagse Hindostanen van 16 jaar en ouder. Een controlegroep kon niet worden samengesteld, omdat in principe alle Hindostanen aan de interventies blootgesteld konden worden, ook die uit andere steden die bijvoorbeeld als controlegroep hadden kunnen dienen. Om deelnemers voor het onderzoek te werven zijn interviewers ingezet op locaties waar veel Hindostanen komen: 1) Milan, een jaarlijks (eind juli) Hindostaans festival in het Zuiderpark, 2) huisartsen met een grote Hindostaanse patiëntenpopulatie, en 3) religieuze huizen (mandirs en een moskee) waar veel Hindostanen komen. Bij de keuze voor deze locaties is rekening gehouden met de leeftjidsverdeling van de bezoekers, zoals een jongere populatie bij Milan en een oudere populatie bij de huisartsen en religieuze huizen. Op de gekozen locaties werd geprobeerd zo veel mogelijk mensen die in aanmerking kwamen voor het onderzoek (Haagse Hindostaan van 16 jaar of ouder) een vragenlijst te laten invullen.

De metingen vonden elk jaar plaats van eind juli tot eind augustus. In de zomer van 2002 was de eerste meting. Omdat de interventies op dat moment van start gingen kan deze meting worden gezien als nulmeting. Na de vierde meting (2005) zijn geen interventies meer uitgevoerd, waardoor deze meting als eindmeting van de evaluatie wordt beschouwd. De resultaten betreffen hierdoor alleen de veranderingen in kennis/bewustzijn en gedrag gedurende de looptijd van het project.

De methode van gegevensverzameling is aangepast aan de locatie. Zo hebben tijdens het festival jaarlijks twaalf (geïnstreerde) Hindostanen mondeling de vragenlijst afgenomen bij zoveel mogelijk Haagse Hindostaanse bezoekers. Hierdoor werd voorkomen dat de vragenlijst werd beschouwd als folder die men aannam en weggooide of die men na het invullen vergat naar een in-

zamelpunt te brengen. Ook werd zo voorkomen dat de deelnemer tijdens het invullen werd afgeleid en stopte. In de wachtkamer van de huisarts werd in verband met de privacy -alle andere wachtenden kunnen daar immers meeluisteren- de vragenlijst zoveel mogelijk door de deelnemers zelf ingevuld. Er was een interviewer aanwezig voor het uitdelen en inzamelen van de vragenlijst, en voor het beantwoorden van eventuele vragen of hulp aan mensen die bijvoorbeeld geen Nederlands konden lezen of geen bril bij zich hadden. In de mandirs en de moskee waren drie of vier interviewers aanwezig om na afloop van de dienst zoveel mogelijk vragenlijsten uit te delen. Tijdens de dienst vroeg de pandit, imam of bestuurder al aandacht voor het onderzoek. Hiermee werd voorkomen dat de bezoekers na de dienst direct zouden opstaan en weggaan. Zodra de vragenlijsten waren uitgedeeld hielpen de interviewers de deelnemers die de vragen niet zelf konden beantwoorden, de overige deelnemers vulden de lijst zelf in. Gezien de methode van gegevensverzameling is de vragenlijst kort gehouden, het invullen kon in vijf minuten.

Met behulp van regressieanalyse en correctie voor geslacht, leeftijd, het hebben van diabetes en de locatie van gegevensverzameling is per vraag onderzocht of er een verandering is in de tijd. Op deze manier is ook gekeken of er op deze gebieden verschillen zijn tussen mannen en vrouwen, tussen diverse leeftijdscategorieën en tussen de deelnemers met en zonder diabetes; bij de analyses is rekening gehouden met de locatie van gegevensverzameling. Indien in de resultaten geen verschillen tussen de subgroepen vermeld staan zijn de gevonden verschillen niet significant.

1.4 Opbouw rapportage

De resultaten van het onderzoek staan achtereenvolgens beschreven in de volgende hoofdstukken. Eerst wordt ingegaan op een aantal kenmerken van de deelnemers (onderzoeksgroep). Daarna worden de resultaten per aandachtsgebied weergegeven: in hoofdstuk 3 kennis/bewustzijn en in hoofdstuk 4 gedrag. In hoofdstuk 5 staan de conclusies van dit onderzoek en een bespreking hiervan. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een aanbeveling.

2. Onderzoeksgroep

Het streven was elk jaar gegevens van 1.400 Haagse Hindostanen te verzamelen op de drie locaties. In tabel 1 staat het percentage deelnemers weergegeven per geslacht, leeftijdscategorie en het hebben van diabetes; tevens is het aantal Haagse Hindostanen weergegeven dat elk jaar meedeed.

Tabel 1. Percentage deelnemers per jaar naar locatie van onderzoek, geslacht, leeftijd en het hebben van diabetes.

	2002	2003	2004	2005	Totaal
	%	%	%	%	%
Locatie:					
Milan	72	75	72	74	73
Huisartsen	18	16	18	14	16
Mandirs/moskee	11	9	10	12	11
Geslacht:					
Man	50	47	49	54	50
Vrouw	50	53	51	47	50
Leeftijd:					
16-29 jaar	42	47	40	37	42
30-49 jaar	39	34	36	43	38
50-59 jaar	12	11	12	12	12
60 jaar en ouder	7	7	12	8	9
Heeft diabetes:					
Ja	17	11	14	13	14
Nee	83	89	86	88	87
Aantal deelnemers:	1.436	1.393	1.278	1.384	5.491

In totaal zijn 5.491 door Haagse Hindostanen ingevulde vragenlijsten verzameld. Het streefaantal van 1.400 deelnemers per jaar is, bij benadering, elk jaar gehaald. In 2004 is het laagste aantal deelnemers gehaald, waarschijnlijk als gevolg van het slechte weer tijdens Milan in dat jaar. In totaal werd bijna driekwart (73%) van de interviews gehouden tijdens Milan.

Aan het onderzoek hebben ongeveer evenveel mannen als vrouwen deelgenomen. De verdeling van de deelnemers per leeftijdscategorie is vergeleken met de leeftijdsverdeling van de Surinamers² in Den Haag. Hieruit blijkt dat aan het onderzoek relatief meer 16-29-jarigen hebben deelgenomen, en

2 Er zijn geen gegevens voor Hindostanen afzonderlijk bekend.

relatief minder 30-50-jarigen dan er in Den Haag wonen. Om deze reden zijn de vervolganalyses gewogen naar leeftijd. Dit is een wiskundige methode om ondanks de onder- en oververtegenwoordiging van deelnemers in leeftijds-groepen toch uitslagen te berekenen die representatief zijn voor de gehele groep.

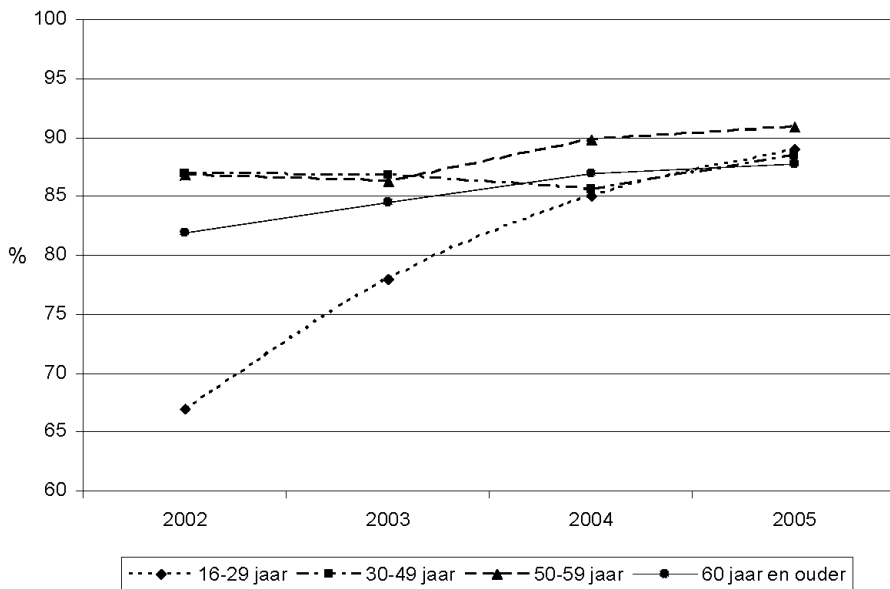
Bijna één op de zeven deelnemers (14%) gaf aan diabetes te hebben. Dit percentage varieerde per jaar (11%-17%).

3. Kennis/bewustzijn

3.1 Hindostanen grotere kans dan Nederlanders

De deelnemers is gevraagd of Hindostanen een grotere kans op diabetes hebben dan Nederlanders. Het goede antwoord is ja: Hindostanen hebben een grotere kans op diabetes dan Nederlanders. De meerderheid van de Hindostanen (gemiddeld 85%) gaf het goede antwoord. Dit percentage steeg van 80% in 2002 tot 89% in 2005.

Tussen 2002 en 2005 is het percentage goede antwoorden vooral in de groep 16-29-jarigen toegenomen (figuur 1). Vrouwen en deelnemers met diabetes gaven vaker dan mannen en deelnemers zonder diabetes aan, dat Hindostanen een grotere kans hebben op diabetes.

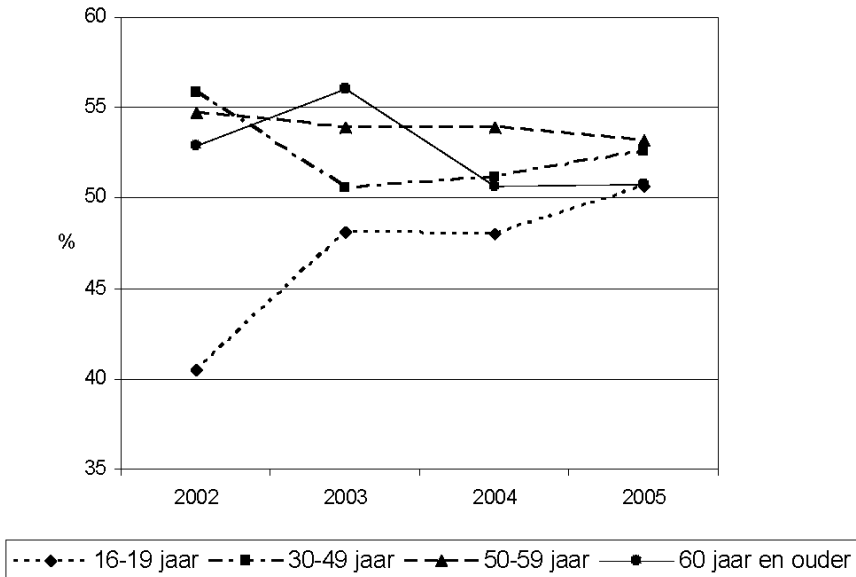


Figuur 1. Percentage dat aangeeft dat Hindostanen een grotere kans hebben op diabetes dan Nederlanders (goede antwoord) naar leeftijd en jaar van meting. Den Haag 2002 - 2005.

3.2 Percentage Hindostanen dat diabetes zal krijgen

De deelnemers is gevraagd hoeveel procent van de Hindostanen volgens hen diabetes zal krijgen. Gemiddeld werd geantwoord dat 50 procent van de

Hindostanen diabetes zal krijgen. Dit percentage steeg van 48% in 2002 naar 52% in 2005. Vooral onder jongeren tot 29 jaar steeg dit percentage (figuur 2). Vrouwen noemden gemiddeld een hoger percentage dan mannen, mensen met diabetes noemden een hoger percentage dan mensen zonder diabetes.



Figuur 2. Percentage Hindostanen dat volgens de deelnemers diabetes zal krijgen naar leeftijd en jaar van meting. Den Haag 2002 - 2005.

Vervolgens is de deelnemers die geen diabetes hebben gevraagd aan te geven of zij denken of zij zelf meer, minder of evenveel kans hebben op diabetes dan de gemiddelde Hindostaan. Deze antwoorden zijn door de onderzoeker niet goed of fout te rekenen. Het gaat om de antwoorden op de vervolgvraag naar waarom ze dat antwoord gaven. Elke deelnemer kon meerdere redenen noemen. In tabel 2 staan de redenen die werden genoemd. Erfelijkheid (35% van de redenen) en voeding (33% van de redenen) werden het meest genoemd.

Tabel 2. Redenen voor meer/minder/evenveel kans op diabetes ten opzichte van gemiddeld bij de Hindostanen.

Vaak genoemd (> 25%)	Aantal keer genoemd (> 1%)	Enkele keren genoemd (> 10 keer)	Zelden genoemd (≤ 10 keer)
Erfelijk, zit in de familie	Lichaamsbeweging	Lichaamsgewicht	Andere ziekte
Voeding, algemeen	Leefstijl, algemeen	Groente en fruit	Voorlichting, kennis
	Zoetigheid	Vetten en oliën	Geboorteland
	Erfelijk, Hindostaans	Stress en ontspanning	Generatie
	Ben gezond	Alcohol	(overslaan van)
	Iedereen heeft kans	Roken	(Hard) werken
	Leeftijd	Testen of controle	Aan denken
	Rijst, zetmeel	door arts	Vooroordeel
		Vegetarisch	
		Massala, kruiden	
		Geloof, leefregels	

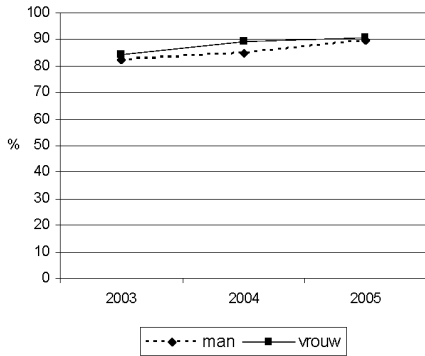
Lichaamsbeweging is ook een beschermende factor voor diabetes, maar dat dit minder genoemd werd dan erfelijkheid en voeding hoeft niet te betekenen dat de deelnemers niet wisten dat lichaamsbeweging belangrijk is. Het ging om de inschatting van de eigen kans op diabetes en de redenen die daaraan in hun eigen leven bijdragen. Uit deze tabel kunnen onder andere een aantal mythen worden gehaald, zoals de invloed van massala en eraan denken op het krijgen van diabetes, en dat diabetes een generatie zou overslaan.

3.3 Risicofactoren van diabetes

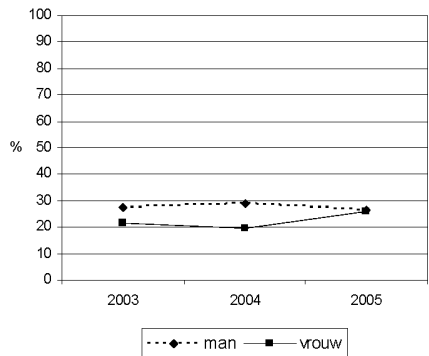
De deelnemers werd gevraagd of overgewicht, het eten van rijst, het eten van vis en het voorkomen van diabetes in de familie de kans op het krijgen van diabetes vergroot. Bij overgewicht en het voorkomen van diabetes in de familie is de kans op het krijgen van diabetes inderdaad groter, bij het eten van rijst en vis is dit niet het geval. In 2002 bleek dat deze vragen verkeerd werden begrepen. Daarom is de formulering van deze vragen in de volgende jaren aangepast en is in de analyses het jaar 2002 buiten beschouwing gelaten.

Bij alle vier de vragen steeg het aantal goede antwoorden tussen 2003 – 2005 licht maar significant (figuur 3, 4, 5 en 6). In totaal heeft in het laatste onderzoeksjaar (2005) meer dan tachtig procent de vragen over overgewicht (84%), vis (84%) en het voorkomen van diabetes in de familie (88%) goed beantwoord. Dat het eten van rijst niet een grotere kans op diabetes geeft was bij

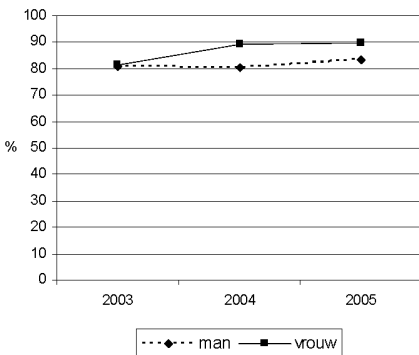
veel minder Hindostanen bekend, deze vraag werd in 2005 door slechts 27% goed beantwoord. Vrouwen gaven bij de vragen over overgewicht, vis en het voorkomen in de familie vaker een goed antwoord dan mannen. Mannen gaven bij de vraag over rijst vaker een goed antwoord. Op de vragen over overgewicht en diabetes in de familie gaven mensen met diabetes vaker een goed antwoord dan mensen zonder diabetes. Ouderen gaven vaker dan jongeren een goed antwoord op de vraag over het eten van rijst.



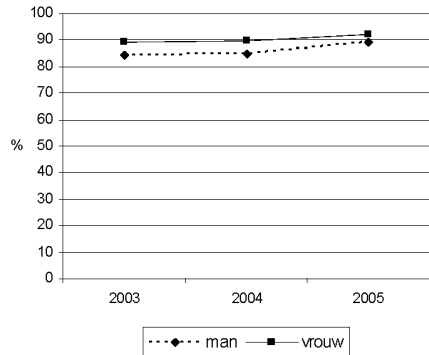
Figuur 3. Percentage dat aangaf dat overgewicht de kans op diabetes wel vergroot (het goede antwoord) naar geslacht en jaar van meting. Den Haag 2003 - 2005.



Figuur 4. Percentage dat aangaf dat het eten van rijst de kans op diabetes niet vergroot (het goede antwoord) naar geslacht en jaar van meting. Den Haag 2003 - 2005.



Figuur 5. Percentage dat aangaf dat het eten van vis de kans op diabetes niet vergroot (het goede antwoord) naar geslacht en jaar van meting. Den Haag 2003 - 2005.



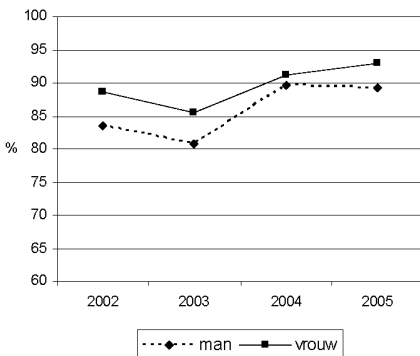
Figuur 6. Percentage dat aangaf dat het voorkomen van diabetes in de familie de kans op diabetes wel vergroot (het goede antwoord) naar geslacht en jaar van meting. Den Haag 2003 - 2005.

3.4 Herkennen

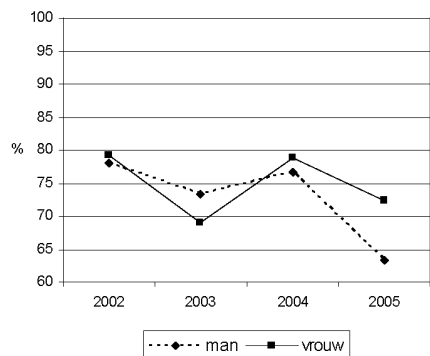
De deelnemers is jaarlijks een aantal symptomen voorgelegd, waarvan moest worden aangegeven of hieraan te herkennen is dat iemand diabetes heeft.

De voorgelegde symptomen waren: rode puistjes en hoge koorts; haaruitval en bleek en mager zijn; veel dorst, vaak plassen en altijd moe zijn. Alleen de laatste symptomen, veel dorst, vaak plassen en altijd moe zijn, zijn symptomen van diabetes.

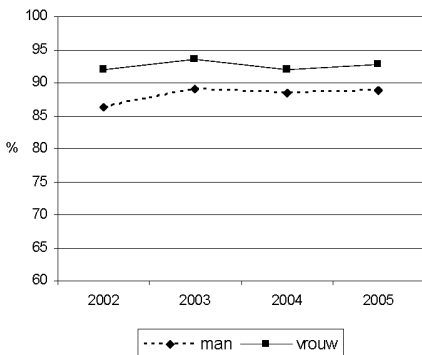
Bij rode puistjes en hoge koorts was het percentage goede antwoorden in 2003 lager dan in andere jaren (figuur 7). Na 2003 was er een significante stijging van het aantal goede antwoorden. In 2005 hadden de meeste deelnemers (91%) deze vraag goed beantwoord. Opvallend is de daling van het aantal goede antwoorden in 2005 bij de vraag over haaruitval, bleek en mager zijn (in 2005 67%; figuur 8). Er waren tussen 2002 en 2005 geen significante veranderingen in het aantal goede antwoorden op de vraag over veel dorst, vaak plassen en altijd moe (figuur 9). Aan het eind van het project (2005) hadden de meeste deelnemers, 91%, de vraag over veel dorst e.d. goed. In de figuren 8, 9 en 10 staat per geslacht weergegeven hoe vaak juiste antwoorden zijn gegeven.



Figuur 7. Percentage dat aangaf dat diabetes niet te herkennen is aan rode puistjes en hoge koorts (goede antwoord) naar geslacht en jaar van meting. Den Haag 2002 – 2005.



Figuur 8. Percentage dat aangaf dat diabetes niet te herkennen is aan haaruitval hebben en bleek en mager zijn (goede antwoord) naar geslacht en jaar van meting. Den Haag 2002 – 2005.



Figuur 9. Percentage dat aangaf dat diabetes wel te herkennen is aan veel dorst hebben, vaak moeten plassen en altijd moe zijn (goede antwoord) naar geslacht en jaar van meting. Den Haag 2002 – 2005.

Vrouwen beantwoordden de vragen over het herkennen van diabetes vaker goed dan mannen. Deelnemers zonder diabetes gaven vaker de goede antwoorden op de vragen over rode puistjes en hoge koorts en over haaruitval en bleek en mager zien; deelnemers met diabetes gaven vaker het goede antwoord op de vraag over veel dorst, vaak plassen en altijd moe zijn. De vraag over veel dorst, vaak plassen en altijd moe zijn werd ook vaker goed beantwoord door ouderen.

De vragen over rode puistjes en hoge koorts, en over haaruitval, bleek en mager zijn, werd door tien procent van de deelnemers niet ingevuld. Het aantal niet ingevulde vragen was bij veel dorst, vaak plassen en altijd moe zijn veel minder. Mogelijk is dit te verklaren doordat een deel van de deelnemers het goede antwoord al zag staan, en daarom alleen ‘ja’ heeft aangegeven bij de laatste symptomen (dorst, plassen en moe) en geen antwoord meer hebben neergezet bij de eerste twee genoemde symptomen (rode puistjes en koorts en haaruitval, bleek en mager). Bij de berekening van het percentage goede antwoorden zijn de deelnemers die geen antwoord gaven buiten beschouwing gelaten.

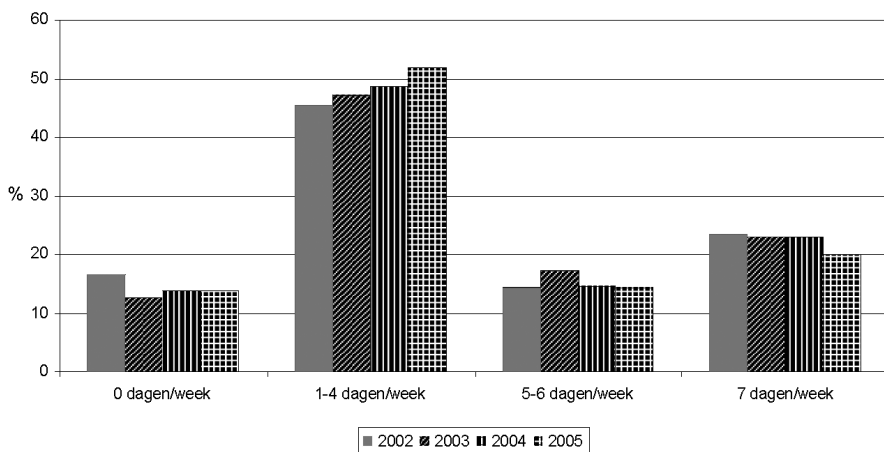
4. Gedrag

Ten aanzien van het gedrag is gevraagd naar de lichaamsbeweging, de consumptie van groente en de consumptie van fruit. Voor elk van deze gedragingen werd de deelnemers gevraagd uit te gaan van een gemiddelde week, en aan te geven op hoeveel dagen van de week zij dit doen. Ook werd gevraagd naar de hoeveelheid, maar niet voldoende nauwkeurig om te kunnen vergelijken met de landelijke normen. Omdat de vragen elk jaar hetzelfde waren is een trendanalyse gedaan op basis waarvan wel kan worden geconcludeerd of de hoeveelheid (beweging/groente-/fruitconsumptie) in de periode 2002-2005 is veranderd. Tevens kan worden geconcludeerd dat iedereen die met het aantal dagen onder de aanbeveling zit, dit gedrag in ieder geval onvoldoende vertoont en niet aan de norm voldoet.

4.1 Lichaamsbeweging

Bij de vraag naar lichaamsbeweging werd als voorbeeld 'sporten, fietsen, yoga, dansen, tuinieren en dergelijke' genoemd. Wij beschouwen de intensiteit van deze activiteiten als matig intensief of zwaarder. De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) is voor volwassenen tenminste vijf dagen per week 30 minuten matig actief bewegen, maar bij voorkeur elke dag (3).

Het gemiddeld aantal dagen dat de deelnemers in het laatste onderzoeksjaar (2005) per week aan lichaamsbeweging deden was 3,4; dit verschilde niet per jaar van meting. In de loop van het project is het percentage deelnemers dat niet bewoog afgenomen, het percentage deelnemers dat 1 tot 4 dagen bewoog nam toe, en het percentage deelnemers dat 7 dagen per week bewoog nam af (figuur 10). In de totale groep bewoog in het laatste onderzoeksjaar 34% tenminste vijf dagen per week, wat betekent dat tweederde in ieder geval niet aan de NNGB voldoet. Twintig procent bewoog in het laatste onderzoeksjaar elke dag. Mannen deden op meer dagen per week aan beweging dan vrouwen. Ook personen ouder dan 50 jaar gaven aan op meer dagen per week aan beweging te doen dan personen jonger dan 50.



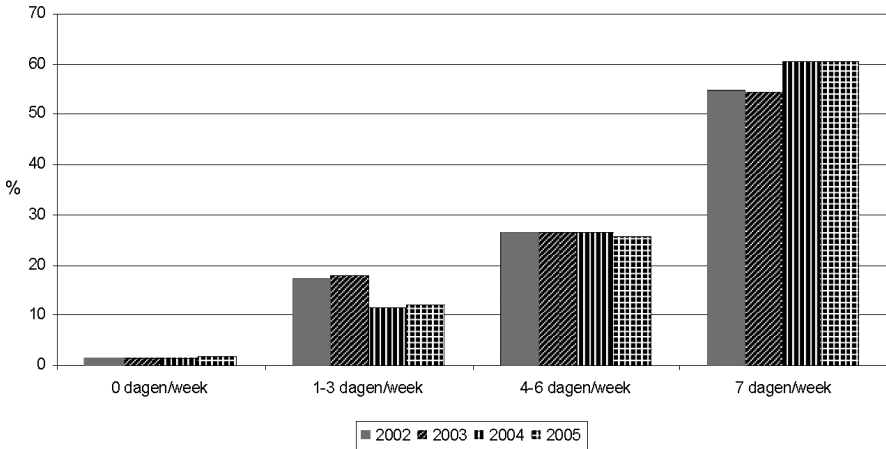
Figuur 10. Percentage deelnemers naar aantal dagen per week lichaamsbeweging per jaar van meting. Den Haag 2002 – 2005.

De trendanalyse van de totale tijdsduur die per week aan lichaamsbeweging werd besteed liet zien dat er tot 2004 een stijging was. In 2005 daalde dit aantal uren echter weer tot het niveau van 2002.

4.2 Groente

De landelijk aanbevolen hoeveelheid groente per persoon is elke dag tenminste 200 gram (4 opscheplepels) (4). In alle onderzoeksjaren at ruim de helft van de deelnemers elke dag groente, in 2002 en 2003 was dat 55%, dit is gestegen naar 61% in 2004 en 60% in 2005 (figuur 11). Het gemiddeld aantal dagen dat groente werd gegeten is tussen 2003 en 2004 licht gestegen, waarna het in 2005 stabiel bleef. In het laatste onderzoeksjaar (2005) werd gemiddeld 5,9 dagen per week groente gegeten. Ongeveer één op de zeven (13%) deelnemers at in het laatste onderzoeksjaar drie dagen per week of minder groente, dit is minder dan om de dag.

Meer vrouwen dan mannen aten elke dag van de week groente. De 60-plussers aten vaker groente dan de 16-29-jarigen. De totale hoeveelheid gegeten groente nam toe tot 2004, in 2005 daalde de hoeveelheid gegeten groente tot het niveau van 2002/2003.

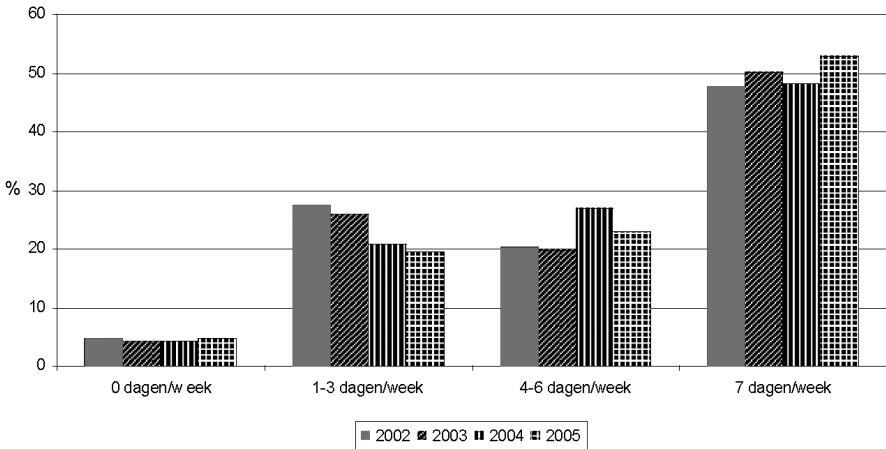


Figuur 11. Percentage deelnemers naar aantal dagen groenteconsumptie per week. Den Haag 2002 – 2005.

4.3 Fruit

In Nederland wordt aanbevolen om dagelijks twee porties fruit (200 gram) te eten. De helft van de deelnemers at dagelijks fruit. Het percentage deelnemers dat dagelijks fruit at steeg van 48% in 2002 naar 53% in 2005. Het percentage deelnemers dat 1 tot 3 dagen in de week fruit at daalde in diezelfde periode van 27% naar 20% (figuur 12). Het gemiddeld aantal dagen dat er fruit werd gegeten nam met de jaren toe. Gemiddeld werd er in het laatste onderzoeksjaar (2005) op 5,3 dagen in de week fruit gegeten.

Meer vrouwen dan mannen aten elke dag fruit. Jongeren aten minder vaak dagelijks fruit, in tegenstelling tot 60-plussers (73% bij 60-plussers ten opzichte van 33% bij 16-29-jarigen). Na de meting in 2002 was er een toename van de totale hoeveelheid fruit, vanaf 2003 nam deze consumptie weer wat af.

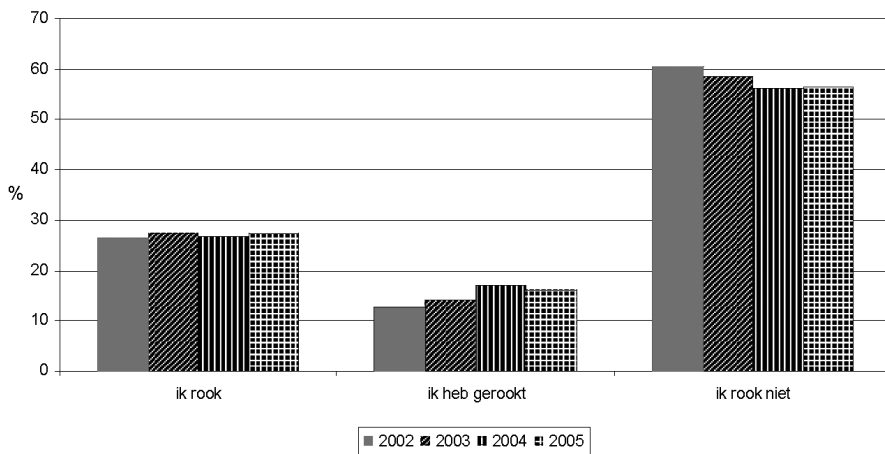


Figuur 12. Percentage deelnemers naar aantal dagen fruitconsumptie per week in vier categorieën. Den Haag 2002 – 2005.

4.4 Roken

De deelnemers is gevraagd of zij roken, hebben gerookt of nooit hebben gerookt. Het percentage dat rookte bleef met de jaren gelijk, in het laatste onderzoeksjaar werd door 28% gerookt (figuur 13). 16% van de deelnemers was in 2005 gestopt met roken. Het aantal deelnemers dat gestopt was met roken steeg vanaf 2003, maar was alleen in 2004 significant hoger dan in 2002.

Mannen en jongeren gaven vaker dan anderen aan te roken. Deelnemers met diabetes, mannen en deelnemers ouder dan 60 jaar waren vaker ex-rokers dan anderen.



Figuur 13. Percentage deelnemers naar roken en meting. Den Haag 2002 – 2005.

5. Conclusies, bespreking en aanbeveling

5.1 Conclusies

Vooraf onder de 16-29-jarigen is het bewustzijn van het grotere risico op diabetes van Hindostanen gestegen. In alle leeftijdsgroepen samen wist in het laatste onderzoeksjaar 89% van dit grotere risico.

De kennis over risicofactoren is gedurende de looptijd van het project gestegen. Ruim tachtig procent van de deelnemers wist in het laatste onderzoeksjaar dat overgewicht (84%) en het voorkomen van diabetes in de familie (88%) de kans op diabetes vergroten, en dat de consumptie van vis de kans op diabetes niet vergroot (84%). Bijna driekwart (73%) van de Hindostanen dacht nog steeds foutief dat de consumptie van rijst de kans op diabetes vergroot.

Kennis over het herkennen van diabetes was gedurende het gehele project goed, in het laatste onderzoeksjaar (2005) wist 91% van de deelnemers dat diabetes te herkennen is aan veel dorst, vaak plassen en altijd moe zijn.

Het gemiddeld aantal dagen per week dat men in het laatste onderzoeksjaar (2005) aan lichaamsbeweging deed is 3,4; dit verschilde niet per jaar van meting. Een vijfde van de deelnemers deed in het laatste onderzoeksjaar elke dag aan lichaamsbeweging.

Het aantal dagen dat men groente at is tussen 2003 en 2004 licht gestegen, waarna het in 2005 stabiel bleef. In het laatste onderzoeksjaar (2005) werd gemiddeld 5,9 dagen per week groente gegeten, 60% van de deelnemers at elke dag groente.

Het gemiddeld aantal dagen dat er fruit werd gegeten nam met de jaren toe. In het laatste onderzoeksjaar werd er gemiddeld op 5,3 dagen in de week fruit gegeten, ruim de helft (53%) van de deelnemers at dagelijks fruit.

Het percentage dat rookte bleef met de jaren gelijk, in het laatste onderzoeksjaar werd door 28% gerookt, 16% was gestopt met roken. Het aantal deelnemers dat gestopt was met roken was alleen in 2004 significant hoger dan in 2002.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat kennis en bewustzijn zijn gestegen, en dat deze in het laatste onderzoeksjaar op een hoog niveau waren.

Van de gedragsaspecten is een toename te zien in het aantal dagen dat groente en fruit werd geconsumeerd. Het aantal dagen dat aan lichaamsbeweging werd gedaan en het percentage rokers is gedurende de onderzoeksperiode gelijk gebleven. Voor zowel lichaamsbeweging, groente- als fruitconsumptie is in ieder geval een verdere verhoging van het aantal dagen noodzakelijk om aan de nationale aanbeveling te kunnen voldoen.

5.2 Bespreking

De deelnemers zijn geworven op locaties waar veel Hindostanen komen. Het trekken van een aselechte steekproef, bijvoorbeeld uit het bevolkingsregister, heeft over het algemeen de voorkeur in dit type onderzoek. Een aselechte steekproef is representatief en geeft meer inzicht in algemene kenmerken (leeftijd en geslacht) van het deel van de populatie dat niet wordt bereikt. Voor een dergelijke steekproeftrekking is niet gekozen omdat de verwachting was dat na een mondelinge of telefonische uitnodiging veel meer Hindostanen tot deelname bereid waren dan na een schriftelijke. De telefonische benadering was ook geen optie omdat de telefoonnummers niet in het bevolkingsregister staan, slecht bekend zijn en veel veranderen, waardoor het achterhalen van deze nummers onvoldoende resultaat zou opleveren. Een andere reden waarom niet voor de aselechte steekproef is gekozen is dat in het bevolkingsregister niet geregistreerd staat wie Hindostaans is. Daardoor zou een inschatting gemaakt moeten worden op basis van de Surinaamse herkomst en de achternaam.

De representativiteit van de deelnemers aan dit onderzoek ten opzichte van de totale groep volwassen Haagse Hindostanen is zoveel mogelijk gewaarborgd door de verschillende locaties waar de deelnemers werden geworven.

Daarnaast was de ervaring van de interviewers dat de meeste aangesproken Hindostanen bereid waren om mee te werken. Dit laatste betekent dat er waarschijnlijk een lage non-respons is, waardoor de kans op vertekening ten gevolge van non-respons klein is.

De gegevens werden verzameld in de periode eind juli – augustus, een periode waarin veel mensen met vakantie zijn. De verwachting is echter dat dit geen groot probleem is, omdat veel Hindostanen tijdens Milan nog niet op vakantie zijn. Omdat de gegevens elk jaar in dezelfde periode werden verzameld, zal een eventuele selectie in de onderzoekspopulatie door de vakantie niet van invloed zijn op de gevonden veranderingen gedurende de looptijd van het project. Ook seizoensinvloeden zijn hierdoor uitgesloten.

Het onderzoeken van veranderingen door interventies die gericht zijn op het bevorderen van gezond gedrag in een algemene populatie is methodologisch lastig. Dat speelt ook bij dit onderzoek. Een controlegroep mag niet worden blootgesteld aan de interventies, en in dit project is dit niet te vermijden door de activiteiten op Milan en de aandacht in de lokale en landelijke media. Door het ontbreken van een controlegroep is het onduidelijk of de bereikte resultaten ook het gevolg zijn van de ingezette interventies. Gezien de veelheid aan interventies is de verwachting echter dat de interventies van dit project wel een bijdrage zullen hebben geleverd aan het bereikte resultaat. Echter, het blijft onduidelijk welke interventie nu precies welk effect heeft gehad.

In de vier projectjaren stonden bewustzijn, kennis, lichaamsbeweging en voeding en overgewicht centraal. Roken zat hier niet bij, terwijl dit wel in dit onderzoek is opgenomen. Reden hiervoor was het oorspronkelijke plan om roken mogelijk in het vierde projectjaar centraal te laten staan. Uiteindelijk is er echter voor gekozen om in dit vierde jaar roken niet centraal te stellen, maar in plaats daarvan lichaamsbeweging, voeding en overgewicht. Deze onderwerpen hadden al centraal gestaan in eerdere projectjaren, maar er konden meer activiteiten ingezet worden dan tot dan toe was gerealiseerd. De resultaten op het gebied van roken zijn wel gepresenteerd omdat hier vanuit andere projecten aandacht aan besteed was en omdat de informatie hierover bij kan dragen aan de besluitvorming van een eventueel vervolgetraject in het kader van gezondheidsbevordering.

5.3 Aanbeveling

Ondanks de beperkingen zoals hierboven genoemd, zijn er gedurende de projectjaren verschillende toenames op de gebieden kennis/bewustzijn en gedrag. Gezien de grote inzet van activiteiten en het ingeschatte bereik is de verwachting dat het project heeft bijgedragen aan deze positieve veranderingen. Op het terrein van gedragsverandering valt echter nog winst te boeken, aangezien de nationale normen voor lichaamsbeweging en de consumptie van groente en fruit (gerelateerd aan het aantal dagen) door een groot deel van de doelgroep nog niet worden gehaald.

6. Literatuur

- 1 Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterftegegevens. Epidemiologisch bulletin 1996;31(2):5-11.
- 2 Middelkoop BJC. Waarom hebben Hindostanen zo vaak suikerziekte? Een overzicht van de literatuur. Epidemiologisch bulletin 1999;34(4):15-21.
- 3 <http://www.bewegingsvraagstukken.nl/themas/NBN.html>.
Geraadpleegd op 29-09-2006.
- 4 http://www.voedingscentrum.nl/voedingscentrum/Public/Dynamisch/-hoe+eet+ik+gezond/hoeveelheden+per+dag/hoeveelheden+per+dag_.htm.
Geraadpleegd op 29-09-2006.

