

Overgewicht en obesitas in Drenthe





Willem Jan van der Veen (auteur)
Marjan Kuilman
Nynke van Zanden

Themaraapporten GGD Drenthe
Assen, februari 2014

www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl

Overname van gegevens is alleen toegestaan,
mits voorzien van de volgende bronvermelding:
GGD Drenthe. *Overgewicht en obesitas in Drenthe*.
Assen, februari 2014

Inhoud

Inhoud	i
Samenvatting.....	iii
1. Inleiding	1
1.1. Verkenning van het thema	1
Trends	1
Leeftijdsgroepen	1
Risicogroepen	1
Gedrag	1
Gezondheid	2
Geografische verschillen	2
1.2. Vraagstelling	2
1.3. Aanpak in dit themarapport	2
2. Kinderen en jongeren	5
2.1. Inleiding	5
2.2. Drentse kinderen en jongeren in beeld.....	5
2.2.1. Trends en prevalenties naar geslacht.....	5
2.2.2. Prevalenties op verschillende leeftijden	6
2.2.3. Gedrag: bewegen, eten en drinken.....	7
2.2.4. Overgewicht en psychosociale gezondheid	10
2.2.5. Opleidingsniveau	13
2.2.6. Drentse gemeenten.....	14
2.3. Literatuur	18
Trends	18
Prevalenties op verschillende leeftijden	18
Gedrag: bewegen, eten en drinken.....	19
Overgewicht en psychosociale gezondheid	19
Opleidingsniveau	20
Drentse gemeenten.....	21
3. Volwassenen en ouderen	23
3.1. Inleiding	23
3.2. Drentse volwassenen en ouderen in beeld.....	23
3.2.1. Trends en prevalenties naar geslacht.....	23
3.2.2. Prevalenties op verschillende leeftijden	24
3.2.3. Leefstijl van volwassenen	25

3.2.4.	Sociaal-economische status	26
3.2.5.	Gezondheid	28
3.2.6.	Drentse gemeenten.....	35
3.3.	Literatuur.....	40
	Prevalenties op verschillende leeftijden	40
	Sociaal-economische status	40
	Gezondheid	41
	Interpretatie van epidemiologische gegevens	42
4.	Beschouwing	43
4.1.	Inleiding	43
4.2.	Overgewicht op verschillende leeftijden.....	43
	Aanknopingspunten voor beleid	44
4.3.	Gezondheid en welbevinden.....	44
	Aanknopingspunten voor beleid	44
4.4.	Sociaal-economische status	45
	Aanknopingspunten voor beleid	45
4.5.	Gemeenten.....	45
	Aanknopingspunten voor beleid	45
4.6.	Verder onderzoek.....	45
	Longitudinaal onderzoek.....	45
	Attitudes en intenties.....	46
	Bijlage: definities en standaarden	47
	De Body Mass Index	47
	Bijlage: Informatiebronnen GGD Drenthe.....	49
	Inleiding	49
	Kinderen en jongeren	49
	Selectie van schoolgegevens	49
	Registratie in het elektronisch kinddossier KD+.....	50
	Volwassenenenonderzoek	50
	Ouderenonderzoek	50
	Literatuur.....	51

Samenvatting

Overgewicht en obesitas zijn belangrijke gezondheidsproblemen in Drenthe geworden, zoals ook in de rest van Nederland. In Drenthe zijn de prevalenties van overgewicht zelfs bovengemiddeld geweest. Hoewel elders wordt gesuggereerd dat de epidemie van overgewicht over zijn hoogtepunt heen zou zijn kan dat voor Drenthe voornog niet geconcludeerd worden. Zowel bij jongeren als op hogere leeftijden zijn de prevalenties nog gestegen. Bij volwassenen en ouderen valt op dat een verschuiving gaande is van matig overgewicht naar ernstig overgewicht (obesitas). Overgewicht en obesitas komen niet in alle Drentse gemeenten in dezelfde mate voor.

Op jonge leeftijd wordt zichtbaar dat kinderen in Drenthe met overgewicht problemen ervaren in de omgang met leeftijdsgenoten. Vooral jongeren met obesitas hebben vaker een verhoogd risico op psychosociale problemen en worden relatief vaak gepest. Volwassenen en ouderen met obesitas rapporteren beduidend vaker een matig of slecht ervaren gezondheid, eenzaamheid, functionele beperkingen, chronische aandoeningen en contacten met zorgverleners. Obese volwassenen zijn meer dan twee maal zo vaak arbeidsongeschikt als volwassenen met een normaal gewicht.

De leefstijl is een belangrijke determinant die de prevalenties van overgewicht beïnvloedt. In de adolescentie is een verslechtering van de leefstijl van jongeren waarneembaar. HAVO- en VWO-scholieren hebben duidelijk een meer gezonde leefstijl dan scholieren in het VMBO en ze hebben minder overgewicht en obesitas. Volwassenen van middelbare leeftijd hebben een meer gezonde leefstijl, maar bij hen is de prevalentie van overgewicht en obesitas tezamen al boven 60% gestegen. Voor volwassenen en ouderen geldt verder dat een lage opleiding, een laag inkomen en het rondkomen met alleen AOW vooral sterk samenhangen met obesitas.

De volgende aanknopingspunten voor beleid worden vanuit de resultaten van dit themarapport geformuleerd:

- Om te voorkomen dat kinderen al vroeg in hun leven te zwaar worden en hun overgewicht tot in de adolescentie en volwassenheid behouden is het belangrijk om preventie te richten op de vroege ontwikkelingsfase van kinderen. Kinderen op de voorschoolse opvang en het basisonderwijs vormen vanuit dit oogpunt de doelgroep met de hoogste prioriteit. Door jong-volwassenen (ouders, aankomende ouders) te kiezen als doelgroep voor programma's gericht op primaire preventie kan de keten van het doorgeven van een ongewenste leefstijl doorbroken worden.
- Het is belangrijk om obesitas niet alleen te zien als een probleem dat met behulp van primaire preventie te voorkomen is, maar ook in te zetten op secundaire en tertiaire preventie.
- Beleid dat integraal gericht is op de beïnvloeding van zowel individueel gedrag als van de sociale en fysieke omgeving heeft betere papieren om overgewicht en obesitas te verminderen dan beleid dat enkel gericht is op het individuele gedrag.
- Voorbeelden van beïnvloedbare factoren in de gemeente zijn de inrichting van de fysieke ruimte, intersectoraal beleid in de gemeente en gezondheidsbeleid op scholen. Samenwerkingsverbanden met lokale partners, scholen en het bedrijfsleven kunnen bijdragen aan de inrichting van de lokale leefwereld zodat mensen als vanzelfsprekend gezonde keuzes maken.

1. Inleiding

1.1. Verkenning van het thema

Wereldwijd is het aantal mensen dat te maken heeft met overgewicht en obesitas gedurende de afgelopen decennia sterk toegenomen. Men spreekt wel van een wereldwijde epidemie of van 'globesitas'. De contouren van deze epidemie waren het eerst zichtbaar in de jaren zeventig in de Verenigde Staten. De huidige Nederlandse stand van zaken wordt wel vergeleken met de Amerikaanse context van die tijd: van de Nederlandse volwassen bevolking heeft tegenwoordig rond de helft te maken met overgewicht, waarbij ruim tien procent ernstig overgewicht (obesitas) heeft (Dagevos en Dagevos, 2008). De prevalentie van overgewicht is ook op jonge leeftijd sterk gestegen. Vanuit de wetenschap dat overgewicht op jonge leeftijd gezondheidsrisico's op latere leeftijd met zich mee zal brengen zijn preventie-programma's zich steeds meer gaan richten op kinderen en jongeren. De kinderleeftijd wordt gezien als een fase waarin risico's op overgewicht omgebogen kunnen worden en een gezonde leefstijl aangeleerd kan worden. Een belangrijke groep waar preventie effectief kan zijn is die van ouders van jonge kinderen. Zij geven vorm aan de leefomgeving en de leefstijl van hun kinderen en bepalen tegelijkertijd ook met hun eigen leefstijl of zij zelf in goede gezondheid ouder worden of niet.

In dit themarapport belichten we overgewicht en obesitas vanuit verschillende invalshoeken en op verschillende geografische niveau's. De volgende onderwerpen worden in dit themarapport uitgewerkt, zo veel mogelijk met Drentse gegevens voor de verschillende leeftijdsgroepen en met relevante literatuur.

Trends

In de literatuur wordt al een afname van de stijging en het bereiken van een 'plateau' van overgewicht in Nederland gesignaleerd: geldt dit ook voor Drenthe? We onderzoeken de Drentse trends en laten zien welke verklaringen voor deze trends vanuit de literatuur aangereikt worden.

Leeftijdsgroepen

Om populatietrends te kunnen begrijpen is het nodig om te weten hoe overgewicht ontstaat en in welke mate het blijft voortbestaan bij het ouder worden. Door zowel naar de kinderen en jongeren als naar volwassenen en ouderen te kijken proberen we na te gaan of voor elke levensfase de determinanten van overgewicht en de verschillen tussen de Drentse gemeenten dezelfde zijn.

Risicogroepen

Zowel op landelijk niveau als in Drenthe is vaak geconstateerd dat het risico op overgewicht en obesitas niet voor iedereen gelijk is. Zo zijn er verschillen tussen groepen op basis van geslacht en leeftijd, etniciteit, lage sociaal-economische status en lagere opleiding. Met Drentse gegevens en aan de hand van enkele van deze factoren laten we zien waar in de populatie de hoogste risico's op overgewicht zich bevinden.

Gedrag

Overgewicht heeft bijna altijd te maken met een verstoorde energiebalans, waarbij door voeding meer energie het lichaam binnenkomt dan dat door beweging en activiteit het lichaam verlaat. Preventieve activiteiten richten zich vooral op deze twee aspecten van de energiebalans: eten en drinken en beweging. Door in te zetten op verandering van attitudes en gedrag rondom voeding en

beweging wordt geprobeerd een daling van de prevalentie van overgewicht te bereiken. In dit themarapport richten we ons op vragen zoals de volgende: wat zijn de kenmerken van Drentse jongeren wat betreft hun eetgedrag en de mate van bewegen? Hoe sterk is de relatie tussen leefstijl en overgewicht nog op latere leeftijd?

Gezondheid

De preventie van overgewicht wordt vaak gemotiveerd vanuit de kennis dat jongeren, volwassenen en ouderen die te zwaar zijn een groter risico hebben op gezondheidsproblemen en chronische aandoeningen. In dit rapport hanteren we een ruim gezondheidsbegrip en kijken zowel naar psychosociale gezondheid bij kinderen en jongeren als naar ervaren gezondheid, functionele beperkingen, chronische aandoeningen en zorggebruik bij volwassenen en ouderen.

Geografische verschillen

In vergelijking met landelijke prevalenties van overgewicht zijn de Drentse prevalenties doorgaans hoog geweest. En binnen de provincie zijn de verschillen tussen de 12 gemeenten aanzienlijk. Voor zowel kinderen en jongeren als volwassenen en ouderen laten we zien welke verschillen bestaan tussen de gemeenten.

1.2. Vraagstelling

Dit themarapport heeft als doelstelling *informatie, kennis en aanknopingspunten voor beleid te verschaffen* rond de epidemiologie van overgewicht en obesitas in Drenthe. De Drentse situatie wordt in kaart gebracht en geanalyseerd door gebruik te maken van de gegevens van GGD Drenthe uit het Jeugdonderzoek, de schoolonderzoeken, het elektronisch kinddossier KD+ en de gezondheidsonderzoeken onder volwassenen en ouderen.

De doelstelling van dit themarapport wordt uitgewerkt door in te gaan op deelvragen zoals de volgende:

- Wat zijn de belangrijkste trends van overgewicht en obesitas in Drenthe?
- Wat is de prevalentie van overgewicht en obesitas in Drenthe?
- Hoe groot zijn de verschillen in prevalentie van overgewicht tussen de Drentse gemeenten?
- Zijn de verschillen tussen de Drentse gemeenten even groot voor de verschillende leeftijdscategorieën?
- Wat is de relatie tussen overgewicht en sociaal-economische status in Drenthe?
- Is de relatie tussen overgewicht en sociaal-economische status dezelfde voor de verschillende leeftijdscategorieën?
- Hoe ziet de relatie tussen leefstijl en overgewicht er uit?
- Is de relatie tussen leefstijl en overgewicht dezelfde voor de verschillende leeftijdscategorieën?
- Wat zijn de gevolgen van overgewicht in termen van psychosociale en fysieke gezondheid?

1.3. Aanpak in dit themarapport

Met onderzoeksgegevens verkennen, beschrijven en analyseren we de Drentse situatie op dit moment. We doen dit vanuit een epidemiologisch perspectief. Epidemiologie houdt zich bezig met gezondheidsproblemen die zich in de bevolking voordoen en met de determinanten ervan. Voor dit themarapport beschikken we over een schat aan gegevens uit de volgende bronnen:

- de registratie van de JGZ in het elektronisch kinddossier (het KD+ in Drenthe);
- de schoolonderzoeken in het voortgezet onderwijs;

- het jeugdonderzoek onder middelbare scholieren;
- de grootschalige onderzoeken onder volwassenen en ouderen in Drenthe.

Deze gegevensbronnen maken het ons mogelijk om voor de verschillende leeftijdsgroepen te kijken naar de prevalenties van overgewicht en naar de determinanten en de gevolgen van het hebben van (ernstig) overgewicht.

Cijfers spreken echter bijna nooit voor zichzelf. Zeker als het gaat om analyses van overgewicht en obesitas is het raadzaam om de beschikbare cijfers in samenhang met kennis uit andere bronnen op juiste waarde te schatten. Over het algemeen schatten jongeren bijvoorbeeld hun eigen gewicht te laag in wanneer hen dat in het kader van het Jeugdonderzoek gevraagd wordt (Jansen et al., 2006). Deze gegevens moeten dan ook met voorzichtigheid gebruikt worden. In de bijlagen van dit themarapport besteden we aandacht aan de gebruikte gegevens en aan de selecties en keuzes die we hebben gemaakt om betrouwbare resultaten te kunnen laten zien. Afgezien van deze verantwoording van bronnen bespreken we de onderwerpen die zijn uitgewerkt voor de Drentse situatie opnieuw aan de hand van een keuze uit de literatuur.



2. Kinderen en jongeren

2.1. Inleiding

In de afgelopen decennia is de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren in Nederland sterk gestegen (Schönbeck et al., 2011). De kindertijd is een belangrijke fase als het gaat om de ontwikkeling van overgewicht en obesitas. Voor de geboorte kan al sprake zijn van risicofactoren die de kans op overgewicht en obesitas bij kinderen verhogen. Ook vanaf de geboorte spelen erfelijke en omgevingsfactoren een belangrijke rol bij het al dan niet ontwikkelen van overgewicht in de volwassenheid. Wanneer kinderen al vroeg in hun leven relatief zwaar zijn is hun kans op overgewicht of obesitas veel groter dan bij kinderen die in de eerste levensjaren een traject van normale groei doorlopen. In de fase van de adolescentie gaan jongeren doorgaans minder bewegen en neemt het risico op overgewicht toe.

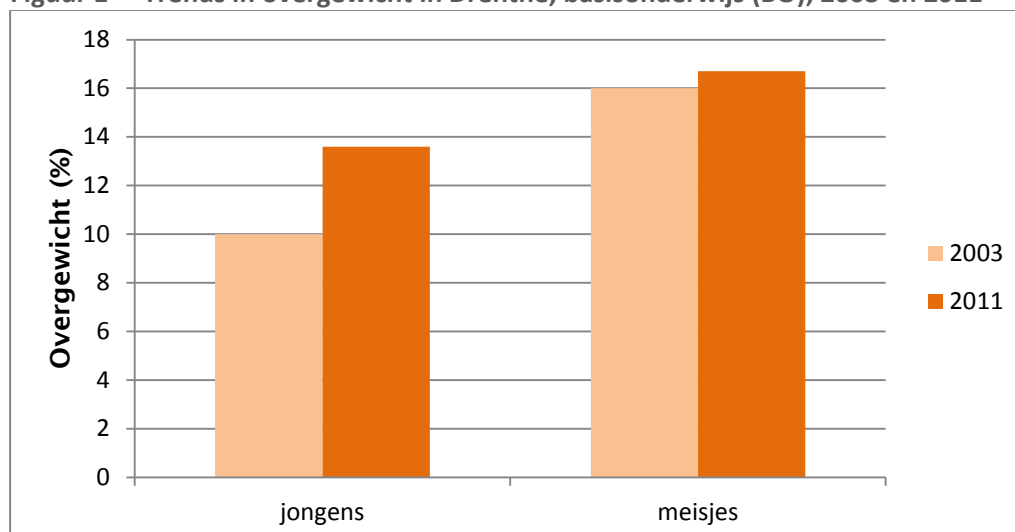
Vanuit het Jeugdonderzoek en uit de literatuur weten we dat de leefstijl van jongeren varieert naar sociaal-economische status en opleidingsniveau, mate van verstedelijking, leeftijd en geslacht. Daarom laten we in dit hoofdstuk zien hoe de prevalentie van overgewicht en obesitas zich in Drenthe heeft ontwikkeld (2.2.1) en of er een verschil is tussen jongens en meisjes en verschillende leeftijdsgroepen (2.2.2). Vervolgens beschrijven we in paragraaf 2.2.3 de relatie tussen ongezonde leefstijl en overgewicht en wat de directe gevolgen zijn voor hun (psychosociale) gezondheid (2.2.4). In paragraaf 2.2.5 kijken we naar de relatie tussen opleidingsniveau en leefstijl, in paragraaf 2.2.6 laten we de verschillen tussen de Drentse gemeenten zien. In paragraaf 2.3 belichten we de onderwerpen nogmaals vanuit een keuze uit de literatuur.

2.2. Drentse kinderen en jongeren in beeld

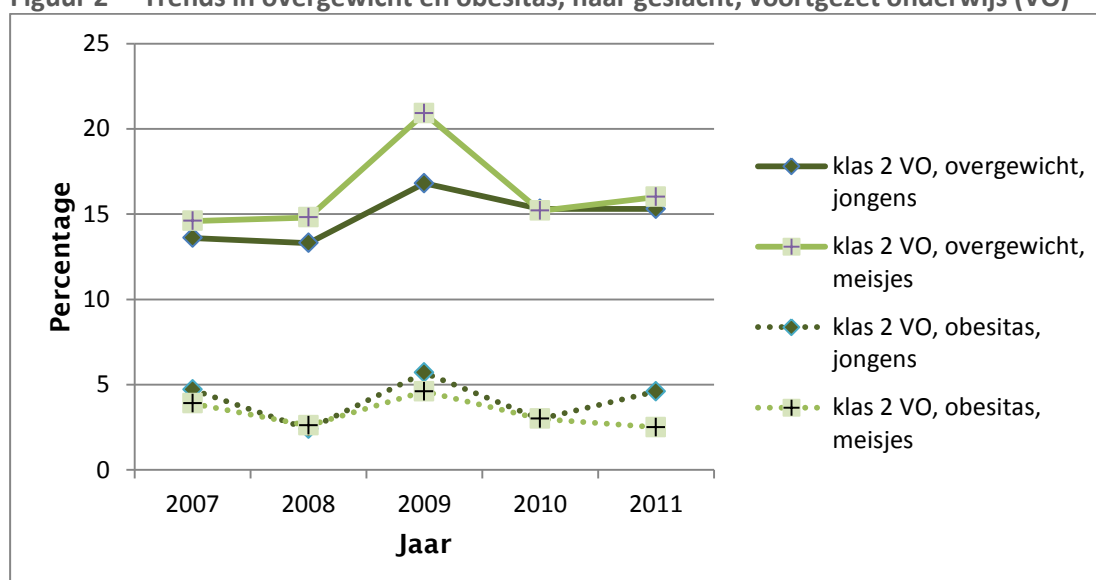
2.2.1. Trends en prevalenties naar geslacht

Voor de implementatie en evaluatie van preventieprogramma's is het belangrijk om kennis te hebben van de huidige situatie omtrent overgewicht en te analyseren of de prevalentie blijft stijgen. Figuur 1 en Figuur 2 laten de recente ontwikkeling van de prevalenties voor het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs in Drenthe zien. Uit deze trendcijfers kan niet direct geconcludeerd worden dat ook in Drenthe de prevalenties van overgewicht stabiliseren of zelfs gaan dalen. De percentages van overgewicht in het basisonderwijs lijken licht gestegen en de verschillen tussen jongens en meisjes zijn door een sterkere stijging bij jongens wat geringer geworden. In de periode tot 2007 is de prevalentie onder jongeren in de tweede klas van het voortgezet onderwijs ongeveer 17% geweest. Daarna volgt een grilliger patroon en een stijging van de prevalentie naar ongeveer 20%. Uit landelijke onderzoeken is naar voren gekomen dat vooral de prevalentie van obesitas is gestegen. Op basis van de gegevens van de tweede klas van het voortgezet onderwijs kan niet direct geconcludeerd worden dat obesitas ook in Drenthe vaker gaat voorkomen. Figuur 2 laat zien dat de percentages van kinderen met obesitas schommelen tussen 2% en 5%, zonder een duidelijke trend.

Figuur 1 Trends in overgewicht in Drenthe, basisonderwijs (BO), 2003 en 2011



Figuur 2 Trends in overgewicht en obesitas, naar geslacht, voortgezet onderwijs (VO)



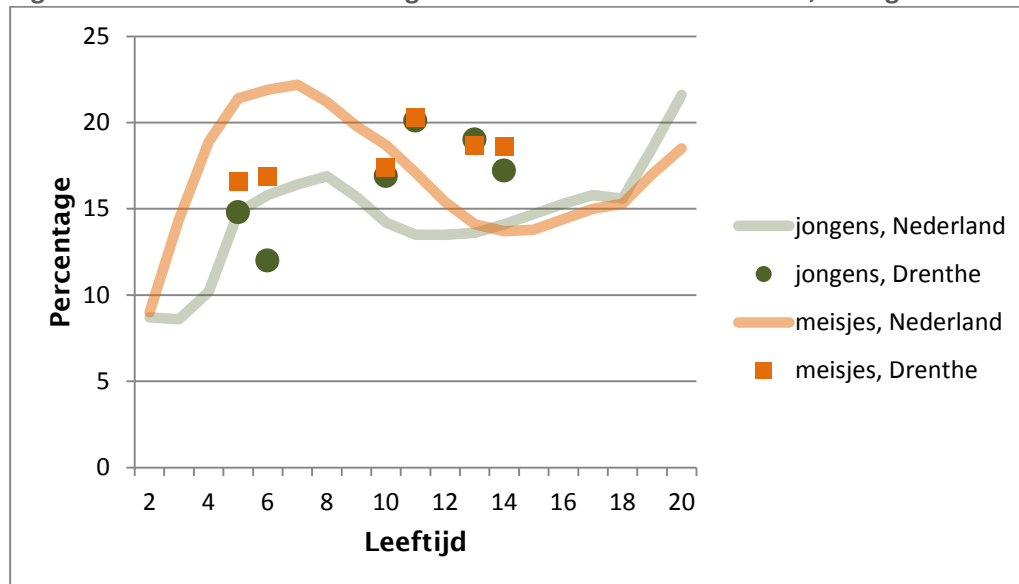
2.2.2. Prevalenties op verschillende leeftijden

De monitoring van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren is vaak gebaseerd op dwarsdoorsneden in de tijd. Een beperking van deze vorm van (cross-sectionele) analyse is dat het geen kennis oplevert over de groeitrajecten die kinderen doormaken. Om toch enig inzicht te krijgen in de groei van kinderen zijn in Drenthe de BMI-waarden van Drentse scholieren van klas 2 van het voortgezet onderwijs in 2003 vergeleken met die van acht jaar daarvoor, toen ze in groep 2 van de basisschool zaten. Van de kinderen met een normaal gewicht in groep 2 had 10% acht jaar later overgewicht of obesitas. Ongeveer de helft van de leerlingen van groep 2 met overgewicht heeft acht jaar later een normaal gewicht; 11% heeft obesitas ontwikkeld. Van de leerlingen met obesitas heeft acht jaar later ongeveer een derde nog steeds obesitas, 40% heeft overgewicht en ruim een kwart een normaal gewicht. Uit deze analyses blijkt dat meer dan de helft (56%) van de kinderen die in groep 2 overgewicht of obesitas had daarmee acht jaar later ook nog te maken had (Bos, van Zanden en van der Neut-Noordenburg, 2004).

Prevalenties van overgewicht zijn niet voor elke leeftijd dezelfde en bovendien ontwikkelen meisjes zich vooral op jonge leeftijd anders dan jongens. Figuur 3 toont prevalenties van overgewicht voor

Drenthe en voor Nederland, op basis van cross-sectionele gegevens (dwarsdoorsneden in de tijd, niet longitudinaal). Uit deze figuur blijkt dat het Drentse patroon enigszins lijkt op het Nederlandse beeld, in die zin dat overgewicht op jonge leeftijd bij meisjes vaker voorkomt en dat de verschillen tussen meisjes en jongens bij het ouder worden afnemen. Waarin de Drentse cijfers echter afwijken van de landelijke is dat de piek tussen het 5^e en 8^e levensjaar in Drenthe niet waarneembaar is en de prevalenties in het voortgezet onderwijs in Drenthe hoger zijn.

Figuur 3 Prevalenties van overgewicht in Drenthe en Nederland, naar geslacht



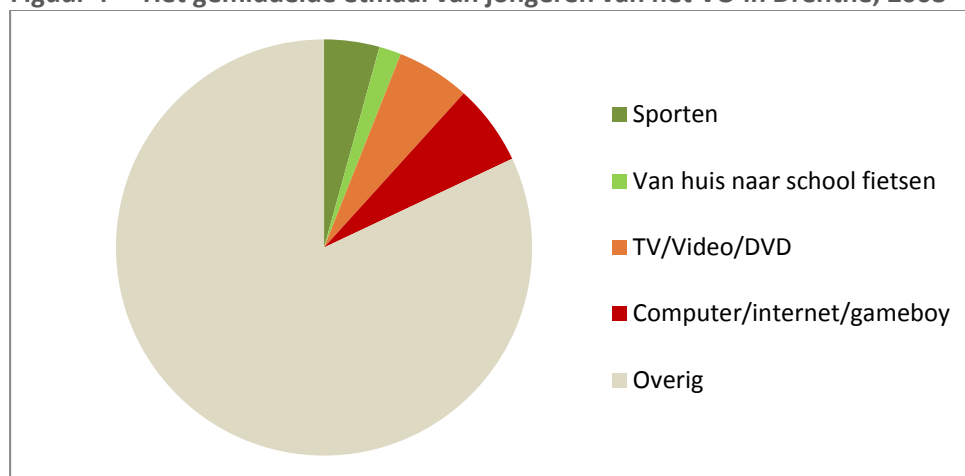
Noot: Nederlandse percentages hebben betrekking op het jaar 2009 (Schönbeck et al., 2011); Drentse cijfers: KD+ groep 2 en groep 7 over het schooljaar 2011-2012; Voortgezet onderwijs klas 2 (zie Bijlage)

2.2.3. Gedrag: bewegen, eten en drinken

Wat zijn de kenmerken van de leefstijl van jongeren in Drenthe? In deze paragraaf richten we ons op een aantal gedragsdeterminanten van overgewicht en analyseren we in hoeverre een ongezonde leefstijl varieert in Drenthe, naar leeftijd en geslacht. De basis voor deze analyses wordt gevormd door gegevens van het Jeugdonderzoek 2008.

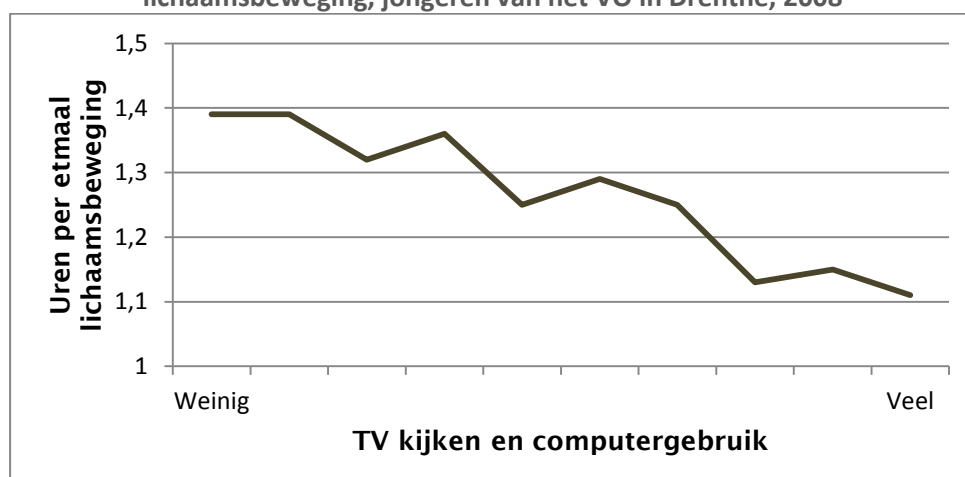
Als het gaat om de mate van activiteit (het bewegen) maken we gebruik van gegevens over de frequentie en de duur van sporten en van het fietsen naar en van school. Daarnaast kijken we naar gegevens die iets zeggen over de mate van inactiviteit van jongeren: TV kijken en computeren. Figuur 4 laat zien dat deze vormen van activiteit en inactiviteit een gering beslag leggen op de tijd van de Drentse jongere (ongeveer 20%). Bovendien blijkt dat inactieve tijdsbestedingen (TV kijken en computeren) meer beslag leggen op de tijd dan de actieve tijdsbestedingen.

Figuur 4 Het gemiddelde etmaal van jongeren van het VO in Drenthe, 2008



In hoeverre is de mate van actief bewegen gerelateerd aan inactieve vormen van tijdsbesteding? Is het bijvoorbeeld zo dat jongeren die veel TV kijken of computeren weinig bewegen? Figuur 5 laat zien dat jongeren die een aanzienlijk gedeelte van de dag inactief zijn daarnaast ook minder tijd actief besteden door bijvoorbeeld te sporten.

Figuur 5 De relatie tussen TV kijken en computergebruik en uren lichaamsbeweging, jongeren van het VO in Drenthe, 2008



Het lijkt erop dat jongeren ofwel een actieve leefstijl hebben met relatief veel lichaamsbeweging en weinig TV kijken en computeren óf juist een inactieve leefstijl. Het komt minder vaak voor dat jongeren een sterke mate van inactiviteit juist compenseren met veel lichaamsbeweging en sport.

Als het gaat om gezond eten en drinken maken we gebruik van gegevens over het eten van groente en fruit, het drinken van vruchtensap en het ontbijtgedrag. Elk van deze gegevens kan beschouwd worden als een indicator voor een gezond of juist ongezond voedingspatroon. De aandacht gaat hier uit naar de mate waarin voedingspatronen op meerdere aspecten ongezond zijn. Belangrijke aspecten van een ongezond voedingspatroon, zoals het gebruik van teveel gezoete dranken en ongezonde tussendoortjes en ongezond en vet eten, blijven hier buiten beschouwing vanwege het ontbreken van gegevens. Later komen we er wel op terug, met Nederlandse gegevens. Tabel 1 laat frequenties zien van het ontbijten en van de consumptie van groente, fruit en vruchtensap. Wanneer jongeren niet elke dag ontbijten (bijna een kwart), hoogstens 4 dagen in de week groente eten (17,6%) en (bijna) nooit fruit of vruchtensap consumeren (respectievelijk 12,9% en 14,3%) spreken we hier van een 'probleem in het voedingspatroon'.

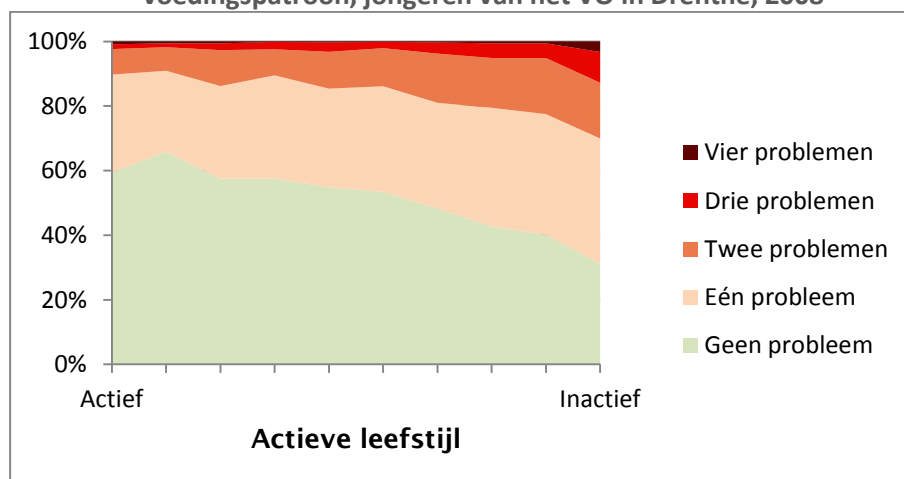
Tabel 1 Frequentie in de week van de consumptie van groente, fruit en vruchtensap en het ontbijten, Drentse jongeren in het VO, 2008

		(bijna) nooit	1-4 dagen	5-6 dagen	elke dag
Voedingsaspect	Groente	1,6*	16,0*	45,1	37,3
	Fruit	12,9*	34,3	18,6	34,3
	Vruchtensap	14,3*	39,2	17,4	29,1
	Ontbijt	6,4*	7,7*	10,6*	75,4

* Hier beschouwd als een probleem in het voedingspatroon

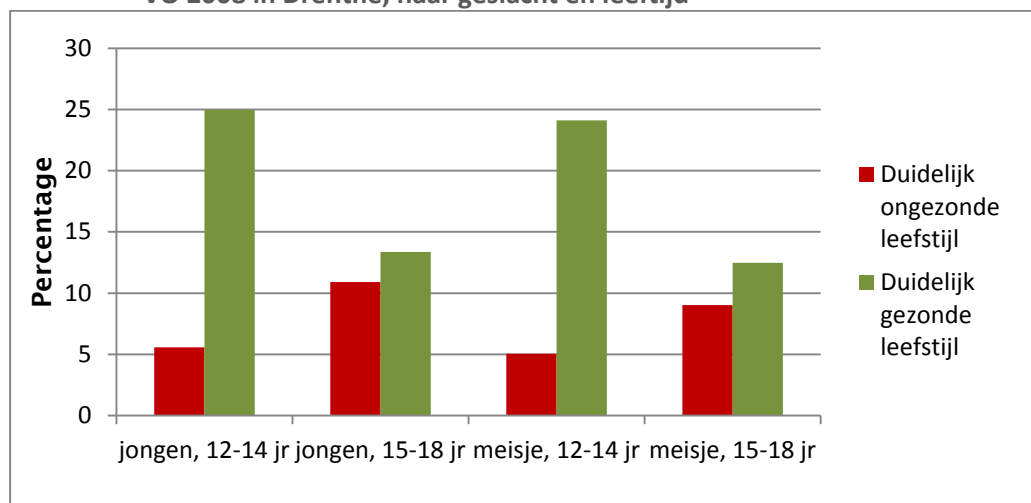
De helft van de jongeren blijkt één of meerdere problemen in het voedingspatroon te hebben. Vanuit de Drentse gegevens bezien is er een duidelijk verband tussen de mate van inactiviteit en het aantal problemen in het voedingspatroon. Figuur 6 laat zien dat het voedingspatroon steeds meer lacunes vertoont naarmate jongeren minder bewegen.

Figuur 6 De relatie tussen actieve leefstijl en problemen in het voedingspatroon, jongeren van het VO in Drenthe, 2008



Figuur 7 laat zien hoe de leefstijl verschilt naar leeftijd en geslacht. Het maakt ook voor Drenthe duidelijk zichtbaar dat de leefstijl ongezonder wordt bij de oudere jeugd van 15-18 jaar vergeleken met 12-14 jarigen. We maken onderscheid tussen een 'duidelijk ongezonde leefstijl' (gekenmerkt door hogere mate van inactiviteit en 2 of meer problemen in het voedingspatroon) en een 'duidelijk gezonde leefstijl' (gekenmerkt door een actieve leefstijl en geen problemen in het voedingspatroon). Volgens deze definitie heeft 7% van de Drentse jongeren in het voortgezet onderwijs een duidelijk ongezonde leefstijl, ongeveer 20% een duidelijk gezonde leefstijl. De overige scholieren (63%) hebben niet een in het oog lopende gezonde of juist ongezonde leefstijl, voor zover we dat althans met de gekozen indicatoren van (in)activiteit en voedingsgewoonten konden vaststellen.

Figuur 7 Percentages jongeren met een duidelijk gezonde of ongezonde leefstijl, VO 2008 in Drenthe, naar geslacht en leeftijd



2.2.4. Overgewicht en psychosociale gezondheid

Te zware kinderen hebben een verhoogd risico om op latere leeftijd gezondheidsklachten te ontwikkelen. Maar zijn de gevolgen van overgewicht en obesitas voor de gezondheid ook al merkbaar op jongere leeftijd? Om hierop een antwoord te geven kijken we naar indicaties voor psychosociale problematiek en psychisch welbevinden op de basisschool en in het voortgezet onderwijs.

In de Drentse cijfers is te zien dat kinderen en jongeren met overgewicht of obesitas zich minder gezond voelen en vaker met psychosociale problemen kampen of vanuit de screening naar voren komen met een verhoogd risico daarop. Op de basisschool is er al een relatie tussen overgewicht en indicaties voor psychosociale problematiek en bij meisjes wordt in groep 7 duidelijk dat zij vaker problemen hebben met de omgang met leeftijdsgenoten (Tabel 2).

Wat een rol kan spelen bij de resultaten is dat de SDQ-vragen door de ouders van de kinderen zijn ingevuld. In het themarapport 'Opvoedingsondersteuning in Drenthe. Welke behoefte is er?' (van der Veen, Kuilman en van Zanden, 2011) werd geconstateerd dat ouders zich niet altijd bewust zijn van 'internaliserende problemen' (zoals emotionele, naar binnen gerichte, problemen) van hun kinderen en deze dan ook minder vaak rapporteren in de vragenlijst. Op het voortgezet onderwijs krijgen jongeren wel de mogelijkheid om zelf de SDQ-vragenlijst in te vullen. Dan komen juist die problemen aan het licht die voor ouders verborgen bleven.

Tabel 2 Indicaties voor psychosociale problematiek van kinderen met overgewicht ten opzichte van kinderen met normaal gewicht, groep 2 en groep 7 BO in Drenthe, 2011-2012

		Odds ratio's‡			
		groep 2		groep 7	
		jongens	meisjes	jongens	meisjes
SDQ (ouderversie)	Indicatie voor psychosociale problematiek (SDQ)	1,8*	1,9*	1,2	1,5
	Emotionele problemen	0,4	1,4	1,4	1,3
	Gedragsproblemen	1,0	1,7	1,7	1,4
	Hyperactiviteit/aandachttekort	1,5*	1,2	0,8	1,2
	Omgaan met leeftijdgenoten	2,1	0,4	1,1	2,5*
	Prosociaal gedrag	1,1	0,9	0,8	0,9

‡ Verhoudingsgetal van scores voor kinderen met overgewicht ten opzichte van scores voor kinderen met normaal gewicht; een odds ratio groter dan 1 geeft een relatief hogere score op bepaalde problematiek voor kinderen met overgewicht aan.

* Statistisch significant ($p < 0,05$)

Wat op de basisschool al enigszins te zien is blijkt in het voortgezet onderwijs verder te gaan: vooral meisjes met overgewicht blijken vaker (een indicatie voor) emotionele problemen te hebben en op het sociale vlak in de omgang met leeftijdgenoten problemen te ervaren. Zowel jongens als meisjes met overgewicht worden in het voortgezet onderwijs vaker gepest en hebben ook vaker contact met een zorgverlener. Middelbare scholieren met overgewicht geven vaker aan hun gezondheid als matig of slecht te ervaren. Voor meisjes lijkt dit vooral te maken te hebben met hun sociaal-emotionele problematiek, voor jongens is minder goed na te gaan wat de achtergronden van hun slechtere (ervaren) gezondheid zijn. Voor de periode 2005-2011 zijn de resultaten (Tabel 3) gebaseerd op de *Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale problematiek bij Adolescenten (KIVPA)*, voor het schooljaar 2011-2012 (Tabel 4) op de *Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ)*.

Tabel 3 (Indicaties voor) psychosociale problematiek (o.b.v. KIVPA) van jongeren met overgewicht ten opzichte van jongeren met normaal gewicht, klas 2 VO in Drenthe, 2005-2011

		Odds ratio's‡	
		Jongens	meisjes
Onderwerp	Indicatie voor psychosociale problematiek (KIVPA)	1,6*	1,7*
	Ervaren gezondheid matig/slecht	1,4*	1,2*
	Zich zorgen maken (ja/enigszins)	1,1	1,2*
	Genoeg vrienden hebben (gaat wel/nee)	0,9	1,1
	Contact met maatschappelijk werker	1,2	1,6*
	Contact met Jeugdzorg	1,1	1,4
	Contact met psycholoog	0,9	1,4*

‡ Verhoudingsgetal van scores voor jongeren met overgewicht ten opzichte van scores voor jongeren met normaal gewicht; een odds ratio groter dan 1 geeft een relatief hogere score voor jongeren met overgewicht aan.

* Statistisch significant ($p < 0,05$)

Tabel 4 (Indicaties voor) psychosociale problematiek (o.b.v. SDQ) van jongeren met overgewicht ten opzichte van jongeren met normaal gewicht, klas 2 VO in Drenthe, 2011-2012

Onderwerp		Odds ratio's‡	
		jongens	meisjes
	Ervaren gezondheid gaat wel/niet zo best/slecht	2,6*	2,0*
	Indicatie voor psychosociale problematiek (SDQ)	1,1	1,5*
	Emotionele problemen	0,5	1,6*
	Gedragsproblemen	1,0	1,5
	Hyperactiviteit/aandachttekort	0,8	1,0
	Omgaan met leeftijdgenoten	1,1	2,5*
	Prosociaal gedrag	1,0	1,0
	Moeilijkheden ervaren	0,9	1,2
	Gepest worden (een beetje waar/zeker waar)	1,6*	2,0*

‡ Verhoudingsgetal van scores voor jongeren met overgewicht ten opzichte van scores voor jongeren met normaal gewicht; een odds ratio groter dan 1 geeft een relatief hogere score voor jongeren met overgewicht aan.

* Statistisch significant ($p < 0,05$)

De mate van overgewicht beïnvloedt het welbevinden en de omgang met leeftijdgenoten. Tabel 5 toont vooral voor meisjes in het voortgezet onderwijs dat obesitas veel vaker dan matig overgewicht gepaard gaat met een matige of slechte ervaren gezondheid, indicaties voor emotionele problemen en problemen met de omgang met leeftijdgenoten en gepest worden.

Tabel 5 (Indicaties voor) psychosociale problematiek (o.b.v. SDQ) van jongeren met overgewicht of obesitas ten opzichte van jongeren met normaal gewicht, klas 2 VO in Drenthe, 2011-2012

Onderwerp		Odds ratio's‡			
		jongens		meisjes	
		overgewicht	obesitas	overgewicht	obesitas
	Ervaren gezondheid gaat wel/niet zo best/slecht	2,2*	4,3*	1,9*	2,5*
	Indicatie voor psychosociale problematiek (SDQ)	1,0	1,5	1,4*	2,4*
	Emotionele problemen	0,5	0,7	1,4	3,1*
	Omgaan met leeftijdgenoten	1,2	1,0	1,9	6,6*
	Gepest worden (een beetje waar/zeker waar)	1,3	2,7*	1,7*	3,6*

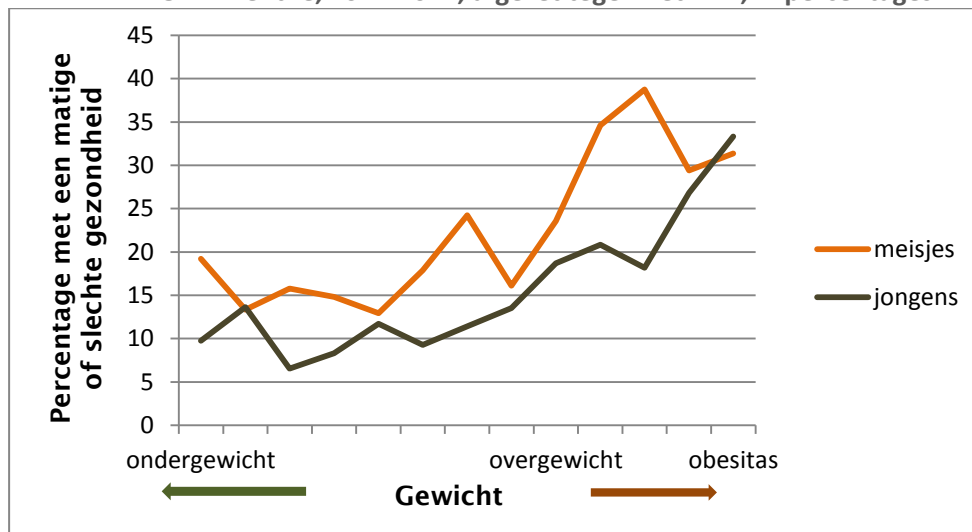
‡ Verhoudingsgetal van scores voor jongeren met overgewicht of overgewicht ten opzichte van scores voor jongeren met normaal gewicht; een odds ratio groter dan 1 geeft een relatief hogere score voor jongeren met overgewicht of obesitas aan.

* Statistisch significant ($p < 0,05$)

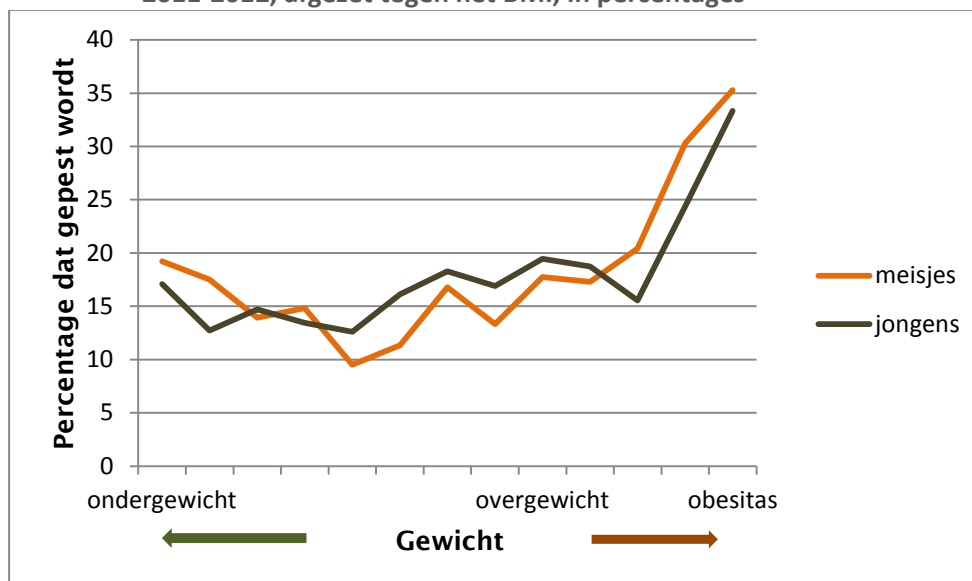
In de volgende figuren wordt de relatie tussen lichaamsgewicht en aspecten van (psychosociale) gezondheid op een andere manier uitgebeeld. Figuur 8 laat zien dat de ervaren gezondheid van jongens verslechtert bij toename van de BMI; bij meisjes is sprake van een grilliger patroon, maar ook bij hen beïnvloedt lichaamsgewicht het welbevinden in sterke mate. Figuur 9 laat een patroon zien dat vooral inzicht geeft in de sociale betekenis van overgewicht en obesitas. Een bovengemiddeld lichaamsgewicht blijkt niet direct van invloed te zijn op pesterijen op school, maar zodra jongeren de grens van obesitas naderen geven ze veel vaker aan gepest te worden. Een mechanisme dat hierbij waarschijnlijk een rol speelt is dat matig overgewicht minder zichtbaar is

voor leeftijdsgenoten en meer geaccepteerd, terwijl ernstiger overgewicht zichtbaarder is en pesterijen, stigmatisering en sociale uitsluiting met zich mee brengt.

Figuur 8 Middelbare scholieren met een matige of slechte gezondheid, klas 2 VO in Drenthe, 2011-2012, afgezet tegen het BMI, in percentages



Figuur 9 Middelbare scholieren die gepest worden, klas 2 VO in Drenthe, 2011-2012, afgezet tegen het BMI, in percentages

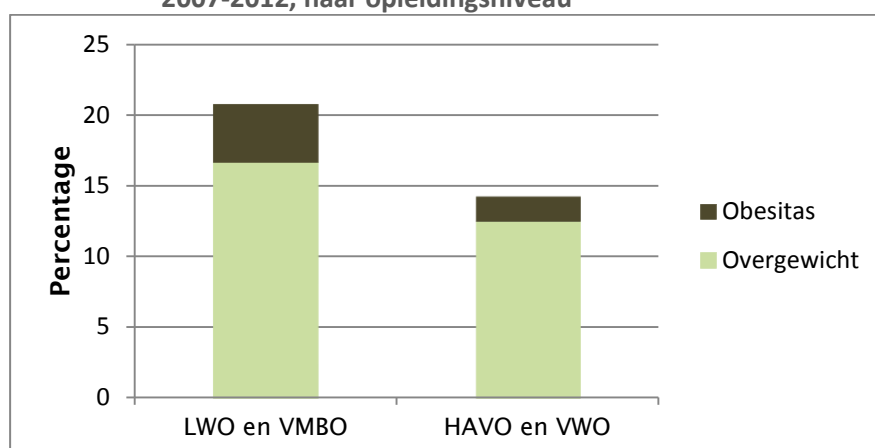


2.2.5. Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van kinderen en jongeren is een belangrijke factor die gerelateerd is aan leefstijl en de ontwikkeling van overgewicht. In deze paragraaf laten we zien in hoeverre de prevalentie van overgewicht en de leefstijl variëren naar het opleidingsniveau van jongeren op het voortgezet onderwijs.

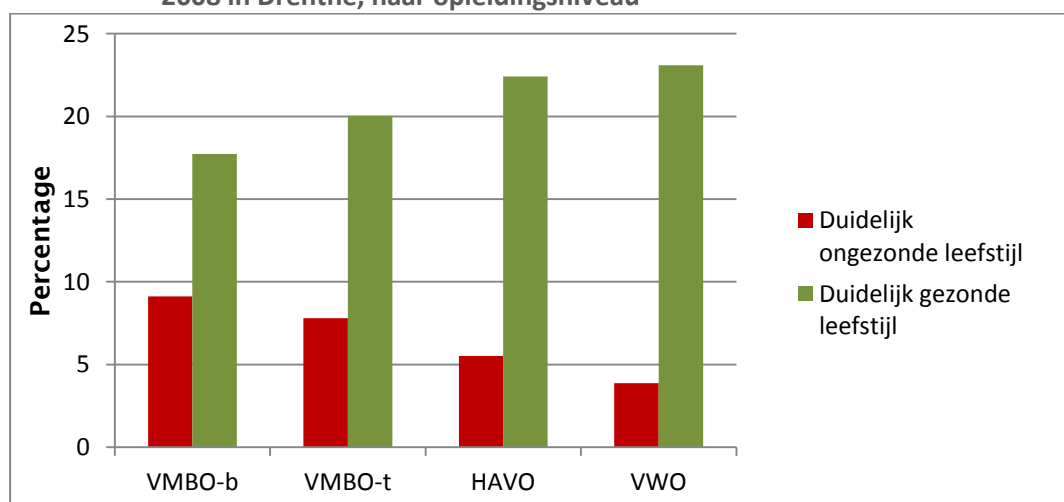
Figuur 10 laat voor klas 2 van het voortgezet onderwijs zien dat de verschillen tussen de opleidingsniveaus vooral zichtbaar worden in de prevalentie van obesitas. In het VMBO komt obesitas meer dan 2 maal zo vaak voor als bij HAVO/VWO scholieren.

Figuur 10 Prevalenties van overgewicht en obesitas in klas 2 VO, 2007-2012, naar opleidingsniveau



Uit Nederlandse cijfers van van Dorsselaer et al. (2010) blijkt dat eet- en beweegpatronen en het mediagedrag sterk samenhangen met het opleidingsniveau en dat is ook in Drenthe het geval. Figuur 11 laat zien dat VMBO-scholieren vaker dan VWO-scholieren er een duidelijk ongezonde leefstijl op na houden.

Figuur 11 Percentages jongeren met een duidelijk gezonde of ongezonde leefstijl, VO 2008 in Drenthe, naar opleidingsniveau



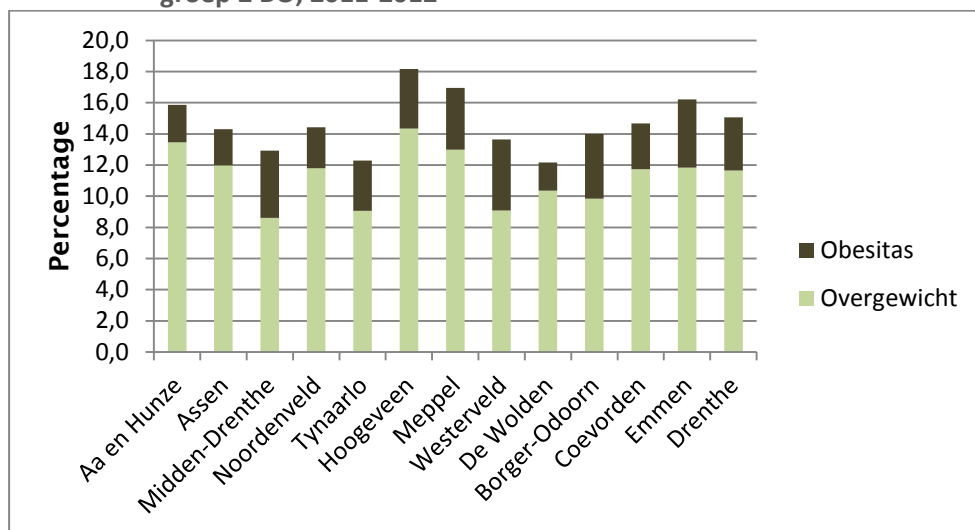
Noot: voor de definities van de gebruikte termen, zie paragraaf 2.2.3.

2.2.6. Drentse gemeenten

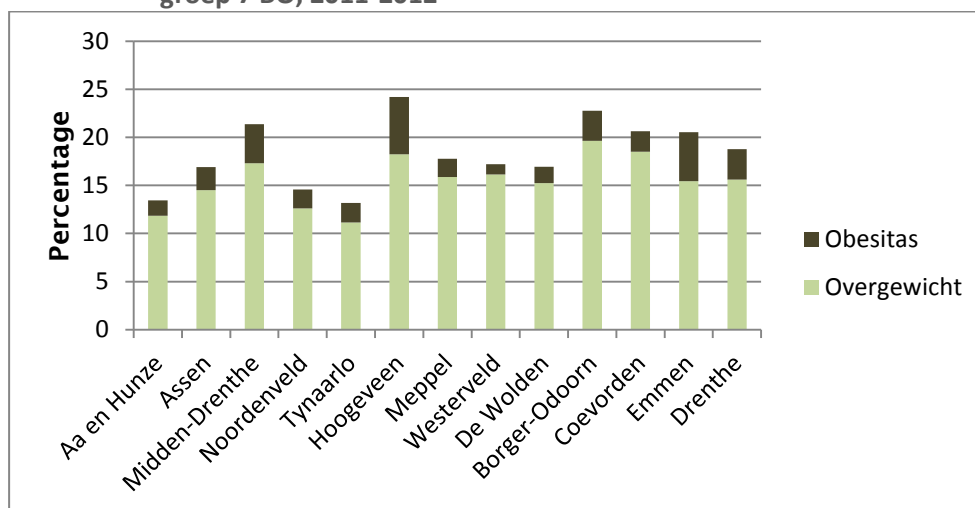
In het onderzoek naar overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren gaat de aandacht ook uit naar de rol van de omgeving: maakt het uit waar je woont als het gaat om het risico op overgewicht? In deze paragraaf richten we ons vooral op het vaststellen van de verschillen in prevalentie van overgewicht en obesitas tussen de Drentse gemeenten. De interpretatie van deze verschillen is echter lastig, want niet alleen omgevingsfactoren en specifieke kenmerken van deze gemeenten spelen een rol maar ook andere factoren, zoals verschillen in het opleidingsniveau van jongeren.

In Drenthe zijn de geografische verschillen soms aanzienlijk. In Figuur 12 tot en met Figuur 14 worden de prevalenties van overgewicht en obesitas getoond voor de 12 Drentse gemeenten, vanuit gegevens van de basisschool en het voortgezet onderwijs. De gemeenten zijn in deze figuren geordend volgens de Drentse regio-indeling (achtereenvolgens Noord en Midden, Zuidwest en Zuidoost).

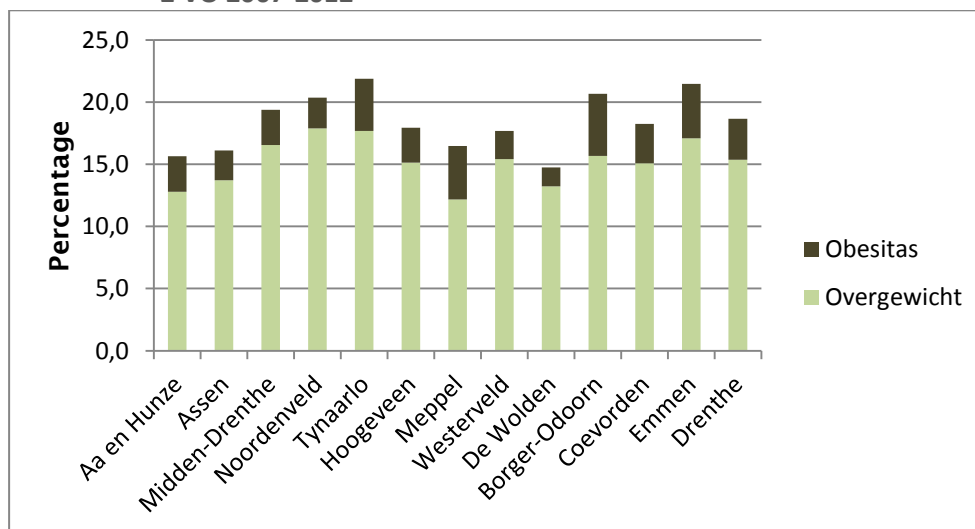
Figuur 12 Prevalenties van overgewicht en obesitas, Drentse gemeenten, groep 2 BO, 2011-2012



Figuur 13 Prevalenties van overgewicht en obesitas, Drentse gemeenten, groep 7 BO, 2011-2012



Figuur 14 Prevalenties van overgewicht en obesitas, Drentse gemeenten, klas 2 VO 2007-2012



Tabel 6 laat een samenvattend overzicht zien van de relatieve posities die de gemeenten innemen als het gaat om de prevalenties van de basisschool en het voortgezet onderwijs.

Tabel 6 Karakterisering van de Drentse gemeenten, gebaseerd op de prevalenties van overgewicht en obesitas in het basisonderwijs (BO) en in het voortgezet onderwijs (VO)

Gemeente	Karakterisering	
	Aa en Hunze	Hogere prevalenties in groep 2 van het BO, onder het Drentse gemiddelde in groep 7 en in het VO
	Assen	Rond het Drentse gemiddelde in het BO, lagere prevalenties in het VO, relatief weinig obesitas
	Midden-Drenthe	Rond het Drentse gemiddelde of erboven, relatief veel obesitas in het BO
	Noordenveld	Onder het Drentse gemiddelde in het BO, erboven in het VO
	Tynaarlo	Onder het Drentse gemiddelde in het BO, erboven in het VO *
	Hoogeveen	Duidelijk hogere prevalenties in het BO met relatief veel obesitas, rond het Drentse gemiddelde in het VO
	Meppel	Rond het Drentse gemiddelde of erboven in het BO, onder het Drentse gemiddelde in het VO maar wel meer obesitas
	Westerveld	Rond het Drentse gemiddelde of eronder
	De Wolden	Duidelijk onder het Drentse gemiddelde, duidelijk minder obesitas
	Borger-Odoorn	Rond of boven het Drentse gemiddelde, relatief veel obesitas
	Coevorden	Rond het Drentse gemiddelde
	Emmen	Hogere prevalenties, relatief veel obesitas

* Voor de gemeente Tynaarlo hebben de resultaten van het VO hoofdzakelijk betrekking op VMBO-scholieren; bovendien zijn de aantallen voor deze gemeente gering.

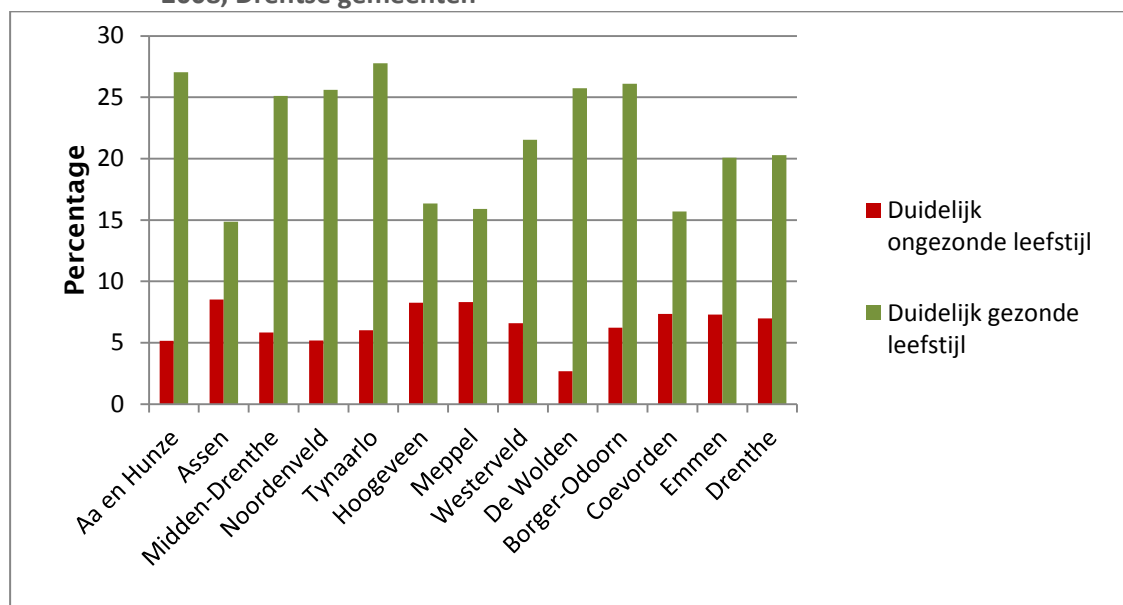
Welke verklaringen kunnen nu worden aangevoerd om de verschillen tussen de Drentse gemeenten beter te begrijpen? We volgen twee sporen om meer zicht te krijgen op de verschillen. Het eerste spoor bestaat eruit dat we nagaan of de verschillen tussen de gemeenten wat betreft de prevalenties van overgewicht (in het voortgezet onderwijs) overeenkomen met de verschillen in leefstijl tussen de gemeenten. Figuur 15 laat voor elke gemeente zien in welke mate jongeren er een 'duidelijk ongezonde' of een 'duidelijk gezonde' leefstijl op na houden.

In Figuur 16 zijn de percentages jongeren met een 'duidelijk ongezonde leefstijl' afgezet tegen de prevalenties van overgewicht uit het Jeugdonderzoek, gebaseerd op zelfrapportage van lengte en gewicht. Uit deze figuur kan niet voldoende duidelijk geconcludeerd worden dat verschillen in leefstijl de posities van de Drentse gemeenten verklaren als het gaat om de prevalenties van overgewicht. Een reden hiervoor kan zijn dat niet alle aspecten van de leefstijl voldoende zijn gemeten en in deze analyse zijn verwerkt. Een andere reden kan zijn dat ook andere versturende factoren een rol spelen, zoals verschillen tussen de gemeenten in sociaal-economische status.

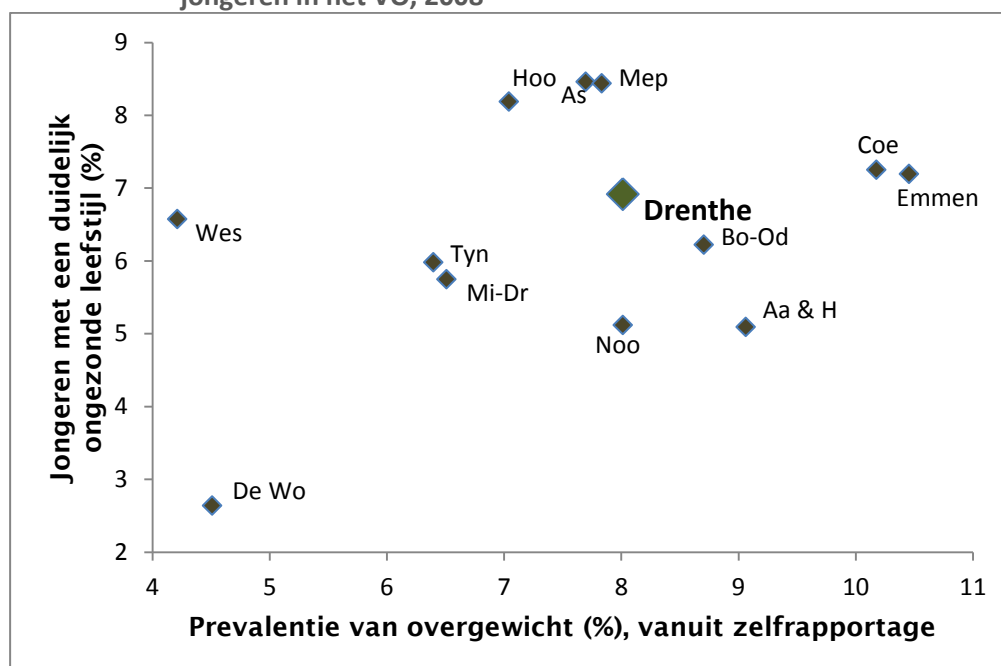
Een tweede spoor om de verschillen tussen de gemeenten te interpreteren bestond eruit dat we resultaten voor klas 2 van het voortgezet onderwijs standaardiseerden voor verschillen tussen de gemeenten in opleidingsniveau. Het opleidingsniveau kwam immers in de vorige paragraaf naar voren als een factor die op verschillende manieren de prevalentie van overgewicht beïnvloedt. De

standaardisering bestond eruit dat we de Drentse verdeling van de bevolking wat betreft opleiding toepasten op de populaties van de Drentse gemeenten en vervolgens de gemeentelijke prevalenties daarbij berekenden. Na deze standaardisering voor verschillen in opleiding tussen de gemeentelijke populaties bleek dat de verschillen tussen de gemeenten nauwelijks verminderd waren. Hieruit kunnen we concluderen dat bij het interpreteren van verschillen in overgewicht tussen de gemeenten het opleidingsniveau nauwelijks een verklaring biedt. In de volgende paragraaf gaan we hier nog kort op in.

Figuur 15 Percentages jongeren met een duidelijk gezonde of ongezonde leefstijl, VO 2008, Drentse gemeenten



Figuur 16 Relatie tussen percentage jongeren met een duidelijk ongezonde leefstijl en prevalenties van overgewicht, Drentse gemeenten, jongeren in het VO, 2008



2.3. Literatuur

Trends

In recente publicaties wordt gewezen op een mogelijke stabilisering van de trend. De prevalenties van overgewicht en obesitas zouden mogelijk een plateau hebben bereikt. We bespreken hier enkele recente onderzoeksresultaten om te verhelderen wat deze stabilisering precies inhoudt en na te gaan welke verklaringen hiervoor worden aangedragen. Daarmee kan vervolgens naar de Drentse situatie gekeken worden en ingeschat worden of ook in Drenthe al sprake is van een stabilisering.

In de internationale analyse van Olds et al. (2011) worden cijfers van Den Haag van de Wilde et al. (2009) gebruikt en vergeleken met die van andere landen, gebieden of steden. Ook buiten Nederland nemen zij dezelfde trend waar van prevalenties die gelijk blijven of zelfs gaan dalen. De volgende verklaringen worden aangedragen:

- Interventie-hypothese: de toenemende kennis rond overgewicht en de opkomst van programma's gericht op bewegen en voeding werpen hun vruchten af.
- Verzagdigingshypothese: er is een evenwichtssituatie bereikt waarin binnen een optimale 'obesogene omgeving' kinderen die aanleg voor overgewicht hebben ook overgewicht ontwikkelen.
- Zelfselectie-hypothese: vanwege stigmatisering zijn (ouders van) kinderen met overgewicht minder bereid om deel te nemen aan onderzoek. De auteurs achten deze hypothese overigens niet heel plausibel.

In de analyse van trends van Schönbeck et al. (2011) wordt voorzichtig geconstateerd dat de prevalentie van overgewicht een plateau heeft bereikt, maar dan alleen in de grote steden. De suggestie dat de prevalentie een hoogtepunt bereikt zou hebben en hier en daar al een voorzichtige daling gaat inzetten wordt als volgt beargumenteerd:

- Uit een vergelijking van cijfers van 1997 en 2009 blijkt een stabilisering van de prevalentie van overgewicht bij Nederlandse kinderen in de grote steden.
- Deze stabilisering werd ook voor Nederlandse jongens in Den Haag gevonden. Voor Nederlandse meisjes werd zelfs een daling van de prevalentie van overgewicht gevonden (de Wilde et al., 2009).
- De prevalenties van 2003 uit het onderzoek van van den Hurk et al. (2007) komen overeen met die van het onderzoek met gegevens van 2009. Vanuit de vergelijking over een periode van ongeveer 5 jaar werd geen verdere stijging waargenomen.

Prevalenties op verschillende leeftijden

In het Nederlandse onderzoek van Steur et al. (2011) worden relaties gelegd tussen kenmerken van een pasgeborene en diens ouder(s) en de gewichtstatus op 8-jarige leeftijd. De onderzoekers presenteren zes voorspellers van overgewicht: BMI van de moeder, BMI van de vader, geboortegewicht van het kind, geslacht, bevalling in het ziekenhuis en roken door de ouder(s). Het risico op overgewicht blijkt sterk af te hangen van de BMI van de moeder. Bij de ondergrens van een gezond gewicht voor de moeder is dit risico voor het kind 3,5% maar dit risico loopt op tot ruim 9% bij een moeder met overgewicht en bijna 18% bij een moeder met obesitas. Het geboortegewicht van het kind heeft ook invloed: vergeleken met een kind dat 2,5 kilo woog bij de geboorte is het risico voor een kind van 5 kilogram bij de geboorte verdrievoudigd. Ook de andere factoren hebben een sterke invloed: meisjes hebben een risico op overgewicht dat 36% hoger ligt dan bij jongens. Kinderen die in het ziekenhuis zijn geboren hebben een risico dat 43% hoger ligt dan bij kinderen die niet in het ziekenhuis zijn geboren. En wanneer ouders tijdens de zwangerschap rookten is het risico op overgewicht met 65% verhoogd. Uit het onderzoek van Steur et al. (2011) komt naar voren dat

overgewicht bij kinderen een herkomst kan hebben in de condities voor, tijdens en kort na de geboorte. Kinderen volgen een groeitraject dat sterk beïnvloed wordt door omstandigheden voor, tijdens en kort na de zwangerschap, zoals de gewichtstatus van hun ouder(s), hun eigen geboortegewicht, de omstandigheden bij de bevalling en het rookgedrag van de ouder(s).

In de Britse studie van Reilly et al. (2011) staat de vraag centraal of overgewicht bij kinderen blijft bestaan wanneer ze de fase van de adolescentie (hier: 13-jarige leeftijd) ingaan. Ook wordt in deze studie ingegaan op de kans op obesitas op 13-jarige leeftijd bij kinderen die op 7-jarige leeftijd overgewicht hadden. Uit deze studie komt naar voren dat kinderen met obesitas een kans van ongeveer 70% hebben om ook met obesitas de fase van adolescentie in te gaan. Dit risico is ook relatief hoog voor kinderen met overgewicht: ongeveer eenderde van deze kinderen heeft obesitas in de adolescentie. Bij kinderen met obesitas gebeurt het niet vaak dat zij met een normaal gewicht de fase van adolescentie ingaan (iets meer dan 10%); voor kinderen met overgewicht komt dat vaker voor (ongeveer 30%).

Gedrag: bewegen, eten en drinken

Overgewicht en obesitas hebben vaak te maken met een verstoorde energiebalans: mensen eten te veel in relatie tot wat ze bewegen (RIVM, 2010). In preventieprogramma's gericht op de terugdringing van overgewicht bij kinderen zijn deze twee aspecten van voeding en beweging terug te vinden. Het overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht (Bulk-Bunschoten et al., 2005) richt zich bijvoorbeeld op het buiten spelen en bewegen, regelmatig en goed ontbijten, verminderen van gebruik van gezoete frisdranken en minder voor TV of computer zitten.

Het onderzoek van Proctor et al. (2003) laat een verschuiving zien van activiteit naar inactiviteit: zij lieten zien dat in de vrije tijd van kinderen activiteiten zoals buiten spelen steeds meer vervangen zijn door lichamelijke inactiviteit als TV- en video/DVD kijken en computerspelletjes doen.

De resultaten die voor Drenthe getoond werden komen overeen met de samenhang die van Dorsselaer et al. (2010) vonden tussen het kijk- en computergedrag van jongeren enerzijds en hun drink- en eetpatroon anderzijds. Jongeren uit dit onderzoek die veel tv kijken, die vaak online zijn en/of veel gamen, drinken significant vaker frisdrank en snoepen iets vaker dan jongeren die dit niet of nauwelijks doen. De eerste groep ontbijt ook minder vaak en eet minder vaak groente en fruit dan de tweede groep (van Dorsselaer et al., 2010).

Uit de literatuur is bekend dat jongeren bij het ouder worden minder gaan bewegen en ongezonder gaan eten en dat deze veranderingen een negatief effect hebben op hun gezondheid en fitheid (Ferreira et al., 2005; van Dorsselaer et al., 2010).

Overgewicht en psychosociale gezondheid

Er zijn aanwijzingen dat kinderen met overgewicht al vroeg problemen krijgen met hun eigen zelfbeeld en met de omgang met leeftijdsgenootjes. Deze problematiek komt voort uit het stigma op overgewicht dat vooral een blanke, westerse kwestie lijkt te zijn en ook op de kinderleeftijd al een rol gaat spelen (Havermans, 2012). Kinderen hebben al vroeg de neiging om dik zijn als iets negatiefs te beschouwen. Ook al hebben steeds meer kinderen overgewicht (en is overgewicht gewoner geworden) toch zijn de vooroordelen rond overgewicht toegenomen. Deze vooroordelen en negatieve beoordeling van overgewicht werken ook pesten en buitensluiten van kinderen met overgewicht in de hand. Het welzijn van kinderen met overgewicht wordt negatief beïnvloed door sociale uitsluiting en pesten door leeftijdsgenoten, zich uitend in een lagere zelfwaardering. Het effect van pesten en sociale uitsluiting neemt toe in het voortgezet onderwijs en draagt ook bij aan een lagere kwaliteit van leven, een geringer emotioneel welzijn en psychopathologie zoals depressie (Havermans, 2012). Uit verschillende onderzoeken komt overigens naar voren dat stigmatisering van

kinderen niet alleen op school plaatsvindt onder leeftijdsgenoten: ouders, leraren, verpleegkundigen, artsen, diëtisten en psychotherapeuten blijken in zekere mate vooroordelen over personen met overgewicht te hebben (Havermans, 2012).

Uit het Nederlandse Health Behavior in Schoolaged Children (HBSC) onderzoek komt naar voren dat ongezond eten niet samenhangt met ervaren gezondheid (Melchers et al., 2013). Jongeren lijken in dat opzicht niet zoveel te merken van hun ongezonde eet- en beweeggedrag en hebben zelf wel het idee gezond te leven. De relatie tussen overgewicht en ervaren gezondheid wordt in dit onderzoek niet verklaard door een ongezonde leefstijl van jongeren met overgewicht. Dat jongeren met overgewicht zich ongezond voelen hangt volgens de onderzoekers vooral samen met hun lichaamsbeeld. Het psychologische effect van ontevredenheid over het lichaams- en zelfbeeld is dus belangrijker voor de ervaren gezondheid dan het overgewicht zelf (Melchers et al., 2013).

Opleidingsniveau

Uit het Nederlandse onderzoek van van Dorsselaer et al. (2010) blijkt dat de verschillen tussen VMBO-scholieren en HAVO/VWO-scholieren aanzienlijk zijn als het gaat om overgewicht en de determinanten ervan. Vergelijkbare verschillen werden voor Drenthe gevonden, al lagen de prevalenties er wel voor alle opleidingsniveau's onder het landelijke niveau (zie Tabel 7).

De interpretatie van opleidingsniveau als beïnvloedende factor van een ongezonde leefstijl en van overgewicht is lastig. Het opleidingsniveau zegt onder andere iets over de sociale schoolomgeving waarbinnen scholieren hun gedragspatronen ontwikkelen. Maar ook kan het opleidingsniveau van de jongere het welvaartsniveau van het gezin weerspiegelen waarin de scholier opgroeit. Waarschijnlijk is van nog groter belang dat het opleidingsniveau van jongeren iets zegt over het opleidingsniveau van hun ouders en de daarmee samenhangende opvoedingsstijlen en houding ten opzichte van gezondheid, voeding en bewegen. Van Dorsselaer et al. (2010) vonden bijvoorbeeld dat ouders van VWO-leerlingen meer dan van VMBO-leerlingen het dagelijks ontbijten en eten van groente en fruit bevorderden. Deze ouders zorgden er ook vaker voor dat hun kind niet teveel snoept in vergelijking met de ouders van de VMBO-leerlingen die de beroepsgerichte leerweg volgen. Ook stimuleerden meer ouders van VWO-leerlingen dan van HAVO-leerlingen dat hun kind voldoende beweegt.

Tabel 7 Verschillen in leefstijl en overgewicht, naar opleidingsniveau, scholieren van het voortgezet onderwijs in Nederland* en in Drenthe**

Onderwerp		VMBO-b	VMBO-t	HAVO	VWO
	Voeding (%)*				
	Ontbijten, door de week elke dag	69,8	79,6	85,8	91,0
	Fruit, iedere dag 1 maal of meer	20,5	23,8	28,7	36,3
	Groente, iedere dag 1 maal of meer	29,7	32,6	44,6	56,4
	Snoep, iedere dag 1 maal of meer	30,2	32,0	39,7	39,7
	Frisdrank, iedere dag 1 maal of meer	45,7	36,7	37,1	26,8
	Bewegen (%)*				
	Minstens 2 maal per week sport /buitenspelen	75,5	80,8	82,7	86,4
	Mediagebruik (gem. aantal uren)*				
	TV kijken (in uren)	3,2	3,1	2,4	2,1
	Computerspelletjes	2,3	2,0	1,4	1,2
	Msn/chat/e-mail/internet	3,3	2,9	2,5	2,1
	Lichaamsbeleving en BMI				
	Voelt zich te dik*	37,0	35,9	33,8	30,3
	Overgewicht (zelfrapportage)*	15,9	11,3	7,4	4,7
	Overgewicht (Drenthe, zelfrapportage)**	12,1	8,7	5,8	4,2

* Nederlandse gegevens, van Dorsselaer et al. (2010)

** Drentse gegevens, Jeugdonderzoek 2008.

Drentse gemeenten

De Drentse resultaten wijzen op verschillen in prevalenties tussen de gemeenten die blijven bestaan na gecontroleerd te hebben voor verschillen in leefstijl en in opleidingsniveau. In een Nederlands artikel van de Jong et al. (2011) worden vergelijkbare conclusies getrokken rond de interpretatie van geografische verschillen. Drie wijken in Zwolle worden geïdentificeerd met een verhoogde prevalentie van overgewicht bij kinderen. De vraag wordt gesteld welke factoren de hogere prevalenties in deze wijken verklaren en in welke mate daarmee de relatie tussen overgewicht en het wijkniveau wordt verklaard. Onderscheid wordt gemaakt tussen sociaal-demografische factoren en factoren die te maken hebben met de energiebalans (eten, drinken, bewegen). Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek is dat sociaal-demografische en leefstijl-factoren slechts gedeeltelijk verklaren waarom de prevalentie van overgewicht in de bestudeerde wijken relatief hoog is.

In het TNO-rapport 'Kinderen in prioriteitswijken: lichamelijke (in)activiteit en overgewicht' (2005) staat de vraag centraal welke kenmerken van de gebouwde omgeving van Nederlandse stadswijken samenhangen met de mate van lichamelijke (in)activiteit van kinderen uit het reguliere basisonderwijs. In de vijf onderzochte 'prioriteitswijken' was het percentage kinderen dat voldeed aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB; iedere dag minimaal 60 minuten tenminste matig intensief lichamelijk actief) extreem laag: 4% van de jongens en 3% van de meisjes. Bijna de helft (45%) van de onderzochte kinderen werd als 'inactief' beoordeeld. Kinderen bleken lichamelijk actiever te zijn in stadswijken met meer sportvelden, laagbouw, woonerven en in woongebieden met autoluwe zones, groen en water in de wijk en met gegroepeerde parkeerplaatsen.

Uit deze twee publicaties blijkt dat sociaal-demografische factoren en leefstijlfactoren slechts gedeeltelijk de geografische verschillen in overgewicht verklaren en dat daarnaast de omgeving (bijvoorbeeld de inrichting van de fysieke ruimte) de mate van activiteit en het risico van overgewicht beïnvloedt.

3. Volwassenen en ouderen

3.1. Inleiding

Uit het vorige hoofdstuk viel op te maken dat op jonge leeftijd reeds een basis gelegd wordt voor de verdere ontwikkeling van overgewicht als volwassene. In dit hoofdstuk laten we zien wat de prevalentie van overgewicht en obesitas in Drenthe is voor volwassenen (19 tot en met 64 jaar) en ouderen (65-plus). We maken hierbij, anders dan in het vorige hoofdstuk, wél gebruik van zelfrapportage-gegevens. De mate van onderrapportage van gewicht blijft bij volwassenen en oudere respondenten binnen acceptabele grenzen (Gunnell et al., 2000), ook al is met name bij de interpretatie van verschillen tussen subgroepen voorzichtigheid geboden (Dekkers et al., 2008). Achtereenvolgens worden Drentse trends van overgewicht getoond (paragraaf 3.2.1) en de prevalentiecijfers van overgewicht in verschillende leeftijdscategorieën en naar geslacht (3.2.2). De leefstijl van volwassenen wordt bekeken, in samenhang met de prevalentie van overgewicht in paragraaf 3.2.3 en in 3.2.4 worden de resultaten gepresenteerd naar sociaal-economische status. Overgewicht in relatie tot gezondheid komt uitgebreid aan de orde, aan de hand van de volgende aspecten: ervaren gezondheid, eenzaamheid, functionele beperkingen en belemmeringen bij het werk, chronische aandoeningen en zorgconsumptie (3.2.5). In paragraaf 3.2.6 wordt een overzicht getoond van de verschillen tussen de Drentse gemeenten. In paragraaf 3.3 belichten we de onderwerpen nogmaals vanuit een keuze uit de literatuur. Speciale aandacht gaat in alle paragrafen uit naar het onderscheid tussen overgewicht en obesitas.

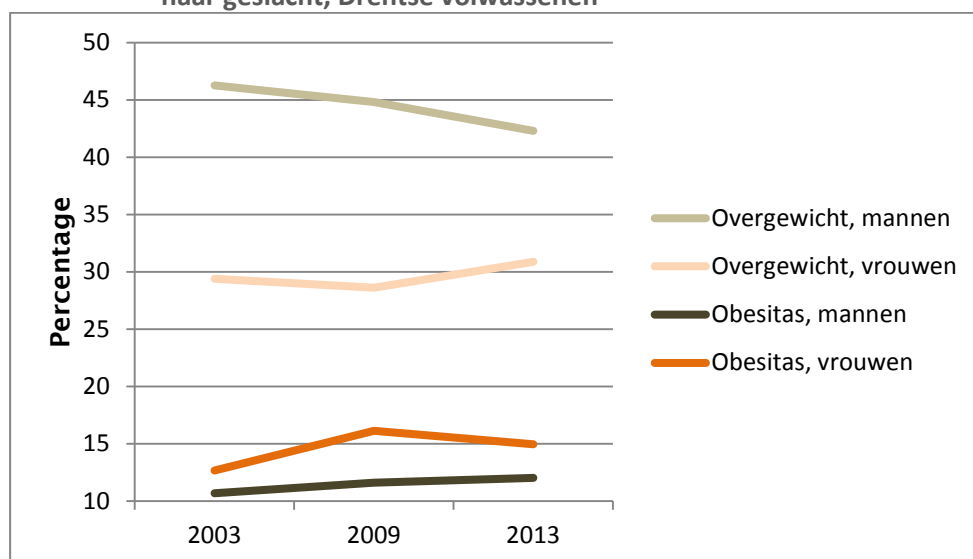
3.2. Drentse volwassenen en ouderen in beeld

3.2.1. Trends en prevalenties naar geslacht

De prevalentie van overgewicht voor volwassen mannen in Nederland is gestegen van 37% in 1981 naar 51% in 2004; voor vrouwen steeg de prevalentie van overgewicht in dezelfde periode van 30% naar 42% (Schokker et al., 2006). Vrouwen zijn hierin weliswaar in het voordeel vergeleken bij mannen, maar als het gaat over obesitas is de situatie voor vrouwen slechter dan voor mannen. Bij mannen steeg de prevalentie van obesitas van 4% naar 10%, bij vrouwen van 6% naar 12% (Schokker et al., 2006). Ook voor verschillende leeftijdsgroepen is het percentage overgewicht gestegen. In 1981 had 22% van de 20-44 jarigen overgewicht, in 2000 was dit opgelopen tot 34%; voor ouderen van 65 jaar en ouder steeg de prevalentie van 50% naar 55% (Schokker et al., 2006). Vanaf het jaar 2005 lijken de prevalenties van matig overgewicht in Nederland te stabiliseren rond 36%, terwijl de prevalenties van ernstig overgewicht (obesitas) verder stijgen naar ruim 11% (CBS, 2011).

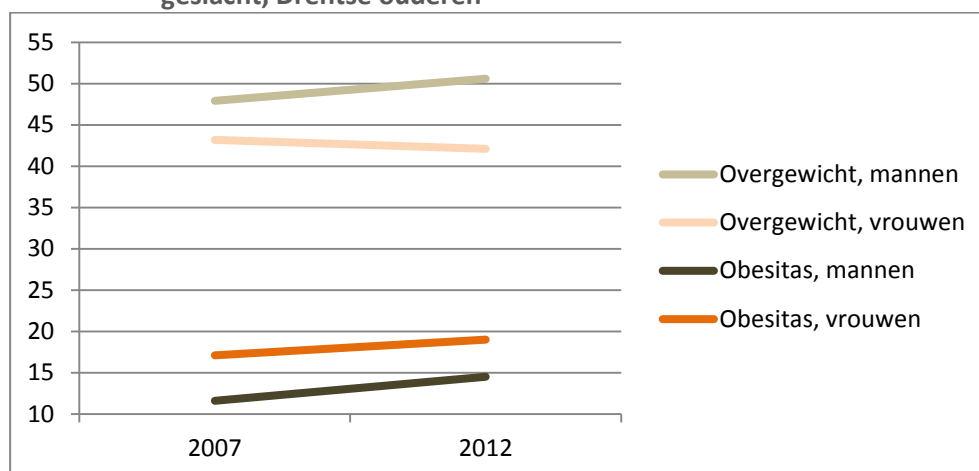
De Drentse cijfers vanuit het volwassenenonderzoek sluiten hierbij aan, zowel wat betreft de recente trends als de verschillen naar geslacht. Figuur 17 laat zien dat de prevalenties van overgewicht op een gelijk niveau blijven in de periode 2003-2013 of zelfs dalen (bij mannen). De cijfers van obesitas in deze figuur corrigeren echter dit optimistische beeld enigszins, want de prevalentie van obesitas blijkt nog wel te stijgen, vooral ook bij mannen. Ook het relatief gunstige beeld voor de vrouwen wat betreft de prevalenties van overgewicht slaat om in het tegendeel wanneer het gaat om obesitas: vrouwen hebben duidelijk vaker dan mannen obesitas en dit verschil is niet geringer geworden in de tijd.

Figuur 17 Prevalenties van overgewicht en obesitas in 2003, 2009 en 2013, naar geslacht, Drentse volwassenen



De trends voor ouderen laten ook zien dat mannen duidelijk vaker overgewicht hebben dan vrouwen maar minder vaak obesitas (Figuur 18). Anders dan bij volwassenen is bij ouderen duidelijk sprake van een verdergaande stijging van de prevalenties van overgewicht bij mannen. De prevalentie van obesitas is ook in deze relatief korte periode van 5 jaar vooral bij mannen gestegen.

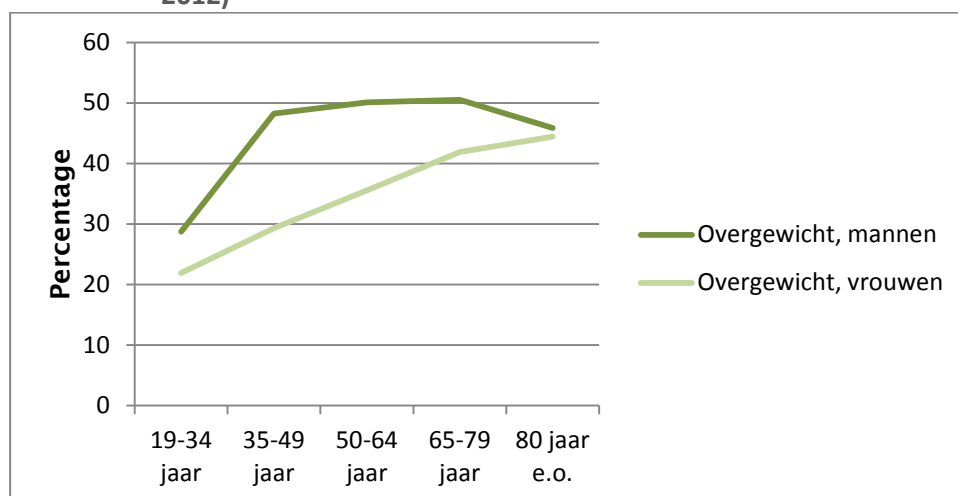
Figuur 18 Prevalenties van overgewicht en obesitas in 2007 en 2012, naar geslacht, Drentse ouderen



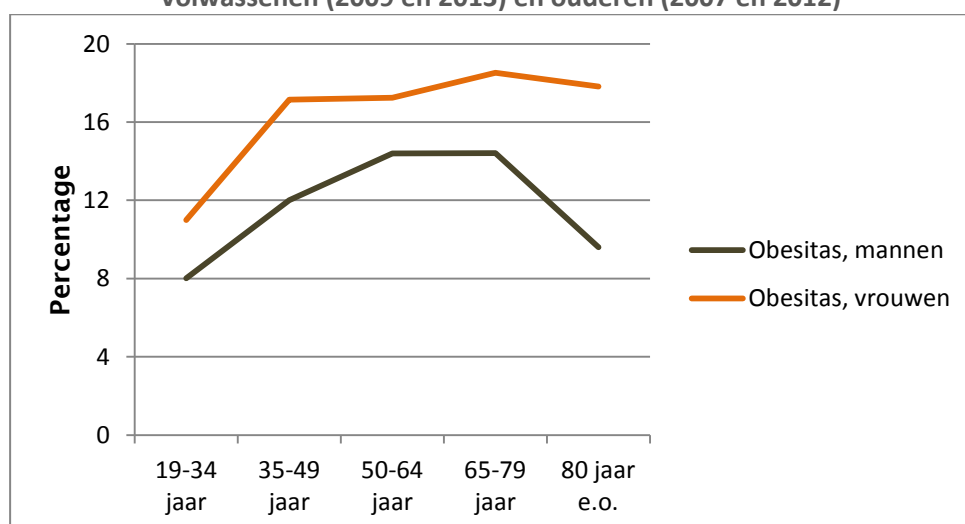
3.2.2. Prevalenties op verschillende leeftijden

Voor de Drentse bevolking kan vastgesteld worden dat de prevalentie van overgewicht en obesitas stijgt bij het ouder worden, maar dat deze ook gaat stabiliseren of zelfs gaat afnemen bij hoge leeftijd. Bij mannen worden de hoogste prevalenties op middelbare leeftijd bereikt, bij vrouwen bereiken deze prevalenties pas hun hoogste waarden bij de pensioengerechtigde leeftijd (Figuur 19 en Figuur 20).

Figuur 19 Prevalenties van overgewicht (excl. obesitas), naar geslacht en leeftijd, Drentse volwassenen (2009 en 2013) en ouderen (2007 en 2012)



Figuur 20 Prevalenties van obesitas, naar geslacht en leeftijd, Drentse volwassenen (2009 en 2013) en ouderen (2007 en 2012)



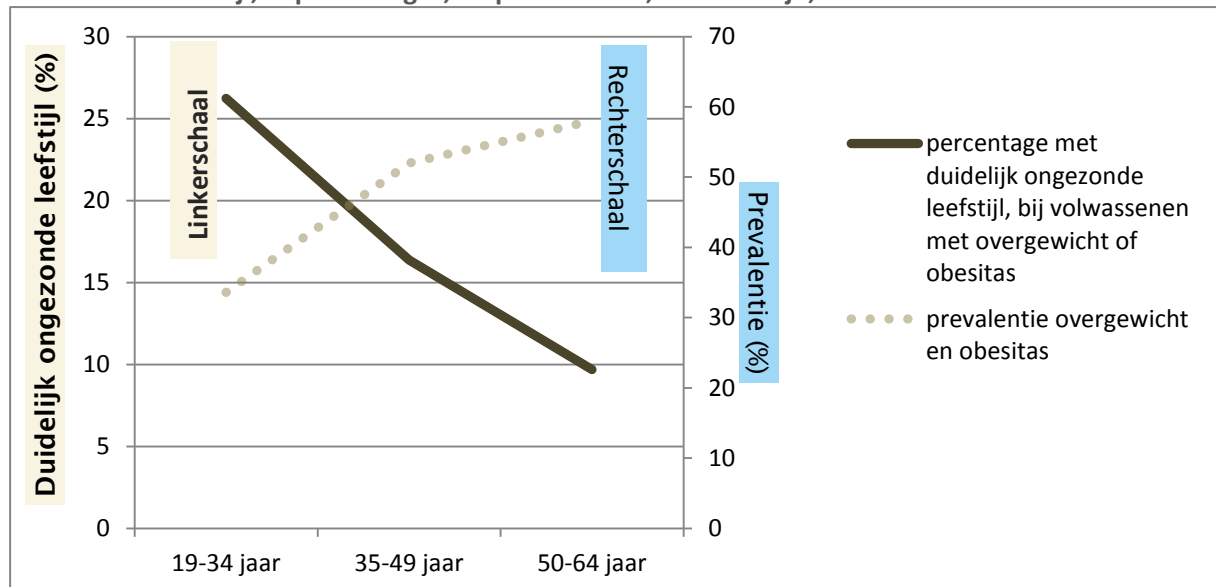
3.2.3. Leefstijl van volwassenen

Een opmerkelijke uitkomst uit de rapportage over het volwassenenonderzoek 2009 van GGD Drenthe (Kuilman, van der Veen en van Zanden, 2011) was dat jonge volwassenen vaak een ongezonde leefstijl hebben maar zichzelf doorgaans gezond voelen, terwijl bij oudere volwassenen deze relatie juist omgekeerd is. Oudere volwassenen hebben vaak een relatief gezonde leefstijl, maar zij krijgen te maken met gezondheidsklachten en vinden hun gezondheid vaker matig of slecht. Voor dit omgekeerde verband tussen leefstijl en gezondheid kan de volgende verklaring gegeven worden. Steeds meer mensen krijgen bij het ouder worden gezondheidsklachten terwijl daar bij jonge volwassenen nog weinig sprake van is. Een ongezonde leefstijl op jonge leeftijd beïnvloedt de gezondheid op termijn tot uiting komend in gezondheidsklachten op latere leeftijd. Op latere leeftijd anticiperen en reageren mensen met het aanpassen van hun leefstijl op deze verslechtering van hun gezondheid.

Figuur 21 laat zien dat de omgekeerde relatie tussen leefstijl en gezondheid ook zichtbaar is als het om overgewicht gaat. In deze figuur contrasteert de stijgende prevalentie van overgewicht en obesitas met het dalende percentage volwassenen met overgewicht dat een duidelijk ongezonde

leefstijl heeft. Deze ‘duidelijk ongezonde leefstijl’ is op eenzelfde manier gedefinieerd als vanuit de gegevens van het Jeugdonderzoek (zie paragraaf 2.2.3). De mate van inactiviteit is hier vastgesteld op basis van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Figuur 21 Drentse volwassenen met overgewicht of obesitas met een duidelijk ongezonde leefstijl, in percentages, en prevalenties, naar leeftijd, 2009

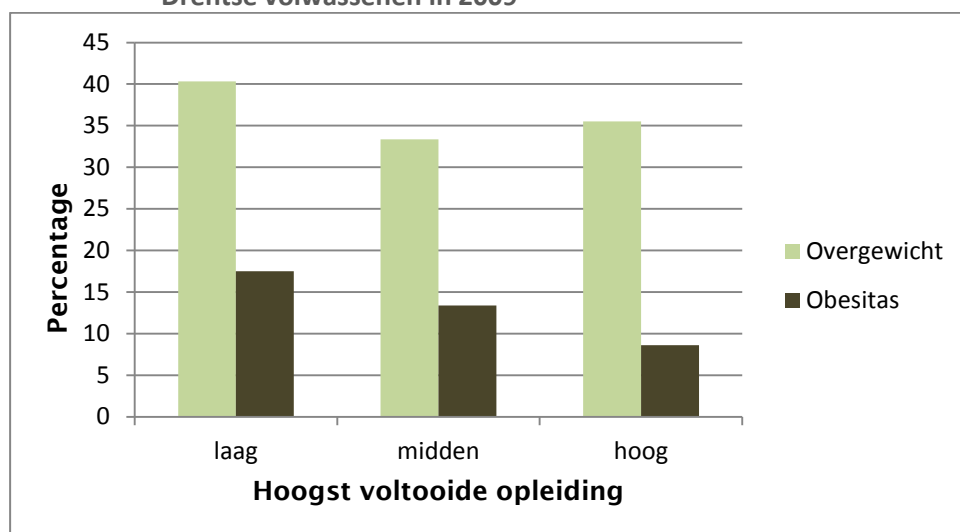


3.2.4. Sociaal-economische status

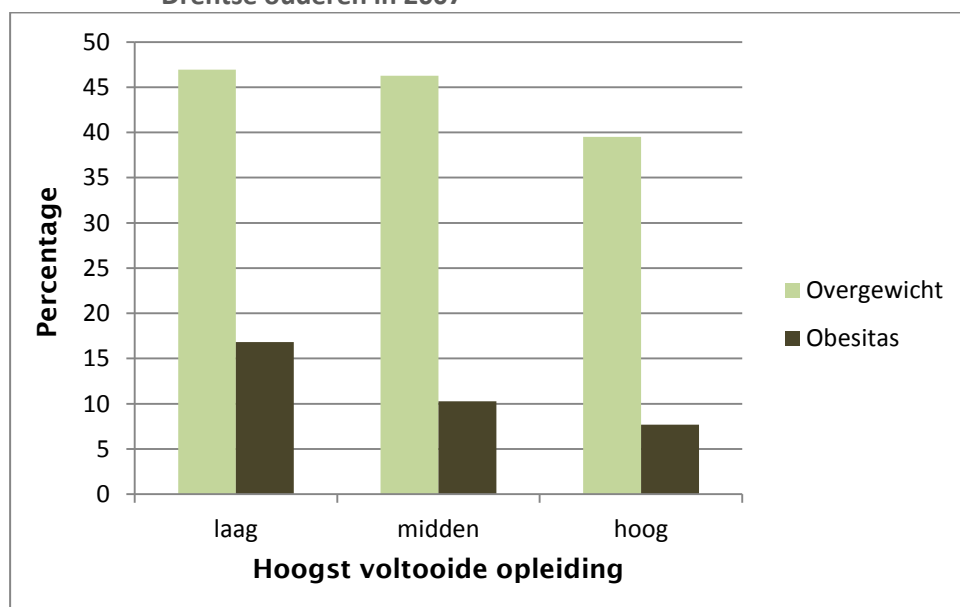
Gezondheid en welvaart hebben sterk met elkaar te maken. Dit is op mondiale schaal evident, maar ook in de westerse wereld blijven sociaal-economische gezondheidsverschillen hardnekkig. Hoe ziet de relatie tussen overgewicht en sociaal-economische status er uit en welke verklaringen zijn er voor een dergelijk verband?

We verkennen de Drentse situatie door te kijken naar de samenhang tussen overgewicht en obesitas en de hoogst voltooide opleiding. Van belang is hierbij aan te geven dat opleiding met name voor de oudere bevolking een beperkte afspiegeling van de bereikte sociaal-economische positie is. Veel mensen uit deze generatie zijn door het volgen van aanvullende cursussen en opleidingen opgeklommen op de sociale ladder. Voor volwassenen en ouderen komt uit Figuur 22 en Figuur 23 een beperkt verband naar voren tussen opleidingsniveau en overgewicht en een sterker verband tussen opleidingsniveau en obesitas. Obesitas komt bij mensen met een lage opleiding meer dan twee maal zo vaak voor als bij mensen met een hoge opleiding en dit is nog iets meer het geval bij ouderen dan bij volwassenen.

Figuur 22 Prevalenties van overgewicht en obesitas naar opleidingsniveau, Drentse volwassenen in 2009

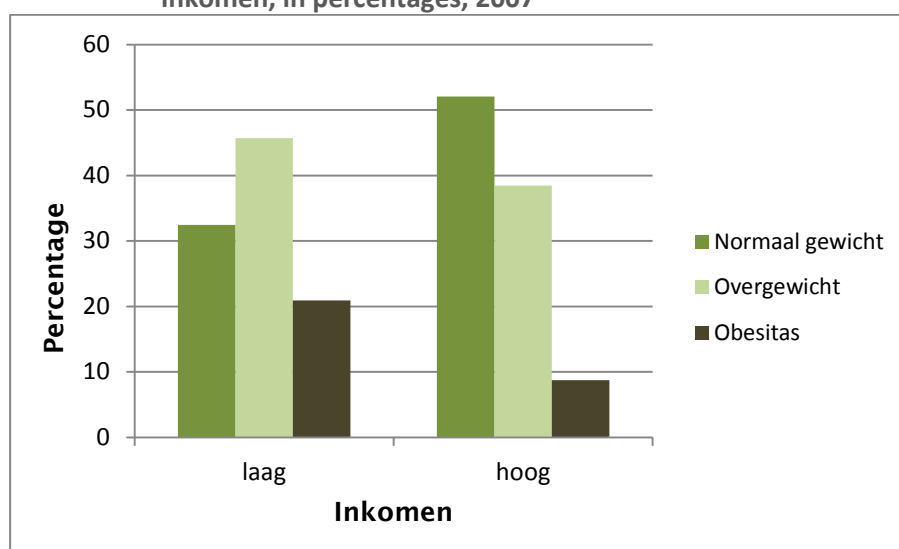


Figuur 23 Prevalenties van overgewicht en obesitas naar opleidingsniveau, Drentse ouderen in 2007

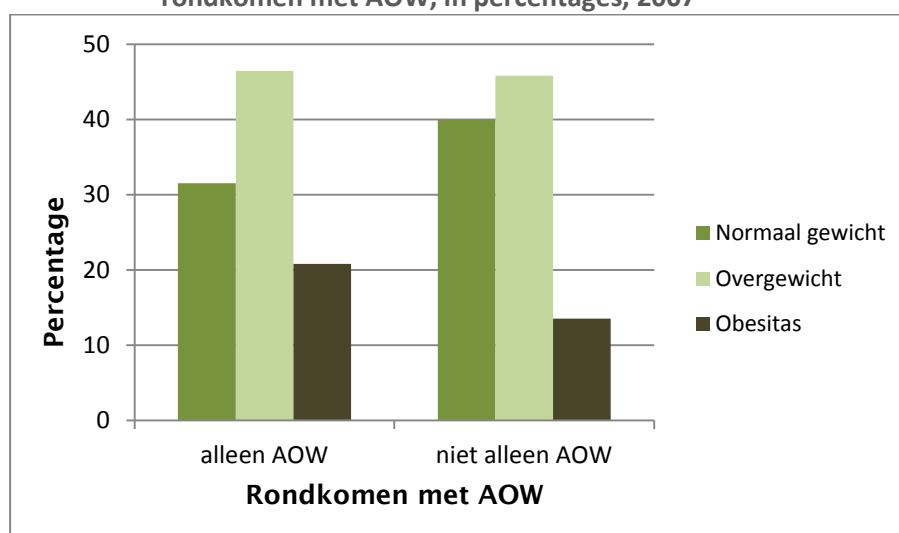


Als naar andere indicatoren van sociaal-economische status gekeken wordt dan komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Het percentage ouderen met overgewicht of obesitas is groter in de groep ouderen met een laag inkomen dan bij ouderen met een hoog inkomen (Figuur 24) en dat geldt ook (zij het in wat mindere mate) wanneer ouderen die alleen met een AOW moeten rondkomen vergeleken worden met ouderen die daarnaast andere inkomstenbronnen hebben (Figuur 25).

Figuur 24 Ouderen met normaal gewicht, overgewicht of obesitas naar inkomen, in percentages, 2007



Figuur 25 Ouderen met normaal gewicht, overgewicht of obesitas, naar rondkomen met AOW, in percentages, 2007



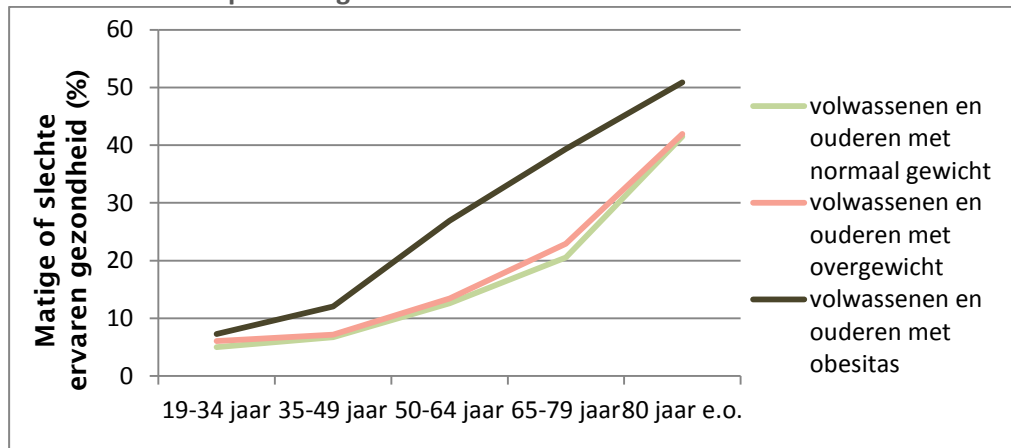
3.2.5. Gezondheid

Overgewicht en obesitas bleken al op jonge leeftijd invloed te hebben op het welbevinden en het ontstaan van psychosociale problemen (zie paragraaf 2.2.4). Of van een verminderd welbevinden en een slechtere ervaren gezondheid sprake blijft in de volwassenheid en op hogere leeftijd onderzoeken we in deze paragraaf. Ook kijken we of bij het ouder worden er mogelijk problemen bijkomen, zoals functionele beperkingen in het huishouden en op het werk en chronische aandoeningen. Deze verschillende facetten laten we zien voor volwassenen met een normaal gewicht, overgewicht en obesitas.

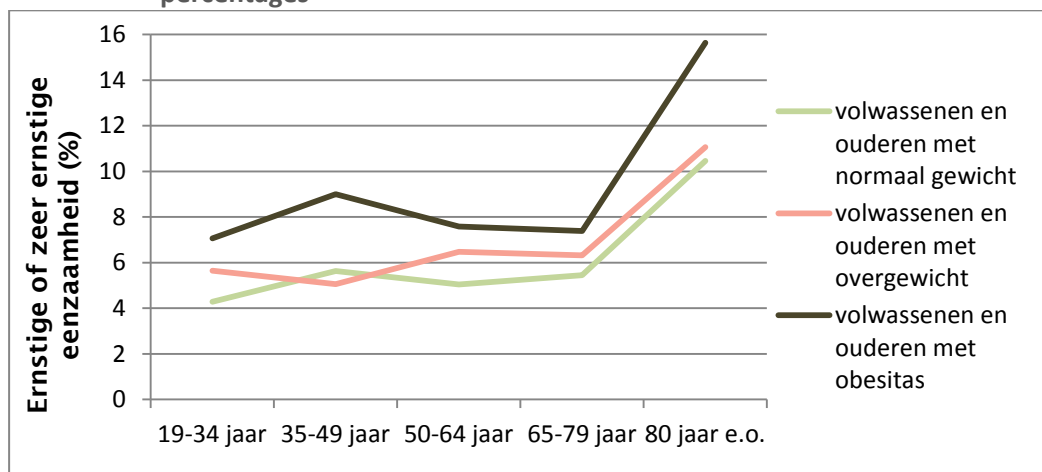
Uit Figuur 26 valt op te maken dat steeds meer mensen bij het ouder worden een matige of slechte gezondheid ervaren en dat mensen met een matig overgewicht (een BMI van 25 tot 30) daarin niet afwijken van mensen met een normaal gewicht. Obesitas vormt echter een duidelijk afwijkende categorie, waarbij vooral vanaf de middelbare leeftijd de ervaren gezondheid relatief snel verslechtert. Wanneer we kijken naar ernstige of zeer ernstige eenzaamheid (Figuur 27) dan valt op dat pas bij ouderen van 65 jaar en ouder dit (psychosociale) gezondheidsprobleem een grotere rol

gaat spelen. Ook hier wijkt de groep van volwassenen en ouderen met matig overgewicht nauwelijks af van de groep met een normaal gewicht. Ernstige eenzaamheid komt echter beduidend vaker voor bij obese ouderen van 80 jaar en ouder.

Figuur 26 Matige of slechte ervaren gezondheid bij volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages

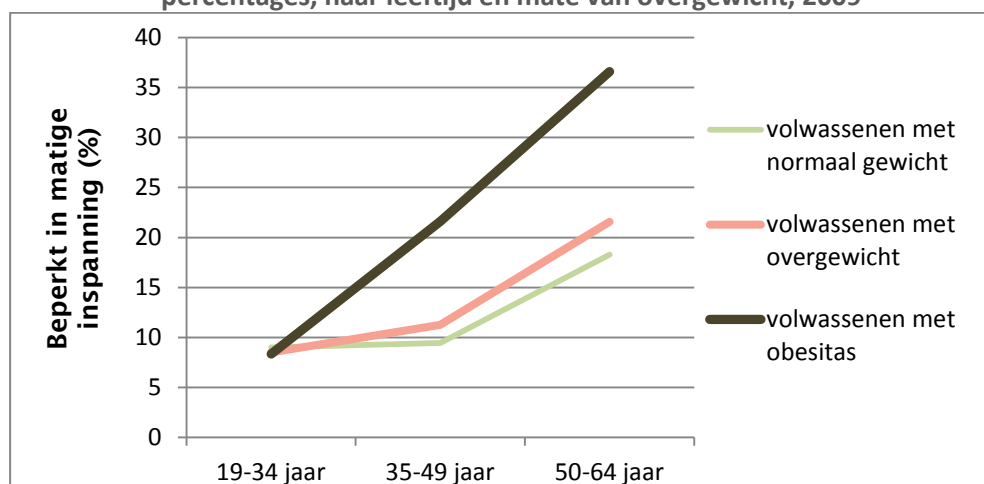


Figuur 27 Ernstige of zeer ernstige eenzaamheid bij volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages

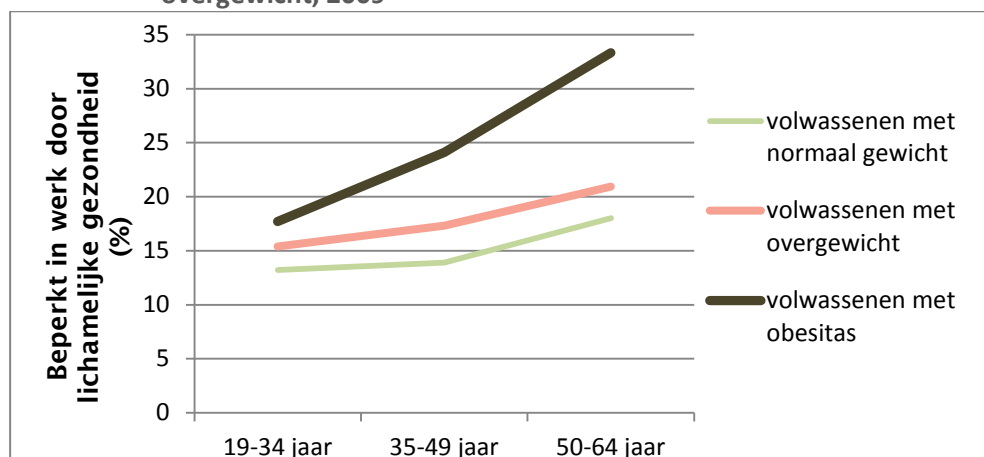


In de volgende twee figuren (Figuur 28 en Figuur 29) wordt getoond in welke mate het dagelijks leven bij de groep volwassenen wordt beperkt door overgewicht of obesitas. Uit deze figuren blijkt dat obesitas al snel een beperkende factor wordt en dat op middelbare leeftijd eenderde van de obese volwassenen te maken heeft met problemen met fysieke inspanning of met beperkingen in het werken.

Figuur 28 Drentse volwassenen die beperkt zijn in matige inspanning, in percentages, naar leeftijd en mate van overgewicht, 2009

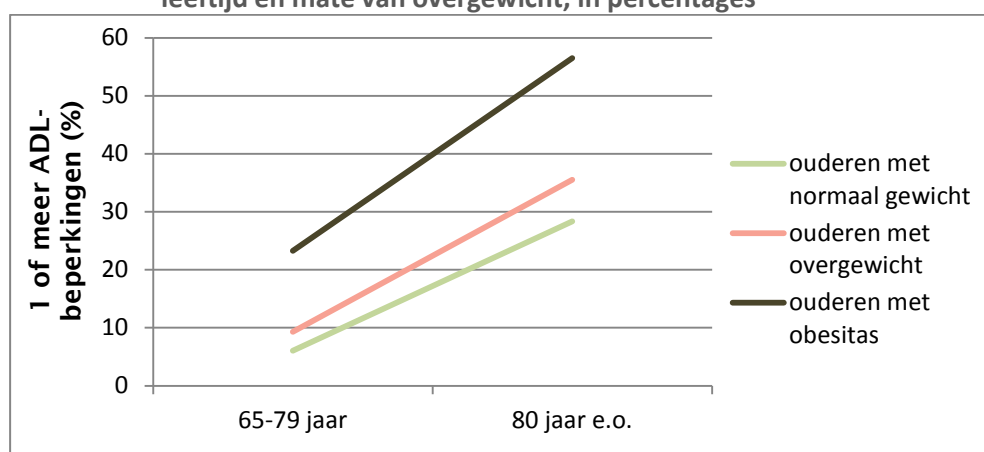


Figuur 29 Drentse volwassenen die beperkt zijn in werk door (lichamelijke) gezondheidsredenen, in percentages, naar leeftijd en mate van overgewicht, 2009



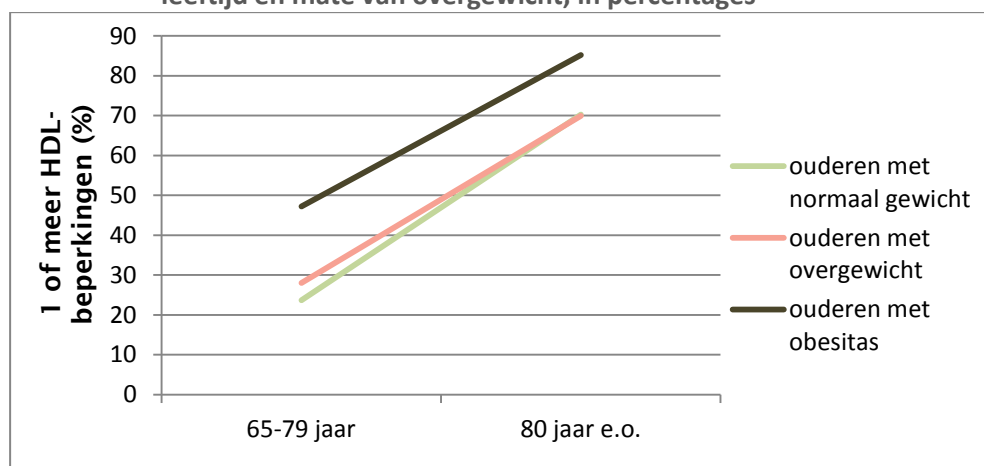
Beperkingen in het dagelijkse leven in het huishouden nemen vanaf het 65^e levensjaar alleen maar toe. De algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in Figuur 30 betreffen handelingen zoals 'eten en drinken' en 'aan-en uitkleden' die inzicht geven in de mate van zelfredzaamheid. Ouderen met obesitas zijn duidelijk meer beperkt in hun dagelijkse leven dan ouderen met matig overgewicht of met een normaal gewicht. Bij het ouder worden nemen de verschillen tussen de groepen zelfs wat toe.

Figuur 30 Ouderen met 1 of meer ADL-beperkingen, Drenthe, 2007, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages

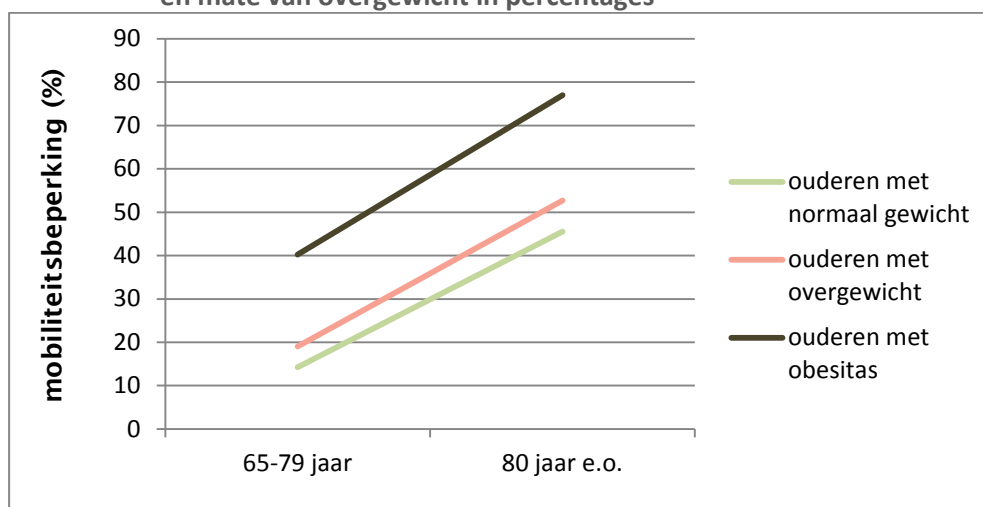


Met de huishoudelijke levensverrichtingen (HDL) van Figuur 31 kan beoordeeld worden in hoeverre iemand zelfstandig het huishouden kan voeren, zoals zelf boodschappen doen. Ook als het gaat om mobiliteitsbeperkingen (betrekking hebbend op het dragen van een voorwerp, buigen en van de grond oppakken en lopen) valt op dat de groep obese ouderen sterk verschilt van de andere groepen (Figuur 32). Deze verschillen wijzen erop dat personen met obesitas met meer beperkingen ouder worden en al snel zorg en hulp behoeven.

Figuur 31 Ouderen met 1 of meer HDL-beperkingen, Drenthe, 2007, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages

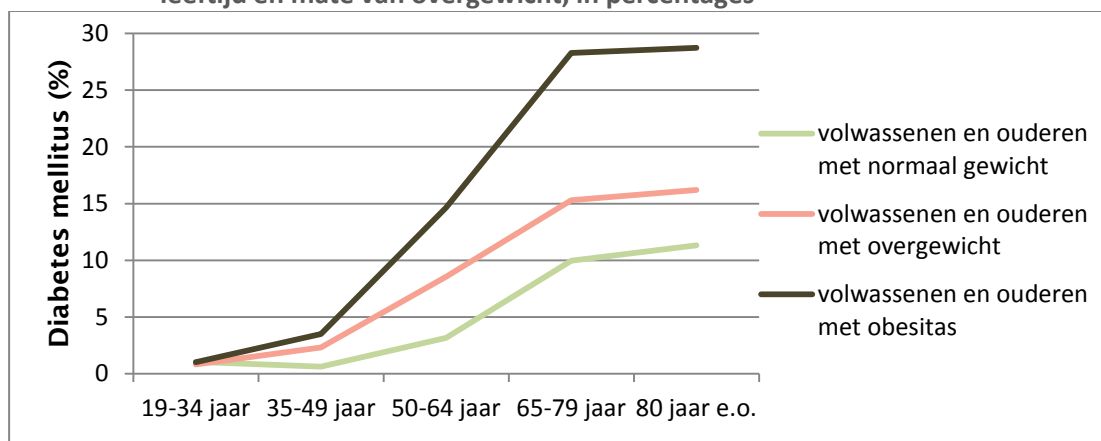


Figuur 32 Ouderen met een mobiliteitsbeperking, Drenthe, 2007, naar leeftijd en mate van overgewicht in percentages

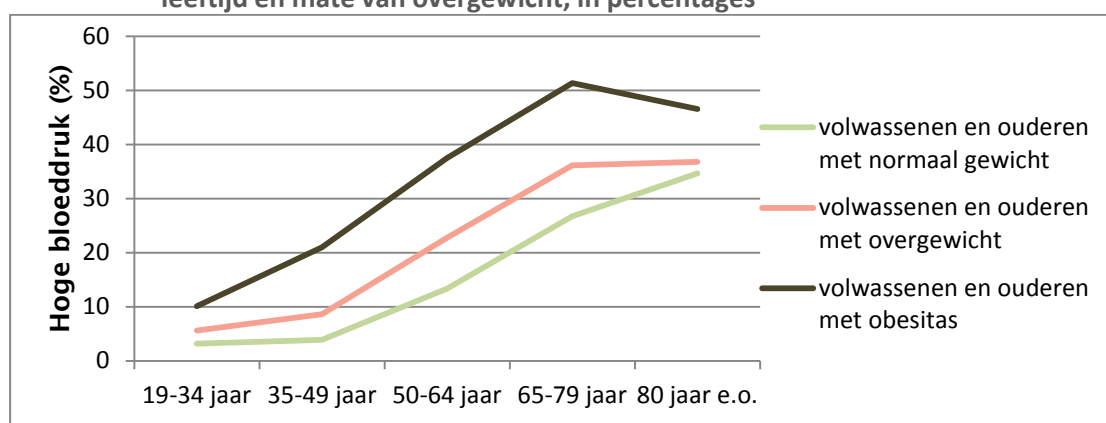


Dat obese volwassenen en ouderen vaker een minder goede gezondheid ervaren en beperkt zijn in het dagelijkse leven kan ook te maken hebben met ziekten en aandoeningen ('comorbiditeit'). Ook in Drenthe is de relatie tussen obesitas en diabetes het sterkst en dan vooral bij vrouwen: obese vrouwen gaven 5 maal zo vaak als vrouwen met een normaal gewicht aan diabetes te hebben, bij obese mannen was dat 3 maal zo vaak. De volgende figuren laten voor achtereenvolgens diabetes, hoge bloeddruk, astma en gewrichtsslijtage de samenhang met overgewicht en obesitas in Drenthe zien.

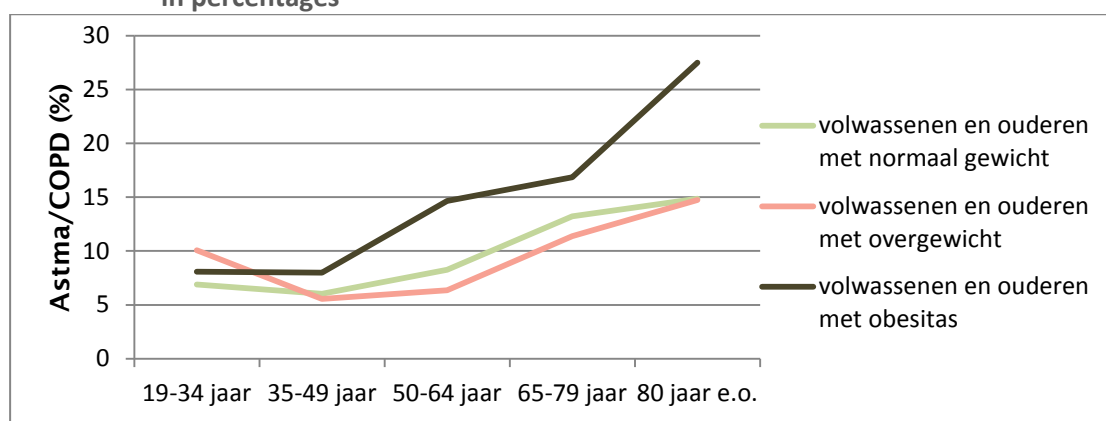
Figuur 33 Diabetes mellitus bij volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages



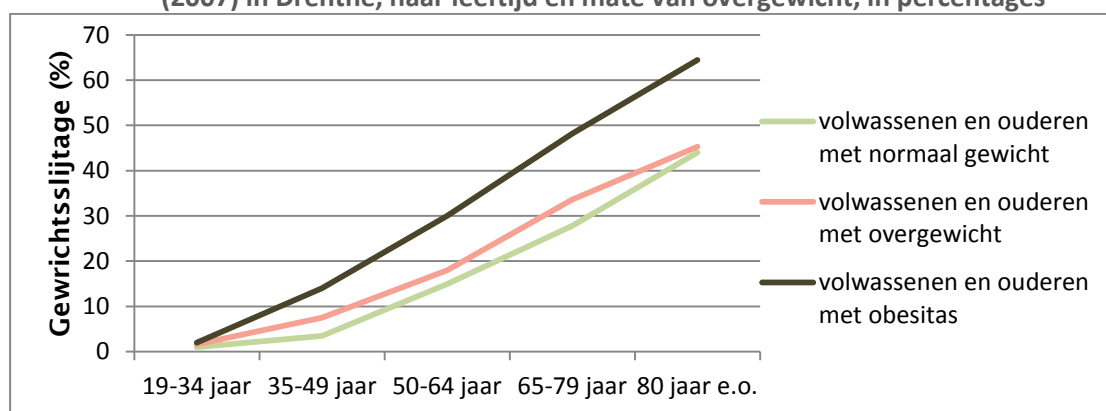
Figuur 34 Hoge bloeddruk bij volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages



Figuur 35 Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA/COPD bij volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages

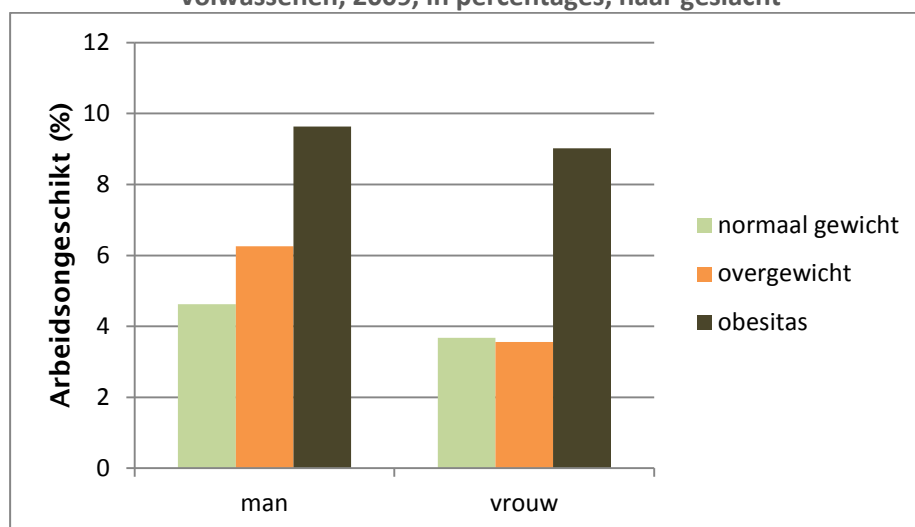


Figuur 36 Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) bij volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages



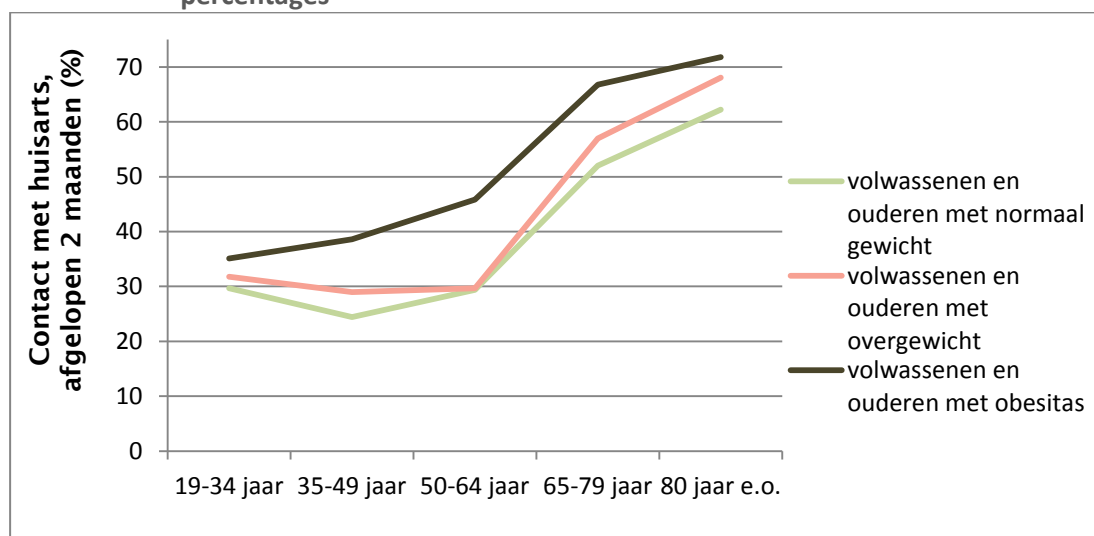
Chronische aandoeningen en functionele beperkingen (bijvoorbeeld door artrose, rugklachten, kortademigheid) vormen belangrijke redenen waarom mensen met obesitas een hoger risico op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid hebben dan mensen met een normaal gewicht. Uit de gegevens van het volwassenenonderzoek blijkt dat Drentse obese volwassenen meer dan tweemaal zo vaak als volwassenen met een normaal gewicht arbeidsongeschikt zijn (Figuur 37).

Figuur 37 Arbeidsongeschiktheid naar mate van overgewicht, Drentse volwassenen, 2009, in percentages, naar geslacht

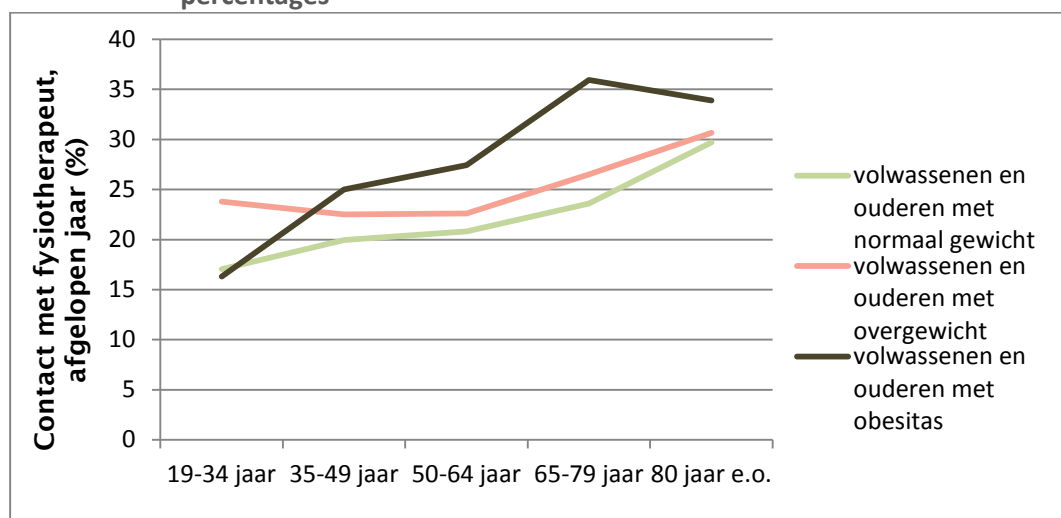


Vanuit de voorgaande bevindingen valt ook te verwachten dat mensen met obesitas vaker gebruik maken van zorgvoorzieningen. Dit wordt in de Drentse resultaten bevestigd, getuige de frequentere bezoeken aan de huisarts (Figuur 38), de fysiotherapeut (Figuur 39) en (in geringere mate) de medisch specialist (Figuur 40).

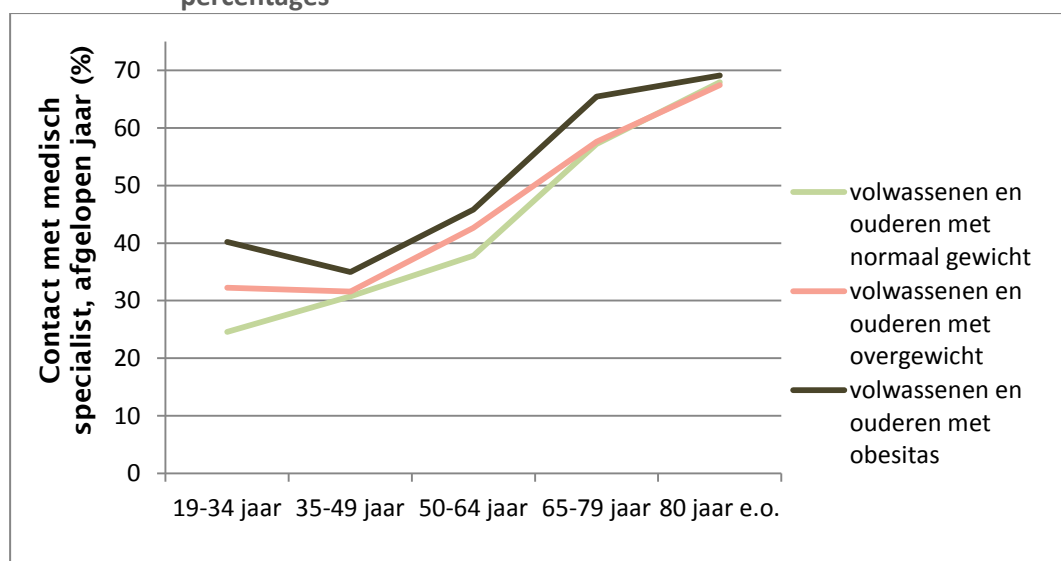
Figuur 38 Contact met de huisarts in de afgelopen twee maanden, volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages



Figuur 39 Contact met de fysiotherapeut in het afgelopen jaar, volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages



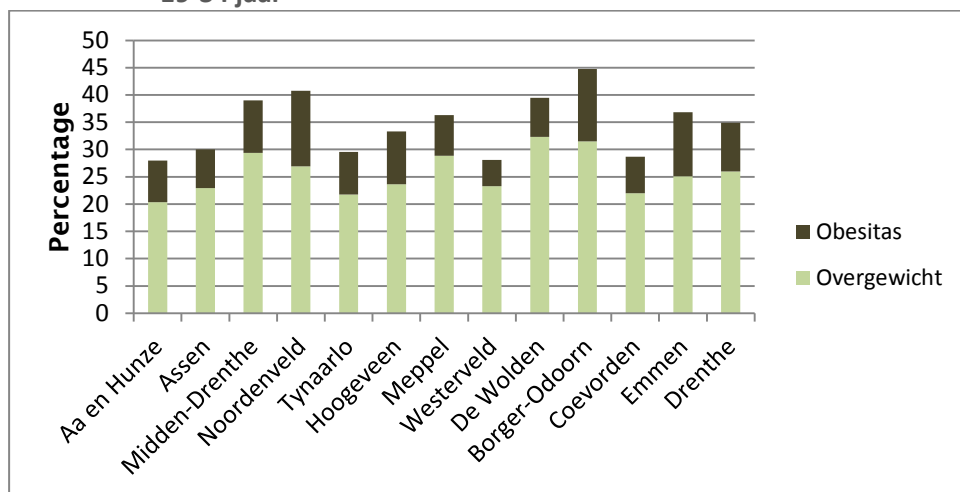
Figuur 40 Contact met de medisch specialist in het afgelopen jaar, volwassenen (2009) en ouderen (2007) in Drenthe, naar leeftijd en mate van overgewicht, in percentages



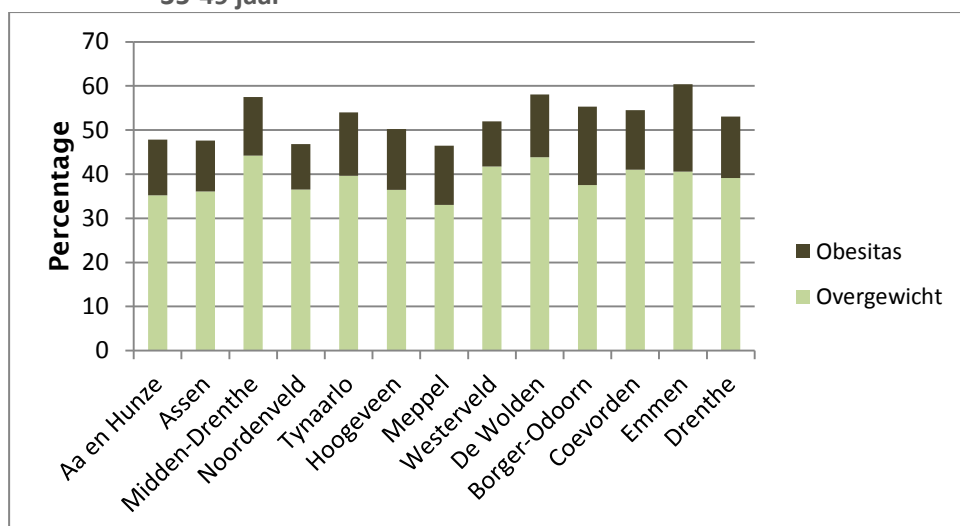
3.2.6. Drentse gemeenten

Ook in dit hoofdstuk presenteren we de prevalenties van overgewicht en obesitas in de Drentse gemeenten naar leeftijdsgroep (Figuur 41 tot en met Figuur 45). We voegen voor deze figuren de gegevens van het volwassenenonderzoek van 2009 en 2013 en het ouderenonderzoek van 2007 en 2012 samen om fluctuaties als gevolg van kleine aantallen te minimaliseren. We bekijken kort, net zoals in het vorige hoofdstuk, wat er van de verschillen tussen gemeenten overblijft als we standaardiseren voor verschillen in sociaal-economische status.

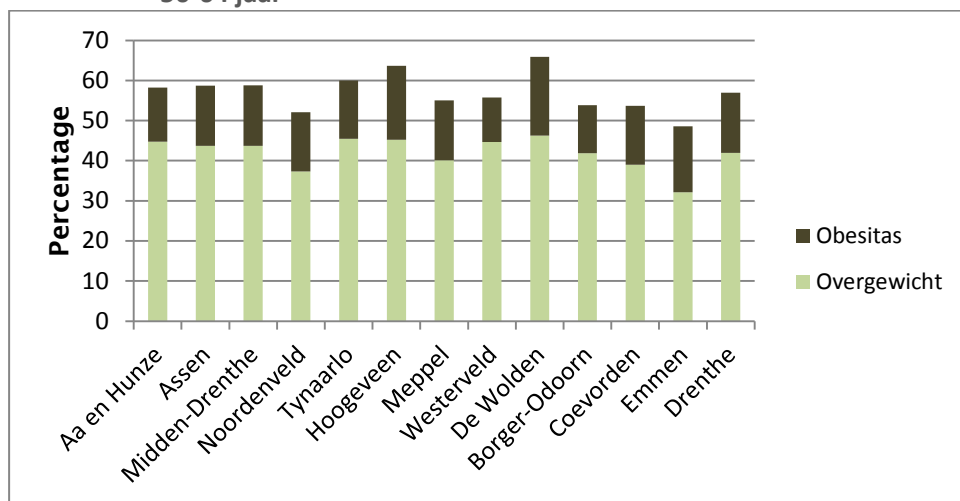
Figuur 41 Prevalenties van overgewicht en obesitas in de Drentse gemeenten (2009 en 2013 samengevoegd), Drentse volwassenen 19-34 jaar



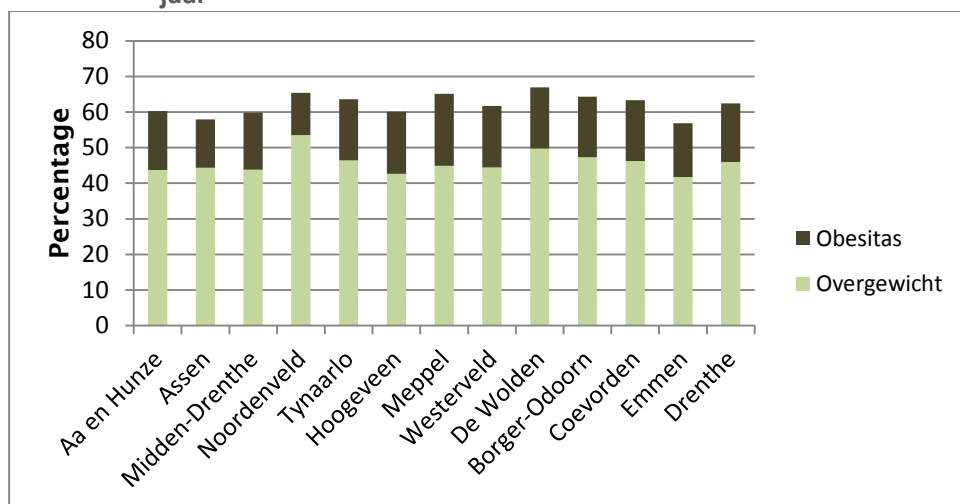
Figuur 42 Prevalenties van overgewicht en obesitas in de Drentse gemeenten (2009 en 2013 samengevoegd), Drentse volwassenen 35-49 jaar



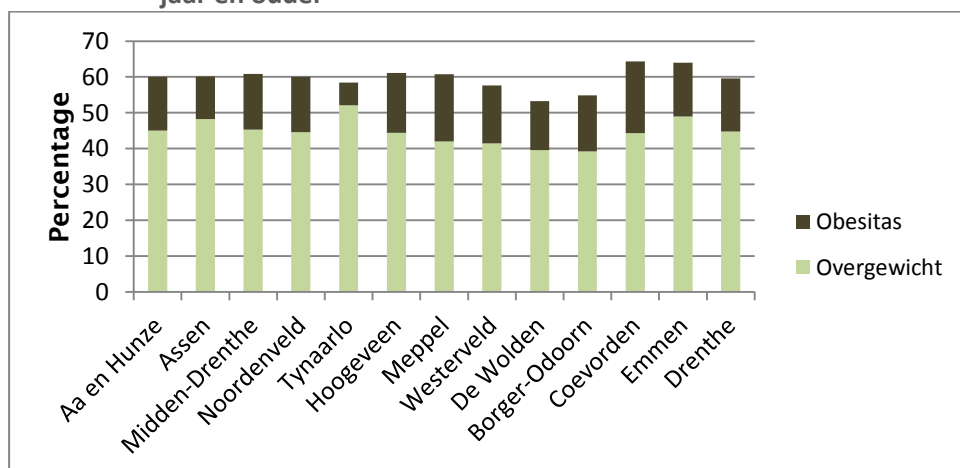
Figuur 43 Prevalenties van overgewicht en obesitas in de Drentse gemeenten (2009 en 2013 samengevoegd), Drentse volwassenen 50-64 jaar



Figuur 44 Prevalenties van overgewicht en obesitas in de Drentse gemeenten (2007 en 2012 samengevoegd), Drentse ouderen 65-79 jaar



Figuur 45 Prevalenties van overgewicht en obesitas in de Drentse gemeenten (2007 en 2012 samengevoegd), Drentse ouderen 80 jaar en ouder



Opvallend aan deze figuren is de grote variatie bij de jong-volwassenen die afvlakt op hogere leeftijden. Tabel 8 vat de verschillen tussen de Drentse gemeenten samen.

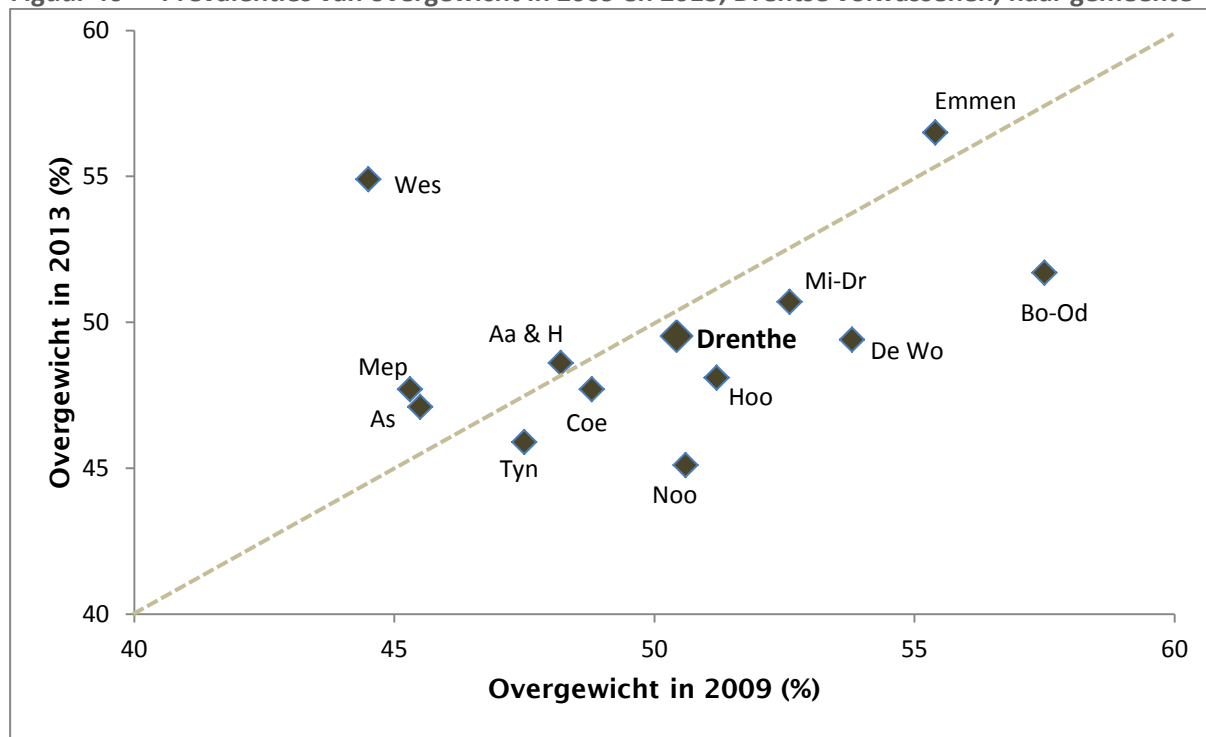
Zoals we in het vorige hoofdstuk standaardiseerden voor verschillen in opleiding (zie 2.2.6) hebben we ook hier onderzocht in hoeverre de verschillen tussen gemeenten wegvallen als we standaardiseren voor verschillen in sociaal-economische status. We keken hierbij specifiek naar obesitas. Ook hier bleek voor de meeste gemeenten dat de standaardisering voor verschillen in opleiding niet veel verandering teweeg brengt in de prevalenties van obesitas. De betekenis van deze bevindingen is opnieuw dat de gemeentelijke verschillen in prevalentiecijfers maar zeer ten dele zijn te verklaren vanuit verschillen in de samenstelling van de bevolking naar opleidingsniveau.

Tabel 8 Karakterisering van de Drentse gemeenten, gebaseerd op de prevalenties van overgewicht en obesitas bij volwassenen en ouderen

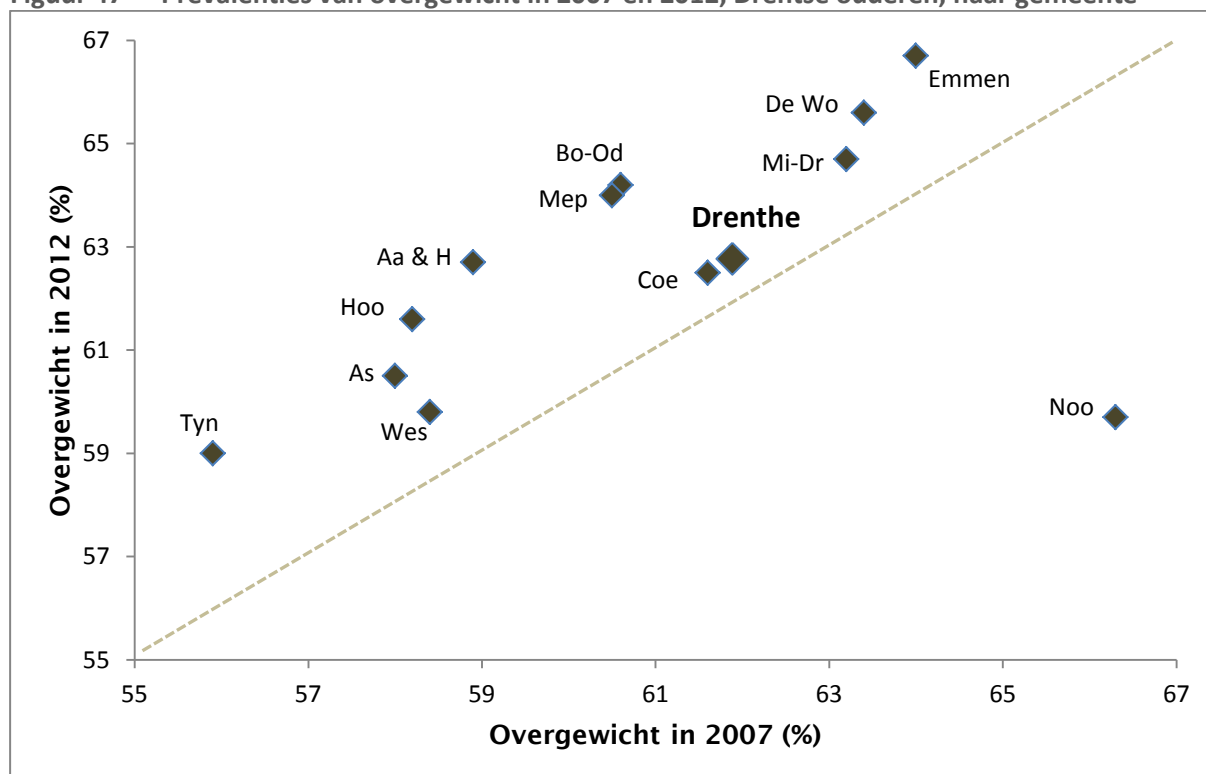
Gemeente	Karakterisering	
	Rond het Drentse gemiddelde	
Aa en Hunze	Rond het Drentse gemiddelde of er net onder	
Assen	Rond het Drentse gemiddelde of er net onder	
Midden-Drenthe	Rond het Drentse gemiddelde of er net boven	
Noordenveld	Rond het Drentse gemiddelde, relatief veel obesitas in de leeftijdscategorie 19-34 jaar	
Tynaarlo	Rond het Drentse gemiddelde, weinig obesitas in de hoogste leeftijdscategorie	
Hoogeveen	Rond het Drentse gemiddelde, meer obesitas in de leeftijdscategorie 50-64 jaar	
Meppel	Rond het Drentse gemiddelde, relatief veel obesitas bij ouderen	
Westerveld	Onder het Drentse gemiddelde bij jongere volwassenen, verder rond het gemiddelde	
De Wolden	Boven het Drentse gemiddelde, vooral bij jongere volwassenen, onder het gemiddelde in de hoogste leeftijdscategorie	
Borger-Odoorn	Rond of boven het Drentse gemiddelde, relatief veel obesitas bij jongere volwassenen, onder het gemiddelde in de hoogste leeftijdscategorie	
Coevorden	Rond of onder het Drentse gemiddelde, relatief veel obesitas in de hoogste leeftijdscategorie	
Emmen	Rond of boven het Drentse gemiddelde, relatief veel obesitas bij jongere volwassenen, onder het gemiddelde in de leeftijdscategorie 50-64 jaar	

In Figuur 46 en Figuur 47 wordt voor respectievelijk volwassenen en ouderen per gemeente getoond in hoeverre de prevalenties van overgewicht recent in 4 tot 5 jaar zijn veranderd. Hierbij is uitgegaan van de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht in de meest recente onderzoeken (van 2012 en 2013). Gemeenten met een recente daling van de prevalentie bevinden zich onder de stippellijn, gemeenten met een recente stijging van de prevalentie erboven.

Figuur 46 Prevalenties van overgewicht in 2009 en 2013, Drentse volwassenen, naar gemeente



Figuur 47 Prevalenties van overgewicht in 2007 en 2012, Drentse ouderen, naar gemeente



Uit deze figuren blijkt dat de prevalentie van overgewicht in Drenthe bij volwassenen gedaald is (van 50,4% naar 49,5%) terwijl bij ouderen sprake was van een verdergaande stijging (van 61,9% naar 62,8%). In Figuur 46 bevinden de meeste gemeenten zich dan ook onder de stippellijn, in Figuur 47 erboven.

3.3. Literatuur

Prevalenties op verschillende leeftijden

De interpretatie van de veranderingen in prevalenties in de levensloop is lastig omdat verschillende factoren het leeftijds patroon beïnvloeden en ook tegengestelde effecten hebben. Eén van de maatschappelijke factoren die van belang zijn is de opkomst van de ‘obesogene samenleving’ in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw. Voor de ouderen van nu die tijdens hun kinderjaren en hun adolescentie in een ander type samenleving opgroeiden gold wellicht dat de risico’s om overgewicht te ontwikkelen minder groot waren dan voor de generaties daarna. Relatief hogere en stijgende prevalenties van overgewicht op jongere leeftijd zijn dan ook te verwachten (Dagevos en Munnichs, 2007). Resultaten uit de Doetinchem Cohortstudie bevestigen dat er sprake is van ongunstige trends in overgewicht en obesitas voor jongere cohorten vergeleken met oudere cohorten (Hulsegge et al., 2013). Uit deze studie blijkt vooral voor mannen dat de jongere cohorten al snel op percentages overgewicht en obesitas komen die de oudere cohorten pas op latere leeftijd bereikten. Om een voorbeeld ter verduidelijking te geven: het cohort van (mannelijke) twintigers (bij het begin van de studie) bereikte op de leeftijd van 40 jaar een niveau van obesitas van ruim 10%; voor het cohort van mannen van in de vijftig gold dat ze dit niveau pas tegen de 60-jarige leeftijd bereikten. Voor vrouwen bleek deze ongunstige trend vooral te gelden voor de jongste cohorten. Op de gemiddelde leeftijd van 41 jaar had 15% van het cohort van twintigers en 8% van het cohort van dertigers obesitas (Hulsegge et al., 2013).

Uit de Doetinchem Cohortstudie komt ook naar voren dat het verloop van de niveaus van overgewicht en obesitas vergelijkbaar is voor alle cohorten: een doorgaande stijging bij het ouder worden, gevolgd door een afvlakking op de hogere leeftijden. Voor Drenthe schetsten we een vergelijkbaar beeld (paragraaf 3.2.2). Een factor die bijdraagt aan een afvlakking van de curve en zelfs lagere prevalenties op hogere leeftijd is dat de levensverwachting van mensen met overgewicht en obesitas lager is dan mensen met een normaal gewicht. Selectieve en vroegtijdige sterfte werkt in de hand dat mensen die tot op hogere leeftijd overleven gemiddeld minder overgewicht hebben. Niet alleen selectieve en vroegtijdige sterfte speelt overigens een rol: gezondheidsklachten, chronische aandoeningen en medicijngebruik kunnen ook leiden tot gewichtsverlies. Bovendien kunnen ook leefstijlaanpassingen op oudere leeftijd een effect hebben op de prevalentiecijfers. Welke invloed het verlies aan lichaamslengte (‘krimpen’) bij het ouder worden heeft op de prevalentie van overgewicht is overigens moeilijk na te gaan (Flegal et al., 2005). Als gevolg van factoren als selectieve sterfte en aanpassing van de leefstijl berekenden Yang et al. (2008) dat het gemiddelde gewicht van ouderen convergeert naar normale waarden.

Sociaal-economische status

Om meer zicht te krijgen op de veranderingen in de samenleving is de zogenaamde ‘reversal hypothese’ van betekenis. Deze ‘hypothese van de omkering’ dient er in de oorspronkelijke versie toe om de wereldwijde verschillen in de prevalentie van overgewicht te begrijpen: een hoge sociaal-economische status in welvarende landen is geassocieerd met een lage prevalentie van overgewicht, in arme landen juist met een hogere prevalentie van overgewicht. Overgewicht is in arme landen vaak nog een teken van welvaart, terwijl in de westerse wereld overgewicht steeds meer te maken heeft met een ongezonde leefstijl binnen groepen met een lage sociale status (Pampel et al., 2012). Deze hypothese biedt misschien aangrijpingspunten om de huidige lokale situatie (in Drenthe) te koppelen aan maatschappelijke ontwikkelingen in het verleden.

In de periode dat de ouderen van nu destijds in hun adolescentie overgewicht of obesitas ontwikkelden zag de Drentse samenleving er anders uit. De 'obesogene samenleving' was er nog niet in de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw, de welvaartsverschillen waren groter en het aanbod van ongezond en calorierijk voedsel was beperkt. Deze samenleving bood in die tijd inwoners met een lage sociale status geringe mogelijkheden om er een ongezonde leefstijl op na te houden die overgewicht in de hand werkte of het zou moeten zijn dat er bij hen vaker sprake was van een relatief eenzijdig en vetrijk voedingspatroon. Bovendien werd er meer bewogen, zowel in het werk als in de vrije tijd. Maatschappelijke processen zoals de mechanisatie van de landbouw en de komst van een 'sedentaire leefstijl' (gekenmerkt door langdurig achtereen zitten en 'beweegarmoede') brachten hier geleidelijk verandering in.

Wat juist zou kunnen zorgen voor grotere verschillen tussen de sociaal-economische klassen is dat er sprake kan zijn van accumulatie van risicofactoren gedurende de gehele levensloop, met name bij mensen met een lage sociaal-economische positie. Resultaten van een Brits onderzoek naar een geboortecohort van 1946 wijzen op hogere BMI-waarden gedurende de gehele levensloop voor de lagere sociaal-economische klassen (Hardy et al., 2000). Bovendien werd in dit onderzoek een verscherping van de verschillen in BMI tussen de sociaal-economische klassen bij toenemende leeftijd geconstateerd. De Drentse resultaten in dit themarapport wijzen ook op dergelijke hardnekkige verschillen die zowel op jonge als oudere leeftijd tussen de sociaal-economische categorieën blijven bestaan.

Gezondheid

Overgewicht en in sterkere mate obesitas vormen een belangrijke risicofactor voor uiteenlopende co-morbiditeiten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus (type 2) en astma. In een overzichtsartikel van Guh et al. (2009) wordt voor een grote diversiteit aan ziekten berekend in welke mate er een relatie is met overgewicht en obesitas. Voor diabetes type 2 werden de sterkste verbanden gevonden en dan met name bij vrouwen met obesitas: diabetes kwam bij deze vrouwen 12 maal vaker voor dan bij vrouwen zonder obesitas.

Het onderscheid tussen overgewicht (een BMI tot 30) en obesitas (een BMI vanaf 30) is van belang omdat een discussie gaande is over de geringe risico's die matig overgewicht met zich mee zou brengen. Flegal et al. (2005) constateerden bijvoorbeeld dat het sterftheniveau onder personen met een BMI tussen 25 en 30 niet afweek van het sterftheniveau van personen met een normaal gewicht. De Drentse gegevens laten ook duidelijk zien dat obesitas in veel sterkere mate dan matig overgewicht samenhangt met een slechte gezondheid, chronische aandoeningen en functionele beperkingen.

Uit de literatuur over economische kosten van de gezondheidszorg valt op te maken dat de directe zorguitgaven rond obesitas aanzienlijk zijn en in Europa kunnen oplopen tot meer dan een half procent van het Bruto Nationaal Product (Müller-Riemenschneider et al., 2008). Ook voor Drenthe geldt dat obesitas extra kosten met zich mee brengt, getuige de frequentere bezoeken aan de huisarts (Figuur 38), de fysiotherapeut (Figuur 39) en (in geringere mate) de medisch specialist (Figuur 40).

Afgezien van deze zorguitgaven brengt obesitas ook andere economische kosten met zich mee, vanwege productiviteitsverlies, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Uit Fins onderzoek bleek dat mensen met obesitas ongeveer een tweevoudig risico op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid hebben ten opzichte van mensen met een normaal gewicht (Rissanen et al., 1990). In Zweden bleken vrouwen met obesitas 1,5 tot 1,9 maal meer ziekteverzuim te hebben dan vrouwen met een normaal gewicht (Narbro et al., 1996). Uit deze Zweedse studie bleek dat 10% van het productiviteitsverlies

door ziekte was toe te schrijven aan obesitas. In een meer recente meta-analyse bleek dat de kans op arbeidsongeschiktheid ongeveer 1,5 maal verhoogd is voor mensen met obesitas dan voor mensen met een normaal gewicht (Robroek et al., 2013). Onze Drentse cijfers laten wat scherpere verschillen zien: een verhoogde kans van 2 tot 2,5 voor mannen respectievelijk vrouwen met obesitas op arbeidsongeschiktheid.

Interpretatie van epidemiologische gegevens

Uit onze presentatie van epidemiologische gegevens in dit hoofdstuk is gebleken dat overgewicht en obesitas samenhangen met vele factoren, zoals sociaal-economische status, leefstijl, leeftijd en geslacht en woongemeente. De interpretatie van die samenhang is echter niet eenvoudig en soms niet goed mogelijk, mede omdat de beschikbare gegevens dat niet toelaten. Zo konden we wel laten zien dat overgewicht en obesitas vaker in de ene gemeente voorkomen dan in de andere, maar deze verschillen lieten zich niet verklaren door variatie in sociaal-economische status. Uit hoofdstuk 2 bleek ook al dat de verschillen tussen de gemeenten wat betreft de leefstijl van jongeren niet een afdoende verklaring gaven voor de verschillen in de prevalenties van overgewicht en obesitas.

Als voorbeeld van de grenzen waar epidemiologisch onderzoek vaak op stuit als het om interpretatie van de bevindingen gaat kan een Zweeds onderzoek over de relatie tussen sociaal-economische status (SES) en overgewicht dienen (Molarius, 2003). Dit onderzoek was erop gericht om te analyseren in hoeverre de relatie tussen SES en obesitas verklaard kon worden door leefstijlfactoren. De gedachte daarbij is dat SES geen invloed meer heeft op obesitas nadat is gecorrigeerd voor leefstijlfactoren zoals lichaamsbeweging, voedingspatronen en vet-inname, roken en alcoholgebruik. De conclusie van het onderzoek was echter dat socio-economische verschillen in de prevalentie van obesitas maar zeer ten dele verklaard konden worden door verschillen in leefstijl. Eén van de verklaringen die hiervoor werd aangedragen was dat personen met een hogere SES er meer op gericht zijn om hun lichaamsgewicht in de gaten te houden. Ook werd aangevoerd dat personen met een lage SES meer te maken hebben met slechte leefomstandigheden, een geringe zelfwaardering en hoge werkdruk. Obesitas zou vanuit deze bevindingen niet uitsluitend verder teruggedrongen moeten worden vanuit een beïnvloeding van leefstijl maar ook door aansluiting te vinden bij de leefomgeving en bij sociaal-culturele factoren.

4. Beschouwing

4.1. Inleiding

Wie in de Nationale Atlas Volksgezondheid naar de ontwikkeling van overgewicht en ernstig overgewicht bij volwassenen in Nederland kijkt valt meteen de ongunstige positie door de jaren heen van Drenthe op (<http://www.zorgatlas.nl>). Toen de 'epidemie' van overgewicht zich in het begin van de jaren 80 van de vorige eeuw een beetje begon af te tekenen was Drenthe al koploper. Terwijl hier en daar in Nederland de prevalenties van overgewicht lijken te stabiliseren en misschien zelfs een daling gaan inzetten (Schönbeck et al., 2011), is deze ontwikkeling in Drenthe nog niet duidelijk zichtbaar.

In dit themarapport rond overgewicht in Drenthe hebben we veel cijfers, tabellen en figuren laten zien die tezamen een vrij nauwkeurig beeld geven van de situatie op dit moment in de provincie. We hebben nu inzicht gekregen in de omvang van het probleem in de huidige Drentse samenleving en welke gezondheidsproblemen en leefstijlfactoren samenhangen met overgewicht en obesitas. Ook weten we nu welke verschuivingen plaatsvinden als de verschillende leeftijdscategorieën met elkaar worden vergeleken en in welke mate overgewicht samenhangt met sociaal-economische status en de woongemeente.

Dit themarapport heeft inzichten in de situatie in Drenthe opgeleverd waarmee het beleid en de activiteiten van de gemeenten, GGD Drenthe en het programma Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) geïnformeerd kunnen worden. In dit afsluitende hoofdstuk bespreken we enkele aanknopingspunten voor het beleid in de Drentse gemeenten.

Weliswaar hebben we veel resultaten en informatie op zo'n manier gepresenteerd dat een beeld is ontstaan van de situatie in Drenthe op dit moment, maar onze zoektocht naar interpretatie van de gevonden patronen en verbanden gaat verder. Ter afsluiting beschrijven we op welke manier we met nieuw onderzoek onze interpretatie-mogelijkheden willen vergroten.

4.2. Overgewicht op verschillende leeftijden

Van overgewicht kan al vroeg in het leven sprake zijn. Kenmerken van de ouders, zoals hun eigen lichaamsgewicht en hun leefstijl, kunnen bepalend zijn voor de ontwikkeling van hun kinderen. Kinderen met overgewicht hebben een grote kans om ook als volwassene te zwaar te blijven. De leefstijl van adolescenten wordt duidelijk ongezonder bij het ouder worden en ook jong volwassenen hebben een relatief ongezonde leefstijl. De prevalentie van overgewicht neemt gestaag toe en bereikt een hoogtepunt op middelbare leeftijd. Vooral bij mannen is duidelijk te zien dat de prevalentie vervolgens op hogere leeftijd weer daalt.

We hebben laten zien dat het belangrijk is om naar de verschillende fasen in het leven te kijken om een goed beeld te krijgen van overgewicht en obesitas. Door de gegevens naar leeftijdscategorie te ordenen kan ook iets gezegd worden over toekomstige ontwikkelingen. We hebben in dit themarapport trends in de prevalentie van overgewicht en obesitas in de kindertijd en de adolescentie getoond en deze laten nog niet een duidelijke stabilisering of zelfs daling zien. Voor de toekomst zal dit gaan betekenen dat (bij het gelijkblijven van andere factoren) de prevalentie van overgewicht ook in de volwassenheid zal blijven stijgen.

Aanknopingspunten voor beleid

De verwachte verdere stijging kan tot staan worden gebracht door vroege preventie in de kinderleeftijd. Uit onze Drentse cijfers en uit de literatuur is bekend geworden dat te zware kinderen vaak hun overgewicht in de adolescentie en de volwassenheid behouden en ook een hoog risico lopen om obees te worden. Om dergelijke trajecten van gewichtstoename te doorbreken of zelfs voor te zijn is het belangrijk om preventie te richten op de vroege ontwikkelingsfase van kinderen. Kinderen op de voorschoolse opvang en het basisonderwijs vormen vanuit dit oogpunt de doelgroep met de hoogste prioriteit.

Een mechanisme dat verklaart waarom de prevalentie kan blijven stijgen is dat overgewicht vaak van ouders op kinderen wordt overgedragen, onder andere door middel van opvoedingsstijlen rond eten en drinken, vrijetijdsbesteding en bewegen. Door jong-volwassenen (ouders, aankomende ouders) te kiezen als doelgroep voor programma's gericht op primaire preventie kan de keten van het doorgeven van een ongewenste leefstijl doorbroken worden.

Naast deze focus op jonge kinderen en jong-volwassenen is het belangrijk om ook volwassenen en ouderen als doelgroep van leefstijlverandering te blijven benaderen. Meer bewegen en uitgebalanceerde en gezonde voeding worden ook voor oudere mensen met obesitas genoemd als bewezen werkzame strategieën om een daling van hun lichaamsgewicht te realiseren (Han et al., 2011; Stehr en von Lengerke, 2012).

4.3. Gezondheid en welbevinden

Overgewicht en vooral obesitas komen in dit themarapport naar voren als belangrijke gezondheidsproblemen, die ook andere problemen op het gebied van gezondheid en welzijn tot gevolg hebben. In de kindertijd en in de adolescentie zijn deze problemen duidelijk 'psychosociaal' van karakter: vooral jongeren met ernstig overgewicht ervaren hun gezondheid minder goed, hebben vaker een verhoogd risico op emotionele problemen, ervaren problemen in de omgang met leeftijdsgenoten en worden vaker gepest. Bij het ouder worden komen er gezondheidsproblemen met een ander karakter bij. Functionele beperkingen beginnen al vroeg te ontstaan en ook enkele chronische aandoeningen (vooral diabetes mellitus) dienen zich aan. Opvallend is dat volwassenen en ouderen met matig overgewicht niet zoveel meer gezondheidsproblemen ondervinden dan personen met een normaal gewicht. Obesitas, met name bij vrouwen, vormt de belangrijkste risicofactor voor gezondheidsproblemen. De prevalentie van obesitas is ruim 3% bij jongeren, ruim 15% bij oudere volwassenen.

Aanknopingspunten voor beleid

Het is belangrijk om obesitas niet alleen te zien als een probleem dat met behulp van primaire preventie te voorkomen is, maar ook daarnaast in te blijven zetten op secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie is gericht op het voorkomen van een gezondheidsprobleem en op het wegnemen van de oorzaken. Secundaire preventie is gericht op vroege opsporing en behandeling, tertiaire preventie heeft tot doel verergering te voorkomen en nadelige gevolgen te compenseren (van der Lucht en Polder, 2010). Onze bevindingen dat obese jongeren een verhoogd risico op psychosociale problemen hebben wijzen op het belang van tertiaire preventie (onder andere in de schoolomgeving) en van aandacht voor processen van sociale uitsluiting en stigmatisering. Dat obese volwassenen en ouderen te maken krijgen met een afnemende gezondheid en functionele beperkingen wijst op het belang van zowel secundaire als tertiaire preventie.

4.4. Sociaal-economische status

Het opleidingsniveau van jongeren en de hoogst voltooide opleiding van volwassenen en ouderen zijn gekozen als indicatoren van sociaal-economische status. HAVO- en VWO-scholieren hebben duidelijk een meer gezonde leefstijl dan jongeren in het VMBO en ze hebben minder overgewicht en obesitas. Voor volwassenen en ouderen geldt hetzelfde patroon, waarbij opvalt dat een lage opleiding vooral samenhangt met obesitas. Ook andere indicatoren dan het opleidingsniveau, zoals een laag inkomen of het rondkomen met alleen AOW, laten een sterk verband zien met vooral obesitas.

Aanknopingspunten voor beleid

De verschillen in de prevalenties van obesitas tussen de sociaal-economische groepen worden op hogere leeftijd eerder sterker dan dat ze afzwakken. Deze bevinding maakt ons erop attent dat bepaalde mechanismen de verschillen tussen de sociaal-economische groepen van jong tot oud in stand houden. Deze mechanismen hebben betrekking op voedingsgewoonten, beweeggedrag maar ook op de leefomgeving en hardnekkige sociaal-culturele patronen. Beleid dat integraal gericht is op de beïnvloeding van zowel individueel gedrag als van de sociale en fysieke omgeving heeft betere papieren om overgewicht en obesitas te verminderen dan beleid dat enkel gericht is op het individuele gedrag.

4.5. Gemeenten

Overgewicht en obesitas komen niet overal in de Drentse gemeenten in dezelfde mate voor. Uit onze analyses en uit de literatuur blijkt dat het lastig is om de geografische verschillen in de prevalentie van overgewicht te begrijpen en daarmee te beïnvloeden. Leefstijl en opleidingsniveau bieden weliswaar aangrijpingspunten om de variatie in de prevalentie van overgewicht te begrijpen, maar aanvullende verklaringen dienen gezocht te worden in andere (omgevings)factoren.

Aanknopingspunten voor beleid

Voorbeelden van beïnvloedbare factoren in de gemeente zijn omgevingsfactoren (bijvoorbeeld de inrichting van de fysieke ruimte), intersectoraal beleid in de gemeente en gezondheidsbeleid op scholen. Samenwerkingsverbanden met lokale partners, scholen en het bedrijfsleven kunnen bijdragen aan de inrichting van de lokale leefwereld zodat mensen als vanzelfsprekend gezonde keuzes maken.

4.6. Verder onderzoek

De gegevens uit de grootschalige onderzoeken van GGD Drenthe, het elektronisch kinddossier KD+ en de schoolonderzoeken vormden voor ons de bril waarmee we naar de Drentse samenleving hebben gekeken. Door deze bril hebben we veel kunnen (laten) zien over het probleem van overgewicht, maar bepaalde aspecten waarvan we wel het belang vermoeden konden we niet bestuderen. Voor twee aspecten is het mogelijk om in de nabije toekomst wel meer inzicht te verkrijgen. Hieronder worden ze kort besproken.

Longitudinaal onderzoek

In dit themarapport hebben we hoofdzakelijk cross-sectionele (dwarsdoorsnede) gegevens gebruikt om ook iets te zeggen over de ontwikkeling van overgewicht in de verschillende leeftijdsgroepen. Maar om goed inzicht te krijgen in het verloop van overgewicht is longitudinaal onderzoek wenselijk. Met het elektronisch kinddossier van de JGZ ontstaan mogelijkheden om veranderingen in de tijd te

gaan onderzoeken. In Drenthe wordt hiermee sinds begin 2010 gewerkt en over enkele jaren zal het mogelijk worden om lengte-en gewichtgegevens van individuele kinderen op verschillende meetmomenten te gaan onderzoeken. Met deze longitudinale gegevens proberen we meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van overgewicht op jonge leeftijd, de voorspellende waarde van overgewicht bij kinderen in groep 2 van de basisschool en de veranderingen in BMI bij de overgang van de basisschool naar het voortgezet onderwijs. Bovendien hopen we hiermee ook meer inzicht te krijgen in de dynamiek van psychosociale problemen bij het opgroeien en de rol die overgewicht hierbij speelt.

Attitudes en intenties

Weliswaar kunnen we goed in kaart brengen hoe de leefstijl en de gezondheidssituatie van Drentse volwassenen er feitelijk uit zien, maar we weten minder over mogelijke achterliggende intenties, motivaties en belemmeringen om de leefstijl in stand te houden dan wel te veranderen. Met de bestudering van mechanismen die ten grondslag liggen aan gedrag kunnen we de mogelijkheden vergroten om de leefstijl van mensen te beïnvloeden, bijvoorbeeld met 'sociale marketing'.

In het onderzoek onder volwassenen in Drenthe dat we in het voorjaar van 2013 uitvoerden besteden we aandacht aan deze mechanismen van gedrag en gedragsverandering. Gebruik makend van de Determinants of Lifestyle Behavior Questionnaire (Lakerveld et al., 2011) nemen we in de vragenlijst van dit onderzoek vragen op rond de thema's 'gezond eten' en 'bewegen'. We richten ons met deze vragen op de inschatting van de huidige situatie, attitudes rond gezonder eten en meer bewegen, intenties om gedrag te veranderen, de houding van partner en vrienden ten aanzien van een gedragsverandering en de intenties om daadwerkelijk gezonder te gaan eten en meer te gaan bewegen.

Bijlage: definities en standaarden

De Body Mass Index

Opmerkelijk in het wetenschappelijk onderzoek naar overgewicht is dat pas laat internationale standaarden voor de bepaling van overgewicht bij kinderen zijn ontwikkeld. Pas aan het begin van het nieuwe millenium is een set aan standaarden ontwikkeld waarvan in veel wetenschappelijk onderzoek gebruik gemaakt wordt. Definities en standaarden dienen een communicatief en wetenschappelijk doel: ze zorgen ervoor dat men het over hetzelfde heeft als er nagedacht, geschreven en gesproken wordt over overgewicht. Een eenduidig begrippenkader maakt het mogelijk om vergelijkingen in de tijd en tussen regio's te maken.

De Body Mass Index (BMI) betreft het verhoudingsgetal tussen het gewicht (in kg) en de lengte in het kwadraat. Om personen met een normaal gewicht (naar lengte) te onderscheiden van personen met ondergewicht of overgewicht zijn afkapwaarden vastgesteld. Voor volwassenen vanaf 18 jaar gelden afkapwaarden van 25 voor overgewicht en 30 voor obesitas. Voor kinderen verschuiven die afkapwaarden naar leeftijd en geslacht (Tabel 9).

Over de meting van overgewicht en obesitas op jonge leeftijd met de BMI zijn vele discussies gevoerd. Deze discussies hebben vooral betrekking op de vraag of het onderscheid tussen normaal gewicht en overgewicht wel helemaal samenvalt met het onderscheid tussen gezond en ongezond. Bij de indeling volgens de BMI wordt geen informatie over lichaamsbouw, verdeling van vet over het lichaam, etniciteit en dergelijke betrokken en dit kan in individuele gevallen leiden tot misclassificatie: jongeren die op grond van de BMI-standaard in de categorie van overgewicht vallen hoeven niet altijd een gewichtsprobleem te hebben.

Tabel 9 Internationale afkapwaarden voor overgewicht en obesitas op basis van BMI, naar leeftijd en geslacht

		Overgewicht		Obesitas	
		jongens	meisjes	jongens	meisjes
Leeftijd	2	18,41	18,02	20,09	19,81
	2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
	3	17,89	17,56	19,57	19,36
	3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
	4	17,55	17,28	19,29	19,15
	4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
	5	17,42	17,15	19,30	19,17
	5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
	6	17,55	17,34	19,78	19,65
	6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
	7	17,92	17,75	20,63	20,51
	7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
	8	18,44	18,35	21,60	21,57
	8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
	9	19,10	19,07	22,77	22,81
	9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
	10	19,84	19,86	24,00	24,11
	10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
	11	20,55	20,74	25,10	25,42
	11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
	12	21,22	21,68	26,02	26,67
	12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
	13	21,91	22,58	26,84	27,76
	13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
	14	22,62	23,34	27,63	28,57
	14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
	15	23,29	23,94	28,30	29,11
	15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
	16	23,90	24,37	28,88	29,43
	16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
	17	24,46	24,70	29,41	29,69
	17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
	18	25	25	30	30

Bron: Cole et al. (2000)

Bijlage: Informatiebronnen GGD Drenthe

Inleiding

De gegevens van GGD Drenthe die betrekking hebben op lichaamsgewicht en lengte komen voort uit de volgende databronnen: het jeugdonderzoek, het preventief Gezondheidsonderzoek (PGO), de continue registratie van JGZ met het elektronisch kinddossier KD+, het volwassenenonderzoek en het ouderenonderzoek. Hieronder volgt een korte uitleg en toelichting bij de databronnen.

Kinderen en jongeren

In de keuze van datamateriaal om de epidemiologie van overgewicht bij kinderen en jongeren in kaart te brengen gaat het om volledigheid en representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit. De betrouwbaarheid is het hoogst bij gegevens vanuit het PGO, want deze komen voort uit de meting van lengte en gewicht door JGZ-medewerkers. De betrouwbaarheid is in het geding bij gegevens uit het jeugdonderzoek, want deze zijn gebaseerd op zelfrapportage van lengte en gewicht. Als het gaat om de representativiteit van de gegevens hebben de gegevens vanuit het PGO slechts betrekking op klas 2 van het VO terwijl de gegevens van het jeugdonderzoek betrekking hebben op een representatieve dwarsdoorsnede van middelbare scholieren in Drenthe.

Tabel 10 laat zien welke databronnen zijn gebruikt en welke correcties daarop zijn toegepast.

Selectie van schoolgegevens

De gegevens van jongeren in de tweede klas van het voortgezet onderwijs komen voort uit de vragenlijst Gezondheidsonderzoek die hen wordt voorgelegd in het kader van het Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO). Onderdeel daarvan is de meting en registratie van lengte- en gewicht door de JGZ-medewerker. Vergeleken met de gegevens van het jeugdonderzoek zijn deze gegevens betrouwbaarder en lenen ze zich beter voor het berekenen van trends. Een probleem van deze dataverzameling is echter dat de gegevens alleen betrekking hebben op de tweede klas van het voortgezet onderwijs en dat ze onvolledig zijn. De onvolledigheid heeft een organisatorische achtergrond, want de registratie van JGZ-meetgegevens is voor veel schoollocaties incompleet. Bovendien werd bij deze onvolledigheid soms voorrang gegeven aan de meting en registratie van kinderen met overgewicht of obesitas, hetgeen tot een vertekening in de gegevens zou leiden.

Onze werkwijze om de gegevens zo samen te stellen dat daarmee trends geanalyseerd kunnen worden ziet er als volgt uit. Voor de schooljaren 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 en 2010-2011 zijn bestanden samengesteld en geordend naar de schoollocaties. Voor de schoollocaties onderzochten we per schooljaar wat de volledigheid was van de gegevens om de BMI naar leeftijd en geslacht te kunnen bepalen. Wanneer sprake was van een onvolledigheid van 20% of meer (per schoollocatie en schooljaar) zijn de gegevens van die betreffende schoollocaties en schooljaren uit de analyse verwijderd.

Tabel 10 Databronnen GGD Drenthe, kinderen en jongeren

Databron	Jaar	Doelgroep	Methode	Onvolledigheid	Opmerkingen
Jeugdonderzoek	2004	Jongeren	Zelf-rapportage		Onderrapportage van overgewicht
	2008	Voortgezet Onderwijs		1,9%	
Vragenlijst Gezondheid (PGO)	2007-2008			8,0%	
	2008-2009	Jongeren klas 2 voortgezet onderwijs	Meting JGZ	10,1%	Betrouwbaar; enkele scholen zijn niet in het bestand opgenomen
	2009-2010			9,9%	
	2010-2011			7,3%	
	2011-2012			17,6%	
KD+	2011-2012	Kinderen van groep 2 en groep 7 van het basisonderwijs	Meting JGZ	niet geanalyseerd	Betrouwbaar en representatief

Vanaf het schooljaar 2011-2012 is een nieuwe vragenlijst Gezondheidsonderzoek in gebruik genomen. In deze vragenlijst wordt de meting van psychosociale gezondheid verricht op basis van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en is het aantal vragen over gezondheid, leefstijl en probleemgedrag gereduceerd. De kwaliteit en volledigheid van de gegevens van dit onderzoek zijn verhoogd door JGZ-medewerkers per schoollocatie controles te laten uitvoeren op de volledigheid van een aantal registratiegegevens zoals lengte, gewicht, leeftijd en geslacht. De resultaten van het schooljaar 2011-2012 worden zowel afzonderlijk als in samenhang met die van de periode 2007-2011 getoond.

Registratie in het elektronisch kinddossier KD+

Op de basisschool worden door JGZ-medewerkers op twee momenten metingen verricht van lengte en gewicht: in groep 2 en groep 7. We maken in dit themarapport gebruik van meetgegevens over het schooljaar 2011-2012 van kinderen in groep 2 en groep 7.

Volwassenenonderzoek

Om een actueel beeld te krijgen van de gezondheid en leefgewoonten van volwassenen, zijn in het najaar van 2009 7917 Drentse inwoners van 19 tot en met 64 jaar benaderd met de vraag of ze wilden deelnemen aan een onderzoek. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst. Deze vragenlijst bevatte vragen over gezondheid, zorggebruik, leefstijl en de woonomgeving. Ruim 4000 volwassenen hebben de vragenlijst volledig ingevuld. In 2003, 1998 en 1991 is een soortgelijk onderzoek uitgevoerd. Om trends te kunnen berekenen en prevalenties naar leeftijdscategorie te onderzoeken is ook gebruik gemaakt van het onderzoek van 2003 en het recente onderzoek van 2013. Het recente volwassenenonderzoek van 2013 is tevens (in combinatie met het onderzoek uit 2009) gebruikt om de verschillen tussen de Drentse gemeenten te onderzoeken.

Ouderenonderzoek

Gebruik wordt gemaakt van gegevens uit het ouderenonderzoek van 2007. Dit onderzoek is uitgevoerd onder zelfstandig wonende ouderen van 65 tot en met 90 jaar in alle Drentse gemeenten. Ruim 5000 ouderen deden aan het onderzoek mee door de vragenlijst in te vullen. Om trends te kunnen berekenen is ook gebruik gemaakt van het recente onderzoek van 2012. Dit onderzoek is tevens (in combinatie met het onderzoek uit 2007) gebruikt om de verschillen tussen de Drentse gemeenten en prevalenties per leeftijdscategorie te onderzoeken.

Literatuur

- Aarts H, Paulussen Th, Schaalma H (1997). Physical exercise habit: on the conceptualization and formation of habitual health behaviours. *Health Education Research Theory & Practice*, 12(3), 363-374.
- Bos CA, van Zanden N, van der Neut-Noordenburg ACM (2004). Overgewicht in Drenthe. Assen: GGD Drenthe.
- Bos CA, van Zanden N, Campman N (2008). Ouderenonderzoek Drenthe 2007. Assen: GGD Drenthe, herziene uitgave.
- Bulk-Bunschoten AWM, Renders CM, van Leerdam FJM, Hirasing RA (2005). Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht: methode voor individuele en primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: Vumc.
- CBS (2011). Gezondheid en zorg in cijfers 2011. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.
- Dagevos H, Munnichs G, red. (2007). De obesogene samenleving. Maatschappelijke perspectieven op overgewicht. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dagevos J en Dagevos H (2008). Minderheden meer gewicht. Over overgewicht bij Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en het belang van integratiefactoren. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dekkers JC, van Wier MF, Hendriksen IJM, Twisk JWR, van Mechelen W (2008). Accuracy of self-reported body weight, height and waist circumference in a Dutch overweight working population. *BMC Medical research methodology* 8: 69.
- van Dorsselaer S, de Looze M, Vermeulen-Smit E, de Roos S, Verdurmen J, ter Bogt T, Vollebergh W (2010). HBSC 2009. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ferreira I, Twisk JWR, van Mechelen W, Kemper HCG, Stehouwer CDA (2005). Development of fatness, fitness, and lifestyle from adolescence to the age of 36 years. *Archives of Internal Medicine* 165: 42-48.
- Flegal K, Graubard B, Williamson D, Gail M (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *JAMA* 293: 1861-1867.
- Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham L, Anis AH (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 9: 88.
- Gunnell D, Berney L, Holland P, Maynard M, Blane D, Frankel S, Davey Smith G (2000). How accurately are height, weight and leg length reported by the elderly, and how closely are they related to measurements recorded in childhood? *International Journal of Epidemiology* 29: 456-464.
- Han TS, Tajar A, Lean MEJ (2011). Obesity and weight management in the elderly. *British Medical Bulletin* 97: 169-196.
- Hardy R, Wadsworth M, Kuh D (2000). The influence of childhood weight and socioeconomic status on change in adult body mass index in a British national birth cohort. *International Journal of Obesity* 24: 725-734.
- Havermans R (2012). Verdrietige dikke kinderen. Over het stigma en de geestelijke gezondheid van kinderen met overgewicht. In: *De Psycholoog* 47 (7-8): 10-16.
- Hulsegge G, Picavet HSJ, Blokstra A, Nooyens ACJ, Spijkerman AMW, van der Schouw YT, Smit HA, Verschuren WMM (2013). Today's adult generations are less healthy than their predecessors: generation shifts in metabolic risk factors: the Doetinchem Cohort Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, published online 10 april 2013.
- van den Hurk K, Dommelen P, van Buuren S, Verkerk PH, Hirasing RA (2007). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Arch Dis Child* 92:992-995.
- Jansen W, van de Looij-Jansen PM, Ferreira I, de Wilde EJ, Brug J (2006). Differences in Measured and Self-Reported Height and Weight in Dutch Adolescents. *Ann Nutr Metab* 50: 339-346.
- de Jong E, Schokker DF, Visscher TLS, Seidell JC, Renders CM (2011) Behavioural and socio-demographic characteristics of Dutch neighbourhoods with high prevalence of childhood obesity. *International Journal of Pediatric Obesity* 6: 298-305.
- Kuilman M, van der Veen WJ, van Zanden N (2011). Volwassenen in Drenthe. Basisrapport van het volwassenenonderzoek 2009 over de gezondheid en leefgewoonten van Drentse volwassenen. Assen: GGD Drenthe.
- Kurth, B-M en Ellert, U (2010). Estimated and measured BMI and self-perceived body image of adolescents in Germany: Part 1 –General implications for correcting prevalence estimations of overweight and obesity. *Obesity Facts* (3), 181-190.
- Lakerveld J, Bot SDM, Chinapaw MJM, Knol DL, de Vet HCW, Nijpels G (2011). Measuring pathways towards a healthier lifestyle in the Hoorn Prevention Study: the Determinants of Lifestyle Behavior Questionnaire (DLBQ). *Patient Education and counseling*, 85: e53-e58.
- van der Lucht F, Polder JJ (2010). Van gezond naar beter. Kernrapport van de volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Melchers MER, van Dorsselaer SAFM, Vollebergh WAM (2013). Leef gezond en pluk de vruchten. Voorspellers van ervaren gezondheid onder Nederlandse jongeren. *TSG* 91: 33-39.
- Müller-Riemenschneider F, Reinhold Th, Berghöfer A, Willich SN (2008). Health-economic burden of obesity in Europe. *European Journal of Epidemiology* 23: 499-509.
- Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjöström L (1996). Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *Int J Obes* 20:895-903.
- Olds T, Maher C, Zumin S, Peneau S, Lioret S, et al. (2011). Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *Int J Pediatr Obes* 6: 342-360.

- Pampel FC, Denney JT, Krueger PM (2012). Obesity, SES, and economic development: a test of the reversal hypothesis. *Social Science and Medicine* 74: 1073-1081.
- Proctor MH, Moore LL, Gao D, Cupples LA, Bradlee ML, Hood MY, Ellison RC (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham Children's Study. *International Journal Of Obesity And Related Metabolic Disorders* 27 (7), 827-33.
- Reilly JJ, Bonatani M, Leary SD, Wells JC, Davey-Smith G, Emmett P, et al. (2011). Progression from childhood overweight to adolescent obesity in a large contemporary cohort. *Int J Pediatr Obes* 6: e138-e143.
- Rissanen A, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A, Maatela J. (1990). Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population. *BMJ* 301:835-7.
- Robroek SJ, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bamba CL, van Rijn RM, Burdorf A (2013). The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health* 39 (3), 233-40.
- Schoemaker DF, Visscher TLS, Nooyens ACJ, van Baak MA, Seidell JC (2006). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obesity reviews* 8: 101-107.
- Schönbeck Y, Talma H, van Dommelen P, Bakker B, Buitendijk SE, et al. (2011). Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: a comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PloS ONE* 6 (11): e27608.
- Stehr MD, von Lengerke Th (2012). Preventing weight gain through exercise and physical activity in the elderly: A systematic review. *Maturitas* 72: 13– 22.
- Steur M, Smit HA, Schipper CMA, Scholtens S, Kerkhof M, de Jongste JC, et al. (2011). Predicting the risk of newborn children to become overweight later in childhood: the PIAMA birth cohort study. *Int J Pediatr Obes* 6: e170-e178.
- TNO (2005). Kinderen in prioriteitswijken: lichamelijke (in)activiteit en overgewicht. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- van der Veen WJ, Kuilman M, van Zanden N (2011). Opvoedingsondersteuning in Drenthe. Welke behoefte is er? Assen: GGD Drenthe.
- de Wilde JA, van Dommelen P, Middelkoop BJ, Verkerk PH (2009). Trends in overweight and obesity prevalence in Dutch, Turkish, Moroccan and Surinamese South Asian children in the Netherlands. *Arch Dis Child* 94: 795-800.
- Yang Z, Bishai D, Harman J (2008). Convergence of body mass with aging: the longitudinal interrelationship of health, weight and survival. *Economics and Human Biology* 6: 469-481.

Het basisrapport dat over het volwassenenonderzoek van 2009 is opgesteld (Kuilman, van der Veen, van Zanden, 2011) is verkrijgbaar op www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl.

Het rapport dat over het ouderenonderzoek van 2007 is opgesteld (Bos, van Zanden, Campman, 2008) is verkrijgbaar op www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl.