

RIVM rapport 261858006/2002

Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland

Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte

L.A.T.M. van Leest, S.J. van Dis¹, W.M.M. Verschuren

¹ Nederlandse Hartstichting



Dit onderzoek werd verricht voor de Nederlandse Hartstichting, in het kader van project 261858/02/WC, 'Werkgroep Cijfers'.

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Abstract

The Netherlands Heart Foundation is planning to formulate a policy with respect to the prevention of cardiovascular diseases in non-Western immigrants. To decide which subgroup and which lifestyle and risk factors have the highest priority, it is important to accumulate information on the extent of these factors in the different ethnic groups. Information on illness, use of health care, morbidity and mortality in relation to cardiovascular diseases can also give an indication of which subgroup is confronted with the greatest burden of cardiovascular diseases. The questions in this survey directed to non-Western immigrants in the Netherlands addressed the following issues:

What is known about the prevalence of lifestyle and risk factors with regard to cardiovascular diseases? What is known about the use of health care and illness, in general and in relation to cardiovascular diseases? What is known about mortality and morbidity from cardiovascular diseases?

Of the cardiovascular lifestyle factors and risk factors, *nutritional behaviour (more fruit, more vegetables and less saturated fatty acids)* and the prevalence of *hypercholesterolemia* showed a more favourable profile in immigrants than in the native Dutch population.

Overweight, physical activity, hypertension and diabetes mellitus seem to be more prevalent in non-Western immigrants, particularly in older people. *Smoking habits* in immigrants are strongly gender-linked: Turkish men smoke considerably more, while, for example, Moroccan women, in general, don't smoke.

Turkish, Moroccan and Surinam immigrants use primary health care more than Dutch people and more frequently. The use of secondary health care (contacts with specialists) is similar and no differences were observed between immigrants and native Dutch with regard to hospitalisation. Turkish people report more symptoms, consult a specialist and are hospitalised more often for CHD problems. On the other hand, it seems that the diagnosis of CHD and the use of pharmaceuticals for CHD occur less among Turkish people. Moroccans have fewer CHD symptoms and get fewer diagnoses. The Surinam people experience more CHD symptoms and are more often diagnosed with CHD. There were no data available on the Antillians on their use of health care in relation to CHD. For further policy development it is important to find out the causes of the differences in the use of health care between the immigrants and the Dutch, because this could show a variation.

There is only one study known (not so recent and using quite small numbers) on CHD mortality in immigrants. Since CHD is a disease among the middle- and old-aged, it should be kept in mind that the number of immigrants older than 65 in the Netherlands in 2001 was only 2% of the total population. This percentage will increase to 5% in 2010. Some caution is required when interpreting the results in view of one or more of the following remarks. The numbers participating in the studies were usually small, especially if the results were divided into age groups, most of the results were based on self-reported data and not all of the studies were recent.

Inhoud

Samenvatting 4

1. Inleiding 7

2. Methoden 9

3. Allochtonen in Nederland 13

4. Leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten 17

4.1. Inleiding 17

4.2. Leefstijlfactoren 18

4.2.1 Roken 18

4.2.2 Voeding 20

4.2.3 Lichamelijke activiteit 22

4.3. Risicofactoren 24

4.3.1 Overgewicht 24

4.3.2 Hypercholesterolemie 26

4.3.3 Hypertensie 27

4.3.4 Diabetes mellitus 28

4.4. Conclusie 30

5. Algemeen zorggebruik en zorggebruik en ziekte in relatie tot hart- en vaatziekten 33

5.1. Algemeen zorggebruik door allochtonen 33

5.1.1 Huisartsen 33

5.1.2 Specialistencontact en ziekenhuisopnamen 34

5.2. Conclusie algemeen zorggebruik 35

5.3. Zorggebruik en ziekte in relatie tot hart- en vaatziekten 36

5.3.1 Contact met medisch specialist of ziekenhuisopnamen in verband met hart- en vaatziekten 36

5.3.2 Klachten hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk 37

5.3.3 Aanwezigheid van hart- en vaatziekten 37

5.3.4 Medicijngebruik in verband met hart en vaatziekten (of hypertensie) 38

5.4. Conclusie zorggebruik en ziekte in relatie tot hart- en vaatziekten 38

6. Sterfte aan hart - en vaatziekten 39

6.1. Inleiding 39

6.2. Sterfte aan hart- en vaatziekten 39

6.3. Conclusie sterfte aan hart- en vaatziekten. 41

7. Conclusies en aanbevelingen 43

Literatuur 47

Bijlage 1 Overzicht van studies per leefstijl/risicofactor 51

Bijlage 2 Bestudeerde onderzoeken 76

Bijlage 3 Verzendlijst 87

Samenvatting

Inleiding

De Nederlandse Hartstichting is voornemens haar beleid ten aanzien van preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) mede op de doelgroep niet-westerse allochtonen te gaan richten. Om te beslissen welke (sub)groep allochtonen en welke leefstijl- of risicofactoren de hoogste prioriteit hebben binnen dit beleid, is het belangrijk om in kaart te brengen hoe deze factoren verdeeld zijn over de diverse groepen allochtonen. Ook informatie over ziekte, zorggebruik en sterfte in relatie tot HVZ geeft aanwijzingen binnen welke groep het risico op HVZ het grootst is. De volgende vraagstellingen met betrekking tot niet-westerse allochtonen in Nederland zijn onderzocht:

- Wat is bekend over het vóórkomen van leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten?
- Wat is bekend over het zorggebruik en ziekte, algemeen en in relatie tot hart- en vaatziekten?
- Wat is bekend over sterfte aan hart- en vaatziekten?

Methoden

De studies die bestudeerd zijn, zijn opgespoord door middel van literatuursearches. Van een aantal studies is aanvullende informatie aangevraagd, waarbij op verzoek soms aanvullende analyses zijn verricht. Het overzicht beperkt zich tot de 4 grootste groepen niet-westerse allochtonen in Nederland: allochtonen afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen /Aruba. Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met autochtone Nederlanders. In principe zijn alleen volwassen allochtonen meegenomen, opgesplitst naar geslacht en, zo mogelijk, naar leeftijd. De kwaliteit van de gevonden studies wisselt nogal en bij de meeste studies is één of meer van de volgende methodologische kanttekeningen te maken:

- De resultaten zijn meestal gebaseerd op zelfrapportages. In hoeverre dit de betrouwbaarheid negatief heeft beïnvloed, is afhankelijk van de risicofactor. Als de factoren wel gemeten zijn, is het aantal personen in de studie vaak erg klein;
- Met name wanneer resultaten uitgesplitst zijn naar leeftijdsgroep, kan het aantal personen per groep klein zijn. Dit geldt vooral bij Turken en Marokkanen boven de 40 jaar. Ook dit kan de betrouwbaarheid negatief beïnvloeden;
- Sommige studies zijn relatief oud: het jaar waarin een onderzoek is uitgevoerd varieert van 1984 tot 2000;
- Hoewel er verschil kan zijn in voorkomen van leefstijl- en risicofactoren tussen eerste en tweede generatie, is hier in de onderzoeken niet altijd rekening meegehouden;
- De meeste studies zijn uitgevoerd in een grote stad. Dit is in principe geen probleem omdat de meeste allochtonen in een grote stad wonen. Wel moet men er rekening mee houden dat vergelijkbare gegevens over autochtonen ook uit de stad afkomstig zijn waar het onderzoek is uitgevoerd (en dus niet landelijk representatief zijn).

Bij verdere interpretatie van de resultaten dient men met deze kanttekeningen rekening te houden.

Resultaten

Leefstijl- en risicofactoren voor hart - en vaatziekten

Roken. Turkse mannen roken vaker dan autochtone mannen: oplopend tot 70% van de Turkse mannen ten opzichte van 50% van autochtone mannen (gemeten in hetzelfde onderzoek); Turkse vrouwen roken minder vaak dan de autochtone vrouwen. Turkse jonge vrouwen roken wel beduidend meer dan Turkse oudere vrouwen, maar nog steeds minder dan

autochtone vrouwen. Van de Marokkaanse mannen rookt zo'n 30%, terwijl Marokkaanse vrouwen (vrijwel) niet roken. Uit de weinige informatie die beschikbaar is over Surinamers en Antillianen blijkt dat circa 30% van de Surinamers rookt en 32% van de Antillianen.

Voeding. Turken en Marokkanen lijken met name meer fruit te eten en minder verzadigde vetten dan autochtone Nederlanders. Surinaamse mannen (met name van Hindoestaanse afkomst) eten meer groenten. Ook consumeren Surinaamse mannen minder verzadigde vetten. Over Marokkaanse mannen, Surinaamse vrouwen en Antilliaanse mannen en vrouwen zijn geen gegevens over voedingsgewoonten bekend.

Lichamelijk activiteit. De Nederlandse norm voor voldoende lichamelijke activiteit is vastgesteld op minstens 30 minuten per dag minimaal 5 dagen per week. Van de Turken voldoet 24-26% hieraan; van de Marokkanen 19-22% en van de Surinamers /Antillianen 22-31%. In het percentage dat voldoende lichamelijk actief is lijkt weinig verschil te zijn tussen allochtonen en (Amsterdamse) autochtonen: van de autochtonen haalt 23-29% de norm. Wanneer alleen naar sportgedrag wordt gekeken, lijkt met name de eerste generatie niet-westerse allochtonen weinig te sporten (circa 10%). De tweede generatie sport meer (28%), maar nog steeds minder dan de autochtonen (36%). Hoewel de tweede generatie Surinamers (en Antillianen) wat meer sport dan Turken of Marokkanen, sporten ook zij minder dan autochtonen.

Overgewicht. De mate van overgewicht wordt bepaald aan de hand van de Quetelet Index ($QI = \text{gewicht (kg)} / (\text{lengte (m)}^2)$). Turkse mannen en vrouwen hebben vaak overgewicht: 80% van de Turkse mannen en vrouwen boven de 35 jaar heeft een $QI > 25$. Ook bij Marokkanen wordt een hoog percentage overgewicht gezien, met name bij vrouwen. Hierbij is een toename met de leeftijd te zien, oplopend tot circa 90%. Surinamers en Antillianen hebben vaker overgewicht dan autochtone Nederlanders, waarbij ook het probleem het grootst is bij vrouwen.

Hypercholesterolemie. Uit de weinig beschikbare informatie lijkt naar voren te komen dat bij allochtonen minder vaak hypercholesterolemie voorkomt dan bij autochtonen.

Hypertensie. Boven de 40-45 jaar komt bij Turkse en Marokkaanse mannen vaker hypertensie voor dan bij autochtone mannen in die leeftijdsklasse. Voor Turkse vrouwen geldt dit niet; voor Marokkaanse vrouwen worden wisselende resultaten gezien. Bij Surinamers en Antillianen lijkt, met name bij vrouwen, vaak hypertensie voor te komen.

Diabetes mellitus. Met name in de hogere leeftijdscategorieën (> 40 jaar) lijkt bij Turken en Marokkanen meer diabetes mellitus voor te komen dan bij autochtonen (25-45% ten opzichte van 3% bij de autochtonen). Deze prevalenties kunnen echter te hoog zijn, omdat ze grotendeels geschat zijn op basis van diagnoses in de huisartspraktijk, waarbij patiënten die vaker terugkomen dubbelgeteld zijn. Bij Surinamers (met name de Hindoestaanse Surinamers) en Antillianen komt heel vaak diabetes mellitus voor, oplopend tot 40% bij personen boven de 60 jaar.

Zorggebruik

Algemeen zorggebruik, zonder onderscheid naar ziektebeeld

Niet-westerse allochtonen maken meer gebruik van de huisartsenzorg, ook wanneer rekening gehouden wordt met verschil in sekse, leeftijd en sociaal milieu. Ongeveer evenveel allochtonen als autochtonen hebben contact met de specialist (per jaar circa 20-40%) en ook worden ongeveer evenveel allochtonen en autochtonen jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen (tussen de 4% en 12%). In sommige onderzoeken wordt echter wel een hoog percentage Surinamers of Antillianen gevonden dat in het ziekenhuis is opgenomen (resp. 23% en 25%).

Zorggebruik en ziekten in relatie tot hart en vaatziekten

Bij Turken bleek dat hartklachten vaker een reden was tot specialistencontact of tot ziekenhuisopname dan autochtonen. Het lijkt daarentegen wel dat HVZ minder vaak als diagnose wordt gesteld bij Turken en ook het medicijngebruik voor HVZ is lager. Bij

Marokkanen lijkt de situatie ten aanzien van HVZ gunstiger te zijn: in vergelijking met autochtonen hebben zij minder klachten op dit gebied en ook de diagnose 'hart - en vaatziekten' wordt minder vaak gesteld. Surinamers hebben juist weer meer klachten en bij hen wordt ook de diagnose 'hart - en vaatziekten' vaker gesteld dan bij autochtone Nederlanders.

Sterfte aan hart- en vaatziekten

Op jongvolwassen leeftijd lijkt de sterfte aan HVZ bij Turkse mannen verhoogd te zijn, maar deze uitspraak is gebaseerd op kleine aantallen. Op hogere leeftijd (> 35 jaar) en bij vrouwen lijkt er geen verschil te zijn ten opzichte van autochtonen. Bij Marokkaanse mannen is de sterfte aan HVZ lager dan bij de autochtonen bevolking. Bij Marokkaanse vrouwen zijn de aantallen waarop de sterftecijfers gebaseerd zijn te klein om conclusies te trekken.

Conclusie

Binnen de leefstijl- en risicofactoren van HVZ lijken *voedingsgewoonten (meer fruit, groenten en minder verzadigde vetten)* en het voorkomen van *hypercholesterolemie* gunstig af te steken ten opzichte van de autochtone bevolking. Het is van belang deze gezonde gewoonten te blijven stimuleren.

Sommige factoren lijken meer voor te komen bij, vooral oudere, allochtonen: *overgewicht, lichamelijke inactiviteit, hypertensie* en *diabetes mellitus*. Het *rookgedrag* bij allochtonen is sterk afhankelijk van etnische groep en geslacht: Turkse mannen roken beduidend meer, terwijl bijvoorbeeld Marokkaanse vrouwen niet roken.

Turken, Marokkanen en Surinamers maken vaker gebruik van huisartsenzorg dan autochtone Nederlanders. Ongeveer evenveel allochtonen als autochtonen hebben jaarlijks contact met de specialist en ook in het percentage personen dat in een jaar in het ziekenhuis wordt opgenomen lijkt weinig verschil te zijn tussen allochtonen en autochtonen.

Turken hebben meer klachten, raadplegen vaker de specialist en worden vaker opgenomen in het ziekenhuis in verband met hartklachten. HVZ lijken daarentegen minder voor te komen en ook het medicijngebruik gerelateerd aan HVZ is bij Turken lager. Marokkanen hebben minder klachten en diagnoses met betrekking tot hart - en vaatziekten. Surinamers hebben vaker klachten, er wordt vaker de diagnose 'HVZ' gesteld. Over Antillianen zijn geen gegevens bekend over het zorggebruik in relatie tot HVZ. Bij verdere beleidsontwikkeling is het ook van belang te kijken naar de oorzaken van verschil in zorggebruik, daar deze divers kunnen zijn.

Over sterfte aan HVZ bij allochtonen is één onderzoek bekend. Dit onderzoek is van oudere datum en de aantallen waarop de resultaten gebaseerd zijn, zijn klein. Belangrijke beperking is dat sterfte aan HVZ meestal op latere leeftijd optreedt terwijl er nog anno 2001 slechts 2% van de allochtonen ouder dan 65 jaar is. Dit aandeel zal de komende jaren toenemen tot 5% in 2010.

1. Inleiding

In 1999 stierven in Nederland circa 50.000 mensen aan hart- of vaatziekten (HVZ).^{1,2} Hiermee vormen hart- en vaatziekten nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak en blijft het voor de Nederlandse Hartstichting (NHS) belangrijk om aandacht te besteden aan preventie van hart- en vaatziekten.

Om te komen tot een goede besluitvorming inzake een beleid t.a.v. preventie van hart- en vaatziekten is het noodzakelijk om doelgroepen te identificeren waar het preventiebeleid op gericht moet worden. Eén van de doelgroepen waar de NHS haar beleid op wil gaan richten, is de groep niet-westerse allochtonen. Hierbij zal de aandacht vooral uitgaan naar Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse allochtonen. Om het beleid te richten op deze allochtonen is een aantal redenen aan te wijzen:

- *andere mate van voorkomen van leefstijl- en risicofactoren en (mogelijk daarmee samenhangend) een ander ziekte- en sterftepatroon.* Risico- en leefstijlfactoren voor hart- en vaatziekten komen bij allochtonen in andere verhoudingen voor, waarbij ook binnen een groep allochtonen de verhouding kan verschillen (bijvoorbeeld Surinamers van Hindoestaanse of Creoolse afkomst). Overigens hoeft een andere verhouding niet negatief te zijn. Zo zijn er aanwijzingen dat sommige allochtone groepen gezondere voedingsgewoonten hebben dan de gemiddelde autochtone Nederlander. Deze spreiding van leefstijlfactoren kan allerlei achtergronden hebben zoals cultuur en sociaal economische positie.³ Daarnaast kunnen ook genetische factoren in het spel zijn, die zowel invloed kunnen hebben op het voorkomen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten als direct op het ontstaan van hart- en vaatziekten. Indien risicofactoren in een andere verhouding voorkomen kan dit weer leiden tot een ander ziekte- en sterfte patroon.
- *minder goede gezondheidstoestand en gezondheidsbeleving van allochtonen.* De gezondheid van allochtonen wijkt veelal in negatieve zin af van die van de autochtone bevolking. Zowel Turken, Marokkanen als Surinamers beoordelen hun gezondheid over het algemeen slechter dan autochtone Nederlanders. Dit verschil blijft bestaan na correctie voor opleiding.³⁻⁷ Deze aspecten hebben weer invloed op het zorggebruik.
- *toename van de groep.* Allochtonen vormen een steeds grotere groep: op 1 januari 2001 woonden ruim 1,4 miljoen (9% van de totale bevolking) niet-westerse allochtonen in Nederland. Naar verwachting zal het aantal de komende 10 jaar verder groeien naar zo'n 12%.⁸
- *vergrijzing.* Hoewel zich op dit moment onder de allochtonen nog weinig ouderen bevinden, wordt verwacht dat het aantal wel toe zal gaan nemen: van zo'n 2% vijftienplussers in 2001 tot 15% in 2050 (autochtonen: van 14% naar 25%).⁸

In het kader van preventie van hart- en vaatziekten is het belangrijk om bovenstaande goed in kaart te brengen zodat duidelijk wordt hoe de leefstijl- en risicofactoren verdeeld zijn over de diverse groepen allochtonen. Ook informatie over ziekte, zorggebruik en sterfte onder allochtonen in relatie tot hart- en vaatziekten geven aanwijzingen binnen welke groep het risico op hart- en vaatziekten het grootst is. Op basis hiervan kan vervolgens besloten worden welke leefstijl- of risicofactoren bij welke (sub)groep allochtonen de hoogste prioriteit heeft binnen het preventiebeleid.

Tot nu toe zijn er weinig epidemiologische studies zijn gedaan die 'harde' resultaten laten zien op het gebied van leefstijl- en risicofactoren van hart- en vaatziekten. Van de uitgevoerde studies is het nadeel dat het met name zelfrapportages betreft, het onderzoek vaak beperkt is tot één stad en het betreft soms relatief oude studies. Er kunnen dus geen

‘harde’ conclusies getrokken worden. Toch geven deze studies wel indicaties, zeker als ze allemaal een zelfde richting uitwijzen.

Het doel van dit rapport is in kaart brengen wat tot nu toe bekend is over de mate van vóórkomen van leefstijl- en risicofactoren voor, en ziekte en sterfte aan hart - en vaatziekten bij niet-westerse allochtonen. Op basis hiervan kan vastgesteld worden welke aspecten bij allochtonen extra aandacht verdienen en kan bepaald worden op welke factoren, bij welke subgroepen, het beleid op het gebied van preventie hart- en vaatziekten gericht kan worden. Hiertoe zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- Wat is bekend over het vóórkomen van leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij niet-westerse allochtonen in Nederland?
- Wat is bekend over het zorggebruik en ziekte, algemeen en in relatie tot hart- en vaatziekten bij niet-westerse allochtonen in Nederland?
- Wat is bekend over sterfte aan hart- en vaatziekten bij niet-westerse allochtonen in Nederland?

Voorafgaand aan de beantwoording van deze vraagstellingen wordt een overzicht gegeven van enkele belangrijke demografische gegevens van allochtonen in Nederland.

2. Methoden

Wijze van informatieverzameling

Voor dit rapport is gebruik gemaakt van Nederlandse studies. De studies zijn opgespoord door middel van literatuursearches vanaf 1985 tot 2001. Hierbij is een deel van de informatie gevonden in de ‘grijze’ literatuur (rapporten) in bibliotheken van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Een enkele keer zijn interne nog niet gepubliceerde rapporten (bijvoorbeeld van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGDen)) beschikbaar gesteld. Van sommige studies is aanvullende informatie aangevraagd, waarvoor soms aanvullende analyses zijn uitgevoerd. Een deel van rapporten of de artikelen is verkregen door middel van een sneeuwbal effect (referentie van andere artikelen).

Ten behoeve van de demografische gegevens is informatie van het CBS gebruikt. Ter beantwoording van de eerste vraagstelling (voorkomen van leefstijl- en risicofactoren) zijn 21 studies bestudeerd, voor de tweede vraagstelling (zorggebruik) 14 studies (deels dezelfde als voor de beantwoording van de eerste vraagstelling) en ter beantwoording van de laatste vraagstelling (sterfte) is één studie bestudeerd.

Afbakening van de onderzochte groep

Herkomst en classificatie

Het overzicht beperkt zich tot de 4 grootste groepen allochtonen in Nederland: allochtonen afkomstig uit Turkije, Marokko, Suriname en de Nederlandse Antillen /Aruba. De overweging waarom gekozen is voor alleen de 4 grote groepen, is praktisch: alleen daar is informatie over. De exacte definitie verschilt sterk per studie. Door het CBS wordt een persoon als allochtoon gedefinieerd als tenminste één ouder in het buitenland is geboren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie).⁹ In de diverse studies varieerde de definitie van de door het CBS gehanteerde omschrijving tot ‘personen uit het telefoonboek met een Turkse naam’.

In sommige studies zijn Surinamers en Antillianen bij elkaar genomen; deze samengestelde groep wordt in dit rapport apart weergegeven.

Waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met autochtone Nederlanders; in dit rapport betreft dit meestal autochtone Nederlanders in een bepaalde (meestal grote) stad, conform de opzet van de studie.

Leeftijd en geslacht

In principe zijn alleen allochtonen meegenomen in de leeftijdsgroep 12 tot 70 jaar (afhankelijk van de studie), opgesplitst naar geslacht. In de resultaten wordt soms ook een kolom ‘mannen en vrouwen’ weergegeven. Dit betreft alléén studies waarbij geen onderscheid naar geslacht gemaakt is. Indien voldoende informatie beschikbaar is, zijn de resultaten opgesplitst in leeftijdsgroepen. De indeling van de leeftijdsgroepen verschilt per risicofactor en is afhankelijk van de indeling uit de diverse onderzoeken. In sommige gevallen is een aantal leeftijdsgroepen uit één onderzoek bij elkaar genomen en gemiddeld. Het betreft in dit geval een niet gewogen gemiddelde, omdat niet altijd de exacte aantallen bekend waren (maar alleen percentages).

Sociaal Economische Status

Autochtone Nederlanders met een lage SES hebben meestal een ongunstiger cardiovasculair risicoprofiel dan autochtonen met een hogere SES. Omdat niet-westerse allochtonen meestal ook een lagere SES hebben is in sommige onderzoeken nagegaan of de uitkomst verandert als rekening gehouden wordt met SES. Dit zal in de resultaten apart vermeld worden.

Onderzoeksgebied

Alleen studies die betrekking hebben op allochtonen die in Nederland wonen, zijn meegenomen. Het overgrote deel van de studies is uitgevoerd in één of meer grote steden in Nederland. Hoewel de resultaten hiermee niet representatief zijn voor heel Nederland, is de keuze wel logisch: de meeste allochtonen wonen in de grote steden (in de 4 grote steden woont ruim 40% van alle niet-westerse allochtonen).²

Methoden van onderzoek in de diverse studies

In de meeste onderzoeken zijn de gegevens verkregen door middel van een vragenlijst die in de eigen taal mondeling afgenomen is (zelfrapportage). In twee bestudeerde onderzoeken is de vragenlijst opgestuurd. Sommige onderzoekers (n=3) hebben hun informatie gekregen via de huisarts. Bij één onderzoek³⁹ uit de huisartspraktijk zijn de prevalenties geschat op basis van diagnoses in de huisartspraktijk. Hierbij worden patiënten die vaker terugkomen dubbelgeteld.

In een beperkt aantal onderzoeken zijn ook metingen verricht (gewicht, lengte, cholesterol en bloeddruk). De voedingsonderzoeken maken vaak gebruik van zogenaamde 24-uurs recalls (= het navragen van voeding van de vorige dag), bij deze onderzoeken werden lichaamsgewicht en lengte gemeten en bepaling in het bloed gedaan. In 2 onderzoeken is de methode niet weergegeven.

Bestudeerde uitkomstmaten

Demografische gegevens

Om een beeld te krijgen van de groep allochtonen in Nederland is een aantal demografische gegevens weergegeven.

Leefstijl- en risicofactoren hart- en vaatziekten

De bestudeerde leefstijl- en risicofactoren zijn roken, lichamelijk inactiviteit, ongezonde voeding (te veel verzadigde vetten en te weinig groenten of fruit), overgewicht, hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus.

Zorggebruik en ziekte

In verband met zorggebruik is gekeken naar algemeen zorggebruik (huisarts, bezoek specialist en opname in ziekenhuis) en zorggebruik gerelateerd aan hart- en vaatziekten.

Sterfte

Bestudeerd is sterfte aan hart- en vaatziekten.

Ad. Leefstijl- en risicofactoren hart- en vaatziekten

Getracht is om zoveel mogelijk het vóórkomen van verhoogde niveaus voor een bepaalde risicofactor weer te geven, uitgedrukt in percentages binnen een allochtone groep (de prevalenties). Dit was meestal ook de maat waarin de bestudeerde studies hun resultaten presenteerden. Enkele studies gaven gemiddelde waarden weer bij de risicofactoren (gemiddelde bloeddruk, gemiddelde gram fruit per dag, etc.). Deze zijn alleen in de resultaten vermeld als er geen andere gegevens beschikbaar waren. Dergelijke uitkomsten zijn wel altijd in de conclusie meegenomen. Als alleen Odds Ratio's (schattingen voor het risico op het

verhoogd voorkomen van een risicofactor ten opzichte van een referentiegroep, meestal autochtone Nederlanders) beschikbaar waren, zijn ook deze in de conclusie betrokken.

Ad zorggebruik en ziekte

Ook voor het zorggebruik en ziekte zijn voornamelijk prevalenties weergegeven. In sommige gevallen is een Odds Ratio's (OR's) vermeld met daarbij een 95% betrouwbaarheids-interval (BI). De OR's zijn een maat om het zorggebruik van allochtonen t.o.v. autochtonen te bestuderen. Het 95% BI geeft daarbij aan of de resultaten daadwerkelijk verschillen of op toeval berusten (men spreekt van een daadwerkelijk verschil als 1 buiten het interval valt) en zegt iets over de betrouwbaarheid van de OR's.

In de bijlagen 1 en 2 is een overzicht van alle studies weergegeven.

Indien twee percentages worden weergegeven in de tabellen, betreft dit respectievelijk de laagste en hoogst gevonden prevalentie uit diverse onderzoeken.

Het onderzoek dat is uitgevoerd in de Randstad¹⁰ is voor 2 steden (Gouda en Utrecht)^{11,12} ook apart beschreven. De resultaten hiervan zijn apart meegenomen.

Voor een volledig overzicht van de onderzoeken zie bijlagen 1 en 2.

3. Allochtonen in Nederland

Omvang van de allochtone bevolking

In Nederland woonden op 1 januari 2001 bijna 16 miljoen mensen. Ruim 2,8 miljoen bewoners waren van allochtone afkomst (zie tabel 1). Ongeveer de helft van de allochtonen is niet-westers. Tot de categorie 'niet-westers' behoren allochtonen uit Turkije en alle landen buiten Europa, Noord-Amerika en Oceanië. Op grond van hun sociaal-economische en culturele positie worden allochtonen uit Indonesië en Japan tot de westerse allochtonen gerekend (CBS). Binnen de groep niet-westerse allochtonen vormen de Turken, gevolgd door de Surinamers, Marokkanen en Antillianen de grootste groep.^{8,9}

Tabel 1. Verdeling van het aantal autochtonen en allochtonen in Nederland op 1 januari 2001.

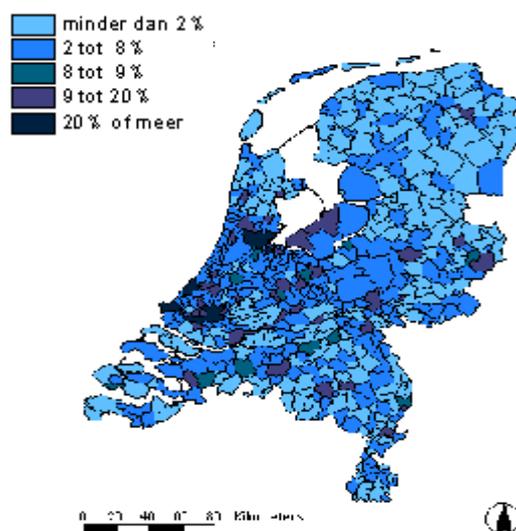
totaal		15.987.000
autochtone Nederlanders		13.117.000
allochtonen (totaal):		2.870.000
- westerse allochtonen		- 1.387.000
- niet-westerse allochtonen		- 1.483.000
waarvan:	Turken	· 320.000
	Marokkanen	· 273.000
	Surinamers (waarvan ± 50% Hindoestanen, 40% Creolen en 10% overigen)	· 309.000
	Antillianen	· 117.000

bron: CBS 2001

Het aantal allochtonen vormt een steeds groter deel van de bevolking. Uit cijfers van het CBS blijkt dat het aandeel niet-westerse - allochtonen tussen 1996 en 2001 gegroeid is van 7,6% naar 9,3%. Hierbij groeide de Turkse en Marokkaanse bevolking het sterkst.⁸

Verdeling van allochtonen over Nederland

Het aandeel allochtonen varieert sterk per gemeente. In de grote steden ligt het rond de 30%. In onderstaand figuur is de verdeling weergegeven van het relatieve voorkomen van niet-westerse allochtonen per gemeente.⁹



Figuur 1. Verdeling van niet-westerse allochtonen over Nederland
Bron: CBS 1999

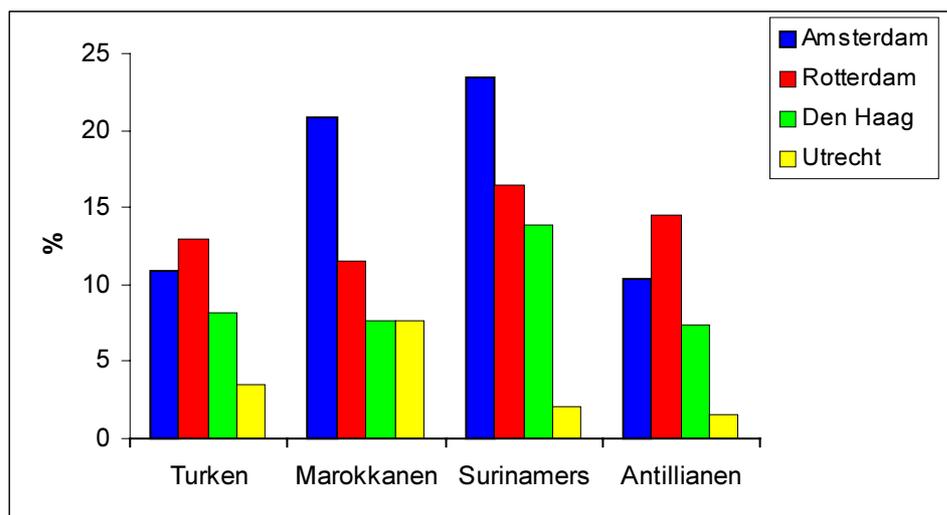
De 4 grootste groepen allochtonen wonen hoofdzakelijk in de grote steden. Dit geldt vooral voor Surinamers, waarvan 56% in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) woont.

Tabel 2. Percentage allochtonen dat woonachtig is in de 4 grote steden.

niet-westerse allochtonen	34%
waarvan:	
Turken	36%
Marokkanen	48%
Surinamers	56%
Antillianen	34%

Bron: CBS 2000.

In onderstaande figuur is per groep allochtonen weergegeven welk percentage in respectievelijk Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht woont. Zo is zichtbaar dat van alle Marokkanen en Surinamers in Nederland er relatief veel in Amsterdam wonen, terwijl van de Antillianen en Turken de meeste in Rotterdam wonen.²



Figuur 2. Verdeling van allochtonen over de 4 grote steden. Per groep allochtonen is het percentage weergegeven dat in een betreffende stad woont.

Bron: CBS 2000.

Leeftijd- en geslachtsopbouw van allochtonen

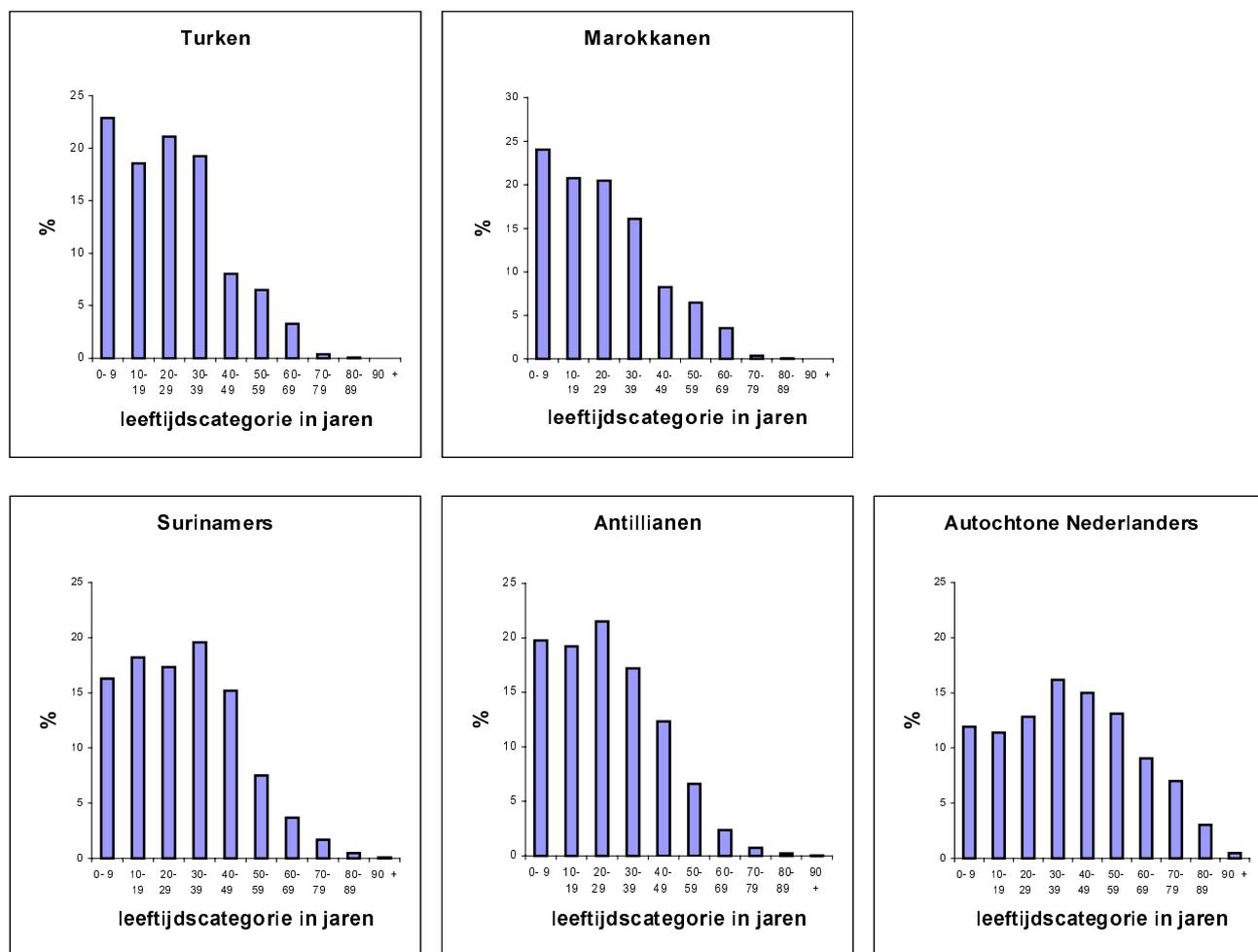
Er wonen in Nederland iets minder vrouwen dan mannen van Marokkaanse en Turkse afkomst. Bij de Surinamers ligt de verhouding net andersom: er zijn iets minder Surinaamse mannen. Er zijn ongeveer evenveel Antilliaanse mannen en vrouwen in Nederland (tabel 3).

Tabel 3. Geslachtsverdeling van de vier grootste groepen allochtonen.

	mannen	vrouwen
Turken	161.000	148.000
Marokkanen	140.000	122.000
Surinamers	145.000	157.000
Antillianen	53.000	54.000

Bron: CBS 2000

Niet-westerse allochtonen vormen een jongere bevolkingsgroep dan de autochtone Nederlanders. Onderstaande figuur geeft de leeftijdsverdeling weer van de 4 grootste groepen allochtone en de autochtone Nederlanders. Het aandeel ouderen (65 en ouder) onder niet-westerse allochtonen is nog laag: zo'n 2%. Dit aandeel zal de komende jaren toenemen tot 5% in 2010.⁸ Het percentage 40 jaar en ouder bedraagt respectievelijk 18% onder de Turken, 19% onder de Marokkanen, 29% onder de Surinamers, 22% onder de Antillianen en 48% onder de autochtonen.



Figuur 3. Leeftijdsverdeling van de 4 grootste groepen allochtone en de autochtone Nederlanders.

Bron: CBS 2001

Verdeling van allochtonen naar generatie

Hoewel de meeste niet-westerse allochtonen in Nederland behoren tot de eerste generatie*, neemt de tweede generatie steeds verder toe (van 385.000 in 1995 tot 523.000 in 2000). Voor alle vier de grote groepen allochtonen blijkt dat ongeveer 60% tot de eerste generatie behoort.

Het is belangrijk onderscheid te maken tussen eerste en tweede generatie, omdat deze in een aantal opzichten van elkaar verschillen. In onderzoek is het bij het beschrijven van de onderzoeksgroep belangrijk te vermelden welke generatie het betreft. Een belangrijk punt waarin eerste en tweede generatie van elkaar verschillen is opleidingsniveau.¹³

Tabel 4. Bereikt opleidingsniveau door eerste en tweede generatie.

	laag	middel	hoog
allochtonen eerste generatie	69%	21%	10%
allochtonen tweede generatie	31%	44%	24%

Bron: CBS 1998

* Het CBS rekent personen tot allochtonen als tenminste één ouder in het buitenland is geboren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie).

4. Leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten

4.1. Inleiding

Om hart- en vaatziekten en de sterfte daaraan te voorkomen is het zinvol om die factoren te beïnvloeden die invloed hebben op het ontstaan hiervan. Deze factoren zijn onder te verdelen in leefstijlfactoren en endogene risicofactoren. De belangrijkste leefstijlfactoren die het risico van hart- en vaatziekten verhogen zijn roken, lichamelijk inactiviteit en ongezonde voeding (te veel verzadigde vetten en te weinig groenten en fruit). Endogene risicofactoren in dit verband zijn: overgewicht, hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus. In dit overzicht zal het voorkomen van deze factoren beschreven worden voor de in Nederland grootste groepen niet-westerse allochtonen: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen, waarbij het meeste onderzoek is uitgevoerd onder Turken en Marokkanen. Indien mogelijk is een vergelijking gemaakt met autochtone Nederlanders. Omdat het meeste onderzoek in een grote stad is uitgevoerd, zijn de autochtonen ook meestal afkomstig uit die stad. De resultaten van de studies onder autochtonen zijn dus mogelijk niet representatief voor heel Nederland. In een aantal gevallen is voor een bepaalde factor van een allochtone groep geen informatie gevonden. In dat geval staat in de tabel een horizontaal streepje. Recent ontdekte risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals bijvoorbeeld hyperhomocysteïnemie, zijn in dit overzicht niet meegenomen.

4.2 Leefstijfactoren

4.2.1 Roken

Een belangrijke leefstijlfactor die een verhoogde kans op hart- en vaatziekten met zich meebrengt, is roken.

Om na te gaan hoe het rookgedrag van allochtone bevolkingsgroepen in Nederland is, zijn in totaal 10 onderzoeken^{10-12,14-20} bestudeerd. De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd onder Turken en Marokkanen. Slechts één onderzoek¹⁴ had ook Antillianen (n=34) in de onderzoekspopulatie. De meest gebruikte meetmethode is het mondeling afnemen van een vragenlijst door een interviewer van gelijk geslacht en afkomst. In onderstaande tabel wordt een samenvatting van de percentages rokers uit de diverse onderzoeken onder allochtonen weergegeven. Ter vergelijking is ook het percentage rokers onder de autochtone Nederlandse bevolking opgenomen. De resultaten zijn voor mannen en vrouwen apart weergegeven. Indien twee percentages worden weergegeven in de tabellen, betreft dit respectievelijk de laagste en hoogst gevonden prevalentie uit diverse onderzoeken.

Tabel 5a. Percentage rokers onder de grootste groepen niet-westerse allochtonen. Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen	vrouwen
Turken	49-69%	21-34%
Marokkanen	23-34%	1-3%
Surinamers	40-51%	17-22%
Antillianen	37%	28%
Autochtone Nederlanders*	39-48%	31-47%

* De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in grote steden. De autochtonen cijfers zijn ook uit die populatie afkomstig en kunnen daardoor afwijken van landelijke cijfers (van bijvoorbeeld DEFACTO (voorheen STIVORO)).

Bij sommige van de onderzoeken (n=6), die in bovenstaande tabel opgenomen zijn, was voor Turken, Marokkanen en autochtonen een opsplitsing naar leeftijd mogelijk. De grenzen van de leeftijdsindeling variëren per studie. Daarom zijn in onderstaande tabel ranges weergegeven. (< 12-25 wil zeggen dat deze categorie personen bevat die afkomstig zijn uit een studie met een leeftijdscategorie tussen bijvoorbeeld 16-19 jaar of 15-25 jaar etc.).

Tabel 5b. Percentage rokers onder Turken en Marokkanen, uitgesplitst naar leeftijd. Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen			vrouwen		
	<18-25 jr	18-25 tot 40-55 jr	>40-55 jr	<18-25 jr	18-25 tot 40-55 jr	>40-55 jr
Turken	44%	47-71%	35-63%	21%	21-43%	5-17%
Marokkanen	11-13%	38-48%	22-24%	0%	1-2%	0%
Autochtonen	40%	41-50%	35-49%	43%	35-51%	22-42%

Turken

Het rookgedrag van Turken verschilt per geslachts- en leeftijdsgroep. Turkse mannen roken vaker dan autochtone Nederlandse mannen; Turkse mannen in de leeftijd van 25 - 45 jaar roken het vaakst (tot zo'n 70%); van de autochtonen mannen in die leeftijdsklasse rookt 40-50%. Turkse vrouwen roken minder vaak dan de autochtone vrouwen. Van de Turkse vrouwen tussen de 20 en 50 jaar roken er beduidend meer dan van de Turkse oudere vrouwen (> 50 jaar), zo'n 40% resp. 10%. Dit laatste blijkt met name uit recenter uitgevoerd onderzoek.^{16,18}

Marokkanen

Van de Marokkaanse mannen rookt zo'n 30%, terwijl Marokkaanse vrouwen (vrijwel) niet roken. Zowel mannen als vrouwen blijken dus minder vaak te roken dan autochtonen van hetzelfde geslacht. Ook voor Marokkaanse mannen geldt dat de meeste rokers voorkomen in de leeftijd van 25-50 jaar (zo'n 50%).

Surinamers/ Antillianen

Van het rookgedrag van Surinamers is minder bekend. Uit de wel beschikbare gegevens komt naar voren dat zo'n 30% van de Surinamers rookt, waarbij er meer mannen zijn die roken dan vrouwen.

Van het rookgedrag van Antillianen is nog minder bekend: uit een onderzoek in Amsterdam waaraan 34 Antillianen meededen, bleek dat 32% rookte. Ook hier roken mannen vaker dan vrouwen.

Sociaal Economische Status (SES):

Autochtone Nederlanders met een lage SES hebben meestal een ongunstiger cardiovasculair risicoprofiel dan autochtonen met een hogere SES. Omdat niet-westerse allochtonen meestal ook een lagere SES hebben is het belangrijk om na te gaan of bijvoorbeeld het ongunstige rookgedrag van Turkse mannen niet alleen veroorzaakt wordt doordat zij ook tot een lage SES behoren. Uit het onderzoek van het CBS onder Turken blijkt dat het percentage mannelijke Turkse rokers toeneemt als het opleidingsniveau daalt (na correctie voor leeftijd); het percentage vrouwen dat rookt neemt toe met het stijgen van het opleidingsniveau.⁵ Ander (recenter) onderzoek laat zien dat na correctie voor opleiding de verschillen in rookgedrag tussen allochtonen en autochtonen blijven bestaan.¹⁴ Marokkaanse mannen blijven minder roken na correctie voor opleiding dan Nederlandse mannen.⁴

Conclusie

Turkse mannen roken beduidend meer dan andere groepen: tot 70% van de Turkse mannen van middelbare leeftijd. Daarnaast lijkt er een trend te zijn dat Turkse vrouwen meer gaan roken. Hoewel over deze mogelijke trend nog weinig over bekend is, is het wel van belang dit in de gaten te houden. Van de Marokkaanse mannen rookt zo'n 30%, terwijl Marokkaanse vrouwen (vrijwel) niet roken. Uit de weinige informatie die beschikbaar is over Surinamers en Antillianen blijkt dat circa 30% van de Surinamers rookt en 32% van de Antillianen.

4.2.2 Voeding

Volgens de Richtlijnen Goede Voeding zou men 200 gram groenten, 200 gram fruit en minder dan 10 energie% verzadigd vet per dag moeten eten. Een te geringe consumptie van groenten of fruit en een te veel aan verzadigde vetzuren vormen een risico op het krijgen van hart- en vaatziekten.²¹

Er zijn 6 onderzoeken^{16,20,22-25} bestudeerd die zich richten op het voedingsgedrag van allochtonen. De meeste onderzoeken richtten zich op één specifieke groep (bijvoorbeeld Marokkaanse vrouwen) en zijn beperkt in omvang (n=36 tot n=180). De meeste gebruikte methode is het tweemaal uitvoeren van een ‘24-uurs recall’ (in 4 van de 6 onderzoeken). In 5 van de 6 onderzoeken is een vergelijking met autochtonen gemaakt. Hierbij gebruikten drie onderzoeken de drie tot nu toe uitgevoerde Voedsel Consumptie Peilingen (VCP)²⁶⁻²⁸ als referentie. Voor groenten en fruit is telkens de gemiddelde groenteconsumptie per dag vermeld, waarbij zowel gebruikers als niet gebruikers zijn meegenomen in de berekening. Voor de consumptie van ‘verzadigde vetten’ is het gemiddelde energiepercentage vermeld. In de tabellen is de consumptie van groenten, fruit en verzadigde vetzuren apart beschreven voor de allochtone groepen.

Groenten

Tabel 6a. De gemiddelde groenteconsumptie van niet-westerse allochtonen, in grammen per dag. Ter vergelijking is ook de consumptie voor autochtonen weergegeven.

	mannen (gram/dag)	vrouwen (gram/dag)
Turken	108	89 - 237
Marokkanen	-	160 - 234
Surinamers		
- Creolen	124	-
- Hindoestanen	195	-
Antillianen	-	-
autochtone Nederlanders	141 –163	123-150

Fruit

Tabel 6b. De gemiddelde fruitconsumptie van niet-westerse allochtonen, in grammen per dag. Ter vergelijking is ook de consumptie voor autochtonen weergegeven.

	mannen (gram/dag)	vrouwen (gram/dag)
Turken	252	131- 203
Marokkanen	-	86 -141
Surinamers - Creolen	73	-
- Hindoestanen	84	-
Antillianen	-	-
autochtone Nederlanders	96-114	105 –116

Verzadigde vetten

Tabel 6c. De gemiddelde vetconsumptie van niet-westerse allochtonen, in energieprocenten per dag. Ter vergelijking zijn ook de energieprocenten voor autochtonen weergegeven.

	mannen	vrouwen
	(en%)	(en%)
Turken	-	12%
Marokkanen	-	10-12%
Surinamers		
- Creolen	10%	-
- Hindoestanen	10%	-
Antillianen	-	-
autochtone Nederlanders	15%	15%

Turken en Marokkanen

Uit onderzoek van TNO uit 1999²⁵ blijkt dat zowel Turkse als Marokkaanse vrouwen meer groenten en fruit eten dan autochtone Nederlanders, waarbij Turkse vrouwen gemiddeld de norm van 200 gram per dag halen. Echter uit andere onderzoek²² lijkt naar voren te komen dat Turkse vrouwen alleen meer fruit eten en niet meer groenten. Hetzelfde wordt gevonden voor Turkse mannen. De resultaten zijn echter gebaseerd op kleine aantallen.

Uit onderzoek van GG&GD van Amsterdam²⁰ blijkt dat minder Turken en Marokkanen elke dag groenten of fruit eten dan hun autochtone stadsgenoten.

Uit het onderzoek van TNO uit 1999 blijkt dat zowel Turkse als Marokkaanse vrouwen minder verzadigde vetten eten. Ook dit wordt weer tegengesproken door resultaten uit een ander onderzoek (Turken in Amsterdam vs Ankara), waarvan de methode waarop de vetconsumptie gemeten is, wel wat minder betrouwbaar was (niet in bovenstaande tabel, zie bijlage 1).

Over Marokkaanse mannen zijn, buiten het onderzoek van GG&GD van Amsterdam, met betrekking tot voedingsgewoonten geen gegevens bekend.

Surinamers en Antillianen

Uit een pilot onder Surinaamse mannen²⁴ komt naar voren dat Hindoestaanse mannen meer groenten eten dan autochtonen en dan Creoolse mannen. Beide subgroepen Surinaamse mannen eten minder fruit dan autochtone mannen.

Ook uit het onderzoek van de GG&GD blijkt dat meer Surinamers en Antillianen elke dag groenten eten en minder vaak elke dag fruit dan autochtonen.

Zowel Creoolse als Hindoestaanse mannen eten minder verzadigde vetzuren dan autochtone Nederlanders.

Over Surinaamse vrouwen en Antilliaanse mannen en vrouwen zijn, buiten het onderzoek van GG&GD van Amsterdam, met betrekking tot voedingsgewoonten geen gegevens bekend.

Sociaal Economische Status (SES):

In het TNO onderzoek van 1999 was de SES van de autochtone vrouwen hoger dan die van de allochtone vrouwen, maar bij nader onderzoek bleek dat dit verschil waarschijnlijk geen grote invloed had op de resultaten.

Conclusie

Hoewel de resultaten per onderzoek nogal wisselen, lijken Turken en Marokkanen met name meer fruit te eten en minder verzadigde vetten dan autochtone Nederlanders. Hindoestaanse Surinaamse mannen eten meer groenten en zowel Hindoestaanse als Creoolse Surinaamse mannen consumeren minder verzadigde vetten. Het is belangrijk dat deze groepen deze goede voedingsgewoonte vasthouden.

Hoewel verschillen in voedingsgewoonte tussen 1^{ste}, 2^{de} of 3^{de} generatie niet bekend zijn moet men bedacht zijn op het gevaar dat allochtonen het minder gunstige voedingspatroon van de autochtonen bevolking in de toekomst gaat overnemen.²⁹

4.2.3 Lichamelijke activiteit

Lichamelijk actief zijn levert een bijdrage aan het voorkómen van hart- en vaatziekten.³⁰ Daarnaast kan het een bijdrage leveren aan het voorkómen van overgewicht en diabetes mellitus type II.

Met lichamelijke activiteit wordt in principe elke vorm van beweging bedoeld. De Nederlandse norm voor voldoende lichamelijke activiteit heeft de NOC*NSF vastgesteld op minstens 30 minuten per dag.³¹ Van allochtonen zijn met name gegevens bekend over sporten. Alleen de GG&GD van Amsterdam^{20a} heeft gegevens over minimaal 5 dagen tenminste 30 minuten lichamelijk actief.

In totaal konden slechts drie onderzoeken^{18,32,33} betrokken worden in onderstaand overzicht.

In onderstaande tabel wordt het percentage allochtonen weergegeven dat één keer per week of vaker sport. Er is onderscheid gemaakt tussen eerste en tweede generatie.

Tabel 7a. Percentage sporters onder de grootste groepen niet-westerse allochtonen, uitgesplitst naar generatie. Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen en vrouwen eerste generatie	mannen en vrouwen tweede generatie	mannen en vrouwen eerste en tweede generatie
Turken	10%	28%	15-18%
Marokkanen	10%	25%	19%
Surinamers / Antillianen	10%	33%	21%
autochtone Nederlanders	26%	36%	37%

Voor Turken ouder dan 45 jaar is onderzocht hoeveel procent minstens éénmaal per week 30 minuten of meer een inspannend activiteit verricht. Dit bleek voor Turken in de zomer 39% te zijn en 33% in de winter. Voor autochtone Nederlanders in die leeftijdscategorie zijn deze percentages respectievelijk 42% en 40%.³⁴

Een onderzoek onder Marokkanen in ‘de Randstad’ had het percentages allochtonen dat minimaal eenmaal per week sport beschikbaar uitgesplitst naar leeftijd en geslacht^{10a} (tabel 7b). Deze resultaten zijn in onderstaande tabel weergegeven. Opgemerkt moet worden dat hierbij 40% van de onderzoekspopulatie een missende waarde had.

Tabel 7b. Percentage Marokkanen dat minimaal eenmaal per week sport, uitgesplitst naar leeftijd.

	mannen		vrouwen	
	<40 jr	≥ 40 jr	<40 jr	≥ 40 jr
Marokkanen	56%	15%	43%	5%

Turken

Turken in Nederland sporten minder dan autochtone Nederlanders. Met name de eerste generatie Turken lijkt weinig te sporten (circa 10%). De tweede generatie blijkt meer te sporten (28%), maar nog steeds minder dan de autochtonen uit dat onderzoek, waarvan 36% sport in een vergelijkbare leeftijdsgroep. Ook Turkse vrouwen lijken weinig te sporten.⁵ Uit het onderzoek van GG&GD Amsterdam blijkt dat 23% van Turken in Amsterdam voldoende beweegt. Dit is vergelijkbaar met de autochtone Amsterdammers (zie bijlage 1).

Marokkanen

Ook Marokkanen lijken minder te sporten dan autochtonen. Hierbij sport ook de eerste generatie en/of ouderen het minst. Uit het GG&GD-onderzoek blijkt slechts 12% minimaal op 5 dagen per week 30 minuten per dag lichamelijk actief te zijn (zie bijlage 1).

Surinamers en Antillianen

Hoewel de (tweede generatie) Surinamers (en Antillianen) wat meer sporten dan Turken of Marokkanen, sporten ook zij minder dan autochtonen. Uit het Amsterdamse GG&GD-onderzoek blijkt een kwart van Surinamers in Amsterdam aan de gestelde norm te voldoen.

Conclusie

Over het algemeen sporten allochtonen minder dan autochtonen. Hoewel de tweede generatie meer sport dan de eerste generatie, vormt het toch een belangrijk aandachtspunt. Daarnaast is het ook belangrijk dat meer bekend wordt over de totale lichamelijke activiteit en niet alleen over sportgedrag.

4.3 Risicofactoren

Ook bij risicofactoren voor hart- en vaatziekten is naast onderscheid in geslacht ook, voor zo ver mogelijk, onderscheid in leeftijd gemaakt (bij hypercholesterolemie ontbreken deze gegevens).

4.3.1 Overgewicht

Ook overgewicht is een risicofactor van hart- en vaatziekten. De mate van overgewicht wordt meestal bepaald aan de hand van de Quetelet Index ($QI = \text{gewicht (kg)} / (\text{lengte (m)}^2)$). Meestal wordt een $QI \geq 25$ als grens voor overgewicht genomen en $QI \geq 30$ als grens voor ernstig overgewicht (of obesitas).

In totaal zijn 12 onderzoeken^{6,11,14,16-18,20,22-25,35} gevonden die de Quetelet Index bestudeerd hebben. Er worden in de verschillende onderzoeken één of meer grenswaarden gehanteerd: $QI \geq 25$, $QI \geq 27$, $QI \geq 30$ of een gemiddelde QI . In 6 onderzoeken is van de personen lengte en gewicht gemeten; in 5 onderzoeken is het gewicht zelf gerapporteerd (1 onbekend). Een groot nadeel van zelf gerapporteerd gewicht is dat de waarden soms onbetrouwbaar zijn. Daarnaast is in veel studies gebleken dat Marokkanen en Turken geen gewicht hadden vermeld. Het is onbekend of deze missende waarden selectief zijn. De studies waar lengte en gewicht gemeten zijn, zijn klein in omvang. Ook voor overgewicht geldt dat de meeste studies uitgevoerd zijn onder Turken en/of Marokkanen.

In de tabellen zijn de resultaten uit onderzoeken opgenomen die een prevalentie vermeldden ($n=6$). Dit betreft met name een QI op basis van zelf gerapporteerde gewicht en lengte. Hierbij zijn drie grenswaarden weergegeven ($QI \geq 25$, $QI \geq 27$, $QI \geq 30$) voor de verschillende groepen allochtonen. Als voldoende informatie beschikbaar was, zijn de resultaten uitgesplitst naar leeftijd.

Tabel 8a. Percentage allochtonen met overgewicht ($QI \geq 25$), uitgesplitst naar leeftijd. Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen		vrouwen	
	< 35-40 jr	>35-40 jr	< 35-40 jr	>35-40 jr
Turken	29%	78%	48%	80%
Marokkanen	23%	60%	35%	85%
Surinamers / Antillianen			39%	
Autochtone Nederlanders*	21%	51%	17%	46%

* De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in grote steden. De autochtonen cijfers zijn ook uit die populatie afkomstig en kunnen daardoor afwijken van landelijke cijfers.

Tabel 8b. Percentage allochtonen met overgewicht ($QI \geq 27$). Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen	vrouwen
Turken	24-30%	38-48%
Marokkanen	20%	33%
Surinamers	20%	26%
Antillianen	21%	39%
Autochtone Nederlanders	15-17%	12%

Tabel 8c. Percentage allochtonen met ernstig overgewicht ($QI \geq 30$), uitgesplitst naar leeftijd. Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen		vrouwen	
	< 35-40 jr	>35-40 jr	< 35-40 jr	>35-40 jr
Turken	4-6%	18-30%	8-13%	30-34%
Marokkanen		17%		
Surinamers		5%		
autochtone Nederlanders	2%	5-13%	3%	8-15%

Turken

Turkse mannen en vrouwen in alle leeftijden hebben vaak overgewicht, maar met name op wat oudere leeftijd: 80% van de Turkse mannen en vrouwen boven de 35 jaar heeft een $QI \geq 25$. Ook ernstig overgewicht ($QI \geq 30$) komt veel vaker voor bij Turken boven de 35 jaar dan bij autochtonen: zo'n 20% van de Turkse mannen en 1/3 van de Turkse vrouwen ten opzichte van 6% en 12% bij respectievelijk autochtone mannen en vrouwen.

Marokkanen

Bij Marokkanen wordt ook een hoger percentage overgewicht gezien, met name bij vrouwen. Bij zowel mannen als vrouwen is een toename met de leeftijd te zien, oplopend tot circa 90% bij Marokkaanse vrouwen ouder dan 50 jaar.

In het onderzoek van In het Veld en Steenberg³⁵ is bij Marokkanen wel een verlaagd voorkomen van overgewicht gevonden ten opzichte van autochtonen (zie bijlage 1).

Surinamers en Antillianen

Van Surinamers en Antillianen zijn prevalentiecijfers van overgewicht uit de studie van Reijneveld ($QI \geq 27$) en de GG&GD van Amsterdam bekend.^{14,20} Beide onderzoeken bij deze allochtonen laten hogere prevalentie van overgewicht zien dan bij autochtone Nederlanders. Ook bij deze groep allochtonen is het probleem groter bij vrouwen dan bij mannen. Het onderzoek van In het Veld en Steenberg³⁵ laat een verhoogd voorkomen van overgewicht ($OR=1.8$) ten opzichte van autochtonen zien (zie bijlage 1).

Uit onderzoek onder een relatief kleine groep Creolen en Hindoestanen²⁴ blijkt de gemiddelde QI van beide groepen Surinamers net wat hoger te liggen dan van een vergelijkbaar groepje autochtonen (zie bijlage 1).

Opvallend is dat in onderzoek in dossiers in huisartspraktijken¹⁷ onder mannen tussen de 40 en 55 jaar slechts 5% van de Surinaamse mannen in Nederland een $QI \geq 30$ heeft ten opzichte van 13% van de autochtonen.

Sociaal Economische Status (SES):

Ook na correctie voor opleiding blijft het voorkomen van overgewicht bij alle (Amsterdamse) allochtonen verhoogd t.o.v. autochtonen, hoewel het iets afneemt.^{4,14}

Conclusie

Uit de meeste onderzoeken lijkt naar voren te komen dat bij alle groepen allochtonen meer overgewicht wordt gevonden dan bij autochtone Nederlanders. Turkse mannen en de Turkse en Marokkaanse vrouwen (boven de 35 jaar) verdienen daarbij de aandacht: 80% tot 90% hiervan heeft overgewicht.

4.3.2 Hypercholesterolemie

Een hoog totaal-cholesterolgehalte verhoogt de kans op coronaire hartziekten. Uit (epidemiologisch) onderzoek is gebleken dat ook een laag HDLcholesterolgehalte geassocieerd is met een verhoogde kans op coronaire hartziekten.³⁶ Aangezien voor allochtonen hierover geen gegevens gevonden zijn, is in onderstaand overzicht alleen het totaal-cholesterol betrokken.

Slechts 5 kleine studies^{16-18,25,35} geven informatie over het voorkomen van hypercholesterolemie (d.w.z. totaal-cholesterol $\geq 6,5$ mmol/l) bij niet-westerse allochtonen, waarbij in 3 onderzoeken de prevalentie van hypercholesterolemie wordt vermeld. De andere onderzoeken laten een vergelijking van gemiddelde waarden zien of het voorkomen t.o.v. autochtone Nederlanders (OR). In onderstaande tabel zijn alleen onderzoeken vermeld waarin prevalenties vermeld werden. De resultaten van de autochtone Nederlanders zijn afkomstig uit 2 (van de 3) studies.

Tabel 9. Percentage allochtonen met hypercholesterolemie (totaal-cholesterol ≥ 6.5 mmol/l).

	mannen	vrouwen
Turken	3%	1%-8%
Marokkanen	-	8%
Surinamers	7%	
Antillianen	-	-
autochtone Nederlanders	9%	13%

Conclusie

Hoewel er weinig bekend is over het voorkomen van hypercholesterolemie bij allochtonen laten de 3 in dit overzicht betrokken resultaten een verlaagde prevalentie van hypercholesterolemie zien ten opzichte van autochtone Nederlanders. Ook gemiddelde totaal-cholesterolwaarden of OR's zijn bij allochtonen lager dan bij autochtonen (zie bijlage 1).

4.3.3 Hypertensie

Bij een toenemende hoogte van de bloeddruk neemt de kans op hart- en vaatziekten geleidelijk toe. Tot voor kort werd bij de definitie van hypertensie uitgegaan van de waarde: systolische bloeddruk boven de 160 mmHg of diastolische boven de 95 mmHg. Hoewel de WHO classificatie inmiddels is bijgesteld, zijn in de bestudeerde onderzoeken bovenstaande grenswaarden aangegeven.^{37,38}

Omdat de prevalenties sterk verschillen tussen jonge en oude personen zijn in de tabel, waar mogelijk, de percentages uitgesplitst naar leeftijd weergegeven.

Voor het voorkomen van hypertensie zijn 10 onderzoeken^{6,7,10-12,16,17,19,20,39} gevonden. Bij 7 studies betreft het zelfgerapporteerde hypertensie, bij twee studies is de bloeddruk via de huisarts gekregen en in één studie is de bloeddruk gemeten. In deze studie wordt de gemiddelde bloeddruk weergegeven in plaats van de prevalentie. Er is geen studie die Antillianen als aparte groep heeft bestudeerd.

Tabel 10. Percentage allochtonen met hypertensie, uitgesplitst naar leeftijd.

Leeftijd (in jaren)	mannen		vrouwen		mannen en vrouwen*	
	<40 - 45	>40-45	<40-45	>40-45	<40-45	>40-45
Turken	4%	17-28%	10%	13%	5%	14%
Marokkanen	2%-3%	29%	9%	7%-31%	6-8%	
Surinamers	-	20%	-	-	10%-38%	
Surinamers / Antillianen	7%	20-24%	12%	51%	-	
autochtone Nederlanders**	4%-6%	9%-16%	3%-7%	18%-21%	3%	14%

* Dit betreft alléén studies waarbij geen onderscheid naar geslacht gemaakt was.

** De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in grote steden. De autochtonen cijfers zijn ook uit die populatie afkomstig en kunnen daardoor afwijken van landelijke cijfers.

Turken

Boven de 40-45 jaar komt bij Turkse mannen meer hypertensie voor dan bij autochtone mannen in die leeftijdsklasse (17-28% vs 9-16%). Voor Turkse vrouwen geldt dit niet. In een onderzoek in Amsterdam (Turken in Amsterdam vs Ankara) wordt over het algemeen bij Turken gemiddeld een wat hogere bloeddruk gevonden dan bij autochtonen (zie bijlage 1).

Marokkanen

Jongere Marokkaanse mannen (<40-45 jaar) lijken wat minder vaak hypertensie te hebben dan autochtonen in die leeftijdsklasse. Voor Marokkaanse mannen ouder dan 40 jaar wordt ongeveer hetzelfde gevonden als voor 'oudere' Turkse mannen: een hoge bloeddruk komt bij Marokkaanse mannen vaker voor dan bij autochtonen. Bij oudere Marokkaanse vrouwen lijkt hypertensie in het ene onderzoek meer voor te komen, maar in ander onderzoek ook veel minder (31% resp. 7%). Dit kan veroorzaakt worden doordat het tijdstip van dataverzameling (1995 vs 1985) en de methoden van beide onderzoeken (diagnose door huisarts vs zelfrapportage) erg verschillen.

Surinamers/ Antillianen

Bij Surinamers en Antillianen lijkt met name bij vrouwen erg vaak hypertensie voor te komen, waarbij circa de helft van de vrouwen boven de 40 jaar een te hoge bloeddruk heeft. Deze gegevens zijn echter afkomstig uit een oud (1985) onderzoek.

Conclusie

De wat oudere Turkse en Marokkaanse mannen hebben vaker hypertensie dan autochtonen. Bij de Surinamers en Antillianen hebben vooral de vrouwen vaker een verhoogde bloeddruk.

4.3.4 Diabetes mellitus

De laatste, in dit overzicht vermelde, risicofactor voor hart- en vaatziekten is diabetes mellitus. Ook hiervoor wordt zowel onderscheid in geslacht als in leeftijd gemaakt. Surinamers van Hindoestaanse afkomst zijn apart bekeken omdat specifiek bij die groep veel diabetes mellitus lijkt voor te komen

In totaal zijn 8 studies^{7,10-12,19,20,39,40} bestudeerd. In 6 studies betreft het zelf gerapporteerde informatie, in 2 studies is de diagnose door de huisarts gesteld. 7 van de 8 studies gaven prevalenties weer die in onderstaand overzicht betrokken zijn. In de onderzoekspopulatie zijn naast Turken en Marokkanen ook relatief veel Surinamers opgenomen. Het verhoogd voorkomen van diabetes mellitus onder (Hindoestaanse) Surinamers is al geruime tijd uit (internationaal) onderzoek bekend.⁴⁰ Een groot deel van onderstaande prevalenties zijn geschat op basis van diagnoses uit de huisartspraktijk. Dit brengt met zich mee dat als de patiënt vaak terug komt de prevalenties, door dubbeltelling, hoger uitvallen. De cijfers dienen dus met enige voorzichtigheid gehanteerd te worden.

Tabel 11. Percentage allochtonen met diabetes mellitus, uitgesplitst naar leeftijd.

Leeftijd (in jaren)	mannen		vrouwen		mannen en vrouwen*
	<45-49	>45-49	<45-49	>45-49	
Turken	1%	44%	12%	26%	2%-5%
Marokkanen	-	22-43%	-	13%	4%-7%
Surinamers / Antillianen	3%	31%	3%	13%	4%-7%
Hindoestanen	12%	30-40%	9%	30-40%	
autochtone Nederlanders**	1%	3%	1%	3%	0,5%-6%

* Dit betreft alléén studies waarbij geen onderscheid naar geslacht gemaakt was.

** De meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in grote steden. De autochtonen cijfers zijn ook uit die populatie afkomstig en kunnen daardoor afwijken van landelijke cijfers.

Turken

De prevalentie van diabetes mellitus (II) neemt toe met de leeftijd. Met name in de wat hogere leeftijdscategorieën (> 45 jaar) lijkt bij Turken meer diabetes mellitus voor te komen dan bij autochtonen (echter: zie voetnoot). Dit geldt zowel voor mannen (44%) als voor vrouwen (26%). Ter vergelijking autochtone Nederlanders in die leeftijdscategorie: 3%.

Marokkanen

Voor Marokkanen wordt hetzelfde beeld gezien als voor Turken.

Surinamers/ Antillianen

Bij Surinamers en Antillianen (met name de Hindoestaanse Surinamers) komt zeer veel diabetes mellitus voor. Boven de 50 jaar blijkt dit 30% te zijn en boven de 60 jaar 40%. Dit wordt zowel bij mannen als bij vrouwen gezien.

Sociaal Economische Status (SES):

Uit onderzoek onder Hindoestanen in Den Haag lijkt naar voren te komen dat het verhoogd voorkomen van diabetes mellitus bij deze groep niet gezocht moet worden in sociaal-economische verschillen.¹⁷ Uit het onderzoek onder Marokkanen in Amsterdam bleek na correctie voor opleidingsniveau het verschil in prevalentie van diabetes mellitus tussen Marokkanen en Nederlanders zelfs groter te worden.²¹

Conclusie

Bij alle oudere allochtonen komt diabetes mellitus veel vaker voor dan bij autochtonen. Bij Hindoestaanse Surinamers lijkt dit probleem ook al op jongere leeftijd te spelen.

4.4 Conclusie

Wanneer de resultaten uit de verschillende onderzoeken naast elkaar gezet worden, blijkt het voorkomen van leefstijl- en risicofactoren tussen allochtonen en autochtonen te verschillen. In onderstaande tabel is per leefstijl- of risicofactor vermeld of, en zo ja, bij welke allochtonen het voorkomen gunstiger of ongunstiger is ten opzichte van de autochtonen.

Tabel 12. De mate van voorkomen van leefstijl- en risicofactoren hart- en vaatziekten bij allochtonen ten opzichte van autochtonen van dezelfde leeftijd en geslacht.

Leefstijl- en risicofactoren	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen
roken	mannen middelbare leeftijd (25-50 jr) ↑↑ vrouwen ↓ jonge vrouwen trend ↑?	mannen ↓ vrouwen ↓↓	mannen = vrouwen ↓	mannen = vrouwen =
ongezonde voedingsgewoonte	mannen en vrouwen ↓ (meer fruit en minder verz.vet)	mannen geen info vrouwen ↓	mannen ↓ (minder verz. vet en Hindoest. mannen ook meer groente) vrouwen geen info bekend	geen info
lichamelijke inactiviteit overgewicht	verhoogd percentage van inactiviteit bij alle allochtonen			
	mannen ↑↑ toename met de leeftijd vrouwen ↑↑ toename met de leeftijd	mannen = /↑ toename met de leeftijd vrouwen ↑↑ toename met de leeftijd	mannen ↑ vrouwen ↑↑ geen leeftijdspecifieke info	mannen ↑ vrouwen ↑↑ geen leeftijdspecifieke info
hypercholesterolemie	weinig info, mannen en vrouwen lijkt ↓	weinig info, mannen geen info vrouwen lijkt ↓	weinig info, mannen lijkt ↓ vrouwen geen info	geen info
hypertensie	mannen ↑ op oudere leeftijd (>40 jr) vrouwen =	mannen ↓ op jongere leeftijd (< 40jr) mannen ↑ op oudere leeftijd (>40 jr) vrouwen ? (tegenstrijdige bevindingen)	(Surinamers en Antillianen samen) mannen =/↑ op oudere leeftijd (>40 jr) vrouwen ↑ op oudere leeftijd (>40 jr)	
diabetes mellitus	mannen op oudere leeftijd (>45 jr) ↑ vrouwen ↑ op alle leeftijden	mannen en vrouwen ↑ op oudere leeftijd (>45 jr) jongere leeftijd =	(Surinamers en Antillianen samen) mannen en vrouwen ↑↑ op oudere leeftijd (>45 jr) Hindoestanen ↑↑ op alle leeftijden	

De pijltjes geven het voorkomen aan ten opzichte van autochtonen van gelijke leeftijd en geslacht
 ↑↑ sterk verhoogd ↑ verhoogd = /↑ licht verhoogd = gelijk ↓ verlaagd ↓↓ sterk verlaagd

Bovenstaande tabel geeft aanwijzingen welke groepen allochtonen extra aandacht verdienen in het kader van preventie van hart- en vaatziekten. Er kunnen echter geen harde conclusies getrokken worden, omdat bij de bestudeerde studies nogal wat kanttekeningen te maken zijn. Eén van de nadelen is dat de meeste resultaten voornamelijk gebaseerd zijn op

zelfrapportage. Dit nadeel bij vragenlijstonderzoek is met name bij leefstijlfactoren moeilijk te vermijden. Voor (endogene) risicofactoren zou het echter beter zijn (lichaams-)metingen uit te voeren, hoewel dit praktisch moeilijker haalbaar is. Dergelijk onderzoek onder allochtonen wordt momenteel uitgevoerd (AMC), maar er zijn nog geen resultaten van bekend. Daarnaast was het aantal bestudeerde allochtonen in sommige studies klein en /of is uitgevoerd in een stad. Beide aspecten kunnen met zich meebrengen dat de bestudeerde populatie niet representatief is voor Nederland.

Als achtergrond voor de spreiding van leefstijl- en risicofactoren worden in de literatuur verschillende mechanismen onderscheiden: genetische verschillen, cultuur en acculturatie, en sociaal economische verschillen.³

Genetische verschillen

Sommige verschillen in het voorkomen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten kunnen een genetische achtergrond hebben, bijvoorbeeld de verhoogde prevalentie van diabetes mellitus onder Hindoestanen⁴⁰ of hypertensie onder negroïde Surinamers en Antillianen.⁴¹ Het is overigens niet bekend of er sprake is van verhoogde hypertensie bij negroïde Surinamers in Nederland.³⁵ Ook onder Turken zou er sprake zijn van een verhoogde bloeddruk.⁴²

Uit onderzoek is ook bekend dat naarmate migranten meer de leefstijl van de oorspronkelijke bevolking van het gastland overnemen, het risico op een bepaalde ziekte niet altijd in gelijke mate toe of af neemt. Er kunnen namelijk andere factoren een rol spelen, bij gelijkblijvend risicoprofiel. Dit kunnen ook genetische factoren zijn.⁴³ Over het effect van verhoogd voorkomen van risicofactoren bij allochtonen op hart- en vaatziekten is weinig bekend.

Cultuur

Bij verklaring voor de verschillen in leefstijl zouden culturele verschillen tussen etnische groepen een rol kunnen spelen. Zo kan bijvoorbeeld cultuur invloed hebben op rookgedrag en voedingsgewoonten. De verschillen zijn echter niet statisch en kunnen onder invloed van het gastland veranderen (acculturatie). Er bestaan echter verschillende acculturatie-‘strategieën’: sommigen gaan geheel op in de cultuur van de meerderheid, terwijl anderen sterk aan hun eigen cultuur vasthouden.⁴³

Sociaal economische verschillen

De relatief lage SES van allochtonen (met name Turken en Marokkanen (CBS 1995) kan een deel van het ongunstigere risicoprofiel van allochtonen verklaren. Wanneer in sommige onderzoeken wordt gecorrigeerd voor SES (of opleidingsniveau) wordt het profiel gunstiger^{4,5,14}, maar er blijven verschillen bestaan. Soms wordt ook een ongunstig effect gezien na correctie opleiding (bijvoorbeeld Turkse vrouwen met een hogere opleiding roken vaker dan Turkse vrouwen met een lagere opleiding).¹⁵

5. Algemeen zorggebruik en zorggebruik en ziekte in relatie tot hart- en vaatziekten

Zorggebruik kan bepaald worden door gezondheid en gezondheidsbeleving van allochtonen, maar ook door andere factoren zoals acculturatie (veranderen van cultuur onder invloed van de cultuur van het gastland), kennis en opvattingen over ziekte, opvattingen over zelfzorg en mantelzorg, ziektegedrag, kennis van zorgvoorzieningen en toegankelijkheid (o.a. bepaald door taal en cultuur, kwaliteit van zorg).⁴⁴ Deze kenmerken liggen niet vast, maar kunnen veranderen onder invloed van verblijf in Nederland en het contact met de Nederlandse cultuur. Hieronder zal eerst ingegaan worden op het zorggebruik, zonder onderscheid te maken naar ziektebeeld. Hierbij is gekeken naar huisartsengebruik, specialistencontact en ziekenhuisopnamen. Vervolgens zal in de volgende paragraaf ingegaan worden op zorggebruik, ziekte en medicijngebruik in relatie tot hart- en vaatziekten.

5.1 Algemeen zorggebruik door allochtonen

5.1.1 Huisartsen

Binnen zorggebruik is nagaan hoeveel procent van de vier grootste groepen niet-westerse allochtonen de afgelopen twee, drie of twaalf maanden de huisarts heeft bezocht. Hiervoor is informatie afkomstig uit dertien studies^{6,10-12,14,18,19,20, 45-49} gebruikt. Hiervan bestudeerden tien studies het bezoek aan de huisarts gedurende de afgelopen twee maanden. Deze resultaten zijn in tabel 13 weergegeven. In alle studies is het zorggebruik zelf gerapporteerd. De meeste studies beperken zich tot één of meer grote steden.

Turken, Marokkanen en Surinamers maken meer gebruik van de huisartsenzorg en het aantal contacten per persoon is hoger dan bij autochtone Nederlanders, ook wanneer rekening is gehouden met verschil in sekse, leeftijd en sociaal milieu.^{7,10,39,46}

Tabel 13. Percentages allochtonen die de huisarts bezochten over een periode van twee maanden. Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen		vrouwen		mannen en vrouwen*
	<35-40 jr	>35-40 jr	<35-40 jr	>35-40 jr	
Turken		35%		42%	39-58%
Marokkanen		47%		42%	46-54%
	27%	71%	47%	76%	
Surinamers	38%	70%	61%	72%	46%
Antillianen	-		-		23%
autochtone		25%		31%	33-42%
Nederlanders	26-30%	39-44%	47-48%	51-52%	

* Dit betreft alléén studies waarbij geen onderscheid naar geslacht gemaakt was.

Van de bestudeerde autochtonen bezocht circa 25% van de mannen en 31% van de vrouwen twee maanden voor het onderzoek de huisarts, bij de Turken waren deze percentages respectievelijk 35% voor de mannen en 42% voor de vrouwen. Bij de Marokkanen wordt bij de mannen een wat hoger gebruik van huisartsen gevonden (47%) en voor de vrouwen een vergelijkbare percentage, nl. 42%. Wanneer bij Marokkanen onderscheid wordt gemaakt naar leeftijd komt uit een onderzoek uitgevoerd in Utrecht naar voren dat met name Marokkaanse mannen en vrouwen boven de 40 jaar meer naar de huisarts gaan dan autochtonen in die leeftijdsklasse (mannen: 71% van Marokkanen t.o.v. 39% van Utrechtse mannen; vrouwen: 76% van Marokkanen t.o.v. 51% van de Utrechtse vrouwen, zie ook bijlage 1). Er zijn twee onderzoeken gevonden die ook Surinamers bestuderen: uit één onderzoek komt naar voren dat 46% van de Surinamers in de twee maanden voorafgaand aan het onderzoek de huisarts heeft bezocht. Het andere onderzoek maakt onderscheid naar geslacht en leeftijd en laat een variatie zien van 38% (mannen tussen de 16 en 35 jaar) tot 72% (vrouwen ouder dan 35 jaar). Eén onderzoek waarin (weinig) Antillianen zijn opgenomen (n=34) laat een lager gebruik door deze groep zien: 23%.

In één van de studies is ook gekeken naar het aantal consulten per 1000 ingeschreven patiënten en naar de frequentie van het aantal consulten ten opzichte van autochtonen (tabel 14). Hieruit kwam naar voren dat ook bij alle onderzochte allochtonen (Turken, Marokkanen en Surinamers) het aantal consulten hoger was. Uit hetzelfde onderzoek bleek ook dat Surinamers meer eerste contacten (dat wil zeggen een contact voor een nieuwe aandoening of klacht) hebben en Turken vaker met dezelfde klachten terug te komen.³⁷

Tabel 14. Aantal consulten per 1000 ingeschreven patiënten en frequentie van het aantal consulten ten opzichte van autochtonen (uitgedrukt in Odds Ratio's met 95% betrouwbaarheidsinterval)

	consulten per 1000 patiënten	OR's (95% BI)
Turken	1129	1,59 (1,30-1,93)
Marokkanen	977	1,26 (1,01-1,58)
Surinamers	1161	1,86 (1,55-2,23)
autochtone Nederlanders	817	1

Het percentage personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst, dat het afgelopen jaar naar de huisarts is gegaan, is hoger dan het percentage autochtone Nederlanders (zie bijlage 1). In sommige onderzoeken blijkt er geen verschil meer te bestaan na correctie voor opleiding, in andere onderzoeken blijft het verschil ook dan bestaan.⁷

5.1.2 Specialistcontact en ziekenhuisopnamen

Een tweede maat van zorggebruik is het specialistencontact. In acht studies^{6,10-12,14,18,46,47} is nagegaan hoeveel procent van de allochtonen het afgelopen jaar contact heeft gehad met een medisch specialist, waarbij met name Turken en Marokkanen bestudeerd zijn. Eén studie kijkt naar specialistencontact gedurende twee maanden en heeft ook Surinamers en Antillianen in de onderzoekspopulatie opgenomen. Bij deze studies betreft het specialisten in het algemeen zonder dat onderscheid gemaakt wordt naar soort specialisme (internist, cardioloog etc.). Daarnaast is gekeken naar het percentage ziekenhuisopnamen onder allochtonen gedurende twaalf maanden, zonder onderscheid te maken naar ziektebeeld. Hiervoor konden zeven onderzoeken^{6,10,12,14,18,20,49} bestudeerd worden. Ook hierbij is het meeste onderzoek onder Turken en Marokkanen verricht. Als een vergelijking met autochtonen is gemaakt, is voor leeftijd gecorrigeerd.

Tabel 15. Het percentage allochtonen en autochtonen dat in een jaar de specialist heeft bezocht of in het ziekenhuis is opgenomen.

	specialistencontact			ziekenhuisopnamen		
	mannen	vrouwen	mannen en vrouwen	mannen	vrouwen	mannen en vrouwen
Turken	33%	39%	20-46%	6%	6%	10-13%
Marokkanen	25-29%	31-34%	21-29%	8%	9%	6-10%
Surinamers	-	-	18%	-	25%	11%
Antillianen	-	-	22%	-	-	23%
Surinamers en Antillianen	-	-	-	-	-	9%
autochtone Nederlanders	33%	37%	19-41%	6%	6%	5-19%

Turken en Nederlanders hebben ongeveer evenveel contact met de specialist: circa 20-40%. Uit het onderzoek van het CBS⁶ bleek wel een leeftijdsverschil: Turken tot 24 jaar kwamen minder vaak bij de specialist (30-32%) Turken boven de 25 jaar kwamen vaker (41-48%) dan autochtone Nederlanders (resp. 32-35% en 34-38%) (zie bijlage 1). Wanneer rekening wordt gehouden met de slechtere gezondheidstoestand van Turken was het specialistencontact aan de lage kant. Van de Marokkanen bezoekt circa 22-34% jaarlijks de specialist.

Uit het onderzoek dat ook Surinamers en Antillianen meeneemt, blijkt dat weinig verschil bestaat in het percentage specialistencontact gedurende twee maanden ten opzichte van autochtonen.

In het percentage personen dat in een jaar in het ziekenhuis wordt opgenomen lijkt weinig verschil te zijn tussen allochtonen en autochtonen: tussen de 4% en 12%. In één onderzoek⁴⁹ wordt een opvallend hoog percentage Surinamers (25%) gevonden dat in het ziekenhuis is opgenomen. Hoewel dit een onderzoek betreft dat uitgevoerd is onder ouderen (55 jaar en ouder), wordt in andere onderzoeken ook in die leeftijdscategorie een veel lager percentage gevonden (zie bijlage 2).

5.2 Conclusie algemeen zorggebruik

Recente informatie over het algemeen zorggebruik (zonder onderscheid te maken naar ziektebeeld) onder allochtonen is nauwelijks voor handen. Het onderzoek dat wel is uitgevoerd berust op zelfrapportage. Zelfrapportage is een redelijk bruikbare methode om een valide schatting te krijgen van etnische verschillen in zorggebruik, hoewel het gebruik meestal overschat wordt op basis van deze methode.⁵⁰ Met name gegevens over Surinamers en Antillianen ontbreken.

Uit de bestudeerde onderzoeken kan geconcludeerd worden dat Turken, Marokkanen en Surinamers meer en frequenter gebruik maken van huisartsenzorg dan autochtone Nederlanders. Daarnaast komt uit de onderzoeken naar voren dat niet-westerse allochtonen en Nederlanders ongeveer evenveel contact met de specialist hebben en in een jaar tijd ongeveer even vaak in het ziekenhuis worden opgenomen. Wel bleek uit een onderzoek dat bij Turken in specialistenbezoek een verschil bestaat wanneer naar verschillende leeftijdsgroepen wordt

gekeken: Turken tot 24 jaar een lager percentage en boven de 25 jaar een hoger percentage. Ander onderzoek laat een hoog percentage ziekenhuisopnamen zien onder Surinamers.

5.3 Zorggebruik en ziekte in relatie tot hart- en vaatziekten

Om zorggebruik en ziekten in relatie tot hart en vaatziekten is bij niet-westerse allochtonen na te gaan, zijn in totaal zes studies gevonden en bestudeerd. Hierbij is naar de volgende aspecten gekeken: contact met specialist of opname in ziekenhuis met als reden hart- en vaatziekten, klachten hart- en vaatziekten, aanwezigheid/diagnosen hart- en vaatziekten, en medicijngebruik in verband met hartklachten. In de onderzoeken zijn soms ook klachten en diagnosen bestudeerd die betrekking hebben op risicofactoren voor hart- en vaatziekten, met name hypertensie en diabetes mellitus. Deze zijn in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten omdat ze in hoofdstuk 4 beschreven zijn. De resultaten van de studie van het NIVEL⁷ zijn gebaseerd op gegevens uit de huisartsenpraktijk; de andere studies op basis van gegevens die door de onderzoekspopulatie zelfgerapporteerd zijn (bijvoorbeeld in enquêtes).

Als onderzoeken niet corrigeren voor leeftijd moet men bedacht zijn op het feit dat de niet-westerse allochtonen een relatief jonge bevolkingsgroep is en dat hart- en vaatziekten meestal op oudere leeftijd ontstaan.

5.3.1 Contact met medisch specialist of ziekenhuisopnamen in verband met hart- en vaatziekten

Voor wat betreft zorggebruik is alleen informatie over Turken beschikbaar. Het CBS heeft hartklachten bij Turken bestudeerd in relatie tot zorggebruik.⁶ Hierbij hebben zij gekeken of hartklachten reden waren tot specialistencontact of tot ziekenhuisopname. Van alle contacten met medisch specialisten bleek dat hartklachten bij Turkse mannen in 4,5% van de gevallen de reden was voor het contact. Dit was bij autochtone mannen in 1,9%. Bij Turkse vrouwen was 1,4% van alle contacten klachten de reden voor contact met de specialist (autochtone vrouwen: 0,8%).

Ook ziekenhuisopnamen in verband met hartklachten kwamen bij Turkse mannen vaker voor dan bij autochtone mannen (7,4vs 4,8%) Bij Turkse vrouwen was bij niemand hartklachten de reden tot opname (bij 2,8% van de autochtone vrouwen).

Tabel 16. Het percentage specialistencontact of ziekenhuisopnamen in verband met hartklachten (percentage van alle contacten of ziekenhuisopnamen) door Turken en autochtonen.

	specialistencontact		ziekenhuisopnamen	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Turken	4,5%	1,4%	7,4%	0,0%
autochtone Nederlanders	1,9%	0,8%	4,8%	2,8%

5.3.2 Klachten hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk

Het NIVEL heeft onderzocht in hoeverre klachten met betrekking tot hart- en vaatziekten vaker voorkomen bij allochtonen ten opzichte van autochtonen (uitgedrukt in Odds Ratio's). Bij Surinamers kwamen klachten met betrekking tot hart- en vaatziekten ruim drie keer zo vaak voor.

Tabel 17. Het voorkomen van klachten met betrekking tot hart- en vaatziekten bij allochtonen ten opzichte van autochtonen, weergegeven in Odds Ratio's en 95% betrouwbaarheidsinterval.

	OR (95% BI)
Turken	2,47 (0,86-7,15)
Marokkanen	0,69 (0,13-3,59)
Surinamers	3,35 (1,34-8,39)
Antillianen	-
autochtone Nederlanders	1

5.3.3 Aanwezigheid van hart- en vaatziekten

Er zijn drie studies^{7,19,20} die de aanwezigheid van hart- en vaatziekten weergeven. Deze zijn echter zo verschillend voor wat betreft methode en /of uitkomstmaat dat ze moeilijk met elkaar vergeleken kunnen worden.

Het NIVEL vergelijkt diagnoses hart- en vaatziekten uit de huisartspraktijk bij allochtonen met autochtonen. Uit deze studie blijkt dat bij Marokkanen minder vaak de diagnose hart- en vaatziekten wordt gesteld. Bij andere allochtonen werd t.o.v. autochtonen geen verschil gezien.

De GGD van Amsterdam heeft de aanwezigheid van hart- of vaatziekten nagevraagd. Hieruit blijkt dat met name Turken in Amsterdam vaker en Marokkanen minder vaak hart- en vaatziekten hebben dan autochtone Nederlanders.

De gemeente Den Haag heeft specifiek gevraagd naar hartkwalen en naar beroertes. Hoewel de percentages overall laag zijn, lijken ook hier zowel hartkwalen als beroertes minder bij Marokkanen voor te komen. Bij Turken en Surinamers werd geen verschil gezien ten opzichte van autochtonen.

De resultaten van de studie van het NIVEL zijn gebaseerd op diagnoses in de huisartspraktijk; de resultaten van de studie van de GG&GD van Amsterdam en van de Gemeente Den Haag op basis van resultaten van enquêtes (zelfgerapporteerde gegevens).

Tabel 18. Aanwezigheid van hart- en vaatziekten bij allochtonen en autochtonen.

	OR's (95% BI) ¹	% hart- of vaatziekten ²	% hartkwaal ³	% beroerte ³
Turken	0,85 (0,55-1,32)	28%	2%	1%
Marokkanen	0,46 (0,25-0,82)	17%	1%	0%
Surinamers	1,39 (0,97-2,00)	-	3%	1%
Surinamers /Antillianen	-	24%	-	-
autochtone Nederlanders	1	21%	3%	1%

¹NIVEL, ²GG&GD Amsterdam, ³gemeente Den Haag

5.3.4 Medicijngebruik in verband met hart en vaatziekten (of hypertensie)

In drie onderzoeken^{6,10,11} is nagevraagd in hoeverre allochtonen medicijnen slikken voor hart- of vaatziekten (meestal inclusief hypertensie). Bij deze studies waren alleen Turken of Marokkanen betrokken. Turken bleken minder vaak medicijnen voor hart- en vaatziekten (waaronder hypertensie) te slikken dan autochtone Nederlanders. Het medicijngebruik van Marokkanen voor deze aandoeningen bleek niet af te wijken van autochtonen. De resultaten zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 19. Het percentage Turken en Marokkanen dat medicijnen gebruikt voor hart- of vaataandoeningen. Ter vergelijking zijn ook de percentages voor autochtonen weergegeven.

	mannen	vrouwen
Turken	9%	7%
Marokkanen	14%	8%
autochtone Nederlanders	14%	8%

5.4 Conclusie zorggebruik en ziekte in relatie tot hart- en vaatziekten

Bij Turken lijken hartklachten vaker de reden te zijn om de specialist te raadplegen dan dat dat bij autochtonen de reden is. Ook worden Turkse mannen vaker opgenomen in het ziekenhuis met hartklachten.

Daarnaast suggereren de resultaten dat Turken wat vaker klachten aan hun hart- en vaatstelsel te hebben dan autochtone Nederlanders; dit is echter niet significant. Het lijkt daarentegen wel of er minder hart- en vaatziekten voorkomen bij Turken. Ook het medicijngebruik in verband met hart- en vaatziekten is voor Turken lager.

Marokkanen lijken mogelijk minder klachten over hun hart- en vaatstelsel te hebben (niet significant). Door de huisarts wordt bij hen echter ook minder vaak een diagnose op dit gebied gesteld.

Bij Surinamers in Nederland lijkt verschil te bestaan in klachten en diagnoses op het gebied van hart- en vaatziekten: zij hebben vaker klachten, er wordt vaker de diagnose 'hart- en vaatziekten' gesteld (waaronder ook hypertensie). Wanneer gekeken wordt naar zelfgerapporteerd voorkomen van hart- en vaatziekten lijkt er weinig verschil te bestaan met autochtonen.

Over Antillianen zijn geen gegevens bekend over het zorggebruik in relatie tot hart- en vaatziekten.

6. Sterfte aan hart - en vaatziekten

6.1. Inleiding

Sterfte aan hart- en vaatziekten kan een belangrijke aspect zijn om te signaleren of, en zo ja, bij welke groep allochtonen de meeste problemen omtrent deze aandoening zijn. Belangrijke beperking is dat sterfte aan hart- en vaatziekten meestal op latere leeftijd optreedt en er nog niet zo veel oudere allochtonen zijn. Gezien de verwachte toename van allochtonen van 65 jaar en ouder (zie ook hoofdstuk 3) dient men in ieder geval rekening te houden met een toekomstig probleem.

6.2 Sterfte aan hart- en vaatziekten

Het CBS heeft in 1991 resultaten gepubliceerd over sterfte onder Turken en Marokkanen.⁵¹ Hierbij is ook naar doodsoorzaak gekeken. Deze studie betrof de sterfte in de periode 1979-1988. Hieronder zullen enkele resultaten uit deze studie worden beschreven.

Om een indruk te krijgen van het aantal sterfgevallen aan ziekten van de bloedsomloop is in onderstaande tabel het aantal sterftes per 100.000 weergegeven voor mannen en vrouwen van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse afkomst.

Tabel 20. Bruto sterftecijfers per 100.000 voor ziekte van de bloedsomlooporganen. 1979-1988

	mannen	vrouwen
Turken	32	13
Marokkanen	13	8
Autochtone Nederlanders	399	350

Sterfte aan ziekten van de bloedsomloop komt bij ouderen in veel hogere frequentie voor dan bij jongeren. De Turken en Marokkanen in Nederland vormen een gemiddeld jonge leeftijdsgroep (zeker in de bestudeerde periode). Door het verschil in leeftijdsopbouw is het vergelijken van het brutosterftecijfer met autochtonen Nederlanders moeilijk.

Om voor dit verschil in leeftijdsopbouw te corrigeren zijn gestandaardiseerde cijfers berekend: gestandaardiseerde sterfte-indices. Dit is de verhouding van sterftecijfer voor buitenlandse ingezetenen ten opzichte van Nederlanders uitgaande van de leeftijdsopbouw van de allochtonen. Bij deze indices is dus rekening gehouden met de relatief jonge leeftijd van allochtonen.

Zowel bij Turken als Marokkanen bleek bij doodsoorzaken een groot aantal te vallen in de categorie 'onvolledig omschreven ziektebeeld'. Een groot deel hiervan (80-90%) bleek in het buitenland overleden te zijn. Als de overledenen uit de categorie 'onvolledig omschreven ziektebeeld' verdeeld worden over de andere categorieën, veranderen de indices. Hierbij is aangenomen dat de verdeling van de doodsoorzaken van de in het buitenland overledenen identiek is aan het doodsoorzakenpatroon van de in Nederland overleden Turkse en Marokkaanse ingezetenen.

Tabel 21. Sterfte aan ziekte van de bloedsomlooporganen **voor** verdeling categorie 'onvolledig ziektebeeld' en ziekte van de bloedsomlooporganen **na** verdeling categorie 'onvolledig ziektebeeld'.

	mannen		vrouwen		mannen		vrouwen	
	voor verdeling categorie 'onvolledig ziektebeeld'				na verdeling categorie 'onvolledig ziektebeeld'			
	sterfte-index	(aantal overleden aan ziekte bloedsomloop / totaal aantal overledenen)	index	(aantal overleden aan ziekte bloedsomloop / totaal aantal overledenen)	index		index	
Turken								
15-24 jr	1	(9/191)	1	(5/75)	2,0		2,6	
25-34 jr	1	(16/148)	1	(5/60)	2,3		1	
35-44 jr	1	(56/281)	1	(12/98)	1,2		1,5	
45-54 jr	0,6	(112/374)	0,6	(14/77)	0,9		1	
55-64 jr	0,6	(44/127)	1	(12/41)	1		1	
Marokkanen								
15-24 jr	1	(4/95)	1	(4/38)	1		5,3	
25-34 jr	0,3	(2/89)	1	(7/39)	1		2,4	
35-44 jr	0,4	(23/145)	1	(2/37)	0,7		1	
45-54 jr	0,2	(32/166)	0,1	(2/47)	0,3		0,3	
55-64 jr	0,1	(10/65)	1	(2/15)	0,2		1	

Hoewel ook aparte cijfers beschikbaar zijn voor ischemische hartziekten en CVA's is vanwege de kleine aantallen gekozen voor de algemenere categorie 'ziekten van de bloedsomlooporganen'. Met name voor lagere leeftijdscategorieën en vrouwen zijn de aantallen erg klein.

Turken

Wanneer gekeken wordt naar de indices na verdeling categorie 'onvolledig ziektebeeld' lijkt name op jongere leeftijd de sterfte aan hart- en vaatziekten bij Turkse mannen verhoogd te zijn, maar het gaat hier om kleine aantallen. Op oudere leeftijd (> 35 jaar) en bij vrouwen lijkt er geen verschil te zijn ten opzichte van autochtonen.

Marokkanen

Bij Marokkaanse mannen is de sterfte aan hart- en vaatziekten lager dan bij de autochtonen bevolking. Bij Marokkaanse vrouwen zijn de aantallen te klein om conclusies te trekken.

Surinamers en Antillianen

Van Surinamers en Antillianen zijn geen cijfers over sterfte aan hart- en vaatziekten bekend. Wel is door de GGD Den Haag onderzoek uitgevoerd naar de sterfte aan diabetes mellitus bij Hindoestanen. In de periode 1990-93 bleek dat de diabetessterfte onder Hagenaars in alle onderzochte leeftijdsgroepen beneden de 65 jaar zowel bij mannen als bij vrouwen ongeveer anderhalf tot twee maal zo hoog is als in Nederland. Ook is deze sterfte hoger in vergelijking met Amsterdam en Rotterdam. In Den Haag zelf wordt gezien dat er een verhoogde diabetessterfte is in wijken waren veel etnische minderheden wonen, waaronder Hindoestanen.⁴⁰

Sterfte in eigen land.

Sterfte in eigen land is moeilijk te vergelijken met de sterfte van allochtonen in Nederland omdat er zoveel factoren die zijn die ook een rol kunnen spelen. De registratie van doodsoorzaakspecifieke sterfte kan erg verschillen (of ontbreken). Over sterfte aan hart- en vaatziekte in Turkije is een onderzoek gepubliceerd.⁵² Hieruit lijkt naar voren te komen dat de sterfte aan hart- en vaatziekten in Turkije erg hoog is (760/100.000 mannen en 600 per 100.000 vrouwen, resp. 2 en 5 keer zoveel als in Duitsland). De validiteit van deze getallen is echter discutabel: in de leeftijdsgroep 45-64 jaar 40% van de aan hart - en vaatziekten overleden personen in de categorie 'overige hartziekten', terwijl slechts 2.5% in de categorie ischemische hartziekten, uitkomsten gebaseerd op totaal van 290 overleden, waarschijnlijk sprake van overdiagnose doordat door uitvoeren van de studie extra aandacht was gevestigd op ischemische hartziekten en andere redenen.⁵³

Ook in Marokko blijkt hart- en vaatziekten doodsoorzaak nummer 1 te zijn.⁵⁴ In Suriname zijn hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak bij personen boven de 40 jaar.⁵⁵

6.3 Conclusie sterfte aan hart- en vaatziekten.

Over sterfte aan hart - en vaatziekten bij allochtonen is slechts één onderzoek bekend. Dit onderzoek is relatief oud en de aantallen zijn klein. Belangrijke beperking is dat sterfte aan hart- en vaatziekten meestal op latere leeftijd optreedt en er zijn nog niet zo veel oudere allochtonen.

In 2002 zal onderzoek, uitgevoerd door de Erasmus Universiteit, naar doodsoorzaak-specifieke sterfte (o.a .hart- en vaatziekten) onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen gepubliceerd worden.

7. Conclusies en aanbevelingen

Binnen het beleid op het gebied van preventie van hart- en vaatziekten zijn niet-westerse allochtonen een doelgroep waarop de NHS zich wil gaan richten. Om dit beleid zo doelmatig mogelijk uit te voeren is in kaart gebracht wat de belangrijkste leefstijl- en risicofactoren van hart- en vaatziekten zijn bij allochtonen, hoe het zorggebruik is onder allochtonen, hoe vaak hart- en vaatziekten voorkomen en hoe hoog de sterfte aan hart- en vaatziekten is.

Leefstijl- en risicofactoren

Binnen de leefstijl- en risicofactoren van hart- en vaatziekten lijken sommige factoren gunstig af te steken ten opzichte van de autochtone bevolking: *voedinggewoonten* en het voorkomen van *hypercholesterolemie*. Met name Turken en Marokkanen lijken meer fruit te eten en minder verzadigde vetten dan autochtone Nederlanders. Hindoestaanse Surinaamse mannen eten meer groenten en zowel Hindoestaanse als Creoolse Surinaamse mannen consumeren minder verzadigde vetten. Het is van belang dat men de traditionele voedings-gewoonten stimuleert en probeert te voorkomen dat men niet de (ongezondere) gewoonten van de autochtone bevolking over gaat nemen.

Hoewel er weinig bekend is over het voorkomen van hypercholesterolemie bij allochtonen wordt een verlaagde prevalentie van hypercholesterolemie gezien ten opzichte van autochtone Nederlanders.

Rookgedrag bij allochtonen is sterk afhankelijk van etnische groep en geslacht: Turkse mannen roken beduidend meer dan andere groepen: tot 70% van de Turkse mannen van middelbare leeftijd. Marokkaanse vrouwen roken niet en Turkse vrouwen roken minder dan autochtone vrouwen. Binnen interventiestrategieën is het van belang dat men dus richt op hele specifieke groepen. Daarnaast is het een belangrijk aandachtspunt dat men probeert te voorkomen dat allochtone vrouwen (meer) gaan roken.

Een aantal leefstijl- en risicofactoren van hart- en vaatziekten komt meer voor bij zowel allochtone mannen als vrouwen, vooral van middelbare en oudere leeftijd, dan bij de autochtone bevolking: *lichamelijke inactiviteit*, *overgewicht*, *hypertensie* en *diabetes mellitus*. Bij lichamelijke activiteit is in de uitgevoerde onderzoeken voornamelijk naar sportgedrag gekeken. Allochtonen sporten over het algemeen minder dan autochtonen. Hoewel de tweede generatie meer sport dan de eerste generatie, vormt inactiviteit toch een belangrijk aandachtspunt. Eén onderzoek bestudeert hoeveel procent de norm van voldoende beweging haalt (minstens 5 dagen 30 minuten of meer per dag). Hieruit blijkt dat ongeveer een 20-30% van de allochtonen hieraan voldoet. Dit is vergelijkbaar met autochtonen. Om meer inzicht te krijgen in totale (in)activiteit zou naast sporten meer naar andere vormen van lichamelijke activiteit gekeken moeten worden.

Voor wat betreft overgewicht verdienen met name de wat oudere Turkse mannen en de oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen (> 35 jaar) extra aandacht: 80% tot 90% hiervan heeft overgewicht ($QI \geq 25$). Ook Surinaamse en Antilliaanse vrouwen hebben meer overgewicht. Bij het in kaart brengen van overgewicht is geconstateerd dat in de uitgevoerde studies vaker het probleem speelde dat gewicht en lengte zelfgerapporteerd waren en daardoor de betrouwbaarheid niet altijd even hoog was. In toekomstig onderzoek zou het wenselijk zijn deze factoren te meten.

Oudere Turkse en Marokkaanse mannen hebben vaker hypertensie dan autochtonen. Bij de Surinamers en Antillianen hebben vooral de vrouwen vaker een verhoogde bloeddruk. Bij alle oudere allochtonen komt diabetes mellitus vaker voor dan bij autochtonen. Bij Hindoestaanse Surinamers komt ook op jongere leeftijd al meer diabetes voor.

Binnen het preventiebeleid is het dus belangrijk aan bovenstaande risicofactoren aandacht te besteden, met name bij de genoemde groepen. Het is overigens wel belangrijk te beseffen dat het meeste onderzoek is uitgevoerd bij Turken en Marokkanen. Om meer inzicht te krijgen in leefstijl- en risicofactoren van Surinamers en Antillianen is meer en recentere onderzoek nodig

Zorggebruik en ziekte

Algemeen

Turken, Marokkanen en Surinamers maken meer en frequenter gebruik van huisartsenzorg dan autochtone Nederlanders. Een lagere SES van allochtone groepen zou mogelijk (het grootste deel van) het frequentere gebruik van de huisartsenzorg kunnen verklaren.⁴⁶ Niet-westerse allochtonen en Nederlanders hebben ongeveer evenveel contact met de specialist. Wanneer rekening wordt gehouden met de slechtere gezondheidstoestand van Turken was het specialistencontact aan de lage kant.^{6,46}

Ook in het percentage personen dat in een jaar in het ziekenhuis wordt opgenomen lijkt weinig verschil te zijn tussen allochtonen en autochtonen.

Zorggebruik en ziekte gerelateerd aan hart- en vaatziekten

Turken presenteerden vaker hartklachten bij de huisarts dan autochtone Nederlanders. Ook raadplegen zij vaker de specialist in verband met hartklachten en worden Turkse mannen vaker opgenomen in het ziekenhuis met hartklachten. Het lijkt daarentegen wel of er minder hart- en vaatziekten voorkomen bij Turken. Ook het medicijngebruik in verband met hart- en vaatziekten is voor Turken lager.

Marokkanen hebben minder klachten over hun hart- en vaatstelsel en bij hen wordt door de huisarts ook minder vaak een diagnose op dit gebied gesteld.

Bij Surinamers in Nederland lijkt verschil te bestaan in klachten en diagnoses op het gebied van hart- en vaatziekten: zij hebben vaker klachten, er wordt vaker de diagnose 'hart- en vaatziekten' gesteld (waaronder ook hypertensie). Wanneer gekeken wordt naar zelfgerapporteerd voorkomen van hart- en vaatziekten lijkt er weinig verschil te bestaan tussen allochtonen en autochtonen. Over Antillianen zijn geen gegevens bekend over het zorggebruik in relatie tot hart- en vaatziekten.

Oorzaken van verschillen in zorggebruik kunnen met veel aspecten samenhangen zoals gezondheid, gezondheidsbeleving, kennis en opvattingen over ziekte, opvattingen over zelfzorg en mantelzorg, ziektegedrag, kennis van zorgvoorzieningen, toegankelijkheid. Bij verdere beleidsontwikkeling is het ook van belang te kijken naar deze oorzaken. De stand van zaken op dit gebied is beschreven in het onderzoeksprogramma van ZON 'Cultuur en Gezondheid'.⁴⁴ Daarin wordt geconcludeerd dat er weinig onderzoek is gedaan naar factoren die van invloed zijn op zorggebruik. Ook op het gebied van onderzoek naar toegankelijkheid van zorg bleek nauwelijks informatie beschikbaar te zijn, maar uit die informatie kwam wel steeds naar voren dat taalproblemen en culturele verschillen een rol spelen.

Leeftijd⁴⁸ heeft onderzoek naar huisartsengebruik van Turken gedaan. Hieruit bleek dat Turken hun gezondheid slechter beoordelen bij gelijke klachten, dat zij verschillen in hun ziekteopvatting en sneller naar de huisarts gaan.

Sterfte

Over sterfte aan hart- en vaatziekten bij allochtonen is één onderzoek bekend. Dit onderzoek is relatief oud en de aantallen zijn klein. Belangrijke beperking is dat sterfte aan hart- en vaatziekten meestal op latere leeftijd optreedt en er zijn nog niet zo veel oudere allochtonen.

Kwaliteit van de bestudeerde onderzoeken

Bij verdere interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met de kwaliteit en representativiteit van de bestudeerde studies. Bij deze studies zijn de volgende kanttekeningen te maken:

- De resultaten zijn meestal gebaseerd op zelfrapportages. In hoeverre dit de betrouwbaarheid negatief heeft beïnvloed, is afhankelijk van de risicofactor. Als de factoren wel gemeten zijn, is het aantal personen in de studie vaak erg klein;
- Met name wanneer resultaten uitgesplitst zijn naar leeftijdsgroep, kan het aantal personen per groep klein zijn. Dit geldt vooral bij Turken en Marokkanen boven de 40 jaar. Ook dit kan de betrouwbaarheid negatief beïnvloeden;
- Sommige studies zijn relatief oud: het jaar waarin een onderzoek is uitgevoerd varieert van 1984 tot 2000;
- Hoewel er verschil kan zijn in voorkomen van leefstijl- en risicofactoren tussen eerste en tweede generatie, is hier in de onderzoeken niet altijd rekening meegehouden;
- De meeste studies zijn uitgevoerd in een grote stad. Dit is in principe geen probleem omdat de meeste allochtonen in een grote stad wonen. Wel moet men er rekening mee houden dat vergelijkbare gegevens over autochtonen ook uit de stad afkomstig zijn waar het onderzoek is uitgevoerd (en dus niet landelijk representatief zijn);
- Het onderzoek dat uitgevoerd is beperkt zich vaak tot Turken en /of Marokkanen. Er is erg weinig onderzoek onder Surinamers en Antillianen. In onderzoeken die deze groepen wel bestuderen, zijn ze vaak samengevoegd tot één etnische groep.

Het is per studie verschillend welke van bovenstaande kanttekeningen geplaatst dienen te worden. Dit heeft tot gevolg dat de kwaliteit van de studies nogal kan verschillen. In de resultaten is hiermee geen rekening gehouden: alle onderzoeken kregen in de overzichten een gelijk 'gewicht'.

Aanbeveling voor onderzoek

Het is belangrijk dat in de toekomst meer onderzoek gedaan wordt onder allochtonen. Hiermee zouden de nu bestaande hiaten die op dit gebied bestaan opgevuld kunnen worden. Naast het proberen om bovenstaande problemen zo veel mogelijk weg te nemen, is het bijvoorbeeld van belang dat meer aandacht wordt besteed aan de verklarende mechanismen. Bij de verdeling van de leefstijl- en risicofactoren over allochtone groepen zal ook gekeken moeten worden naar bijvoorbeeld culturele, sociaal-economische, maatschappelijke context of genetische aspecten.³

Literatuur

1. Reitsma JB, Bonsel GJ. Hart en vaatziekten in Nederland 2001. Cijfers over ziekte en sterfte. Nederlandse Hartstichting. Den Haag 2001.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voorburg/ Heerlen 2000.
3. Stronks K, Uniken Venema P, Dahhan N, Gunning-Schepers J. Allochtoon dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 1999; 77:33-40.
4. Dijkshoorn H, Diepenmaat ACM, Buster MCA, Uitenbroek D, Reijneveld SA. Sociaal-economische status als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2000;78:217-221.
5. Van Wersch SFM, Uniken Venema HP, Schulpen TWJ. De gezondheidstoestand van allochtonen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, deel II; Elsevier/ De Tijdstroom, 1997.
6. Centraal Bureau voor de Statistiek en koninklijk instituut voor de tropen. Gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland, 1989/90. Den Haag 1991.
7. Weide MG, Foets M. Migranten in de huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Utrecht 1997.
8. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voorburg/ Heerlen 2001.
9. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voorburg/ Heerlen 1999.
10. Bleeker JK, Reelick NF. De gezondheid van Marokkanen in de Randstad. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o., Sector Gezondheidsbevordering. Rotterdam 1998.
- 10a. Driel van HF, Bleeker K en Reelick NF. 2001. Persoonlijke communicatie.
11. Da Costa R, Goede de J. Gezondheidsaspecten, gezondheidsdeterminanten en zorgconsumptie bij Marokkanen in Gouda. Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Midden-Holland. Gouda 1998.
12. De Gezondheid van Marokkanen in Utrecht. Interne rapportage. GG&GD Utrecht 1999.
13. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). CBS, werken en leren 1998: Feiten en cijfers over de arbeidsmarkt en onderwijs in Nederland. Voorburg/ Heerlen 2001.
14. Reijneveld SA, Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socio-economic factors explain their adverse position? J Epidemiol Commun Health 1998;52:298-304. Aanvullende analyses SA Reijneveld.
15. Swinkels H. Gezondheidsenquêtes: rook- en drinkgedrag van Turkse inwoners in Nederland 1989/1990. Mndber Gezondheid (CBS). 1992/7:5-17.
16. Koycu B, Kara T, Camlidag O, Aydinli R, Verschuren WM, van-Montfrans GA. Risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij Turken in Amsterdam en in Ankara. Ned-Tijdschr-Geneskd. 1997 Mei; 141(18): 882-8.
17. Middelkoop BJC, Bohnen AM, Duisterhout JS, Hoes AW, Pleumeekers HJCM, Prins A. Rotterdam general practitioners report (ROHAPRO): a computerised network of general practices in Rotterdam, The Netherlands. Journal of epidemiology and community health. 1995; 49:231-233.
18. Rozema BJC. Gezondheidsenquête Turkse inwoners van Zaanstad. GGD Zaanstreek. Zaandam 1996.
19. Stadsenquête Den Haag 2001. Den Haag Bestuursdienst. Gemeente Den Haag 2001.
20. Dijkshoorn H, Erkens C, Verhoeff AP (2001). Gezondheidsenquête Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999/2000: opzet, verloop van het veldwerk en eerste resultaten [intern rapport]. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst Amsterdam.

- 20a. Dijkshoorn H. Ongezonde leefgewoonten in Amsterdam. Verschillen tussen Turken, Marokkanen en Nederlanders. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige & Gezondheidsdienst Amsterdam, 2002.
21. Gezondheidsraad: Voedingsnormen: energie, eiwitten, vetten en verteerbare koolhydraten. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatie nr 2001/19.
22. Hulshof PJM, Staveren van WA. Een onderzoek naar de voedselconsumptie van Turkse volwassenen in Nederland. Ned Tijdschr Diëtisten. 1995;50-1:2-6.
23. Brussaard JH. Deel 1. Pilot naar de voedselconsumptie bij volwassen Marokkaanse vrouwen. TNO-rapport V97.453, Zeist, 1997.
24. Erp-Baart van AJM, westenbrink S., Hulshof KFAM, Boekema-Bakker N. Deel 2. Pilot naar de voedselconsumptie bij volwassen Surinaamse mannen. TNO-rapport V97.070, Zeist, 1997.
25. Brussaard JH, Brants HAM, Erp-Baart van AJM, Hulshof KFAM, Kistemaker C. De voeding bij allochtone bevolkingsgroepen. Deel 3. Voedselconsumptie en voedingstoestand bij Marokkaanse, Turkse en Nederlandse 8-jarigen en hun moeders. TNO-rapport V99.855, Zeist, 1999.
26. Wat eet Nederland. Resultaten van de voedselconsumptiepeiling 1987-1988. Rijswijk: Ministerie van VWC, 1988.
27. Zo eet Nederland. Resultaten van de voedselconsumptiepeiling 1992. Den Haag: Voorlichtingsbureau voor de voeding, 1993.
28. Zo eet Nederland. Resultaten van de voedselconsumptiepeiling 1997-1998. Den Haag: Voorlichtingsbureau voor de voeding, 1998.
29. Nederland: goed gevoed?: nota gezondheid en voeding. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998.
30. US Department of Health and human Services (USDHHS), physical activity and health: a report of Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers of Diseases Control and Prevention, National Center for chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
31. Trendrapport Bewegen en Gezondheid 1998/1999. Onder redactie van VH Hildebrandt WTM Ooijendijk M Stiggelbout, Lelystad, 1999.
32. Rijpma SG, Roques C. Diversiteit in vrijetijdsbeweging: rapportage van een onderzoek naar de deelname van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse Rotterdammers van de eerste en tweede generatie aan onder andere cultuur, openlucht recreatie en sport in 1999. Rotterdam Centrum voor Onderzoek en Statistiek, 1999.
33. DSP&O+S (2000) Amsterdamse sport in Cijfers: 1999 Amsterdam DSP Amsterdam.
34. Reijneveld SA, Westhoff MH, Hopman Rock MT. Gezond en vitaal voor Turkse Ouderen: ontwikkeling, evaluatie en implementatie. Leiden, TNO Preventie en gezondheid (concept).
35. Veld in het R, Steenbergen van JE. Kleurrijk Utrecht nader bekeken. Nadere analyse van de gezondheidssituatie van allochtonen in de stad Utrecht, op basis van gezondheidspeiling 1986-87. Utrecht, 1992.
36. Gordon,-D-J; Probstfield,-J-L; Garrison,-R-J; Neaton,-J-D; Castelli,-W-P; Knoke,-J-D; Jacobs,-D-R; Bangdiwala,-S; Tyroler,-H-A. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies. Circulation. 1989 Jan; 79(1): 8-15.
37. Guidelines Sub-Committee. 1993 guidelines for the management of mild hypertension. Memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension meeting. J Hypertens 1993;11:905-18.
38. Guidelines Sub-Committee. 1999 guidelines for the management of mild hypertension. Memorandum from a World Health Organization/International Society of Hypertension meeting. J Hypertens 1999;17:151-83.

39. Wieringen JCM, Leentvaar-Kuijpers A, Brouer HJ, Slegt AC, Kessel van A. Morbiditeitpatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen: een onderzoek in 12 Amsterdamse huisartspraktijken. GG&GD Amsterdam, 1986.
40. Middelkoop BJC, Ramsaransing GN, Sadhoeram SM, Burger I, Struben HWA. Suikerziekte onder Hindostaanse Surinamers. Verontrustende ziekte- en sterfte gegevens. *Epidemiologisch Bulletin* 1996; 31 nr 2: 5-11.
41. Schulpen TJW. Kindergeneeskunde en etnische minderheden, deel I en II. *Nederl. Tijdschr. v Geneesk* 1987; 131 (18): 751-58.
42. Kaplan N.M. Ethnic aspects of hypertension. *Lancet* 1994; 334: 450-2.
43. Stronks K. Migratie, acculturatie en gezondheid: een overzicht van de belangrijkste onderzoeksthema's. Paper onderzoeksprogramma 'Cultuur en Gezondheid'. Den Haag NWO/ZON, 1998.
44. Weide M. Gezondheidszorg in een multiculturele samenleving; een overzicht van onderzoek naar de toegankelijkheid kwaliteit van zorg voor migranten. Paper onderzoeksprogramma 'Cultuur en Gezondheid'. Den Haag NWO/ZON 1998.
45. Kocken RL. Health promotion in migrants and older adults. Proefschrift. Rotterdam 2000.
46. Lamers LM, Reelick NF. De omnibus enquête 1991 onder Marokkanen. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, 1992.
47. Uniken Venema P. De gezondheid en het ziektegedrag van Turkse en Nederlandse Rotterdamers. Rotterdam, GGD Rotterdam, afdeling Epidemiologie, 1987.
48. Leeftang RLI. Zoeken naar gezondheid: hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst. Leiden: Leiden Institute of Development Studies and Consultancy Services, 1994.
49. Blanken P. Surinaamse ouderen in Rotterdam: een verkennend onderzoek naar de gezondheid, naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, en naar de sociale contacten die zij onderhouden. Rotterdam: GGD Rotterdam, afdeling geestelijke gezondheidszorg, 1987.
50. Reijneveld SA. The cross culture validity of self-reported use of health care, A comparison of survey and registration data. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000; 53:267-72.
51. Hoogeboezem J, Israels AZ. Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland 1979-1988. *Maandbericht Gezondheid (CBS)* 1990; 9:5-20.
52. Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis* 2001; 156: 1-10.
53. Razum O. Is mortality from ischemic heart disease in Turkey among the highest in Europe? *Atherosclerosis* 2001;158:499-500.
54. Habbal R. Mondelinge presentatie op ZonMw congres 'Hiking the health care landscape towards networks of Dutch, Moroccan, Turkish and Surinam Health reseachers'. Amsterdam, 2002.
55. Eer van M.Y. Mondelinge presentatie op ZonMw congres 'Hiking the health care landscape towards networks of Dutch, Moroccan, Turkish and Surinam Health reseachers'. Amsterdam, 2002.

Bijlage 1 Overzicht van studies per leefstijl/risicofactor

Roken

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Reijneveld 1998 Amsterdam				
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen	16-64	n=118	n=176	n=185	n=34	n=2448
Mannen	16-64	n=61	n=108	n=69	n=13	n=1202
Vrouwen	16-64	n=47	n=68	n=116	n=21	n=1246
Mannen en vrouwen		49%	14%	30%	32%	45%
Mannen		69%	23%	51%	37%	44%
Vrouwen		28%	1%	17%	28%	47%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		van Driel, Bleeker 2001;1998 Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda				
Mannen en vrouwen		n=1269	n=1269			n=1269
Mannen		n=701	n=701			n=701
Vrouwen		n=568	n=568			n=568
Mannen en vrouwen	12-69	40%	17%			
Mannen	12-69	56%	34%			47%
Vrouwen	12-69	21%	1.5 %			38 %
Mannen	12-19		11%			
	20-29		41%	(39%) [†]		
	30-39		44%			
	40-49		27%			
	50-69		22%			
Vrouwen	12-19		0%			
	20-29		4%	(2%)		
	30-39		0%			
	40-49		1%			
	50-69		0%			
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Vriends 1999 Utrecht (GG&GD)				
Mannen			n=141			n=584
Vrouwen			n=116			n=721
Mannen			n=69			n=289
			n=42			n=207
Vrouwen			n=59			n=416
			n=29			n=198
Mannen	12-69		26%			49%
Vrouwen	12-69		1%			38%
Mannen	19-39		38%			48%
	40-69		24%			49%
Vrouwen	19-39		2%			40%
	40-69		0%			35%

[†] NB: de achter de streep, tussen haakjes vermelde percentages zijn gemiddelde percentages die bij de resultaten in de tekst gebruikt zijn om ze in een bepaalde leeftijdscategorie te kunnen indelen.

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	R. Da Costa sr. 1998 Gouda					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen			n=269			
Mannen			n=149			
Vrouwen			n=120			
Mannen en vrouwen	12-69		19%			
Mannen	12-69		34%			
Vrouwen	12-69		1%			
Mannen	12-19		13%			
	20-29		46%	(48%)		
	30-39		48%			
	40-49		50%			
	50-69		23%			
Vrouwen	12-19		0%			
	20-29		3%	(1%)		
	30-39		0%			
	40-49		0%			
	50-69		0%			
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Swinkels (CBS) 1992 211 gemeenten in Nederland, autochtonen vergelijking Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
Mannen en vrouwen						
Mannen			n=1871			n=4189
Vrouwen			n=1500			n=3363
Mannen en vrouwen						
Mannen			58%			44%
Vrouwen			22%			42%
Mannen	16-24	44%				40%
	25-34	72%	(71%)		46%	(47%)
	35-44	69%			48%	
	45-54	54%	(45%)		44%	(42%)
	55+	35%			40%	
Vrouwen	16-24	21%			43%	
	25-34	33%	(25%)		47%	(45%)
	35-44	16%			42%	
	45-54	13%	(11%)		33%	(28%)
	55+	9%			23%	

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Köycü B 1997 Amsterdam (Ankara)				
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen		n=149				n=881
Mannen		n=99				n=382
Vrouwen		n=50				n=499
Mannen	18-29	n=41				n=92
	30-44	n=39				n=153
	45-64	n=19				n=137
Vrouwen	18-29	n=22				n=129
	30-44	n=16				n=214
	45-64	n=12				n=156
Mannen en vrouwen		52%				49%
Mannen		60%				50%
Vrouwen		34%				48%
Mannen	18-29	49%	(61%)			48%
	30-44	72%				52%
	45-64	63%				48%
Vrouwen	18-29	45%	(38%)			51%
	30-44	31%				51%
	45-64	17%				42%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Middelkoop 1995 Rotterdam (huisartsen)				
Mannen	40-55	n=44 73%	n=40 54%	n=44 30%		n=1961 42%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Rozema 1996 Zaanstad				
Mannen en vrouwen		n=220				n=250
Mannen		n=120				
Vrouwen		n=100				
Mannen	18-69	58%				54%
Mannen	18-34	57%	(48%)			40%
	35-54	38%				41%
	55-59	48%	(52%)			38%
	60-69	55%				32%
Vrouwen	18-34	41%	(41%)			34%
	35-54	41%				35%
	55-59	9%	(5%)			18%
	60-69	0%				22%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Bestuursdienst gemeente Den Haag 2001 Den Haag				
Mannen	16-75	49%	27%	40%		39%
Vrouwen	16-75	30%	3%	22%		31%

auteur en publicatiejaar	Dijkshoorn et al.2001				
onderzoekplaats	Amsterdam (GG&GD)				
<i>Onderzoekspopulatie</i>	<i>Leeftijd</i>	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers/Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen		n=774	n=686	n=128	n=903
	16 +	45%	19%	35%	42%

Voeding

Groenten gemiddeld aantal gram per dag

auteur en publicatiejaar	P Hulshof 1995					
onderzoeksplaats	Turken: Ede en Arnhem / autochtonen: Voedsel Consumptie Peiling 1 (VCP 1)					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen	18-59	n=69				
Mannen	18-59	n=30				
Vrouwen	18-59	n=39				
Mannen		108 g				163 g
Vrouwen		89 g				150 g
auteur en publicatiejaar	Brussaard 1997 (TNO)					
onderzoeksplaats	Amsterdam en Eindhoven					
Vrouwen	20-50		n=36			
Vrouwen			234 g			
auteur en publicatiejaar	Erp – Baart 1998 (TNO)					
Mannen (Creolen)	19-49			n=19		
Mannen (Hindoestanen)	21-43			n=23		
Mannen (Creolen)				124 g		141 g
Mannen (Hindoestanen)				195 g		
auteur en publicatiejaar	Brussaard 1999 (TNO)					
onderzoeksplaats	Twente, Amsterdam en Utrecht; autochtone vrouwen VCP 3					
Vrouwen	24-58	n=180	n=91			n=202
Vrouwen		237 g	160 g			123 g
<i>elke dag groente</i>						
auteur en publicatiejaar	Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam)					
onderzoeksplaats	Amsterdam					
Mannen en vrouwen	16+	n=774 31%	n=686 35%	n=128 64%		n=903 50%

Fruit

gemiddeld aantal gram per dag

auteur en publicatiejaar	P Hulshof 1995					
onderzoeksplaats	Turken: Ede en Arnhem / autochtonen: VCP 1					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen	18-59	n=69				
Mannen	18-59	n=30				
Vrouwen	18-59	n=39				
Mannen		252 g				114 g
Vrouwen		203 g				116 g
auteur en publicatiejaar	Brussaard 1997 (TNO)					
onderzoeksplaats	Amsterdam en Eindhoven					
Vrouwen	20-50		n=36			
Vrouwen			141 g			
auteur en publicatiejaar	Erp – Baart 1998 (TNO)					
onderzoeksplaats	Surinamers? autochtonen mannen VCP 2					
Mannen (Creolen)	19-49			n=19		
Mannen (Hindoestanen)	21-43			n=23		
Mannen (Creolen)				73 g		96 g
Mannen (Hindoestanen)				84 g		
auteur en publicatiejaar	Brussaard 1999 (TNO)					
onderzoeksplaats	Twente Amsterdam en utrecht; autochtonen vrouwen VCP 3					
Vrouwen	24-58	n=180	n=91			n=202
Vrouwen		131 g	86 g			105 g
<i>8 of meer stuks fruit per week</i>						
auteur en publicatiejaar	Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam)					
onderzoeksplaats	Amsterdam					
Mannen en vrouwen	16+	n=774 39%	n=686 13%	n=128 22%		n=903 41%

verzadigde vetten
gemiddeld aantal gram per dag en/of energie procenten

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Köycü B 1997 Amsterdam (Ankara); aan de hand van eenv. vragenlijst maandconsumptie geschat					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen		n=99				n=303
Vrouwen		n=50				n= 329
Mannen		n=41				n=92
		n=39				n=153
Vrouwen		n=19				n=137
		n=22				n=63
		n=16				n=117
		n=12				n=149
Mannen		56 g				49 g
Vrouwen		39 g				37 g
Mannen	18-29	52 g				53 g
	30-44	65 g				49 g
	45-64	47 g				48 g
Vrouwen	18-29	38 g				37 g
	30-44	42 g				38 g
	45-64	36 g				36 g
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Brussaard 1997 (TNO) Amsterdam en Eindhoven					
Vrouwen	20-50		n=36			
Vrouwen			25 g			
			12en%			
auteur en publicatiejaar	Erp – Baart 1998 (TNO)					
Mannen (Creolen)	19-49			n=19		
Mannen (Hindoestanen)	21-43			n=23		
Mannen (Creolen)				28.3 g		
				9.5 en%		
Mannen (Hindoestanen)				27.0 g		
				9.5en%		
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Brussaard 1999 (TNO) Twente Amsterdam en utrecht; autochtonen vrouwen VCP 3					
Vrouwen	24-58	n=180	n=91			n=202
Vrouwen		21 g	19 g			33 g
		12en%	10en%			15en%
		33%	33%			37%
		(totaal vet)	(totaal vet)			(totaal vet)

Lichamelijke (in)activiteit

Een keer per week of vaker sporten:

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Rijpma en Roques 2000 Rotterdam				
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen eerste generatie	16-75	10%	10%	10%		26%
tweede generatie		28%	25%	33%		36%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		DSP 2000 / O&S 2000 Amsterdam				
Mannen en vrouwen	6-80	18%	19%	21%		37%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Rozema 1996 Zaanstad				
Mannen en vrouwen	18-70	n=220 15%				
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		van Driel, Bleeker 2001;1998 Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda				
Mannen en vrouwen			n=760			
Mannen			n=436			
Vrouwen			n=324			
Mannen	12-19		87%	(56%)		
	20-29		52%			
	30-39		24%			
	40-49		16%	(15%)		
	50-69		15%			
Vrouwen	12-19		72%	(43%)		
	20-29		29%			
	30-39		14%			
	40-49		2%	(5%)		
	50-69		10%			
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		<i>voldoende beweging (minimaal 5 dagen tenminste 30 minuten per dag lichamelijk actief) in zomer of winter</i> Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam) Amsterdam				
Mannen en vrouwen	16+	n=774	n=686	n=128		n=903
zomer		24%	22%	31%		29%
winter		26%	19%	22%		23%
zowel in zomer als winter		23%	12%			22%

OvergewichtQI \geq 25

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		P Hulshof 1995 Turken: Ede en Arnhem / autochtonen: VCP 1				
		leeftijd	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen Autochtonen
Mannen en vrouwen			n=69			
Mannen			n=30			
Vrouwen			n=39			
Mannen			70%			
Vrouwen			74%			
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Da Costa sr 1999 Gouda				
Mannen en vrouwen				n=269		
Mannen				n=149		
Vrouwen				n=120		
Mannen				33%		
Vrouwen				43%		
Mannen		12-19		5%	(23%)	
		20-29		27%		
		30-39		37%		
		40-49		50%	(60%)	
		50-69		69%		
Vrouwen		12-19		6%	(35%)	
		20-29		47%		
		30-39		53%		
		40-49		79%	(85%)	
		50-69		91%		
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Rozema 1996 Zaanstad opmerking: de percentages zijn afgelezen uit grafieken en kunnen dus heel licht (1 a 2%) afwijken van de werkelijke waarden				
Mannen en vrouwen			n=220			
Mannen			n=120			
Vrouwen			n=100			
Mannen		18-34		29%		
		35-54		74%	(79%)	
		55-59		88%		
		60-69		74%		
Vrouw		18-34		50%		
		35-54		73%	(81%)	
		55-59		86%		
		60-69		84%		
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam) Amsterdam				
Mannen en vrouwen		16+	n=774	n=686	n=128	n=903
			54%	(36%)*	39%	30%

* 36% van de Marokkanen mist een antwoord op de vraag naar lichaamslengte of gewicht, wat de betrouwbaarheid van de prevalentie van overgewicht in deze groep verminderd.

QI \geq 27

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Reijneveld 1998 Amsterdam				
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen	16-64	n=118	n=176	n=185	n=34	n=2448
Mannen	16-64	n=61	n=108	n=69	n=13	n=1202
Vrouwen	16-64	n=47	n=68	n=116	n=21	n=1246
Mannen en vrouwen OR's		2.45	1.38	1.71	2.78	1
Prevalenties mannen en vrouwen		36%	24%	24%	32%	14%
Mannen		24%	20%	20%	21%	15%
Vrouwen		48%	33%	26%	39%	12%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		CBS 1991 211 gemeenten in Nederland; autochtonen: Doorlopend Leefsituatie Onderzoek				
Mannen en vrouwen		n=3059		n=8759		
Man		n=1821		n=4964		
Vrouw		n=1238		n=3795		
Man	20-55+	30%				17%
Vrouw	20-55+	38%				12%

QI \geq 30

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Rozema 1996 Zaanstad; opmerking: de percentages zijn afgelezen uit grafieken en kunnen dus heel licht (1 a 2%) afwijken van de werkelijke waarden					
		leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen			n=220				
Mannen			n=120				
Vrouwen			n=100				
Mannen		18-34	6%			2%	
		35-54	34%	(25%)		4%	(5%)
		55-59	23%		8%		
		60-69	19%		2%		
Vrouw		18-34	13%			4%	
		35-54	12%	(31%)		10%	(15%)
		55-59	57%		18%		
		60-69	23%		18%		
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		CBS 1991 211 gemeenten in Nederland; autochtonen: Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
Mannen en vrouwen			n=3059			n=8759	
Mannen			n=1821			n=4964	
Vrouwen			n=1238			n=3795	
Mannen		20-55+	9,7%			4,2%	
vrouwen		20-55+	19,6%			4,6%	
Mannen		20-24	2,0%	(4%)		1,0%	(2%)
		25-34	5,9%		3,4%		
		35-44	10,6%	(18%)		5,5%	(7%)
		45-54	18,7%		7,6%		
		55+	25,4%		7,9%		
Vrouwen		20-24	4,2%	(8%)		2,4%	(3%)
		25-34	12,4%		3,8%		
(nb 10-30% bij Turkse vrouwen missing; onbetrouwbaar?)		35-44	38,4%	(34%)		4,7%	(8%)
		45-54	42,5%		8,6%		
		55+	20,4%		11,3%		
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		In het Veld/ van Steenberg 1992 (gezondheidspeiling Utrecht) Utrecht					
Mannen en vrouwen		15-65	n=59	n=75	n=39	n=1234	
Odds Ratio's			2,2	0,4	1,8	1	
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		P Hulshof 1995 Turken: Ede en Arnhem / autochtonen: VCP 1					
Mannen			n=30				
Vrouwen			n=39				
Mannen			27%				
Vrouwen			28%				
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Middelkoop 1995 Rotterdam (huisartsen); waarden uit huisartsensysteem					
Mannen		40-55	n=44 30%	n=40 17%	n=44 5%	n=1961 13%	

gemiddelde QI

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Köycü B 1997 Amsterdam (Ankara);				
	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen		n=41				n=92
		n=39				n=153
Vrouwen		n=19				n=137
		n=22				n=129
		n=16				n=214
		n=12				n=156
Mannen	18-29	24				23
	30-44	27				25
	45-64	30				26
Vrouwen	18-29	25				22
	30-44	31				23
	45-64	32				26
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Brussaard 1997 (TNO) Amsterdam en Eindhoven				
Vrouwen	20-50		n=36 28			
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats tjdstip dataverzameling generatie		Erp – Baart 1998 (TNO) Surinamers? Autochtonen mannen VCP 2 ? ; gemeten gewicht ?Creolen en Hindoestanen				
Mannen (Creolen)	19-49			n=19		
Mannen (Hindoestanen)	21-43			n=23		
Mannen autochtonen	22-59					
Mannen (Creolen)				26		25
Mannen (Hindoestanen)				25		
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Brussaard 1999 (TNO) Twente Amsterdam en Utrecht; autochtonen vrouwen VCP 3				
vrouwen		n=180 29	n=91 31			n=202 26

Hypercholesterolemie ($\geq 6,5$ mmol/l)

% hypercholesterolemie of gemiddeld (totaal) cholesterol

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Middelkoop 1995 Rotterdam (huisartsen)					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen	40-55	n=44	n=40	n=44 7%		n=1961 9%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Brussaard 1999 (TNO) Twente Amsterdam en Utrecht; autochtonen vrouwen VCP 3					
Vrouwen	24-58	n=25 5,0 mmol/l	n=50 5,3 mmol/l			5,5 mmol/l
Vrouwen	24-58	8%	8%			13%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Köycü B 1997 Amsterdam (Ankara);					
Mannen		n=41				n=92
		n=39				n=153
Vrouwen		n=18				n=137
		n=22				n=129
		n=16				n=214
		n=12				n=156
Mannen	18-29	4,2 mmol/l				4,8 mmol/l
	30-44	4,8 mmol/l				5,5 mmol/l
	45-64	6,0 mmol/l				6,1 mmol/l
Vrouwen	18-29	4,4 mmol/l				4,9 mmol/l
	30-44	4,7 mmol/l				5,1 mmol/l
	45-64	4,9 mmol/l				6,0 mmol/l
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	In het Veld/ van Steenberg 1992 (gezondheidspeiling Utrecht) Utrecht					
Mannen en vrouwen OR tov autochtonen	15-65	n=59 0,3	n=75 0,3	n=39 0,6		n=1234 1
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Rozema 1996 Zaanstad					
Mannen en vrouwen		n=220				
Mannen	18-69	n=120				
Vrouwen	18-69	n=100				
Mannen		2,5%				
Vrouw		1,0%				

Hypertensie (≥ 160 mmHg / 95 mmHg)

% hypertensie of gemiddelde bloeddruk

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Middelkoop 1995 Rotterdam (huisartsen)					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>	
Mannen	40-55	n=44 17%		n=44 20%		n=1961 9%	
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Wieringen 1986 12 huisartspraktijken in Amsterdam					
Mannen	24-44	4%	2%	7%		6%	
	45-54	28%	-	24%		16%	
Vrouwen	24-44	10%	-	12%		7%	
	45-54	13%	7%	51%		21%	
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Stadsenquête Den Haag Den Haag					
Mannen en vrouwen	16-74	10%	8%	10%		11%	
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		van Driel, Bleeker 2001;1998 Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda					
Mannen en vrouwen	12-69	n=1269 4%	n=1269 8%			n=1269 5%	
Mannen	12-19		0%				
	20-29		2%		(3%)		
	30-39		9%				
	40-49		21%		(17%)		
	50-69		10%				
Vrouwen	12-19		2%				
	20-29		6%		(5%)		
	30-39		8%				
	40-49		25%		(24%)		
	50-69		24%				
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Vriends 1999 Utrecht (GG&GD)					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>	
Mannen	19-39		n=69			n=288	
	40-69		n=42			n=212	
Vrouwen	19-39		n=57			n=418	
	40-69		n=29			n=210	
Mannen	19-39		3%			4%	
	40-69		29%			12%	
Vrouwen	19-39		9%			3%	
	40-69		31%			18%	
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Da costa sr. 1999 Gouda					
Mannen en vrouwen			n=269				
Mannen			6%				
Vrouwen			7%				

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	CBS 1991 211 gemeenten in Nederland; autochtonen: Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen	Autochtonen
Mannen en vrouwen		n=5306				n=15860
Mannen		n=2865				n=8596
Vrouwen		n=2441				n=7804
Mannen	0-55+	3%				3%
vrouwen	0-55+	3%				3%
Mannen en vrouwen	25-34	2%	(5%)			3%
	35-44	7%				4%
Mannen en vrouwen	45-54	12%	(14%)			11%
	55+	15%				16%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats generatie	Köycü B 1997 Amsterdam (Ankara); onbekend (selectie dmv Turkse naam in telefoonboek)					
Mannen		n=41				n=92
		n=39				n=153
		n=19				n=137
Vrouwen		n=22				n=129
		n=16				n=214
		n=12				n=156
Mannen	18-29	121/77				122/71
	30-44	126/82				122/75
	45-64	143/93				127/80
Vrouwen	18-29	118/77				108/67
	30-44	121/79				110/69
	45-64	139/84				120/75

afgelopen 12 maanden hoge bloeddruk en onderbehandeling arts

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam) Amsterdam				
Mannen en vrouwen	16+	n=774	n=686	n=128	n=903
		10%	6%	14%	11%
auteur en publicatiejaar	(nationale studie NIVEL)				
ongecompl. HY (OR)		0,49	0,35		1
klacht hoge bloeddruk				38%	17%

Diabetes mellitus

auteur en publicatiejaar	Wieringen 1986					
onderzoeksplaats	12 huisartspraktijken in Amsterdam					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen	24-44	1%	-	3%		1%
	45-54	44%	43%	31%		3%
Vrouwen	24-44	12%	-	3%		1%
	45-54	26%	13%	13%		3%
auteur en publicatiejaar	Middelkoop 1996/99					
onderzoeksplaats	Den Haag					
Mannen en vrouwen	31-49			n=301		
	50-59			n=537		
	>=60			n=555		
Mannen	31-49			12%		
	50-59			31%		
	>=60			40%		
Vrouwen	31-49			9%		
	50-59			29%		
	>=60			41%		
Mannen en vrouwen	31-49			10%		1%
	50-59			30%		3%
	>=60			40%		6%
auteur en publicatiejaar	Stadsenquête Den Haag					
onderzoeksplaats	Den Haag					
Mannen en Vrouwen	16-74	4%	7%	7%		3%
auteur en publicatiejaar	van Driel, Bleeker 2001;1998					
onderzoeksplaats	Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda					
Mannen en vrouwen	12-69	n=1269 2%	n=1269 5%			n=1269 0,5%
Mannen	12-19		1%	(2%)		
	20-29		1%			
	30-39		2%			
	40-49		8%			
	50-69		19%			
Vrouwen	12-19		0%	(3%)		
	20-29		1%			
	30-39		2%			
	40-49		12%			
	50-69		26%			
auteur en publicatiejaar	R. Da Costa sr. 1998					
onderzoeksplaats	Gouda					
Mannen en vrouwen			n=269			
Mannen			n=149			
Vrouwen			n=120			
Mannen	12-69		6%			
Vrouwen	12-69		3%			

Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Vriens 1999 Utrecht (GG&GD)				
	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers/Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen	19-39		n=69		n=289
	40-69		n=42		n=207
Vrouwen	19-39		n=59		n=416
	40-69		n=29		n=198
Mannen	19-39		0,0%		0,3%
	40-69		19,0%		4,3%
Vrouwen	19-39		3,4%		0,7%
	40-69		24,1%		4,0%

DM II en onderbehandeling arts

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam) Amsterdam				
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers/Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen	16+	n=774	n=686	n=128	n=903
		3,8%	3,8%	3,5%	2,0%
auteur en publicatiejaar diabetes mellitus OR	(nationale studie NIVEL)				
			3,92	4,66	1

overzicht van de studies op het gebied van zorggebruik

Huisartsen

(laatste 2 maanden)

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Reijneveld 1998 Amsterdam					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen		n=118	n=176	n=185	n=34	n=2448
	16-64	56,1%	54,3%	46,2%	22,5%	38,0%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Bleeker 1998 Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda					
Mannen en vrouwen		n=1269	n=1269			n=1269
	12-69	39%	46%			33%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	R. Da Costa sr. 1998 Gouda					
Mannen en vrouwen			n=269			
Mannen			n=149			
Vrouwen			n=120			
Mannen en vrouwen	12-69		44%			
Mannen	12-69		47%			
Vrouwen	12-69		42%			
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Vriens 1999 Utrecht (GG&GD)					
Mannen	19-39		n=69			n=289
	40-69		n=42			n=207
Vrouwen	19-39		n=59			n=416
	40-69		n=29			n=198
Mannen	12-69		42%			30%
Vrouwen	12-69		47%			48%
Mannen	19-39		27%			26%
	40-69		71%			39%
Vrouwen	19-39		47%			47%
	40-69		76%			51%
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Rozema 1996 Zaanstad					
Mannen en vrouwen			n=220			
Mannen en vrouwen			58%			

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		CBS 1991 211 gemeenten in Nederland, autochtonen vergelijking Doorlopend Leefsituatie Onderzoek				
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen		n=5285				n=15.852
Mannen	0-55+	n=2854				n=8592
Vrouwen	0-55+	n=2431				n=7260
Mannen		35%				25%
Vrouwen		42%				31%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Kocken 1994 Rotterdam				
Mannen	16-34			n=272		n=1039
Vrouwen	35-75			n=199		n=1787
Mannen	16-34			38%		30%
	35-75			70%		44%
Vrouwen	16-34			61%		48%
	35-75			72%		52%
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Lamers (omnibusenquête) 1992 Rotterdam				
Mannen en vrouwen	16-74	n=193 54%				n=288 37%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam) Amsterdam				
Mannen en vrouwen	16+	n=774 48%	n=686 46%	n=128 49%		n=903 42%

(laatste 3 maanden)

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Uniken Venema 1987 Rotterdam				
	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen	16-68	n=248 62%				n=241 47%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats		Leeflang 1994 Rotterdam NB UIT PRAKTIJKEN IN ACHTERSTANDSWIJKEN EN LAGE SES!				
Mannen en vrouwen	25-50	n=196 75%				n=160 36%

(laatste 12 maanden)

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	CBS 1991 211 gemeenten in Nederland, autochtonen vergelijking Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen		n=5285				n=15.852
Mannen en vrouwen	35-44	90%				74%
	45-54	91%				73%
	55+	88%				77%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats tijdstip dataverzameling	Blanken 1987					
Mannen en vrouwen				n=122		
	55+			87%		73%
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats tijdstip dataverzameling generatie	Stadsenquête den Haag Den Haag 1999					
Mannen en vrouwen	16-74	81%	78%	78%		76%

Huisartsconsultbezoeken

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	(nationale studie NIVEL)					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
aantal consulten per 1000 ingeschreven patiënten		1129	977	1161		817
frequentie consulten t.o.v. autocht. (OR)		1,59	1,26	1,86		1

Specialisten

afgelopen 12 maanden

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Reijneveld 1998 Amsterdam					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen		n=118	n=176	n=185	n=34	n=2448
	16-64	26,1%	21,4%	18,1%	21,6%	19,2%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Bleeker 1998 Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda					
Mannen en vrouwen		n=1269	n=1269			
	12-69	38%	29%			
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	R. Da Costa sr. 1998 Gouda					
Mannen en vrouwen			n=269			
Mannen			n=149			
Vrouwen			n=120			
Mannen en vrouwen	12-69		30%			
Mannen	12-69		29%			
Vrouwen	12-69		31%			
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Rozema 1996 Zaanstad					
Mannen en vrouwen			n=220			
Mannen en vrouwen			20%			
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	CBS 1991 211 gemeenten in Nederland, autochtonen vergelijking Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
Mannen en vrouwen			n=5296			n=15858
Mannen			n=2860			n=8595
Vrouwen			n=2436			n=7739
Mannen			33%			33%
Vrouwen			39%			37%
Mannen en vrouwen	35-44		56%			38%
	45-54		62%			39%
	55+		57%			46%
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Lamers (omnibusenquête) 1992 Rotterdam					
Mannen en vrouwen	16-74		n=193			n=288
Mannen en vrouwen			39%			34%
auteur en publicatiejaar	Uniken Venema 1987					
Mannen en vrouwen	16-68		n=248			n=241
			46%			41%

Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Vriens 1999 Utrecht (GG&GD)					
	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen			n=141			
Vrouwen			n=116			
Mannen	12-69		25%			
Vrouwen	12-69		34%			

Ziekenhuis opnamen

afgelopen 12 maanden

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Reijneveld 1998 Amsterdam					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen		n=118	n=176	n=185	n=34	n=2448
	16-64	10,0%	6,2%	11,1%	22,9%	19,2%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Bleeker 1998 Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda					
Mannen en vrouwen		n=1269	n=1269			n=1269
	12-69		7%			5%
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Rozema 1996 Zaanstad					
Mannen en vrouwen		n=220				12,9%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	CBS 1991 211 gemeenten in Nederland, autochtonen vergelijking Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
tijdstip dataverzameling	1989/90					
Mannen		6%				6%
vrouwen		6%				6%
	35-44	6%				6%
	45-54	12%				6%
	55+	9%				11%
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Blanken Rotterdam					
Mannen en vrouwen	55+			n=122		25%
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	CBS 89 (in: rapportage minderheden 1998)					
Mannen en vrouwen	45-54		6%			
	55+		12%			
Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Vriens 1999 Utrecht (GG&GD)					
Mannen			n=141			
Vrouwen			n=116			
Mannen	12-69		8%			
Vrouwen	12-69		9%			
auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam) Amsterdam					
Mannen en vrouwen	16+	n=774	n=686	n=128		n=903
		10%	10%	9%		11%

Klachten hart-vaatstelsel

Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	nationale studie NIVEL NIVEL					
	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Odds Ratio's		2,47	0,69	3,35		1

Aanwezigheid van hart - en vaatziekten

Auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	nationale studie NIVEL NIVEL					
	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
diagnosen hart/vaatstelsel (OR)		0,85	0,46	1,39		1

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	Dijkshoorn et al. 2001 (GG&GD Amsterdam) Amsterdam					
Mannen en vrouwen	16+	n=774 28%	n=686 17%	n=128 24%		n=903 21%

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	stadsenquête Den Haag					
hartkwaal	16-75	2%	1%	3%		3%
beroerte/hersenbloeding		1%	0%	1%		1%

Contact met medisch specialist en ziekenhuisopnamen in verband met hart aandoeningen

auteur en publicatiejaar onderzoeksplaats	CBS 1991 211 gemeenten in Nederland, autochtonen vergelijking Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
tijdstip dataverzameling	1989/90					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
hartklachten redenen specialistencontact (% van alle contacten):						
man		4,5%				1,9%
vrouw		1,4%				0,8%
hartklachten redenen tot ziekenhuisopname (% van alle contacten):						
man		7,4%				4,8%
vrouw		0%				2,8%

Medicijngebruik in verband met hartklachten (of hypertensie)

auteur en publicatiejaar	Bleeker 1998					
onderzoeksplaats	Amsterdam, Rotterdam, Den Haag Utrecht, Gouda					
Onderzoekspopulatie	leeftijd	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
% van personen die medicijnen gebruiken	12-69	10%	9%			15%
auteur en publicatiejaar	R. Da Costa sr. 1998					
onderzoeksplaats	Gouda					
Da Costa. % van personen die medicijnen gebruiken			n=84			
mannen en vrouwen	mannen		n=44			
	vrouwen		n=40			
mannen en vrouwen			11%			
mannen	12-69		14%			
vrouwen	12-69		8%			
auteur en publicatiejaar	CBS 1991					
onderzoeksplaats	211 gemeenten in Nederland, autochtonen vergelijking Doorlopend Leefsituatie Onderzoek					
tijdstip dataverzameling	1989/90					
CBS 89/90, % van personen die medicijnen gebruiken						
mannen en vrouwen		8%				11%
man	0 - 55+	9%				14%
vrouw	0 - 55+	7%				8%
	35+	22%				46%

Bijlage 2 Bestudeerde onderzoeken

auteur en publicatiejaar	Reijneveld 1998				
Onderzoeksinstantie	GG&GD Amsterdam				
Onderzoekspopulatie omvang	<i>Turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>Antillianen</i>	<i>Autochtonen</i>
Mannen en vrouwen	n=118	n=176	n=185	n=34	n=2448
Mannen	n=61	n=108	n=69	n=13	n=1202
Vrouwen	n=47	n=68	n=116	n=21	n=1246
leeftijd	16-64 jaar				
Generatie	eerste				
bron autochtonen	gemeenteregister (idem allochtonen)				
plaats van onderzoek	Amsterdam				
jaar van onderzoek	1997				
wijze van dataverzameling onderzochte risicofactoren / zorggebruik	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd) Roken, QI, huisarts, specialist en ziekenhuisgebruik				
Maat waarin resultaten zijn weergegeven	prevalenties en OR				
Correcties	leeftijd en geslacht (OR apart weergegeven voor geslacht)				

auteur en publicatiejaar	Bleeker, Reelick en van Driel 1998/2001	
Onderzoeksinstantie	GGD Rotterdam	
Onderzoekspopulatie omvang	Marokkanen	Autochtonen
Mannen en vrouwen	n=1269	n=1269
Mannen	n=701	n=701
Vrouwen	n=568	n=568
leeftijd	12-69 jaar	
Generatie	eerste (86%) en tweede (14%)	
bron autochtonen	CBS mondelinge gezondheidsenquête 1993 en 1994 (Turkse gegevens afkomstig uit CBS enquête onder Turken (1991))	
plaats van onderzoek	randstad (Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Den Haag en Gouda)	
jaar van onderzoek	1995/1997	
wijze van dataverzameling onderzocht risicofactoren / zorggebruik	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd) roken, diabetes mellitus, hypertensie, QI (onbetrouwbaar, niet vermeld) en Lich. activiteit, huisartsgebruik, specialistenconsultatie en ziekenhuisopnamen	
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties	
Correcties	Autochtonen en Turkse gegevens gematcht op leeftijd, geslacht en werksituatie	

Opmerking	De overzichten van da Costa en Vriends (zie hieronder) zijn deelpopulaties uit respectievelijk Gouda en Utrecht van het hierboven beschreven onderzoek
-----------	--

auteur en publicatiejaar	Da Costa 1999	
Onderzoeksinstantie	GGD Gouda	
Onderzoekspopulatie	<i>Marokkanen</i>	
omvang	n=269	
Mannen en vrouwen		
Mannen	n=149	
Vrouwen	n=120	
leeftijd	12-69 jaar	
generatie	eerste (84%) en tweede (16%)	
bron autochtonen	geen autochtonen gegevens	
plaats van onderzoek	Gouda	
jaar van onderzoek	1995/97	
wijze van dataverzameling	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd)	
onderzocht risicofactoren /	roken, diabetes mellitus, hypertensie, QI (betrouwbaarheid?) huisartsgebruik,	
zorggebruik	specialistenconsultatie	
maat waarin resultaten	prevalenties	
zijn weergegeven		
correcties		
auteur en publicatiejaar	Vriends 1999	
Onderzoeksinstantie	GGe&GD Utrecht	
Onderzoekspopulatie	Marokkanen autochtonen	
omvang		
Mannen en vrouwen	n=257	n=1305
Mannen	n=141	n=584
Vrouwen	n=116	n=721
leeftijd	12-69 jaar	
generatie	?	
bron autochtonen	continue gezondheidspeiling Utrecht (schriftelijk afgenomen)	
plaats van onderzoek	Utrecht	
jaar van onderzoek	1995/97	
wijze van dataverzameling	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd)	
onderzocht risicofactoren/	roken, diabetes mellitus, hypertensie, huisartsgebruik, specialistenconsultatie en	
zorggebruik	ziekenhuisopnamen	
maat waarin resultaten	prevalenties	
zijn weergegeven		
correcties		

auteur en publicatiejaar	Middelkoop 1995			
Onderzoeksinstantie	GGD Rotterdam			
Onderzoekspopulatie	Turken	Marokkanen	Surinamers	Autochtonen
omvang				
Mannen	n=44	n=40	n=44	n=1961
leeftijd	40-55 jaar			
generatie				
bron autochtonen	uit huisartsensysteem			
plaats van onderzoek	regio Rotterdam			
jaar van onderzoek	1994			
wijze van dataverzameling	uit huisartsen systeem			
onderzocht risicofactoren	hypertensie, QI, roken, hypercholesterolemie			
maat waarin resultaten zijn weergegeven	prevalenties			

auteur en publicatiejaar	Middelkoop 1999			
Onderzoeksinstantie	GGD Den Haag			
Onderzoekspopulatie	<i>Surinamers, hindoestanen</i>			
omvang				
Mannen en vrouwen	n=3193 (respons 1406)			
leeftijd	31- 60+			
generatie	jaar			
bron autochtonen	?			
plaats van onderzoek	analyse van alle sinds 1970 uitgevoerde prevalentiestudies van zelfgerapporteerde diabetes mellitus (Baan et al)			
jaar van onderzoek	Den Haag			
wijze van dataverzameling	1995			
onderzocht risicofactoren	schriftelijke enquêtes			
maat waarin resultaten zijn weergegeven	diabetes mellitus			
correcties	Prevalenties			

auteur en publicatiejaar	Rozema 1996			
Onderzoeksinstantie	GGD Zaanstad			
Onderzoekspopulatie	Turken	Autochtonen		
omvang				
Mannen en vrouwen	n=220	n=250		
Mannen	n=120			
Vrouwen	n=100			
leeftijd	18-69 jaar			
generatie	eerste en tweede			
bron autochtonen	gezondheidsenquête Zaanstreek./ Waterland 1993			
plaats van onderzoek	Zaanstad			
jaar van onderzoek	1995			
wijze van dataverzameling	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd)			
onderzocht risicofactoren / zorggebruik	roken, (ernstig) overgewicht, (sport)gedrag, huisartsgebruik, specialistenconsultatie, ziekenhuisopname			
maat waarin resultaten zijn weergegeven	prevalenties (schatting adhv figuren !)			
correcties				

auteur en publicatiejaar	Dijkshoorn			
Onderzoeksinstantie	GG&GD Amsterdam			
Onderzoekspopulatie	Turken	Marokkanen	Surinamers/Antillianen	Autochtonen
omvang				
Mannen en vrouwen	n=774	n=686	n=128	n=903
leeftijd	16 jaar e.o			
generatie	?			
bron autochtonen	afkomstig uit Amsterdamse gezondheidsmonitor			
plaats van onderzoek	Amsterdam			
jaar van onderzoek	1999/2000			
wijze van dataverzameling	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd)			
onderzocht risicofactoren/ zorggebruik	QI, voedingsgewoonte, lichamelijke activiteit, roken, diabetes mellitus, hypertensie, huisartsengebruik, ziekenhuisopnamen.			
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties			
correcties	gegevens voor leeftijd in 10-jaarsgroepen en geslacht gewogen naar de opbouw van de etnische groep in Amsterdam			

auteur en publicatiejaar	CBS, 1991`	
Onderzoeksinstantie	CBS	
Onderzoekspopulatie	turken	autochtonen
omvang		
Mannen en vrouwen	n=3059	n=8759
Mannen	n=1821	n=4964
Vrouwen	n=1238	n=3795
leeftijd	0 – 55 en ouder	
generatie	Onbekend; wel was bekend dat 16% van de onderzoekspopulatie langer dan 10 jaar in Nederland was en jonger dan 16 jaar was bij komst	
bron autochtonen	Doorlopend Leefsituatie Onderzoek van CBS	
plaats van onderzoek	211 gemeenten in Nederland	
jaar van onderzoek	1989/90	
wijze van dataverzameling	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd)	
onderzocht risicofactoren/ zorggebruik	QI, hypertensie, huisartsengebruik, specialistenconsultatie en ziekenhuisopname	
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties	
correcties	Autochtonen herwogen naar leeftijd en geslacht van Turken	

auteur en publicatiejaar	Swinkels 1992	
Onderzoeksinstantie	CBS	
Onderzoekspopulatie	Turken	Autochtonen
omvang		
Mannen en vrouwen	n=3371	n=7552
Mannen	n=1871	n=4189
Vrouwen	n=1500	n=3363
leeftijd	16- 55 jaar en ouder	
generatie	Onbekend; wel was bekend dat 16% van de onderzoekspopulatie langer dan 10 jaar in Nederland was en jonger dan 16 jaar was bijkomst	
bron autochtonen	Doorlopend Leefsituatie Onderzoek van CBS	
plaats van onderzoek	211 gemeenten in Nederland	
jaar van onderzoek	1989/90	
wijze van dataverzameling	Mondeling afgenomen vragenlijsten (dus zelfgerapporteerd)	
onderzocht risicofactoren	Roken	
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties	
correcties	Autochtonen herwogen naar leeftijd van Turken	

auteur en publicatiejaar	Bestuursdienst Gemeente Den Haag 2001		
Onderzoeksinstantie	Gemeente Den Haag		
Onderzoekspopulatie	Turken	Marokkanen	Surinamers autochtonen
omvang	deelonderzoek 'veelkleurig Den Haag' 2 delen: per enquête steekproef n=1125		
Mannen en vrouwen	deelonderzoek 'Gemiddelde Hagenaar' 2 delen: per enquête steekproef n=750		
Mannen			
Vrouwen			
leeftijd	16-75 jaar		
Generatie	?		
bron autochtonen	Uit dezelfde stadsenquêtes		
plaats van onderzoek	Den Haag		
jaar van onderzoek	?		
wijze van dataverzameling	telefonische enquête		
onderzocht risicofactoren / zorggebruik	Roken, hypertensie, diabetes mellitus, huisartsgebruik		
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties		
Correcties	Twee monitoren gebruikt (Veelkleurig Den Haag en De Gemiddelde Hagenaar) Veelkleurig Den Haag: herwogen op herkomst, leeftijd en sekse de gem. Hagenaar: herwogen op leeftijd en sekse		

auteur en publicatiejaar	Hulshof P. 1995
Onderzoeksinstantie	Landbouwwuniversiteit Wageningen
Onderzoekspopulatie	Turken
omvang	
Mannen en vrouwen	n=69
Mannen	n=30
Vrouwen	n=39
leeftijd	18-59 jaar
Generatie	
bron autochtonen	Voedsel Consumptie Peiling 1
plaats van onderzoek	Ede en Arnhem
jaar van onderzoek	1991/92
wijze van dataverzameling	2 maal 24 – uurs recall (werving via centra / instellingen die veelvuldig doorTurken worden bezocht)
onderzocht risicofactoren	Consumptie groenten en fruit
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Grammen per dag
correcties	-

auteur en publicatiejaar	Brussaard 1997
Onderzoeksinstantie	TNO
Onderzoekspopulatie	Marokkaanse vrouwen
omvang	
vrouwen	n=36
leeftijd	20-50 jaar
generatie	Eerste en tweede (50% is in Marokko geboren)
bron autochtonen	n.v.t.
plaats van onderzoek	Amsterdam en Eindhoven
jaar van onderzoek	1996/97
wijze van dataverzameling	2 maal 24 – uurs recall, lengte en gewicht gemeten
onderzocht risicofactoren	Groente, fruit en verzadigde vetten, QI
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Gram per dag, bij vetten ook energieprocenten
correcties	-

auteur en publicatiejaar	Erp – Baart 1998
Onderzoeksinstantie	TNO
Onderzoekspopulatie	Surinaamse (hindoestanen en Creolen) mannen
omvang	
Mannen Creolen	n=19
Mannen Hindoestanen	n=23
leeftijd	19-49 jaar
generatie	6 in Nederland geboren; 36 in Suriname
bron autochtonen	Voedsel Consumptie Peiling 2
plaats van onderzoek	?
jaar van onderzoek	1997
wijze van dataverzameling	2 maal 24 – uurs recall, lengte en gewicht gemeten
onderzocht risicofactoren	Groente, fruit en verzadigde vetten, QI
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Gram per dag, bij vetten ook energieprocenten
correcties	-

auteur en publicatiejaar	Brussaard 1999
Onderzoeksinstantie	TNO
Onderzoekspopulatie	Turkse vrouwen Marokkaanse vrouwen
omvang	n=180 n=91
vrouwen	
leeftijd	24-58 jaar
generatie	Op twee vrouwen na, eerste
bron autochtonen	Voedsel Consumptie Peiling 3
plaats van onderzoek	Amsterdam en Utrecht
jaar van onderzoek	1998
wijze van dataverzameling	2 maal 24 – uurs recall, lengte en gewicht gemeten, cholesterol in bloed bepaald
onderzocht risicofactoren	Groente, fruit en verzadigde vetten, QI, hypercholesterolemie
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Gram per dag, bij vetten ook energieprocenten
correcties	?

auteur en publicatiejaar	Rijpma en Roques 2000
Onderzoeksinstantie	Centrum voor Onderzoek en Statistiek in Rotterdam
Onderzoekspopulatie	Turken Marokkanen Surinamers autochtonen
omvang	?
Mannen en vrouwen	
leeftijd	16-75 jaar
generatie	Eerste en tweede
bron autochtonen	?
plaats van onderzoek	Rotterdam
jaar van onderzoek	?
wijze van dataverzameling	?
onderzocht risicofactoren	Sporten
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties
correcties	Apart voor eerste en tweede generatie

auteur en publicatiejaar	DSP Amsterdam 1999
Onderzoeksinstantie	DSP en Onderzoek en Statistiek Amsterdam
Onderzoekspopulatie	Turken Marokkanen Surinamers autochtonen
omvang	?
Mannen en vrouwen	
leeftijd	6-80 jaar
generatie	?
bron autochtonen	?
plaats van onderzoek	?
jaar van onderzoek	?
wijze van dataverzameling	?
onderzocht risicofactoren	sportgedrag
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties
correcties	?

auteur en publicatiejaar	Köycü 1997			
Onderzoeksinstantie	Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC)			
Onderzoekspopulatie	<i>Turken</i>	Autochtonen uit Amsterdam		
Omvang				
Mannen en vrouwen	n=149	n=631		
Mannen	n=99	n=302		
Vrouwen	n=50	n=329		
leeftijd	18-64 jaar			
Generatie	? (minstens 5 jaar in Nederland)			
bron autochtonen	hetzelfde onderzoek			
plaats van onderzoek	Amsterdam			
jaar van onderzoek	?			
wijze van dataverzameling	Deels interview/deels gemeten waarden (bloeddruk, cholesterol, gewicht en lengte) Voeding: globale indruk voedingspatroon via vragenlijst-> schattingen van maandconsumptie van producten met verzadigde vetten			
onderzocht risicofactoren	Roken, verzadigde vetten, QI, hypertensie (bloeddruk), hypercholesterolemie (cholesterol)			
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Gemiddelde waarden (m.u.v. roken: prevalentie)			
correcties	-			
auteur en publicatiejaar	in het Veld / van Steenbergen 1992			
Onderzoeksinstantie	GG&GD Utrecht			
Onderzoekspopulatie	Turken	Marokkanen	Surinamers / Antillianen	autochtonen
omvang				
Mannen en vrouwen	n=59	n=75	n=39	n=1234
leeftijd	15-65 jaar			
generatie	?			
bron autochtonen	Utrechtse Gezondheidspeiling			
plaats van onderzoek	Utrecht			
jaar van onderzoek	1986/87			
wijze van dataverzameling	Vragenlijst (Wijze van afnemen?) gewicht en lengte gemeten			
onderzocht risicofactoren	Hypercholesterolemie, QI			
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Odds Ratio's			
correcties	Opleiding			
auteur en publicatiejaar	van Wieringen 1986			
Onderzoeksinstantie	12 Huisartspraktijken			
Onderzoekspopulatie	Turken	Marokkanen	Surinamers / Antillianen	autochtonen
leeftijd	22-54 jaar			
generatie	?			
bron autochtonen	Huisartspraktijken			
plaats van onderzoek	Amsterdam			
jaar van onderzoek	1984/85			
wijze van dataverzameling	Via huisartspraktijk			
onderzocht risicofactoren	Hypertensie, diabetes mellitus			
maat waarin resultaten zijn weergegeven	Prevalenties			
Correcties/opmerking	Patiënten die vaker komen worden dubbel geteld oud onderzoek!			

auteur en publicatiejaar	weide en Foets, 1997			
Onderzoeksinstantie	NIVEL			
Onderzoekspopulatie	<i>turken</i>	<i>Marokkanen</i>	<i>Surinamers</i>	<i>autochtonen</i>
omvang				
Mannen en vrouwen	n=1165	n=853	n=1355	n=1471
leeftijd	18-65 jaar			
generatie				
bron autochtonen	'nationale studie NIVEL'			
plaats van onderzoek	Nederland (103 praktijken)			
jaar van onderzoek	1987/88			
wijze van dataverzameling	via huisarts (ICPC-codering)			
onderzocht risicofactoren	hypertensie, diabetes mellitus, huisartsconsultbezoeken			
en zorggebruik				
maat waarin resultaten				
zijn weergegeven	Odds ratios			
correcties	patiënt – en regiokenmerken			

auteur en publicatiejaar	Kocken, P.L. 1994	
Onderzoeksinstantie	GGD Rotterdam	
Onderzoekspopulatie	Surinamers	autochtonen
omvang		
Mannen en vrouwen	n=471	n=1826
Mannen	n=272	n=1039
Vrouwen	n=199	n=1787
leeftijd	16-75 jaar	
generatie	zelf of vader of moeder in Suriname geboren (maar met Nederlandse nationaliteit)	
bron autochtonen		
plaats van onderzoek	Rotterdam	
jaar van onderzoek	1987-91	
wijze van dataverzameling	vragenlijsten	
onderzocht zorggebruik	huisartsengebruik	
maat waarin resultaten		
zijn weergegeven	prevalenties	
correcties		

auteur en publicatiejaar	Lamers, 1992		
Onderzoeksinstantie	GGD Rotterdam		
Onderzoekspopulatie	Turken	Marokkanen	autochtonen
omvang			
Mannen en vrouwen	n=193	n=95	n=288
leeftijd	16-74 jaar		
generatie			
bron autochtonen			
plaats van onderzoek	Rotterdam		
jaar van onderzoek	1990		
wijze van dataverzameling	mondelijke enquête in eigen taal		
onderzocht zorggebruik	huisartsengebruik, specialistengebruik		
maat waarin resultaten			
zijn weergegeven			
correcties	gematcht op leeftijd, geslacht		

auteur en publicatiejaar	Uniken Venema, 1987
Onderzoeksinstantie	GGD Rotterdam
Onderzoekspopulatie	Turken autochtonen
omvang	
Mannen en vrouwen	n=248 n=241
leeftijd	16-68 jaar
generatie	
bron autochtonen	
plaats van onderzoek	Rotterdam
jaar van onderzoek	1986
wijze van dataverzameling	mondelinge enquête in eigen taal
onderzocht zorggebruik	huisartsengebruik, specialisten contact
maat waarin resultaten zijn weergegeven	prevalenties
correcties	gematcht op leeftijd, geslacht en adres
auteur en publicatiejaar	Leeflang, 1994
Onderzoeksinstantie	LIDESCO
Onderzoekspopulatie	Turken Autochtonen
omvang	
Mannen en vrouwen	n=196 n=160
leeftijd	25-50 jaar
generatie	
bron autochtonen	
plaats van onderzoek	Rotterdam
jaar van onderzoek	1991-93
wijze van dataverzameling	mondelinge enquête in eigen taal
onderzocht zorggebruik	huisartsengebruik
maat waarin resultaten zijn weergegeven	
correcties	gematcht op leeftijd
	uit praktijken in achterstandswijken en lage SES!
auteur en publicatiejaar	Blanken, 1987
Onderzoeksinstantie	GGD Rotterdam
Onderzoekspopulatie	<i>Surinamers</i>
leeftijd	55 jaar en ouder
plaats van onderzoek	Rotterdam
jaar van onderzoek	1987
onderzocht zorggebruik	ziekenhuisopname
maat waarin resultaten zijn weergegeven	prevalenties
correcties	?

Bijlage 3 Verzendlijst

- 1-35 Nederlandse Hartstichting
- 36 Depot Nederlandse Publikaties en Nederlandse Bibliografie
- 37 Directeur generaal RIVM
- 38 Dr. D. Ruwaard (sectordirecteur)
- 39 Mw. Dr. Ir. H.A. Smit (waarnemend laboratoriumhoofd)
- 40 Mw. Dr. Ir. W.M.M. Verschuren (projectleider)
- 41-42 Auteurs
- 43 SBD/Voorlichting & Public Relations
- 44 Bureau Rapportenregistratie
- 45 Bibliotheek RIVM
- 46-56 Bureau Rapportenbeheer
- 57-68 Leden van de Adviescomissie Cijfers van de Nederlandse Hartstichting
- 69 Prof. dr. J.P. Mackenbach, Instituut maatschappelijke gezondheidszorg, Erasmus
Universiteit Rotterdam
- 70 GGD Nederland Nederland
- 71 Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)
- 72 Dr. T. Drenthen. Nederland Huisartsen Genootschap
- 73 Voedingscentrum
- 74 Gezondheidsraad. Beraadsgroep Voeding
- 75-76 Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)
- 77 Defacto
- 78 Diabetes Vereniging Nederland
- 79 TNO-Voeding
- 80 ZON-MW
- 81 CBS
- 82 NOC-NSF – NISB
- 83 Mw. Dr. ir. A.J. Schuit (CZE)
- 84 Mw. Dr. ir A.J.M. van Loon (CZE)
- 85 Ir. J. Jansen (VTV)
- 86 Dr. F. van der Lucht (VTV)
- 87 Mw. Ir. H. Dijkshoorn (GG&GD Amsterdam)
- 88 drs. H. van Driel (GGD Rotterdam e.o.)
- 89 Dr. S.A. Reijneveld (TNO Preventie en Gezondheid)
- 90 Mw. drs. V. Nierkens (Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van
Amsterdam)
- 91-100 Reserve exemplaren