

Amsterdammers gezond en wel?



GGD Amsterdam
Cluster Epidemiologie, Documentatie en
Gezondheidsbevordering

November 2013

Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012

Voorwoord

Voorwoord

Wist u dat er nog steeds wijken in de stad zijn waar sprake is van een gezondheidsachterstand? Ik vind het één van de opvallende uitkomsten uit de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012.

Ik ben blij dat de GGD Amsterdam elke vier jaar via de Amsterdamse Gezondheidsmonitor de gezondheid van Amsterdammers peilt. De rapportage "Amsterdammers gezond en wel?" levert namelijk waardevolle informatie op voor het volksgezondheidsbeleid in de stad. Zeker omdat volksgezondheid in mijn ogen een breed beleidsterrein is dat niet alleen gaat over de gevaren van roken, drinken en drugs maar ook over de meerwaarde van veilige straten, speelveldjes en ruimte om te sporten en te fietsen.

Er is nóg een reden dat ik blij ben met de uitkomsten uit deze monitor. U weet dat er veel verandert in de zorg. Allerlei AWBZ-taken worden overgeheveld naar de gemeente. De overheid verwacht meer inzet en zelfredzaamheid van burgers zodat de zorg betaalbaar en uitvoerbaar blijft. Als wethouder vind ik het belangrijk dat Amsterdammers zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid, betrokkenheid tonen en elkaar onderling hulp bieden. Maar ik wil natuurlijk ook weten of Amsterdammers daartoe in staat zijn. Vallen er hierdoor mensen buiten de boot?

De cijfers uit het rapport laten zien dat de meeste Amsterdammers zich gezond voelen en verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Tegelijk zie ik dat er toch nog groepen Amsterdammers kwetsbaar zijn in dit opzicht, zoals mensen met een lage opleiding. Net zoals er dus ook wijken zijn waar meer mensen een gezondheidsachterstand hebben. Dit zijn uitkomsten die we niet mogen accepteren!



Mag ik alle 7.200 Amsterdammers die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken? Door uw inzet kan ik ervoor zorgen dat het gezondheidsbeleid verder verbetert en nog beter aansluit op uw behoeften.

Eric van der Burg, wethouder zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort



Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

Amsterdammers gezond en wel?

Zijn Amsterdammers gezond? De meeste wel, zo blijkt uit de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012. Toch zijn er nog steeds groepen Amsterdammers die er qua gezondheid minder goed voor staan. Ze hebben vaker chronische aandoeningen, meer overgewicht en vaker een ongezonde leefstijl. Het goede nieuws is dat veel Amsterdammers willen stoppen met roken, afvallen en meer willen bewegen. Niet iedereen kan dit op eigen kracht; een deel van hen heeft daar hulp bij nodig.

Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

In het kort

Amsterdammers voelen zich gezond

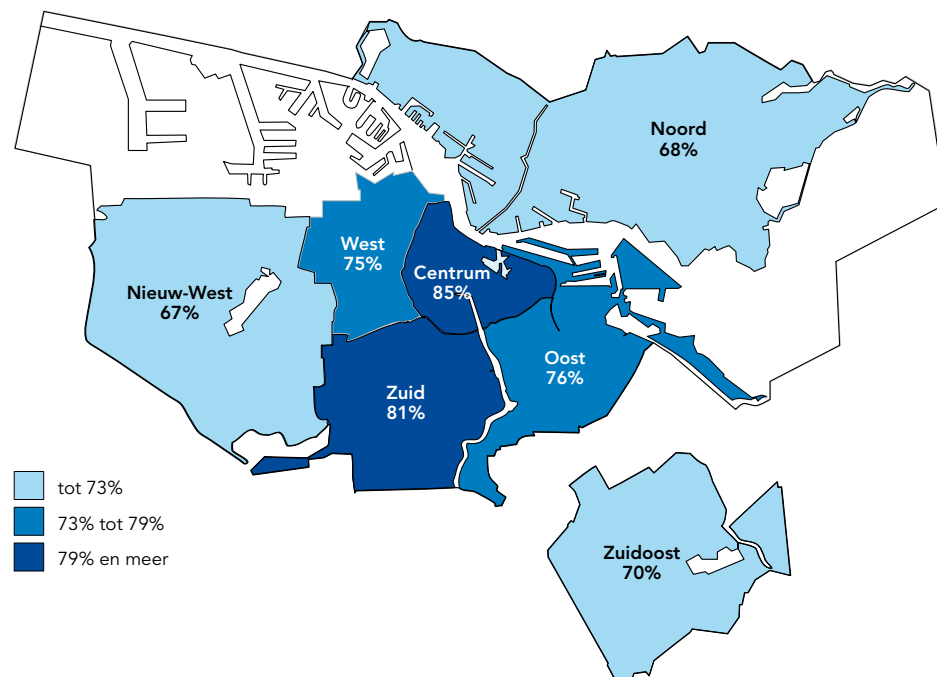
Driekwart van de volwassenen ervaart de eigen gezondheid als goed tot zeer goed. Dat is gunstig: het is namelijk een goede voorspeller van gezondheid en zorggebruik van de bevolking. Laagopgeleiden, ouderen en alleenwonenden voelen zich minder gezond dan andere groepen in Amsterdam. Hetzelfde geldt voor Turkse, Marokkaanse en in iets mindere mate voor Surinaamse Amsterdammers.

Amsterdamse Gezondheidsmonitor: wat, waarom en hoe?

De Amsterdamse Gezondheidsmonitor (AGM) is het vierjaarlijks gezondheidsonderzoek van de GGD Amsterdam onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder. Gemeenten hebben de wettelijke taak om de gezondheid van hun inwoners in kaart te brengen. De gezondheidsmonitor is één van de middelen die de GGD inzet om deze taak uit te voeren. Het onderzoek is in 2012 uitgevoerd via een schriftelijke vragenlijst die per post of via internet kon worden ingevuld.

Daartoe is een steekproef van 19.000 inwoners van 19 jaar en ouder geselecteerd uit de totale volwassen bevolking van zo'n 640.000 inwoners. Ruim 7.200 van hen hebben de vragenlijst ingevuld, een respons van 38 procent. Aanvullend zijn gegevens van bijna vierhonderd Amsterdammers uit de gelijktijdig uitgevoerde gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek gebruikt voor deze rapportage. De uitkomsten zijn gewogen naar de bevolkingsopbouw voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, inkomen, herkomst en stadsdeel. Op deze wijze zijn de resultaten representatief voor Amsterdam.

Figuur 1: Amsterdammers die de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaren (%)



Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

Amsterdams gezondheidsbeleid: wat zijn de aandachtspunten?

1. Psychosociale problemen herkennen en aanpakken

Psychosociale problemen - angst, depressieve klachten, eenzaamheid - komen veel voor in de stad, meer dan gemiddeld in Nederland. Deze problemen verdienen aandacht omdat ze grote impact hebben op het maatschappelijk functioneren van Amsterdammers.

2. Kiezen voor een gezonde leefstijl

Amsterdammers roken en drinken vaker dan gemiddeld in Nederland. Ook overgewicht, te weinig beweging en een ongezond voedingspatroon komen nog steeds veel voor. Inzetten hierop is belangrijk omdat een gezonde leefstijl met voldoende beweging, gezonde voeding, niet roken en matig alcoholgebruik een gunstig effect heeft. Hierdoor kan het aantal Amsterdammers met overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten en andere chronische aandoeningen verminderen.

3. Zelfredzaamheid niet vanzelfsprekend

Een substantiële groep Amsterdammers kampt in het dagelijks leven met beperkingen. Een deel van hen heeft niet het gevoel dat ze de regie over hun eigen leven kunnen voeren, heeft onvoldoende gezondheidsvaardigheden en een beperkt vermogen om ondersteuning zelf te organiseren. De gemeente kan bijdragen aan het vergroten van de zelfredzaamheid van deze groep.

4. Gelijke kansen op gezondheid

Inwoners van de aandachtswijken en Amsterdammers met een lage sociaaleconomische status zijn minder gezond dan andere Amsterdammers. Als het volksgezondheidsbeleid zich vooral op deze groep Amsterdammers richt en op deze aandachtswijken, kan die gezondheidsachterstand worden ingelopen.

Waarom zijn deze aandachtspunten gekozen?

Bij de keuze voor de vier aandachtspunten is gekeken naar: de invloed van ongezond gedrag op het ontwikkelen van een ziekte of beperking, de omvang van het gezondheidsprobleem in Amsterdam, de invloed die de gemeente hierop kan hebben en de impact van dit probleem op iemands (maatschappelijk) functioneren. In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor komt een breed scala aan onderwerpen aan bod. De aandachtspunten zijn

hier slechts een selectie van. Er is gekeken naar de lichamelijke gezondheid en het psychisch welbevinden van Amsterdammers, inclusief de belemmeringen in het dagelijks functioneren door ziekten en aandoeningen. Ook zijn in het onderzoek factoren meegenomen die van grote invloed zijn op iemands gezondheid, zoals roken, alcoholgebruik en beweeggedrag en de omgeving waarin iemand leeft.

Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

1. Psychosociale problemen herkennen en aanpakken

Psychische klachten, eenzaamheid en suïcidale gedachten komen veel voor in Amsterdam, zelfs vaker dan gemiddeld in Nederland. Psychosociale problemen kunnen het functioneren in het dagelijks leven flink belemmeren en zijn geregeld de oorzaak van langdurig ziekteverzuim en isolement. Bij welke Amsterdammers komen psychosociale problemen het meest voor?

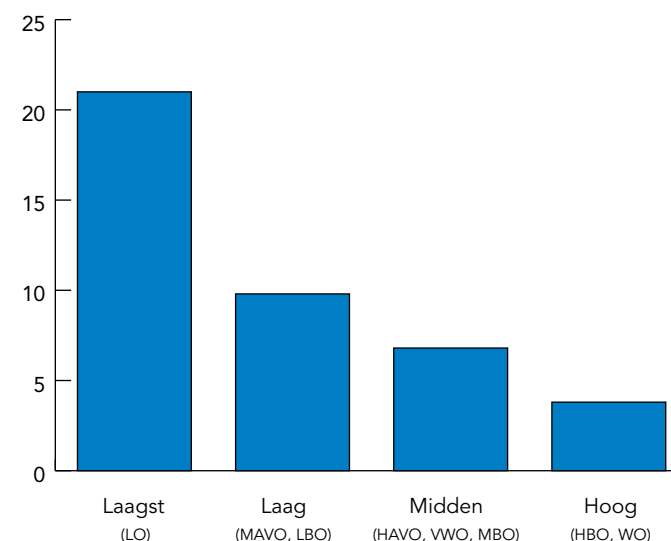
45.000 Amsterdammers (7%) kampen met ernstige psychische klachten

Risicogroepen: vrouwen, 35-64 jarigen, laagopgeleiden, Turkse en Marokkaanse herkomst

Psychische klachten vaak niet behandeld

Zeven procent van de volwassenen – dat zijn ongeveer 45.000 Amsterdammers – kampt met ernstige psychische klachten. Zij hebben een hoger risico op een depressie of angststoornis. Ten opzichte van 2008 is het percentage inwoners met ernstige klachten niet veranderd. Ongeveer de helft van de inwoners met ernstige psychische klachten ontvangt een behandeling. De meesten van hen gebruiken medicijnen, een kleiner deel wordt behandeld zonder medicijnen. De andere helft met ernstige psychische klachten is niet in behandeling, terwijl een groot deel aangeeft daar wel behoefte aan te hebben. Ernstige klachten komen in Amsterdam iets vaker voor dan gemiddeld in Nederland en wat minder vaak dan in de andere grote steden.

Figuur 2: Ernstige psychische klachten onder Amsterdammers naar opleidingsniveau (%)



Steeds meer eenzame Amsterdammers

Eenzaamheid is een groeiend probleem in de stad. Elf procent van de volwassen Amsterdammers is ernstig eenzaam. Dat zijn circa 65.000 Amsterdammers. In 2008 voelde negen procent zich ernstig eenzaam, in 2000 ging het nog om vier procent. Eenzaamheid zorgt voor een lagere kwaliteit van leven en vergroot het risico op gezondheidsproblemen. Eenzaamheid kan ontstaan na het verlies van een partner, maar kan ook komen doordat iemand weinig sociaal vaardig is, weinig zelfvertrouwen heeft of verlegen is. Ernstige eenzaamheid komt in Amsterdam iets minder vaak voor dan in andere grote steden, maar wel vaker dan landelijk.

Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

65.000 Amsterdammers (11%) voelen zich ernstig eenzaam

Risicogroepen: inwoners van 45 jaar en ouder, niet-westerse herkomst, alleenwonenden, laagopgeleiden/laag inkomen

Zeven procent denkt wel eens aan suïcide

Jaarlijks vinden er ongeveer honderd suïcides in onze stad plaats. Uit de monitor blijkt dat maar liefst zeven procent van de volwassen Amsterdammers het laatste jaar aan zelfdoding heeft gedacht. Ongeveer tweeduizend Amsterdammers geven aan een poging te hebben gedaan. Gedachten aan suïcide kunnen zo dwingend zijn dat iemand geen andere uitweg meer ziet. Erover praten en hulp zoeken kan helpen andere oplossingen te vinden. Amsterdam kan gezondheidswinst behalen door Amsterdammers met suïcidegedachten adequate hulpverlening en begeleiding te bieden.

44.000 Amsterdammers (7%) hebben het laatste jaar aan zelfdoding gedacht

Risicogroepen: inwoners met financiële problemen, laagopgeleiden/laag inkomen, inwoners zonder betaald werk, alleenwonenden

2. Kiezen voor een gezonde leefstijl

Kiezen voor een gezonde leefstijl is kiezen voor een gezond gewicht, niet roken, voldoende beweging, gezonde voeding en matig alcoholgebruik. De monitor laat zien dat een flink deel van de Amsterdamse volwassenen rookt, overgewicht heeft of te veel alcohol drinkt. Ook het gebruik van cannabis is in onze stad bovengemiddeld. Roken en obesitas zorgen voor de meeste gezondheidsschade: wie rookt of obesitas heeft, verliest gemiddeld vijf gezonde levensjaren. Hoe kan Amsterdam op dit terrein gezondheidswinst boeken?

175.000 Amsterdammers (28%) roken

Risicogroepen: lage inkomens, mannen, jongvolwassenen, mannen van Turkse en Surinaamse herkomst

Meer jongvolwassenen roken

De landelijk dalende trend van het totaal aantal rokers zien we niet terug in Amsterdam. In 1994 rookte 42 procent van de Amsterdammers, in 2008 ging het om 27 procent maar met de 28 procent die nu rookt, lijkt deze daling voor het eerst te stagneren. Sterker nog, de afgelopen jaren zijn meer mannen en jongvolwassenen tussen de 19 en 34 jaar in Amsterdam gaan roken. Amsterdam telt sowieso meer rokers dan gemiddeld in Nederland (23 procent) en in de vier grote steden (27 procent). Willen rokers stoppen? Ja, bijna de helft van de rokers is van plan te stoppen. Achttien procent wil daarbij ondersteund worden.

100.000 Amsterdammers drinken regelmatig te veel alcohol, 44.000 van hen zijn probleemdrinkers

Risicogroepen: mannen van Nederlandse herkomst, middelbaar en hoogopgeleiden en alleenwonenden

Uitkomsten in het kort

Amsterdam telt 44.000 probleemdrinkers

Amsterdammers drinken meer dan gemiddeld in Nederland en in de vier grote steden. Ruim 100.000 Amsterdammers (zeventien procent) drinken te veel alcohol. Onder hen vinden we 44.000 probleemdrinkers. Dit houdt in dat niet alleen hun alcoholconsumptie te hoog is, maar dat zij hiervan ook problemen ondervinden. Het aantal probleemdrinkers is in vergelijking met 2008 niet veranderd. Het aantal Amsterdammers dat te veel drinkt is licht gedaald, van twintig procent in 2008 naar zeventien procent in 2012. Er valt echter meer gezondheidswinst te behalen: veertig procent van de mensen die te veel alcohol gebruikt, is van plan te minderen. Een tiende wil hier hulp bij hebben.

Wanneer drink je te veel?

- Zware drinkers: minstens één dag in de week meer dan vijf (mannen) of drie (vrouwen) glazen (gelegenheidsdrinkers).
- Overmatige drinkers: gemiddeld meer dan 21 (mannen) of 14 (vrouwen) glazen per week (gewoontedrinkers).
- Probleemdrinkers: zware of overmatige drinkers met (sociale) problemen gerelateerd aan hun alcoholgebruik.

Grote bereidheid om af te vallen

Bijna een kwart miljoen Amsterdammers zijn te zwaar, 70.000 Amsterdammers hebben obesitas. Ruim de helft van de Amsterdammers met overgewicht is van plan om af te vallen. Een derde van hen wil daar hulp bij hebben. De bereidheid om af te vallen is onder mensen met obesitas groter: zeventig procent van hen wil afvallen en bijna de helft wil daar ondersteuning bij. Het aantal inwoners met overgewicht lijkt na jaren van toename gestabiliseerd. Ten opzichte van Nederland en het gemiddelde in de vier grote steden ligt het Amsterdamse cijfer voor overgewicht iets lager.

245.000 Amsterdammers (40%) zijn te zwaar, 70.000 (11%) van hen hebben obesitas

Risicogroepen: laagopgeleiden, niet-westerse herkomst, 55-plussers

Overgewicht is in de meeste gevallen het gevolg van een inactieve leefstijl met een ongezond voedingspatroon. In de monitor is daarom ook gekeken of Amsterdammers voldoende bewegen en voldoende groente en fruit eten.

200.000 Amsterdammers (33%) bewegen te weinig

Risicogroepen: laagopgeleiden, vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst

Meer Amsterdammers in beweging

Twee van de drie Amsterdammers bewegen voldoende. Dat betekent dat ongeveer 200.000 volwassenen niet aan de beweegnorm voldoen. Gunstig is dat het aantal Amsterdammers dat voldoende beweegt de afgelopen jaren is toegenomen. Amsterdammers bewegen meer dan gemiddeld in de vier grote steden. Nog meer goed nieuws: de helft van de inactieve Amsterdammers is van plan meer te gaan bewegen. Voldoende lichaamsbeweging verhoogt de fitheid en draagt niet alleen bij aan een gezond gewicht en het voorkómen van chronische aandoeningen, het heeft ook een positief effect op hoe je je voelt.

75% van de Amsterdammers eet onvoldoende groente en fruit

Risicogroepen: jongvolwassenen

Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

Groente- en fruitconsumptie onder de maat

Maar liefst drie kwart van de volwassen Amsterdammers eet te weinig groente en fruit. Voldoende groente en fruit is 150-200 gram groente en twee stuks fruit per dag. De afgelopen jaren zien we hier ook geen verbetering in. Integendeel, uit de monitor blijkt dat Amsterdammers afgelopen vier jaar nog minder fruit zijn gaan eten en ook de groenteconsumptie is niet verbeterd. Vooral jongvolwassenen doen het slecht: twintig procent eet dagelijks voldoende groente en fruit, terwijl dat geldt voor dertig procent van de 65-plussers. Ouderen eten meer fruit dan jongvolwassenen. Qua groente zijn er minder verschillen tussen de leeftijdsgroepen te zien.

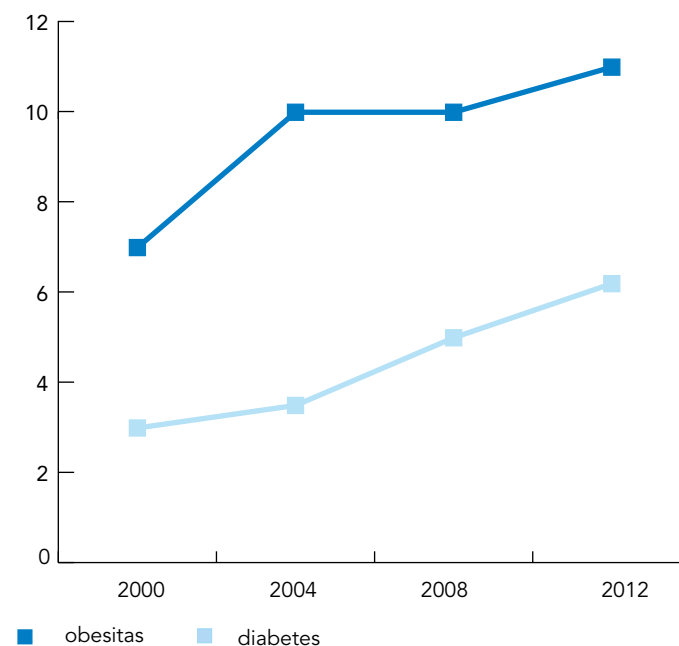
Gezond gewicht, minder aandoeningen

De relatie tussen diabetes en overgewicht blijkt duidelijk uit de cijfers: van de mensen met diabetes heeft 42 procent obesitas tegen elf procent gemiddeld onder de volwassen Amsterdammers. Met een gezond gewicht is de kans op diabetes veel kleiner. Het aantal Amsterdammers met diabetes is tussen 2000 en 2012 verdubbeld van drie naar zes procent. Nu zijn er 38.000 Amsterdammers met deze aandoening. Dit is vergelijkbaar met het landelijke percentage en het cijfer voor de vier grote steden. Overgewicht is ook een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Vier procent van de Amsterdammers lijdt aan een hart- of vaatziekte, dat is iets lager dan het gemiddelde van de vier grote steden. Hoge bloeddruk komt bij twaalf procent van de Amsterdammers voor en ook in dat opzicht doet Amsterdam het beter dan gemiddeld in Nederland.

38.000 Amsterdammers (6%) met diabetes

Risicogroepen: laagopgeleiden, niet-westerse herkomst, 55-plussers

Figuur 3: Trends in diabetes en obesitas in Amsterdam, 2000-2012 (%)



Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

3. Zelfredzaamheid niet vanzelfsprekend

Een deel van de Amsterdammers heeft beperkingen in het dagelijks leven. In principe moeten zij die zoveel mogelijk zelf oplossen, zo nodig met steun uit het sociale netwerk. Maar niet iedereen kan terugvallen op een sociaal netwerk. Er zitten bovendien grenzen aan wat iemand zelf kan oplossen. Voor de gemeente is het belangrijk om te weten hoeveel inwoners moeite hebben met de persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken of boodschappen doen. Krijgt iedereen die het nodig heeft hulp of zorg? En hoeveel Amsterdammers kampen met chronische aandoeningen waardoor ze beperkingen krijgen?

10% ervaart lage regie over eigen leven

Risicogroepen: 75-plussers, laagopgeleiden/laag inkomen, inwoners zonder betaald werk

Eenzame mensen ervaren vaker weinig controle over eigen leven

Tien procent van de Amsterdammers ervaart een lage regie over hun eigen leven. Dat wil zeggen dat zij het gevoel hebben dat de omstandigheden hen overkomen en hierover zelf weinig controle hebben. Dit neemt toe met de leeftijd. Met name 75-plussers vormen een risicogroep: meer dan twintig procent ervaart weinig regie over het eigen leven. Ook inwoners met een ongunstige sociaaleconomische positie hebben vaker het gevoel dat ze geen controle hebben over hun leven. Uit de monitor blijkt een verband met eenzaamheid: eenzame Amsterdammers ervaren vaker een lage mate van regie dan niet-eenzame Amsterdammers. Het nemen van regie over je eigen leven is belangrijk nu het welzijns- en gezondheidsbeleid steeds meer uitgaat van eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid.

Een derde van de Amsterdammers heeft meerdere chronische aandoeningen

Bijna een derde van de Amsterdammers heeft twee of meer chronische aandoeningen. Van de Amsterdammers met een chronische aandoening voelt 64 procent zich bij dagelijkse bezigheden belemmerd. Laagopgeleiden met een chronische aandoening ervaren aanzienlijk vaker belemmeringen dan hoogopgeleiden (79 versus 54 procent). Ook leeftijd speelt een rol. Van de 75-plussers met een chronische aandoening voelt drie kwart zich belemmerd. Chronische aandoeningen kunnen het dagelijks functioneren flink belemmeren. Denk aan hart- en vaatziekten, problemen van het bewegingsapparaat, astma/COPD of kanker. Hoe meer en hoe ingrijpender de aandoening, des te groter de gevolgen in het dagelijks leven.

190.000 Amsterdammers (32%) hebben twee of meer chronische aandoeningen

Risicogroepen: ouderen, laagopgeleiden, niet-westerse herkomst (met name vrouwen)

Eén op de zes Amsterdammers heeft een lichamelijke beperking

Ongeveer één op de zes volwassen Amsterdammers heeft een lichamelijke beperking. Meestal gaat het om een beperking bij het bewegen, zoals een stuk lopen of bukken en iets oprapen. Zo'n beperking kan ontstaan door veroudering, een aandoening of ziekte, maar ook ongevallen spelen een rol. De monitor laat zien dat circa 30.000 Amsterdamse 65-plussers in het afgelopen jaar één of meer keer zijn gevallen, vaak met letsel tot gevolg. Bijna één op de vijf Amsterdammers van 65 jaar of ouder wordt beperkt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, zoals eten en drinken of traplopen. Opvallend: dertien procent van de ouderen die afhankelijk is van anderen bij de persoonlijke verzorging - zoals wassen en aankleden -

Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

krijgt daar geen hulp bij. Bijna drie op de tien 65-plussers heeft moeite met huishoudelijke dagelijkse activiteiten. Een vijfde van hen krijgt geen hulp bij het huishouden.

17% van de Amsterdammers heeft een beperking in het horen, zien of bewegen

Risicogroepen: ouderen, vrouwen, laagopgeleiden, niet-westerse herkomst

Mantelzorgers worden steeds belangrijker

Amsterdam telt ongeveer 55.000 mantelzorgers. Met name vrouwen en inwoners tussen de 45 t/m 74 jaar verlenen mantelzorg. Twee op de tien mantelzorgers zijn zwaar belast of overbelast. Zij lopen een hoger risico om de zorg niet meer vol te kunnen houden. Verwacht wordt dat steeds meer Amsterdammers afhankelijk worden van mantelzorgers. Zij vormen de eerste schil in de zorg rondom mensen die beperkt zijn in het dagelijks functioneren. Van het bestaande ondersteuningsaanbod maken opvallend weinig mantelzorgers gebruik, slechts negen procent.

**19% van de 65-plussers heeft één of meer beperkingen bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL)
28% van de 65-plussers is niet in staat huishoudelijke activiteiten uit te voeren**

Risicogroepen: vrouwen, 75-plussers, laagopgeleiden

Gezondheidsvaardigheden zijn voorwaarde voor goede zorg

Om goede keuzes te maken voor gezondheid en zorg is het belangrijk dat mensen voldoende gezondheidsvaardigheden bezitten. Dat wil zeggen dat zij de informatie die zij over hun gezondheid krijgen goed begrijpen en zelf adequaat hun

gezondheidstoestand kunnen uitleggen. Circa één op de zeven Amsterdammers heeft daar moeite mee. Vooral laagopgeleiden en Turkse en Marokkaanse Amsterdammers vinden dit lastig. Uit de monitor blijkt verder dat Amsterdammers met chronische aandoeningen en psychische klachten vaker onvoldoende gezondheidsvaardigheden bezitten. Dat is zorgelijk, want gezondheidsvaardigheden zijn juist belangrijk om goed te kunnen omgaan met bijvoorbeeld medicijnen en leefstijladviezen.

70.000 Amsterdammers (13%) van 19 t/m 64 jaar hebben onvoldoende gezondheidsvaardigheden

Risicogroepen: laagopgeleiden, Turkse en Marokkaanse herkomst

Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

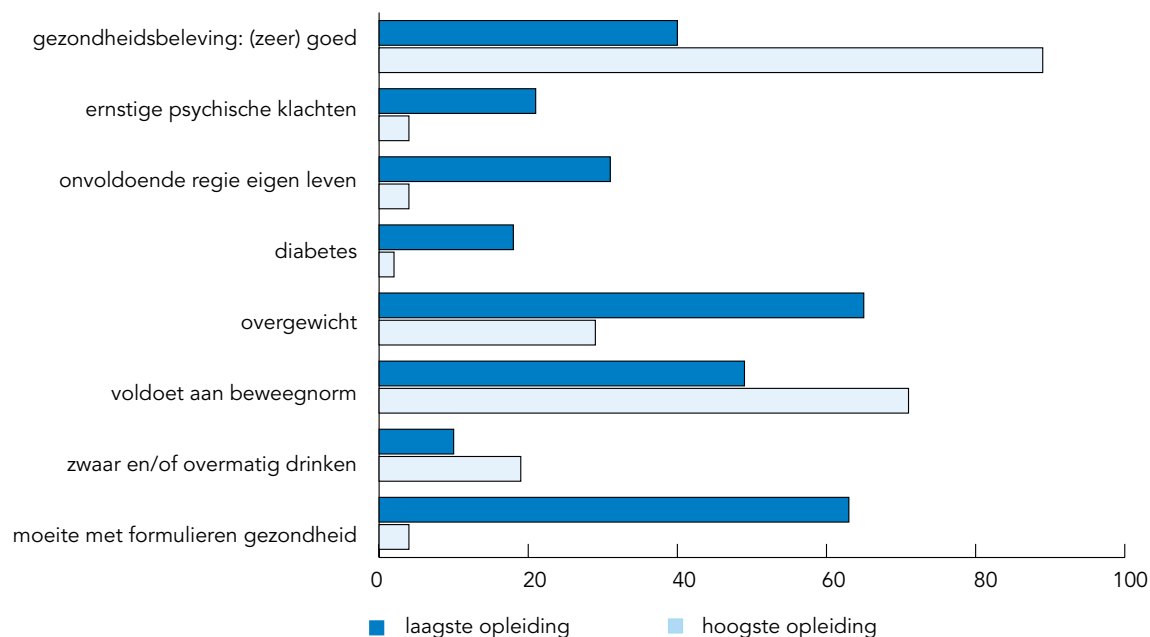
4. Gelijke kansen op gezondheid

Gezondheid is niet gelijk verdeeld over de stad. Zo is de gezondheid van inwoners van de Amsterdamse aandachtswijken ongunstiger dan elders in de stad. De gezondheidsmonitor laat ook zien dat ouderen, Amsterdammers met een lage sociaaleconomische status en inwoners met een niet-westerse herkomst meer gezondheidsproblemen hebben dan anderen. Wat laat de monitor verder zien over deze gezondheidsverschillen?

Laag opgeleid, laag inkomen: meer gezondheidsproblemen

De monitor laat zien dat Amsterdammers met een lage sociaaleconomische status op veel gezondheidsaspecten ongunstiger scoren dan Amsterdammers met een hoge sociaaleconomische status. Sociaaleconomische status kan niet op een directe manier gemeten worden. Als indicator voor sociaaleconomische status gebruiken we het opleidingsniveau. Ook de hoogte van het inkomen zegt iets over sociaaleconomische status. Figuur 4 laat zien dat slechts 40 procent van de mensen met een lage opleiding de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaart, onder hoogopgeleiden is dit 89 procent. Laagopgeleiden hebben

Figuur 4: Aspecten van gezondheid onder Amsterdammers naar opleidingsniveau (%)



Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

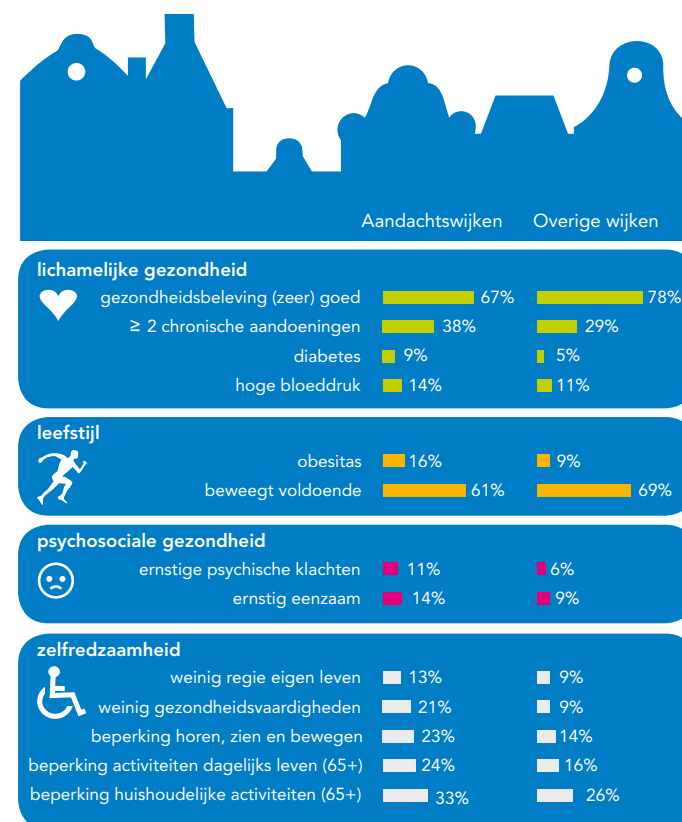
vaker chronische aandoeningen, meer psychische klachten, vaker diabetes en overgewicht en ervaren ook minder regie over hun eigen leven. Ook Amsterdammers met een laag inkomen scoren vaker ongunstig. Onder inwoners boven de 65 jaar zien we eveneens dat laagopgeleiden en inwoners met een laag inkomen meer beperkingen ondervinden bij de dagelijkse activiteiten en huishoudelijke taken.

Dat inwoners met een lage sociaaleconomische status vaak minder gunstig scoren, kan natuurlijk ook te maken hebben met leeftijd en herkomst. Zo zijn Amsterdamse ouderen gemiddeld lager opgeleid en hebben oudere mensen over het algemeen meer gezondheidsproblemen. Daarnaast hebben Amsterdammers van niet-westerse herkomst vaker een laag inkomen en scoren zij op veel gezondheidsaspecten ongunstig. Verklaart dit de minder goede gezondheid van Amsterdammers met een lage sociaaleconomische status? Voor een deel wel. Maar zelfs als we rekening houden met leeftijd en herkomst, zien we nog steeds dat Amsterdammers met een lage sociaaleconomische status een minder goede gezondheid hebben.

Aandachtswijken minder gezond

De gemeente Amsterdam en de woningcorporaties hebben de afgelopen jaren in aandachtswijken extra geïnvesteerd in leefbaarheid. Hoe staat het nu met de gezondheid in deze wijken? Figuur 5 laat zien dat aandachtswijken het op de meeste aspecten van gezondheid slechter doen dan de overige wijken. Houden we rekening met verschillen in bevolkingssamenstelling (leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status en herkomst) dan hebben inwoners van de aandachtswijken nog steeds een minder gunstige gezondheidsbeleving, meer overgewicht en vaker diabetes.

Figuur 5: Aspecten van gezondheid: bewoners in aandachtswijken versus overige wijken (%)



Uitkomsten in het kort

Uitkomsten in het kort

Wat gaat de gemeente met de uitkomsten doen?

De uitkomsten hebben vier aandachtspunten opgeleverd voor het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Amsterdam:

1. Psychosociale problemen herkennen en aanpakken
2. Kiezen voor een gezonde leefstijl
3. Zelfredzaamheid niet vanzelfsprekend
4. Gelijke kansen op gezondheid

Hoe pakt de gemeente dit aan?

- De gemeente zet veelbelovende of bewezen effectieve maatregelen in om de gezondheid van haar burgers te bevorderen, veelal in een gebiedsgerichte aanpak samen met de bewoners van de wijken.
- Daarbij is samenwerking tussen partijen binnen en buiten de gemeente noodzakelijk. Veel factoren die bijdragen aan een goede gezondheid liggen namelijk op andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, ruimtelijke ordening, sociale zaken of milieu.
- Lange termijn inspanning is nodig. Het bevorderen van een gezonde leefstijl en het voorkomen van ziekte vraagt om een lange adem.
- Het gezondheidsbeleid van de gemeente richt zich vooral op kwetsbare Amsterdammers en daarmee ook op de aandachtswijken en inwoners in een ongunstige sociaal-economische situatie.
- De focus ligt op de aanpak van gezondheidsproblemen die een relatief grote impact hebben op gezondheid en ziekte.

Waarom investeert de gemeente in gezondheid van haar burgers?

Investeren in de gezondheid van inwoners loont, voor de mensen zelf én voor de samenleving, want gezonde Amsterdammers zijn beter in staat om deel te nemen aan het economische en maatschappelijke leven. Dit levert welvaart op en draagt bij aan sociale samenhang in de wijken.

Nog meer resultaten...

Niet alle onderwerpen uit de gezondheidsmonitor zijn hier besproken. Wilt u weten:

- hoeveel Amsterdammers het afgelopen jaar de huisarts hebben bezocht?
- hoeveel inwoners zich sociaal uitgesloten voelen of slachtoffer zijn van huiselijk geweld?
- hoeveel inwoners onveilige seks hebben of cannabis gebruiken?
- hoe tevreden Amsterdammers zijn met hun woning en woonomgeving?

Lees verder of kijk op www.ggd.amsterdam.nl/gezondheid-in-beeld.

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Gezondheid en lichamelijke
aandoeningen



Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Gezondheid en lichamelijke
aandoeningen



Gezondheidsbeleving

Daan Uitenbroek, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Gezondheidsbeleving

- Ruim 470.000 Amsterdammers voelen zich gezond of zeer gezond, dat is driekwart van de volwassen bevolking.
- Leeftijd, opleiding en herkomst hebben een grote invloed op de gezondheidsbeleving. Vooral mensen met een lage opleiding voelen zich ongezond.
- Gezondheidsbeleving is gebaseerd op de beleving van de lichamelijke en psychische gezondheid en van de omstandigheden waarin personen zich bevinden. Integraal beleid gericht op de risicogroepen (en wijken) kan de verschillen tussen groepen verkleinen.

De meeste Amsterdammers voelen zich gezond

Driekwart van de Amsterdammers (75%) omschrijft hun gezondheid als goed of zeer goed (tabel 1). Iets meer mannen (76%) dan vrouwen (74%) vinden hun gezondheid (zeer) goed. Amsterdammers beleven hun gezondheid iets positiever dan inwoners uit de overige grote steden, maar het Amsterdamse cijfer is iets minder goed dan het landelijke cijfer (tabel 2).

Waarom is gezondheidsbeleving belangrijk?

Gezondheidsbeleving is een goede voorspeller van gezondheid en zorggebruik ^{1,2}. Het geeft weer wat mensen zelf van hun eigen gezondheid vinden. Het brengt aspecten van lichamelijke en psychische gezondheid en het beleven van de eigen gezondheid samen. Gezondheidsbeleving wordt gebruikt naast objectieve cijfers over ziekte en beperkingen. Mensen met een ziekte of beperking kunnen hun gezondheid namelijk toch goed vinden als hun gezondheidsprobleem voor hen weinig beperkend is.

Hoe stimuleert Amsterdam een positieve gezondheidsbeleving?

Omdat veel aspecten van het leven samenkomen in de gezondheidsbeleving, kan de gemeente via verschillende beleidsterreinen invloed hebben. Naast zorg, ondersteuning en preventie zijn ook zaken als een prettige leefomgeving, maatschappelijke participatie en mogelijkheden op de arbeidsmarkt van invloed ³. In het welzijns- en gezondheidsbeleid, maar ook het inkomens- en armoedebeleid is extra aandacht voor de kwetsbare groepen ^{4,5}.

Tabel 1: Gezondheidsbeleving onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder (%)

	(zeer) goed
Amsterdam	74,9
geslacht	*
mannen	76,3
vrouwen	73,5
leeftijd	*
19-34	89,7
35-44	79,9
45-54	70,0
55-64	58,5
65-74	57,4
75+	45,7
mannen	*
19-34	90,6
35-64	72,8
65+	54,2
vrouwen	*
19-34	89,0
35-64	69,0
65+	51,0

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

Hoe is de gezondheidsbeleving gemeten?

Hiervoor is in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 één enkele vraag gebruikt: Hoe is over het algemeen uw gezondheid? De antwoordmogelijkheden zijn: zeer goed, goed, gaat wel, slecht, zeer slecht. We vergelijken de antwoorden zeer goed en goed met gaat wel, slecht en zeer slecht. Helaas kunnen we de resultaten niet vergelijken met eerdere meetjaren. Dat komt doordat we in 2012 de enquêtevraag van het CBS hebben gebruikt. Deze vraag heeft andere antwoordcategorieën dan de vraag uit eerdere meetjaren, waardoor de uitkomsten sterk van elkaar verschillen. Landelijke vergelijkingen zijn nu juist wel mogelijk.

Gezondheidsbeleving

Gezondheidsbeleving

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Tabel 2: Vergelijking gezondheidsbeleving in Amsterdam met G4 en Nederland (%)

	(zeer) goed
Amsterdam	74,9
G4	73,6
Nederland	76,5

Ouderen en laagopgeleiden slechtere gezondheidsbeleving

De gezondheidsbeleving hangt sterk samen met leeftijd en opleidingsniveau. Negentig procent van de 19 t/m 34 jarigen rapporteert een (zeer) goede gezondheid (tabel 1). Dat daalt geleidelijk tot 57% onder de 65 t/m 74 jarigen en tot 46% onder de 75-plussers.

Tabel 3: Gezondheidsbeleving onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	(zeer) goed
opleiding	*
laagst	40,1
laag	57,6
midden	77,7
hoog	88,5
inkomen¹	*
maximaal 15.200	65,9
15.200 - 19.400	63,0
19.400 - 24.200	74,1
24.200 - 31.000	77,9
minimaal 31.000	89,8
betaald werk²	*
nee	55,9
ja	86,5

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

De laagst opgeleide Amsterdammers voelen zich aanzienlijk minder vaak (zeer) gezond (40%) dan de hoogst opgeleiden (89%). De verschillen naar inkomen laten eenzelfde beeld zien. De laagste inkomens rapporteren minder vaak een (zeer) goede gezondheid (66%) dan de hoogste inkomens (90%). De verschillen naar inkomen zijn minder sterk dan die naar opleiding (tabel 3). Mensen die alleen wonen ervaren hun gezondheid minder vaak als (zeer) goed (66%) dan mensen uit eenoudergezinnen (72%), gezinnen met twee ouders (81%) en andere samenlevingsvormen (79%).

Turkse Amsterdammers voelen zich het minst gezond

Ook herkomst heeft invloed op de gezondheidsbeleving. Ruim tachtig procent van de Amsterdammers van Nederlandse herkomst rapporteert een (zeer) goede gezondheid. Dat is meer dan bij de Surinaamse (65%), Marokkaanse (56%) en Turkse (54%) Amsterdammers (tabel 4).

Tabel 4: Gezondheidsbeleving onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar demografische kenmerken (%)

herkomst	*
Nederland	80,8
Marokko	55,8
Turkije	54,0
Suriname	65,0
ov. niet-westers	71,3
ov. westers	78,9
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	80,6
1-oudergezin ¹	72,0
alleenwonend	66,3
overig	79,3

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

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Gezondheidsbeleving

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Gezondheidsbeleving

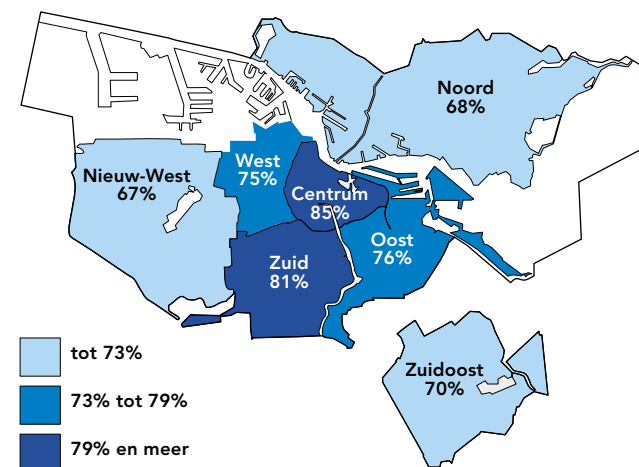
Inwoners Nieuw-West en Noord voelen zich ongezonder

Inwoners van Nieuw-West (67%) en Noord (68%) rapporteren het minst vaak een (zeer) goede gezondheid. In Zuid (81%) en Centrum (85%) voelen inwoners zich het gezondst (figuur 1). De verschillen tussen stadsdelen blijven bestaan als we rekening houden met verschillen in bevolkingsopbouw naar leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status (SES). Dit wijst er op dat andere factoren een rol spelen, zoals karakteristieken van de wijk. De meer welvarende wijken lijken prettiger om in te wonen, in termen van ervaren gezondheid. Zowel de lage als de hoge SES groepen profiteren hiervan. De gerapporteerde gezondheid is in de aandachtswijken relatief slecht; 67% van de inwoners voelt zich gezond of zeer gezond.

Integraal beleid óók belangrijk voor ervaren gezondheid

Door middel van een integraal beleid op het gebied van welzijn, ruimtelijke ordening en sport werkt de gemeente aan het verkleinen van maatschappelijke verschillen. Dit beleid is ook belangrijk voor risicogroepen in termen van een slechte ervaren gezondheid, zoals mensen met een lage opleiding, ouderen, mensen die alleen wonen en bewoners van aandachtswijken.

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met (zeer) goede ervaren gezondheid naar stadsdeel (%)



Diabetes

Joanne Ujcic-Voortman, onderzoeker

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Diabetes

- Ruim 38.000 Amsterdammers hebben diabetes, dit is 6% van de volwassen inwoners en een verdubbeling ten opzichte van 2000.
- Diabetes komt vaker voor onder Marokkaanse, Surinaamse en Turkse Amsterdammers.
- Het bevorderen van een gezonde leefstijl met voldoende lichaamsbeweging, goede voeding en een gezond lichaamsgewicht is een belangrijke troef in het bestrijden van diabetes. Ook bij mensen die al diabetes hebben kan dit aanzienlijke gezondheidswinst opleveren.

Ruim 38.000 Amsterdammers hebben diabetes

In Amsterdam wonen ruim 38.000 diabetespatiënten, dat is 6% van de volwassen bevolking (tabel 1). Dit cijfer is hoogstwaarschijnlijk een onderschatting, omdat het is gebaseerd op wat mensen zelf rapporteren ^{12,13}. Onderzoek laat zien dat 25% van alle gevallen van diabetes (nog) niet is vastgesteld door de huisarts ¹⁴. Dit zou betekenen dat het werkelijke aantal diabetespatiënten in Amsterdam hoger is en boven de 50.000 uitkomt. Het aandeel diabetespatiënten in Amsterdam is vergelijkbaar met dat in heel Nederland en de vier grote steden.

Diabetes: ziekte met ernstige gevolgen

Diabetes of suikerziekte is een chronische stofwisselingsziekte, waarbij het hormoon insuline minder goed werkt of onvoldoende wordt aangemaakt. Het gevolg is een stijgende bloedsuikerspiegel. Dit kan schade veroorzaken aan organen in het lichaam, met name zenuwen en bloedvaten. Het risico op blindheid, nierfalen, hartziekten en het krijgen van een beroerte neemt hierdoor aanzienlijk toe ⁶. Mensen met diabetes leven over het algemeen korter, in een minder goede kwaliteit van leven. De zorgkosten die hiermee gepaard gaan, zijn hoog. In 2007 bedroegen deze circa één miljard euro ⁷. Een ongezonde leefstijl met weinig lichaamsbeweging, ongezonde voeding en overgewicht verhoogt het risico op diabetes ^{6,8,9}.

Wat doet Amsterdam?

De strijd tegen diabetes is één van de speerpunten in het gezondheidsbeleid. Dit komt naar voren in de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' ⁵ en het Nationaal Programma Preventie ⁶. In de gezondheidsnota 'Preventief

verbinden 2012-2015' neemt de preventie en het terugdringen van diabetes in Amsterdam een belangrijke positie in ⁴. De afgelopen jaren heeft de gemeente Amsterdam met programma's als het 'Stedelijk Diabetes Preventie Programma' en 'Diabetes Voorkomen' uitvoering gegeven aan het diabetesbeleid ⁴. Daarnaast is voor de bestrijding van diabetes het terugdringen van de 'overgewichtepidemie' van groot belang ⁶. Daarom zet de gemeente in de toekomst versterkt in op de bevordering van een gezonde leefstijl van Amsterdammers, met voldoende lichaamsbeweging en een gezonde voeding.

Hoe is het aantal mensen met diabetes bepaald?

In de vragenlijst van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 zijn vragen gesteld over het voorkomen van diabetes bij respondenten. Alleen iemand die aangaf 'suikerziekte' te hebben en hiervoor in het voorgaande jaar onder behandeling of controle van een arts stond, wordt gezien als diabetespatiënt. De cijfers die wij hier presenteren gaan alleen over zelfgerapporteerde diabetes door mensen die weten dat zij deze aandoening hebben.

Diabetes

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

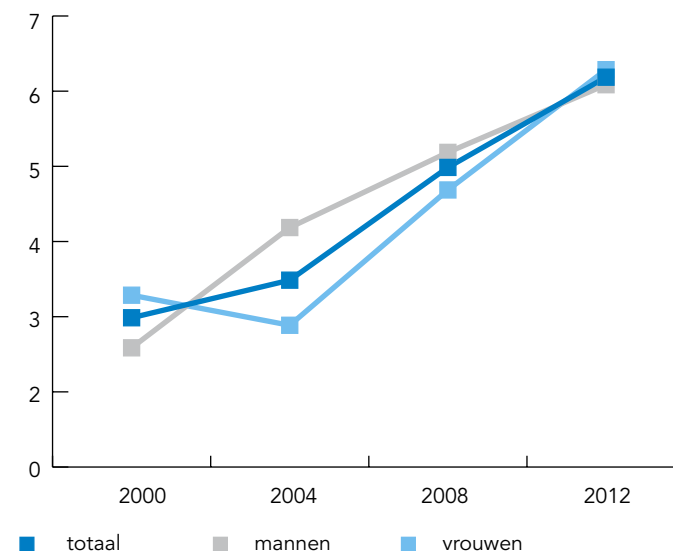
Diabetes

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met diabetes (%)

Amsterdam	6,2
geslacht	
mannen	6,1
vrouwen	6,3
leeftijd	
19-34	0,9
35-44	1,7
45-54	5,4
55-64	14,8
65-74	18,4
75+	18,9
mannen	
19-34	1,1
35-64	5,8
65+	19,9
vrouwen	
19-34	0,7
35-64	6,9
65+	17,6

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

Figuur 1: Trends in diabetes in Amsterdam naar geslacht, 2000-2012 (%)



Aantal diabetespatiënten in Amsterdam verdubbeld

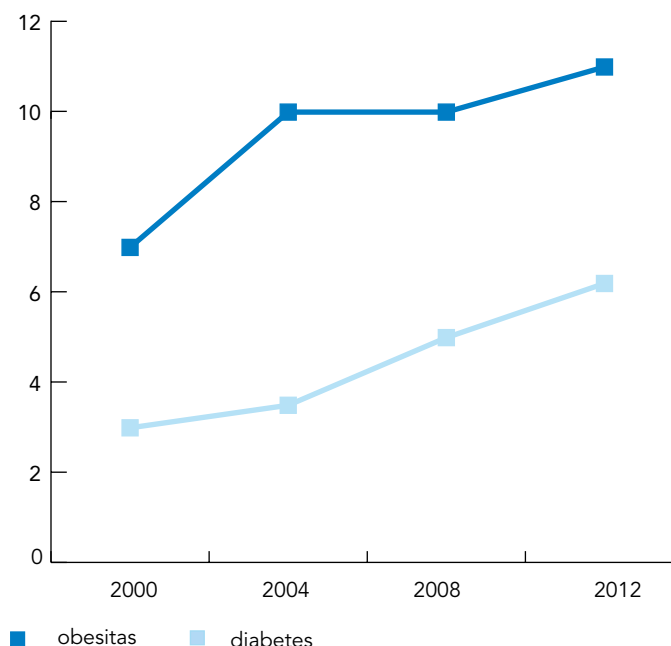
Het aandeel mensen met diabetes is in de afgelopen jaren voortdurend gestegen. Sinds 2000 is het aantal Amsterdammers met diabetes zelfs verdubbeld (figuur 1). Ook in de rest van Nederland is een toename in het aantal diabetespatiënten te zien⁸. Een deel van deze stijging komt doordat meer mensen zich bewust zijn van het risico op diabetes, vooral artsen. Hierdoor worden diabetespatiënten eerder opgespoord⁸. Daarnaast komen er door de vergrijzing van de bevolking steeds meer mensen met diabetes bij. Leefstijl en overgewicht, met name obesitas, spelen echter ook een belangrijke rol. Deze samenhang is terug te zien in (figuur 2). De toename in het aantal diabetespatiënten in Amsterdam gaat gelijk op met het groeiende probleem van

Diabetes

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Diabetes

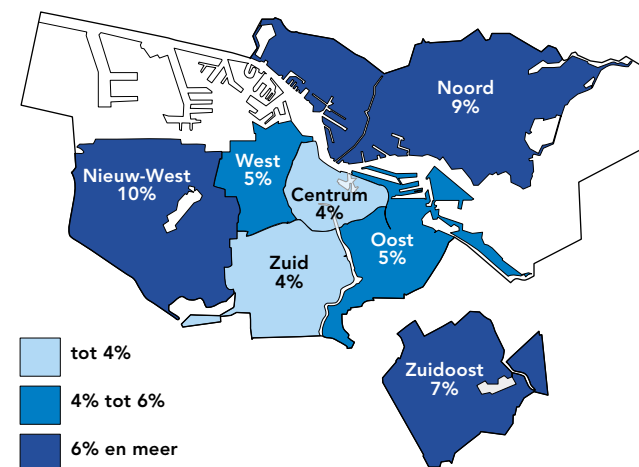
Figuur 2: Trends in diabetes en obesitas in Amsterdam, 2000-2012 (%)



Meer diabetes in Nieuw-West en Noord

De Amsterdamse cijfers verschillen niet van die van Nederland, ook niet van de andere grote steden. Binnen Amsterdam zijn er wel verschillen (figuur 3). In Nieuw-West (10%) en Noord (9%) wonen relatief veel diabetespatiënten. De verschillen tussen de stadsdelen zijn vrijwel geheel te verklaren door verschillen in achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, inkomen, opleiding, werksituatie en herkomstgroep. Ook de aandachtswijken staan er slechter voor dan de andere wijken: diabetes komt hier bijna twee keer zo vaak voor (9% versus 5%). Deze verschillen kunnen maar voor een klein deel worden verklaard door verschillen in de bevolkingssamenstelling.

Figuur 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met diabetes naar stadsdeel (%)



Welke bevolkingsgroepen zijn het kwetsbaarst?

Diabetes ontwikkelt zich in de loop van het leven. Het aantal Amsterdammers met diabetes neemt dan ook toe met de leeftijd (tabel 1). Mensen zonder betaald werk hebben vaker diabetes dan mensen die wel betaald werk hebben. Vooral arbeidsongeschikte Amsterdammers zijn relatief vaak diabetespatiënt (21%). Ook tussen de verschillende opleidingsniveaus zien we grote verschillen (tabel 2). Mensen met het laagste opleidingsniveau (18%) hebben aanzienlijk vaker diabetes dan mensen met een hoog opleidingsniveau (2%). Zelfs als we rekening houden met verschillen in leeftijd en herkomst blijven deze verschillen duidelijk zichtbaar.

Diabetes

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Diabetes

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met diabetes naar sociaaleconomische kenmerken (%)

opleiding	*
laagst	18,2
laag	12,2
midden	4,4
hoog	1,9
betaald werk ¹	*
nee	9,3
ja	2,4

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

¹ tot 65 jaar

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met diabetes naar herkomst (%)

herkomst	*
Nederland	5,2
Marokko	12,3
Turkije	9,5
Suriname	11,3
ov. niet-westers	5,5
ov. westers	3,0

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

Niet-westerse Amsterdammers vaker diabetes

Diabetes komt relatief veel voor onder Marokkaanse (12%), Surinaamse (11%) en Turkse (10%) Amsterdammers (tabel 3). Hoewel we in de totale Amsterdamse bevolking geen verschillen zien tussen mannen en vrouwen, zien we dit wel onder Surinaamse Amsterdammers. Vrouwen (15%) hebben in deze groep vaker diabetes dan mannen (7%). Ook in de Turkse groep zien we een vergelijkbaar patroon, maar het verschil tussen mannen (8%) en vrouwen (12%) is daar minder groot. Onder Marokkaanse Amsterdammers komt diabetes zowel onder mannen (10%) als vrouwen (14%) relatief veel voor.

Kleine verbeteringen leefstijl: groot effect

Van de volwassen Amsterdammers heeft 11% ernstig overgewicht, onder diabetespatiënten is dit aandeel met 42% veel hoger. Het terugdringen van overgewicht in combinatie met voldoende lichaamsbeweging kan de toename van het aantal diabetespatiënten tegengaan. Kleine veranderingen kunnen een groot effect hebben ¹⁵. Maar ook onder mensen die al diabetes hebben, levert het bestrijden van overgewicht gezondheidswinst op. Een geringe gewichtsafname van 5 tot 10% levert bij diabetespatiënten met overgewicht aanzienlijke gezondheidsverbeteringen op ¹⁶.

Hart- en vaatziekten

Joanne Ujcic-Voortman, onderzoeker

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Hart- en vaatziekten

- Ruim 25.000 Amsterdammers lijden aan hart- en vaatziekten; bijna drie keer zo veel Amsterdammers hebben een hoge bloeddruk, een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten.
- Inwoners van de aandachtswijken hebben vaker hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk dan andere Amsterdammers.
- Het terugdringen van roken en overgewicht, maar ook het vroegtijdig opsporen en behandelen van een hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte en diabetes staan centraal bij het bestrijden van hart- en vaatziekten.

Ruim 25.000 Amsterdammers hart- en vaatziekten

In Amsterdam wonen ruim 25.000 mensen die voor hart- en vaatziekten onder behandeling of controle van een arts staan; dit is 4% van de volwassen bevolking. Mannen lijden vaker aan hart- en vaatziekten dan vrouwen, met name aan coronaire hartziekten (hartinfarct) (tabel 1).

Hart- en vaatziekten belangrijke doodsoorzaak

Hoewel de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten in de afgelopen decennia flink is gedaald, stierven er in 2011 nog steeds ruim 38.000 Nederlanders aan hart- en vaatziekten¹⁷. Hiermee vormen zij na kanker de belangrijkste doodsoorzaak, in heel Nederland, maar ook in Amsterdam¹⁸. Hart- en vaatziekten drukken een groot stempel op de ziektelast. De zorgkosten die hiermee gepaard gaan, zijn hoog. In 2007 werd landelijk bijna 7 miljard euro besteed aan hart- en vaatziekten¹⁹. Naast roken zijn een hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte, diabetes en overgewicht de voornaamste risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Wat doet Amsterdam?

De gemeente Amsterdam investeert veel in het terugdringen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten en een hoge bloeddruk, samen met zorginstellingen en verzekeraars. Maatregelen om roken te ontmoedigen, een

behouden en het bevorderen van een algehele gezonde leefstijl staan hierbij centraal⁴.

Hoe is het aantal mensen met hart- en vaatziekten bepaald?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is aan respondenten gevraagd of zij hart- en vaatziekten hebben (gehad). Hart- en vaatziekten kunnen we grofweg opdelen in drie categorieën: cerebrovasculaire aandoeningen (beroerte, hersenbloeding, herseninfarct), coronaire hartziekten (hartinfarct) en overige hartaandoeningen (angina pectoris, hartfalen). Iemand die in het voorgaande jaar voor één van deze aandoeningen onder behandeling of controle van een arts stond, wordt gezien als hart- en vaatziektenpatiënt. Hetzelfde geldt voor een hoge bloeddruk.

De gepresenteerde cijfers gaan alleen over zelfgerapporteerde hart- en vaatziekten en hoge bloeddruk door mensen die weten dat zij een van deze aandoeningen hebben.

Hart- en vaatziekten

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk (%)

	hart- en vaatziekten				hoge bloeddruk
	totaal hart- en vaatziekten	cerebrovasculaire aandoeningen	hartinfarct	andere ernstige hartaandoeningen	
Amsterdam	4,1	1,1	1,7	2,2	12,1
geslacht	*		*		
mannen	4,7	1,2	2,3	2,3	11,2
vrouwen	3,5	1,0	1,2	2,1	12,9
leeftijd	*	*	*	*	*
19-34	0,3	0,1	-	0,2	0,9
35-44	1,6	-	0,6	0,9	5,2
45-54	3,6	1,1	1,7	1,7	13,7
55-64	6,1	1,8	2,6	3,4	27,4
65-74	12,9	3,5	5,6	7,3	32,9
75+	19,3	6,0	8,9	10,5	41,1
mannen	*	*	*	*	*
19-34	0,4	-	-	-	0,8
35-64	4,1	0,7	2,0	2,1	12,7
65+	17,9	5,8	9,2	8,6	33,5
vrouwen	*	*	*	*	*
19-34	0,3	-	-	-	1,0
35-64	2,8	1,0	0,9	1,6	14,9
65+	13,7	3,5	5,2	8,6	38,5

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

- niet bekend vanwege te kleine aantallen

Een van de acht Amsterdammers hoge bloeddruk

Een hoge bloeddruk komt relatief vaak voor; ruim 71.000 Amsterdammers (12%) staan hiervoor onder behandeling of controle van een arts. Niet iedereen met een hoge bloeddruk weet dit of wordt hiervoor behandeld ²⁰. Het daadwerkelijke aantal zal daarom waarschijnlijk nog hoger liggen.

Leeftijd een bepalende factor

Hoe ouder mensen worden, hoe hoger hun risico op hart- en vaatziekten. Het is dan ook niet verrassend dat het aantal hart- en vaatziektenpatiënten het hoogst is in de oudste leeftijdsgroep (tabel 1). Vanaf ongeveer 45 jaar stijgt het aandeel mensen met hart- en vaatziekten het sterkst. Maar liefst driekwart van alle hart- en vaatziektenpatiënten is ouder

Hart- en vaatziekten

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Hart- en vaatziekten

dan 55 jaar. Voor een hoge bloeddruk zien we dit leeftijdseffect ook; 70% van alle mensen met een hoge bloeddruk is ouder dan 55 jaar.

Omdat weduwen/weduwnaren meestal ouder zijn, komen hart- en vaatziekten relatief vaak voor onder mensen die hun echtgenoot hebben verloren (13%) en alleen wonen (6%). Hart-

en vaatziekten komen ook meer voor onder mensen met een lager opleidingsniveau dan onder mensen die hoger opgeleid zijn (tabel 2). Verder hebben Amsterdammers zonder betaald werk vaker hart- en vaatziekten. Dit hangt samen met het feit dat hart- en vaatziektenpatiënten ook vaker arbeidsongeschikt zijn.

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	hart- en vaatziekten				hoge bloeddruk
	totaal hart- en vaatziekten	cerebrovasculaire aandoeningen	hartinfarct	andere ernstige hartaandoeningen	
opleiding	*	*	*	*	*
laagst	9,1	2,8	4,5	4,5	24,4
laag	8,0	1,9	3,6	4,4	23,2
midden	3,8	1,0	1,5	2,0	11,3
hoog	1,7	0,4	0,6	1,1	6,1
inkomen¹	*	*	*	*	*
maximaal 15.200	4,7	1,5	2,6	2,2	11,9
15.200 - 19.400	6,5	1,9	2,6	3,3	15,2
19.400 - 24.200	4,9	1,2	1,6	3,4	13,0
24.200 - 31.000	3,2	0,8	1,3	1,7	13,7
minimaal 31.000	2,3	0,6	0,9	1,2	9,1
betaald werk²	*	*	*	*	*
nee	5,2	1,6	2,3	2,7	15,7
ja	1,2	0,2	0,4	0,7	6,0

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Hart- en vaatziekten

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Hart- en vaatziekten

Turkse Amsterdammers vaker hart- en vaatziekten

Turkse Amsterdammers (7%) hebben relatief vaak hart- en vaatziekten (tabel 3). Ook ander onderzoek laat zien dat deze groep vaker in het ziekenhuis opgenomen wordt voor hart- en vaatziekten dan andere etnische groepen ²¹. Een

hoge bloeddruk komt met name voor onder Surinaamse Amsterdammers. Dit komt overeen met resultaten van eerder onderzoek ²².

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk naar demografische kenmerken (%)

	hart- en vaatziekten				hoge bloeddruk
	totaal hart- en vaatziekten	cerebrovasculaire aandoeningen	hartinfarct	andere ernstige hartaandoeningen	
herkomst					*
Nederland	4,2	1,2	1,8	2,3	11,5
Marokko	3,2	-	1,5	1,2	15,4
Turkije	6,7	0,7	3,5	4,0	12,2
Suriname	4,6	2,3	2,0	1,7	19,7
ov. niet-westers	3,6	0,8	1,5	2,6	9,6
ov. westers	3,3	0,7	1,1	2,0	9,7
burgerlijke staat	*	*	*	*	*
gehuwd, samenwonend	3,9	0,9	1,7	2,1	12,8
ongetrouwd	1,6	0,3	0,5	1,0	5,9
gescheiden	8,2	2,5	4,1	4,2	20,8
weduwe, weduwnaar	13,4	4,8	5,6	7,7	37,0
huishoudsamenstelling	*	*	*	*	*
2-oudergezin ¹	2,2	-	1,1	1,2	6,7
1-oudergezin ¹	2,0	-	-	-	8,8
alleenwonend	5,8	1,8	2,8	3,1	16,0
overig	3,8	0,9	1,4	2,2	12,2

*significant verschil (p<0,05)

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Hart- en vaatziekten

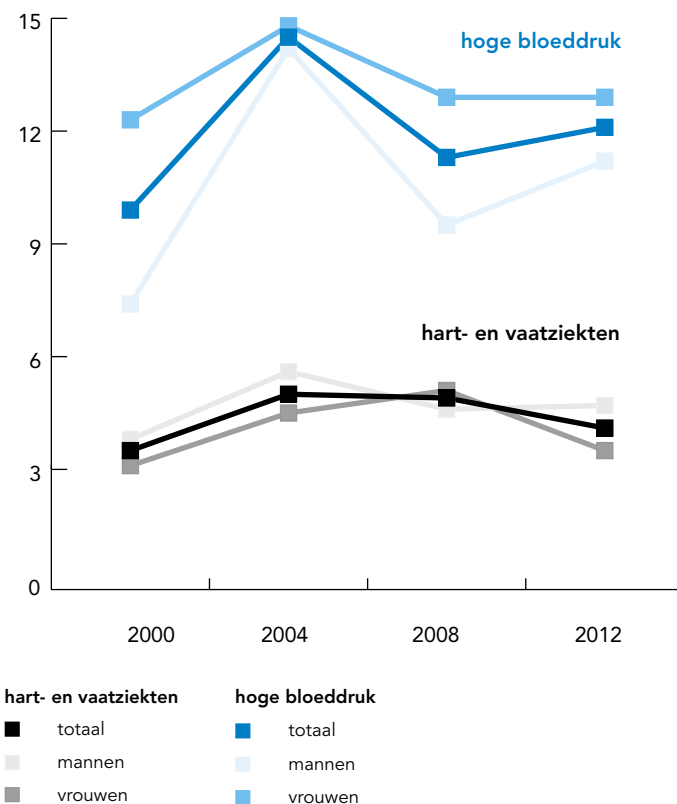
Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Hart- en vaatziekten

Aantal hart- en vaatziektenpatiënten vrij stabiel

Het aandeel Amsterdammers met hart- en vaatziekten is door de jaren heen vrij stabiel (figuur 1). Vergeleken met 2008 is onder vrouwen een lichte daling in het voorkomen van hart- en vaatziekten te zien. Het aandeel Amsterdammers met een hoge bloeddruk is ten opzichte van 2008 onveranderd.

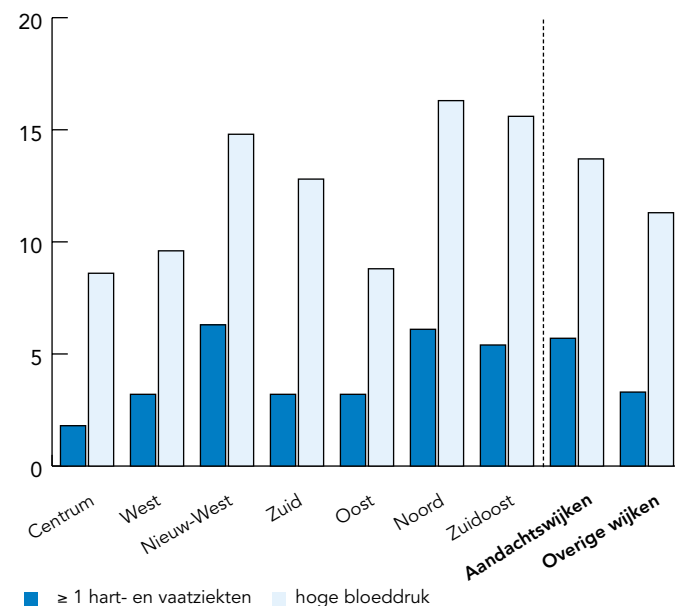
Figuur 1: Trends in hart- en vaatziekten en hoge bloeddruk in Amsterdam naar geslacht, 2000-2012 (%)



Meer hart- en vaatziekten in aandachtswijken

In de aandachtswijken komen hart- en vaatziekten (6%) en een hoge bloeddruk (14%) vaker voor dan in de andere wijken in Amsterdam (resp. 3% en 11%). In de stadsdelen Noord, Nieuw-West en Zuidoost zien we eveneens relatief veel mensen met hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk (figuur 2). Een hoge bloeddruk komt daarnaast relatief vaak voor in stadsdeel Zuid.

Figuur 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met hart- en vaatziekten of een hoge bloeddruk naar stadsdeel en wijk (%)



Hart- en vaatziekten

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Hart- en vaatziekten

Hoe zijn deze verschillen te verklaren? Zij hangen samen met verschillen in bevolkingsopbouw zoals leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen en werksituatie tussen de stadsdelen. Deze factoren vormen echter geen volledige verklaring voor het feit dat hart- en vaatziekten en een hoge bloeddruk vaker voorkomen in de aandachtswijken dan in de overige wijken in Amsterdam. Mogelijk spelen andere factoren hier een rol.

Minder hart- en vaatziekten dan elders

Hart- en vaatziekten komen in Amsterdam iets minder vaak voor dan elders in het land, ook minder vaak dan in de andere grote steden (tabel 4). Ook is het aandeel mensen met een hoge bloeddruk in Amsterdam lager dan gemiddeld in Nederland en de andere grote steden.

Gedragsverandering en vroegtijdige opsporing

Mensen met een hoge bloeddruk en diabetes lopen een groter risico om hart- en vaatziekten te krijgen. Amsterdammers met hart- en vaatziekten hebben vijf keer zo vaak diabetes als Amsterdammers zonder hart- en vaatziekten (29% vs. 5%) en vier keer zo vaak een hoge bloeddruk (49% vs. 11%). Ook zijn zij vaak te zwaar: 69% vs. 39% zonder hart- en vaatziekten. Het vroegtijdig opsporen en behandelen van deze risicofactoren kan het vóórkomen van hart- en vaatziekten terugdringen. Het bestrijden van roken en overgewicht zijn hierin een belangrijke troef

Tabel 4: Vergelijking van hart- en vaatziekten en hoge bloeddruk in Amsterdam met G4 en Nederland (%)

	hart- en vaatziekten				
	totaal hart- en vaatziekten	cerebrovasculaire aandoeningen	hartinfarct	andere ernstige hartaandoeningen	hoge bloeddruk
Amsterdam	4,1	1,1	1,7	2,2	12,1
G4	4,5	1,4	2,0	2,2	12,9
Nederland	-	1,4	2,2	2,1	15,2

- niet bekend

Overgewicht

Henriëtte Dijkshoorn, onderzoeker

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Overgewicht

- **245.000 volwassen Amsterdammers zijn te zwaar, 70.000 van hen hebben ernstig overgewicht (obesitas). Ruim de helft van de inwoners met overgewicht is van plan om binnenkort te gaan afvallen.**
- **Hoogrisicogroepen voor overgewicht zijn 55-plussers, laagopgeleiden en Surinaamse, Turkse en Marokkaanse Amsterdammers.**
- **Gunstig: de stijging, die we tot 2008 zagen, lijkt een halt te zijn toegeroepen.**

Vier van de tien Amsterdammers te zwaar

Van alle Amsterdammers heeft 28% matig overgewicht en 11% obesitas (tabel 1). Mannen hebben vaker overgewicht dan vrouwen. Matig overgewicht komt onder mannen vaker voor dan onder vrouwen, maar vrouwen hebben vaker obesitas. Overgewicht neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Opvallend: in de leeftijdsgroep van 35 t/m 44 jaar (42%) komt overgewicht twee keer zo vaak voor als onder 19 t/m 34 jarigen (21%).

Overgewicht en obesitas; groot volksgezondheidsprobleem

Bij overgewicht en obesitas is sprake van een te grote opeenhoping van vet in het lichaam. Dit kan de gezondheid negatief beïnvloeden ²³. Vooral ernstig overgewicht, ofwel obesitas, verhoogt de kans op chronische aandoeningen. Denk hierbij aan diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsstelsel. Ook kan het een negatief effect hebben op het psychisch welbevinden. Daarnaast zijn er maatschappelijke en economische gevolgen, bijvoorbeeld door arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim, maar ook door de zorgkosten ²⁴.

Hoe ontstaat overgewicht?

Overgewicht is het gevolg van een ingewikkeld samenspel van genetische, biologische, sociale en omgevingsfactoren. Maar de belangrijkste oorzaak is een combinatie van een te hoge energie-inname via de voeding en een te laag energieverbruik door lichamelijke activiteit ²⁵.

Wat doet Amsterdam?

In Amsterdam krijgt de preventie van overgewicht en obesitas veel aandacht; vooral gericht op de jeugd en op kwetsbare volwassenen ⁴. Ook staat dit onderwerp hoog op de landelijke agenda, als één van de speerpunten in de landelijke nota 'Gezondheid, dichtbij' (2011) ¹⁰.

Hoe zijn overgewicht en obesitas gemeten?

Overgewicht wordt meestal in kaart gebracht aan de hand van de verhouding tussen iemands lengte en gewicht. Deelnemers aan de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 hebben hun lengte en gewicht ingevuld. De BMI (Body Mass Index) is berekend door het lichaamsgewicht (in kg) te delen door het kwadraat van de lichaamslengte (in m).

BMI wordt vaak in vier categorieën ingedeeld:

1. ondergewicht (BMI < 18,5 kg/m²)
2. normaal gewicht (18,5 ≤ BMI < 25 kg/m²)
3. matig overgewicht (25 ≤ BMI < 30 kg/m²)
4. ernstig overgewicht (obesitas) (BMI ≥ 30 kg/m²)

Overgewicht

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Overgewicht

Tabel 1: Overgewicht bij Amsterdammers van 19 jaar en ouder (%)

	matig overgewicht	obesitas	overgewicht (incl. obesitas)
Amsterdam	28,4	11,3	39,7
geslacht	*	*	*
mannen	34,3	9,3	43,6
vrouwen	22,7	13,2	35,9
leeftijd	*	*	*
19-34	16,5	4,9	21,4
35-44	31,6	10,9	42,4
45-54	33,6	14,3	47,9
55-64	37,7	19,5	57,2
65-74	39,8	17,3	57,2
75+	37,2	15,8	53,1
mannen	*	*	*
19-34	21,7	4,0	25,7
35-64	40,1	11,6	51,7
65+	43,2	13,7	56,8
vrouwen	*	*	*
19-34	12,0	5,6	17,6
35-64	27,1	17,3	44,4
65+	35,2	19,2	54,4

*significant verschil (p<0,05)

Grote bereidheid om af te vallen

Meer dan de helft van de Amsterdammers met overgewicht (57%) is van plan om binnenkort af te vallen. Een derde van de mensen die wil afvallen, wil daarbij hulp ontvangen. Onder Amsterdammers met obesitas zijn deze percentages nog hoger: 70% is van plan om te gaan afvallen en 48% van hen wil daarbij hulp.

Laagopgeleiden vaker overgewicht

Er is in Amsterdam een groot verschil in het voorkomen van overgewicht (incl. obesitas) tussen laag- en hoogopgeleiden (65% versus 29%) (tabel 2). Dit is een beeld dat algemeen in ons land voorkomt. Ook andere sociaaleconomische kenmerken hangen samen met overgewicht. Van de laagste inkomenscategorie is 40% te zwaar, terwijl dat geldt voor 34% van de hoogste inkomenscategorie. En van de 19 t/m 64 jarige Amsterdammers met een betaalde baan heeft 33% overgewicht, tegenover 48% van de Amsterdammers zonder betaald werk.

Tabel 2: Overgewicht (incl. obesitas) bij Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken (%)

opleiding	*
laagst	65,2
laag	55,6
midden	39,3
hoog	28,6
inkomen¹	*
maximaal 15.200	39,9
15.200 - 19.400	45,3
19.400 - 24.200	43,4
24.200 - 31.000	38,5
minimaal 31.000	34,1
betaald werk²	*
nee	48,3
ja	33,2

*significant verschil (p<0,05)

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Overgewicht

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Overgewicht

Andere risicogroepen

Amsterdammers van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse herkomst hebben vaker overgewicht en obesitas dan Nederlandse Amsterdammers (tabel 3). Verder komt overgewicht iets vaker voor onder Amsterdammers met thuiswonende kinderen tot 18 jaar dan onder Amsterdammers met een andere huishoudsamenstelling.

Tabel 3: Overgewicht (incl. obesitas) bij Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar demografische kenmerken (%)

herkomst	*
Nederland	34,5
Marokko	60,4
Turkije	60,2
Suriname	53,4
ov. niet-westers	41,6
ov. westers	31,9
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	42,7
1-oudergezin ¹	44,1
alleenwonend	39,9
overig	36,6

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

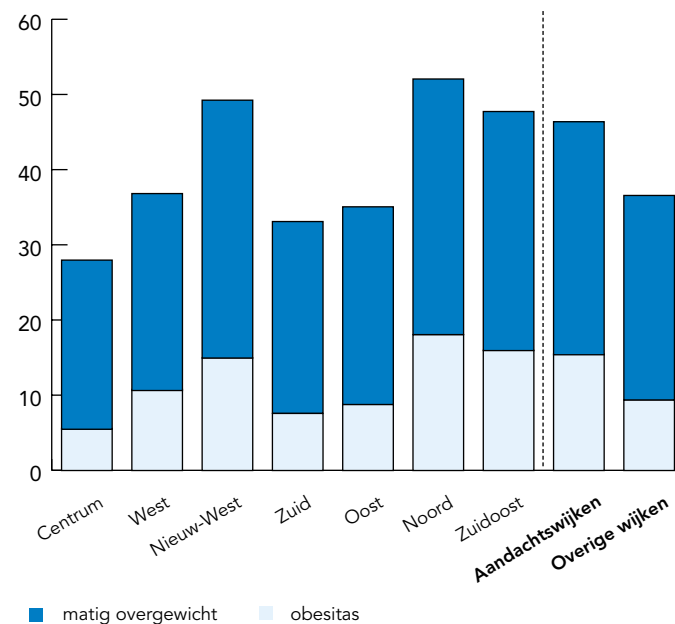
¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Veel overgewicht in Noord, Nieuw-West en Zuidoost

Het percentage Amsterdammers met matig overgewicht en obesitas verschilt tussen de stadsdelen. De laagste cijfers vinden we in stadsdeel Centrum: 22% heeft matig overgewicht en 6% obesitas. Noord scoort het ongunstigst: 34% heeft matig overgewicht en 18% is obees (figuur 1). Verder komen matig en ernstig overgewicht in de aandachtswijken vaker voor dan in de overige Amsterdamse wijken, vooral onder vrouwen (47% versus 31%). Bij mannen is er geen verschil in

overgewicht tussen de aandachtswijken en de overige wijken. Is er een verklaring voor de verschillen tussen stadsdelen en wijken? Ja, deze hangen grotendeels samen met verschillen in bevolkingssamenstelling naar geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status en herkomst.

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met overgewicht of obesitas naar stadsdeel (%)



Overgewicht

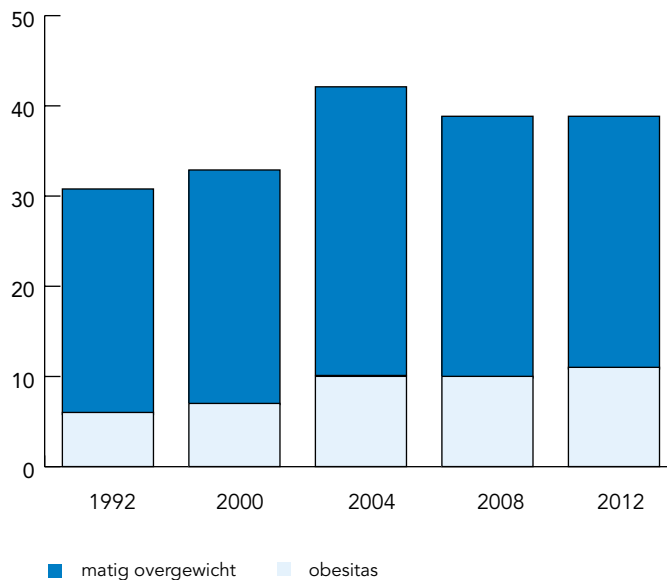
Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Overgewicht

Cijfer overgewicht lijkt stabiel

In de afgelopen decennia is het aandeel Nederlanders met overgewicht sterk toegenomen. Ook in Amsterdam steeg dit percentage van 31% in 1992 naar 42% in 2004. Sindsdien is het percentage gestabiliseerd, zowel landelijk als in Amsterdam. Ook nu zien we dit: het aandeel Amsterdammers met overgewicht was in 2008 en in 2012 even groot (40%) (figuur 2). Ook de percentages binnen hoogrisicogroepen zijn vrijwel gelijk gebleven.

Figuur 2: Trends in overgewicht en obesitas in Amsterdam, 1992-2012 (%)



Amsterdam scoort gunstig

In vergelijking met heel Nederland (48%) hebben Amsterdammers (40%) minder vaak overgewicht (inclusief obesitas). Ook obesitas komt in Amsterdam iets minder vaak voor. Wat blijkt verder? Zowel overgewicht als obesitas komen in Amsterdam minder vaak voor dan in de overige grote steden. De jonge bevolkingsopbouw met een grote groep 20 t/m 44 jarigen in Amsterdam verklaart de relatief gunstige positie van onze stad gedeeltelijk (tabel 4).

Tabel 4: Overgewicht en obesitas in Amsterdam vergeleken met G4 en Nederland (%)

	overgewicht (incl. obesitas)	obesitas
Amsterdam	39,7	11,3
G4	44,0	12,7
Nederland	48,3	12,7

Multimorbiditeit

Frank Hazeleger, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Multimorbiditeit

- Ruim 190.000 zelfstandig wonende Amsterdammers hebben meer dan één chronische aandoening. Dat is bijna een derde van de Amsterdamse bevolking.
- Multimorbiditeit komt vaker voor bij ouderen, laagopgeleiden en vrouwen met een niet-westerse herkomst.
- Inwoners met multimorbiditeit hebben vaak te maken met meerdere zorgverleners. De zorg en ondersteuning moet toegankelijk en goed op elkaar afgestemd zijn. De wijkzorgteams kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Multimorbiditeit stijgt naarmate de leeftijd toeneemt

Bijna één op de drie Amsterdammers rapporteert dat men in het afgelopen jaar meer dan één chronische ziekte heeft gehad. Dat zijn ruim 190.000 Amsterdammers. Dit is vergelijkbaar met de andere grote steden. Er zijn meer vrouwen met meer dan één chronische ziekte dan mannen. Multimorbiditeit stijgt naarmate de leeftijd toeneemt en komt onder ouderen veelvuldig voor (tabel 1). Zo heeft 55% van de 65 t/m 74 jarigen en 68% van de Amsterdammers van 75 jaar en ouder meer dan één chronische ziekte. Bijna driekwart van de 75-plussers voelt zich door hun chronische aandoening belemmerd in hun dagelijkse bezigheden.

Wat is multimorbiditeit?

Multimorbiditeit is de algemene term voor het optreden van meer dan één (chronische) ziekte in één individu tijdens een bepaalde periode ²⁶. Chronische ziekten, multimorbiditeit in het bijzonder, hebben een negatief effect op de kwaliteit van leven ^{27,28}.

Wat doet de gemeente Amsterdam?

De komende jaren zijn er veel veranderingen in de langdurige zorg. De gemeenten krijgen meer verantwoordelijkheden. Het beleid van de gemeente Amsterdam is er op gericht welzijn en zorg in de wijken te organiseren. Daarvoor komen er wijkzorgteams. Hierin werken mantelzorgers, vrijwilligers, maatschappelijke dienstverlening en de eerstelijns samen ⁴. Mensen met multimorbiditeit hebben vaak te maken met meerdere zorgverleners. Goede samenwerking in de wijk kan de zorg aan hen verbeteren ²⁹.

Hoe is multimorbiditeit gemeten?

Van 20 chronische aandoeningen is in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 gevraagd of men deze in het afgelopen jaar heeft gehad. Het gaat bijvoorbeeld om aandoeningen aan het bewegingsapparaat, hart- en bloedvaten, suikerziekte, kanker, migraine, luchtweg-, en huidaandoeningen. Ook is nagevraagd in welke mate men belemmerd wordt bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden door deze aandoening(en): niet, licht of sterk belemmerd. De Amsterdamse Gezondheidsmonitor is uitgevoerd onder zelfstandig wonende Amsterdammers. De cijfers geven daarom een onderschatting van het voorkomen van multimorbiditeit.

Multimorbiditeit

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Multimorbiditeit

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met chronische aandoeningen en belemmeringen in het dagelijkse leven (%)

	≥ 2 chronische aandoeningen	belemmerd in dagelijkse bezigheden ¹
Amsterdam	32,0	64,0
geslacht	*	*
mannen	27,3	57,8
vrouwen	36,4	68,8
leeftijd	*	*
19-34	14,1	54,6
35-44	26,4	58,6
45-54	37,4	70,7
55-64	51,2	70,1
65-74	54,6	64,6
75+	68,3	74,4
mannen	*	*
19-34	10,8	45,0
35-64	31,5	61,8
65+	53,0	60,9
vrouwen	*	*
19-34	16,9	61,2
35-64	42,1	70,2
65+	66,2	74,9

*significant verschil (p<0,05)

¹ Amsterdammers met tenminste 1 chronische aandoening

Van alle Amsterdammers met een chronische aandoening voelt 64% zich hierdoor belemmerd in de dagelijkse bezigheden (tabel 1), net als in 2008 (65%). Dat is iets minder dan in de andere grote steden (66%).

Veel multimorbiditeit in laagste opleidingscategorie

Multimorbiditeit komt aanzienlijk vaker voor bij de laagst opgeleide Amsterdammers (63%) dan bij hoogopgeleide inwoners (19%). Dit verschil blijft aanwezig wanneer er rekening gehouden wordt met leeftijd, geslacht en sociaaleconomische factoren zoals het inkomensniveau en het hebben van betaald werk. De mate waarin men door een chronische aandoening in de dagelijkse bezigheden wordt belemmerd, is groter bij de laagst opgeleide Amsterdammers (79%) dan bij de hoogst opgeleiden (54%) (tabel 2).

Meer multimorbiditeit onder Turkse vrouwen

Van de Amsterdammers van Nederlandse en westerse herkomst rapporteert ongeveer een kwart meer dan één chronische aandoening. Bij Amsterdammers met een andere herkomst is dat bijna de helft (tabel 3). Binnen deze bevolkingsgroepen rapporteren met name vrouwen meer dan één chronische aandoening. De percentages variëren van 52% onder Surinaamse vrouwen tot 55% onder Marokkaanse en 65% onder Turkse vrouwen.

Ook jongvolwassenen ervaren belemmeringen

Ten opzichte van de 75-plussers heeft de jongste leeftijdscategorie, 19 t/m 34 jaar, bijna vijf keer minder last van multimorbiditeit (14%). Maar in deze jongste leeftijdscategorie is toch meer dan de helft (55%) van de mensen met minstens één chronische aandoening licht tot sterk belemmerd in hun dagelijkse bezigheden. Jonge vrouwen met een chronische aandoening voelen zich vaker belemmerd dan jonge mannen.

Multimorbiditeit

Gezondheid en lichamelijke
aandoeningen

Multimorbiditeit

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met chronische aandoeningen en belemmeringen in het dagelijkse leven naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	≥ 2 chronische aandoeningen	belemmerd in dagelijkse bezigheden ¹
opleiding	*	*
laagst	62,7	78,9
laag	50,8	72,4
midden	31,2	63,1
hoog	18,6	53,7
inkomen²	*	*
maximaal 15.200	36,5	73,3
15.200 - 19.400	42,6	69,9
19.400 - 24.200	33,4	69,3
24.200 - 31.000	31,4	58,5
minimaal 31.000	21,3	50,1
betaald werk³	*	*
nee	44,9	76,6
ja	21,4	55,7

*significant verschil (p<0,05)

¹ Amsterdammers met tenminste 1 chronische aandoening

² besteedbaar huishoudinkomen in €

³ tot 65 jaar

Multimorbiditeit

Gezondheid en lichamelijke
aandoeningen

Multimorbiditeit

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met chronische aandoeningen en belemmeringen in het dagelijkse leven naar demografische kenmerken (%)

	≥ 2 chronische aandoeningen	belemmerd in dagelijkse bezigheden ¹
herkomst	*	*
Nederland	27,3	61,7
Marokko	48,1	78,2
Turkije	50,5	74,3
Suriname	45,3	63,7
ov. niet-westers	30,9	68,8
ov. westers	26,2	56,0
burgerlijke staat	*	*
gehuwd, samenwonend	30,6	59,0
ongehuwd	23,3	65,7
gescheiden	51,7	72,7
weduwe, weduwnaar	67,8	78,9
huishoudsamenstelling	*	*
2-oudergezin ²	24,6	62,3
1-oudergezin ²	36,5	64,3
alleenwonend	39,8	72,0
overig	29,3	59,5

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

¹ Amsterdammers met tenminste 1 chronische aandoening

² met thuiswonende minderjarige kinderen

Stadsdelen en achterstandswijken

Het aandeel Amsterdammers met multimorbiditeit verschilt tussen stadsdelen. Het percentage varieert van 23% in stadsdeel Centrum tot circa 40% in Zuidoost en Noord (figuur 1). Ook het aandeel chronisch zieken dat zich licht of sterk belemmerd voelt door een chronische aandoening loopt uiteen van 56% in stadsdeel Centrum tot 72% in Noord. In aandachtswijken rapporteert 38% van de bewoners meer dan één chronische aandoening tegen 29% van de mensen in de

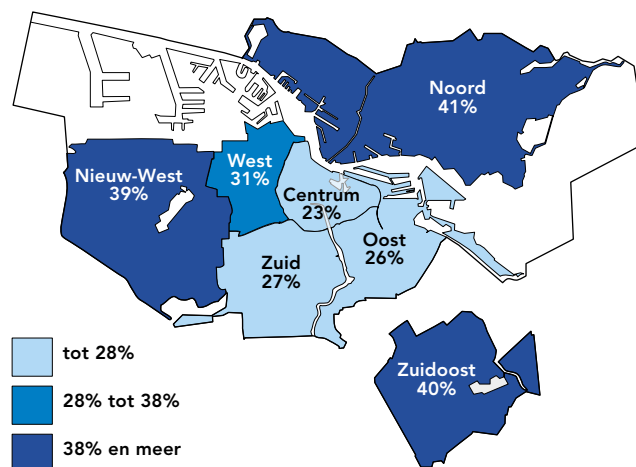
overige wijken. Dit verschil is voornamelijk te verklaren door de bevolkingssamenstelling (lage sociaaleconomische status en herkomst) in deze aandachtswijken.

Multimorbiditeit

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Multimorbiditeit

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met 2 of meer chronische aandoeningen naar stadsdeel (%)



Goede organisatie van zorg is van belang

Amsterdammers met multimorbiditeit hebben 20% meer contact gehad met de huisarts dan Amsterdammers zonder multimorbiditeit. Ouderen, laagopgeleiden, bewoners van aandachtswijken en vrouwen met een niet-westerse herkomst zijn belangrijke risicogroepen voor multimorbiditeit. Ze ervaren ook meer belemmeringen door hun ziekte. Zij zullen daardoor meer en langdurig gebruik maken van zorg. Het is belangrijk dat de verschillende vormen van zorg voor deze risicogroepen goed op elkaar zijn afgestemd om te voorkomen dat mensen bijvoorbeeld tegenstrijdige adviezen krijgen ²⁶.

Sterke samenhang met gezondheidsbeleving

De gezondheidsbeleving is een goede voorspeller van gezondheid en zorggebruik. Er is een sterke samenhang tussen gezondheidsbeleving en multimorbiditeit. Van de Amsterdammers die hun gezondheid als (zeer) slecht ervaren heeft 72% meerdere chronische aandoeningen. Bij Amsterdammers die hun gezondheid als (zeer) goed ervaren is dat 18%.

Valongevallen

Fatima El Fakiri, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Voorwoord	Gezondheidsbeleving
Inhoudsopgave	Diabetes
Uitkomsten in het kort	Hart- en vaatziekten
Gezondheid en lichamelijke aandoeningen	Overgewicht
Beperkingen in het dagelijks leven	Multimorbiditeit
Psychosociaal welbevinden	Valongevallen
Gebruik en verlenen van zorg	
Gezonde leefstijl?	
Amsterdamse leefomgeving	
Bijlagen	

- Een derde van de zelfstandig wonende 65-plussers is in de afgelopen twaalf maanden gevallen. Dit is niet veranderd ten opzichte van 2008.
- Vrouwen, 75-plussers en weduwen/weduwnaars hebben relatief vaak een valongeval en zijn vaker bang om te vallen.
- Circa vier op de tien 65-plussers loopt letsel op na een val; vrouwen vaker dan mannen.

Circa 30.000 Amsterdamse 65-plussers slachtoffer valongeval

Eén op de drie Amsterdammers van 65 jaar of ouder is in de afgelopen twaalf maanden ten minste één keer gevallen (tabel 1). Dit zijn circa 30.000 inwoners. Vijftien procent is ten minste twee keer (herhaaldelijk) gevallen in het afgelopen jaar. Tussen 2008 en 2012 is het percentage 65-plussers dat een valongeval rapporteert nauwelijks veranderd (33% versus 34%).

Vrouwen, 75-plussers en verweduwdenvallen vaker

Vrouwen lopen een groter risico op een valongeval dan mannen (tabel 1).

Waarom informatie over valongevallen?

Ouderen lopen een groot risico om te vallen. Valongevallen bij ouderen leiden vaak tot verwondingen en botbreuken, met tijdelijk of blijvend functieverlies tot gevolg. Een grote groep belandt in het ziekenhuis en een klein aantal overlijdt zelfs als gevolg van een valongeval³⁰. Mensen die regelmatig vallen hebben meer angst om te vallen en verliezen hun zelfvertrouwen. Ze gaan daardoor activiteiten mijden, vooral buitenshuis. Valongevallen bij ouderen leiden daarom niet alleen tot extra zorggebruik en hoge medische kosten, maar ook tot minder zelfredzaamheid en minder participatie³¹.

Wat doet Amsterdam om valongevallen te voorkómen?

Bepaalde factoren verhogen het risico op een valongeval, bijvoorbeeld slechte fysieke conditie, verminderd zicht en gehoor, beperkingen in mobiliteit, medicijngebruik en onveilige situaties in de woning en openbare ruimte³². Via verschillende beleidster-

Tabel 1: Valongevallen en angst om te vallen bij Amsterdammers van 65 jaar en ouder (%)

	≥ 1 keer	≥ 2 keer	angst om te vallen
Amsterdam	33,9	14,5	10,1
geslacht	*	*	*
mannen	26,7	11,8	6,8
vrouwen	39,6	16,6	12,6
leeftijd	*	*	*
65-74	30,7	11,9	6,8
75+	38,4	17,9	14,5
mannen		*	
65-74	24,3	9,6	5,9
75+	30,7	15,3	8,1
vrouwen	*	*	*
65-74	36,4	14,0	7,6
75+	43,3	19,6	18,5

*significant verschil (p<0,05)

reinen draagt de gemeente Amsterdam bij aan het voorkómen van valongevallen. Zo stimuleert ze ouderen om meer te bewegen^{33,34}. Ook zorgt de gemeente voor aanpassingen in de woning en voor de inrichting en het onderhoud van de openbare ruimte.

Hoe hebben we valongevallen in kaart gebracht?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 zijn aan 65-plussers vier vragen gesteld over valongevallen. Er is gevraagd naar het aantal valongevallen in de afgelopen twaalf maanden, de plaats van het laatste valongeval (binnenshuis of buitenshuis) en het al dan niet oplopen van letsel bij het laatste valongeval. Tot slot is gevraagd of men bang is om te vallen, omdat valangst een belangrijke risicofactor is voor valongevallen²⁷. De Amsterdamse Gezondheidsmonitor is uitgevoerd onder zelfstandig wonende Amsterdammers. De cijfers geven daarom een onderschatting van het voorkómen van valongevallen bij ouderen.

Valongevallen

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Valongevallen

Zo geeft 40% van de vrouwen aan te zijn gevallen ten opzichte van 27% van de mannen. Voor herhaaldelijk vallen zijn de percentages respectievelijk 17% en 12%. Het risico op vallen neemt toe met het stijgen van de leeftijd, vooral bij vrouwen. Van de 65 t/m 74 jarige vrouwen heeft 31% een val meegemaakt, bij de 75-plussers is dat 38%. Ook bij mannen neemt het risico op vallen toe met het ouder worden. Zo is 10% van de 65 t/m 74 jarige mannen in het afgelopen jaar twee of meer keren gevallen en 15% van de mannen van 75 jaar of ouder.

Zijn er nog andere risicogroepen? Ja, ook burgerlijke staat is van invloed (tabel 2). Weduwen/weduwnaars rapporteren relatief vaak een valpartij. Ook 65-plussers met alleen lager onderwijs vallen vaker dan hoger opgeleide 65-plussers, maar dit kan verklaard worden doordat de laagst opgeleide groep gemiddeld ouder is en vaker vrouw.

Angst om te vallen stijgt met leeftijd

Eén op de tien 65-plussers is bang om te vallen (tabel 1). De cijfers over valangst komen in het algemeen redelijk overeen met de cijfers over valongevallen. Angst om te vallen komt onder vrouwen en 75-plussers ongeveer twee keer zo vaak voor dan onder mannen en 65 t/m 74 jarigen. Wat blijkt verder? Amsterdamse 65-plussers uit de laagst opgeleide groep of met het laagste inkomen zijn vier tot zes keer zo vaak bang om te vallen als hun leeftijdsgenoten met de hoogste opleiding (20% versus 5%) of het hoogst inkomen (18% versus 3%) (tabel 3).

Tabel 2: Valongevallen en angst om te vallen bij Amsterdamers van 65 jaar en ouder naar demografische kenmerken (%)

	≥ 1 keer	≥ 2 keer	angst om te vallen
burgerlijke staat	*	*	*
gehuwd, samenwonend	28,9	12,6	7,1
ongehuwd	32,0	11,4	7,6
gescheiden	35,9	17,3	8,8
weduwe, weduwnaar	43,4	17,9	16,7
huishoudsamenstelling	*		*
1 persoonshuishouden	37,6	16,0	12,3
meerpersoons huish.	29,8	12,9	7,5

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

Valongevallen

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Valongevallen

Tabel 3: Valongevallen en angst om te vallen bij Amsterdammers van 65 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	≥ 1 keer	≥ 2 keer	angst om te vallen
opleiding			
laagst	40,4	22,8	20,2
laag	32,5	13,7	9,8
midden	35,4	14,0	6,2
hoog	31,3	9,1	4,9
inkomen¹			
maximaal 15.200	38,5	21,5	18,0
15.200 - 19.400	35,7	16,6	12,1
19.400 - 24.200	31,6	13,1	7,9
24.200 - 31.000	32,3	10,6	8,3
minimaal 31.000	30,8	8,7	2,9

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

Geen verschillen tussen stadsdelen en wijken

Inwoners van verschillende stadsdelen rapporteren vrijwel even vaak een valongeval. Het cijfer loopt uiteen van 31% in stadsdeel West tot 38% in stadsdeel Oost (figuur 1). Ook tussen de aandachtswijken en overige wijken zijn er nauwelijks verschillen. Van de 65-plussers uit de aandachtswijken heeft 35% ten minste één valongeval meegemaakt ten opzichte van 33% van de ouderen uit de overige wijken. Wel is het aandeel 65-plussers dat herhaaldelijk valt groter in de aandachtswijken (18%) dan in de andere wijken (13%).

Vaak letsel door valongeval

Ruim vier op de tien 65-plussers heeft letsel opgelopen bij de valpartij. Vrouwen hebben vaker letsel opgelopen door een val dan mannen (47% versus 32%). Leeftijd speelt geen rol bij het oplopen van letsel door een val: van de 75-plussers liep 41% letsel op bij een valongeval en onder 65 t/m 74 jarigen was dat 43%. Valongevallen vinden vaker buitenshuis (63%) dan binnenshuis plaats (37%). Daarbij zien we een verschil tussen de leeftijdsgroepen. Amsterdamse 75-plussers vallen vaker in huis dan 65 t/m 74 jarigen (45% versus 30%).

Preventie vallen loont

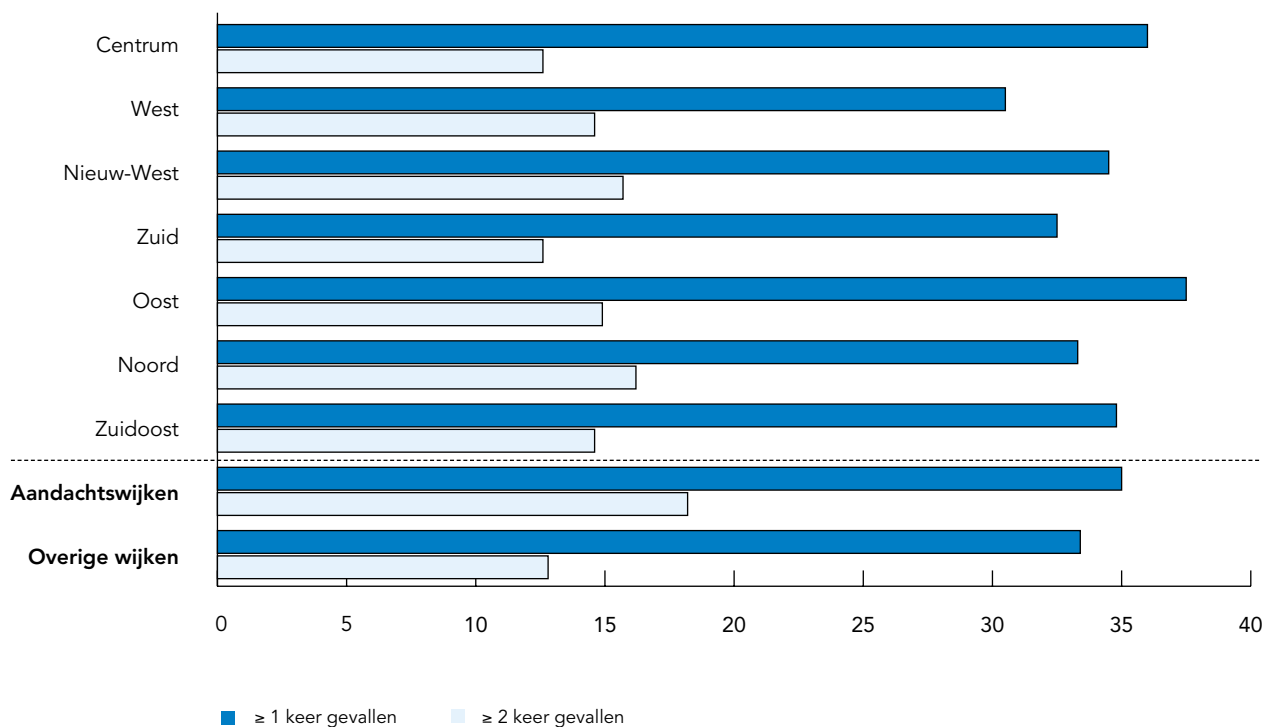
De kosten voor ziekenhuisbehandeling van letsel door een valongeval bij ouderen zijn hoog. In 2011 bedroegen deze kosten in Nederland 820 miljoen euro ²⁶. Vrouwen en 75-plussers zijn belangrijke risicogroepen voor valongevallen, letsel en valangst. Zij lopen daardoor meer risico op extra zorggebruik en verminderde zelfredzaamheid.

Valongevallen

Gezondheid en lichamelijke aandoeningen

Valongevallen

Figuur 1: Valongevallen bij Amsterdammers van 65 jaar en ouder naar stadsdeel en wijk (%)



Beperkingen in het dagelijks leven

Beperkingen
in het dagelijks leven



Beperkingen in het dagelijks leven

Beperkingen
in het dagelijks leven



Horen, zien en bewegen

Fatima El Fakiri, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Horen, zien en bewegen

Beperkingen in het dagelijks leven

- **Eén op de zes zelfstandig wonende Amsterdammers (17%) heeft een beperking in het horen, zien of bewegen. Dit is meer dan gemiddeld in Nederland.**
- **Het aantal inwoners met een beperking neemt fors toe met de leeftijd. Naast ouderen hebben ook vrouwen, laagopgeleiden, Amsterdammers van niet-Nederlandse herkomst, inwoners van Zuidoost, Noord en Nieuw-West relatief vaak een beperking.**
- **Inwoners met een beperking kunnen problemen ervaren bij het meedoen in de samenleving als deze beperkingen niet voldoende met hulpmiddelen worden gecompenseerd. De genoemde groepen hebben hierop het grootste risico.**

Circa 100.000 Amsterdammers met een beperking

Eén op de zes volwassen Amsterdammers ervaart één of meer beperkingen. Dat zijn circa 100.000 inwoners. Problemen met bewegen (11%) komen het meeste voor, gevolgd door

problemen met zien (8%) en horen (4%) (tabel 1). Beperkingen in horen, zien en bewegen komen in Amsterdam vaker voor dan gemiddeld in Nederland (17% versus 15%), maar bijna even vaak als gemiddeld in de vier grote steden (18%).

Bijna de helft van de 75-plussers heeft een beperking

Het aantal inwoners met een beperking neemt fors toe met de leeftijd: van 6% onder de 19 t/m 34 jarigen tot 48% onder de 75-plussers. Het verschil tussen leeftijdsgroepen geldt voor alle drie domeinen, maar vooral voor beperkingen bij het bewegen. Van de 19 t/m 34 jarigen ervaart 3% een beperking bij bewegen tegenover 41% onder de 75-plussers. Beperkingen komen vaker voor bij vrouwen (19%) dan bij mannen (14%). Eén uitzondering: het aandeel mannen en vrouwen met een gehoorprobleem (4%) is gelijk. Vrouwen boven de 65 jaar hebben twee keer zo vaak een beperking als vrouwen van 35 t/m 64 jaar (41% versus 21%). Ook onder mannen verdubbelen de cijfers, maar liggen de percentages lager (32% versus 16%).

Wat zijn beperkingen in horen, zien en bewegen?

Moeilijkheden in lichamelijk functioneren noemen we 'beperkingen'. Lichamelijk functioneren is het uitvoeren van lichamelijke en , zoals lopen, boodschappentassen dragen en de krant lezen. Ongevallen, veroudering, ziekten en (aangeboren) aandoeningen zijn de belangrijkste oorzaken van lichamelijke beperkingen. Beperkingen kunnen in zekere mate gecompenseerd worden met hulpmiddelen, bijvoorbeeld visuele of auditieve hulpmiddelen, woningaanpassingen, een looprek of rolstoel. Wanneer er geen adequate hulpmiddelen zijn, kan dit leiden tot minder maatschappelijke participatie ³⁵.

Wat doet Amsterdam voor inwoners met een beperking?

Vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) biedt de gemeente ondersteuning aan burgers met een beperking. Bijvoorbeeld door het vergoeden van aanpassingen in de woning, hulpmiddelen voor mobiliteit, ondersteuning bij het huishouden of het aangaan van sociale contacten. Het beleid van de gemeente is er steeds meer op gericht dat mensen de hulp in eerste instantie

in de eigen omgeving zoeken ³³. Hulpmiddelen worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet, de AWBZ of de Wmo ³⁶.

Hoe zijn beperkingen in horen, zien en bewegen gemeten?

De vragen over horen, zien en bewegen zijn afgeleid van een internationale vragenlijst ³⁷. Een beperking in het horen is gedefinieerd als grote moeite hebben of niet in staat zijn een gesprek te volgen met één andere persoon óf in een groep van drie of meer personen, al dan niet met een gehoorapparaat. Van een beperking bij het zien is sprake als iemand grote moeite heeft of niet in staat is kleine letters in de krant te lezen óf op een afstand van vier meter het gezicht van iemand te herkennen, zo nodig met bril of contactlenzen. Er is een beperking in bewegen als iemand grote moeite heeft of niet in staat is een voorwerp van 5 kg 10 meter te dragen, of te bukken en iets van de grond te pakken óf 400 meter aan een stuk te lopen zonder stil te staan, zo nodig met stok. De Amsterdamse Gezondheidsmonitor is uitgevoerd onder zelfstandig wonende Amsterdammers. De cijfers geven daarom een onderschatting van het vóórkomen van lichamelijke beperkingen in horen, zien en bewegen.

Horen, zien en bewegen

Horen, zien en bewegen

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met een lichamelijke beperking (%)

	≥ 1 beperking	beperking bij horen	beperking bij zien	beperking bij bewegen
Amsterdam	16,5	3,7	8,2	11,2
geslacht	*		*	*
mannen	13,9	3,8	7,0	8,6
vrouwen	19,0	3,6	9,3	13,6
leeftijd	*	*	*	*
19-34	6,0	2,3	2,5	2,7
35-44	9,6	2,8	4,7	6,7
45-54	22,0	4,0	13,1	12,7
55-64	25,3	4,1	15,6	16,9
65-74	28,6	5,4	12,0	23,2
75+	48,0	10,9	16,8	41,0
mannen	*	*	*	*
19-34	4,0	2,4	1,1	0,9
35-64	15,5	3,7	8,9	9,1
65+	32,2	8,1	13,5	25,6
vrouwen	*	*	*	*
19-34	7,8	2,2	3,6	4,2
35-64	20,5	3,3	11,9	13,8
65+	40,5	7,5	14,6	34,8

*significant verschil (p<0,05)

Meer beperkingen in Zuidoost, Noord en Nieuw-West

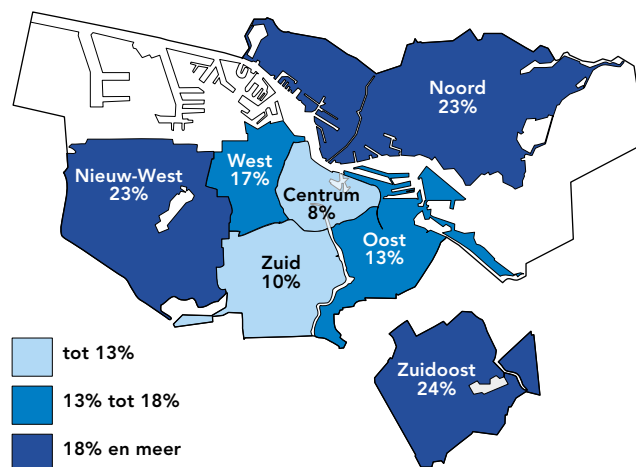
Het percentage inwoners met één of meer beperkingen bij zien, horen of bewegen verschilt per stadsdeel. Het hoogste percentage vinden we in Zuidoost (24%), gevolgd door Nieuw-West en Noord (23%) (figuur 1). In de Amsterdamse aandachtswijken (23%) komen beperkingen ongeveer twee keer zo vaak voor als in de overige wijken (14%). De verschillen tussen stadsdelen en wijken kunnen we grotendeels verklaren door verschillen in bevolkingssamenstelling (leeftijd, geslacht, inkomen, opleiding en herkomstgroep).

Horen, zien en bewegen

Horen, zien en bewegen

Beperkingen
in het dagelijks leven

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met een lichamelijke beperking naar stadsdeel (%)



Meer beperkingen bij laagopgeleiden

Hoe lager de opleiding, hoe vaker men één of meer beperkingen rapporteert. Het aandeel laagst opgeleiden met een beperking (50%) is tien keer groter dan het aandeel hoog opgeleiden (5%) (tabel 2). Dit komt gedeeltelijk doordat veel ouderen alleen lager onderwijs hebben gevolgd. Zijn er nog andere risicogroepen? Ja, circa de helft van de weduwen/weduwnaars rapporteert een beperking in horen, zien of bewegen. Amsterdammers van Surinaamse, Marokkaanse en Turkse afkomst hebben twee tot drie keer vaker een beperking dan Amsterdammers van Nederlandse komaf (tabel 3). Dit komt deels door verschillen in opleidingsniveau. Bijna één op de vier Amsterdammers uit de twee laagste inkomensgroepen heeft een beperking tegenover één op de achttien uit de hoogste inkomensgroep. Verder komen beperkingen vaker voor bij alleenwonenden en eenoudergezinnen.

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met een lichamelijke beperking naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	≥ 1 beperking
opleiding	*
laagst	50,3
laag	29,3
midden	14,5
hoog	4,6
inkomen¹	*
maximaal 15.200	23,9
15.200 - 19.400	25,1
19.400 - 24.200	16,6
24.200 - 31.000	12,6
minimaal 31.000	5,6
betaald werk²	*
nee	30,7
ja	6,9

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Horen, zien en bewegen

Horen, zien en bewegen

Beperkingen
in het dagelijks leven

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met een lichamelijke beperking naar demografische kenmerken (%)

≥ 1 beperking	
herkomst	*
Nederland	11,0
Marokko	28,4
Turkije	34,3
Suriname	27,9
ov. niet-westers	21,6
ov. westers	12,8
burgerlijke staat	*
gehuwd, samenwonend	13,3
ongetrouwd	11,9
gescheiden	31,3
weduwe, weduwnaar	51,3
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	9,5
1-oudergezin ¹	25,0
alleenwonend	24,2
overig	13,6

*significant verschil (p<0,05)

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Voorkómen beperkingen en bieden adequate hulp

Beperkingen bij het bewegen zijn voor driekwart toe te schrijven aan rugaandoeningen, artrose en gewrichtsontsteking. Preventie van deze aandoeningen kan dan ook bijdragen aan het voorkómen van beperkingen ³⁸. Het bieden van adequate hulp aan inwoners met een beperking kan de negatieve gevolgen hiervan verminderen. Daarbij verdienen de eerder genoemde risicogroepen zoals 65-plussers, laagopgeleiden, lage inkomensgroepen en Amsterdammers van niet-westerse herkomst extra aandacht.

Activiteiten in het dagelijks leven

Fatima El Fakiri, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Activiteiten in het dagelijks leven

Beperkingen in het dagelijks leven

- In Amsterdam heeft 19% van de zelfstandig wonende 65-plussers minimaal één ADL-beperking, eenzelfde percentage als in 2008.
- Inwoners van 75 jaar en ouder, vrouwen en laagopgeleiden hebben vaker beperkingen.
- In de stadsdelen Oost en West is het aandeel ouderen met een ADL-beperking het hoogst.
- Eén op de vijf ouderen met een beperking is geheel afhankelijk van hulp bij de persoonlijke verzorging, maar ontvangt die zorg niet.

Aandeel 65-plussers met ADL-beperking blijft gelijk

Bijna één op de vijf Amsterdammers van 65 jaar en ouder heeft één of meer ADL-beperkingen, zo'n 16.500 inwoners in getal (tabel 1). Tussen 2008 en 2012 is het percentage 65-plussers met ADL-beperkingen gelijk gebleven (19%). Alleen bij

vrouwen is een lichte, maar niet significante daling te zien van 22% tot 20%.

Vrouwen en 75-plussers vaker ADL-beperkingen

Vrouwen (20%) rapporteren vaker een ADL-beperking dan mannen (16%). Het percentage ouderen met minimaal één ADL-beperking neemt toe met de leeftijd. Onder de 75-plussers zijn er twee keer zoveel ouderen ADL-beperkt (26%) als onder de 65 t/m 74 jarigen (13%). Waarmee hangen ADL-beperkingen verder samen? Ouderen met alleen lager onderwijs hebben bijna vier keer zo vaak een ADL-beperking als de hoogst opgeleide groep ouderen (37% versus 8%; tabel 2). Ook burgerlijke staat en inkomen zijn van invloed op het vóórkomen van ADL-beperkingen. Weduwen/weduwnaars rapporteren relatief vaak een ADL-beperking (31%) (tabel 3). Onder ouderen uit de hoogste inkomensgroep

Waarom informatie over beperkingen in de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL)?

De indicator Activiteiten Dagelijks Leven (ADL) meet bij ouderen beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten die nodig zijn om zichzelf te kunnen redden in het dagelijks leven ³⁹. Het gaat bijvoorbeeld om problemen met eten en drinken, wassen, aankleden en traplopen. Inzicht in de omvang van de groep ouderen met beperkingen en soorten beperkingen is belangrijk om te bepalen welke hulp of ondersteuning ouderen nodig hebben.

Wat doet Amsterdam voor inwoners met een beperking?

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verplicht gemeenten hun burgers met beperkingen te ondersteunen, bijvoorbeeld bij het huishouden, mobiliteit of het aangaan van sociale contacten. De Wmo is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren en deel te laten nemen aan de samenleving. De gemeenten krijgen steeds meer taken in het kader van de Wmo. Momenteel is de gemeente verantwoordelijk voor aanpassingen van de woningen (zoals traplift, douchestoel), vervoer in de regio (aanvullend openbaar vervoer of een scootmobiel) en maaltijdvoorzieningen. Ook hulp bij verzorging valt vanaf 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten ^{33,29}.

Hoe zijn ADL-beperkingen vastgesteld?

In de vragenlijst van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor is de ADL-indicator opgenomen ³⁹. Daarin hebben 65-plussers aangegeven in hoeverre zij in staat zijn om tien activiteiten van het dagelijks leven uit te voeren: zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite of alleen met hulp van anderen. Vier vragen gingen over mobiliteit: zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping; trap op- en aflopen; woning verlaten en binnengaan; zich verplaatsen buitenshuis. Zes vragen hadden betrekking op persoonlijke verzorging: eten en drinken; gaan zitten en opstaan uit een stoel; in en uit bed stappen; aan- en uitleiden; het gezicht en handen wassen; zich volledig wassen. Vervolgens is nagegaan of ouderen hulp krijgen bij activiteiten van het dagelijks leven. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen informele hulp van de partner, kinderen of andere familieleden en bekenden (mantelzorg) én professionele zorg van de thuiszorg of een betaalde hulp. De Amsterdamse Gezondheidsmonitor is uitgevoerd onder zelfstandig wonende Amsterdammers. De cijfers geven daarom een onderschatting van het vóórkomen van beperkingen in de ADL.

Activiteiten in het dagelijks leven

Activiteiten
in het dagelijks leven

Beperkingen
in het dagelijks leven

Tabel 1: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met één of meer ADL-beperkingen (%)

	≥ 1 ADL- beperking	persoonlijke verzorging	mobiliteit
Amsterdam	18,6	8,9	17,6
geslacht	*		*
mannen	16,4	8,0	15,1
vrouwen	20,3	9,5	19,5
leeftijd	*	*	*
65-74	12,8	5,9	11,7
75+	26,3	12,9	25,6
mannen	*		*
65-74	13,2	7,1	11,7
75+	21,6	9,4	20,6
vrouwen	*	*	*
65-74	12,5	4,8	11,6
75+	29,3	15,2	28,8

*significant verschil (p<0,05)

komen beperkingen het minst voor (7%) en onder de laagste inkomensgroep vier keer meer (28%).

Mobiliteitsbeperkingen komen meest voor

Mobiliteitsbeperkingen komen twee keer zo vaak voor als beperkingen bij de persoonlijke verzorging (18% versus 9%). Vooral de trap op- en aflopen levert problemen op (15%), gevolgd door het zich verplaatsen buitenshuis (9%) (figuur 1). Eén procent van de zelfstandig wonende 65-plussers heeft grote moeite met eten en drinken of kan dit alleen met hulp van anderen.

Vrouwen boven 75 jaar problemen met verzorging

Kijken we naar factoren die samenhangen met beperkingen in mobiliteit en persoonlijke verzorging afzonderlijk, dan zien we enkele verschillen (tabel 1). Zo zijn vrouwen vaker beperkt in hun mobiliteit dan mannen, maar beperkingen in de persoonlijke verzorging worden even vaak gerapporteerd door vrouwen als mannen. Maar bij het ouder worden valt het volgende op: vrouwen van 75 jaar en ouder hebben drie keer zo vaak moeite met hun persoonlijke verzorging dan vrouwen van 65 t/m 74 jaar. Dit leeftijdsverschil zien we niet bij mannen. Zeven procent van de 65 t/m 74 jarige mannen heeft moeite met de persoonlijke verzorging tegen 9% van de 75-plussers.

Activiteiten in het dagelijks leven

Activiteiten
in het dagelijks leven

Beperkingen
in het dagelijks leven

Tabel 2: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met één of meer ADL-beperkingen naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	≥ 1 ADL-beperking	persoonlijke verzorging	mobiliteit
opleiding	*	*	*
laagst	36,7	17,4	35,2
laag	19,7	8,6	18,7
midden	11,9	7,5	10,7
hoog	8,3	2,8	7,7
inkomen¹	*	*	*
maximaal 15.200	27,9	15,4	27,5
15.200 - 19.400	26,7	11,7	25,1
19.400 - 24.200	14,7	6,3	14,0
24.200 - 31.000	10,6	4,2	10,1
minimaal 31.000	6,6	4,8	5,4

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

Tabel 3: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met één of meer ADL-beperkingen naar demografische kenmerken (%)

	≥ 1 ADL-beperking	persoonlijke verzorging	mobiliteit
burgerlijke staat	*	*	*
gehuwd, samenwonend	15,2	7,2	14,1
ongehuwd	18,7	8,9	17,4
gescheiden	9,9	3,4	10,2
weduwe, weduwnaar	30,7	16,0	29,7
huishoudsamenstelling	*		*
1 persoonshuishouden	21,2	9,9	20,5
meerpersoonshuishouden	15,7	7,4	14,6

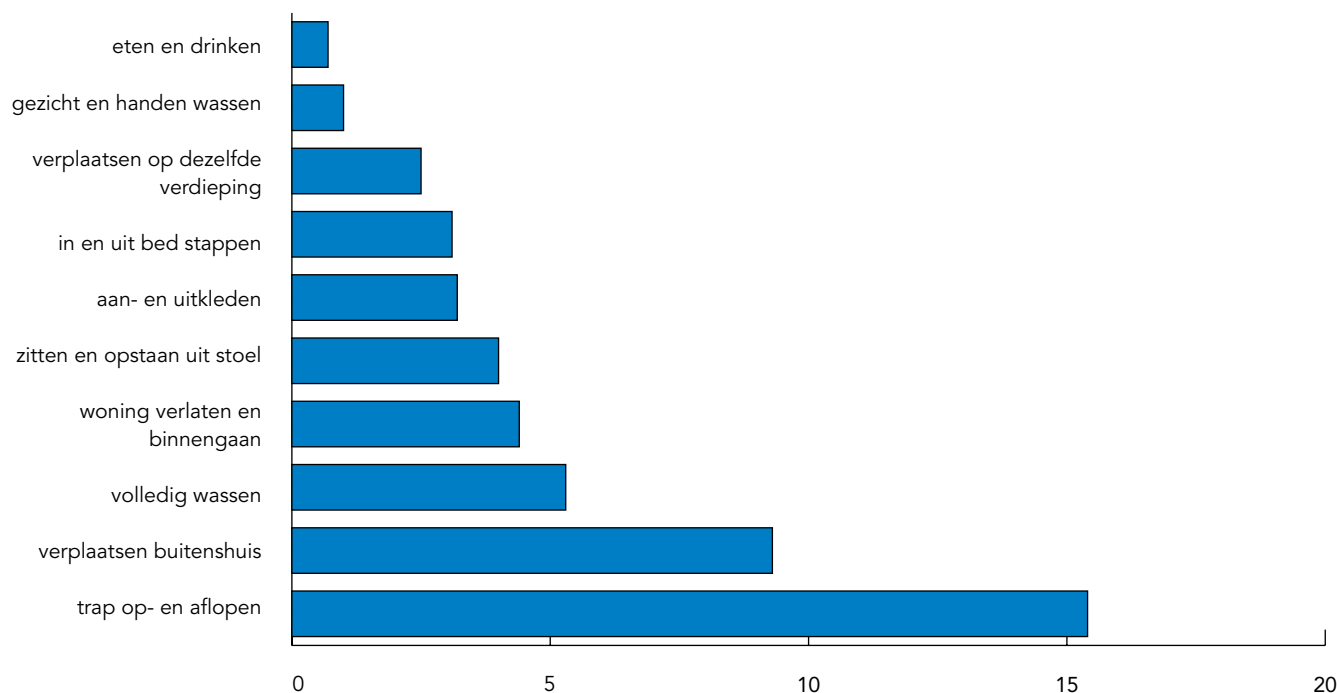
*significant verschil ($p < 0,05$)

Activiteiten in het dagelijks leven

Activiteiten
in het dagelijks leven

Beperkingen
in het dagelijks leven

Figuur 1: Amsterdammers van 65 jaar en ouder die Activiteiten van het Dagelijks Leven met grote moeite of alleen met hulp kunnen uitvoeren (%)



Stadsdelen West en Oost scoren ongunstig

Er zijn grote verschillen tussen de stadsdelen in het percentage 65-plussers met een ADL-beperking. Dit cijfer loopt uiteen van 11% in Centrum tot 27% in West (figuur 2). Deze verschillen zijn grotendeels te verklaren door verschillen in de bevolkingssamenstelling (geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen). Wat blijkt verder? Ouderen uit de Amsterdamse aandachtswijken hebben vaker een ADL-beperking (24%)

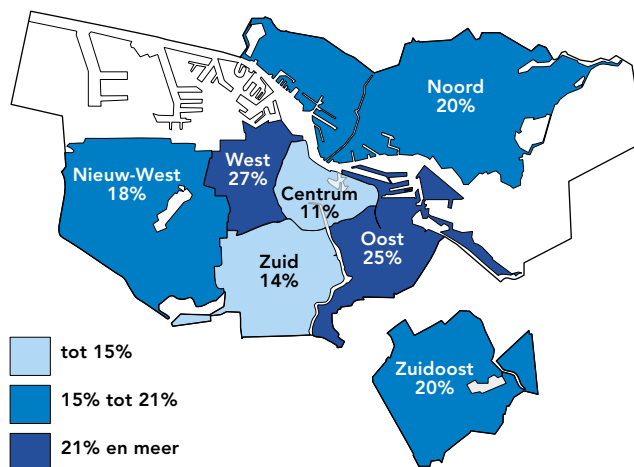
dan ouderen elders uit de stad (16%). Dit komt doordat in de aandachtswijken meer 75-plussers, laagopgeleide ouderen en ouderen met een laag inkomen wonen.

Activiteiten in het dagelijks leven

Activiteiten
in het dagelijks leven

Beperkingen
in het dagelijks leven

Figuur 2: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met één of meer ADL-beperkingen naar stadsdeel (%)



Niet iedereen krijgt hulp

Ongeveer de helft van de ouderen met een ADL-beperking bij de persoonlijke verzorging (54%) krijgt daarvoor geen hulp. Zij voeren de activiteit waarschijnlijk met grote moeite op een langzaam tempo uit. Tot de mensen met beperkingen rekenen we namelijk ook degenen die een activiteit met grote moeite kunnen uitvoeren. Degenen die wel hulp ontvangen (46%), krijgen hiervoor mantelzorg (16%), professionele zorg (20%) of een combinatie van mantel- en professionele zorg (10%). Opvallend: 13% van de ouderen die helemaal afhankelijk zijn van anderen bij één of meer activiteiten op het gebied van persoonlijke verzorging krijgt geen hulp. Ervaren deze ouderen drempels bij het vragen van hulp en het gebruik van voorzieningen zoals het Wmo loket? Dit is onbekend. Deze groep verdient de aandacht.

Huishoudelijke activiteiten

Fatima El Fakiri, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Huishoudelijke activiteiten

Beperkingen in het dagelijks leven

- **Bijna drie op de tien (28%) zelfstandig wonende 65-plussers is niet in staat huishoudelijke activiteiten uit te voeren. Dat is een lichte daling ten opzichte van 2008 (31%).**
- **Zwaar huishoudelijk werk levert problemen op, vooral onder 75-plussers en dan met name bij de vrouwen.**
- **Een vijfde van de 65-plussers die wegens gezondheidsproblemen huishoudelijke taken niet kan uitvoeren, krijgt geen hulp. Vooral alleenwonenden vormen een risicogroep.**

Circa 25.000 ouderen beperkt bij huishouden

Bijna één op de drie Amsterdammers van 65 jaar en ouder heeft problemen bij één of meer huishoudelijke activiteiten (28%). Dat betekent dat circa 25.000 inwoners niet in staat zijn om warm eten te koken, dagelijkse boodschappen te doen en/of het huishouden te doen. In 2008 was dit 31%. Vooral onder

vrouwen is het cijfer in 2012 lager (30%) dan in 2008 (36%), bij mannen is er geen significant verschil tussen 2008 (23%) en 2012 (25%).

Hoe ouder hoe vaker beperkingen, vooral bij vrouwen

Het percentage inwoners met problemen bij het uitvoeren van huishoudelijke taken neemt sterk toe met de leeftijd. Vier op de tien 75-plussers ervaart deze problemen (41%) ten opzichte van bijna twee op de tien 65 t/m 74 jarigen (18%). Over het algemeen kunnen vrouwen vaker één of meer huishoudelijke taken niet uitvoeren (30%) dan mannen (25%). Dat komt vooral doordat vrouwen eerder moeite hebben met het doen van zwaar huishoudelijk werk (figuur 1).

Laagopgeleid en laag inkomen vaker beperkingen

Waarmee hangen beperkingen bij huishoudelijke activiteiten verder samen (tabel 1)? Eén op de twee ouderen met alleen

Waarom informatie over beperkingen bij huishoudelijke activiteiten?

Lichamelijke beperkingen bij ouderen kunnen ervoor zorgen dat dagelijkse activiteiten (veel) moeite kosten of niet meer zelfstandig gedaan kunnen worden. Hulp bij huishoudelijke taken levert een belangrijke ondersteuning bij een verminderde zelfredzaamheid. Hierdoor kunnen ouderen langer zelfstandig blijven wonen.

Wat doet Amsterdam voor inwoners die hulp nodig hebben bij het huishouden?

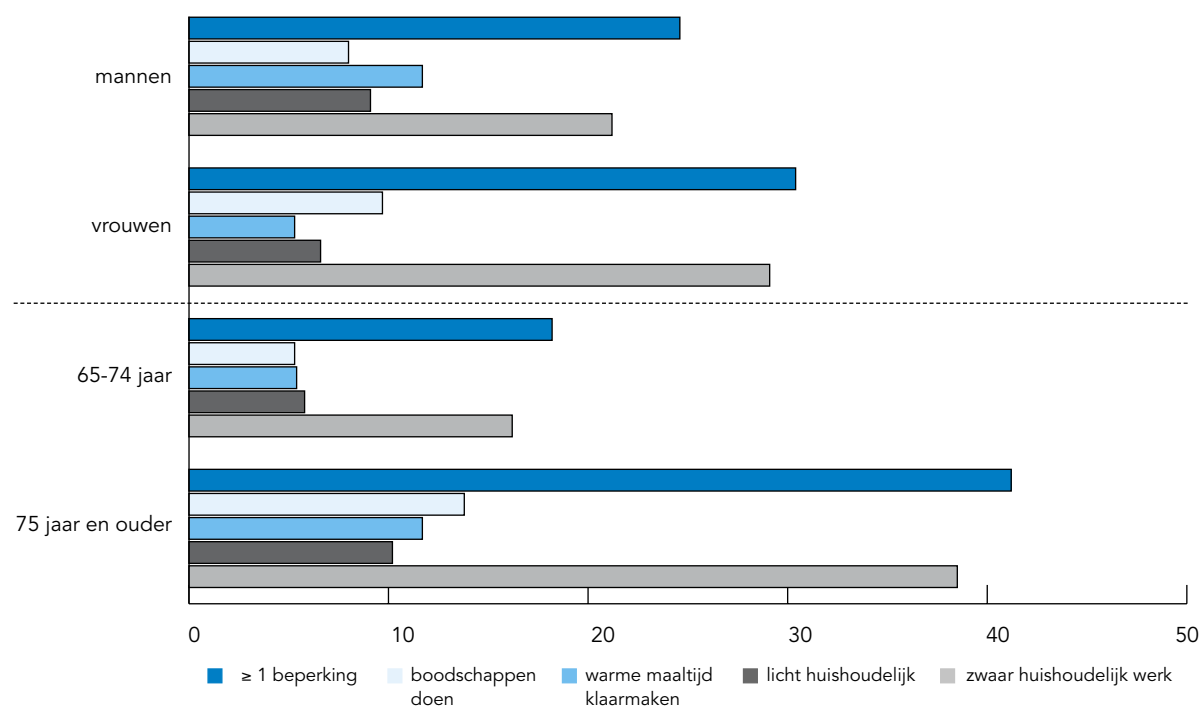
Hulp bij het huishouden zoals schoonmaken, koken en boodschappen doen valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In het kader van deze wet is de gemeente verantwoordelijk voor het ondersteunen van burgers met een beperking. Vanaf 2015 verandert er veel in de Wmo en zal ook de hulp bij huishouden worden aangepast^{33,29}. Als individuele voorziening blijft hulp bij het huishouden alleen bestaan voor mensen met complexe problemen. Anderen zullen dit zelf met hun omgeving moeten oplossen. Wijkzorgteams bieden basisondersteuning.

Hoe hebben we beperkingen bij huishoudelijke activiteiten gemeten?

Om te bepalen of 65-plussers zich kunnen redden bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten, is in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 gevraagd in hoeverre men in staat is om vier handelingen zelfstandig uit te voeren, namelijk het bereiden van een warme maaltijd, het doen van dagelijkse boodschappen en het uitvoeren van licht (stof afnemen, afwassen) en zwaar (dweilen, ramen wassen) huishoudelijk werk⁴⁰. Het kunnen uitvoeren van huishoudelijke taken is niet alleen afhankelijk van lichamelijk functioneren, maar wordt ook sterk bepaald door traditionele rolpatronen. Zo komt het bijvoorbeeld vaker voor dat (oudere) mannen geen warme maaltijd kunnen bereiden dan vrouwen. De Amsterdamse Gezondheidsmonitor is uitgevoerd onder zelfstandig wonende Amsterdammers. De cijfers geven daarom een onderschatting van het voorkomen van beperkingen bij huishoudelijke activiteiten.

Huishoudelijke activiteiten

Figuur 1: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met beperkingen bij huishoudelijke activiteiten (%)



lager onderwijs is niet zelfredzaam in het huishouden ten opzichte van bijna één op de vijf van de hoogst opgeleide ouderen (50% versus 18%). Onder ouderen uit de laagste inkomensgroep (39%) komen beperkingen ruim drie keer vaker voor dan onder de hoogste inkomensgroep (12%). Weduwen/weduwnaars rapporteren relatief vaak problemen (42%). Dit komt door hun hogere leeftijd (tabel 2).

Vooraf moeite met zwaar huishoudelijk werk

Ouderen ervaren vooral problemen bij het uitvoeren van zwaar huishoudelijke klussen zoals dweilen of ramen wassen. Dit geldt in het bijzonder voor mannen en vrouwen van 75 jaar en ouder (figuur 1). Mannen en vrouwen ervaren even vaak problemen bij het doen van boodschappen en licht huishoudelijk werk. Echter, mannen rapporteren vaker dat zij

Huishoudelijke activiteiten

Tabel 1: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met beperkingen bij huishoudelijke activiteiten naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	≥ 1 beperking	boodschappen doen	warme maaltijd klaarmaken	licht huishoudelijk werk	zwaar huishoudelijk werk
opleiding	*	*	*	*	*
laagst	50,0	17,0	16,8	16,8	46,4
laag	28,1	8,5	6,9	7,4	26,5
midden	19,9	8,2	6,7	5,0	18,8
hoog	17,5	3,9	5,3	3,4	15,1
inkomen¹	*	*	*	*	*
maximaal 15.200	38,5	14,4	11,3	14,2	37,0
15.200 - 19.400	36,7	11,2	10,0	10,1	32,8
19.400 - 24.200	25,5	8,1	6,9	4,7	23,9
24.200 - 31.000	19,2	5,8	5,7	5,4	18,2
minimaal 31.000	12,1	3,4	4,7	2,4	10,4

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

Tabel 2: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met beperkingen bij huishoudelijke activiteiten naar demografische kenmerken (%)

	≥ 1 beperking	boodschappen doen	warme maaltijd klaarmaken	licht huishoudelijk werk	zwaar huishoudelijk werk
burgerlijke staat	*	*	*	*	*
gehuwd, samenwonend	24,3	9,5	10,9	8,0	21,5
ongetrouwd	26,8	4,6	5,6	3,8	24,1
gescheiden	17,3	2,9	3,0	4,7	16,4
weduwe, weduwnaar	41,9	14,4	7,9	10,9	40,5
huishoudsamenstelling	*	*	*	*	*
1 persoonshuishouden	30,3	8,0	5,0	6,8	28,8
meerpersoonshuishouden	25,2	9,9	11,7	8,6	22,4

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

Huishoudelijke activiteiten

Beperkingen
in het dagelijks leven

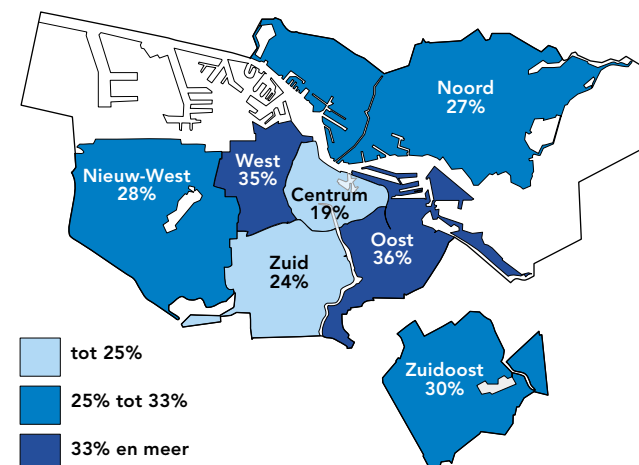
Huishoudelijke activiteiten

niet in staat zijn om warm eten te koken, terwijl vrouwen meer problemen hebben bij het doen van zwaar huishoudelijk werk. Met het ouder worden neemt het aandeel vrouwen dat moeite heeft met licht huishoudelijk werk toe van 3% onder de 65 t/m 74 jarigen tot 11% onder de 75-plussers.

65-plussers Oost vaakst moeite met huishouden

Er zijn verschillen tussen de stadsdelen in het aantal 65-plussers dat beperkingen ervaart bij huishoudelijke taken (figuur 2). In stadsdeel Oost (36%) wonen de meeste ouderen die zich niet kunnen redden in het huishouden en in Centrum (19%) de minste. De verschillen tussen de stadsdelen komen vooral door verschillen in bevolkingsopbouw naar leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen. Wat blijkt verder? Ouderen uit de Amsterdamse aandachtswijken (33%) hebben vaker problemen met huishoudelijke taken dan ouderen elders uit de stad (26%). Dit komt doordat in de aandachtswijken meer 75-plussers, laagopgeleide ouderen en ouderen met een laag inkomen wonen.

Figuur 2: Amsterdammers van 65 jaar en ouder met beperkingen bij huishoudelijke activiteiten naar stadsdeel (%)



Huishoudelijke hulp vooral door thuiszorg

Een derde van de Amsterdammers van 65 jaar en ouder krijgt hulp bij huishoudelijke activiteiten. Driekwart van hen krijgt deze hulp vanwege gezondheidsproblemen of vanwege hun leeftijd. Van wie krijgen deze mensen hulp? Thuiszorg (54%) wordt het vaakst ingeschakeld gevolgd door de eigen kinderen (21%), partner of andere huisgenoot (18%) of een hulp (17%) die men zelf betaalt (figuur 3).

Huishoudelijke activiteiten

Beperkingen
in het dagelijks leven

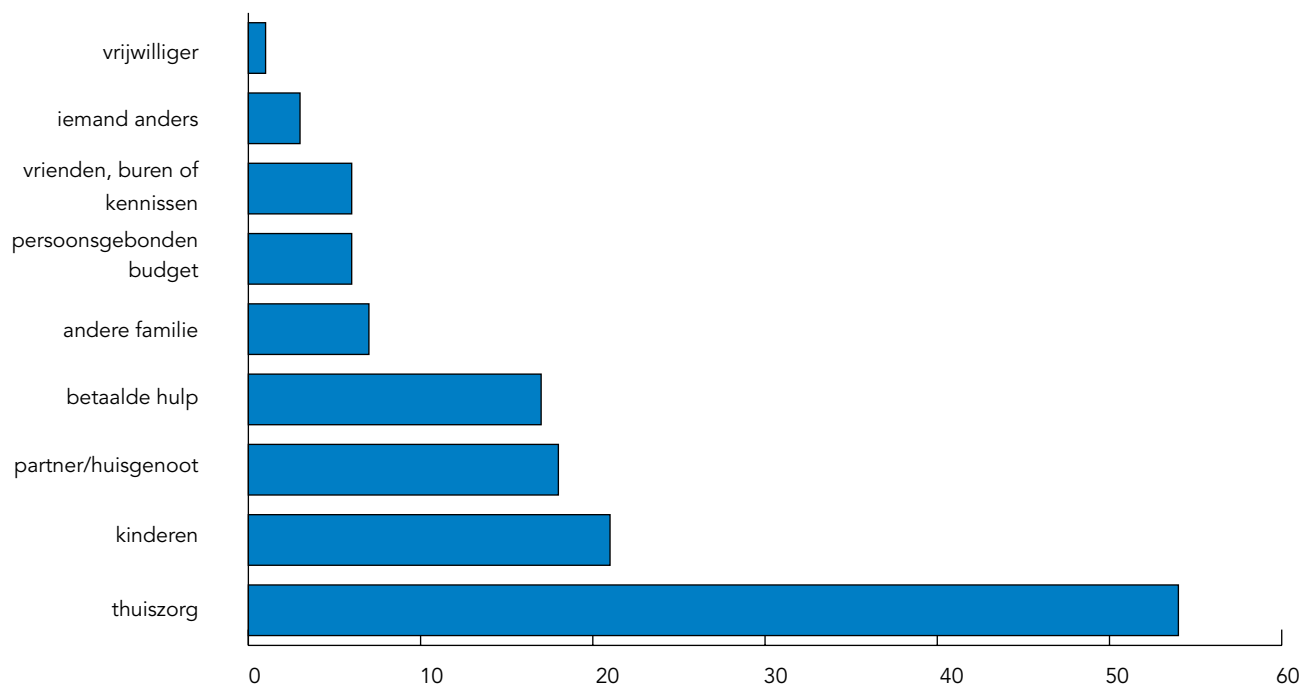
Huishoudelijke activiteiten

Eén op de vijf 65-plussers met beperking geen hulp

Een meerderheid van 80% van de 65-plussers met een beperking ontvangt huishoudelijke hulp. Dat betekent dat een vijfde géén hulp ontvangt. Ouderen met een partner zullen in het algemeen de benodigde hulp van hun partner ontvangen, maar dit mogelijk niet als hulp beschouwen. Daarom hebben

we apart gekeken naar alleenwonende Amsterdammers. Van hen krijgt 13% geen hulp bij huishoudelijke bezigheden, terwijl zij aangeven minstens één van de nagevraagde activiteiten vanwege de gezondheid niet uit te kunnen voeren.

Figuur 3: Hulp bij huishouden aan Amsterdammers van 65 jaar en ouder met beperkingen bij huishoudelijke activiteiten (%)



Psychosociaal welbevinden

Psychosociaal welbevinden



Psychosociaal welbevinden

Psychosociaal welbevinden



Depressieve en angstklachten

Thijs Fassaert, onderzoeker

Stephan Cremer, hoofd productgroep volwassenen

Depressieve en angstklachten

- Circa 45.000 Amsterdammers hebben ernstige depressieve of angstklachten.
- Ongeveer de helft van de inwoners met ernstige psychische klachten krijgt geen behandeling; velen van hen hebben wel behoefte aan hulp.
- Het aantal Amsterdammers met depressieve of angstklachten is sinds 2008 gelijk gebleven.
- Vrouwen, laagopgeleiden en Amsterdammers van Turkse of Marokkaanse herkomst rapporteren vaker ernstige depressieve of angstklachten.

Veel vrouwen met ernstige psychische klachten

Twee van de vijf Amsterdammers (39%) rapporteren milde depressieve klachten of angstklachten (tabel 1). Daarnaast heeft 7% ernstige klachten. Zowel milde als ernstige klachten komen bij vrouwen vaker voor dan bij mannen. Amsterdammers van 19 t/m 34 jaar (43%) en 75-plussers (40%) rapporteren het vaakst milde depressieve klachten of angstklachten. Ernstige klachten worden vaker gerapporteerd

door Amsterdammers van 35 t/m 64 jaar, met name door vrouwen.

Psychische klachten niet gestegen

In 2008 rapporteerde 41% van de Amsterdammers milde psychische klachten en had 7% ernstige klachten (figuur 1). Toen was er sprake van een lichte stijging van milde en ernstige klachten ten opzichte van 2004. Het aandeel Amsterdammers dat in 2012 klachten rapporteerde is niet verder gestegen. Deze stabilisatie is positief en lijkt overeen te komen met landelijke trends ^{46,47}. Onder Amsterdamse vrouwen lijken milde klachten in 2012 zelfs iets afgenomen. Ernstige psychische klachten komen in Amsterdam minder vaak voor dan in de andere grote steden, milde klachten even vaak (tabel 2). In vergelijking met de rest van Nederland komen zowel milde als ernstige klachten iets vaker voor onder Amsterdammers.

Wat zijn depressieve en angstklachten?

Iedereen is wel eens somber, prikkelbaar of moe. Wanneer dergelijke klachten heviger worden zonder duidelijke oorzaak is mogelijk sprake van een psychische stoornis. Van alle psychische stoornissen komen angst- en stemmingsstoornissen het meest voor. In 2007 hadden ruim 1 miljoen Nederlanders een angststoornis en bijna 650.000 Nederlanders een stemmingsstoornis (depressie) ⁴¹. Deze stoornissen zorgen voor forse beperkingen in het functioneren en zijn een belangrijke oorzaak van langdurig ziekteverzuim ⁴². Daarom zijn de maatschappelijke kosten hoog. De aanwezigheid van een ^{43,44} (bijv. dementie, diabetes, en armoede verhoogt de kans op depressie en angst

Wat doet Amsterdam?

De preventie van depressie en angst is een belangrijk speerpunt van het landelijke en gemeentelijke gezondheidsbeleid. Het is ook een speerpunt binnen de gebiedsgerichte aanpak. De gemeente

Amsterdam richt zich daarbij voornamelijk op de belangrijkste risicogroepen: laagopgeleide vrouwen, vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst en mantelzorgers. De gemeente koopt preventieve activiteiten in bij GGZ zorgaanbieders. Daarbij stimuleert ze de samenwerking tussen deze zorgaanbieders, het welzijnswerk en de zorgverzekeraars.

Hoe zijn depressieve en angstklachten gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is de internationale vragenlijst de K10 gebruikt ⁴⁵. Deze vragenlijst meet psychische klachten in de maand voorafgaand aan het onderzoek, in het bijzonder depressieve klachten en angstklachten. Iemand die nooit last heeft van één van de genoemde klachten haalt een score van 10. Vanaf een score van 16 wordt gesproken van milde klachten, scores vanaf 30 zijn een aanwijzing voor ernstige klachten. Verder is gevraagd naar gebruik van medicatie (psychofarmaca) en behandeling voor psychische klachten.

Depressieve en angstklachten

Depressieve en
angstklachten

Psychosociaal welbevinden

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met depressieve of angstklachten (%)

	milde klachten	ernstige klachten
Amsterdam	39,1	7,4
geslacht	*	*
mannen	36,2	5,8
vrouwen	41,8	8,8
leeftijd	*	*
19-34	42,8	5,4
35-44	35,8	8,5
45-54	38,9	9,5
55-64	38,4	9,3
65-74	32,2	5,7
75+	40,0	6,7
mannen	*	*
19-34	39,4	4,5
35-64	36,0	6,7
65+	29,0	5,5
vrouwen	*	*
19-34	45,7	6,1
35-64	39,3	11,5
65+	40,5	6,6

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

Sociaaleconomische positie speelt belangrijke rol

Sociaaleconomische status hangt sterk samen met het voorkomen van depressieve of angstklachten. De laagst opgeleide Amsterdammers hebben vaker ernstige klachten dan hoger opgeleiden (tabel 3). In de laagste inkomensgroep heeft 13% ernstige klachten, in de hoogste inkomensgroep beduidend minder: 2%. Inwoners zonder betaald werk rapporteren vaker ernstige klachten dan inwoners met betaald werk. Ook burgerlijke staat, de samenstelling van het huishouden en herkomst spelen een rol (tabel 4). Zo hebben gescheiden en verweduwd Amsterdammers relatief vaak ernstige klachten evenals alleenwonenden. Van de Nederlandse Amsterdammers heeft 4% ernstige klachten, terwijl dat geldt voor 17% van de Marokkaanse Amsterdammers en voor 25% van de Turkse Amsterdammers.

Tabel 2: Vergelijking depressieve of angstklachten in Amsterdam met G4 en Nederland (%)

	milde klachten	ernstige klachten
Amsterdam	39	7
G4	38	9
Nederland	34	6

Depressieve en angstklachten

Depressieve en
angstklachten

Psychosociaal welbevinden

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met depressieve of angstklachten naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	ernstige klachten
opleiding	*
laagst	21,0
laag	9,8
midden	6,8
hoog	3,8
inkomen¹	*
maximaal 15.200	13,0
15.200 - 19.400	10,9
19.400 - 24.200	6,2
24.200 - 31.000	3,7
minimaal 31.000	2,2
betaald werk²	*
nee	18,7
ja	3,9

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Tabel 4: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met depressieve of angstklachten naar demografische kenmerken (%)

	ernstige klachten
herkomst	*
Nederland	3,7
Marokko	16,6
Turkije	24,9
Suriname	8,5
ov. niet-westers	10,3
ov. westers	6,6
burgerlijke staat	*
gehuwd, samenwonend	6,0
ongehuwd	7,2
gescheiden	12,8
weduwe, weduwnaar	10,9
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	6,4
1-oudergezin ¹	8,9
alleenwonend	10,1
overig	6,1

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

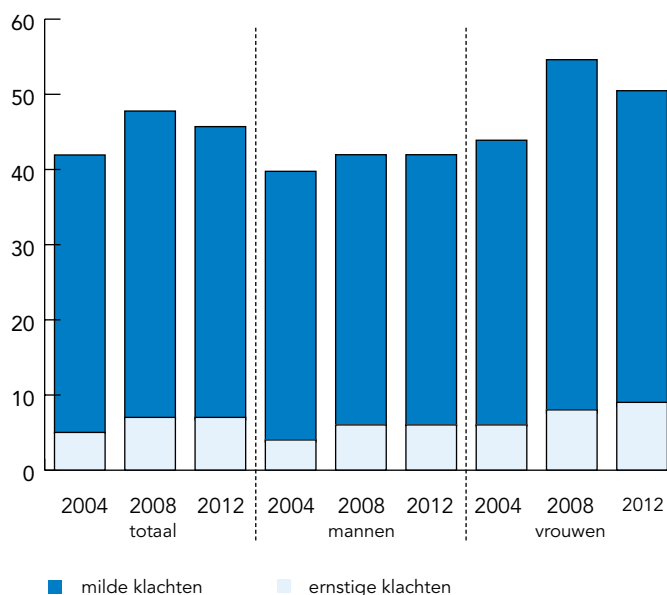
¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Depressieve en angstklachten

Depressieve en angstklachten

Psychosociaal welbevinden

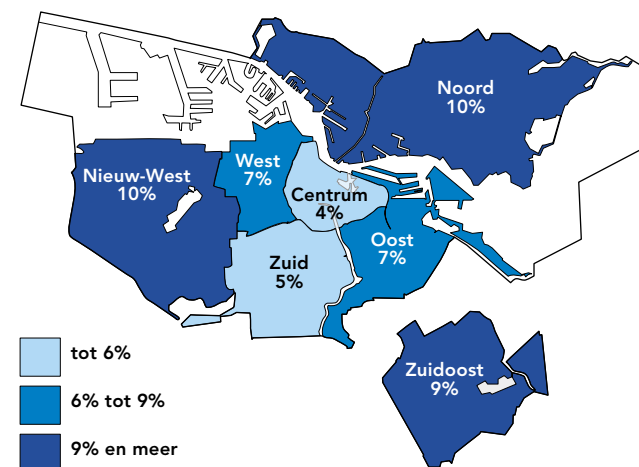
Figuur 1: Trends in depressieve of angstklachten in Amsterdam naar geslacht, 2004-2012 (%)



Veel psychische klachten in aandachtswijken

In termen van psychische gezondheid is stadsdeel Centrum het gezondst (figuur 2). In Nieuw-West (10%), Noord (10%) en Zuidoost (9%) komen ernstige psychische klachten het vaakst voor. De verschillen tussen stadsdelen zijn het grootst onder vrouwen en onder 35 t/m 64 jarigen. In de Amsterdamse aandachtswijken (11%) komen ernstige psychische klachten vaker voor dan in de overige wijken (6%). Hoe komt dat? Inwoners van minder gezonde stadsdelen en wijken zijn vaker laagopgeleid, hebben vaker een laag inkomen of geen betaald werk.

Figuur 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met ernstige depressieve of angstklachten naar stadsdeel (%)



Hulpbehoefte psychische klachten is groot

Van de inwoners met ernstige psychische klachten ontving 47% in de afgelopen 12 maanden hiervoor een behandeling. De meesten van hen (30%) gebruikten medicijnen voor angst, depressie, spanning of stress. Een kleiner deel (17%) werd behandeld zonder medicijnen. Hoeveel Amsterdammers hebben behoefte aan hulp of ondersteuning voor psychische klachten, maar krijgen momenteel geen behandeling of medicatie? Bijna de helft (45%) van de inwoners met een hoog risico op een angststoornis of depressie heeft behoefte aan hulp voor het verminderen van stress en spanningen en 35% wil hulp voor depressieve of angstklachten; 19% heeft al hulp.

Eenzaamheid

Matty de Wit, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Eenzaamheid

Psychosociaal welbevinden

- **Eén op de tien volwassen Amsterdammers is ernstig eenzaam. Dat is hoger dan het landelijk gemiddelde. In vergelijking met 2008 voelen iets meer Amsterdammers zich eenzaam.**
- **Vooral laagopgeleiden, lage inkomensgroepen en inwoners zonder betaald werk voelen zich eenzaam. Verschillen in eenzaamheid tussen stadsdelen hangen sterk samen met verschillen in sociaaleconomische status van de bevolking.**
- **De bestrijding van eenzaamheid blijft belangrijk, gezien de lichte stijging en de samenhang met gezondheidsproblemen en een lagere kwaliteit van leven.**

Circa 65.000 Amsterdammers ernstig eenzaam

In Amsterdam is 11% van de volwassenen ernstig eenzaam, 32% matig eenzaam (tabel 1). Dit betekent dat circa 65.000 Amsterdammers zich ernstig eenzaam voelen en nog eens

ruim 200.000 matig eenzaam. Sociale eenzaamheid komt vaker voor (30%) dan emotionele eenzaamheid (19%). Emotionele eenzaamheid heeft een grotere negatieve invloed op het welzijn.

45-plussers vaker eenzaam

Eenzaamheid komt even vaak voor onder mannen als onder vrouwen. Zowel bij mannen als vrouwen komt eenzaamheid vaker voor met het stijgen van de leeftijd, vooral vanaf 45 jaar. Ook Amsterdammers met een niet-westerse herkomst zijn vaker eenzaam, met name Turkse Amsterdammers (tabel 2). Mensen zonder partner voelen zich ook vaker eenzaam, vooral als zij wel een partner hebben gehad, maar deze zijn verloren door overlijden of echtscheiding.

Wat is eenzaamheid?

Eenzame mensen ervaren te weinig betekenisvolle relaties met anderen. Daarbij spelen de kwaliteit en de frequentie van contacten en de omvang van het netwerk een rol, maar ook de behoefte aan betekenisvolle relaties. Eenzaamheid wordt onderscheiden in twee vormen: sociale en emotionele eenzaamheid. Sociale eenzaamheid duidt vooral op een gemis aan relaties met een bredere groep mensen om je heen, mensen met een gedeelde belangstelling of dezelfde hobby's. Emotionele eenzaamheid is het gemis van intieme relaties met wie lief en leed gedeeld kan worden.

Wat is het risico van eenzaamheid?

Eenzaamheid zorgt voor een lagere kwaliteit van leven en vergroot het risico op gezondheidsproblemen, zoals depressie, hart- en vaatziekten, een ongezonde leefstijl en vervroegd overlijden. Eenzaamheid hangt samen met factoren uit de directe omgeving, zoals het verlies van een partner. Ook persoonlijkheidskenmerken zijn gerelateerd aan eenzaamheid, zoals een gebrek aan sociale vaardigheden, weinig zelfvertrouwen, pessimisme en verlegenheid ⁴⁸.

Wat doet de gemeente Amsterdam?

In Amsterdam is de bestrijding van eenzaamheid onderdeel van het Wmo-beleid. In 2008/2009 is hieraan een impuls gegeven via extra subsidies voor nieuwe en bestaande projecten ⁴⁹. Amsterdam is één van koplopersteden van de landelijke "Coalitie Erbij". Hierin werken de zorg- en welzijnssector samen aan het bestrijden van eenzaamheid ⁵⁰. Elf zorg- en welzijnsorganisaties hebben zich aangesloten bij de Amsterdamse "Coalitie Erbij". In 2012 heeft de staatsecretaris van VWS aangegeven een extra impuls te willen geven aan de bestrijding van eenzaamheid. Het verhogen van vaardigheden van mensen krijgt daarbij de nadruk en niet zozeer het faciliteren van ontmoetingsmogelijkheden ⁵¹.

Hoe is eenzaamheid gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is eenzaamheid in kaart gebracht met elf vragen. Samen vormen deze vragen de schaal van De Jong-Gierveld ^{52,53}. De schaal maakt onderscheid in matige en ernstige eenzaamheid en in sociale en emotionele eenzaamheid. Deze schaal vormt al jarenlang een veelgebruikte standaard voor het meten van eenzaamheid.

Eenzaamheid

Eenzaamheid

Lage opleiding en inkomen: vaker eenzaam

Laagopgeleiden, inwoners met een laag inkomen of zonder betaald werk voelen zich vaak eenzaam (tabel 3). Ieder stapje hoger op deze indicatoren van sociaaleconomische status gaat samen met een afname in het vóórkomen van eenzaamheid.

Verschillen stadsdelen door bevolkingssamenstelling

In de stadsdelen Zuidoost, Nieuw-West en Noord komt eenzaamheid het meest voor. Met name veel jongvolwassenen uit deze stadsdelen voelen zich eenzaam (figuur 1). Onder

inwoners van 35 jaar en ouder komt eenzaamheid in alle stadsdelen even vaak voor. Vrouwen uit Nieuw-West voelen zich relatief vaak eenzaam en mannen uit Zuidoost. Eenzaamheid komt in de aandachtswijken vaker voor dan in de andere Amsterdamse wijken. Deze verschillen tussen stadsdelen en wijken worden vrijwel geheel verklaard door verschillen in de sociaaleconomische status van de bevolking. In Zuidoost is daarnaast de herkomst van de bevolking een verklarende factor.

Tabel 1: Eenzaamheid onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder (%)

	matig eenzaam	(zeer) ernstig eenzaam		emotioneel eenzaam	sociaal eenzaam
Amsterdam	32,4	10,6		18,6	30,1
geslacht					
mannen	33,5	10,9		18,4	31,4
vrouwen	31,4	10,3		18,7	28,9
leeftijd			*	*	*
19-34	29,5	8,4		16,8	24,6
35-44	30,2	8,7		16,7	26,3
45-54	34,9	13,8		22,0	37,2
55-64	33,5	14,2		19,2	36,8
65-74	35,1	10,6		18,5	32,7
75+	43,5	11,5		24,5	36,4
mannen					*
19-34	32,1	9,6		18,7	26,8
35-64	33,5	12,2		18,7	33,8
65+	37,1	8,5		16,4	33,3
vrouwen			*	*	*
19-34	27,3	7,4		15,2	22,8
35-64	31,8	11,6		19,7	31,6
65+	39,8	13,0		24,6	35,0

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

Eenzaamheid

Tabel 2: Eenzaamheid onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar demografische kenmerken (%)

	matig eenzaam	(zeer) ernstig eenzaam		emotioneel eenzaam	sociaal eenzaam
herkomst			*	*	*
Nederland	27,1	6,3		12,3	22,2
Marokko	34,4	14,8		20,9	41,8
Turkije	45,5	25,8		38,9	51,9
Suriname	35,3	14,7		24,1	37,7
ov. niet-westers	42,5	18,2		31,6	45,0
ov. westers	35,4	9,5		18,8	28,9
burgerlijke staat			*	*	*
gehuwd, samenwonend	28,7	6,3		12,4	25,1
ongehuwd	34,3	12,6		21,9	32,6
gescheiden	38,6	19,1		29,9	42,1
weduwe, weduwnaar	44,0	23,0		38,1	41,5
huishoudsamenstelling			*	*	*
2-oudergezin ¹	27,3	7,4		12,9	26,9
1-oudergezin ¹	32,6	13,5		21,8	36,7
alleenwonend	38,0	17,2		28,6	38,0
overig	30,8	7,8		15,0	26,1

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

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Meer eenzaamheid in de grote steden

In de vier grote steden (12%) komt ernstige eenzaamheid vaker voor dan gemiddeld in Nederland (8%). Amsterdam doet het ten opzichte van de grote steden tezamen relatief gunstig, ernstige eenzaamheid komt in onze stad iets minder vaak voor. Wel is het Amsterdamse cijfer hoger dan het landelijke cijfer.

Eenzaamheid blijft stijgen

Eenzaamheid is een groeiend probleem. In 2000 voelde 4% van de volwassen Amsterdammers zich eenzaam. In 2008 was dit gestegen naar 9%; in 2012 is er een lichte stijging naar 11% (figuur 2). In 2008 identificeerden we drie risicogroepen: gescheiden en verweduwd Amsterdammers, laagopgeleiden en Amsterdammers van niet-westerse herkomst. Dit zijn opnieuw de belangrijkste risicogroepen voor eenzaamheid.

Eenzaamheid

Tabel 3: Eenzaamheid onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	matig eenzaam	(zeer) ernstig eenzaam		emotioneel eenzaam	sociaal eenzaam
opleiding			*	*	*
laagst	42,5	22,1		35,9	47,8
laag	40,5	17,5		29,5	42,8
midden	33,6	10,6		18,5	32,4
hoog	26,4	5,6		11,2	20,1
inkomen¹			*	*	*
maximaal 15.200	38,2	13,8		25,7	39,0
15.200 - 19.400	36,1	16,0		25,6	37,2
19.400 - 24.200	32,7	11,1		19,1	30,4
24.200 - 31.000	30,2	9,1		14,7	28,2
minimaal 31.000	23,7	3,3		7,2	16,1
betaald werk²			*	*	*
nee	37,9	22,4		33,3	46,1
ja	29,1	6,5		13,3	23,8

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

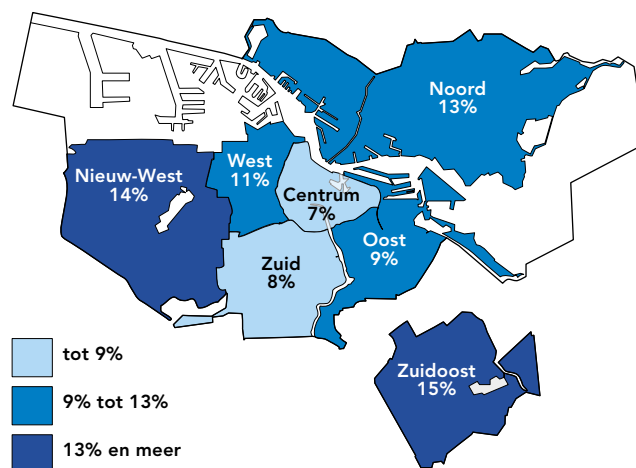
¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

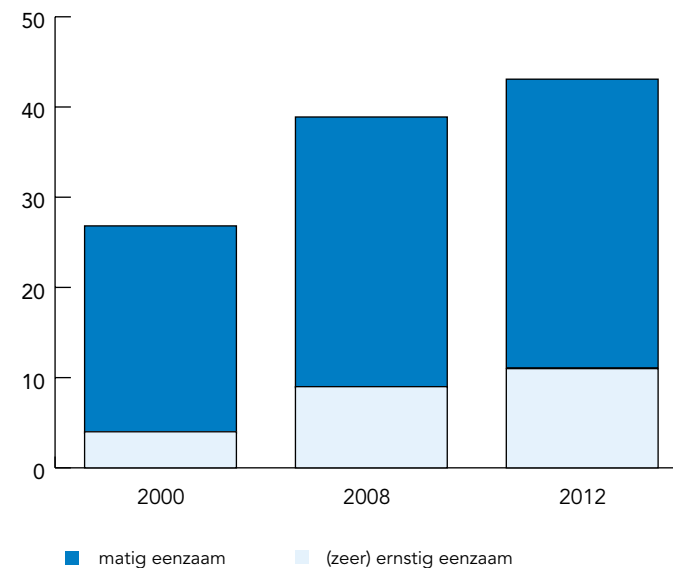
Eenzaamheid

Psychosociaal welbevinden

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met ernstige eenzaamheid naar stadsdeel (%)



Figuur 2: Trend in eenzaamheid in Amsterdam (%)



Huiselijk geweld

Menno Segeren, onderzoeker

Stephan Cremer, hoofd productgroep volwassenen

Huiselijk geweld

Psychosociaal welbevinden

- Eén op de tien volwassen Amsterdammers is ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld en 1% hiervan was het afgelopen jaar het slachtoffer. Huiselijk geweld komt iets minder vaak voor dan in 2008.
- In vergelijking met heel Nederland en de andere grote steden zijn Amsterdammers vaker ooit het slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Recent slachtofferschap komt in Amsterdam even vaak voor als in Nederland en de andere grote steden.
- Vrouwen en Amsterdammers uit lage inkomensgroepen zijn relatief vaak slachtoffer van huiselijk geweld.
- Slechts een vijfde van de slachtoffers van recent huiselijk geweld heeft dit gemeld bij de politie.

Eén op de tien inwoners slachtoffer huiselijk geweld

Bijna 10% van de volwassen Amsterdammers is ooit het slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Eén procent van de Amsterdammers was dat *in het afgelopen jaar (recent)*. Het gaat jaarlijks om circa 6.000 Amsterdammers (tabel 1). Van de Amsterdammers die *in het afgelopen jaar* slachtoffer waren, heeft een minderheid van 20% dit gemeld bij de politie.

Wat is huiselijk geweld?

Huiselijk geweld is lichamelijk, psychisch of seksueel geweld dat door iemand uit de huiselijke kring wordt gepleegd, zoals gezinsleden, familieleden en (ex)partners of huisvrienden. Huiselijk geweld kan vergaande gevolgen hebben voor het slachtoffer, zoals fysieke verwondingen, een slechtere gezondheid, minder zelfvertrouwen, angst of depressie, wantrouwen en problemen met relaties. Ook voor plegers kan het geweld consequenties hebben, bijvoorbeeld echtscheiding, behandeling of detentie. Kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld ervaren vaak negatieve gevolgen^{54,56}.

Wat doet Amsterdam om huiselijk geweld te bestrijden?

De gemeente Amsterdam wil dat alle Amsterdammers in een veilige omgeving kunnen wonen en investeert daarom in de "Aanpak huiselijk geweld"³³. Deze aanpak richt zich op het tijdig

signaleren en stoppen van huiselijk geweld, onder andere bij ouderen. Verder is het Steunpunt Huiselijk Geweld Amsterdam (SHGA) het expertisecentrum voor huiselijk geweld geworden. En sinds 2010 kan de politie een geweldpleger een tijdelijk huisverbod opleggen. Gedurende de periode van een huisverbod ontstaat een veilige situatie waarin hulp kan worden ingezet.

Hoe is huiselijk geweld in kaart gebracht?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is nagevraagd of iemand slachtoffer is geweest van huiselijk geweld, wanneer dit geweld heeft plaatsgevonden, welke vorm van geweld dit betrof en wie de dader was. Deze vragen zijn door alle GGD'en in Nederland gebruikt om huiselijk geweld in kaart te brengen. Aanvullend hebben wij in Amsterdam gevraagd of het geweld bij de politie is gemeld.

Huiselijk geweld

Psychosociaal welbevinden

Huiselijk geweld

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld (%)

	ooit slachtoffer	laatste jaar slachtoffer
Amsterdam	9,5	1,0
geslacht	*	*
mannen	6,2	0,6
vrouwen	12,6	1,4
leeftijd	*	*
19-34	8,3	1,1
35-44	9,2	1,5
45-54	12,5	1,2
55-64	12,6	0,7
65-74	7,9	0,3
75+	3,5	-
mannen		
19-34	7,0	1,1
35-64	6,6	0,4
65+	2,4	0,3
vrouwen	*	*
19-34	9,4	1,1
35-64	16,1	2,0
65+	9,1	0,2

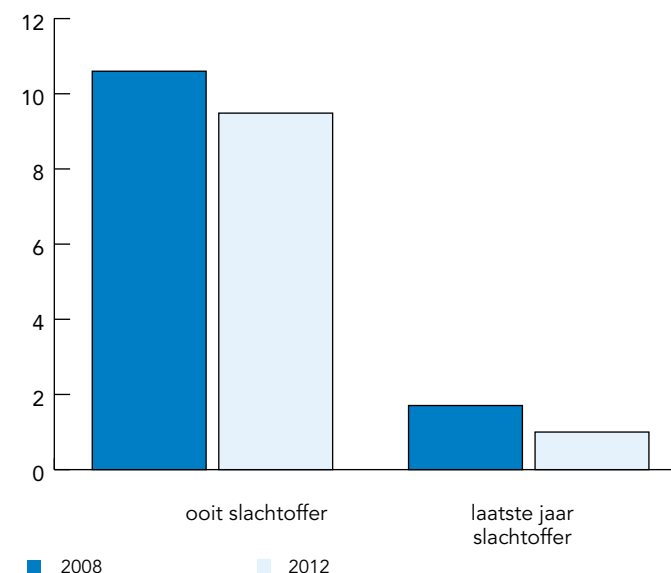
*significant verschil ($p < 0,05$)

- niet bekend vanwege te kleine aantallen

Lichte daling

De omvang van huiselijk geweld lijkt in de afgelopen jaren licht te zijn gedaald ⁵⁷ (figuur 1). Dit geldt voor zowel het percentage Amsterdammers dat ooit slachtoffer is geweest als het percentage Amsterdammers dat in het afgelopen jaar slachtoffer was van huiselijk geweld.

Figuur 1: Trends in percentage slachtoffer van huiselijk geweld in Amsterdam, 2008-2012 (%)



Weinig verschil met andere grote steden

In vergelijking met heel Nederland (7%) en de andere grote steden (G4) (9%) zijn iets meer Amsterdammers (10%) ooit het slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Recent slachtofferschap komt in Amsterdam even veel voor als gemiddeld in Nederland en in de G4 (1%).

Pleger vaak ex-partner

Van de Amsterdammers die ooit het slachtoffer van huiselijk geweld waren geeft 37% aan dat de ex-partner de pleger van het huiselijk geweld was en 18% benoemde de huidige partner als pleger. Bij eenderde (34%) was de pleger een (stief)

Huiselijk geweld

Psychosociaal welbevinden

Huiselijk geweld

ouder. Psychisch of emotioneel geweld (7%) en lichamelijk geweld (6%) komen het meest voor. Seksueel geweld (1%) en ongewenste seksuele toenadering (1%) worden minder vaak gemeld.

Vrouwen vaker slachtoffer van huiselijk geweld

Twee keer zoveel Amsterdamse vrouwen (13%) als mannen (6%) geven aan ooit het slachtoffer geweest te zijn van huiselijk geweld. Amsterdammers in de leeftijd tussen 45 en 64 jaar zijn het vaakst ooit slachtoffer van huiselijk geweld geweest (13%). Met name 35 t/m 64 jarige vrouwen melden relatief vaak ooit het slachtoffer van huiselijk geweld geweest te zijn (16%). Recent slachtofferschap van huiselijk geweld komt het vaakst voor bij 35 t/m 64 jarige vrouwen (2%) en 19 t/m 34 jarige mannen (1%) (tabel 1).

Geen verband met opleiding, wel met inkomen

Huiselijk geweld komt even veel voor onder laag- en hoogopgeleide Amsterdammers. Wel geven meer Amsterdammers zonder betaalde baan (13%) dan met betaalde baan (9%) aan ooit slachtoffer van huiselijk geweld geweest te zijn. Amsterdammers uit de hoogste inkomensgroep zijn het minst vaak slachtoffer van huiselijk geweld (6%) geweest (tabel 2). Verder blijkt dat gescheiden Amsterdammers (16%) en Amsterdammers uit een eenoudergezin (18%) het vaakst ooit slachtoffer waren van huiselijk geweld. Daarnaast rapporteren Surinaamse Amsterdammers (16%) vaker huiselijk geweld dan andere bevolkingsgroepen (tabel 3).

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	ooit slachtoffer	laatste jaar slachtoffer
opleiding		
laagst	10,9	0,6
laag	8,9	0,9
midden	11,1	1,4
hoog	8,8	1,0
inkomen¹	*	
maximaal 15.200	10,7	1,2
15.200 - 19.400	11,7	1,4
19.400 - 24.200	10,9	1,4
24.200 - 31.000	9,2	0,6
minimaal 31.000	5,9	0,6
betaald werk²	*	*
nee	13,0	1,9
ja	9,2	0,9

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Huiselijk geweld

Psychosociaal welbevinden

Huiselijk geweld

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld naar demografische kenmerken (%)

	ooit slachtoffer	laatste jaar slachtoffer
herkomst	*	
Nederland	8,0	0,8
Marokko	7,0	-
Turkije	8,4	-
Suriname	15,6	2,2
ov. niet-westers	9,1	1,2
ov. westers	12,2	1,2
burgerlijke staat	*	
gehuwd, samenwonend	7,5	0,7
ongetrouwd	10,6	1,4
gescheiden	16,0	1,6
weduwe, weduwnaar	8,8	-
huishoudsamenstelling	*	*
2-oudergezin ¹	8,8	2,0
1-oudergezin ¹	17,5	2,4
alleenwonend	10,9	0,9
overig	8,3	0,7

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

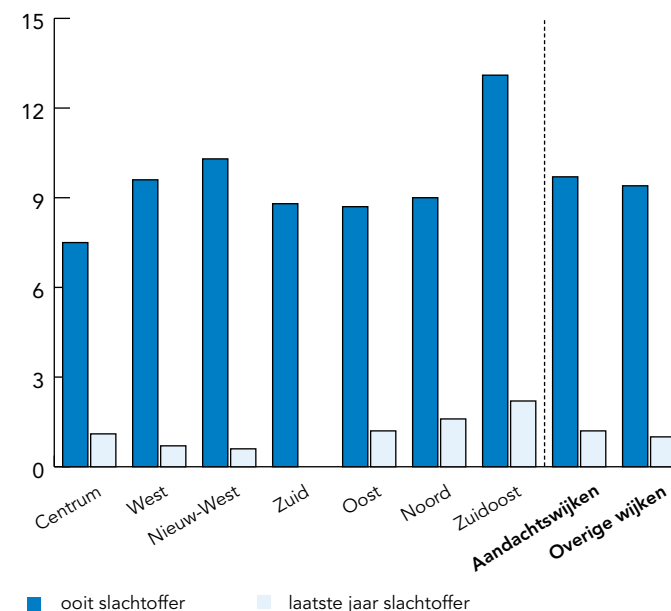
- niet bekend vanwege te kleine aantallen

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Geen verschillen tussen stadsdelen en wijken

Huiselijk geweld komt onder Amsterdammers uit alle stadsdelen vrijwel even vaak voor, variërend van 8% in het Centrum tot 13% in Zuidoost. Ook recent huiselijk geweld komt in alle stadsdelen ongeveer even vaak voor. Verder zijn er geen verschillen in het voorkomen van huiselijk geweld tussen de aandachtswijken en de overige Amsterdamse wijken (figuur 2).

Figuur 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld naar stadsdeel (%)



Suïcidale gedachten

Marcel Buster, onderzoeker

Lyna Polikar, coördinator suicidepreventie

Suïcidale gedachten

Psychosociaal welbevinden

- Ruim 44.000 volwassen Amsterdammers hebben in het laatste jaar aan zelfdoding gedacht; 2.000 inwoners hebben een poging tot zelfdoding gedaan.
- Amsterdammers met een lager opleidingsniveau, een lager inkomen of zonder betaald werk hebben vaker suïcidale gedachten. Dit geldt ook voor alleenwonenden.
- Amsterdammers met financiële problemen hebben relatief vaak suïcidale gedachten. Dit biedt aangrijpingspunten voor de preventie van suicide.

Ruim 44.000 Amsterdammers met suïcidegedachten

Ruim 7% van de Amsterdammers heeft in het laatste jaar suïcidale gedachten gehad, dat zijn meer dan 44.000 inwoners (tabel 1). Drie procent had deze gedachten een enkele keer; 1% had deze gedachten (heel) vaak. Circa 2.000 Amsterdammers (0,3%) hebben het laatste jaar een suïcidepoging gedaan. Deze cijfers zijn hoog in vergelijking met eerder landelijk onderzoek. Dat liet namelijk zien dat 1% van de Nederlanders in het laatste jaar suïcidale gedachten had en dat 0,1% een poging tot zelfdoding deed ⁴. In Utrecht had 5% van de inwoners in het laatste jaar suïcidegedachten en deed 0,6% een suïcidepoging. Deze cijfers komen uit de Utrechtse gezondheidsmonitor 2012, waarin dezelfde vraagstelling en methode als in Amsterdam werden gebruikt.

Waarom is suicide een belangrijk onderwerp?

Zelfdoding komt in Amsterdam relatief vaak voor, jaarlijks zo'n 100 keer ^{58,59}. Verder belanden er elk jaar circa 10 maal zoveel personen op de spoedeisende hulp na een poging tot zelfdoding ⁶⁰. Slechts een klein deel van de mensen met suïcidale gedachten doet een poging. Een nog kleiner deel overlijdt als gevolg daarvan ^{58,60,61}. Gedachten aan zelfdoding kunnen zo dwingend zijn, dat iemand geen andere uitweg meer ziet. Erover praten met anderen en het zoeken van hulp kan helpen om andere oplossingen te vinden ⁶². Mensen met suïcidale gedachten hebben vaker psychische aandoeningen, een ervaring van misbruik of verwaarlozing in de jeugd en zijn vaker gepest op school ⁶¹.

Hoe probeert Amsterdam zelfdodingen te voorkomen?

Het voorkómen van suicides is een speerpunt van het ministerie van VWS, maar ook van de gemeente Amsterdam ⁶³. Daarom traint de gemeente Amsterdam sleutelfiguren om suïcidale gedachten

te leren bespreken met cliënten en cliënten door te verwijzen. Deze sleutelfiguren zijn professionals of vrijwilligers die vaak in contact komen met mensen met suïcidale gedachten, bijvoorbeeld professionals uit de zorg, de schuldhulpverlening of medewerkers van DWI (Dienst Werk en Inkomen). Verder houdt een casemanager van de GGD Amsterdam de geboden nazorg in de gaten bij mensen die als gevolg van een poging tot zelfdoding op de spoedeisende hulp komen en nog geen zorg ontvangen.

Hoe is suïcidaliteit in kaart gebracht?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is gevraagd of iemand er in het voorgaande jaar serieus over heeft gedacht een eind aan zijn leven te maken en zo ja, hoe vaak dat het geval was. Ook is gevraagd of iemand in het voorgaande jaar een poging heeft ondernomen om een eind aan zijn leven te maken. Respondenten die geen antwoord wilden geven op deze vragen, konden dit aangeven.

Suïcidale gedachten

Suïcidale gedachten

Psychosociaal welbevinden

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden (%)

Amsterdam	7,3
geslacht	
mannen	7,9
vrouwen	6,8
leeftijd	
19-34	7,5
35-44	8,0
45-54	7,7
55-64	8,5
65-74	4,0
75+	4,9
mannen	
19-34	8,6
35-64	8,5
65+	4,0
vrouwen	
19-34	6,6
35-64	7,6
65+	4,7

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

Laagopgeleiden en alleenwonenden vaker suïcidale gedachten

Zijn er groepen die vaker suïcidegedachten hebben? Ja, uit de monitor komt een samenhang naar voren tussen het vóórkomen van gedachten aan zelfdoding en sociaaleconomische positie (tabel 2). Amsterdammers zonder betaald werk, met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau hebben deze gedachten vaker. Wat blijkt verder? Er zijn geen verschillen in het voorkomen van suïcidale gedachten tussen leeftijdsgroepen of tussen mannen en vrouwen. Opvallend: alleenwonende

Amsterdammers hebben vaker suïcidale gedachten dan niet-alleenwonenden. Het maakt nauwelijks uit of de alleenwonende ongehuwd, gescheiden of verweduwd is. Bij inwoners met thuiswonende kinderen komen deze gedachten minder vaak voor (tabel 3).

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met suïcidegedachten naar sociaaleconomische kenmerken (%)

opleiding	*
laagst	10,4
laag	8,7
midden	8,3
hoog	5,6
inkomen¹	*
maximaal 15.200	9,8
15.200 - 19.400	11,0
19.400 - 24.200	4,8
24.200 - 31.000	8,1
minimaal 31.000	3,9
betaald werk²	*
nee	13,6
ja	5,7

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Suïcidale gedachten

Psychosociaal welbevinden

Suïcidale gedachten

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met suïcidegedachten naar demografische kenmerken (%)

burgerlijke staat	*
gehuwd, samenwonend	3,9
ongetrouwd	11,1
gescheiden	11,8
weduwe, weduwnaar	8,6
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	3,3
1-oudergezin ¹	7,0
alleenwonend	11,3
overig	6,9

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

¹ met thuiswonende kinderen

Geen verschil tussen stadsdelen

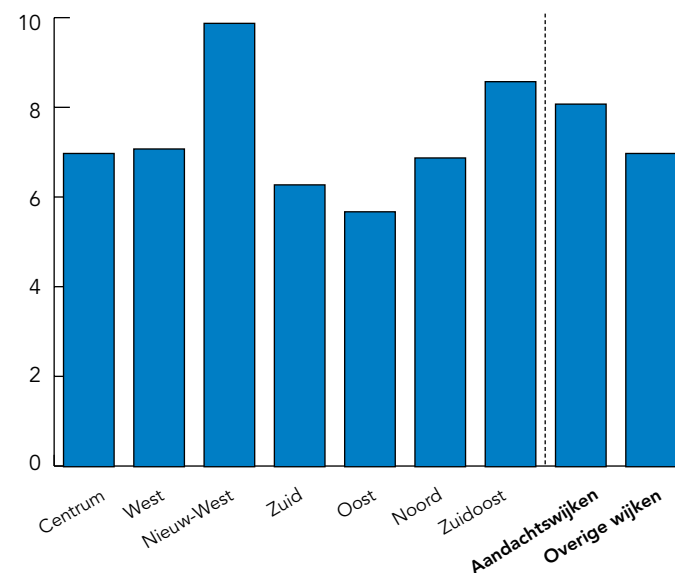
Suïcidale gedachten komen bij inwoners uit alle stadsdelen ongeveer even vaak voor. Ook tussen aandachtswijken en andere Amsterdamse wijken vinden we geen verschil in suïcidaliteit (figuur 1).

Zelfdoding en de economische crisis

In de huidige periode van economische recessie waarin mensen hun baan verliezen of in financiële problemen raken, neemt het aantal gevallen van zelfdoding toe ⁶⁴.

Ook de Amsterdamse gezondheidsmonitor laat dit zien. Amsterdammers die moeite hebben om rond te komen (12%) hebben vaker suïcidale gedachten dan Amsterdammers die goed kunnen rondkomen (5%). Dit biedt aanrijpingspunten voor de preventie van suïcide en voor de keuze van beroepsgroepen waaruit sleutelfiguren voor de eerdergenoemde trainingen kunnen worden geworven.

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder met suïcidegedachten naar stadsdeel en wijk (%)



Regie over eigen leven

Matty de Wit, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Psychosociaal welbevinden

Regie over eigen leven

- Laagopgeleide, werkloze, oudere, verweduwd en gescheiden Amsterdammers ervaren het vaakst onvoldoende regie over hun leven.
- Mensen met weinig regie over hun eigen leven hebben moeite om zelf de verantwoordelijkheid te nemen bij tegenslagen, zoals ziekte.
- Risicogroepen voor een lage ervaren regie overlappen sterk met risicogroepen voor eenzaamheid. Dit kan betekenen dat het sociale netwerk een gebrekkige eigen regie niet altijd kan compenseren.

Circa 60.000 Amsterdammers ervaren weinig regie

Van de Amsterdammers ervaart 10% een lage regie over hun eigen leven. Dit percentage is iets lager dan gemiddeld in de grote steden (11%). Een gebrek aan eigen regie neemt toe met de leeftijd. Met name 75-plussers vormen een risicogroep; meer dan een vijfde van hen ervaart weinig regie over het eigen leven (tabel 1).

Wat is regie over eigen leven?

Regie over eigen leven is de mate waarin mensen ervaren zelf controle te hebben over hun eigen leven. Mensen met een hoge mate van eigen regie hebben het gevoel zelf greep te hebben op levensgebeurtenissen. Mensen met een lage eigen regie hebben doorgaans het gevoel dat de omstandigheden hen overkomen. Dit gevoel van regie is geen statische eigenschap, mensen kunnen het gevoel regie te hebben over hun eigen leven herwinnen of verliezen ⁶⁵.

Eigen verantwoordelijkheid van de burger is het uitgangspunt van het huidige beleid. Mensen met een lage eigen regie hebben meer moeite met het nemen van hun eigen verantwoordelijkheid en met het omgaan met tegenslagen, zoals ziekte. Daardoor lopen zij het risico de aansluiting met voorzieningen en hulpverlening te missen. Ook hebben zij bijvoorbeeld meer kans op een depressie. Een steunend sociaal netwerk kan een lage ervaren regie deels compenseren ^{65,66}.

Hoe bevordert Amsterdam eigen regie van burgers?

De gemeente stimuleert Amsterdammers om hun verantwoordelijkheid te nemen, betrokkenheid te tonen en elkaar onderling hulp te bieden ⁶⁷. Dat doet zij bijvoorbeeld via activerende ondersteuning van kwetsbare Amsterdammers door het sociaal-cultureel werk. Maar ook door "Eigen kracht conferenties" te organiseren, bijeenkomsten waarin de betrokkene en zijn of haar sociale netwerk worden gemobiliseerd om problemen aan te pakken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om opvoedingsproblemen, huiselijk geweld of relatieproblemen. Ook bij gezondheidsbevordering, zoals bewegingsstimulering, speelt het vergroten van eigen regie een belangrijke rol ⁴.

Hoe is regie over eigen leven gemeten?

Regie over eigen leven is in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 in kaart gebracht via zeven stellingen ⁶⁷.

Regie over eigen leven

Psychosociaal welbevinden

Regie over eigen leven

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die onvoldoende regie ervaren over hun eigen leven (%)

Amsterdam	10,0
geslacht	
mannen	10,2
vrouwen	9,9
leeftijd	*
19-34	5,1
35-44	9,0
45-54	12,6
55-64	14,5
65-74	13,0
75+	21,6
mannen	*
19-34	6,2
35-64	11,6
65+	14,6
vrouwen	*
19-34	4,1
35-64	11,7
65+	18,1

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

Eenderde van de laagst opgeleiden weinig regie

Het ontbreken van regie over het eigen leven hangt sterk samen met sociaaleconomische status (tabel 2). Vooral de laagst opgeleide Amsterdammers vormen een risicogroep; van hen ervaart eenderde weinig regie over het eigen leven. Ook relatief veel Amsterdammers zonder werk, Turkse en Marokkaanse Amsterdammers, gescheiden en verweduwd Amsterdammers ervaren een gebrek aan regie (tabel 3).

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die onvoldoende regie ervaren over hun eigen leven naar sociaaleconomische kenmerken (%)

opleiding	*
laagst	31,0
laag	16,5
midden	8,4
hoog	3,9
inkomen¹	*
maximaal 15.200	15,3
15.200 - 19.400	15,3
19.400 - 24.200	9,1
24.200 - 31.000	9,1
minimaal 31.000	2,7
betaald werk²	*
nee	22,1
ja	4,7

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Regie over eigen leven

Psychosociaal welbevinden

Regie over eigen leven

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die onvoldoende regie ervaren over hun eigen leven naar demografische kenmerken (%)

herkomst	*
Nederland	6,8
Marokko	19,1
Turkije	20,6
Suriname	13,0
ov. niet-westers	15,4
ov. westers	8,1
burgerlijke staat	*
gehuwd, samenwonend	7,8
ongehuwd	8,3
gescheiden	22,4
weduwe, weduwnaar	20,0
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	6,9
1-oudergezin ¹	9,9
alleenwonend	14,5
overig	8,6

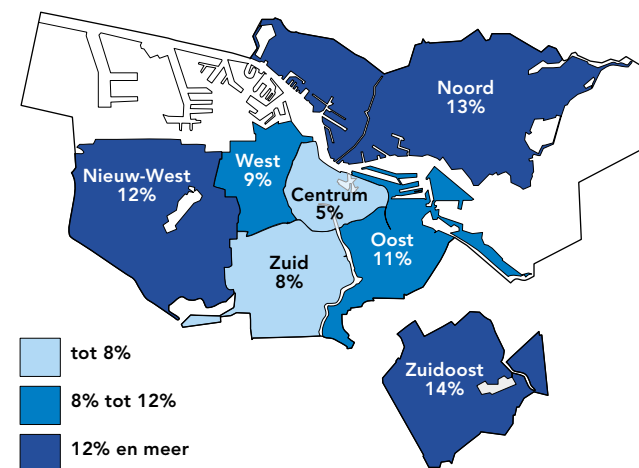
*significant verschil ($p < 0,05$)

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Gebrek aan regie vaker in aandachtswijken

Inwoners van de Amsterdamse aandachtswijken (13%) ervaren vaker een gebrek aan regie dan inwoners van de overige wijken (9%). Ook zien we verschillen tussen stadsdelen (figuur 1). In Zuidoost, Noord, Nieuw-West en Oost kampen meer inwoners met het gevoel weinig regie over hun eigen leven te hebben dan in de andere stadsdelen. In Oost en Nieuw-West komt een gebrek aan regie met name voor bij ouderen. In Zuidoost zien we een gebrek aan regie bij alle leeftijdsgroepen. In Noord en Zuidoost zijn het vooral mannen die een lage regie ervaren, in Nieuw-West met name vrouwen. De verschillen tussen stadsdelen zijn grotendeels te verklaren door de sociaaleconomische opbouw van deze stadsdelen.

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die onvoldoende regie ervaren over hun eigen leven (%)



Geen steunend sociaal netwerk

Eenzame Amsterdammers ervaren vaker een lage mate van regie (39%) dan niet-eenzame Amsterdammers (6%). Ook komen de risicogroepen voor een lage eigen regie sterk overeen met de risicogroepen voor eenzaamheid. Dit kan betekenen dat zij het gebrek aan eigen regie niet altijd kunnen opvangen door een steunend sociaal netwerk.

Risico op verlies aansluiting met hulpverlening

Het nemen van regie is belangrijk nu het welzijns- en gezondheidsbeleid uitgaat van zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. De risicogroepen met een lage eigen regie hebben extra aandacht nodig om de aansluiting bij voorzieningen en hulpverlening te behouden. Het hervinden en behouden van regie is daarbij een belangrijk aandachtspunt voor alle betrokkenen.

Sociale uitsluiting

Joanne Ujcic-Voortman, onderzoeker

Marcel Buster, onderzoeker

Johan Osté, beleidsadviseur

Psychosociaal welbevinden

Sociale uitsluiting

- In Amsterdam is 9% van de inwoners matig tot sterk sociaal uitgesloten; dit is bijna twee keer zoveel als landelijk.
- Vooral onder Amsterdammers met een niet-westerse herkomst komt sociale uitsluiting voor, met name Turkse en Marokkaanse Amsterdammers.
- Sociale uitsluiting komt in de aandachtswijken en in de stadsdelen Zuidoost en Nieuw-West vaker voor dan in de rest van de stad.

Ruim 54.000 Amsterdammers sociaal uitgesloten

Driekwart van de Amsterdammers kan voldoende meekomen in de samenleving. Een deel kan echter minder goed meekomen: 9% van de Amsterdammers is matig tot sterk sociaal uitgesloten en 16% enigszins sociaal uitgesloten. Dit is hoger dan de landelijke cijfers (respectievelijk 5% en 10%).

Sociale uitsluiting: onvoldoende kunnen meekomen in de samenleving

Sociale uitsluiting houdt in dat mensen niet volledig kunnen deelnemen aan de samenleving. Dit kan door individuele omstandigheden komen, maar ook door factoren uit de omgeving. Onvoldoende sociale contacten of financiële middelen bijvoorbeeld, kunnen leiden tot sociale uitsluiting. Maar ook gebrekkige medische zorg, slechte woonomstandigheden of discriminatie kunnen ervoor zorgen dat mensen sociaal uitgesloten raken ^{68,69}.

Wat doet Amsterdam om sociale uitsluiting tegen te gaan?

De gemeente ondersteunt Amsterdammers die niet in staat zijn om volledig deel te nemen aan de samenleving. Een belangrijke rol bij het tegengaan van sociale uitsluiting spelen de stadsdelen en diverse gemeentelijke diensten: Dienst Werk en Inkomen (DWI), Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO), Dienst Wonen Zorg en Samenleven (DWZS) en de GGD Amsterdam. Gezamenlijk proberen zij te voorkomen dat personen in armoede en schulden afglijden en als gevolg daarvan bijvoorbeeld uit huis worden gezet. Daarnaast stimuleren ze participatie in de vorm van werk of dagbesteding, inburgeringscursussen, (andere) welzijnsvoorzieningen en

In het voorkomen van sociale uitsluiting zijn geen duidelijke verschillen tussen Amsterdamse mannen en vrouwen of tussen leeftijdsgroepen te zien (tabel 1).

Niet-westerse Amsterdammers vaker sociaal uitgesloten

Mensen met een niet-westerse achtergrond hebben over het algemeen meer moeite om mee te komen in een westerse maatschappij ⁶⁸. Sociale uitsluiting komt ook in Amsterdam duidelijk meer voor onder mensen met een niet-westerse herkomst dan onder mensen met een Nederlandse of andere westerse herkomst (tabel 3). De hogere mate van sociale uitsluiting in Amsterdam hangt voor een belangrijk deel samen met het hogere aandeel inwoners van niet-westerse herkomst in Amsterdam ten opzichte van de rest van Nederland. De verschillen tussen de Amsterdammers van niet-westerse en

toegang tot de zorg. Het tegengaan van discriminatie staat binnen de gemeente Amsterdam eveneens hoog op de agenda.

Hoe is sociale uitsluiting gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is sociale uitsluiting gemeten aan de hand van 18 vragen over vier terreinen. Iemand is sociaal uitgesloten als hij of zij een achterstand heeft op twee of meer van deze terreinen:

1. sociale participatie (eenzaamheid, sociale contacten);
2. materiële deprivatie (gebrek aan financiële middelen);
3. toegang tot sociale grondrechten (woning, zorg, discriminatie);
4. normatieve integratie (naleven van normen en waarden in de samenleving).

Op basis van deze 18 vragen is een score berekend. Aan de hand van landelijk onderzoek is een indeling gemaakt in deze score. Er wordt onderscheid gemaakt naar 'niet of nauwelijks sociaal uitgesloten' (de 85% van de Nederlandse bevolking die het 'best' scoorde), 'enigszins sociaal uitgesloten' (de volgende 10%) en 'matig tot sterk sociaal uitgesloten' (de 5% 'slechtst' scorende) ^{68,69}. De scores waarmee deze groepen zijn ingedeeld, zijn als afkappunten gebruikt.

Sociale uitsluiting

Amsterdammers van westerse herkomst kunnen slechts deels verklaard worden door verschillen in opleidingsniveau, werksituatie en inkomen.

Tabel 1: Sociale uitsluiting onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder (%)

	matig tot sterk	enigszins	niet of nauwelijks
Amsterdam	9,0	15,9	75,1
geslacht			
mannen	9,7	15,0	75,3
vrouwen	8,3	16,8	74,9
leeftijd			
19-34	8,3	17,2	74,5
35-44	9,7	12,8	77,5
45-54	11,1	16,8	72,1
55-64	9,0	17,1	73,9
65-74	7,8	15,7	76,5
75+	5,9	14,3	79,8
mannen			
19-34	9,3	17,8	72,9
35-64	10,8	13,2	76,0
65+	6,4	15,2	78,4
vrouwen			
19-34	7,5	16,7	75,8
35-64	9,2	17,5	73,4
65+	7,5	15,0	77,5

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

Sociale uitsluiting vooral onder Turkse mannen

Met name onder Turkse en Marokkaanse Amsterdammers komt veel sociale uitsluiting voor. Onder Turkse Amsterdammers is bij drie van de tien zelfs sprake van matige tot sterke sociale uitsluiting. Hoewel er in de totale Amsterdamse bevolking geen verschillen zijn tussen mannen en vrouwen, bestaan deze wel onder Turkse Amsterdammers. Er zijn aanzienlijk meer Turkse mannen (38%) die in hoge mate sociaal uitgesloten zijn dan Turkse vrouwen (20%).

Lage opleiding, inkomen of geen werk: hoger risico

Hoewel de kans op sociale uitsluiting toeneemt als iemand een laag inkomen heeft, is dit niet per definitie het geval. Andersom is een hoge sociaaleconomische positie ook geen garantie dat mensen *niet* sociaal uitgesloten raken. In de Amsterdamse bevolking zien we wel dat mensen met een lage opleiding, een laag inkomen of zonder betaald werk meer sociaal uitgesloten zijn (tabel 3).

Van de Amsterdammers die gehuwd zijn of samenwonen kan het merendeel (80%) prima meekomen in de samenleving. Onder gescheiden Amsterdammers en éénuoudergezinnen vinden we veel vaker sociale uitsluiting.

Veel sociale uitsluiting in Zuidoost en Nieuw-West

Er bestaan grote verschillen tussen de stadsdelen in het voorkomen van sociale uitsluiting (figuur 1). In stadsdeel Centrum kunnen de meeste mensen voldoende meekomen in de maatschappij, slechts een klein deel (4%) is matig tot sterk sociaal uitgesloten. In de stadsdelen Zuidoost (16%) en Nieuw-West (13%) liggen deze percentages aanzienlijk hoger. In de aandachtswijken komt matige tot sterke sociale uitsluiting bijna drie keer zo vaak voor als in de andere wijken (15% versus 6%).

Sociale uitsluiting

Psychosociaal welbevinden

Sociale uitsluiting

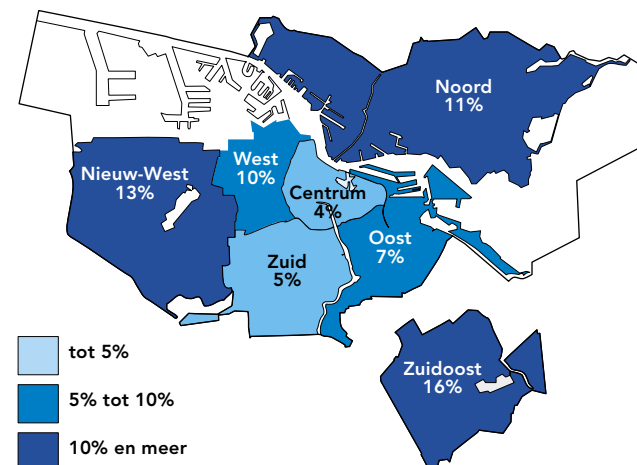
Tabel 2: Sociale uitsluiting onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar demografische kenmerken (%)

	matig tot sterk	enigszins	niet of nauwelijks	
herkomst				*
Nederland	3,0	8,7	88,3	
Marokko	19,2	32,8	48,0	
Turkije	29,8	25,1	45,1	
Suriname	16,6	26,1	57,2	
ov. niet-westers	20,2	29,0	50,8	
ov. westers	5,2	14,7	80,1	
burgerlijke staat				*
gehuwd, samenwonend	6,3	13,8	79,9	
ongehuwd	9,7	17,7	72,6	
gescheiden	18,5	19,5	62,0	
weduwe, weduwnaar	13,9	18,1	68,0	
huishoudsamenstelling				*
2-oudergezin ¹	6,4	17,0	76,5	
1-oudergezin ¹	15,6	19,3	65,1	
alleenwonend	12,0	16,0	72,1	
overig	7,8	14,8	77,5	

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

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Figuur 1: Matige tot sterke sociale uitsluiting onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar stadsdeel (%)



Herkomst en sociaaleconomische positie geen volledige verklaring

De verschillen in sociale uitsluiting tussen de stadsdelen en wijken in Amsterdam kunnen voor een deel verklaard worden door verschillen in bevolkingskenmerken. Maar ook als rekening gehouden wordt met de bevolkingsopbouw naar geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, werksituatie en herkomst, blijft sociale uitsluiting een groter probleem in Zuidoost en de aandachtswijken dan in de rest van Amsterdam.

Sociale uitsluiting

Psychosociaal welbevinden

Sociale uitsluiting

Tabel 3: Sociale uitsluiting onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	matig tot sterk	enigszins	niet of nauwelijks	
opleiding				*
laagst	24,8	30,6	44,6	
laag	16,1	24,8	59,1	
midden	10,0	19,2	70,8	
hoog	2,6	7,6	89,8	
inkomen¹				*
maximaal 15.200	16,3	24,5	59,3	
15.200 - 19.400	14,0	22,1	63,9	
19.400 - 24.200	7,1	14,6	78,3	
24.200 - 31.000	6,3	10,7	82,9	
minimaal 31.000	0,8	5,6	93,6	
betaald werk²				*
nee	21,7	26,4	51,9	
ja	5,1	12,4	82,4	

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Gebruik en verlenen van zorg

Gebruik en verlenen
van zorg



Gebruik en verlenen van zorg

Gebruik en verlenen
van zorg



Zorggebruik: contact met de huisarts

Frank Hazeleger, onderzoeker

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Zorggebruik:
contact met de huisarts

- Meer dan 467.000 volwassen Amsterdammers hebben in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts.
- Vooral vrouwen en ouderen bezochten in de afgelopen twaalf maanden de huisarts.
- Er zijn geen verschillen in het aantal huisartsbezoeken tussen herkomstgroepen en tussen stadsdelen.

Vooral vrouwen en ouderen bezoeken de huisarts

Driekwart van de Amsterdamse volwassenen heeft in de twaalf maanden voorafgaande aan het onderzoek contact gehad met de huisarts (tabel 1). Dit is minder dan het landelijk gemiddelde (rond 80%) ⁷⁰, maar wijkt niet af van het cijfer in de overige grote steden (75%). Vrouwen (82%) hebben meer contact gehad met de huisarts dan mannen (68%). Dit geldt ook voor het contact met de huisarts in de afgelopen twee maanden. Bezoek aan de huisarts stijgt naarmate de leeftijd toeneemt, waarbij 19 t/m 34 jarige mannen het minst naar de huisarts gaan (59%). Opvallend is het verschil in huisartscontact tussen mannen en vrouwen naar leeftijdscategorie. Het verschil tussen mannen en vrouwen loopt op van 2% bij de 65-plussers tot 21% bij de jongste leeftijdscategorie.

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die in de afgelopen 12 maanden contact hadden met de huisarts (%)

Amsterdam	75,3
geslacht	*
mannen	68,4
vrouwen	81,8
leeftijd	*
19-34	70,8
35-44	74,1
45-54	73,6
55-64	80,7
65-74	81,9
75+	89,5
mannen	*
19-34	59,4
35-64	70,2
65+	84,2
vrouwen	
19-34	80,5
35-64	81,4
65+	85,8

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

Wat is huisartsenzorg?

De huisarts is voor veel mensen het eerste aanspreekpunt voor vragen of problemen over gezondheid en ziekte. Het takenpakket van de huisarts is een combinatie van diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. De huisarts is de spil in de gezondheidszorg en heeft een poortwachterrol. In 4% van de contacten wordt een patiënt doorverwezen naar andere hulpverleners ^{70,71}. Ruim 2 miljard euro wordt er in ons land jaarlijks besteed aan huisartsenzorg. Dit is 4% van de totale kosten voor de gezondheidszorg en 36% van de kosten voor eerstelijnszorg.

De hoogste kosten in de huisartsenzorg worden veroorzaakt door symptomen en onbeschreven ziektebeelden en ziekten van het bewegingsstelsel en de ademhalingswegen ⁷⁰.

Hoe is zorggebruik gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is nagevraagd wanneer men voor het laatst voor zichzelf contact heeft gehad met de huisarts. Met contact wordt bedoeld een bezoek aan de huisarts, huisbezoeken of een telefonisch consult.

Zorggebruik: contact met de huisarts

Zorggebruik: contact met de huisarts

Gebruik en verlenen van zorg

Lager opgeleiden vaker contact met de huisarts

Laagst opgeleide Amsterdammers (83%) hebben het afgelopen jaar meer contact met de huisarts gehad dan hoger opgeleide Amsterdammers (tabel 2). Tussen de inkomensgroepen bestaan daarentegen geen duidelijke verschillen. Wel is er een verschil tussen inkomensgroepen in recent huisartsenbezoek: ongeveer twee op de vijf Amsterdammers met een laag inkomen (40%) heeft in de laatste twee maanden voorafgaand het onderzoek contact gehad met de huisarts ten opzichte van 30% van de hoogste inkomensgroepen.

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die in de afgelopen 12 maanden contact hadden met de huisarts naar sociaaleconomische kenmerken (%)

opleiding	*
laagst	82,7
laag	78,0
midden	75,4
hoog	72,3
inkomen ¹	
maximaal 15.200	76,1
15.200 - 19.400	79,2
19.400 - 24.200	76,1
24.200 - 31.000	73,9
minimaal 31.000	74,5

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

Geen verschillen in huisartsbezoek naar herkomst

In tegenstelling tot het landelijk beeld waar niet-westerse Nederlanders vaker contact hebben met de huisarts ⁷², is er in Amsterdam geen duidelijke relatie tussen herkomstgroep en contact met de huisarts (tabel 3).

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die in de afgelopen 12 maanden contact hadden met de huisarts naar demografische kenmerken (%)

herkomst	
Nederland	74,4
Marokko	73,8
Turkije	78,8
Suriname	82,4
ov. niet-westers	76,1
ov. westers	73,0
burgerlijke staat	*
gehuwd, samenwonend	74,6
ongehuwd	72,9
gescheiden	78,1
weduwe, weduwnaar	90,1
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	75,3
1-oudergezin ¹	81,6
alleenwonend	77,9
overig	73,1

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

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

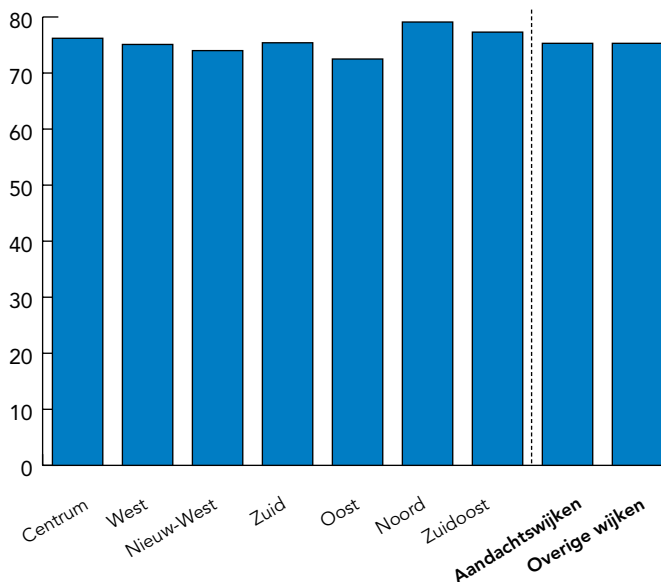
Het percentage Amsterdammers dat het afgelopen jaar contact heeft gehad met de huisarts loopt uiteen van 73% onder overige westerse landen, 74% onder Nederlandse Amsterdammers tot 82% onder Surinaamse Amsterdammers. Ook tussen stadsdelen zijn er geen grote verschillen net zomin als tussen aandachtswijken (75%) en overige wijken (75%) (figuur 1).

Zorggebruik: contact met de huisarts

Zorggebruik:
contact met de huisarts

Gebruik en verlenen
van zorg

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die in de afgelopen 12 maanden contact hadden met de huisarts naar stadsdeel en wijk (%)



Weduwen en weduwnaren vaak naar huisarts

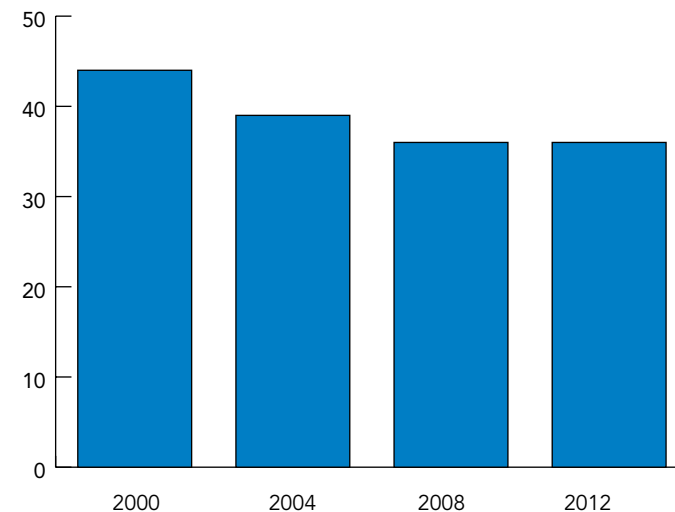
Negen van de tien weduwen of weduwnaren hebben in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts (tabel 3). Dit hangt samen met de hoge gemiddelde leeftijd van deze groep. Verder valt op dat ouders in eenoudergezinnen, met kinderen jonger dan 18 jaar, voor de eigen gezondheid vaak contact met de huisarts hebben (82%).

Daling huisartsbezoek zet niet door

De dalende trend die zichtbaar was in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008 in het recente huisartsbezoek

zet niet door (figuur 2). In 1999/2000 had 44% van de Amsterdammers in de voorgaande twee maanden contact gehad met de huisarts; in 2004 was dat 39% en in 2008 36%. In 2012 vinden we eenzelfde percentage als in 2008.

Figuur 2: Trends in recent huisartscontact in Amsterdam, 2000-2012 (%)



Inwoners met chronische aandoening vaak bij huisarts

Het merendeel van de Amsterdammers met een hoog risico op een angststoornis of depressie (88%) heeft in de afgelopen twaalf maanden contact gehad met de huisarts. Daarnaast zien ook mensen met één of meer chronische aandoeningen (84%) de huisarts vaker dan mensen zonder een chronische aandoening (64%).

Gezondheidsvaardigheden

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Joanne Ujcic-Voortman, onderzoeker

Gezondheidsvaardigheden

- **Laagopgeleide Amsterdammers hebben relatief vaak moeite met het begrijpen van informatie over (hun) gezondheid. Daarnaast voelen vooral zij zich onzeker over het schriftelijk verstrekken van gezondheidsinformatie.**
- **Bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse Amsterdammers beschikt over onvoldoende mogelijkheden om zelf gezondheidsinformatie te geven en te begrijpen.**
- **Adequaat inspelen op de belemmeringen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is cruciaal voor een goede, effectieve zorg.**

Gezondheidsvaardigheden onvoldoende bij 70.000 Amsterdammers

In Amsterdam hebben rond de 70.000 inwoners van 19 t/m 64 jaar (13%) hulp nodig bij het lezen van geschreven gezondheidsinformatie, moeite met het begrijpen van

informatie over de eigen gezondheidstoestand (14%) of weinig vertrouwen dat ze medische formulieren goed in vullen (13%) (tabel 1). Vrouwen van 35 t/m 64 jaar (18%) hebben aanzienlijk meer moeite met deze vaardigheden dan vrouwen uit de jongere leeftijdsgroep van 19 t/m 34 jaar (9%). Bij de mannen zijn er nauwelijks verschillen tussen de leeftijdsgroepen.

Gebruik en verlenen van zorg

Geen gezondheid zonder gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden om informatie over gezondheid te kunnen verkrijgen, begrijpen en toepassen^{73,74}. Ze kunnen worden onderverdeeld in functionele vaardigheden (lezen, schrijven), communicatievaardigheden (gelijkwaardig communiceren met hulpverleners) en kritische vaardigheden (kritisch omgaan met gezondheidsinformatie en besluitvorming). De functionele gezondheidsvaardigheden vormen hiervan de basis, maar alle drie hebben ze grote invloed op het bevorderen en behouden van de eigen gezondheid. Mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden weten zichzelf te informeren over ziekte en gezondheid, kunnen hun klachten onder woorden brengen, stellen de juiste vragen aan hulpverleners, kunnen adequaat omgaan met medicatie en tonen een goede behandeltrouw^{75,76}. De landelijke Alliantie Gezondheidsvaardigheden heeft verschillende materialen en publicaties over dit thema beschikbaar⁷⁷.

Hoe zijn gezondheidsvaardigheden gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 zijn voor het eerst vragen over functionele gezondheidsvaardigheden opgenomen^{78,79}. Aan Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar zijn daartoe drie vra-

gen gesteld over het lezen van gezondheidsinformatie en het invullen van medische formulieren. De respondenten konden aangeven of ze moeite ondervinden met deze bezigheden en of ze daarvoor ondersteuning vragen van hun sociaal netwerk. De antwoorden op deze drie vragen zijn in twee categorieën verdeeld: nooit/af en toe versus soms/vaak/altijd; heel erg/nogal versus een (klein) beetje/helemaal niet. De gevonden percentages zijn mogelijk een onderschatting van het werkelijke probleem. Mensen die veel moeite hebben met lezen en schrijven zullen minder snel meedoen aan deze monitor (papieren of online vragenlijst). Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Amsterdammers konden hulp krijgen van een interviewer; voor deze 308 respondenten speelde dit probleem niet.

Nieuw onderwerp in onderzoek

In Nederland is nog niet eerder onderzocht hoeveel mensen beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Wel is bekend dat circa 11% van de beroepsbevolking laaggeletterd is. Het is aan te nemen dat ten minste evenveel mensen, rond de 1,5 miljoen, een tekort hebben aan functionele gezondheidsvaardigheden. Deze mensen hebben minder mogelijkheden om hun gezondheid op een positieve manier te beïnvloeden⁷⁹.

Gezondheidsvaardigheden

Tabel 1: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar met onvoldoende gezondheidsvaardigheden (%)

	hulp nodig bij lezen folders of brieven van zorgverleners	moeite met invullen medische formulieren	moeite met begrijpen schriftelijke gezondheidsinformatie
Amsterdam	12,8	13,7	12,8
geslacht	*		
mannen	11,3	12,4	12,2
vrouwen	14,2	15,0	13,4
leeftijd	*	*	*
19-34	8,7	10,1	10,0
35-44	14,9	13,9	12,5
45-54	15,1	17,3	16,9
55-64	17,1	17,9	15,1
mannen	*		
19-34	8,2	11,0	11,4
35-64	13,1	13,3	12,7
vrouwen	*	*	*
19-34	9,1	9,4	8,8
35-64	18,1	19,2	16,8

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

Opleidingsniveau bepalend voor functionele gezondheidsvaardigheden

Functionele gezondheidsvaardigheden en het opleidingsniveau hangen sterk samen (tabel 2). Van de laagst opgeleide Amsterdammers heeft 58% moeite met het begrijpen van geschreven gezondheidsinformatie. Ook is een groot deel (63%) van hen er niet zeker van dat zij medische formulieren goed invullen. Onder hoogopgeleide Amsterdammers liggen deze percentages veel lager: rond de 4%. Behalve het opleidingsniveau is het ontbreken van betaald werk en een laag inkomen eveneens gerelateerd aan onvoldoende functionele gezondheidsvaardigheden.

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden

Gebruik en verlenen van zorg

Tabel 2: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar met onvoldoende gezondheidsvaardigheden (%)

	hulp nodig bij lezen folders of brieven van zorgverleners	moeite met invullen medische formulieren	moeite met begrijpen schriftelijke gezondheidsinformatie
opleiding	*	*	*
laagst	57,5	62,5	56,2
laag	21,7	23,1	23,5
midden	7,1	9,0	7,7
hoog	4,4	3,6	3,6
inkomen¹	*	*	*
maximaal 15.200	18,5	23,4	21,0
15.200 - 19.400	18,3	18,1	17,6
19.400 - 24.200	11,3	10,9	12,9
24.200 - 31.000	9,3	9,8	8,5
minimaal 31.000	4,3	3,4	2,5
betaald werk²	*	*	*
nee	24,4	28,0	24,6
ja	7,7	7,8	7,7

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Marokkaanse en Turkse Amsterdammers minder gezondheidsvaardigheden

Een andere risicogroep voor lage gezondheidsvaardigheden zijn de Amsterdammers van niet-Nederlandse herkomst. Rond de 40% van de Amsterdammers van Turkse en Marokkaanse herkomst heeft moeite met het begrijpen van gezondheidsinformatie en roept hulp in voor het lezen van gezondheidsdocumenten (tabel 3). Evenveel Amsterdammers van Turkse en Marokkaanse herkomst zijn er niet van overtuigd dat ze medische formulieren accuraat invullen. Voor de Amsterdammers van overige niet-westerse landen ligt dat percentage rond de 26%, onder Amsterdammers van

Nederlandse herkomst is dat 4%. De taalbarrière speelt hierin ongetwijfeld een belangrijke rol.

Meer mensen met onvoldoende gezondheidsvaardigheden in aandachtswijken

De verschillen tussen de Amsterdamse stadsdelen zijn aanzienlijk (figuur 1). In Nieuw-West wonen relatief veel mensen (23%) met onvoldoende functionele gezondheidsvaardigheden, in stadsdeel Centrum weinig (5%). Deze verschillen zijn vrijwel geheel toe te schrijven aan verschillen in achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht, inkomen, opleiding, werksituatie en etnische herkomst. Het is dan ook

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden

Gebruik en verlenen
van zorg

Tabel 3: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar met onvoldoende gezondheidsvaardigheden (%)

	hulp nodig bij lezen folders of brieven van zorgverleners	moeite met invullen medische formulieren	moeite met begrijpen schriftelijke gezondheidsinformatie
herkomst	*	*	*
Nederland	3,7	3,9	3,6
Marokko	40,9	39,7	36,3
Turkije	41,4	51,0	46,7
Suriname	9,5	13,6	14,2
ov. niet-westers	26,0	27,1	26,2
ov. westers	8,6	7,6	6,2
burgerlijke staat	*	*	*
gehuwd, samenwonend	15,4	14,1	13,7
ongehuwd	8,1	9,7	9,6
gescheiden	14,6	20,9	14,2
weduwe, weduwnaar	16,7	42,2	43,2
huishoudsamenstelling	*		
2-oudergezin ¹	16,8	14,5	13,4
1-oudergezin ¹	17,7	15,0	15,7
alleenwonend	10,0	14,6	12,1
overig	11,1	11,8	11,8

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

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

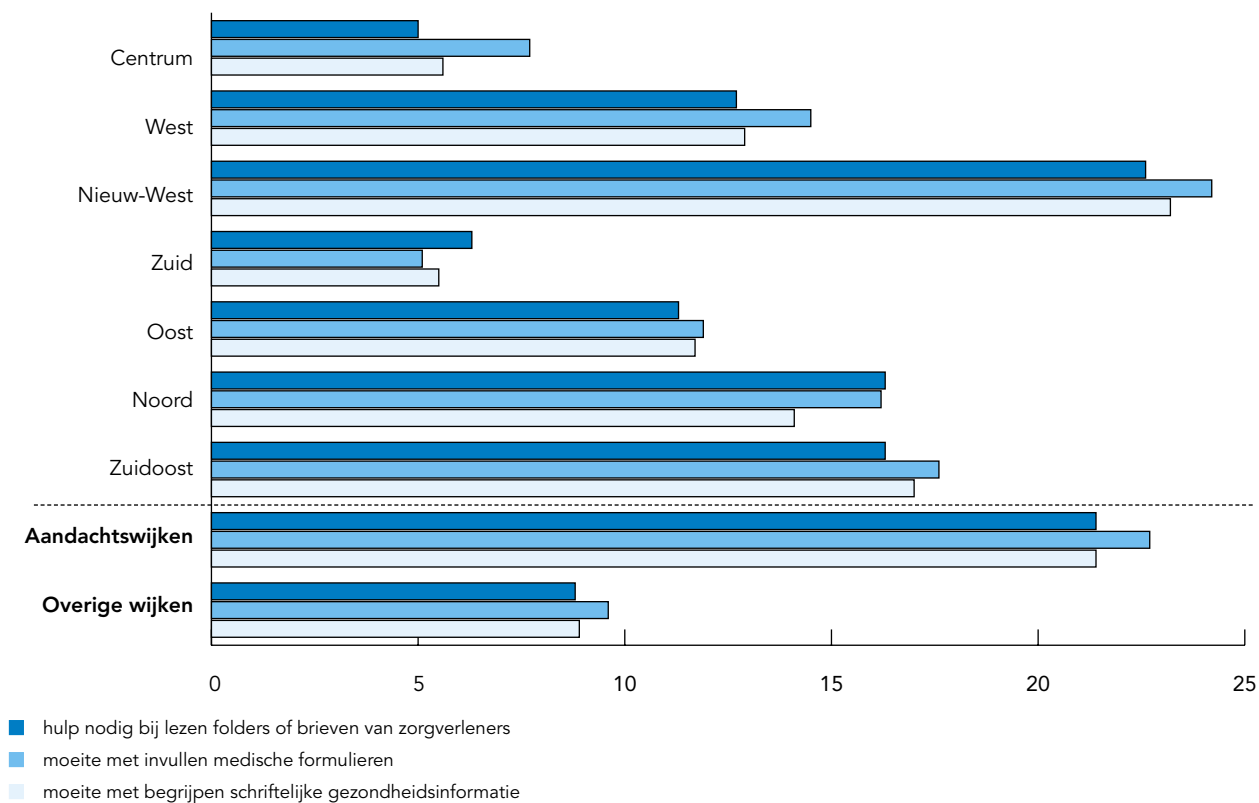
niet verrassend dat de aandachtswijken er slechter voor staan dan de andere wijken: beperkte gezondheidsvaardigheden komen hier meer dan twee keer zo vaak voor dan in de overige wijken (22% versus 9%).

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden

Gebruik en verlenen van zorg

Figuur 1: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar met onvoldoende gezondheidsvaardigheden naar stadsdeel (%)



Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden

Gebruik en verlenen van zorg

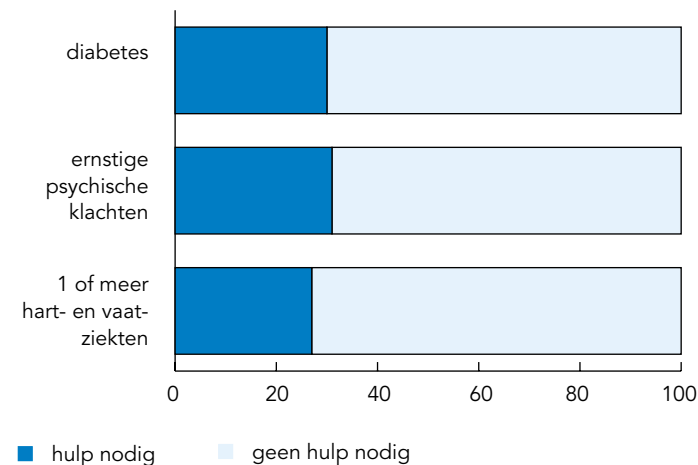
Samenhang met chronische aandoeningen

De gezondheidsmonitor laat zien dat 31% van de Amsterdammers met ernstige niet in staat is om zonder hulp geschreven gezondheidsinformatie te begrijpen. Voor mensen met en zijn deze percentages bijna even hoog, respectievelijk 30% en 27% (figuur 2). Dat is zorgelijk, want juist voor het omgaan met een chronische ziekte zijn gezondheidsvaardigheden van belang. Deze vaardigheden zorgen er immers voor dat mensen op de juiste manier kunnen omgaan met medicatie en leefstijladviezen ^{74,75}.

Adequaat inspelen op ontbrekende gezondheidsvaardigheden cruciaal

Een tekort aan gezondheidsvaardigheden heeft een negatieve invloed op de kennis van de eigen gezondheidstoestand, deelname aan preventieve zorg (zoals screening), begrip van instructies, behandeltrouw, ziekenhuisopnames en de eigen ervaren gezondheid ^{76,78}. Hogere zorgkosten zijn om die reden mede een gevolg van lage gezondheidsvaardigheden ^{76,79}. In het zorgsysteem moet daarom extra oog zijn voor mensen met onvoldoende gezondheidsvaardigheden. Vooral in de toegang tot preventieve zorg, de interactie tussen zorgverlener en patiënt en ondersteuning bij het toepassen van relevante informatie over o.a. leefstijl en behandeltrouw valt winst te behalen. Hierbij moet er met name aandacht zijn voor de Amsterdammers die een taalbarrière ervaren ^{73,76}.

Figuur 2: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar die hulp nodig hebben bij het lezen van folders of brieven van zorginstellingen (%)



Mantelzorg verlenen

Henriëtte Dijkshoorn, onderzoeker

Astrid van Ketel, functionaris gezondheidsbevordering

Mantelzorg verlenen

- **Amsterdam telt 55.000 mantelzorgers. Het percentage mantelzorgers is hoger dan in 2008, maar ligt onder het landelijke cijfer. Vooral vrouwen en 45 t/m 74 jarigen verlenen mantelzorg.**
- **Twée op de tien mantelzorgers zijn zwaar belast of overbelast, vooral inwoners die veel mantelzorg verlenen, maar ook laagopgeleiden en mantelzorgers zonder betaald werk.**
- **Weinig mantelzorgers maken gebruik van het ondersteuningsaanbod. Dit vraagt om inzicht in de achterliggende redenen. Mogelijk speelt onbekendheid of ontoegankelijkheid van het aanbod een rol.**

Amsterdam telt 55.000 mantelzorgers

Circa 55.000 Amsterdammers geven mantelzorg, oftewel 9% van de volwassen inwoners. Dit is minder dan in de rest van Nederland (12%), maar verschilt niet van het percentage in de andere grote steden (10%). Zij geven vooral zorg aan familieleden of kennissen buiten het huishouden (87%).

In mindere mate zorgt men voor volwassenen binnen het huishouden (12%) of kinderen jonger dan 18 jaar (5%).

Aantal mantelzorgers gestegen

Het aantal mantelzorgers in Amsterdam is ten opzichte van 2008 licht gestegen. In 2008 verleende 12% van de Amsterdammers in het voorgaande jaar mantelzorg, terwijl dat in 2012 voor 15% van de inwoners geldt. Er is in 2008 niet gevraagd naar de duur van de mantelzorg in maanden, zodat we niet weten hoeveel Amsterdammers destijds meer dan de gebruikelijke zorg gaven.

Vooral vrouwen en 45 t/m 74 jarigen geven mantelzorg

Net als elders in Nederland, geven vrouwen (10%) in Amsterdam iets vaker mantelzorg dan mannen (8%). Verder geven 45 t/m 74 jarige Amsterdammers vaker mantelzorg dan andere leeftijdsgroepen (tabel 1).

Wat zijn mantelzorgers?

Mantelzorgers zijn mensen die langdurig en onbetaald zorgen voor een chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend persoon uit de directe omgeving. Dit kan een partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis zijn. Het gaat niet om professionele zorgverleners. Mantelzorgers bieden zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen. Mantelzorg overschrijdt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit. Dat is het geval als iemand ten minste drie maanden en/of minimaal 8 uur per week zorg verleent^{80,81}.

Welk beleid voert de gemeente Amsterdam?

De gemeente Amsterdam biedt ondersteuning aan mantelzorgers die overbelast dreigen te raken. Dit is bepaald in de Wet maatschappelijke ondersteuning. Deze ondersteuning bestaat uit informatie en advies, emotionele en educatieve ondersteuning en

(attenderen op) respijtzorg. Met respijtzorg bedoelen we de zorg aan een zorgbehoevende om de mantelzorger te ontlasten en vrijaf te geven. De gemeente zet zich extra in voor ondersteuning van mantelzorgers in complexe situaties, bijvoorbeeld als er sprake is van regieverlies zoals bij dementie³³.

Welke vragen zijn over mantelzorg gesteld?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 zijn vragen gesteld over het geven van mantelzorg en de omvang van deze zorg. Onder mantelzorgers verstaan we personen die momenteel mantelzorg verlenen en dat ten minste drie maanden en/of minimaal 8 uur per week doen. Ook werd gevraagd aan wie mantelzorg wordt gegeven, of men zich belast voelt door het geven van mantelzorg en of men gebruik heeft gemaakt van het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers.

Gebruik en verlenen van zorg

Mantelzorg verlenen

Gebruik en verlenen
van zorg

Mantelzorg verlenen

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die mantelzorg geven en de belasting van mantelzorgers (%)

	mantelzorgers	zwaar- of overbelaste mantelzorgers
Amsterdam	9,2	17,9
geslacht	*	
mannen	8,0	15,4
vrouwen	10,3	19,8
leeftijd	*	
19-34	4,2	20,8
35-44	8,4	13,7
45-54	13,5	16,5
55-64	15,6	21,9
65-74	13,3	16,6
75+	9,0	17,1
mannen	*	
19-34	3,3	21,6
35-64	10,4	15,2
65+	10,4	10,8
vrouwen	*	
19-34	4,9	20,3
35-64	13,7	19,4
65+	12,5	20,8

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

Opleiding, inkomen en werk hangen niet samen met het geven van mantelzorg (tabel 2).

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die mantelzorg geven en de belasting van mantelzorgers naar sociaal-economische kenmerken (%)

	mantelzorgers	zwaar- of overbelaste mantelzorgers
opleiding		*
laagst	6,5	48,2
laag	11,0	13,6
midden	8,8	17,3
hoog	9,6	16,2
inkomen¹		
maximaal 15.200	9,0	24,2
15.200 - 19.400	8,1	15,2
19.400 - 24.200	8,5	11,7
24.200 - 31.000	11,4	22,7
minimaal 31.000	9,5	12,9
betaald werk²		*
nee	9,2	27,7
ja	8,8	15,3

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Mantelzorg verlenen

Mantelzorg verlenen

Gebruik en verlenen van zorg

Ook herkomst en huishoudsamenstelling spelen geen rol. Wel blijkt dat gescheiden Amsterdammers iets vaker mantelzorg verlenen dan andere Amsterdammers (tabel 3).

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die mantelzorg geven en de belasting van mantelzorgers naar burgerlijke staat (%)

	mantelzorgers	zwaar- of overbelaste mantelzorgers
burgerlijke staat	*	
gehuwd, samenwonend	9,7	18,6
ongehuwd	7,9	14,3
gescheiden	14,0	22,6
weduwe, weduwnaar	7,8	17,5

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

Geen verschil tussen stadsdelen

Het percentage mantelzorgers verschilt niet tussen de stadsdelen. Wel zien we dat inwoners van aandachtswijken minder vaak mantelzorg geven dan inwoners van andere wijken. Vooral mannen en 35 t/m 64 jarigen uit aandachtswijken zijn minder vaak mantelzorgers (figuur 1).

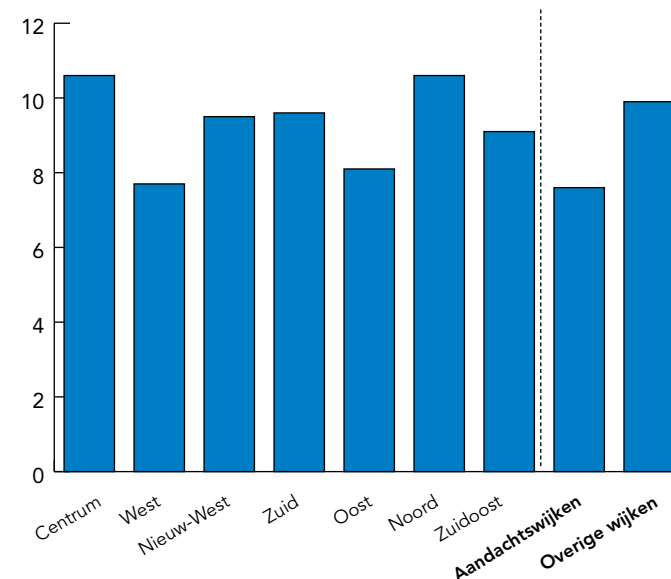
Eén op de vijf mantelzorgers zwaar belast

Bijna één op de vijf mantelzorgers voelt zich zwaar of overbelast. De ervaren belasting loopt op met het aantal uren mantelzorg. Maar liefst 45% van de mantelzorgers die 16 uur per week of meer zorg geven voelt zich zwaar of overbelast. Bij 8 tot 15 uur zorg per week geldt dit voor 25% van de mantelzorgers; bij minder dan 8 uur per week voor 9%. Wat blijkt verder? Mantelzorgers zonder betaald werk voelen zich vaker zwaar belast dan mantelzorgers met betaald werk. Ook zijn de laagst opgeleide mantelzorgers vaker zwaar of overbelast dan de hoger opgeleide (tabel 2).

Gebruik ondersteuningsaanbod laag

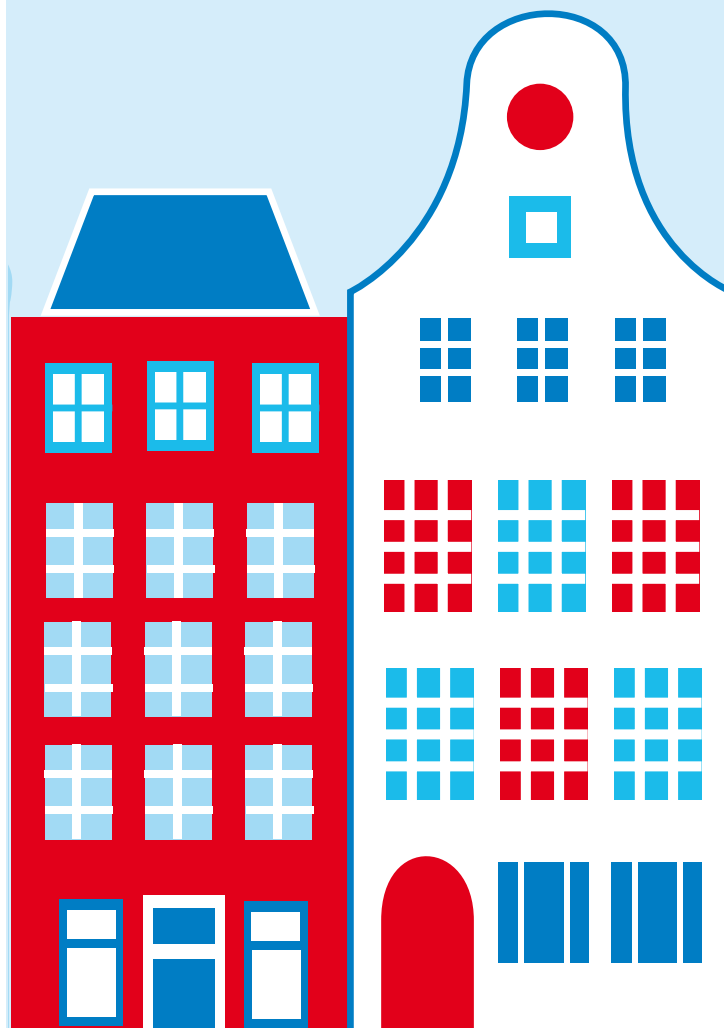
Weinig mantelzorgers, slechts 9%, maken gebruik van het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers. Amsterdammers die relatief veel zorg verlenen, minimaal 16 uur per week, maken vaker gebruik van mantelzorgondersteuning (18%) dan Amsterdammers die minder mantelzorg geven (8%). Opvallend is dat zwaar belaste mantelzorgers even vaak gebruik maken van het ondersteuningsaanbod als licht belaste mantelzorgers.

Figuur 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die mantelzorg verlenen naar stadsdeel en wijk (%)



Gezonde leefstijl?

Gezonde leefstijl?



Gezonde leefstijl?

Gezonde leefstijl?



Voedingsgedrag

Henriëtte Dijkshoorn, onderzoeker

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Voedingsgedrag

- **Driekwart van de Amsterdammers eet onvoldoende groente en fruit, vooral jongvolwassenen hebben een lage groente- en fruitconsumptie.**
- **Fruitconsumptie onder Amsterdammers blijft dalen.**
- **Het is belangrijk om de groente- en fruitconsumptie van (jong)volwassen Amsterdammers te stimuleren.**

Slechts een kwart van de Amsterdammers eet voldoende groente en fruit

Een kwart van de Amsterdamse inwoners voldoet aan de adviezen voor zowel groente- als fruitconsumptie, net als de inwoners van de vier grote steden tezamen. Bijna de helft van de volwassen Amsterdammers eet dagelijks de aanbevolen 1½ à 2 ons groente, ruim 40% eet de geadviseerde twee stuks fruit per dag (tabel 1). Een op de drie Amsterdammers die onvoldoende groente en fruit eten, is van plan om binnenkort gezonder te gaan eten. Tien procent wil daarbij geholpen worden.

Fruitconsumptie in Amsterdam daalt verder

Het aandeel 19 t/m 54 jarige Amsterdammers dat dagelijks twee stuks fruit eet, daalt gestaag van 54% in 2004, 44% in 2008 naar 39% in 2012. In dezelfde periode is de

groenteconsumptie vrijwel gelijk gebleven; bijna de helft van de 19 t/m 54 jarige Amsterdammers eet dagelijks twee ons groente (figuur 1). Ook landelijk is de consumptie van groente en fruit sinds 1988 gedaald, maar deze daling lijkt de laatste jaren minder sterk ⁸³.

Jongvolwassenen laagste inname groente en fruit

Slechts één op de vijf jongvolwassenen eet dagelijks voldoende groente en fruit, terwijl dat geldt voor 30% van de 65-plussers. Vooral de fruitconsumptie stijgt met de leeftijd. Van de 19 t/m 34 jarige Amsterdammers eet 37% dagelijks twee stuks fruit en 56% van de 75-plussers. De groenteconsumptie varieert minder tussen de leeftijdsgroepen en is het hoogste onder de 35 t/m 64 jarigen. Verder laten de cijfers zien dat mannen minder vaak voldoen aan de aanbeveling voor fruitconsumptie dan vrouwen, maar wel even vaak voldoende groente eten (tabel 1).

Gezonde leefstijl?

Het belang van gezond eten

Een ongezond voedingspatroon kan leiden tot gezondheidsproblemen. Zo neemt de kans op hart- en vaatziekten toe door een voeding met veel verzadigde vetzuren en transvetzuren. Dit risico neemt juist af door het consumeren van veel vis, groente en fruit ⁸². De "Richtlijnen goede voeding" adviseren o.a. om elke dag 150 à 200 gram groente te eten en twee stuks fruit. Dit vermindert de kans op overgewicht, hart- en vaatziekten, kanker en suikerziekte.

Hoe stimuleert Amsterdam een gezonde voeding?

De gemeente Amsterdam voert activiteiten uit om gezonde eetgewoonten te bevorderen. Deze activiteiten zijn vooral gericht

op kinderen in het kader van de preventie van overgewicht. Maar ook voor volwassenen zijn er in Amsterdam programma's om een gezonde voeding te stimuleren.

Hoe is voedingsgedrag gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 zijn alleen vragen gesteld over de groente- en fruitconsumptie. Daarmee brengen we in kaart hoeveel Amsterdammers aan de adviezen voor groente- en fruitconsumptie voldoen. Het totale voedingspatroon is niet eenvoudig na te vragen in een gezondheidsenquête. De cijfers over groente- en fruitconsumptie geven hiervan wel een goede indicatie.

Voedingsgedrag

Voedingsgedrag

Gezonde leefstijl?

Tabel 1: Groente- en fruitconsumptie onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder (%)

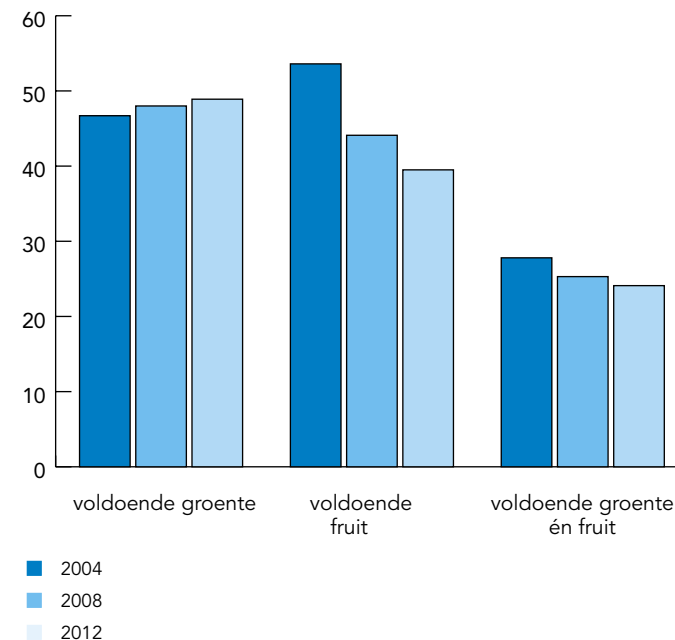
	voldoende groente én fruit	voldoende groente	voldoende fruit
Amsterdam	25,2	49,1	42,5
geslacht	*		*
mannen	22,5	49,1	38,4
vrouwen	27,8	49,1	46,3
leeftijd	*	*	*
19-34	20,0	44,1	36,8
35-44	25,9	55,3	39,5
45-54	30,0	51,0	44,9
55-64	26,7	51,2	45,3
65-74	31,1	49,3	54,9
75+	28,4	46,7	55,8
mannen			*
19-34	19,8	46,4	36,5
35-64	23,0	50,8	37,5
65+	27,8	49,3	47,8
vrouwen	*	*	*
19-34	20,2	42,1	37,0
35-64	32,3	54,8	48,5
65+	31,7	47,4	61,1

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

Laagste groente- en fruitconsumptie in Oost en Zuidoost

Het percentage volwassen Amsterdammers dat voldoende groente én fruit consumeert loopt uiteen van 22% in Zuidoost en Oost tot 30% in Centrum (figuur 2). Dit verschil komt vooral door de verschillen in bevolkingssamenstelling (geslacht en leeftijd) tussen de stadsdelen. Er zijn geen verschillen in groente- en fruitconsumptie tussen de aandachtswijken en de andere wijken in Amsterdam.

Figuur 1: Trend groente- en fruitconsumptie onder Amsterdammers van 19 t/m 54 jaar (%)



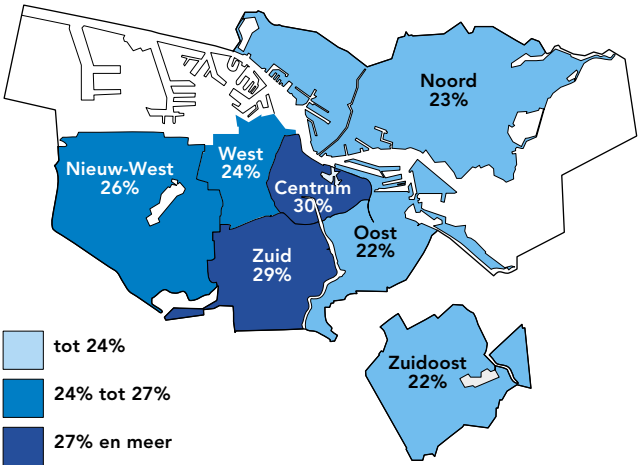
Gezonde leefstijl?

Voedingsgedrag

Voedingsgedrag

Gezonde leefstijl?

Figuur 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die voldoende groente én fruit eten naar stadsdeel (%)



Relatie sociaaleconomische positie niet eenduidig
 Het verschil in groente- en fruitconsumptie tussen inwoners met een lage en hoge sociaaleconomische positie is niet eenduidig. Zo eet ruim de helft van de hoogste inkomensgroep (53%) voldoende groente, terwijl dat geldt voor 47% van de laagste inkomensgroep (tabel 2). Dit geldt niet voor de fruitconsumptie, deze is in alle inkomensgroepen gelijk. Laag- en middelbaar opgeleiden eten minder groente dan hoogopgeleiden. Bij fruitconsumptie is dat patroon andersom: laagst opgeleiden (50%) eten vaker voldoende fruit dan Amsterdammers met minimaal Havo (40%). Dat komt vooral doordat oudere Amsterdammers meer fruit eten; zij zijn vaker laagopgeleid.

Tabel 2: Groente- en fruitconsumptie onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische achtergrondkenmerken (%)

	vol- doende groente én fruit	vol- doende groente	vol- doende fruit
opleiding	*	*	*
laagst	26,2	43,2	49,6
laag	24,8	44,5	45,8
midden	21,5	43,7	38,5
hoog	26,6	54,1	41,1
inkomen¹		*	
maximaal 15.200	24,6	46,7	44,4
15.200 - 19.400	25,1	44,8	43,7
19.400 - 24.200	25,4	48,9	41,9
24.200 - 31.000	24,0	50,7	41,2
minimaal 31.000	26,4	52,8	40,4
betaald werk²			
nee	25,3	46,5	42,5
ja	24,0	50,2	39,4

*significant verschil (p<0,05)
¹ besteedbaar huishoudinkomen in €
² tot 65 jaar

Voldoende bewegen

Daan Uitenbroek, onderzoeker

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Voldoende bewegen

- **Tweederde van de Amsterdammers beweegt voldoende, dat wil zeggen minimaal een half uur per dag op minimaal vijf dagen per week. Dit percentage is gestegen ten opzichte van 2008.**
- **Ruim de helft van de Turkse en Marokkaanse Amsterdammers en van de Amsterdammers met de laagste opleiding beweegt onvoldoende.**
- **Bevorderen van gezond bewegen is een belangrijk onderdeel van het integraal beleid gericht op een gezonde leefstijl.**

Tweederde Amsterdammers beweegt voldoende

Tweederde van de Amsterdammers voldoet aan de beweegnorm. Amsterdammers voldoen vaker aan de beweegnorm dan de inwoners van de andere grote steden (63%), maar even vaak als gemiddeld in Nederland (66%). Positief nieuws: het aandeel Amsterdammers met voldoende lichaamsbeweging is gestegen van 61% in 2004, 62% in 2008

naar 67% in 2012. Deze stijgende lijn is zowel bij mannen als vrouwen te zien (figuur 1). Daarbij is de helft van de inactieve Amsterdammers van plan meer te gaan bewegen.

Lichamelijke activiteit daalt met ouder worden

Het aandeel Amsterdammers dat voldoet aan de beweegnorm, neemt met het ouder worden af. In de leeftijdsgroep 19 t/m 34 jaar voldoet 70% aan de norm, van de Amsterdammers van 45 t/m 54 jaar is dat nog maar 58%. Omdat de norm wat betreft de intensiteit minder streng is voor 55-plussers, is het aantal Amsterdammers dat de beweegnorm haalt met 77% weer hoger onder de 55 t/m 64 jarigen. Daarna daalt het percentage tot 57% onder de 75-plussers.

Gezonde leefstijl?

Waarom is voldoende bewegen belangrijk?

Voldoende lichaamsbeweging vermindert de kans op aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, [diabetes](#) of [depressieve klachten](#). Voldoende beweging zorgt voor ontspanning, maakt vrolijker en fitter en zorgt dat het gewicht beter op peil blijft. De algemene conditie en lichamelijke coördinatie zijn beter, er is minder botafbraak en minder kans op obstipatie. Het is niet nodig om intensief te sporten. Activiteiten waarbij de ademhaling versnelt en het hart sneller gaat kloppen, zijn al gezondheidsbevorderend. Voorbeelden hiervan zijn flink fietsen, wandelen, zwemmen of tuinieren. Echter, om de fysieke fitheid verder te vergroten is meer intensieve inspanning nodig.

Hoe stimuleert Amsterdam voldoende bewegen?

Amsterdam heeft ingezet op een integrale aanpak van overgewicht. Hierin speelt, naast een gezond voedingspatroon, voldoende bewegen een centrale rol. Zowel in het volksgezondheidsbeleid als in het sportbeleid heeft het bevorderen van een gezonde leefstijl van de volwassen bevolking een plaats ^{4,34}. Speciale aandacht is

er voor Amsterdammers in een achterstandssituatie. SportService Amsterdam draagt zorg voor de uitvoering van het Amsterdamse sportbeleid. Er wordt gewerkt aan een toegankelijke sportomgeving voor alle Amsterdammers, waarbij iedereen het aanbod kan vinden dat bij hem of haar past.

Hoe is een gezond beweegpatroon bepaald?

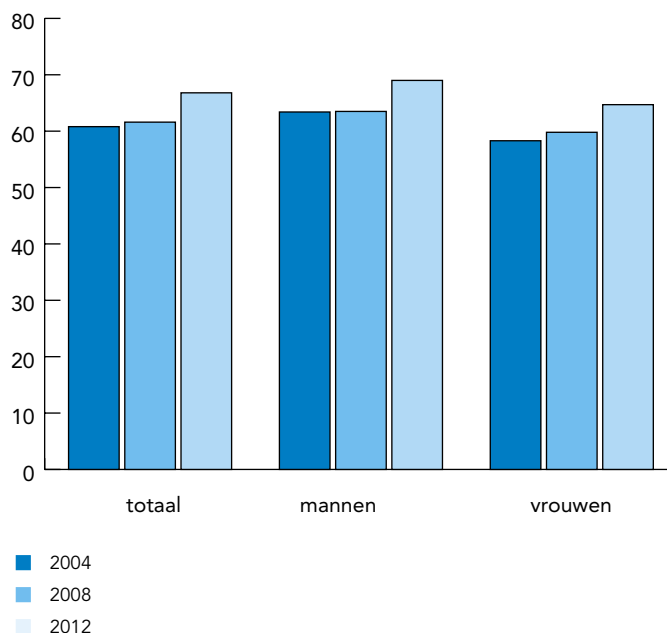
Met een groot aantal vragen is in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 gekeken of Amsterdammers voldoende bewegen. Om aan de beweegnorm te voldoen, moet een volwassene ten minste vijf dagen per week ten minste een half uur matig tot intensief bewegen ^{84,85}. Voor mensen van 55 jaar en ouder is de norm iets minder streng: zij hoeven minder intensief te bewegen. Om de (hart-)fitness te vergroten is het belangrijk om aan de fitnorm te voldoen en op minstens drie dagen per week tenminste 20 minuten zeer intensief te bewegen. Zowel het type beweegactiviteit als hoe vaak en hoe lang Amsterdammers bewegen, is in kaart gebracht. Het type activiteit, bijvoorbeeld wandelen, tuinieren of sporten, geeft een indicatie van de intensiteit.

Voldoende bewegen

Gezonde leefstijl?

Voldoende bewegen

Figuur 1: Trends in bewegen in Amsterdam, 2004-2012 (%)



Mannen (69%) in Amsterdam voldoen vaker aan de beweegnorm dan vrouwen (65%). Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Amsterdammers voldoen aanzienlijk minder vaak aan de fitnorm (21%) dan aan de beweegnorm. Ook aan de fitnorm voldoen mannen (24%) vaker dan vrouwen (18%) (tabel 1).

Tabel 1: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die voldoende bewegen (%)

	beweegnorm	fitnorm
Amsterdam	66,8	20,8
geslacht	*	*
mannen	69,0	23,6
vrouwen	64,7	18,2
leeftijd	*	*
19-34	70,2	16,7
35-44	61,2	9,9
45-54	58,0	8,4
55-64	77,3	51,5
65-74	75,3	43,8
75+	56,9	21,6
mannen	*	*
19-34	72,1	20,3
35-64	66,4	22,5
65+	72,5	37,1
vrouwen	*	*
19-34	68,6	13,6
35-64	61,9	17,5
65+	64,1	33,0

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

Lagere opleiding: minder gezond beweegpatroon

Zijn er naast leeftijd en geslacht andere factoren die samenhangen met een gezond beweegpatroon? Ja, één van die factoren is opleidingsniveau. Van de laagst opgeleide Amsterdammers voldoet 49% aan de beweegnorm (tabel 2). Het percentage neemt toe tot 61% onder mensen met een laag opleidingsniveau (MAVO, LBO) tot ruim 70% onder volwassenen met een middelbare of hoge opleiding.

Voldoende bewegen

Voldoende bewegen

Gezonde leefstijl?

Tabel 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die voldoende bewegen naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	beweeg-norm	fitnorm
opleiding	*	*
laagst	48,6	11,0
laag	61,4	20,0
midden	70,1	18,7
hoog	71,2	24,5
inkomen¹	*	*
maximaal 15.200	65,0	18,6
15.200 - 19.400	60,2	17,3
19.400 - 24.200	69,8	22,3
24.200 - 31.000	70,6	22,2
minimaal 31.000	68,5	24,3
betaald werk²	*	
nee	58,0	20,1
ja	69,6	18,4

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Marokkaanse en Turkse vrouwen bewegen te weinig

Ook herkomst speelt een rol. Onder Amsterdammers van Nederlandse en westerse herkomst ligt het percentage dat voldoende beweegt ruim boven de 70%, onder Amsterdammers van niet-westerse herkomst is dat minder dan 60% (tabel 3). Bijzonder laag is het percentage onder Amsterdammers met een Marokkaanse (49%) en Turkse herkomst (44%). Vooral het aandeel Marokkaanse (35%) en Turkse (33%) vrouwen met voldoende lichaamsbeweging is laag.

Tabel 3: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die voldoende bewegen naar demografische kenmerken (%)

	beweeg-norm	fitnorm
herkomst	*	*
Nederland	72,6	25,6
Marokko	49,0	10,0
Turkije	43,6	8,2
Suriname	58,5	15,4
ov. niet-westers	58,2	13,3
ov. westers	74,3	22,5
burgerlijke staat	*	*
gehuwd, samenwonend	65,7	19,5
ongehuwd	70,8	21,7
gescheiden	62,5	27,6
weduwe, weduwnaar	56,9	23,1
huishoudsamenstelling	*	*
2-oudergezin ¹	58,8	9,2
1-oudergezin ¹	56,4	7,3
alleenwonend	69,6	27,4
overig	69,5	23,5

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

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Amsterdammers met kinderen minder actief

Bij de huishoudens met minderjarige kinderen beweegt 59% van de volwassenen volgens de norm. In de groep alleenstaande ouders voldoet 56% aan de Nederlandse beweegnorm. Bij de andere groepen is dit 70%. Een vergelijkbare samenhang tussen ouderschap en beweeggedrag wordt ook in ander onderzoek gevonden ⁸⁶. Een mogelijke reden is het gebrek aan vrije tijd bij ouders van jonge kinderen ⁸⁷.

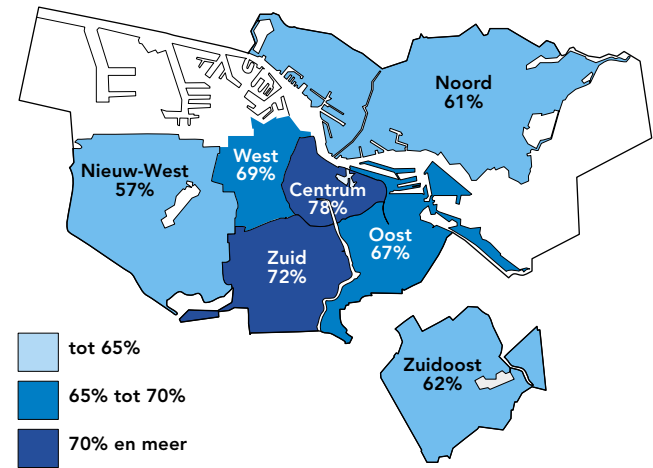
Voldoende bewegen

Voldoende bewegen

Voldoende bewegen verschilt tussen stadsdelen
 Inwoners van stadsdeel Nieuw-West (57%), Noord (61%) en Zuidoost (62%) voldoen het minst aan de beweegnorm, inwoners van stadsdeel Centrum (78%) en Zuid (72%) het meest (figuur 2). De verschillen tussen stadsdelen blijven bestaan als we rekening houden met verschillen in bevolkingsopbouw zoals leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status (SES). Dit wijst er op dat het meer bewegen in welvarende stadsdelen een cultureel fenomeen is, want zowel de lage als de hoge SES groepen bewegen meer dan vergelijkbare groepen in minder welvarende wijken. Dit effect is bijzonder sterk voor inwoners uit het stadsdeel Centrum. Wat blijkt verder? Inwoners van de aandachtswijken (61%) hebben minder lichaamsbeweging dan inwoners van andere wijken in de stad (69%).

Integraal beleid óók belangrijk voor gezond bewegen
 Het stimuleren van een gezond beweegpatroon vraagt om een integrale aanpak ⁴. De gemeente werkt hierin dan ook samen met andere partijen en betreft andere beleidssectoren hierbij, zoals welzijn, ruimtelijke ordening en sport. Onze cijfers laten zien dat dit beleid vooral gericht zou moeten zijn op laagopgeleiden, ouderen en Amsterdamse vrouwen van niet-westerse herkomst.

Figuur 2: Amsterdammers van 19 jaar en ouder die voldoen aan de beweegnorm naar stadsdeel (%)



Rookgedrag

Claudia Verhagen, onderzoeker

Johan Osté, beleidsadviseur

Rookgedrag

- In Amsterdam rookt 28% van de volwassen bevolking; dat is meer dan landelijk (23%).
- Jonge mannen van 19 t/m 34 jaar roken het vaakst, mannen van 35 t/m 64 jaar zijn vaker zware rokers.
- Bijna één op de vijf rokers heeft behoefte aan ondersteuning bij het stoppen met roken; in totaal ongeveer 31.000 Amsterdammers.

Ongeveer 175.000 Amsterdamse rokers

Van de Amsterdamse volwassenen rookt 28%, dat zijn ongeveer 175.000 mensen. Een even grote groep geeft aan niet meer te roken, maar in het verleden wel gerookt te hebben. Hoe groot is de groep zware rokers? Van de sigaretten rokende Amsterdammers is één op de zes een zware roker. Teruggerekend naar de totale bevolking is dat 4% (tabel 1). Een zware roker is iemand die 20 sigaretten of meer per dag rookt.

Roken verhoogt risico op sterfte

Roken is één van de belangrijkste gedragbepaalde oorzaken van ziekten en sterfte. In 2011 overleden in Nederland bijna 19.000 mensen als gevolg van roken. Roken veroorzaakt jaarlijks in Nederland bij duizenden mensen longkanker en andere vormen van kanker, hart- en vaatziekten, beroerten, astma of COPD ⁸⁸. Het risico op deze aandoeningen is ook verhoogd onder mensen die 'meerroken'. Stoppen met roken loont. Gezondheidseffecten van stoppen met roken treden direct op nadat de roker gestopt is. Daarnaast geldt: hoe eerder men stopt met roken, hoe meer het risico op voortijdige sterfte daalt.

Wat doen we er aan?

Het laatste decennium is 'tabaksontmoediging' één van de speerpunten in de vierjaarlijkse preventienota's van het ministerie van VWS. De Nederlandse overheid heeft belangrijke maatregelen genomen om roken te ontmoedigen en om niet-rokers te beschermen tegen meerroken. Fabrikanten van tabakswaaren zijn verplicht consumenten duidelijk te waarschuwen voor de gevaren van roken. Daarbij mogen zij hun producten niet meer aanprijzen. Er is een rookverbod in openbare ruimten, op de werkplek, in de sectoren

Mannen roken meer dan vrouwen

In Amsterdam roken meer mannen dan vrouwen (34% versus 24%). Mannen zijn ook twee keer vaker zware rokers dan vrouwen (6% versus 3%). Deze verschillen komen doordat vrouwen minder vaak beginnen met roken dan mannen. Bijna de helft van de vrouwen geeft aan nog nooit gerookt te hebben. Mannen en vrouwen stoppen wel ongeveer even vaak met roken. Naarmate men ouder wordt, rookt men minder. Het percentage rokers neemt af van 35% onder 19 t/m 34 jarigen tot 12% onder 75-plussers. Zware rokers vinden we vooral onder mannen van 35 t/m 64 jaar (7%).

Willen rokers stoppen?

Ja, bijna de helft van de rokers (48%) is van plan om te stoppen. Van alle rokers wil 18% daarbij hulp of ondersteuning, dat zijn ongeveer 31.000 Amsterdammers. Onder zware rokers liggen deze percentages iets hoger: 51% is van plan om te stoppen en 32% wil daarbij hulp of ondersteuning.

horeca, kunst & cultuur en sport. De minimumleeftijd voor het kopen van rookwaar wordt op 1 januari 2014 verhoogd van 16 naar 18 jaar.

Welke doelen heeft de gemeente Amsterdam?

In de kadernota Volksgezondheidsbeleid Amsterdam 2008-2011 heeft het college als beleidsdoelstelling gesteld dat het percentage rokers in de Amsterdamse bevolking in 2011 is afgenomen tot 25% ⁸⁹. In de kadernota van 2012-2015 wordt roken genoemd als één van de gezondheidsthema's waarop de gemeente de komende jaren extra wil investeren. Hierbij kiest het gemeentebestuur van Amsterdam voor een aanpak gericht op bewoners die zich in een achterstandssituatie bevinden ⁴.

Hoe is het rookgedrag gemeten?

In de vragenlijst van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is Amsterdammers gevraagd of zij weleens roken of vroeger gerookt hebben. Daarnaast is gevraagd of zij sigaretten uit een pakje of zelfgerolde sigaretten roken en hoeveel sigaretten zij gemiddeld per dag roken.

Rookgedrag

Tabel 1: Rookgedrag onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder (%)

	nooit gerookt	rookt	vroeger gerookt	zware roker
Amsterdam	42,3	28,4	28,0	4,3
geslacht	*	*	*	*
mannen	35,2	33,5	29,9	5,8
vrouwen	49,1	23,6	26,2	2,8
leeftijd	*	*	*	*
19-34	48,6	35,3	15,4	2,5
35-44	45,2	28,0	25,7	4,9
45-54	38,3	29,5	30,9	6,4
55-64	33,6	22,0	43,1	5,8
65-74	32,7	20,1	45,4	4,1
75+	38,9	12,4	46,9	2,9
mannen	*	*	*	*
19-34	44,4	39,2	15,3	4,4
35-64	32,0	33,5	33,3	7,3
65+	25,0	19,4	53,9	3,3
vrouwen	*	*	*	*
19-34	52,1	32,0	15,4	0,8
35-64	48,3	20,1	30,6	3,9
65+	43,7	14,8	39,5	3,9

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

Rookgedrag

Rookgedrag

Gezonde leefstijl?

Meeste rokers onder Turkse en Surinaamse mannen

De grootste verschillen zien we in Amsterdam tussen verschillende herkomstgroepen (tabel 2).

Tabel 2: Aandeel rokers onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar demografische kenmerken (%)

herkomst	*
Nederland	28,0
Marokko	15,6
Turkije	42,3
Suriname	32,8
ov. niet-westers	26,9
ov. westers	28,6
burgerlijke staat	*
gehuwd, samenwonend	23,8
ongehuwd	34,8
gescheiden	33,3
weduwe, weduwnaar	23,4
huishoudsamenstelling	*
2-oudergezin ¹	23,6
1-oudergezin ¹	24,6
alleenwonend	33,0
overig	28,3

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

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Turkse Amsterdammers roken het vaakst (42%), gevolgd door Surinaamse Amsterdammers (33%). In beide groepen roken met name veel mannen: 52% van de Turkse mannen en 42% van de Surinaamse mannen. Relatief weinig Marokkaanse Amsterdammers roken (16%). Dit komt met name doordat zeer weinig Marokkaanse vrouwen roken (5%).

Laagste inkomensgroepen roken vaker

Met het toenemen van het inkomen zien we minder rokers. Ook het opleidingsniveau speelt een rol. Amsterdammers met een middelbaar opleidingsniveau (HAVO, VWO, MBO) roken met 35% het vaakst (tabel 3). Inwoners van Amsterdam die ongehuwd zijn (en nooit gehuwd zijn geweest) en gescheiden Amsterdammers roken vaker dan gehuwden/samenwonenden en verweduwen (tabel 2).

Tabel 3: Aandeel rokers onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken (%)

opleiding	*
laagst	27,0
laag	29,2
midden	35,2
hoog	25,7
inkomen ¹	*
maximaal 15.200	33,5
15.200 - 19.400	30,6
19.400 - 24.200	29,0
24.200 - 31.000	25,9
minimaal 31.000	22,3

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

In aandachtswijken niet vaker gerookt

Inwoners van aandachtswijken roken niet vaker dan Amsterdammers uit andere wijken (30% versus 28%). Vergelijken we het rookgedrag tussen de stadsdelen dan zien we dat het gemiddelde percentage rokers varieert van 25% in Nieuw-West tot 33% in West en Zuidoost (figuur 1). Is er een verklaring voor deze verschillen tussen stadsdelen? Het hoge percentage rokers in Zuidoost hangt grotendeels

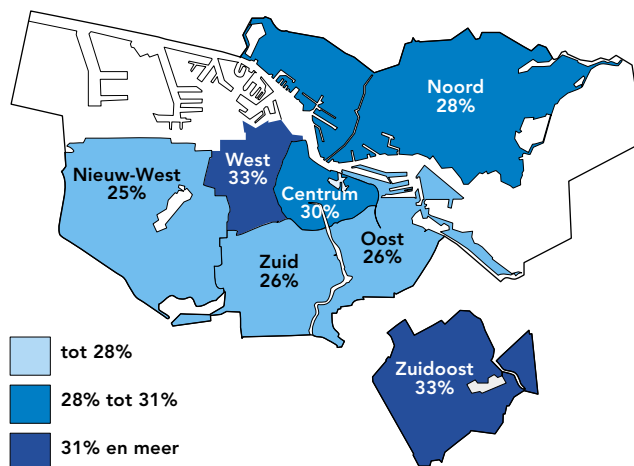
Rookgedrag

Rookgedrag

Gezonde leefstijl?

samen met de bevolkingssamenstelling (geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status en herkomst). Waarom er in West vaker gerookt wordt kunnen we niet verklaren aan de hand van verschillen in bevolkingssamenstelling.

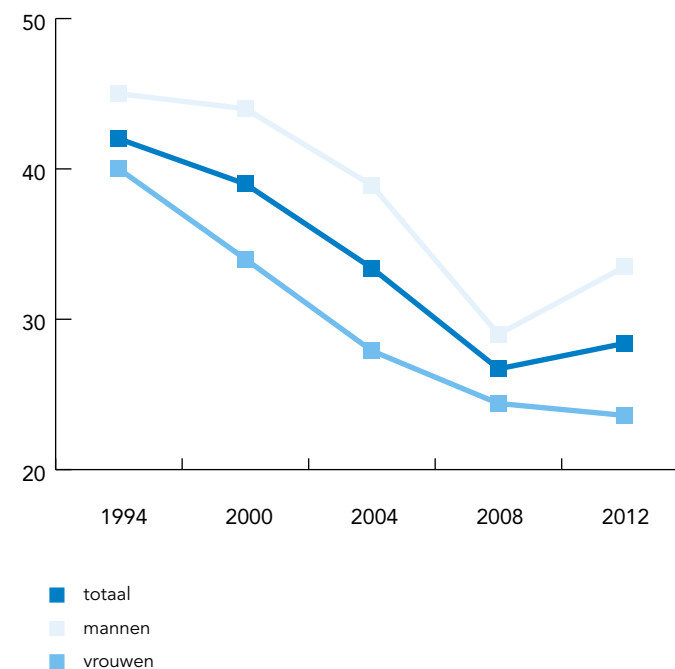
Figuur 1: Aandeel rokers onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar stadsdeel (%)



Daling lijkt te stagneren

Zoals te zien is in figuur 2 is het percentage rokers in Amsterdam in de periode 1994-2008 sterk afgenomen: van 42% in 1994 naar 27% in 2008. Na 2008 lijkt deze daling te stagneren. Onder mannen zien we zelfs een lichte stijging. Ditzelfde geldt voor de jongvolwassenen. In 2008 rookte 28% van de 16 t/m 34 jarigen, van de 19 t/m 34 jarigen rookt nu 35%.

Figuur 2: Trends aandeel rokers in Amsterdam naar geslacht, 1994-2012 (%)



In Amsterdam relatief veel rokers

In Amsterdam wordt met 28% meer gerookt dan in Nederland (23%). Ook het gemiddelde percentage rokers in de vier grote steden samen ligt hoger dan het landelijke gemiddelde (27% versus 23%). Binnen de vier grote steden roken Amsterdammers het meest.

Alcoholgebruik

Joanne Ujcic-Voortman, onderzoeker

Johan Osté, beleidsadviseur

Alcoholgebruik

- Ruim 100.000 Amsterdammers drinken regelmatig te veel alcohol; onder hen zijn 43.000 probleemdrinkers.
- Vergeleken met 2008 telt de stad minder overmatige en zware drinkers, maar het aandeel probleemdrinkers is gelijk gebleven.
- Met name mannen van Nederlandse herkomst, middelbaar- en hoogopgeleiden, ongehuwde en alleenwonende Amsterdammers en inwoners van de stadsdelen Centrum en Zuid drinken te veel alcohol.

Eén op zes Amsterdammers drinkt te veel

De meerderheid van de volwassen Amsterdammers (76%) drinkt weleens alcohol. Een aanzienlijk kleiner deel drinkt te veel: 13% is een zware drinker en 11% is een overmatige drinker (tabel 1). Zware drinkers zijn gelegenheidsdrinkers. Zij drinken te veel alcohol op één gelegenheid, bijvoorbeeld tijdens feestjes of uitgaan en doen dat geregeld. Overmatige drinkers zijn gewoontedrinkers. Zij drinken gelijkmatiger,

maar gemiddeld over de week genomen te veel. In totaal voldoen ruim 102.000 volwassen Amsterdammers (17%) aan één of beide definities. Van hen behoort 43% tot de 'probleemdrinkers'. Dit houdt in dat niet alleen hun alcoholconsumptie te hoog is, maar dat zij hiervan ook (sociale) problemen ondervinden. Het gaat om circa 43.000 volwassen Amsterdammers.

Daling overmatige en zware drinkers

Vergeleken met vier jaar geleden zien we een daling van het aantal zware en/of overmatige drinkers (tabel 2). Het aantal probleemdrinkers is daarentegen ten opzichte van 2008 vrijwel gelijk gebleven. Toch valt er valt meer winst te behalen. Van de zware en/of overmatige drinkers wil 40% namelijk minder gaan drinken. Eén van de tien Amsterdammers die te veel drinken wil hier hulp bij hebben.

Gezonde leefstijl?

Alcoholgebruik gepaard met risico's

Naast plezierige aspecten zijn aan het drinken van alcohol ook risico's verbonden. Zo vergroot het de kans op verwondingen en kan zelfs matige alcoholconsumptie al een kankerverwekkend effect hebben. Overmatige alcoholconsumptie kan ook schadelijke effecten hebben op de omgeving; denk bijvoorbeeld aan rijden onder invloed of alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. Hoe hoger de alcoholconsumptie, hoe groter het risico op schadelijke effecten. De ernst van de schade hangt samen met hoeveel er per keer gedronken wordt ⁹⁰.

Alcoholmatigingsbeleid in Amsterdam

Het terugdringen van het aantal volwassen probleemdrinkers is één van de doelen in de gemeentelijke nota "Alcoholmatigingsbeleid 2011-2014" ⁹¹. Amsterdammers in de leeftijd van 55 tot 75 jaar en (alleenstaande) mannen van Nederlandse herkomst krijgen hier bijzondere aandacht. Inzet is gericht op vroegsignalering van alcoholproblematiek in de eerstelijnszorg en toeleiding naar (online) ondersteuning. In het kader van het terugdringen van uitgaansgeweld staat ook het alcoholgebruik in de uitgaansgebieden op

de agenda. Hierbij ligt de focus op het beperken van de beschikbaarheid van alcohol en strengere controles op doorschenken en schenken aan minderjarigen.

Hoe is alcoholgebruik gemeten?

In de vragenlijst van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is Amsterdammers gevraagd hoe vaak en hoeveel zij drinken. Verder is aan mensen die weleens drinken gevraagd naar zes problemen die zij mogelijk ondervinden door hun alcoholgebruik. Hiervoor is gebruik gemaakt van een speciaal ontwikkelde vragenlijst om alcoholproblematiek te onderzoeken ⁹².

Op basis van de verzamelde gegevens kunnen wij mensen indelen in:

- zware drinkers: minstens één dag in de week meer dan vijf (mannen) of drie (vrouwen) glazen (gelegenheidsdrinkers);
- overmatige drinkers: gemiddeld meer dan 21 (mannen) of 14 (vrouwen) glazen per week (gewoontedrinkers);
- probleemdrinkers: zware of overmatige drinkers met (sociale) problemen gerelateerd aan hun alcoholgebruik.

Alcoholgebruik

Gezonde leefstijl?

Alcoholgebruik

Tabel 1: Alcoholgebruik onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder (%)

	zwaar	overmatig	zwaar en/of overmatig	probleem-drinkers
Amsterdam	13,3	10,8	17,2	7,4
geslacht	*	*	*	*
mannen	16,1	12,2	20,0	9,2
vrouwen	10,6	9,5	14,5	5,7
leeftijd	*	*	*	*
19-34	20,3	11,5	22,3	8,9
35-44	9,8	6,9	12,5	6,5
45-54	11,0	10,7	14,9	6,2
55-64	9,9	14,1	17,4	9,1
65-74	8,1	15,6	17,3	5,5
75+	4,6	6,2	8,5	2,8
mannen	*	*	*	*
19-34	24,5	14,4	26,5	11,6
35-64	12,7	10,4	16,7	8,3
65+	8,6	14,6	16,8	6,3
vrouwen	*	*	*	*
19-34	16,8	9,1	18,7	6,7
35-64	7,5	9,8	12,4	5,7
65+	5,1	9,4	11,1	2,8

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

Tabel 2: Trends in alcoholgebruik in Amsterdam, 2008-2012 (%)

	zwaar	overmatig	zwaar en/of overmatig	probleem-drinkers
2008	16	14	20	7 ¹
2012	13	11	17	8 ²

¹ 16 t/m 54 jarigen

² 19 t/m 54 jarigen

Mannen drinken meer dan vrouwen

Onder mannen vinden we meer zware en overmatige drinkers dan onder vrouwen. Ook gaat dit bij mannen vaker gepaard met problemen: 9% is een probleemdrukker, onder vrouwen is dit 6%. Ook naar leeftijd vinden we verschillen. Waar we onder 55 t/m 74 jarigen veel overmatige drinkers (gewoontedrinkers) zien, zijn er onder 19 t/m 34 jarigen relatief veel zware drinkers (gelegenheidsdrinkers). Probleemdrukkers zien we het meest onder 19 t/m 34 jarigen en 55 t/m 64 jarigen (tabel 1).

Hoger opgeleiden drinken vaker overmatig

Onder middelbaar- en hogeropgeleide Amsterdammers komt zwaar en overmatig alcoholgebruik vaker voor dan onder laagopgeleiden (tabel 3). Als we kijken naar inkomen dan zien we dat zowel in de hoogste als in de laagste categorie meer overmatig en/of zwaar drinkgedrag voorkomt. Verder zijn het vooral de ongehuwde en alleenwonende Amsterdammers die relatief vaak zwaar en/of overmatig drinken.

Alcoholgebruik

Tabel 3: Alcoholgebruik onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	zwaar	overmatig	zwaar en/of overmatig	probleemdrinkers
opleiding	*	*	*	
laagst	8,5	6,1	9,6	5,6
laag	9,1	8,3	13,0	6,0
midden	15,6	11,0	19,1	8,5
hoog	14,4	12,4	19,0	7,6
inkomen¹	*		*	
maximaal 15.200	16,3	10,5	18,9	8,1
15.200 - 19.400	10,6	8,7	13,0	5,7
19.400 - 24.200	13,3	11,0	17,5	8,9
24.200 - 31.000	12,7	10,4	16,9	6,7
minimaal 31.000	12,4	12,7	18,3	7,1
betaald werk²				
nee	13,9	11,2	16,9	7,9
ja	14,6	10,5	18,1	7,8

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

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

² tot 65 jaar

Grote verschillen naar herkomst

Net als in voorgaande jaren zijn er grote verschillen in alcoholgebruik tussen herkomstgroepen (tabel 4). Amsterdammers van Nederlandse herkomst drinken veruit het meest; zij drinken ook vaker zwaar en overmatig. Onder de probleemdrinkers is deze groep eveneens het hoogst vertegenwoordigd, op afstand gevolgd door Surinamers. Turkse en met name Marokkaanse Amsterdammers zijn vaak geheelonthouders. Problematisch of overmatig drinkgedrag komt onder hen aanzienlijk minder voor.

Alcoholgebruik

Tabel 4: Alcoholgebruik onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar demografische kenmerken (%)

	zwaar	overmatig	zware en/of overmatig	probleem-drinkers
herkomst	*	*	*	*
Nederland	17,6	14,7	22,8	9,1
Marokko	2,1	1,2	2,2	2,2
Turkije	3,2	1,6	3,7	2,8
Suriname	10,7	5,7	11,8	6,0
ov. niet-westers	9,7	5,7	10,8	5,1
ov. westers	11,2	11,5	16,8	7,8
burgerlijke staat	*	*	*	*
gehuwd, samenwonend	8,6	8,1	12,4	4,7
ongehuwd	21,4	14,8	24,9	11,6
gescheiden	10,0	11,3	15,2	7,9
weduwe, weduwnaar	6,3	8,5	10,7	5,6
huishoudsamenstelling	*	*	*	*
2-oudergezin ¹	6,3	4,5	8,2	3,3
1-oudergezin ¹	7,3	7,5	8,8	4,7
alleenwonend	15,9	14,0	20,9	9,8
overig	14,6	11,5	18,7	8,1

*significant verschil (p<0,05)

¹ met thuiswonende minderjarige kinderen

Gezonde leefstijl?

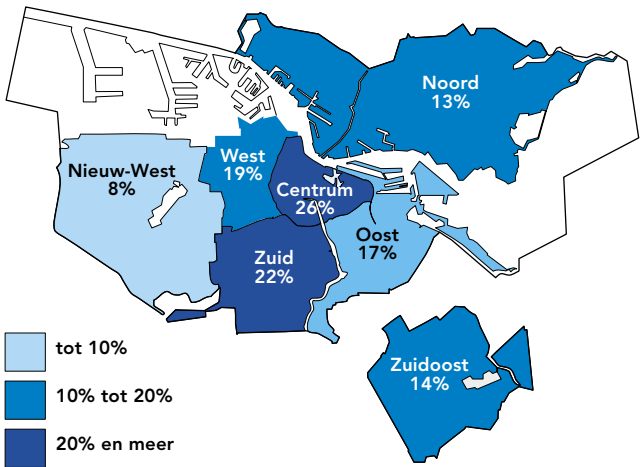
Alcoholgebruik

Alcoholgebruik

Gezonde leefstijl?

Centrum en Zuid: meer overmatig alcoholgebruik
In het centrum van Amsterdam vinden we de meeste zware en overmatige drinkers (figuur 1): ruim een kwart van de inwoners voldoet aan minimaal één van beide definities.

Figuur 1: Zware en/of overmatige drinkers onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar stadsdeel (%)



Stadsdeel Zuid neemt met 22% de tweede plek in. Ook in West (19%) en Oost (17%) liggen deze percentages relatief hoog. In Nieuw-West komt zwaar en/of overmatig alcoholgebruik het minst voor (8%). Ook in de aandachtswijken komt zwaar en/of overmatig alcoholgebruik minder voor dan in andere wijken (12% versus 19%). Een patroon dat we kennen uit eerder onderzoek ⁹³.

Worden deze verschillen veroorzaakt door sociaaldemografische factoren? Niet uitsluitend. Ook als we rekening houden met verschillen in bevolkingssamenstelling, blijven deze verschillen tussen de stadsdelen en wijken aanwezig. Naast leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen, werksituatie en etnische herkomst spelen andere factoren kennelijk ook een rol.

Alcoholproblematiek relatief groot in Amsterdam
Zwaar en overmatig alcoholgebruik komt in Amsterdam vaker voor dan in de andere grote steden en ook vaker dan landelijk (tabel 5). Het aandeel mensen waarbij dit overmatig drinkgedrag gepaard gaat met sociale problemen is in Amsterdam eveneens groter dan in Rotterdam, Den Haag of Utrecht. Met name onder ‘Nederlandse’ mannen, middelbaar- en hoogopgeleiden, ongehuwden, alleenwonenden en inwoners van de stadsdelen Centrum en Zuid is nog veel winst te halen.

Tabel 5: Vergelijking van alcoholgebruik in Amsterdam met G4 en Nederland (%)

	zwaar	overmatig	probleem- drinkers
Amsterdam	13,3	10,8	7,4
G4	11,3	8,7	5,6
Nederland	10,4	8,4	-

– niet bekend

Cannabisgebruik

Tobias van Dijk, onderzoeker

Johan Osté, beleidsadviseur

Cannabisgebruik

Gezonde leefstijl?

- Eén op de zes Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar heeft in het afgelopen jaar hasj of wiet gebruikt; één op de elf gebruikte cannabis in de laatste vier weken.
- Vooral mannen, jongvolwassenen en Amsterdammers met een laag inkomen gebruiken cannabis.
- Cannabisgebruik is in de afgelopen jaren stabiel gebleven.

Eén op de elf Amsterdammers heeft recent cannabis gebruikt

Cannabis is in Nederland de meest gebruikte drug ². Van de Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar heeft 9% in de afgelopen vier weken hasj of wiet gebruikt. Zestien procent heeft in het afgelopen jaar cannabis gebruikt (tabel 1).

Tabel 1: Cannabisgebruik onder 19 t/m 64 jarige Amsterdammers (%)

	actueel ¹	recent ²	≥ 2 dagen per week
Amsterdam	8,8	16,1	4,7
geslacht	*	*	*
mannen	12,9	21,1	7,2
vrouwen	4,9	11,2	2,3
leeftijd	*	*	
19-34	12,3	26,8	4,9
35-44	7,7	10,7	4,9
45-54	7,9	10,0	6,0
55-64	2,6	4,4	2,3
mannen	*	*	
19-34	17,6	34,6	7,9
35-64	10,1	13,0	6,8
vrouwen	*	*	
19-34	7,9	20,3	2,3
35-64	2,7	4,3	2,3

*significant verschil (p<0,05)

¹ laatste vier weken

² laatste jaar

Cannabisgebruik

Cannabisgebruik is niet zonder risico's, het kan de lichamelijke en psychische gezondheid schaden. Verschillende factoren spelen hierbij een rol, zoals frequentie en dosering van gebruik, maar ook persoonlijke kenmerken en de setting waarin gebruikt wordt.

Welk beleid voert Amsterdam met betrekking tot cannabisgebruik?

De gemeente Amsterdam zet zich in om (vermijdbare) gezondheidsschade en maatschappelijke schade als gevolg van het gebruik van cannabis terug te dringen. Het beleid is gericht op het voorkomen van gebruik, vooral van risicovol en overmatig gebruik, met name onder jongeren ⁹⁴.

Hoe is cannabisgebruik gemeten?

Het gebruik van cannabis komt niet veel voor onder ouderen. In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is cannabisgebruik daarom alleen nagevraagd bij 19 t/m 64 jarige Amsterdammers, waarbij onderscheid is gemaakt tussen actueel gebruik (in de afgelopen vier weken), recent gebruik (in het afgelopen jaar) of ooit in het leven. Bovendien is aan alle actuele cannabisgebruikers gevraagd naar de frequentie van het gebruik: op hoeveel dagen van de week gebruikt men cannabis.

Cannabisgebruik

Gezonde leefstijl?

Cannabisgebruik

Tabel 2: Cannabisgebruik onder 19 t/m 64 jarige Amsterdammers naar sociaaleconomische kenmerken (%)

	actueel ¹	recent ²	≥ 2 dagen per week
opleiding	*	*	*
laagst	6,1	7,2	6,1
laag	8,9	11,7	7,5
midden	12,9	20,2	6,8
hoog	7,3	16,8	2,7
inkomen³	*	*	*
maximaal 15.200	11,6	21,5	6,5
15.200 - 19.400	8,5	15,1	5,5
19.400 - 24.200	9,7	17,6	5,6
24.200 - 31.000	7,2	13,0	4,0
minimaal 31.000	5,4	10,5	1,9

*significant verschil (p<0,05)

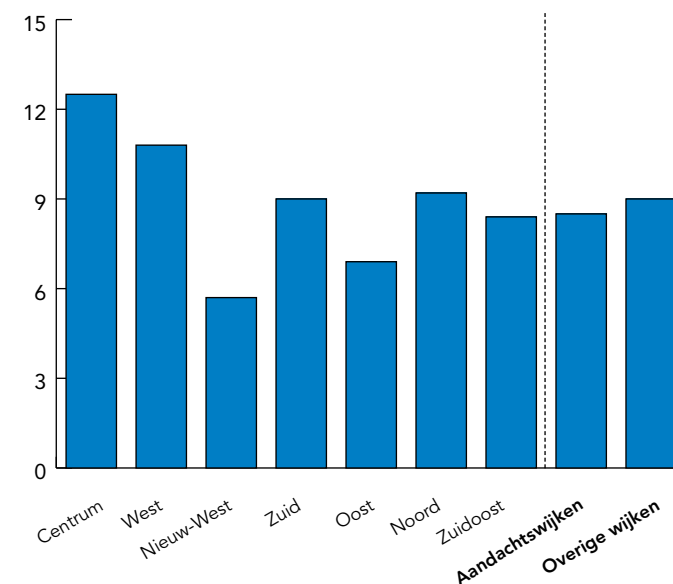
¹ laatste vier weken

² laatste jaar

³ besteedbaar huishoudinkomen in €

Actueel gebruik is bij mannen ruim tweeënhalf keer hoger dan bij vrouwen. Inwoners van 19 t/m 34 jaar gebruiken het vaakst cannabis. Op latere leeftijd ligt cannabisgebruik aanzienlijk lager, vooral bij de vrouwen. Opvallend: cannabisgebruik komt vaker voor onder Amsterdammers met een laag inkomen, ongeacht de leeftijd (tabel 2). Het cannabisgebruik verschilt niet tussen de stadsdelen. Ook is het gebruik in de aandachtswijken even hoog als in de andere Amsterdamse wijken (figuur 1).

Figuur 1: Actueel cannabisgebruik onder 19 t/m 64 jarige Amsterdammers naar stadsdeel en wijk (%)



Circa 24.000 regelmatige cannabisgebruikers

Aan Amsterdammers die de afgelopen vier weken hasj of wiet hebben gebruikt, is gevraagd op hoeveel dagen van de week ze dat gedaan hebben. De helft (53%) van hen heeft minimaal twee dagen in de week cannabis gebruikt. Dit is 5% van de Amsterdamse populatie van 19 t/m 64 jaar, wat overeenkomt met ongeveer 24.000 Amsterdammers.

Cannabisgebruik stabiel

In zowel het actuele cannabisgebruik als het gebruik in de laatste twaalf maanden zijn nagenoeg geen verschillen te zien met voorgaande jaren (tabel 3). We vinden dus geen toe- of afname in het gebruik van hasj of wiet.

Cannabisgebruik

Gezonde leefstijl?

Cannabisgebruik

Cannabisgebruik in Amsterdam hoger dan in de G4

Het actuele cannabisgebruik in Amsterdam (9%) is hoger dan gemiddeld in de vier grote steden (7%). Ook op nationaal niveau scoort Amsterdam het hoogst wat betreft cannabisgebruik: landelijk heeft 7% van de 15 t/m 64 jarigen in het afgelopen jaar cannabis gebruikt ⁹⁵. In Amsterdam geldt dit voor 16% van de bevolking.

Tabel 3: Trend in cannabisgebruik onder 19 t/m 64 jarige Amsterdammers¹ (%)

	actueel ²	recent ³
2004	-	15
2008	10	18
2012	9	16

¹ 2004: 18-54 jaar; 2008: 16-54 jaar; 2012: 19-64 jaar

² laatste vier weken

³ laatste jaar

Veilig vrijen

Ineke Stolte, epidemioloog

Stephan Cremer, hoofd productgroep volwassenen

Veilig vrijen

Gezonde leefstijl?

- Eén op de tien volwassen Amsterdammers heeft onveilige seks en daardoor het risico gelopen op hiv of soa.
- Het aandeel Amsterdammers met onveilige seks is vrijwel gelijk gebleven. Amsterdammers laten zich minder vaak testen op hiv dan in 2008, maar vaker op andere soa.
- Veilig seksueel gedrag blijft een belangrijke boodschap voor met name jongvolwassen Amsterdammers en mannen die seks hebben met mannen.

Eén op tien Amsterdammers heeft onveilige seks

Eén op de tien volwassen Amsterdammers heeft in het afgelopen jaar onveilige seks gehad met losse partners. Onveilige seks komt vaker voor onder mannen en onder jongvolwassen Amsterdammers (tabel 1). Dit zijn ook landelijk de belangrijkste risicogroepen ⁹⁷.

Amsterdammers met onveilige seks vaker getest

Van de volwassen Amsterdammers heeft 13% zich in het afgelopen jaar laten testen op hiv en 17% op andere soa. Amsterdammers die onveilige seks hadden, hebben zich vaker op soa (36%) en hiv (47%) laten testen dan Amsterdammers die geen onveilige seks rapporteren (respectievelijk 11% en 14%). Hoewel mannen vaker onveilige seks hebben, laten vrouwen zich vaker op soa testen (tabel 1). Voor hiv is dit verschil niet gevonden. Amsterdammers van Marokkaanse of Turkse afkomst laten zich het minst vaak testen, maar rapporteren ook het minst vaak onveilige seks (tabel 2). Net als in 2008 zijn de huisarts en de GGD de meest populaire testlocaties.

Het belang van veilig seksueel gedrag en testen

Van onveilig vrijen ofwel seksueel risicogedrag is sprake als iemand zonder condoom seks (vaginaal of anaal) heeft met losse partners of een niet-monogame vaste partner. Door dergelijk risicogedrag kunnen ziekteverwekkers worden overgedragen en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) ontstaan. De meest voorkomende soa is chlamydia; 11% van de bezoekers van de Amsterdamse soa-polikliniek heeft deze aandoening ⁹⁸. Maar ook andere soa (syfilis, gonorroe, genitale herpes en hiv) komen veel voor. Door iemand regelmatig te testen op hiv en soa, kunnen deze infecties vroeg gediagnosticeerd en behandeld worden. Zo voorkomt men complicaties en verdere verspreiding.

Hoe stimuleert Amsterdam veilig seksueel gedrag?

Het college van Burgermeester en Wethouders wil het aantal

nieuwe gevallen van soa en hiv terugbrengen tot het niveau van de eerste helft van de jaren negentig ⁹⁹. Dit gebeurt door voorlichting te geven over veilig seksueel gedrag en het stimuleren van regelmatig testen. Hiervoor is het nodig om de bevolkingsgroepen te benaderen met het hoogste risico op soa en hiv.

Hoe is seksueel risicogedrag gemeten?

Aan Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar zijn in de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 vragen gesteld over seksueel risicogedrag in het afgelopen jaar. Daarvan is sprake als iemand niet altijd een condoom gebruikt tijdens seksueel contact met een losse partner. Ook is gevraagd of men in het afgelopen jaar op soa en/of hiv getest is.

Tabel 1: Onveilige seks en testgedrag onder Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar (%)

	onveilige seks	hiv test	soa test
Amsterdam	10,2	13,3	17,0
geslacht	*		*
mannen	12,3	12,0	13,8
vrouwen	8,2	14,6	20,1
leeftijd	*	*	*
19-34	15,7	19,6	27,1
35-44	7,8	12,2	14,2
45-54	5,7	8,1	8,8
55-64	5,3	5,2	5,0
mannen	*	*	*
19-34	18,4	14,7	20,1
35-64	8,7	10,3	9,9
vrouwen	*	*	*
19-34	13,6	23,8	33,0
35-64	3,9	7,5	10,0

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

Aandeel onveilige seks vrijwel gelijk gebleven

Het aandeel 19 t/m 54 jarige Amsterdammers dat onveilige seks rapporteert, is in 2012 (11%) vrijwel gelijk gebleven ten opzichte van 2008 (10%) (figuur 1). Het testgedrag voor soa is onder de volwassen Amsterdamse bevolking gestegen in vergelijking met 2008. Dit komt overeen met de doorgaande stijging in soa en soa-consulten die we zowel landelijk als ook in Amsterdam zien ^{96,97,98}. In tegenstelling tot risicogedrag en het testgedrag voor soa, laat het testgedrag voor hiv een daling zien vergeleken met 2008.

Tabel 2: Onveilige seks en testgedrag onder Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar naar opleiding en herkomst (%)

	onveilige seks	hiv test	soa test
opleiding	*	*	*
laagst	6,6	11,1	9,7
laag	10,0	9,6	11,2
midden	10,1	11,6	16,1
hoog	11,1	15,6	20,2
herkomst	*	*	*
Nederland	13,6	13,7	18,9
Marokko	1,3	6,6	8,8
Turkije	5,2	3,8	2,7
Suriname	8,0	20,2	23,0
ov. niet-westers	4,6	11,9	12,6
ov. westers	10,3	15,3	19,1

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

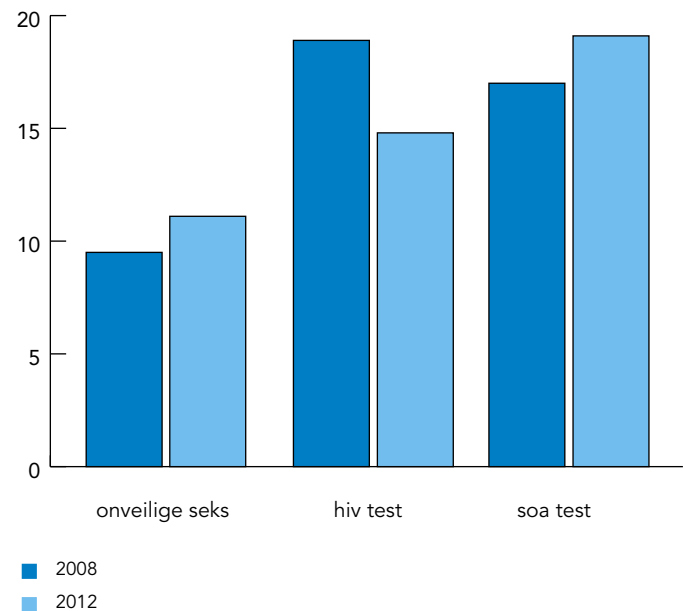
Percentage onveilige seks verschilt per stadsdeel

Het percentage volwassen Amsterdammers met onveilige seks varieert van 6% in Noord tot ruim 14% in West (figuur 2). Amsterdammers uit Noord laten zich het minst vaak testen op een soa (12%), Amsterdammers uit Zuidoost het vaakst (22%). Het percentage volwassenen dat zich laat testen op hiv verschilt niet per stadsdeel. Er is geen verschil in het voorkomen van onveilige seks tussen de aandachtswijken en de overige wijken.

Veilig vrijen

Gezonde leefstijl?

Figuur 1: Trends in onveilige seks onder 19 t/m 54 jarige Amsterdammers, 2008-2012 (%)



Belangrijkste risicogroep: mannen die seks hebben met mannen

Ongeveer 10% van de 19 t/m 64 jarige mannen in Amsterdam voelt zich voornamelijk aangetrokken tot mannen. Dit komt overeen met bijna 28.000 volwassen Amsterdamse mannen. Het aandeel vrouwen, mannen en homoseksuelen dat seksueel actief is, is ongeveer gelijk (variërend van 78% tot 83%). Toch rapporteren homoseksuelen het vaakst onveilige seks met losse partners (26%), gevolgd door heteroseksuele mannen (11%) en vrouwen (8%) (tabel 3). homoseksuelen laten zich ook het vaakst testen op hiv (41%) en soa (41%).

Tabel 3: Testgedrag en onveilige seks onder Amsterdamse mannen van 19 t/m 64 jaar naar seksuele geaardheid (%)

	onveilige seks	hiv test	soa test
seksuele geaardheid	*	*	*
homoseksueel	26,0	40,7	41,3
biseksueel	-	-	-
heteroseksueel	10,9	9,0	11,0

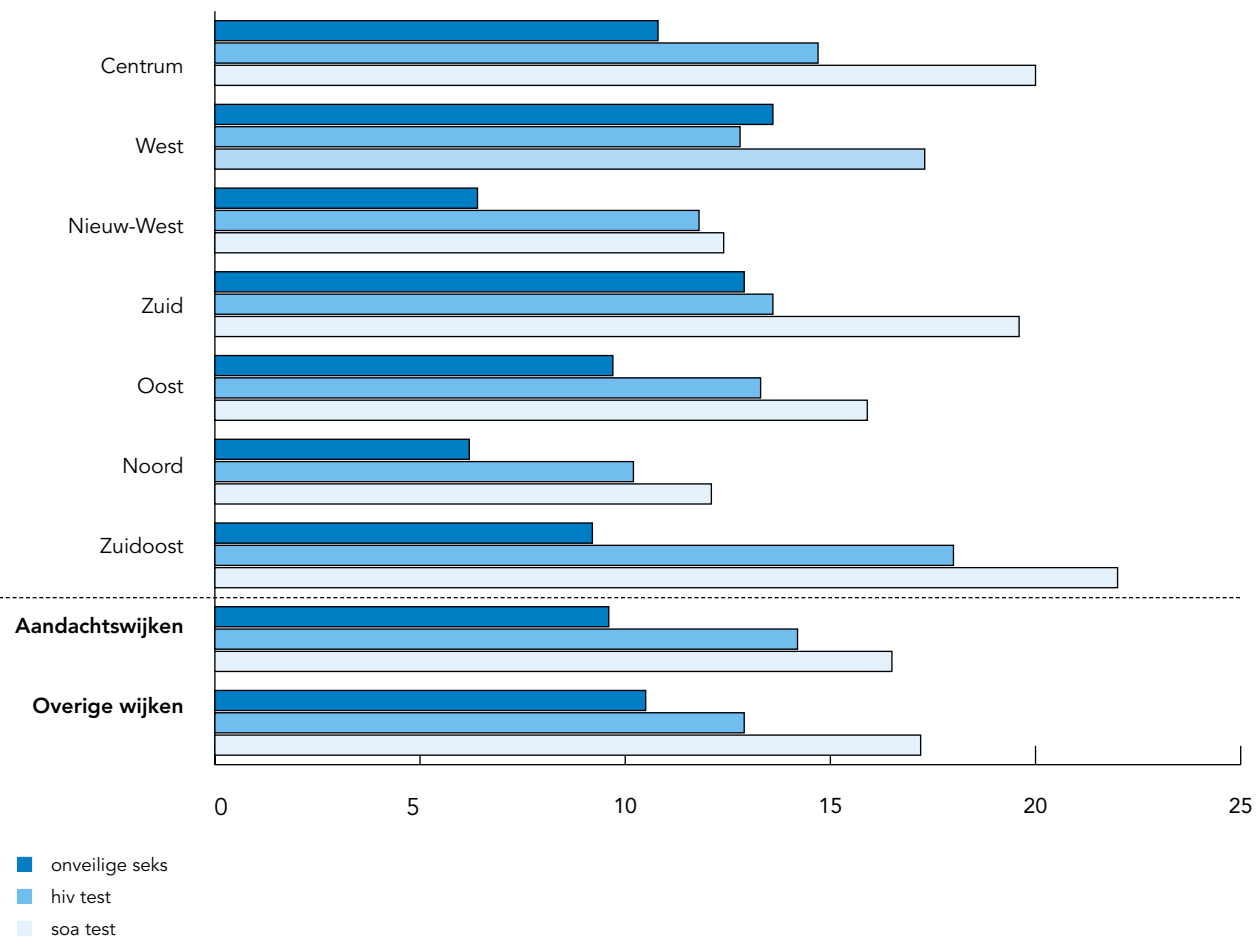
*significant verschil (p<0,05)

- niet bekend vanwege te kleine aantallen

Gezonde leefstijl?

Veilig vrijen

Figuur 2: Onveilige seks en testgedrag onder Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar naar stadsdeel en wijk (%)



Amsterdamse leefomgeving

Amsterdamse leefomgeving



Amsterdamse leefomgeving

Amsterdamse leefomgeving



Tevredenheid over wonen

Frits van den Berg, adviseur milieu en gezondheid

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Tevredenheid over wonen

- De meeste Amsterdammers zijn tevreden over hun woning, hun woonomgeving en/of het groen in de buurt.
- In Centrum en Zuid zijn de mensen het minst tevreden over het groen, maar het meest tevreden over woning en woonomgeving. Buiten de ring is dit juist omgekeerd.
- In de aandachtswijken is de tevredenheid over de woning, woonomgeving en het groen in de buurt aanzienlijk lager dan in de overige wijken.

Bijna 90% tevreden over woning en woonomgeving

Circa negen op de tien Amsterdammers is tevreden over hun woonomgeving (87%) of over hun woning (88%), 82% is tevreden met beide aspecten (tabel 1). Er is geen verschil tussen mannen en vrouwen. Oudere Amsterdammers zijn meer tevreden met de woning dan jongvolwassenen, maar de verschillen zijn niet groot (93% versus 87%).

Tevredenheid afhankelijk van inkomen, opleiding en herkomst

De tevredenheid over de woning en woonomgeving stijgt met het inkomen en het opleidingsniveau. Deze verschillen zijn vrij groot: van de Amsterdammers met de laagste opleiding is 74% tevreden over hun woning en 75% over hun woonomgeving,

bij de hoogst opgeleiden is dat respectievelijk 94% en 93%. Bij de laagste en hoogste inkomensgroepen zien we vergelijkbare verschillen. Mensen met betaald werk zijn over het algemeen meer tevreden dan mensen zonder betaald werk (tabel 2). Als we kijken naar herkomst, dan zijn Marokkaanse Amsterdammers het minst tevreden met hun woning (59%) en woonomgeving (68%), gevolgd door Turkse (resp. 73% en 72%) en andere niet-westerse Amsterdammers (resp. 79% en 81%) (tabel 3). Amsterdammers van Nederlandse herkomst zijn het meest tevreden over hun woning (94%) en woonomgeving (92%).

Amsterdamse leefomgeving

Een aantrekkelijke, groene stad

De gemeente Amsterdam streeft naar een aantrekkelijke, gezonde en groene leefomgeving voor haar inwoners. In de Structuurvisie Amsterdam 2040 wordt de stad verder verdicht, maar is er ook meer woonkwaliteit, heeft de openbare ruimte een hoge kwaliteit en is er toegankelijk en bruikbaar groen.

Woonomgeving en het Amsterdamse gezondheidsbeleid

In 'Preventief Verbinden', de Amsterdamse nota volksgezondheid 2012-2015 wordt gewezen op de concentratie van gezondheidsproblemen in de aandachtswijken. In de integrale aanpak van deze gezondheidsproblemen past aandacht voor een actieve leefstijl en een gezond gewicht. Dit kan mede worden gestimuleerd door een gezonde leefomgeving: een omgeving die uitnodigt tot bewe-

gen, ontmoeten en meedoen. Een belangrijke pijler daarin is het programma 'Jongeren op Gezond Gewicht' (JOGG) dat vanaf 2013 op grotere schaal wordt voortgezet met de 'Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht'.

Hoe is tevredenheid over wonen gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is gevraagd naar de beleving van de Amsterdammers op drie aspecten van wonen: wat vinden zij van hun woning, van hun woonomgeving en van het groen in hun buurt? Dat kon worden uitgedrukt met een 'rapportcijfer', oplopend van 0 (zeer ontevreden) naar 10 (zeer tevreden). Mensen die met een 6 tot en met 10 scoorden, worden bestempeld als 'tevreden'.

Tevredenheid over wonen

Tevredenheid over wonen

Tabel 1: Tevredenheid woning, woonomgeving en groen onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder¹ (%)

	woning	woon- omgeving	groen in de buurt
Amsterdam	88,0	86,7	85,0
geslacht			
mannen	88,9	86,1	84,9
vrouwen	87,1	87,2	85,2
leeftijd	*		*
19-34	87,0	84,8	81,6
35-44	85,4	86,5	83,5
45-54	88,2	88,7	87,2
55-64	89,5	86,4	88,8
65-74	91,6	88,5	87,9
75+	92,9	90,0	91,2
mannen		*	*
19-34	89,2	82,9	80,8
35-64	88,1	87,6	86,4
65+	91,5	88,1	88,8
vrouwen	*		*
19-34	85,1	86,3	82,2
35-64	86,7	86,9	85,9
65+	92,7	90,0	89,7

*significant verschil (p<0,05)

¹ rapportcijfer > 5

Tabel 2: Tevredenheid woning, woonomgeving en groen onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar sociaaleconomische kenmerken¹ (%)

	woning	woon- omgeving	groen in de buurt
opleiding	*	*	*
laagst	74,3	74,7	78,2
laag	82,6	81,7	85,7
midden	85,8	84,1	84,5
hoog	93,9	92,5	86,4
inkomen²	*	*	*
maximaal 15.200	80,9	81,9	80,6
15.200 - 19.400	83,6	82,4	85,2
19.400 - 24.200	87,7	85,8	84,3
24.200 - 31.000	90,5	88,3	86,3
minimaal 31.000	97,4	94,5	89,8
betaald werk³	*	*	*
nee	79,8	80,1	81,9
ja	89,7	88,2	85,1

*significant verschil (p<0,05)

¹ rapportcijfer > 5

² besteedbaar huishoudinkomen in €

³ tot 65 jaar

Amsterdamse leefomgeving

Tevredenheid over wonen

Tevredenheid over wonen

Tabel 3: Tevredenheid woning, woonomgeving en groen onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar herkomst¹ (%)

	woning	woon- omgeving	groen in de buurt
herkomst	*	*	*
Nederland	94,4	91,5	87,4
Marokko	58,5	68,3	67,9
Turkije	72,5	72,1	82,1
Suriname	88,5	87,6	84,8
ov. niet-westers	78,7	80,7	83,8
ov. westers	90,4	86,9	86,4

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

¹ rapportcijfer > 5

Meeste Amsterdammers tevreden over groen

Met het groen in de eigen buurt is 85% van de Amsterdammers tevreden. Ook de tevredenheid met het groen in de buurt neemt toe met leeftijd, opleidingsniveau, inkomen en het hebben van betaald werk. De verschillen in tevredenheid zijn wel wat kleiner dan bij de woning en woonomgeving. Ook over hun buurtgroen zijn Marokkaanse Amsterdammers (68%) het minst tevreden en Amsterdammers van Nederlandse herkomst (87%) het meest (tabel 3).

Sterke samenhang tevredenheid woning en woonomgeving

De waarderingen voor woning en woonomgeving blijken sterk samen te hangen. Van de tien Amsterdammers die tevreden zijn met de woning zijn er negen met datzelfde oordeel over de woonomgeving. Bij groen in de buurt is die samenhang wat minder sterk, daar hebben acht van de tien Amsterdammers hetzelfde oordeel over groen en woning of woonomgeving. Deze hoge samenhang betekent dat driekwart van de Amsterdammers tevreden is over al deze aspecten van wonen.

Amsterdammers minder tevreden dan rest Nederland

In vergelijking met nationale gegevens uit 2008 lijkt de tevredenheid in Amsterdam laag ⁹⁹. Landelijk was men in 2008 vaker tevreden over de eigen woning (98%) en over de woonomgeving (97%) dan in 2012 in Amsterdam (88% en 87%). Wat het groen in de buurt betreft is het verschil kleiner: 88% van de Nederlanders is tevreden ten opzichte van 85% van de Amsterdammers.

Inwoners aandachtswijken minst tevreden

De tevredenheid over wonen is niet gelijk verspreid over de stad. Bewoners van Centrum en Zuid zijn het meest tevreden over de woning en woonomgeving, bewoners in Nieuw-West zijn het minst tevreden (figuur 1). Het hebben van vochtproblemen kan deze verschillen deels verklaren. Bewoners met vochtproblemen waarderen hun woning significant lager dan bewoners zonder vochtproblemen (link hoofdstuk vochtproblemen). Ook de stadsdelen Noord en Zuidoost scoren naar verhouding laag op tevredenheid over de woonomgeving. Bij het groen in de buurt ligt de waardering heel anders. De stadsdelen Nieuw-West, Noord en Zuidoost scoren juist hoog en de stadsdelen Centrum, West en Oost laag. De tevredenheid in de aandachtswijken ligt duidelijk lager dan in de overige wijken.

Waardering voor groen gestegen

In 2008 was het gemiddelde rapportcijfer voor groen een 6,3, in 2012 is dat een 7,4. Deze stijging is ook binnen de stadsdelen terug te zien: bijna overal is het rapportcijfer voor groen met ongeveer een punt toegenomen. De uitzondering is stadsdeel Centrum waar het rapportcijfer sterker steeg: van 5,1 (de laagste in 2008) naar 6,8. In de rangorde van de stadsdelen is echter sinds 2008 geen verandering gekomen.

Amsterdamse leefomgeving

Tevredenheid over wonen

Tevredenheid over wonen

Stadsdeelverschillen hangen samen met bevolkingskenmerken

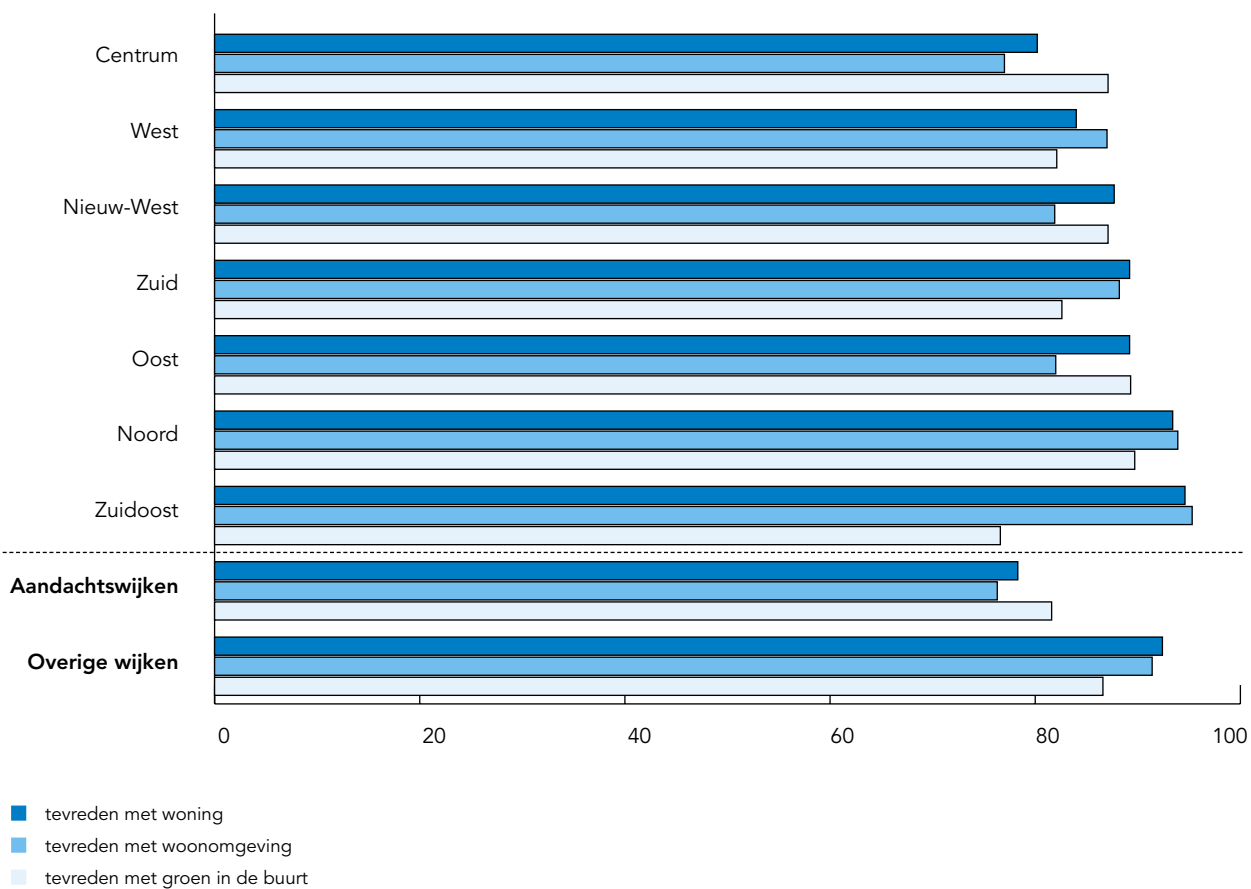
Niet alleen de fysieke verschillen tussen stadsdelen kunnen het oordeel van mensen over het wonen beïnvloeden, maar ook hun eigen achtergrond. Als we rekening houden met verschillen in opleiding, werk, inkomen en herkomst zien we nauwelijks meer stadsdeelverschillen in de tevredenheid over de eigen woning. Dat betekent dat inwoners met dezelfde sociaaleconomische positie en herkomst in alle stadsdelen even tevreden zijn over hun woning. De verschillen in tevredenheid over de woonomgeving of het buurtgroen hangen daarentegen niet of nauwelijks samen met de bevolkingssamenstelling. Ook in de aandachtswijken kunnen verschillen in de bevolkingssamenstelling de lagere tevredenheid niet verklaren. Het verbeteren van de kwaliteit van zowel de woning, de woonomgeving als het buurtgroen verdient in de aandachtswijken de meeste aandacht.

Amsterdamse leefomgeving

Tevredenheid over wonen

Tevredenheid over wonen

Figuur 1: Tevredenheid woning, woonomgeving en groen onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder naar stadsdeel en wijk (%)



Amsterdamse leefomgeving

Amsterdamse leefomgeving

Geluidsoverlast

Frits van den Berg, adviseur milieu & gezondheid
 Michaela Schötenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Geluidsoverlast

- Drie van de tien Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar ervaart ernstige geluidshinder.
- Buren, brommers en bouw-/sloopactiviteiten worden als het meest hinderlijk ervaren; van elk van deze bronnen ervaart 8 tot 9% van de Amsterdammers hinder.
- In de stadsdelen Centrum en Zuid is de geluidshinder het grootst.

Drie van de tien inwoners ervaren geluidshinder
 Iets meer dan drie van de tien Amsterdammers (31%) ervaart thuis ernstige geluidshinder van één of meer bronnen. Er is geen verschil in ervaren geluidshinder tussen mannen en vrouwen of naar leeftijd (tabel 1).

Wel zijn jongere mannen duidelijk wat meer gehinderd dan mannen die ouder zijn, terwijl men op grond van eerder onderzoek het omgekeerde zou verwachten ¹⁰¹. Bij vrouwen zien we dit niet. Er zijn verder geen duidelijke verschillen in geluidshinder die te maken hebben met opleiding, inkomen, herkomst of huishoudsamenstelling.

Amsterdamse leefomgeving

Tabel 1: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar die ernstige geluidshinder ervaren (%)

Amsterdam	31,3
geslacht	
mannen	31,3
vrouwen	31,2
leeftijd	
19-34	33,0
35-44	29,8
45-54	30,5
55-64	29,7
mannen	*
19-34	37,0
35-64	27,8
vrouwen	
19-34	29,6
35-64	32,4

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

Minder lawaai, een gezondere omgeving

Prettige geluiden dragen bij aan een gezonde omgeving. Overmatig lawaai veroorzaakt hinder, stress en slaapverstoring. Voortdurende stress of onvoldoende ontspanning en slaap ten gevolge van lawaai zijn schadelijk voor de gezondheid en kunnen leiden tot hoge bloeddruk of hartklachten. Bij kinderen kan blootstelling aan teveel lawaai leiden tot slechtere leerprestaties ¹⁰⁰.

Hoe bestrijdt Amsterdam de geluidshinder?

De Structuurvisie Amsterdam 2040 richt zich op meer woonkwaliteit en hogere kwaliteit van de openbare ruimte. Het Actieplan Geluid Amsterdam uit 2008 streeft een verbetering van de geluidskwaliteit in Amsterdam na. Het plan biedt maatregelen om omgevingslawaai

op de meest geluidsbelaste locaties terug te dringen en om verstoring op rustige plekken te verminderen. Amsterdam heeft eigen beleid om te waarborgen dat woningen met teveel lawaai op een gevel ook een rustige kant hebben.

Hoe is de geluidshinder gemeten?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is aan Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar gevraagd of ze in het afgelopen jaar een geluidsbron thuis konden horen en zo ja, in welke mate zij de afgelopen 12 maanden thuis door die geluidsbronnen werden gehinderd, gestoord of geërgerd. De hinder wordt als ernstig beschouwd als men op een schaal van 0 t/m 10 een 8, 9 of 10 aankruist.

Amsterdamse leefomgeving

Geluidsoverlast

Geluidsoverlast

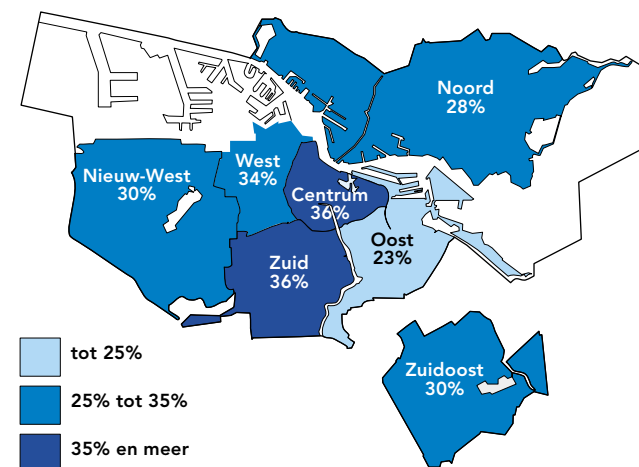
Buren en brommers of scooters zorgen voor de meeste geluidsoverlast

Het percentage hinder kan hoog zijn als een bron veel voorkomt, maar ook als een bron niet veel voorkomt maar wel erg hinderlijk is. Buren en brommers of scooters zijn de bronnen die veel worden gehoord en voor de meeste geluidsoverlast zorgen (figuur 1). Ook bouw- en sloopwaaai veroorzaakt veel ernstige hinder, ondanks dat minder dan de helft van de Amsterdammers het hoort. Treinen en bedrijven of industrie blijken tot de minste hinder te leiden, maar worden ook relatief weinig gehoord. Voor de meeste geluidsbronnen geldt dat minder dan één op de twaalf inwoners die deze bron hoort, hiervan ernstig hinder ervaart. Echter, van cafés en restaurants ervaart één op de acht inwoners die dit hoort, ernstige hinder, van buren en brommers of scooters één op de zeven en van bouw en sloopwaaai één op de vijf. Opmerkelijk is dat ten minste een derde van de Amsterdammers een geluidsbron thuis niet hoort, zelfs niet als het om wegverkeer gaat.

Verschillen tussen stadsdelen in geluidshinder

Het percentage inwoners dat ernstige geluidshinder ervaart, loopt uiteen van 23% in Oost tot 36% in Centrum en Zuid (figuur 2). Voor een aantal geluidsbronnen bestaan er duidelijke verschillen tussen de stadsdelen doordat die bronnen niet gelijkmatig over de stad verspreid zijn. Zo veroorzaakt vliegtuiglawaai relatief veel hinder in Zuidoost en Zuid, omdat die onder vliegroutes liggen. Bewoners van de stadsdelen Centrum en Zuid kennen relatief veel geluidshinder door brommers en scooters en door bouwen en slopen. Men heeft daar het minste last van kinderen buiten. Amsterdammers in Centrum, Zuid en West horen het vaakst geluid van mensen buiten en van cafés of restaurants. In Centrum veroorzaken deze ook de meeste hinder: 8% van de bewoners in Centrum is ernstig gehinderd door mensen buiten, 5% door het geluid van cafés en restaurants.

Figuur 2: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar die ernstige geluidshinder ervaren naar stadsdeel (%)



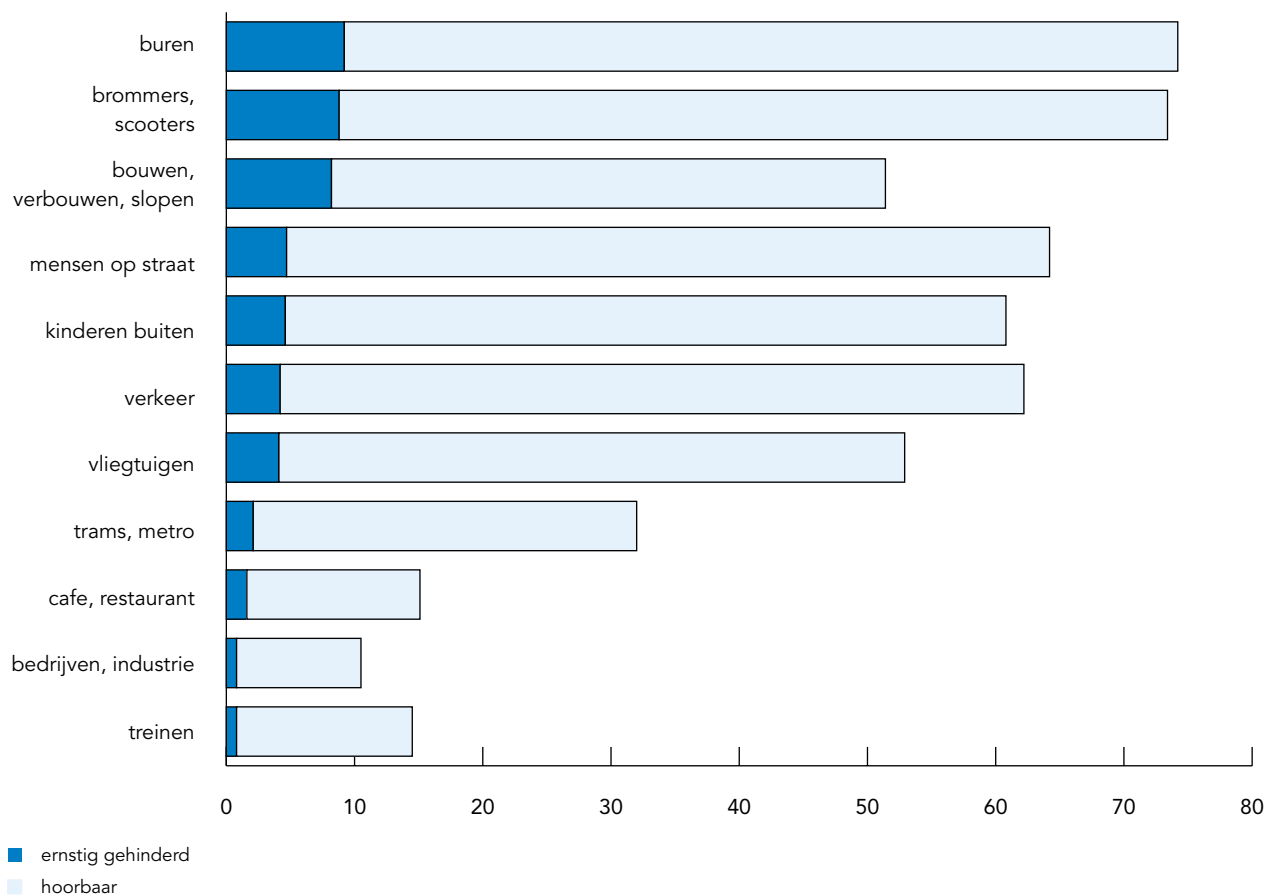
Amsterdammers in aandachtswijken ondervinden over het algemeen evenveel geluidshinder als in de overige wijken; wel hebben ze meer last van kinderen buiten en juist minder last van vliegtuigen en bedrijven.

Geluidsoverlast

Geluidsoverlast

Amsterdamse leefomgeving

Figuur 1: Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar die thuis geluidsbron horen en daardoor ernstig gehinderd zijn (%)



Amsterdamse leefomgeving

Geluidsoverlast

Geluidsoverlast

Amsterdamse leefomgeving

Ernstige geluidshinder gedaald

Ook in 2008 vormden burens, brommers en bouw/sloopactiviteiten de drie meest hinderlijke geluidsbronnen in Amsterdam. In vergelijking met 2008 is de hinder van bouwen en slopen afgenomen, wat mogelijk aan een daling in bouwactiviteiten ligt. Ook bij de andere bronnen die in beide jaren zijn nagevraagd is de hinder verminderd of gelijk gebleven (tabel 2).

In 2012 is aanvullend gevraagd naar het geluid van cafés en restaurants (in verband met klachten over lawaai van terrassen), naar geluid van mensen buiten ('zwerflawaai') en naar geluid van kinderen buiten (klachten over kinderdagverblijven). Door deze aanvullende vragen komt de totale hinder wat hoger uit dan in 2008. Kijken we echter naar dezelfde bronnen als in 2008, dan is het percentage Amsterdammers dat ernstige geluidshinder ondervindt, afgenomen van 30% naar 26%. Hoewel dit kan komen door de verandering in de vragenlijst, kan het ook zijn dat Amsterdam echt wat stiller is geworden. Ook kan het zijn dat Amsterdammers minder ontevreden zijn geworden, wat we ook bij groen in de buurt konden constateren.

Amsterdam versus Nederland:

meer last van bouwen, minder van wegverkeer

In 2008 heeft het laatste landelijke onderzoek naar hinder plaatsgevonden ⁹⁹. Daaruit blijkt dat Amsterdammers aanzienlijk meer hinder ervaren van bouw- en slooplawaai dan elders in Nederland en meer hinder van burens. Ook bij geluidsoverlast van scooters en brommers scoort Amsterdam hoger, net als bij mensen op straat, kinderen buiten en cafés of restaurants, waarbij het dan wel om geringe verschillen gaat. Bij vliegtuigen en treinen is er nauwelijks of geen verschil met landelijke cijfers. Gunstig is dat in Amsterdam, ondanks de drukte in de stad, wegverkeer minder ernstige geluidshinder veroorzaakt.

Tabel 2: Trend in ernstige ervaren geluidshinder onder 19 t/m 54-jarige Amsterdammers (%)

	2008	2012
ernstig geluidsgehinderden	30,0	31,5
burens	10,1	9,6
brommers, scooters	10,0	9,1
bouwen, verbouwen, slopen	11,1	8,5
mensen op straat	-	4,9
kinderen buiten	-	4,8
verkeer ¹	4,3	4,0
vliegtuigen	5,3	3,6
trams, metro	3,1	2,1
café, restaurant	-	1,7
bedrijven, industrie	1,2	0,9
treinen	1,7	0,7

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

- niet beschikbaar

¹ in 2008 en 2012 verschillend nagevraagd

Vochtproblemen in woningen

Rob van Strien, adviseur milieu en gezondheid

Michaela Schönenberger, functionaris gezondheidsbevordering

Vochtproblemen in woningen

- Meer dan 13% van de Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar heeft vocht- en/of schimmelplekken in de woning.
- Inwoners van de stadsdelen Centrum, Nieuw-West en de aandachtswijken rapporteren het vaakst vochtproblemen in huis.
- Bewoners van woningen met vochtproblemen zijn vaker onder behandeling van een arts wegens luchtwegklachten.

Ruim 13% Amsterdammers vochtproblemen in huis

Bijna 70.000 Amsterdammers (13%) hebben last van vocht- en/of schimmelplekken in de woon- en/of slaapkamer. Amsterdammers van middelbare leeftijd hebben minder vaak vochtproblemen in hun woning dan jongvolwassenen (tabel 1). Verder blijkt dat inwoners met een lage opleiding of een laag inkomen relatief vaak vochtproblemen in de woning hebben (tabel 2).

Vochtproblemen: meer astma en COPD

Een woning met vochtproblemen verhoogt het risico op het ontwikkelen van luchtwegklachten, astma en allergie. Amsterdammers met een vochtprobleem in de woning, zijn bijna twee keer zo vaak onder behandeling van een arts wegens astma of COPD dan Amsterdammers met een woning zonder vochtproblemen (7% versus 4%).

Vochtproblemen in huis en gezondheid

Vochtproblemen in woningen kunnen een negatieve invloed hebben op de gezondheid ¹⁰². Mensen die in woningen wonen met vocht- of schimmelplekken hebben vaker astma of andere luchtwegklachten, bijvoorbeeld hoesten, niezen en piepen op de borst. Dit geldt vooral voor mensen die in een vochtige woning wonen en bovendien allergisch zijn voor huisstofmijten of schimmels. Oorzaken van vochtproblemen kunnen bouwkundig zijn, bijvoorbeeld optrekkend vocht of slechte ventilatie. Daarnaast kunnen vochtproblemen het gevolg zijn van het gedrag van de bewoners, bijvoorbeeld doordat zij slecht gebruik maken van ventilatievoorzieningen of de was drogen in huis.

Tabel 1: Schimmel- of vochtplekken in woon- en/of slaapkamer bij Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar (%)

Amsterdam	13,4
geslacht	
mannen	13,2
vrouwen	13,7
leeftijd	*
19-34	14,3
35-44	16,9
45-54	10,6
55-64	9,8
mannen	
19-34	15,1
35-64	12,0
vrouwen	
19-34	13,6
35-64	13,7

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

Wat doet de gemeente Amsterdam aan vochtproblematiek?

De gemeente Amsterdam is verantwoordelijk voor toezicht op de bouwkundige eisen die aan woningen worden gesteld. De stadsdelen kunnen hierop controleren. Zo worden vochtproblemen waaraan bouwkundige tekortkomingen ten grondslag liggen zoveel mogelijk voorkomen.

Hoe zijn vochtproblemen in de woning vastgesteld?

In de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is aan 19 t/m 64 jarigen gevraagd naar de aanwezigheid van vocht- en/of schimmelplekken in diverse ruimtes van de woning in de voorgaande twaalf maanden. De aanwezigheid van vocht- en/of schimmelplekken in woon- of slaapkamer is de beste indicator voor vochtproblemen in de woning, omdat inwoners in de woon- en slaapkamer veel tijd doorbrengen.

Vochtproblemen in woningen

Vochtproblemen in woningen

Meeste vochtproblemen in Nieuw-West en Centrum

In de stadsdelen Nieuw-West (18%) en Centrum (17%) rapporteren inwoners het vaakst vochtproblemen in hun woning. In stadsdeel Zuidoost hebben de minste inwoners (9%) te maken met vochtproblemen in huis. In stadsdeel Centrum is de belangrijkste oorzaak van de vochtproblemen waarschijnlijk de ouderdom van de woningen. Oude woningen hebben vaak bouwkundige gebreken, waardoor vochtproblemen kunnen ontstaan. Het stadsdeel Nieuw-West telt veel woningen die op de nominatie voor sloop staan of stonden. Daardoor is achterstallig onderhoud een mogelijke oorzaak van de vochtproblemen in dat stadsdeel. Ditzelfde kan spelen in de aandachtswijken, waar 18% van de inwoners leeft in een woning met vochtproblemen. In de overige wijken is dat 11% (figuur 1).

Tabel 2: Schimmel- of vochtplekken in woon- en/of slaapkamer bij Amsterdammers van 19 t/m 64 jaar naar sociaaleconomische kenmerken (%)

opleiding	
laagst	17,9
laag	14,7
midden	13,4
hoog	12,1
inkomen ¹	
maximaal 15.200	17,4
15.200 - 19.400	14,2
19.400 - 24.200	13,1
24.200 - 31.000	11,3
minimaal 31.000	10,3

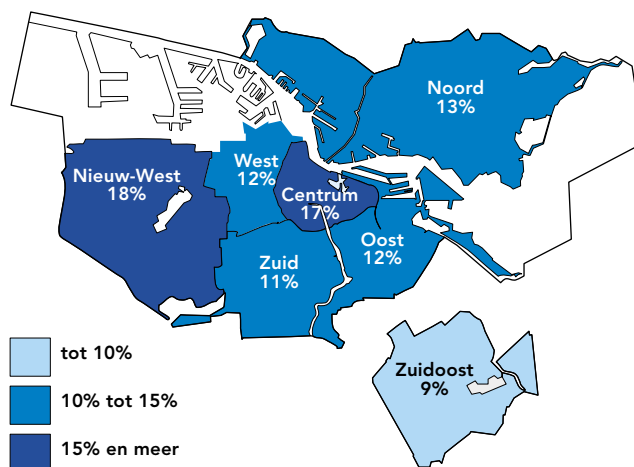
*significant verschil ($p < 0,05$)

¹ besteedbaar huishoudinkomen in €

Vochtproblemen in woningen

Vochtproblemen
in woningen

Figuur 1: Schimmel- of vochtplekken in woon- en/of slaapkamer naar stadsdeel (%)



Vochtproblemen verlagen tevredenheid woning

Ruim een kwart (28%) van de Amsterdammers met vochtproblemen in huis waardeert hun woning met een onvoldoende. In woningen zonder vochtproblemen is dit percentage met 11% significant lager.

Amsterdamse leefomgeving

Bijlagen

Bijlagen



Bijlagen

Bijlagen



Leeswijzer

Leeswijzer

Tabellen

In dit rapport staan tabellen en figuren met de belangrijkste resultaten van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012. Van alle onderwerpen laten we zoveel mogelijk dezelfde informatie zien. Zo vindt u in de meeste tabellen cijfers voor mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, stadsdelen en aandachtswijken. Stadsdeel Westpoort is buiten beschouwing gelaten, vanwege het kleine aantal respondenten en inwoners. Ook zijn bij de berekeningen respondenten die een vraag niet hebben ingevuld, buiten beschouwing gelaten.

Significantie en statistische toetsen

Met statistische toetsen is nagegaan hoe groot de kans is dat een gevonden verschil tussen groepen op toeval berust. Deze kans wordt aangeduid met de letter p en de waarde varieert tussen de 0 en de 1. Verschillen worden meestal als statistisch significant beschouwd als de p -waarde kleiner is dan 0,05. Er wordt dan vanuit gegaan dat de kans dat verschillen toch toevallig zijn verwaarloosbaar is. In de tabellen zijn deze verschillen aangegeven met een *. Verschillen tussen groepen worden in deze rapportage alleen besproken als de verschillen statistisch significant zijn ($p < 0,05$), tenzij anders vermeld. Verschillen in percentages tussen groepen zijn getoetst met de chi-kwadraattoets. Daarnaast zijn multivariate analyses (gewogen logistische regressieanalyses) gebruikt om bijvoorbeeld te onderzoeken of verschillen tussen stadsdelen verklaard kunnen worden door verschillen in geslacht, leeftijd en sociaaleconomische positie. Voor alle analyses is het statistisch programma SPSS gebruikt met de module Complex Samples.

Hoe om te gaan met significante verschillen?

De interpretatie van significante verschillen behoeft enige voorzichtigheid. Op grond van zogenaamde kansfluctuatie is het te verwachten dat er altijd wel wat statistisch significante verschillen gevonden worden. Bij een p van 0,05 is er een

kans van één op de twintig dat een bepaalde toets statistisch significant is. Het is daarom niet raadzaam om een enkel gevonden verschil al te zeer te benadrukken, vooral als dit verschil in strijd is met de resultaten van voorgaand onderzoek. Om die reden wordt in dit rapport waar mogelijk een vergelijking gemaakt met landelijke referentiegegevens en de eerdere gezondheidsmonitors van de GGD Amsterdam.

Statistiek en klinische relevantie

Worden grote groepen respondenten met elkaar vergeleken dan zijn kleine gevonden verschillen eerder significant. Maar, een verschil tussen mannen en vrouwen van 2% kan statistisch significant zijn, terwijl de betekenis in termen van verschillen in gezondheid of gezondheidsgedrag minimaal is. Bij vergelijking van kleine groepen (bijvoorbeeld verschillen binnen de stadsdelen) zijn grotere verschillen nodig om aan te kunnen tonen dat deze significant te zijn.

Representativiteit

Het gaat in dit rapport over de gezondheidstoestand en het gezondheidsgedrag van alle Amsterdammers. Dit is mogelijk doordat de steekproef willekeurig is getrokken. Daarnaast zijn de onderzoeksresultaten gewogen voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, inkomen, herkomstgroep (etniciteit), stadsdeel en stedelijkheidsgraad. Op die manier is rekening gehouden met de steekproefstratificatie en met non-respons.

Zelfstandig wonenden

De steekproef van de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 is getrokken onder zelfstandig wonende inwoners van 19 jaar en ouder. Uitgesloten werden inwoners die in een AWBZ-instelling wonen, bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis. In heel Nederland woont 5% van de 65-plussers in zo'n instelling¹⁰⁴. Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van bepaalde gezondheidsproblematiek¹⁰⁴. De cijfers geven daarom

Leeswijzer

Leeswijzer

hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van het vóórkomen van ziekten, aandoeningen en beperkingen, met name bij ouderen.

Sociaaleconomische positie

We gebruiken drie indicatoren voor sociaaleconomische positie:

1. het hoogst behaalde opleidingsniveau in vier categorieën:
 - laagst (geen opleiding, basisonderwijs)
 - laag (lager voortgezet onderwijs: VMBO, LBO, VBO, MAVO)
 - middel (hoger voortgezet onderwijs: MBO, HAVO, VWO)
 - hoog (HBO, universiteit)
2. inkomensklasse: het gestandaardiseerd huishoudinkomen in vijf quintielen. Dat wil zeggen het besteedbaar inkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden met behulp van equivalentiefactoren. Op deze wijze zijn de welvaartsniveaus van huishoudens onderling vergelijkbaar gemaakt.
3. het al dan niet hebben van betaald werk.

Trend in de tijd en vergelijking met G4 en Nederland

Voor zover mogelijk zijn de resultaten uit 2012 vergeleken met de gegevens uit eerdere rondes van de Gezondheidsmonitor (2000, 2004 en 2008), met gegevens uit de andere grote steden en met landelijke gegevens. Verschillen in onderzoeksmethoden en vraagstellingen ten opzichte van eerdere jaren zorgen ervoor dat bij het maken van deze vergelijkingen enige voorzichtigheid geboden is. In 2012 is de formulering van een aantal vraagstellingen veranderd ten opzichte van 2008, bijvoorbeeld de vraag over ervaren gezondheid. Ook de leeftijdsindeling bij de steekproeftrekking is gewijzigd (volwassenen: 19 jaar en ouder in plaats van 16 jaar en ouder; ouderen: 65 jaar en ouder in plaats van 55 jaar en ouder). Verder heeft het CBS in 2012 de weging van de gegevens naar de bevolkingsopbouw van Amsterdam op

een andere manier (naar meer kenmerken) uitgevoerd dan in 2008. Deze aanpassingen zijn gedaan vanwege het landelijke harmonisatietraject, waarin de GGD gezondheidsenquête en de CBS gezondheidsenquête op elkaar zijn afgestemd om tot één dataverzameling te komen. De onderzoeksmethode is op hoofdlijnen hetzelfde gebleven als in 2008. In beide jaren was sprake van een schriftelijke enquête per post of via internet in combinatie met mondelinge interviews onder moeilijk bereikbare groepen. In eerdere jaren werden de gegevens via mondelinge interviews op locatie (2004) of aan huis (2000) verzameld.

Methode

Methode

Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012: 'hoe', 'wat' en 'waarom' in vijf vragen

1. Wat is de Amsterdamse Gezondheidsmonitor?

De Amsterdamse Gezondheidsmonitor (AGM) is het vierjaarlijks gezondheidsonderzoek van de GGD Amsterdam onder volwassen Amsterdammers. In 2012 bestond het onderzoek uit een schriftelijke enquête (via post en internet). Moeilijk bereikbare groepen werden thuis geïnterviewd.

2. Waarom deze gezondheidsmonitor?

Gemeenten hebben de wettelijke taak om de gezondheid van hun inwoners in kaart te brengen. De GGD voert die taak uit o.a. middels de AGM. Verder voert de Inspectie voor de Gezondheidszorg haar toezicht mede uit op basis van monitorgegevens. Het onderzoek geeft antwoord op de volgende vragen:

Doel	
Inzicht krijgen in de gezondheid en in factoren die de gezondheid beïnvloeden onder Amsterdammers van 19 jaar en ouder	1. Hoe ervaren Amsterdammers hun eigen gezondheid?
	2. Hoe vaak komen chronische aandoeningen voor in Amsterdam?
	3. Hoe vaak komen van risicofactoren en risicogedrag voor (chronische) aandoeningen voor in Amsterdam?
	4. In welke mate komen problemen op het gebied van maatschappelijke en geestelijke gezondheid voor in Amsterdam?
	5. Wat is het zorggebruik en de zorgbehoefte in Amsterdam?
	6. Zijn er verschillen in gezondheid in vergelijking met voorgaande jaren, met Nederland en de overige grote steden?

3. Hoeveel Amsterdammers deden mee?

Ruim 19.000 Amsterdammers uit zeven stadsdelen zijn uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. De inwoners van verschillende buurten en stadsdeel Noord waren extra vertegenwoordigd in de steekproef. Ruim 7.200 Amsterdammers hebben gereageerd, een respons van 38%.

4. Hoe is de gezondheid in kaart gebracht?

De monitor bevatte vragen over verschillende aspecten van gezondheid:

- *lichamelijke gezondheid* o.a. gezondheidsbeleving, chronische aandoeningen en beperkingen;
- *psychosociale gezondheid* o.a. eenzaamheid, angst en depressie en huiselijk geweld;
- *gebruik en verlenen van zorg* o.a. huisartsenbezoek en geven van mantelzorg;
- *leefstijl* o.a. roken, alcoholgebruik, voeding, bewegen en veilig vrijen;
- *leefomgeving* o.a. geluidshinder, vochtproblemen en tevredenheid over de woonomgeving.

5. Zijn de gegevens representatief voor Amsterdam?

Ja. Deelnemers zijn willekeurig geselecteerd uit het bevolkingsregister en veel Amsterdammers deden mee. Bovendien zijn de gegevens gewogen naar de bevolkingsopbouw van Amsterdam voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, inkomen, herkomst, stadsdeel en stedelijkheidsgraad.

Respons

Respons

Bijlagen

Tabel 1: Respondenten naar geslacht en leeftijd

	aantal ¹	% ²
Amsterdam	7615	100
geslacht		
mannen	3254	48,8
vrouwen	4361	51,2
leeftijd		
19-34	2009	34,8
35-44	1040	20,1
45-54	1050	17,6
55-64	1014	13,1
65-74	1489	8,3
75+	1013	6,1
mannen		
19-34	741	33,1
35-64	1382	54,0
65+	1131	12,9
vrouwen		
19-34	1268	36,4
35-64	1722	47,8
65+	1371	15,8

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

¹ ongewogen

² gewogen naar de Amsterdamse bevolkingsopbouw

Respons

Respons

Bijlagen

Tabel 2: Respondenten naar stadsdeel en wijk

	totaal		mannen		vrouwen		19-34 jaar		35-64 jaar		65 jaar en ouder	
	aantal ¹	% ²	aantal ¹	% ²	aantal ¹	% ²	aantal ¹	% ²	aantal ¹	% ²	aantal ¹	% ²
Stadsdeel												
Centrum	754	11,6	353	12,4	401	10,9	204	11,8	275	11,8	275	10,4
West	932	17,8	382	17,7	550	18,0	312	21,0	378	17,2	242	12,5
Nieuw-West	888	16,7	376	16,3	512	17,2	183	15,9	402	16,3	303	20,1
Zuid	769	18,1	299	17,1	470	19,1	244	18,2	285	17,1	240	21,7
Oost	972	15,1	450	16,1	522	14,1	299	15,4	415	15,9	258	11,5
Noord	2504	10,6	1036	10,0	1468	11,1	575	8,4	1019	10,9	910	14,9
Zuidoost	796	10,0	358	10,5	438	9,5	192	9,3	330	10,7	274	8,9
Wijk												
Aandachtswijken	3248	31,4	1390	31,5	1858	31,3	806	33,5	1473	29,9	969	31,7
Overige wijken	4367	68,6	1864	68,5	2503	68,7	1203	66,5	1631	70,1	1533	68,3

¹ ongewogen

² gewogen naar de Amsterdamse bevolkingsopbouw

Respons

Respons

Bijlagen

Tabel 3: Respondenten naar sociaaleconomische kenmerken

	aantal ¹	% ²
opleiding		
laagst	839	9,8
laag	1750	17,6
midden	1676	25,1
hoog	2865	47,5
inkomen³		
maximaal 15.200	1560	26,2
15.200 - 19.400	1400	15,9
19.400 - 24.200	1394	16,5
24.200 - 31.000	1365	17,5
minimaal 31.000	1748	23,9
betaald werk⁴		
nee	1269	24,7
ja	3612	75,3

*significant verschil (p<0,05)

¹ ongewogen

² gewogen naar de Amsterdamse bevolkingsopbouw

³ besteedbaar huishoudinkomen in €

⁴ tot 65 jaar

Tabel 4: Respondenten naar demografische kenmerken

	aantal ¹	% ²
herkomst		
Nederland	4888	51,2
Marokko	374	6,5
Turkije	273	5,2
Suriname	538	9,7
ov. niet-westers	553	10,8
ov. westers	989	16,5
burgerlijke staat		
gehuwd, samenwonend	3862	51,5
ongehuwd	1833	34,6
gescheiden	734	9,1
weduwe, weduwnaar	623	4,8
huishoudsamenstelling		
2-oudergezin ³	1058	18,3
1-oudergezin ³	270	4,9
alleenwonend	2068	27,2
overig	3619	49,6

*significant verschil (p<0,05)

¹ ongewogen

² gewogen naar de Amsterdamse bevolkingsopbouw

³ met thuiswonende minderjarige kinderen

Vragenlijsten

Vragenlijsten

Vragenlijst depressieve en angstklachten (K10)

1. Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?
2. Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?
3. Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?
4. Hoe vaak voelde u zich hulpeloos?
5. Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig?
6. Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet stil kon zitten?
7. Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?
8. Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?
9. Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets u op kon vrolijken?
10. Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?

Antwoordmogelijkheden:

nooit, af en toe, soms, meestal, de hele tijd

Vragenlijst eenzaamheid

Eenzaamheidsschaal De Jong Gierveld

(s)=sociale eenzaamheid; (e)=emotionele eenzaamheid.

1. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan (s).
2. Ik mis een echt goede vriend of vriendin (e).
3. Ik ervaar een leegte om mij heen (e).
4. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen (s).
5. Ik mis gezelligheid om mij heen (e).
6. Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt (e).
7. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen (s).
8. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel (s).
9. Ik mis mensen om mij heen (e).
10. Vaak voel ik me in de steek gelaten (e).
11. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht (s)

Antwoordmogelijkheden:

ja, min of meer, nee

Vragenlijsten

Vragenlijsten

Bijlagen

Vragenlijst Gezondheidsvaardigheden

1. Hoe vaak helpt iemand u met het lezen van brieven of folders van uw huisarts, het ziekenhuis of andere zorginstellingen?
2. Hoe zeker bent u ervan dat u medische formulieren zelf goed invult?
3. Hoe vaak is het moeilijk voor u meer te weten te komen over uw gezondheid, omdat u geschreven informatie niet goed begrijpt?

Antwoordmogelijkheden:

nooit, of en toe, soms, vaak, altijd

Antwoordmogelijkheden:

heel erg, nogal, een beetje, een klein beetje, helemaal niet.

Antwoordmogelijkheden:

nooit, af en toe, soms, vaak, altijd

Vragenlijst problematisch alcoholgebruik

1. Hebt u wel eens de behoefte gehad om minder te gaan drinken?
2. Hebt u wel eens geprobeerd met drinken te stoppen zonder dat dat lukte?
3. Hebt u wel eens maaltijden overgeslagen in een periode dat u meer alcoholhoudende drank dronk?
4. Hebt u wel eens alcoholhoudende drank gedronken om uw zorgen te vergeten?
5. Maakten uw partner en/of naaste familieleden zich wel eens zorgen over uw drankgebruik of klaagden ze er wel eens over?
6. Raakte u wel eens geïrriteerd door aanmerkingen van anderen over uw drankgebruik?

Antwoordmogelijkheden:

ja, nee

Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Bijlagen

- 1 DeSalvo KB, Fan VS, McDonell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research* 2005;40:1234-1246.
- 2 Deeg DJH, Picavet HSJ, Galenkamp H. Ervaren gezondheid: wat is de relatie met ziekten en determinanten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2009 [<http://www.nationaalkompas.nl>] > Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Ervaren gezondheid, 24 juli 2009].
- 3 Deeg DJH. Wat is ervaren gezondheid en hoe wordt het gemeten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2009 [<http://www.nationaalkompas.nl>] > Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Ervaren gezondheid, 31 maart 2009].
- 4 Osté J, Acda A, Verhoeff AP. Preventief verbinden: kadernota Volksgezondheid Amsterdam 2012-2015. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2011.
- 5 Gemeente Amsterdam. *Dienst Werk en Inkomen*. Meerjarenbeleidsplan inkomen armoedebestrijding 2012-2015. Amsterdam: Gemeente Amsterdam Dienst. Werk en Inkomen, 2011.
- 6 World Health Organization. Diabetes: fact sheet no. 312 [website informatie]. Geneva: WHO, 2013 [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>], 7.5.2013]
- 7 Poos MJJC, Baan CA, Hamberg-van Reenen HH. Hoeveel zorg gebruiken patiënten met diabetes mellitus en wat zijn de kosten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] > Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuuniteitsstoornissen\Diabetes mellitus, 5 juni 2012].
- 8 Baan CA, Poos MJJC. Neemt het aantal mensen met diabetes mellitus toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2013 [<http://www.nationaalkompas.nl>] > Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuuniteitsstoornissen\Diabetes mellitus, 17 april 2013].
- 9 Baan CA, Spijkerman AMW, Kranen HJ van. Welke factoren beïnvloeden de kans op diabetes mellitus? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2013 [<http://www.nationaalkompas.nl>] > Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuuniteitsstoornissen\Diabetes mellitus, 17 april 2013].
- 10 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezondheid dichtbij: landelijke nota gezondheidsbeleid*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.
- 11 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Agenda voor een Nationaal Programma Preventie*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2013.
- 12 Baan CA, Poos MJJC. Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2013 [<http://www.nationaalkompas.nl>] > Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuuniteitsstoornissen\Diabetes mellitus, 17 april 2013].
- 13 Ujcic-Voortman JK, Schram MT, Jacobs-van der Bruggen

Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Bijlagen

- MA, Verhoeff AP, Baan CA. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *European Journal of Public Health* 2009;19:511-515.
- 14 Blokstra A, Vissink P, Venmans LMAJ, Holleman P, Schouw YT van der, Smit HA, et al. Nederland de Maat Genomen, 2009-2010: monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking. Bilthoven: RIVM, 2011.
- 15 Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine* 2002;346:393-403.
- 16 Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:1481-1486.
- 17 Poos MJJC, Blokstra A. Hoe vaak komen hart- en vaatziekten voor en hoeveel mensen sterven er aan? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgesondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Hartvaatstelsel, 11 december 2012].
- 18 Lindeman E, Kempen H van, Slot J, Jong I de, Cohen L, et al. De Staat van de Stad Amsterdam VII: ontwikkelingen in participatie en leefsituatie. Amsterdam: Gemeente Amsterdam. O+S, 2013.
- 19 Poos MJJC. Hoeveel zorg gebruiken mensen met hart- en vaatziekten en wat zijn de kosten? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgesondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Hartvaatstelsel, 11 december 2012].
- 20 Agyemang C, Ujcic-Voortman J, Uitenbroek D, Foets M, Droomers M. Prevalence and management of hypertension among Turkish, Moroccan and native Dutch ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands: the Amsterdam Health Monitor Survey. *Journal of Hypertension* 2006;24:2169-2176.
- 21 Verweij G, Bruin A de, Ree J de, Kardaun J. Ziekenhuisopnamen naar herkomstsgroepering en diagnose, 1995-2001. *Bevolkingstrends* 2004;52:97-121.
- 22 Agyemang C, Bindraban N, Mairuhu G, Montfrans G, Koopmans R, Stronks K. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Black Surinamese, South Asian Surinamese and White Dutch in Amsterdam, the Netherlands: the SUNSET study. *Journal of Hypertension* 2005;23:1971-1977.
- 23 World Health Organization. Obesity and overweight: fact sheet nr 311 [website informatie]. Geneve: WHO, 2013 [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, 25.4.2013].
- 24 Visscher TLS, Bakel AM van, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgesondheid\Gezondheidsdeterminanten\Persoonsgebonden, 25 september 2012].
- 25 Visscher TLS, Bakel AM van, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgesondheid\Gezondheidsdeterminanten\Persoonsgebonden, 25 september 2012].
- 26 Hoeymans N, Schellevis FC. Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, 2008 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas

Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Bijlagen

- Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008].
- 27 Schellevis FC, Hoeymans N. Wat zijn de gevolgen van multimorbiditeit voor de zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2011 [<<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 22 september 2011].
- 28 Hoeymans N, Schellevis FC. Wat zijn de gevolgen van multimorbiditeit voor de kwaliteit van leven? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2008 [<<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008].
- 29 Burg E van der. Beleidsbrief Amsterdamse Zorg: Noodzaak Voorop. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2013.
- 30 VeiligheidNL. Valongevallen 65 plussers [website informatie]. Amsterdam: VeiligheidNL, 2013. [www.veiligheid.nl/cijfers/valongevallen-65-plussers , 15.7.2013]
- 31 Scheffer AC, Schuurmans MJ, Dijk N van, Hooft T van der, Rooij SE de. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age & Aging* 2008;37:19-24.
- 32 Loketgezondleven.nl. Risicofactoren letsel ouderen [website informatie]. Bilthoven: RIVM, 2013. [<http://www.loketgezondleven.nl/gemeente-en-wijk/gezonde-gemeente/letsel/cijfers-en-feiten/oorzaken-van-letsel/risicofactoren-ouderen/> 25.7.2013]
- 33 Gemeente Amsterdam. Dienst Wonen, Zorg en Samenleven. Wmo beleidsplan 2012-2016. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2012.
- 34 Gemeente Amsterdam. Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling. Sportplan 2013-2016: Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2012.
- 35 Gool CH van, Hoeymans N, Picavet HSJ. Lichamelijk functioneren samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2009 [<<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Lichamelijk functioneren, 7 december 2009].
- 36 Wieren S van. Lichamelijk functioneren: Welke zorg gebruiken mensen met beperkingen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2009 [<<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Lichamelijk functioneren, 7 december 2009].
- 37 Sonsbeek JLA van. Methodische en inhoudelijke aspecten van de OESO-indicator betreffende langdurige beperkingen in het lichamelijk functioneren. *Maandbericht Gezondheidstatistiek* 1988;7(6):4-17.
- 38 Gool CH van, Hoeymans N, Picavet HSJ. Lichamelijk functioneren: Wat is de relatie met ziekten en determinanten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2009 [<<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Lichamelijk functioneren, 7 december 2009].
- 39 Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-919.

Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Bijlagen

- 40 *Fillenbaum GG*. Screening the elderly: a brief instrumental activities of daily living measure. *Journal of the American Geriatrics Society* 1985;33:698-706.
- 41 *Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J, Gool CH van, Foets M, Lucht F van der*. Hoe vaak komt depressie voor en hoeveel mensen sterven er aan? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Depressie, 12 juni 2012].
- 42 *Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P*. Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006.
- 43 *Schoemaker C, Spijker J*. Welke factoren beïnvloeden de kans op depressie? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Depressie, 12 juni 2012].
- 44 *Balkom AJLM van, Schoemaker C*. Welke factoren beïnvloeden de kans op angststoornissen? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2010 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Angststoornissen, 20 september 2010].
- 45 *Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Normand SL, et al*. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002;32:959-976.
- 46 *Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J, Gool CH van*. Neemt het aantal mensen met depressie toe of af? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Depressie, 12 juni 2012].
- 47 *Schoemaker C, Gool CH van, Poos MJJC*. Neemt het aantal mensen met angststoornissen toe of af? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2010 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psihische stoornissen\Angststoornissen, 20 september 2010].
- 48 *Jong Gierveld J de, Tilburg T van*. Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid. In: *Tilburg T van, Jong Gierveld J de, red.. Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum, 2007.
- 49 *Gemeente Amsterdam*. Amsterdam voor elkaar: uitvoeringsprogramma 2008-2010. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2008.
- 50 *Coalitie Erbij*. Coalitie Erbij Amsterdam. [website informatie]. Utrecht: Coalitie erbij, 2013. [<http://www.eenzaam.nl/over%20Coalitie%20Erbij/coalitie%20erbij%20amsterdam>, 29.8.2013].
- 51 *Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport*. Eenzaamheid [kamerbrief]. Den Haag: VWS, 2012.
- 52 *Jong Gierveld J de, Kamphuis F*. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement* 1985;9:289-299.
- 53 *Jong Gierveld J de, Tilburg T van, Dykstra PA*. Loneliness and social isolation. In: *Vangelisti A, Perlman D (eds). The Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Bijlagen

- 54 Römken R. Gewoon geweld?: omvang, aard, gevolgen en achtergronden van geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1992.
- 55 Dijkstra S. Kinderen (v/m) die getuige zijn van geweld tussen hun ouders: een basisverkenning van korte en lange termijn effecten. Bilthoven: Dijkstra onderzoek en advies, 2001.
- 56 Rooij F van, Buster M. Aard en omvang huiselijk geweld in Amsterdam. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2009.
- 57 Dijkshoorn H, Dijk TK van, Janssen AP (red). Zo gezond is Amsterdam!: eindrapport Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2008. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2009.
- 58 Gillissen R, Burger I. Suïcide in de vier grote steden 1969-2011: omvang en trends. Epidemiologisch Bulletin 2013;48:29-34.
- 59 Centraal Bureau voor de Statistiek. Doodsoorzaken; korte lijst (Beldo-lijst), leeftijd, geslacht, regio [website informatie]. Den Haag: CBS, 2013. [<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/> , 30.7.2013.].
- 60 Stam C. Letsels: kerncijfers 2011. S.l.: VeiligheidNL, 2012.
- 61 Have M ten, Dorsselaer S van, Graaf R de. Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking: resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
- 62 Hemert A van, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B, Boven C van, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
- 63 Haaf J ten, Buster M, Cremer S. Suïcidepreventie; een lokaal plan van aanpak. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2010.
- 64 Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. Lancet 2011;378:124-125.
- 65 Schuijt-Lucassen NY, Deeg DJH. Ouderen in Amsterdam: omvang en risicofactoren van depressie, sociaal isolement en verlies van regie over eigen leven. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2006.
- 66 Penninx BW, Tilburg T van, Kriegsman DM, Deeg DJH, Boeke AJ, Eijk JT van. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. American Journal of Epidemiology 1997;146:510-519.
- 67 Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. Journal of Health & Social Behavior 1978;19:2-21.
- 68 Jehoel-Gijsbers G. Sociale uitsluiting in Nederland. SCP-publicatie 2004/17. Den Haag: SCP, 2004.
- 69 Hoff S, Vrooman C. Dimensies van sociale uitsluiting: naar een verbeterd meetinstrument. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
- 70 Schellevis FC, Bakker DH de, Verheij RA, Hingstman L. Wat is huisartsenzorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2006 [<<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Eerstelijnszorg\Huisartsenzorg, 11 september 2006].
- 71 Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk: deel 2 huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht: NIVEL, 2004.
- 72 Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: deel 3 een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht, NIVEL, 2004
- 73 Fransen MP, Harris VC, Essink-Bot ML. Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst: alleen een tolk inzetten is meestal niet

Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Bijlagen

- genoeg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2013;157:A5581.
- 74 Twickler TB, Hoogstraaten E, Reuwer AQ, Singels L, Stronks K, Essink-Bot ML. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2009;153:A250.
- 75 Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15:259-267.
- 76 Nusselder A. Health literacy en laaggeletterdheid. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning 2012;(3):66-70.
- 77 Alliantie Gezondheidsvaardigheden. Tips & materialen [website informatie] S.l. :Alliantie Gezondheidsvaardigheden, 2013. [http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/tips-tools/, 16-9-2013]
- 78 Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Family Medicine 2004;36:588-594.
- 79 Fransen MP, Stronks K, Essink-Bot ML. Gezondheidsvaardigheden: stand van zaken: achtergrondrapport in opdracht van de Gezondheidsraad. Amsterdam: AMC, Sociale Geneeskunde, 2011.
- 80 Expertisecentrum Mantelzorg. Over mantelzorg en mantelzorgers [website informatie]. Utrecht, Expertisecentrum Mantelzorg, 2013. [http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?id=141831, 2.5.2013]
- 81 Rijksoverheid. Wat is mantelzorg? [website informatie]. Den Haag: Rijksoverheid, 2013. [http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/vraag-en-antwoord/wat-is-mantelzorg.html, 20.6.2013]
- 82 Bakel AM van, Raaij JMA van. Wat is gezonde voeding? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2013 [http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Voeding, 26 maart 2013].
- 83 Rossum CTM van, Fransen HP, Verkaik-Kloosterman J, Buurma-Rethans EJM, Ocké MC. Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010: diet of children and adults aged 7 to 69 years. Bilthoven: RIVM, 2011.
- 84 RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Normen van lichamelijke (in)activiteit [website informatie] http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/normen-van-lichamelijke-in-activiteit/ (op 9-9-2013)
- 85 Anoniem. 30 minuten bewegen [website informatie].. http://www.30minutenbewegen.nl/home-ik-voer-campagne/over-de-campagne/de-beweegnorm.html (op 9-9-2013)
- 86 Sportservice Zuid-Holland. Sportmonitor Leidschendam-Voorburg 2008. http://www.leidschendam-voorborg.nl/public/Sport/Docs/090709-Brochure-SportmonitorDEF2.pdf (op 9-9-2013)
- 87 Tiessen-Raaphorst A, Verbeek D, Haan J de, Breedveld K. Sport: een leven lang. Rapportage sport 2010. Den Haag: SCP, 2010.
- 88 Gelder BM van, Poos MJJC, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012 [http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Roken, 13 december 2012].
- 89 Acda AE, Verhoeff AP. Alle Amsterdammers gezond: signalen voor een vitale stad: kadernota Volksgezondheidsbeleid Amsterdam 2008-2011. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2008.
- 90 Kuunders MMAP, Laar MW van. Wat zijn de mogelijke

Literatuurverwijzingen

Literatuurverwijzingen

Bijlagen

- gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010 [<http://www.nationaalkompas.nl>] Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Alcoholgebruik, 24 maart 2010].
- 91 *Osté JP, Verhoeff AP, Binsbergen R van.* Alcoholmatigingsbeleid 2011-2014. Amsterdam: Gemeente Amsterdam/GGD, 2011.
- 92 *Candel MJJM.* Meten van probleemgedrag t.a.v. alcoholconsumptie: rapportage van een schaalanalyse. Maastricht: Universiteit Maastricht. Methodologie en Statistiek, 2001.
- 93 *Kuipers MAG, Jongeneel-Grimen B, Droomers M, Wingen M, Stronks K, Kunst AE.* Why residents of Dutch deprived neighbourhoods are less likely to be heavy drinkers: the role of individual and contextual characteristics. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2013;67:587-594.
- 94 *Gemeente Amsterdam.* Beleidsbrief coffeeshops. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, 2012.
- 95 *Rooij AJ van, Schoenmakers TM, Mheen D van de.* Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: de Kerncijfers. Rotterdam: IVO, 2011.
- 96 *GGD Amsterdam.* Jaarcijfers 2012 soa-polikliniek GGD Amsterdam: stijgend aantal soa me name onder mannen die seks hebben met mannen. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2013.
- 97 *Soetens LC, Koedijk FDH, Broek IVF van den, Vriend HJ, Coul ELM op de, et al.* Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2012. Bilthoven: RIVM, 2013.
- 98 *Rooijen M van.* SOA/HIV jaarcijfers 2011. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2012.
- 99 *Poll HFPM van, Breugelmans ORP, Devilee JLA.* Hinder, bezorgdheid en woontevredenheid in Nederland: inventarisatie verstoringen 2008. Bilthoven: RIVM, 2011.
- 100 *Woudenberg F, Perenboom RJM, Hofman WF, Kamp I van.* Geluid en gezondheid. Den Haag: SDU, 2013.
- 101 *Miedema HME, Vos H.* Demographic and attitudinal factors that modify annoyance from transportation noise. *Journal of the Acoustical Society of America* 1999;105:3336-3344.
- 102 *Institute of Medicine.* Damp indoor spaces and health. Washington: The National Academies Press, 2004.
- 103 *Garssen J.* Demografie van de vergrijzing. *Bevolkingstrends* 2011;59(2):15-27.
- 104 *CIZ.* Grondslag, functie en ZZP [website informatie]. S.l.: CIZ, 2013. [<http://www.ciz.nl/voor-professionals/beleidsregels-awbz/grondslag-functie-en-zzp/>, 13.8.2013].

Colofon

Redactie: H. Dijkshoorn, F. Hazeleger, A.P. Janssen,
J.K. Ujcic-Voortman

Fotografie: Fotobank Gemeente Amsterdam
*De op de foto's getoonde personen hebben geen
directe relatie met de inhoud van de tekst.*

Vormgeving: Werf3 BV

ISBN: 978-90-5348-211-7

EDG-reeks: 2013/8

Uitgever: GGD Amsterdam, cluster EDG

e-mail: edg@ggd.amsterdam.nl

telefoon: 020 555 54 95

website: www.ggd.amsterdam.nl/agm

GGD Amsterdam, november 2013