



G4



OP GEZONDHEID UITGEMETEN

Over gezondheid en
gezondheidsverschillen
in de vier grote steden



Auteurs

J.J. van Veelen

A.P. van Dijk

G.A.M. Ariëns

A.P. Verhoeff

W.M.M. Klaus-Meijls

E.J.C. van Ameijden

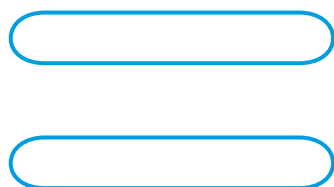
M.H.P. Berns

G.M. Schouten

H. Dijkshoorn

A.J. Bouwman-Notenboom

J. Toet



OP GEZONDHEID UITGEMETEN

Over gezondheid en
gezondheidsverschillen
in de vier grote steden

Deze rapportage is geschreven in opdracht van de GGD Amsterdam, de GGD Rotterdam-Rijnmond, de dienst OCW van de gemeente Den Haag/GGD Den Haag en de GG&GD Utrecht.

Den Haag, november 2009



Voorwoord

De bevolkingssamenstelling van de vier grote steden (G4) is anders dan die van de rest van Nederland. In de vier grote steden wonen meer mensen die zich in een achterstandspositie bevinden. De helft van de 40 Nederlandse krachtwijken bevindt zich dan ook in de G4. In het algemeen geldt dat meer achterstand ook meer gezondheidsproblemen betekent. Inzicht in de gezondheid en de determinanten daarvan onder inwoners van de vier grote steden en in het bijzonder van inwoners van wijken met achterstand is daarom van groot belang.

GGD'en hebben de wettelijke taak om eens in de vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, gegevens over de gezondheidssituatie te verzamelen en te analyseren. Om onderling goed vergelijkbare gegevens over de gezondheid van de inwoners van de vier grote steden te verkrijgen, hebben de GGD'en van de G4 in 2008 voor het eerst in nauwe samenwerking tegelijkertijd en op uniforme wijze een gezondheidsenquête uitgevoerd. Deze unieke samenwerking is zeer succesvol verlopen. In het voorjaar van 2008 hebben maar liefst 21.000 volwassen inwoners van de G4 een gezondheidsenquête ingevuld. De resultaten van deze enquête, zoals in deze rapportage gepresenteerd, maken een betere onderbouwing van keuzes in landelijk en lokaal gezondheidsbeleid mogelijk.

In dit rapport worden cijfers gepresenteerd over de gezondheid en gezondheidsdeterminanten van de inwoners van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Hierin worden de cijfers van de vier steden met elkaar vergeleken. Bovendien is er in het rapport speciale aandacht voor de gezondheid van bewoners van wijken met achterstand en voor sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

Dit rapport beschrijft alleen de hoofdresultaten van het onderzoek. Nadere analyses van de gegevens zullen in de nabije toekomst nog meer informatie opleveren over de gezondheid van de inwoners van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

November 2009

Prof. dr. A.P. Verhoeff, GGD Amsterdam
Dr. E.J.C. van Ameijden, GG&GD Utrecht
Dr. G.A.M. Ariëns, Dienst OCW van de gemeente Den Haag/GGD Den Haag
Drs. W.M.M. Klaus-Meijls, GGD Rotterdam-Rijnmond



Dankwoord

Bij het opzetten, uitvoeren, analyseren en rapporteren van de G4 gezondheidsenquête zijn vele personen betrokken geweest. Het is onmogelijk om allen die hebben bijgedragen te noemen en te bedanken. Toch worden enkelen hieronder genoemd.

Ad van Dijk (Den Haag) was coördinator van de G4 gezondheidsenquête. Hij zorgde voor afstemming tussen de steden, was betrokken bij alle fasen van het onderzoek en was secretaris van de stuurgroep. Samen met Ad van Dijk stonden Jaap Toet (Utrecht), Daan Uitenbroek (Amsterdam) en Marjan Kuilman (Rotterdam) aan de basis van het onderzoek.

In iedere stad was één epidemioloog verantwoordelijk voor de daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek: Henriëtte Dijkshoorn (Amsterdam), Gea Schouten (Rotterdam), Mary Berns (Den Haag) en Jessica Bouwman (Utrecht).

Johan van Veelen (Den Haag) heeft de gezamenlijke analyse van de gegevens uitgevoerd, en de rapportage opgesteld.

De hoofden Epidemiologie van de vier grote steden vormden de stuurgroep. Daarmee waren Arnoud Verhoeff (Amsterdam, voorzitter), Erik-Jan de Wilde en Wilma Klaus-Meijls (Rotterdam), Geertje Ariëns (Den Haag) en Erik van Ameijden (Utrecht) eindverantwoordelijk voor het hele project.

Zonder de bijna 21.000 ingevulde gezondheidsenquêtes was dit onderzoek onmogelijk geweest. Wij danken daarom tot slot de inwoners van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht die in het voorjaar van 2008 een enquête hebben ingevuld.



De gezondheidsverschillen
tussen wijken met en
zonder achterstand in de
vier steden zijn veel
groter dan die tussen
de vier steden.

overmatige drinker en 7% van de 16 tot en met 54-jarige inwoners heeft in de afgelopen vier weken cannabis gebruikt. Daarnaast voldoet vier op de tien inwoners van de G4 niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Het is op basis van dit onderzoek onmogelijk om aan te geven of de gezondheidsproblematiek in de vier grote steden in omvang is toegenomen of afgenomen. Om deze trends vast te stellen is herhaling van de gezondheidsenquête over 4 jaar noodzakelijk. Wel geven de resultaten van dit onderzoek aanknopingspunten voor het gezondheidsbeleid.

Er bestaan verschillen in de gezondheidstoestand tussen de vier grote steden. De verschillen tussen de steden zijn relatief klein, maar vaak wel statistisch significant. Zo is bijvoorbeeld in Amsterdam het percentage inwoners dat

overmatig alcohol gebruikt hoger dan het gemiddelde van de andere drie steden, voldoet in Rotterdam een kleiner percentage inwoners aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, heeft Utrecht een lager percentage inwoners met overgewicht en rapporteert een hoger percentage Hagenaars een matig of slecht ervaren gezondheid. Er is een tendens dat de gezondheidstoestand in Amsterdam en Utrecht iets gunstiger is dan die in Rotterdam en Den Haag. De gezondheidsverschillen tussen de vier steden worden deels verklaard door verschillen in de bevolkingssamenstelling van de vier steden. Nadere analyse van de gegevens moet uitwijzen wat andere verklaringen kunnen zijn voor de gevonden gezondheidsverschillen.

Tussen wijken met en zonder achterstand worden grote gezondheidsverschillen gevonden. In wijken met achterstand is de ervaren gezondheid slechter, komt diabetes vaker voor, zijn inwoners vaker ernstig eenzaam en hebben meer inwoners een hoog risico op een depressie of angststoornis. Daarnaast wordt in wijken met achterstand vaker gerookt, komt overgewicht vaker voor en voldoen minder inwoners aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. De genoemde verschillen (behalve roken) worden niet volledig verklaard door de verschillen in de bevolkingsopbouw die er tussen wijken met en zonder achterstand zijn.

Ook bestaan er grote sociaal-economische gezondheidsverschillen in de G4. Over het algemeen zijn de gezondheidsproblemen groter naarmate het opleidingsniveau van inwoners lager is en wanneer inwoners niet kunnen rondkomen van het huishoudinkomen. Ook komen gezondheidsproblemen vaker voor bij inwoners van de G4 die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn dan bij mensen die betaald werk verrichten.

De verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische groepen en wijken met en zonder achterstand zijn vele malen groter dan de verschillen in gezondheid tussen de vier steden. Deze sociaal-economische gezondheidsverschillen bestaan in alle vier de steden en zijn van vergelijkbare omvang. Het terugdringen van deze verschillen blijft een belangrijk thema in het volksgezondheidsbeleid.

SAMENVATTING

Dit rapport beschrijft de hoofdresultaten van een uniek samenwerkingsverband tussen de GGD'en van de vier grote steden. Voor het eerst zijn gelijktijdig en op uniforme wijze gegevens verzameld over de gezondheid van hun inwoners. Bijna 21.000 inwoners van 16 jaar en ouder uit de vier steden hebben in het voorjaar van 2008 een gezondheidsenquête ingevuld. In dit rapport worden cijfers gepresenteerd over de gezondheid en de determinanten daarvan onder de inwoners van Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. De cijfers van de vier steden worden met elkaar vergeleken. Bovendien is er in het rapport speciale aandacht voor de gezondheid van bewoners van wijken met achterstand en voor sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

In de G4 gezondheidsenquête zijn vragen gesteld over tal van gezondheidsonderwerpen. Zo is er onder meer aandacht voor ervaren gezondheid, chronische ziekten en aandoeningen, overgewicht, psychisch welbevinden, eenzaamheid, geluidshinder, huiselijk geweld, contact met huisarts en andere zorgverleners en leefstijlfactoren zoals alcoholgebruik, roken en bewegen. De tabel aan het eind van de samenvatting geeft een overzicht van de resultaten voor alle bestudeerde gezondheidsonderwerpen. In deze tabel staan voor de totale G4 en per stad de resultaten vermeld. Tevens worden in de laatste twee kolommen de uitkomsten gepresenteerd voor wijken met en zonder achterstand.

Er bestaan grote en diverse gezondheidsproblemen in de vier grote steden. Zo ervaart ruim één op de zes inwoners van de G4 de gezondheid als matig of slecht, rapporteert meer dan de helft van de inwoners minimaal één chronische ziekte of aandoening en wordt tweederde van hen door deze ziekte of aandoening belemmerd in dagelijkse bezigheden thuis, op school, op het werk of tijdens de vrijetijdsbesteding. Bijna een derde van de inwoners kampt met matig overgewicht en iets meer dan één op de tien inwoners heeft obesitas (ernstig overgewicht). Op depressie of een angststoornis heeft 7% van de inwoners een hoog risico en bijna één op de tien inwoners is ernstig eenzaam. De leefstijlonderwerpen laten het volgende zien: ongeveer een kwart van de inwoners van de G4 rookt wel eens, 12% van de inwoners is een

Samenvattende tabel

	Amsterdam	Utrecht	Rotterdam	Den Haag	Totaal G4	Wijken met achterstand	Wijken zonder achterstand
	%	%	%	%	%	%	%
Lichamelijke en psychische gezondheid							
Ervaren gezondheid (matig of slecht)	16	14	19	20	17	24*	14
Minimaal 1 chronische ziekte of aandoening	50	50	55	58*	53	56*	52
Belemmerd door chronische ziekte (sterk)	20	18	19	22	20	26*	17
Belemmerd door chronische ziekte (licht)	46	47	47	45	46	47	46
ADL minimaal 1 beperking (dagelijkse activiteiten) (55-plus)	13	13	14	15	14	19*	12
HDA minimaal 1 beperking (huishoudelijke activiteiten) (55-plus)	21	20	22	22	21	27*	19
Beperking in het gehoor (55-plus)	8	7	9	9	8	11*	7
Beperking in het zien (55-plus)	12	10	9*	12	11	17*	9
Hoog risico op depressie of angststoornis	7	5	8	9*	7	11*	6
Medicijngebruik voor angst, depressie, spanning of stress	7	7	7	9*	7	9*	7
Overgewicht (BMI >= 25)	40*	38	48*	47	43	47*	41
Matig overgewicht (BMI >= 25 en BMI < 30)	30*	28*	34*	34*	31	32	31
Obesitas (BMI >= 30)	10*	10	14*	13	12	15*	10
Leefstijl							
Roken	27	24	28	28	27	30	26
Overmatig alcoholgebruik	14*	13	10*	11	12	9	13*
Cannabisgebruik in afgelopen 4 weken (16-54 jaar)	10*	5*	6*	5*	7	8	7
Beweging (voldoen aan beweegnorm)	62*	62	57*	58	60	54*	62
Sociale determinanten van gezondheid							
(Zeer) ernstige eenzaamheid	9	7	10	10	9	13*	8
Huiselijk geweld (in laatste 5 jaar slachtoffer)	3	2	4*	3	3	4*	3
Fysieke determinanten van gezondheid							
Ernstige geluidshinder (16-54 jaar)	30	27	31	28	29	32*	28
Enige geluidshinder (16-54 jaar)	71	69	69	66*	69	72*	68
Zorg							
Contact met huisarts in afgelopen jaar	74	71	74	77	74	76	74
Contact met tandarts in afgelopen jaar	68	71	67	67	68	62*	70
Contact met medisch specialist in afgelopen jaar	37	34	35*	42*	37	37	37
Contact met paramedicus in afgelopen jaar	26	26	24*	27	26	25	26
Contact met GGZ of maatschappelijk werk in afg. jaar	11	9	9*	11	10	12*	9
Contact met thuiszorg in afgelopen jaar	3*	4	5	5	4	5*	4
Mantelzorg geven (momenteel)	9*	9	10	12*	10	9	10

Rood: percentage verschilt in negatieve zin van de rest van de steden of wijken
Groen: percentage verschilt in positieve zin van de rest van de steden of wijken
* Verschil met de rest van de steden of wijken wordt niet verklaard door de verschillen die er zijn in de achtergrondkenmerken

Inhoudsopgave

Voorwoord	III
Dankwoord	V
Samenvatting	VI
Hoofdstuk 1 Inleiding	13
Hoofdstuk 2 Opzet van het onderzoek	
2.1 Inhoud enquête	15
2.2 Benaderingsmethode	15
2.3 Respons	16
2.4 Representativiteit en weging	16
2.5 Leeswijzer	16
Hoofdstuk 3 Bevolkingssamenstelling van de vier grote steden	
3.1 Aantal inwoners, geslacht en leeftijds-verdeling	19
3.2 Etniciteit	20
3.3 Opleidingsniveau	20
3.4 Werksituatie	21
3.5 Financiële situatie	22
Hoofdstuk 4 Lichamelijke en psychische gezondheid	
4.1 Ervaren gezondheid	23
4.2 Chronische ziekten en aandoeningen	24
4.3 Belemmeringen in dagelijkse bezigheden door chronische ziekte of aandoening	26
4.4 Beperkingen in dagelijkse en huishoudelijke activiteiten en functiebeperkingen	27
4.5 Psychische gezondheid	28
4.6 Overgewicht	30
Vervolg z.o.z.	

Hoofdstuk 5
Leefstijl

5.1	Roken	33
5.2	Alcoholgebruik	34
5.3	Cannabisgebruik	36
5.4	Lichaamsbeweging	37

Hoofdstuk 6
Sociale determinanten van gezondheid

6.1	Eenzaamheid	39
6.2	Huiselijk geweld	40

Hoofdstuk 7
Fysieke determinanten van gezondheid

7.1	Geluidshinder	43
-----	---------------	----

Hoofdstuk 8
Zorg

8.1	Contact met zorgverleners	45
8.2	Mantelzorg geven	46

Hoofdstuk 9
Sociaal-economische gezondheidsverschillen

9.1	Sociaal-demografische kenmerken wijken met achterstand	47
9.2	Gezondheidsverschillen tussen wijken met en zonder achterstand	48
9.3	Sociaal-economische gezondheidsverschillen in de G4	49

Hoofdstuk 10
Beschouwing en conclusies

Literatuur		57
-------------------	--	----

Bijlage 1	Steekproef	59
Bijlage 2	Moeilijk bereikbare groepen	59
Bijlage 3	Representativiteit naar achtergrondkenmerken van de bevolking en de onderzoekspopulatie van 16 jaar en ouder	60
Bijlage 4	Wijken met achterstand	60

Colofon		63
---------	--	----





1

Inleiding

AANLEIDING

De Wet Publieke Gezondheid (WPG) schrijft gemeenten voor om op basis van epidemiologische analyse inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking. Elke vier jaar moet de gemeente voorafgaand aan de opstelling van haar nota gezondheidsbeleid op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over de gezondheidssituatie verzamelen en analyseren. In de afgelopen jaren heeft iedere stad binnen de G4 (Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag) op zijn eigen manier aan deze verplichtingen voldaan. Hierdoor zijn de stedelijke gegevens over de gezondheid onderling niet goed te vergelijken. Om de vergelijkbaarheid te vergroten, hebben de GGD'en van de G4 in 2008 een gezamenlijke gezondheidsenquête uitgevoerd.

Een vergelijking tussen de G4 is een zinvolle aanvulling op een vergelijking tussen de steden en de rest van Nederland, omdat de sociaal-demografische samenstelling van de bevolking van de G4 anders is dan in de rest van Nederland. In de G4 wonen meer inwoners met een lage sociaal-economische status en meer allochtonen. Binnen beide groepen komen meer gezondheidsproblemen voor. Inwoners van de G4, vooral de bewoners van de wijken met achterstand, zijn minder gezond dan de inwoners van de rest van Nederland.

DOEL EN ONDERZOEKSVRAGEN

Het doel, zoals in de aanleiding al beschreven, is in de eerste plaats inzicht in de gezondheidssituatie verwerven en in de tweede plaats de gezondheidssituatie van de steden onderling vergelijken. Om de doelstelling te realiseren zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Hoe is de gezondheidstoestand van inwoners van de G4 van 16 jaar en ouder?
- Zijn er verschillen in gezondheid en determinanten van gezondheid tussen de G4?
- Zijn er verschillen in gezondheid en determinanten van gezondheid tussen wijken met en zonder achterstand in de G4 en zijn deze verschillen in de afzonderlijke steden van de G4 hetzelfde?
- Hoe groot zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen in de G4?

De indeling van deze rapportage ziet er als volgt uit. Hoofdstuk 2 beschrijft de opzet van de G4 gezondheidsenquête en hoofdstuk 3 omschrijft de vier steden en de verschillen die er tussen de steden zijn aan de hand van de bevolkingssamenstelling. Hoofdstuk 4 beschrijft de lichamelijke en psychische gezondheid. Hoofdstuk 5 bevat de leefstijlonderwerpen alcoholgebruik, roken, beweging en cannabisgebruik. Vervolgens gaat hoofdstuk 6 in op de sociale gezondheidsdeterminanten eenzaamheid en huiselijk geweld. Hoofdstuk 7 omvat een beschrijving van de fysieke determinant geluidshinder en in hoofdstuk 8 worden de verschillende contactmomenten met zorgverleners en instellingen behandeld en wordt daarnaast ook het onderwerp mantelzorg besproken. Hoofdstuk 9 laat sociaal-economische gezondheidsverschillen zien die binnen de G4 aanwezig zijn. In hoofdstuk 10 volgt de beschouwing op het onderzoek en de hoofdconclusies.



2

Opzet van het onderzoek

In het voorjaar van 2008 is met de G4 gezondheidsenquête onderzoek gedaan naar de gezondheidstoestand van de inwoners van de G4 van 16 jaar en ouder. Een steekproef is getrokken uit het register van de Gemeentelijke Basisadministratie (zie bijlage 1). Er zijn 42.686 inwoners uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek.

2.1 INHOUD ENQUÊTE

Voor het verzamelen van de gegevens is gebruik gemaakt van schriftelijke enquêtes waarin de steden naast een gemeenschappelijk gedeelte (ongeveer driekwart) ook een variabel gedeelte opgenomen hebben. De onderwerpen in het gemeenschappelijke gedeelte van de enquête staan weergegeven in de onderstaande box.

Lichamelijke en psychische gezondheid	Fysieke determinanten van gezondheid
Ervaren gezondheid	Geluidshinder
Chronische ziekten en aandoeningen	
Beperkingen (55-plussers)	Zorg
Psychisch welbevinden	Zorggebruik
Medicijngebruik	Mantelzorg
Overgewicht	
Leefstijl	Achtergrondkenmerken
Roken	Geslacht
Alcoholgebruik	Leeftijd
Cannabisgebruik	Etniciteit
Lichaamsbeweging	Opleidingsniveau
	Werk situatie
Sociale determinanten van gezondheid	Financiële situatie
Eenzaamheid	Burgerlijke staat
Huiselijk geweld	Wijkindeling (wijk met en zonder achterstand)

De meeste vragen in de enquête zijn standaardvraagstellingen die zijn vastgesteld door het project ‘Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid’ dat door GGD Nederland, in samenwerking met het RIVM, is opgezet. In het algemeen is het gebruikelijk om een enquête eenmaal te versturen naar de geselecteerde inwoners met na een aantal weken nog een herinneringsbrief. Om de respons te verhogen hebben de vier steden voor een intensievere benaderingsmethode gekozen.

2.2 BENADERINGSMETHODE

Een week voor het versturen van de enquête hebben de respondenten via de post een aankondigingkaart ontvangen. Bij de eerste verzending van de schriftelijke enquête hebben de respondenten ook een inlogcode gekregen waarmee ze de enquête digitaal konden invullen op het internet. Ook werd in de brief de mogelijkheid geboden om persoonlijke hulp te krijgen bij het invullen van de enquête.

Alle mensen die drie weken na de eerste verzending nog niet de enquête hadden teruggestuurd zijn opnieuw benaderd. Een gedeelte van hen (de ‘moeilijk’ bereikbare groep (zie bijlage 2)) kreeg voor de tweede maal een schriftelijke enquête toegestuurd en de ‘makkelijk’ bereikbare groep kreeg een herinneringskaart. Nog een aantal weken later werd aan de ‘makkelijk’ bereikbare groep nogmaals een enquête opgestuurd en werd de ‘moeilijk’ bereikbare groep telefonisch benaderd of kreeg een huisbezoek. Bij de telefonische benadering en huisbezoeken werd mensen gevraagd of ze alsnog wilde deelnemen aan het onderzoek.

Om de deelname van mensen van Turkse en Marokkaanse herkomst te verhogen, is de enquête (inclusief de begeleidende brief) vertaald in het Turks en voor de mensen van Marokkaanse herkomst is de begeleidende brief in het Arabisch vertaald. De mensen die in aanmerking kwamen voor een vertaalde enquête en/of brief kregen naast de vertaling ook de Nederlandstalige enquête en/of brief opgestuurd.

2.3 RESPONS

De respons van de vier steden komt gemiddeld uit op 50% (20.877 respondenten). Tussen de steden zijn er verschillen in de respons. Zo is in Utrecht het respons percentage met 54% het hoogst en in Rotterdam met 47% het laagst. In Amsterdam heeft de helft van de aangeschreven personen een ingevulde enquête teruggestuurd en in Den Haag is dit percentage 51%.

Voor alle steden geldt dat de respons onder vrouwen hoger is dan onder mannen en dat de respons stijgt naarmate de leeftijd toeneemt. De inwoners van Nederlandse herkomst (57%) responderen het vaakst en de inwoners van Marokkaanse herkomst (30%) het minst. In wijken met achterstand (47%) is de respons lager dan in wijken zonder achterstand (52%). In Rotterdam is het verschil in respons het grootst tussen wijken met en zonder achterstand (42% versus 50%) en in Amsterdam is het verschil het kleinst (49% versus 51%).

2.4 REPRESENTATIVITEIT EN WEGING

De uiteindelijke groep respondenten van 16 jaar en ouder is op basis van de achtergrondkenmerken niet gelijk aan de totale G4 bevolking van 16 jaar en ouder. Zo is bijvoorbeeld in alle steden de verdeling naar geslacht in de onderzoekspopulatie anders dan in de totale bevolking (zie bijlage 3). Dit verschil is ontstaan door een hogere respons onder vrouwen dan onder mannen. Om te corrigeren voor de verschillen in bevolkingsopbouw tussen de totale G4 bevolking en de groep respondenten is gebruik gemaakt van weging. Door te wegen is de onderzoekspopulatie vergelijkbaar gemaakt met de werkelijke bevolkingsopbouw en kunnen er betrouwbaardere uitspraken gedaan worden over de inwoners van de G4 van 16 jaar en ouder. Voor de weging is binnen het statistische programma SPSS gebruik gemaakt van Complex Samples.

2.5 LEESWIJZER

2.5.1 Presentatie resultaten

Per onderwerp wordt allereerst vermeld hoe de prevalentie is voor de gehele G4. Vervolgens worden de percentages per stad weergegeven. Als er verschillen zijn tussen de steden worden deze vermeld en ook wordt hierbij aangegeven of de verschillen worden verklaard doordat er tussen de steden verschillen zijn in de achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, werksituatie, financiële situatie, burgerlijke staat en wijkindeling). Een verschil tussen bijvoorbeeld Rotterdam en de rest van de G4 betekent dat het percentage in Rotterdam verschilt van het gemiddelde percentage van de andere drie steden gezamenlijk.



Als in deze rapportage gesproken wordt over een verschil (bijvoorbeeld hoger of lager en meer of minder) is er sprake van een statistisch significant verschil ($p < 0.05$).

Ter afsluiting van ieder onderwerp zijn opvallende verschillen tussen subgroepen in de bevolking van de G4 beschreven. Alleen verschillen tussen subgroepen die niet verklaard worden door verschillen in de achtergrondkenmerken worden beschreven. De subgroepen zijn op basis van de volgende achtergrondkenmerken van elkaar onderscheiden: geslacht, leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, werksituatie, financiële situatie, burgerlijke staat en wijkindeling (wijk met of zonder achterstand).

2.5.2 Wijken met achterstand

De wijken met achterstand bestaan voor het grootste gedeelte uit de zogenaamde 'krachtwijken'. Enkele steden hebben nog een aantal extra wijken toegevoegd die in hun ogen ook duidelijk wijken met achterstand zijn. In bijlage 4 staat een volledig overzicht van alle wijken met achterstand per stad.

2.5.3 Tabellenboek

In het tabellenboek is per gezondheidsdeterminant of -indicator een tabel opgenomen met daarin voor de gehele G4 en per stad de percentages uitgesplitst naar alle achtergrondkenmerken. Het tabellenboek is digitaal verkrijgbaar bij de GGD'en van de G4.



3

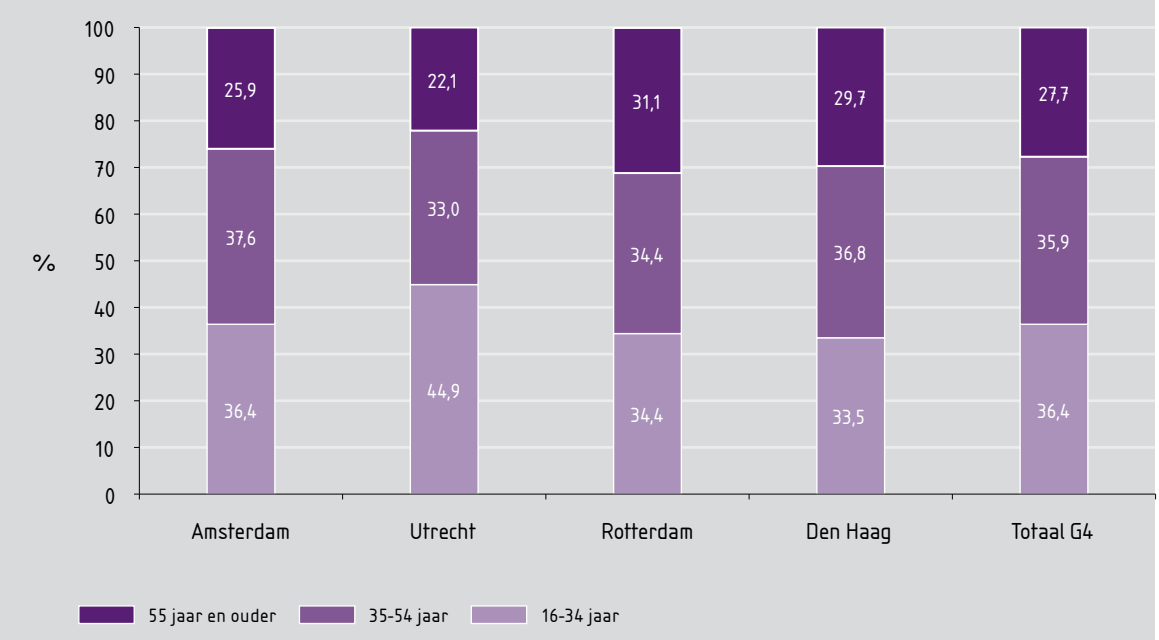
Bevolkingssamenstelling van de vier grote steden

Iedere stad heeft op basis van achtergrondkenmerken een unieke samenstelling van inwoners. In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de achtergrondkenmerken leeftijd, etnische herkomst, opleidingsniveau, werksituatie en financiële situatie een beeld gegeven van de bevolking van de G4. Dit hoofdstuk legt de nadruk op sociaal-demografische verschillen tussen de steden, omdat deze van invloed zijn op uitkomsten van indicatoren en determinanten van gezondheid zoals deze gepresenteerd worden in het vervolg van deze rapportage. In een stad met bijvoorbeeld meer ouderen kan verwacht worden dat de lichamelijke gezondheid slechter is.

3.1 AANTAL INWONERS, GESLACHT EN LEEFTIJDVERDELING

Amsterdam heeft met 622.433 inwoners van 16 jaar en ouder (de doelgroep van dit onderzoek) het hoogste inwoneraantal. In Rotterdam is dit aantal 467.361. Dan volgt Den Haag met 387.721 inwoners van 16 jaar en ouder en Utrecht heeft de minste inwoners in deze leeftijd, namelijk: 244.200. Het percentage mannen en vrouwen van 16 jaar en ouder in Rotterdam en Utrecht is respectievelijk 48% en 52% en in Amsterdam en Den Haag is dit respectievelijk 49% en 51%. In Utrecht is het percentage inwoners van 16 tot en met 34 jaar hoger dan in de andere steden. Amsterdam heeft het hoogste percentage 35 tot en met 54-jarigen. In Rotterdam en De Haag wonen meer 55-plussers dan in de rest van de G4. Dat over het algemeen genomen de lichamelijke gezondheid van jongeren beter is dan de gezondheid van ouderen is bekend. Een 'jongeren'-stad als Utrecht zal dan ook op gezondheidsgebied beter kunnen scoren dan een 'ouderen'-stad als Rotterdam of Den Haag.

Bron: GBA januari 2008



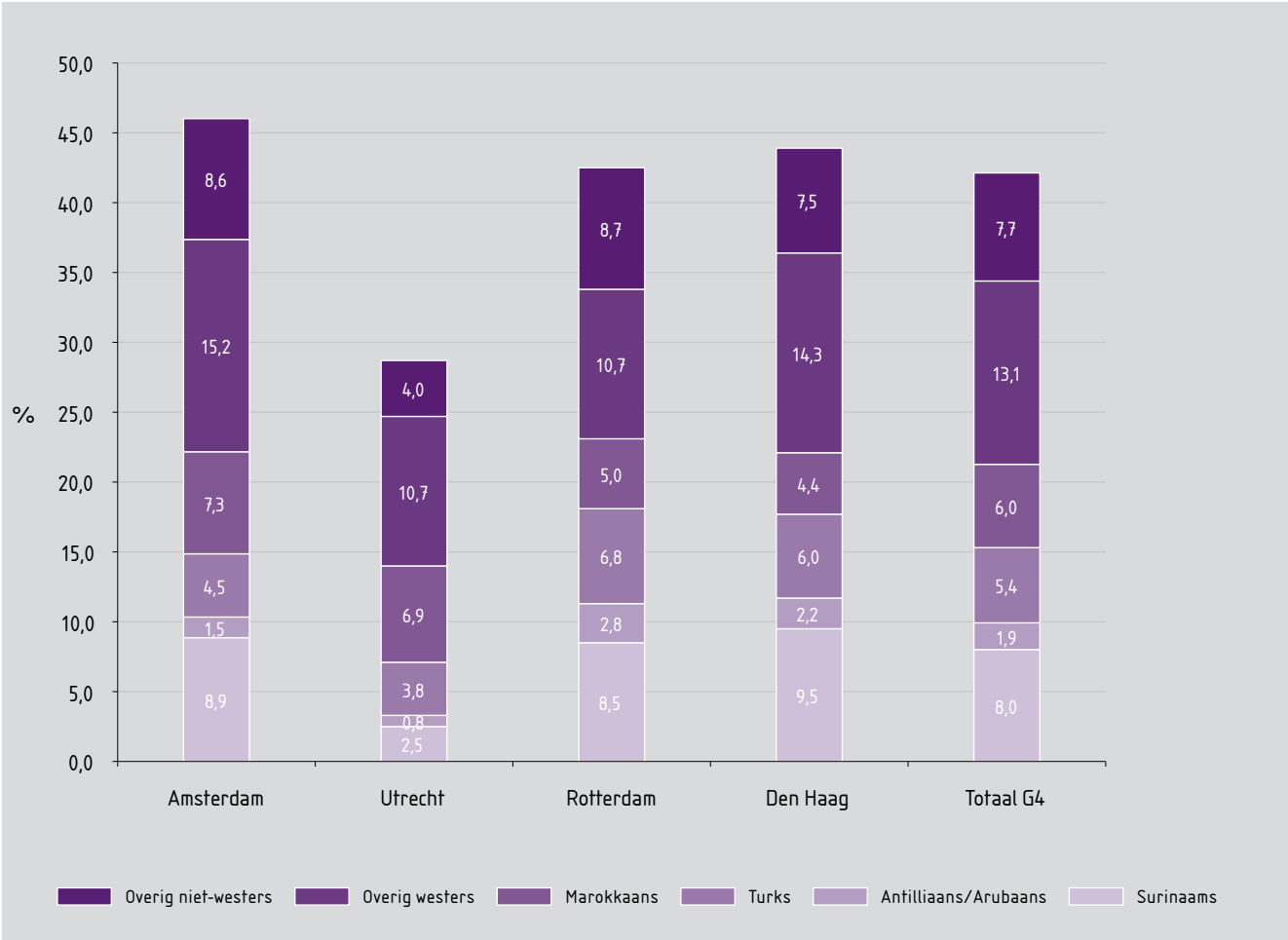
figuur 3.1 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder opgesplitst naar leeftijdsgroep

3.2 ETNICITEIT

De gegevens over de verdeling naar etniciteit zijn verkregen uit de Gemeentelijke Basisadministratie van de vier steden en gaan over de inwoners van 16 jaar en ouder. Het gaat om de etniciteit die is bepaald aan de hand van het geboorteland van de ouders en het geboorteland van de respondent zelf (CBS definitie). Uit onderzoek is gebleken dat er tussen etnische groepen grote gezondheidsverschillen bestaan.

Het percentage inwoners van autochtone herkomst is in Utrecht hoger dan in de rest van de G4. Utrecht heeft weinig inwoners van Surinaamse en Antilliaanse/Arubaanse herkomst en ook het aandeel overige niet-westerse allochtonen is in Utrecht kleiner. In Amsterdam wonen de meeste inwoners van allochtone herkomst.

Bron: GBA januari 2008

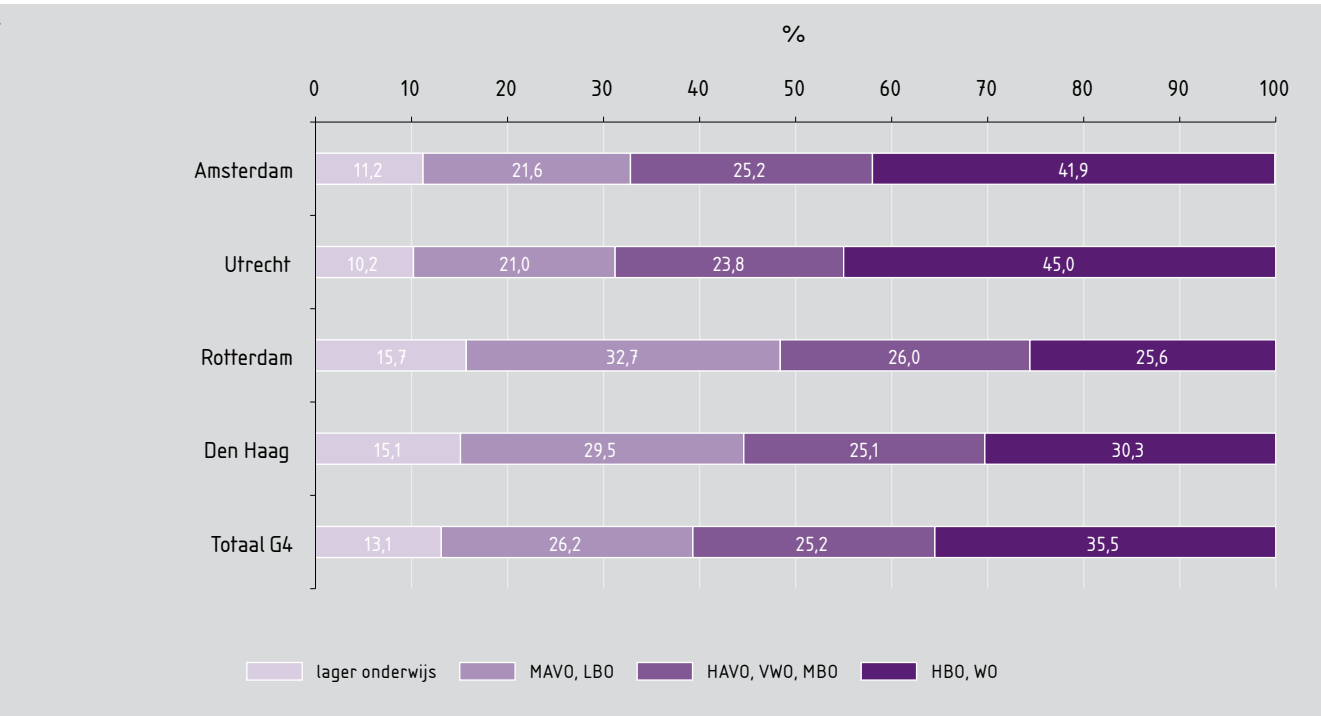


figuur 3.2 Percentage allochtonen van 16 jaar en ouder

3.3 OPLEIDINGSNIVEAU

In Rotterdam en Den Haag geeft bijna de helft van de inwoners van 16 jaar en ouder aan laag opgeleid (hoogst afgeronde opleiding lager onderwijs, LBO of MAVO) te zijn. Dit is meer dan in Amsterdam en Utrecht waar ongeveer een derde van de inwoners aangeeft laag opgeleid te zijn. Het percentage mensen dat als hoogst afgeronde opleiding HAVO, VWO of MBO aangeeft, is in de vier steden nagenoeg gelijk en ligt rond de 25%. Het aandeel hoog opgeleide inwoners (hoogst afgeronde opleiding HBO of WO) is in Utrecht en Amsterdam hoger dan in Rotterdam en Den Haag.

Bron: G4 Gezondheidsenquête 2008

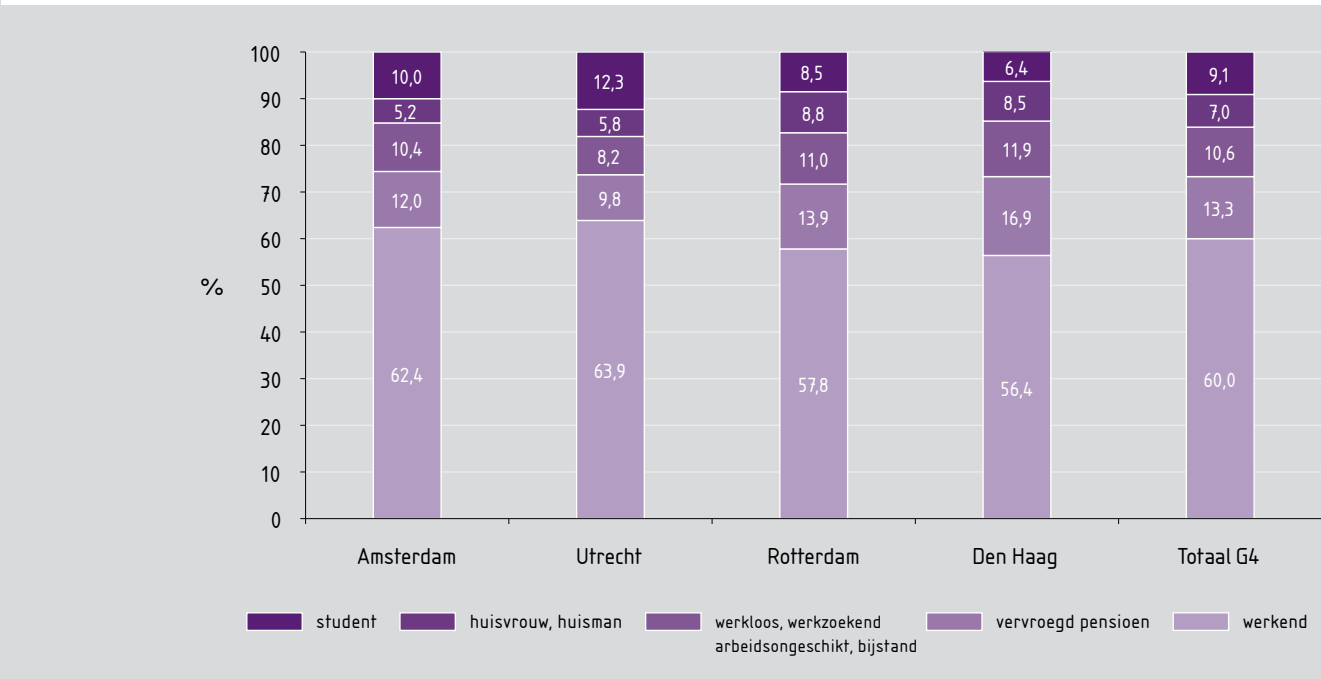


figuur 3.3 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder opgesplitst naar opleidingsniveau

3.4 WERKSITUATIE

In Amsterdam en Utrecht is het percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat aangeeft een betaalde baan ('werkend') te hebben hoger dan in Den Haag en Rotterdam. Daarnaast geven in Utrecht meer inwoners van 16 jaar en ouder aan student te zijn. Den Haag heeft meer inwoners van 16 jaar en ouder die aangeven met (vervroegd) pensioen te zijn dan de andere steden. Daarnaast zijn er in Den Haag, en ook in Rotterdam meer huisvrouwen en -mannen dan in Amsterdam en Utrecht.

Bron: G4 Gezondheidsenquête 2008

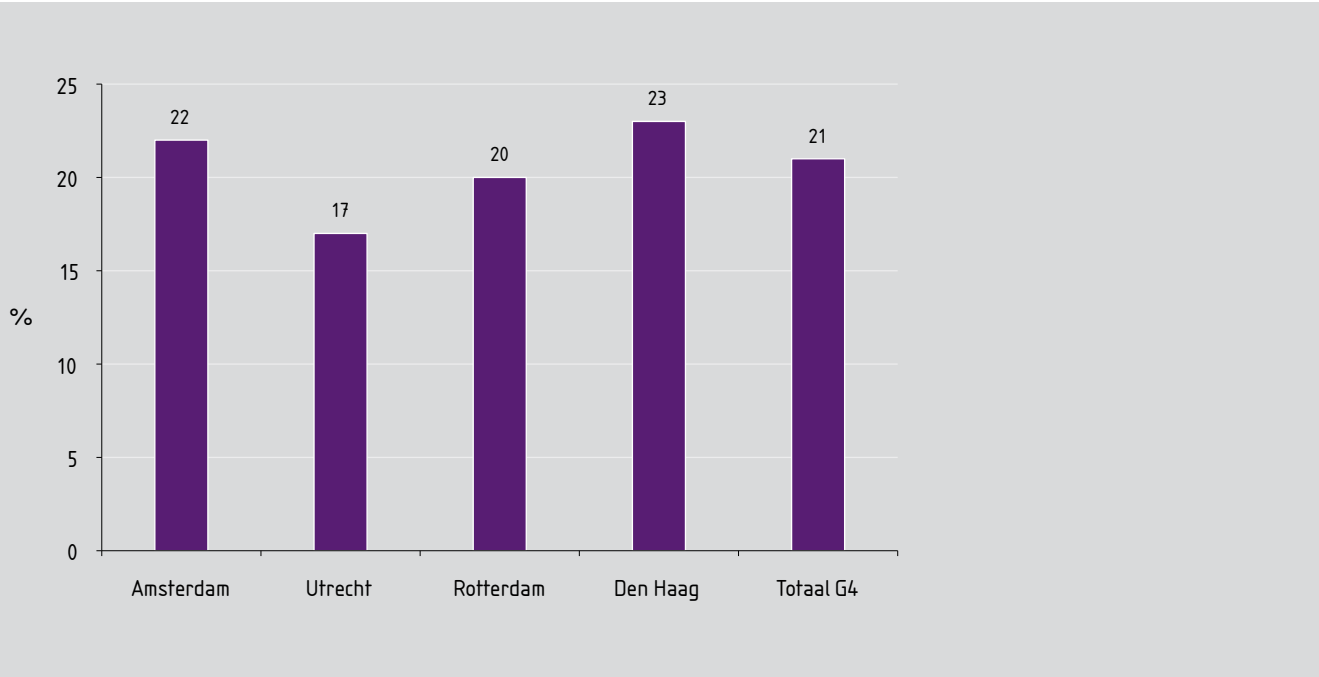


figuur 3.4 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder opgesplitst naar werksituatie

3-5 FINANCIËLE SITUATIE

Eén op de vijf inwoners van 16 jaar en ouder geeft aan niet te kunnen rondkomen van het huishoudinkomen. Deze mensen moeten spaarmiddelen aanspreken of schulden maken. Zowel in Den Haag als in Amsterdam is het percentage inwoners dat niet kan rondkomen van het huishoudinkomen hoger. In Utrecht geven minder inwoners aan niet rond te kunnen komen van het huishoudinkomen, namelijk 17%.

Bron: G4 Gezondheidsenquête 2008



figuur 3.5 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat aangeeft niet rond te kunnen komen van het huishoudinkomen

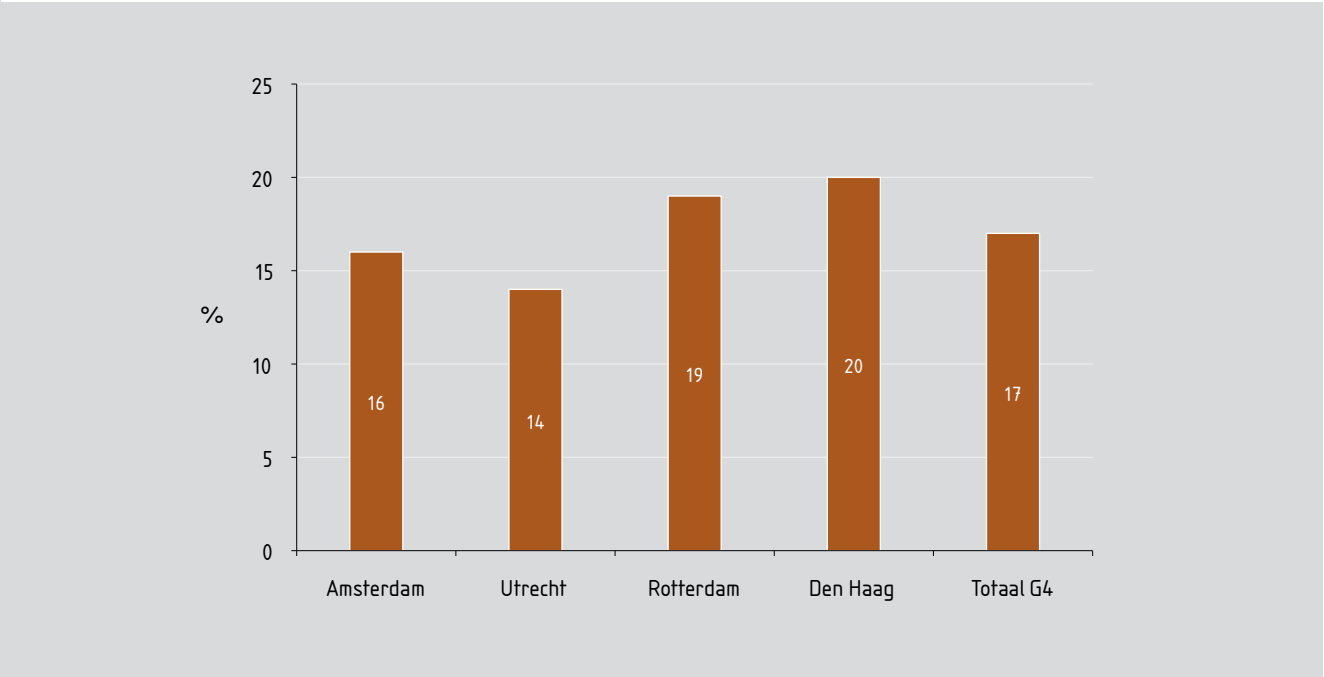


Lichamelijke en psychische gezondheid

Om een zo goed mogelijk beeld te geven van gezondheid zijn vragen gesteld over onderwerpen die een indicatie geven van de lichamelijke en psychische gezondheid. In dit hoofdstuk zijn de uitkomsten beschreven van de ervaren (subjectieve) gezondheid, ziekten en aandoeningen, beperkingen in dagelijkse (en huishoudelijke) activiteiten, functiebeperkingen (horen en zien), risico op depressie of angststoornis en overgewicht.

4.1 ERVAREN GEZONDHEID

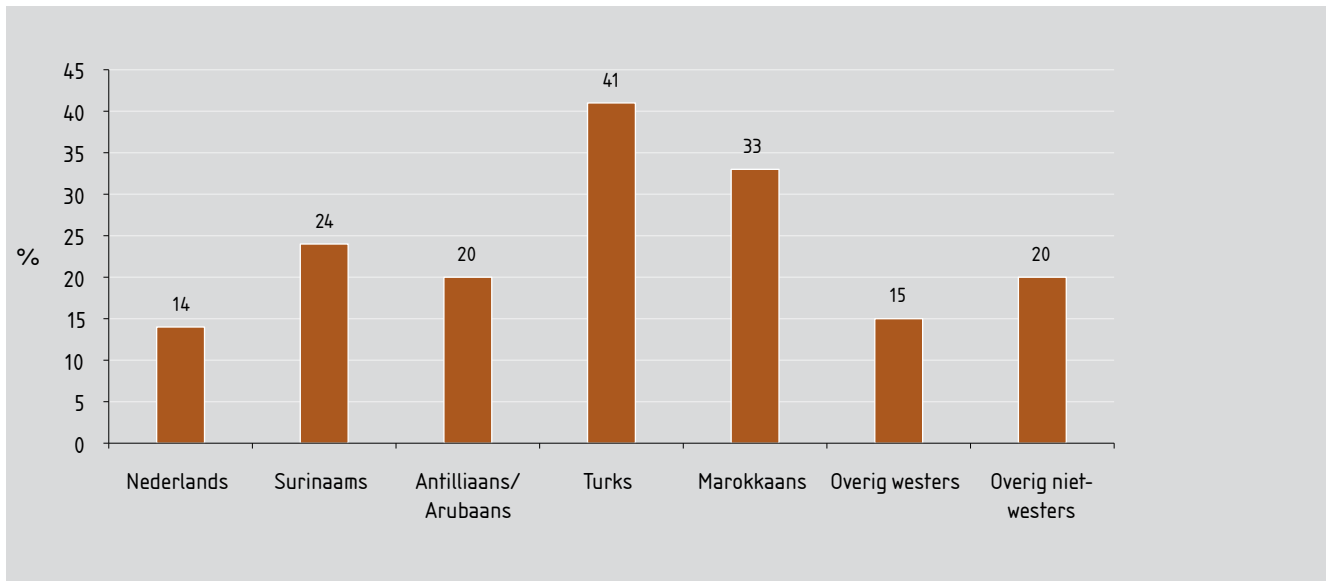
Ervaren gezondheid is het subjectieve oordeel van de respondent over zijn gezondheid en wordt over het algemeen beschouwd als een goede indicator van de totale gezondheidstoestand.



figuur 4.1 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met een matig of slecht ervaren gezondheid

Iets meer dan één op de zes inwoners van de G4 van 16 jaar en ouder ervaart zijn of haar gezondheid als matig of slecht. Voor zowel Den Haag als Rotterdam geldt dat een hoger percentage inwoners zijn gezondheid als matig of slecht te ervaart. Deze verschillen worden verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Ouderen, allochtonen (zie figuur 4.2), mensen met een laag opleidingsniveau, mensen zonder betaalde baan, mensen zonder partner, mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen en de bewoners van wijken met achterstand geven vaker een slechte of matige gezondheid aan.



figuur 4.2 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met een matig of slecht ervaren gezondheid uitgesplitst naar etniciteit

4.2 CHRONISCHE ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

Gevraagd is naar het voorkomen van 22 chronische ziekten en aandoeningen. Deze gerapporteerde aandoeningen hoeven niet door een arts te zijn vastgesteld. Vier van de 22 ziekten en aandoeningen zijn alleen bij 55-plussers nagevraagd.

In totaal heeft 43% van de 16 tot en met 54-jarigen en 78% van de 55-plussers aangegeven nu of in het afgelopen jaar ten minste één chronische ziekte of aandoening te hebben (gehad). Van de G4 inwoners van 16 jaar en ouder geeft meer dan de helft aan nu of in het afgelopen jaar ten minste één chronische ziekte of aandoening te hebben (gehad). In Den Haag is het percentage inwoners met minimaal één chro-

Hagenaars en Rotterdammers voelen zich het minst gezond.

nische ziekte of aandoening hoger. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Hoge bloeddruk, migraine (of regelmatig ernstige hoofdpijn), gewrichtsslijtage van heupen en knieën, aandoening aan de rug en een aandoening aan nek of schouder zijn de vaakst genoemde aandoeningen. Opvallend is dat in Den Haag, en in iets mindere mate ook in Rotterdam, veel ziekten en aandoeningen vaker worden genoemd. In Den Haag zijn er opvallende uitkomsten; zo is in Den Haag het percentage inwoners met diabetes en hoge bloeddruk hoger dan in de overige steden. Grotendeels worden deze verschillen bepaald door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

tabel 4.1

Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat nu of in de afgelopen 12 maanden één van de onderstaande aandoeningen (al dan niet door arts vastgesteld) heeft (gehad)

	Amsterdam	Utrecht	Rotterdam	Den Haag	Totaal G4
	n=6.644	n=3.916	n=5.935	n=4.382	n=20.877
	%	%	%	%	%
Minimaal 1 chronische ziekte of aandoening	50	50	55	58	53
Chronische ziekten en aandoeningen					
16 jaar en ouder					
Hoge bloeddruk	13	11	16	18	15
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	12	13	15	15	14
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	12	11	15	16	14
Ernstige of hardnekkige aandoening aan rug	11	9	12	13	11
Ernstige of hardnekkige aandoening aan nek of schouder	10	9	11	12	11
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA/COPD	8	8	9	11	9
Ernstige of hardnekkige aandoening aan elleboog, pols of hand	7	6	8	8	7
Suikerziekte, diabetes	5	6	6	8	6
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	5	4	6	6	6
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	4	4	5	6	5
Chronisch eczeem	5	5	4	5	5
Ernstige of hardnekkige darmstoornis (langer dan 3 maanden)	4	4	5	5	5
Andere ernstige hartaandoening	4	3	3	4	4
Vernauwing bloedvaten in buik of benen	3	3	4	4	3
Beroerte, hersenbloeding, herseninfarct of TIA	2	1	2	2	2
Hartinfarct	1	1	2	2	2
Kanker (kwaadaardige aandoening)	2	2	2	2	2
Psoriasis	2	2	2	2	2
55 jaar en ouder					
Prostaatklachten (niet prostaatkanker of prostaatontsteking)	14	13	15	14	14
(alleen mannen)					
Botontkalking (osteoporose)	12	12	12	12	12
Duizeligheid met vallen	6	6	7	8	7
Ziekte van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)	2	1	2	2	2

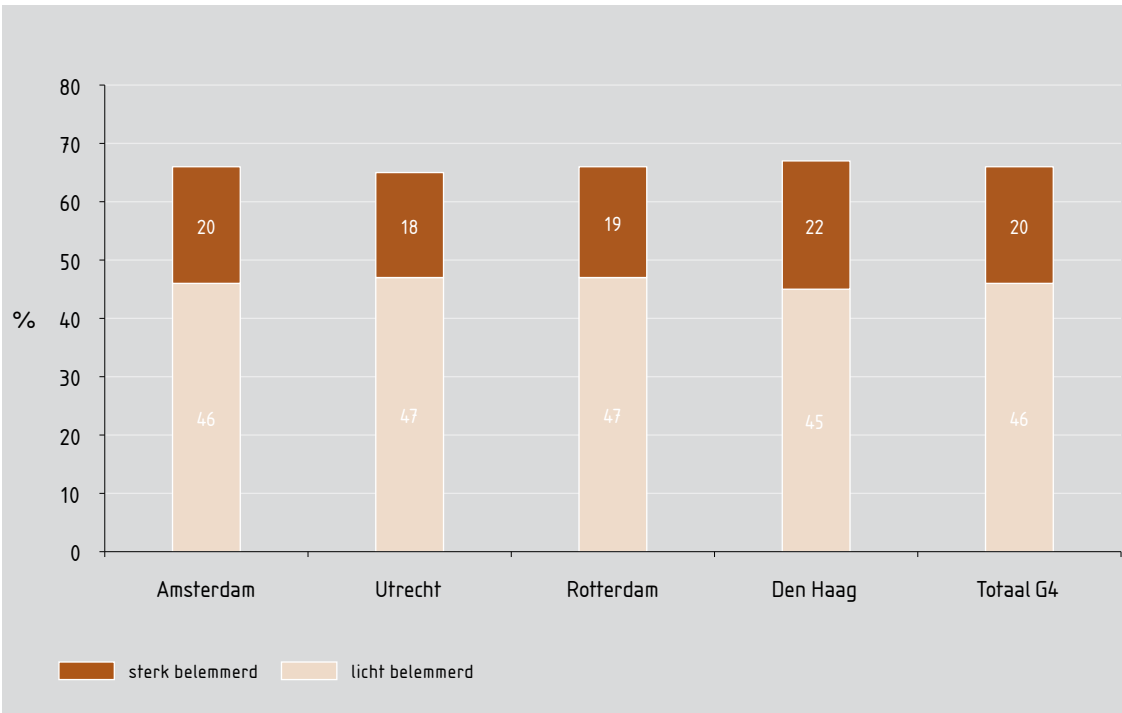
Rood: percentage verschilt in negatieve zin van de rest van de steden
Groen: percentage verschilt in positieve zin van de rest van de steden



Over het algemeen komen chronische ziekten en aandoeningen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Voor de meeste ziekten en aandoeningen geldt dat het percentage toeneemt als de leeftijd stijgt. Ook geldt voor de meeste ziekten en aandoeningen dat ze vaker voorkomen naarmate het opleidingsniveau daalt. Over het algemeen rapporteren van de etnische groepen de Turken de meeste ziekten en aandoeningen.

4.3 BELEMMERINGEN IN DAGELIJKSE BEZIGHEDEN DOOR CHRONISCHE ZIEKTE OF AANDOENING

Aan de respondenten is gevraagd in welke mate zij belemmerd worden door een chronische ziekte of aandoening in dagelijkse bezigheden thuis, op school, op het werk of in hun vrijetijdsbesteding.



figuur 4.3 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder, met minimaal één chronische ziekte of aandoening, met belemmeringen in dagelijkse bezigheden door deze chronische ziekte of aandoening uitgesplitst naar stad

Van de inwoners met minimaal één chronische ziekte of aandoening geeft één op de vijf aan hierdoor sterk belemmerd te worden en geeft bijna de helft aan licht belemmerd te worden bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden. In Den Haag is het percentage inwoners dat sterk belemmerd wordt hoger. Dit verschil wordt verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Vrouwen, ouderen, lager opgeleiden, Turken, Marokkanen en bewoners van wijken met achterstand met minimaal één chronische ziekte of aandoening worden vaker belemmerd door deze chronische ziekte of aandoening in dagelijkse bezigheden.

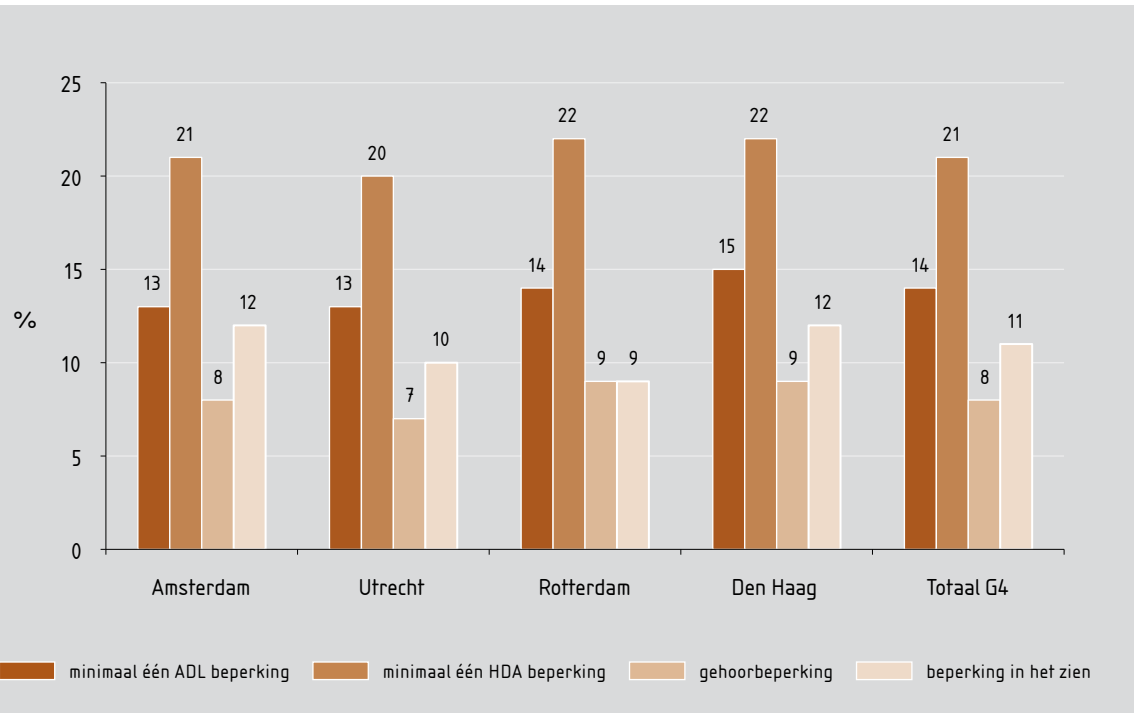


Een chronische ziekte betekent voor één op de vijf inwoners van de G4 een sterke belemmering in het dagelijks functioneren.

4.4 BEPERKINGEN IN DAGELIJKSE EN HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN EN FUNCTIEBEPERKINGEN

Ouderen worden vaker geconfronteerd met lichamelijke gebreken en beperkingen. Door een beperking kunnen bepaalde dagelijkse activiteiten niet meer (zonder moeite) uitgevoerd worden en ook in het huishouden kunnen bepaalde activiteiten op den duur niet meer zelfstandig worden uitgevoerd.

Ouderen worden minder zelfredzaam en krijgen behoefte aan persoonlijke hulp en/of hulpmiddelen. De zelfredzaamheid van 55-plussers wordt beschreven aan de hand van beperkingen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL¹), huishoudelijke dagelijkse activiteiten (HDA²) en aan de hand van beperkingen in het horen en zien.



figuur 4.4 Percentage 55-plussers met een beperking (ADL, HDA, gehoor of zicht) uitgesplitst naar stad

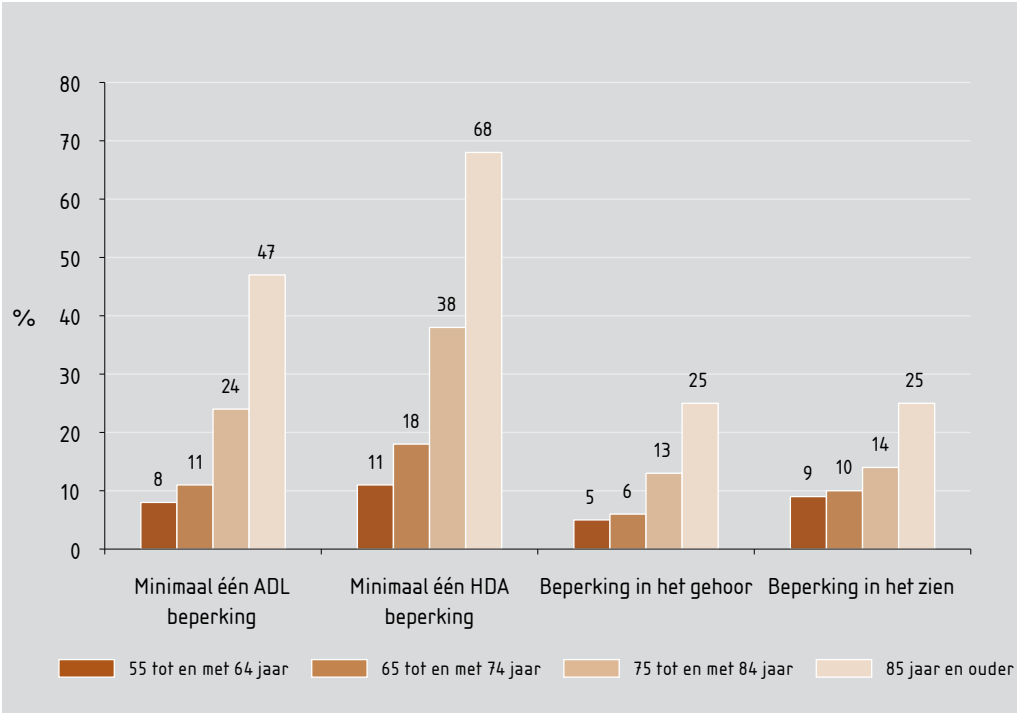
Veertien procent van de 55-plussers geeft aan minimaal één ADL beperking te hebben. Dit percentage is voor alle steden ongeveer gelijk. Daarnaast heeft één op de vijf 55-plussers minimaal één HDA beperking. Het vóórkomen van HDA beperkingen verschilt niet tussen de steden.

Een beperking in het gehoor komt bij bijna één op de tien 55-plussers voor. In Utrecht zijn er minder inwoners met een gehoorbeperking. Dit verschil wordt verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Ten slotte geeft meer dan één op de tien 55-plussers aan een beperking in het zien te hebben. In Rotterdam hebben minder inwoners een beperking in het zien. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken tussen de steden.

¹ Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen: eten en drinken, gaan zitten en opstaan uit een stoel, in en uit bed stappen, aan- en uitkleden, zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping, de trap op- en aflopen, de woning verlaten en binnen gaan, zich verplaatsen buitenshuis, het gezicht en handen wassen en zich volledig wassen
² Huishoudelijke Dagelijkse Activiteiten: dagelijks boodschappen doen, warme maaltijden klaarmaken, licht huishoudelijk werk (stof afnemen, afwassen) en zwaar huishoudelijk werk (dweilen, ramen wassen)

Naarmate de leeftijd stijgt, rapporteren meer mensen een beperking (zie figuur 4.5). Daarnaast geldt dat hoe lager het opleidingsniveau is, hoe vaker beperkingen bij 55-plussers voorkomen. Ten slotte rapporteren Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen/Arubanen, mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, mensen zonder partner, mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen en mensen die in wijken met achterstand wonen vaker een beperking.



figuur 4.5 Percentage 55-plussers met een beperking (ADL, HDA, gehoor of zicht) uitgesplitst naar leeftijdscategorieën

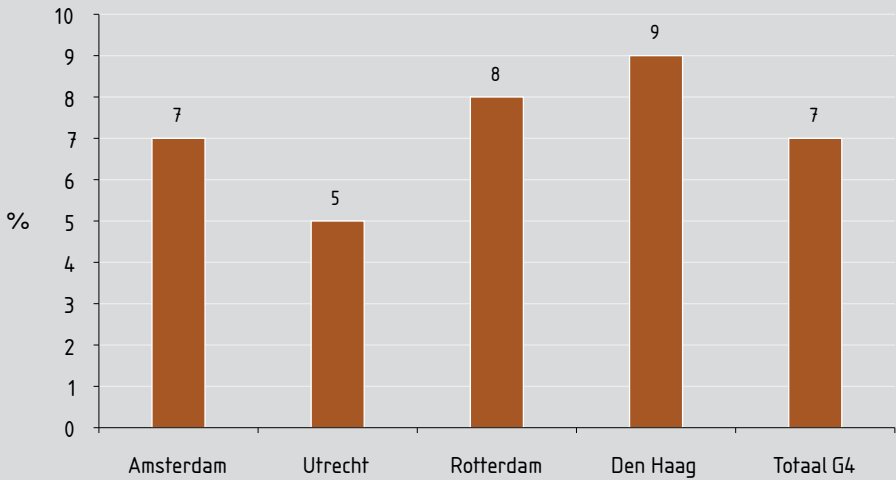
4.5 PSYCHISCHE GEZONDHEID

Depressie en angststoornissen zijn belangrijke psychische gezondheidsproblemen. Twee belangrijke kenmerken van een depressie zijn een aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse bezigheden. Het sociaal en maatschappelijk functioneren van een persoon met een depressie is vaak ernstig verstoord.

Er is sprake van een angststoornis wanneer heftige angstklachten optreden zonder dat er een reële bedreiging aanwezig is. Bij mensen met een angststoornis is de kwaliteit van leven slechter dan bij mensen uit de algemene bevolking. Aan de hand van tien vragen is bepaald of een persoon een hoog risico heeft op een depressie of angststoornis.

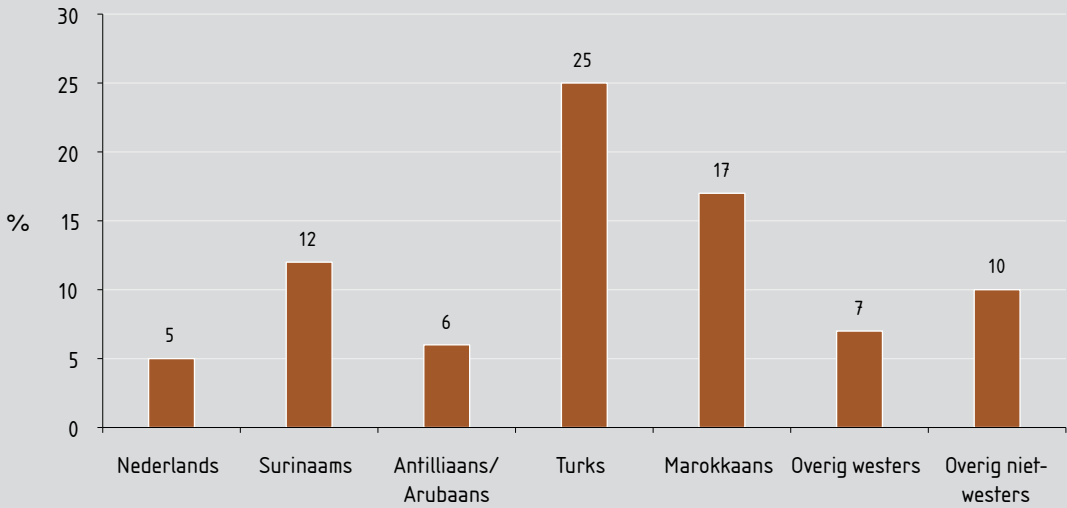
4.5.1 Hoog risico op een depressie of een angststoornis

Zeven procent van de inwoners van de G4 heeft een hoog risico op een depressie of angststoornis. Den Haag heeft een hoger percentage inwoners met een hoog risico op een depressie of angststoornis. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.



figuur 4.6 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met een hoog risico op een depressie of angststoornis uitgesplitst naar stad

Vrouwen hebben vaker dan mannen een hoog risico op een depressie of angststoornis. Van de onderzochte leeftijdsgroepen hebben 45 tot en met 54-jarigen het vaakst een hoog risico op een depressie of angststoornis. Naarmate het opleidingsniveau daalt, hebben mensen vaker een hoog risico. Ook bij Marokkanen, Surinamers en Turken (zie figuur 4.7), mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, gescheiden mensen en weduw(en)(naren) en bewoners van wijken met achterstand komt een hoog risico op een depressie of angststoornis vaker voor.



figuur 4.7 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met een hoog risico op een depressie of angststoornis uitgesplitst naar etniciteit

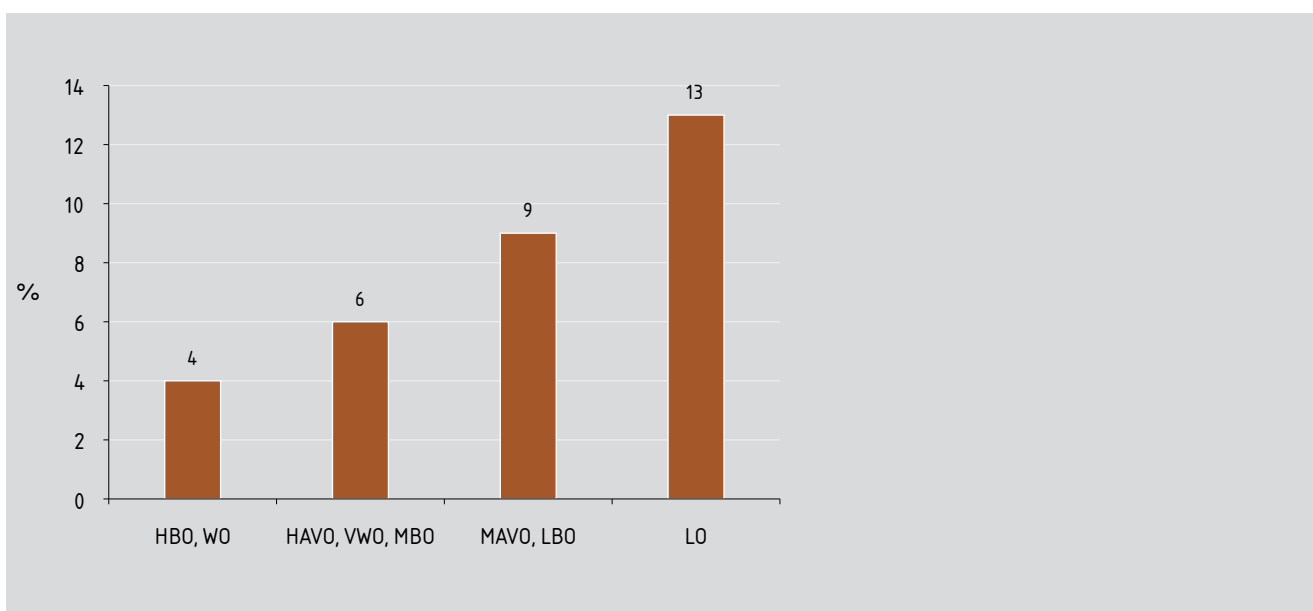
4.5.2 Medicijngebruik vanwege depressie, angst, spanning of stress

Respondenten hebben aangegeven of ze medicijnen gebruiken voor depressie, angst, spanning of stress.

Zeven procent van de inwoners van de G4 geeft aan dergelijke medicijnen te gebruiken. In Amsterdam, Rotterdam en Utrecht is dit percentage ook 7%, maar in Den Haag is dit percentage hoger, namelijk 9%. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Vrouwen gebruiken vaker medicijnen vanwege depressie, angst, spanning of stress dan mannen. Het medicijngebruik neemt toe tot de leeftijd van 55 jaar en daarboven neemt het medicijngebruik geleidelijk weer af. Naarmate het opleidingsniveau daalt, neemt het gebruik van deze medicijnen toe (zie figuur 4.8). Ook Turken en Marokkanen, mensen zonder een betaalde baan, mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen, gescheiden mensen en bewoners van wijken met achterstand gebruiken vaker medicijnen vanwege depressie, angst, spanning of stress.

Hagenaars gebruiken meer medicatie vanwege depressie, angst, spanning of stress dan de inwoners van de andere drie grote steden.



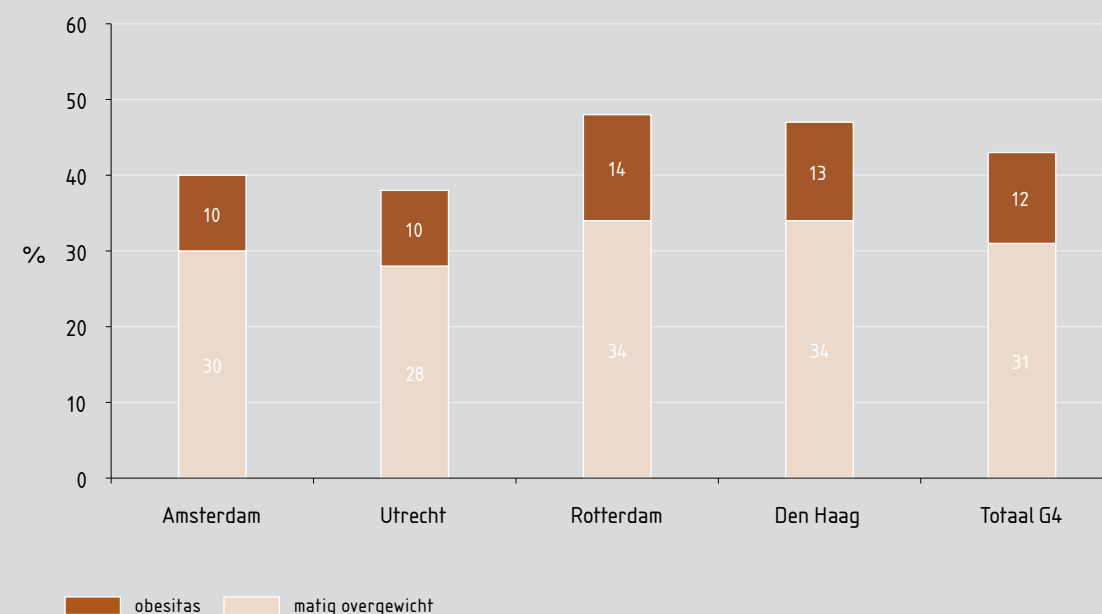
figuur 4.8 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat medicijnen gebruikt vanwege depressie, angst, spanning of stress uitgesplitst naar opleidingsniveau

4.6 OVERGEWICHT

Een maat om overgewicht aan te geven is de 'Body Mass Index' (BMI). De BMI van een persoon is te berekenen door het gewicht (in kilogrammen) te delen door de lengte (in meters) in het kwadraat: kg/m^2 . Bij een BMI tussen de 25 en 30 is er sprake van matig overgewicht en bij een BMI van 30 of hoger is er sprake van obesitas (ernstig overgewicht).

Mensen met overgewicht (vooral obesitas) hebben meer kans op het krijgen van tal van ziekten, zoals: diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, aandoeningen aan de galblaas, aandoeningen van het bewegingsstelsel, enkele soorten kanker en aandoeningen aan het ademhalingsorganen. Het voorkomen van diabetes mellitus zou bij mannen halveren en bij vrouwen met een kwart afnemen als niemand meer obesitas zou hebben.

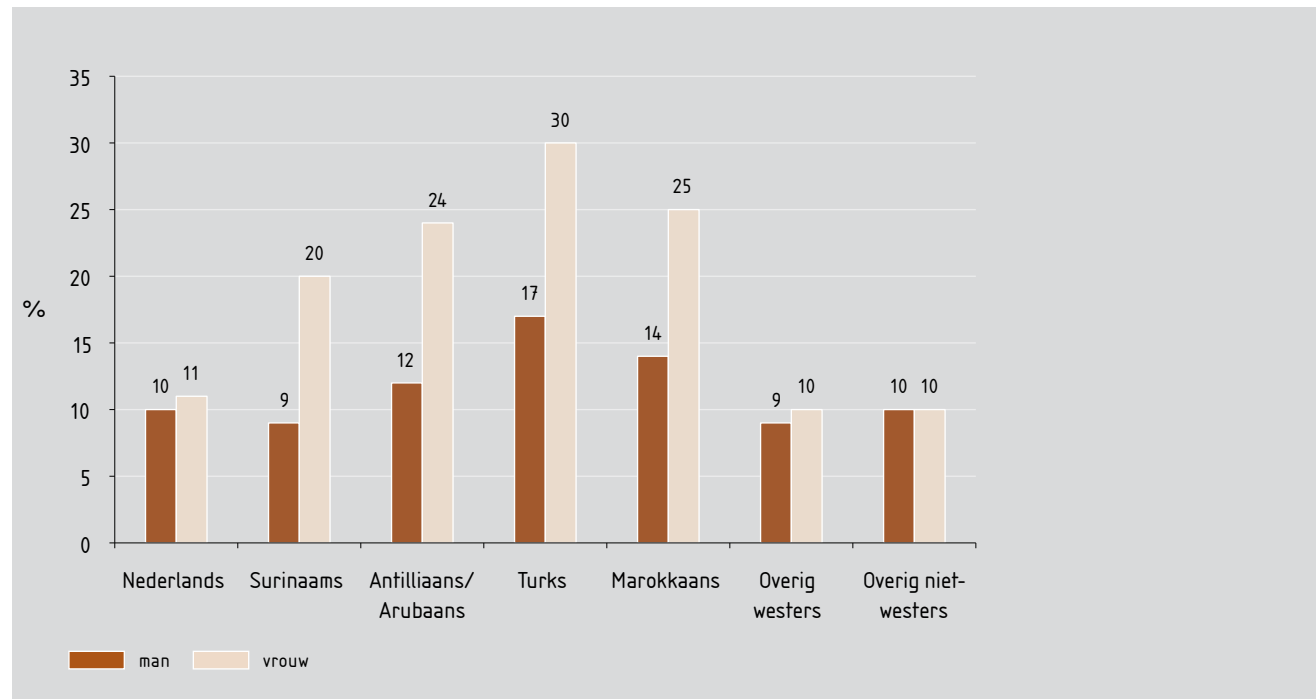
Meer dan vier op de tien inwoners van de G4 van 16 jaar en ouder heeft overgewicht; 31% heeft matig overgewicht en 12% heeft obesitas. Bijna de helft van de inwoners van Rotterdam en Den Haag heeft overgewicht. Dit is hoger dan in Utrecht en Amsterdam. Alleen het hogere percentage van Den Haag wordt verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.



figuur 4.9 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met matig overgewicht of obesitas uitgesplitst naar stad

Overgewicht komt in de grote steden veel voor, het meest in Rotterdam en Den Haag.

Mannen hebben vaker matig overgewicht en vrouwen hebben vaker obesitas. Bij Antillianen/Arubanen, Surinamers, Turken en Marokkanen is het verschil in obesitas tussen mannen en vrouwen groter dan bij autochtonen (zie figuur 4.10). Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage mensen met matig overgewicht toe. Obesitas komt vooral voor bij mensen ouder dan 35 jaar. Naarmate het opleidingsniveau daalt, komt matig overgewicht en obesitas vaker voor. Mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, hebben vaker obesitas. Surinamers, Turken en Marokkanen hebben vaker matig overgewicht en obesitas dan Nederlanders. Mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen en bewoners van wijken met achterstand hebben vaker obesitas.

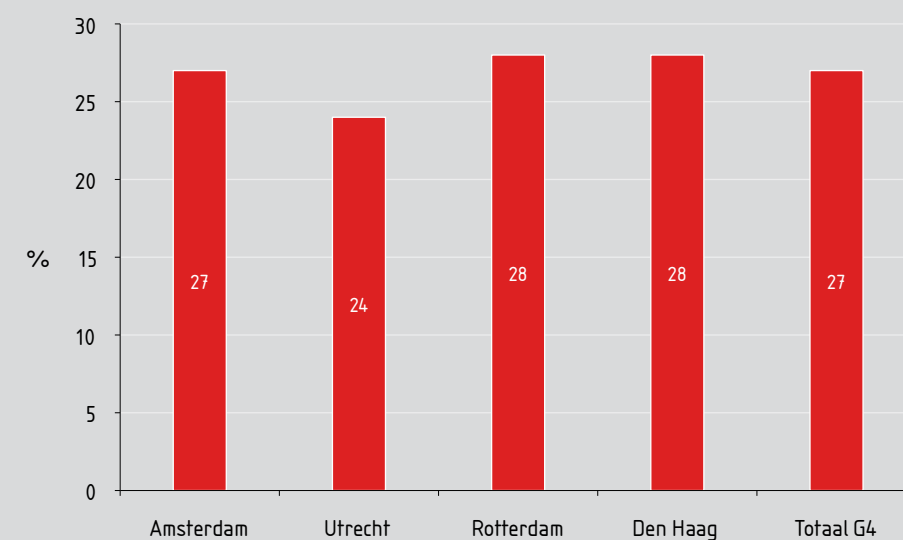


figuur 4.10 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met obesitas uitgesplitst naar etniciteit en geslacht

De leefstijl van een persoon kan invloed hebben op diens gezondheid. In dit hoofdstuk worden vier leefgewoonten (roken, alcoholgebruik, cannabisgebruik en lichaamsbeweging) besproken die van invloed zijn op de gezondheid.

5.1 ROKEN

Het is algemeen bekend dat roken schadelijk is voor de gezondheid. Hoewel het percentage rokers de laatste jaren afneemt, zijn er nog steeds veel mensen die roken. Rokers hebben een groter risico op het krijgen van onder andere longkanker, COPD (verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem), coronaire hartziekten, beroerte, hartfalen, slokdarmkanker, strottenhoofd- en mondholtekanker. In 2005 stierven in Nederland bijna 20.000 mensen ten gevolge van roken aan één van de bovenstaande ziekten.



figuur 5.1 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat wel eens rookt uitgesplitst naar stad

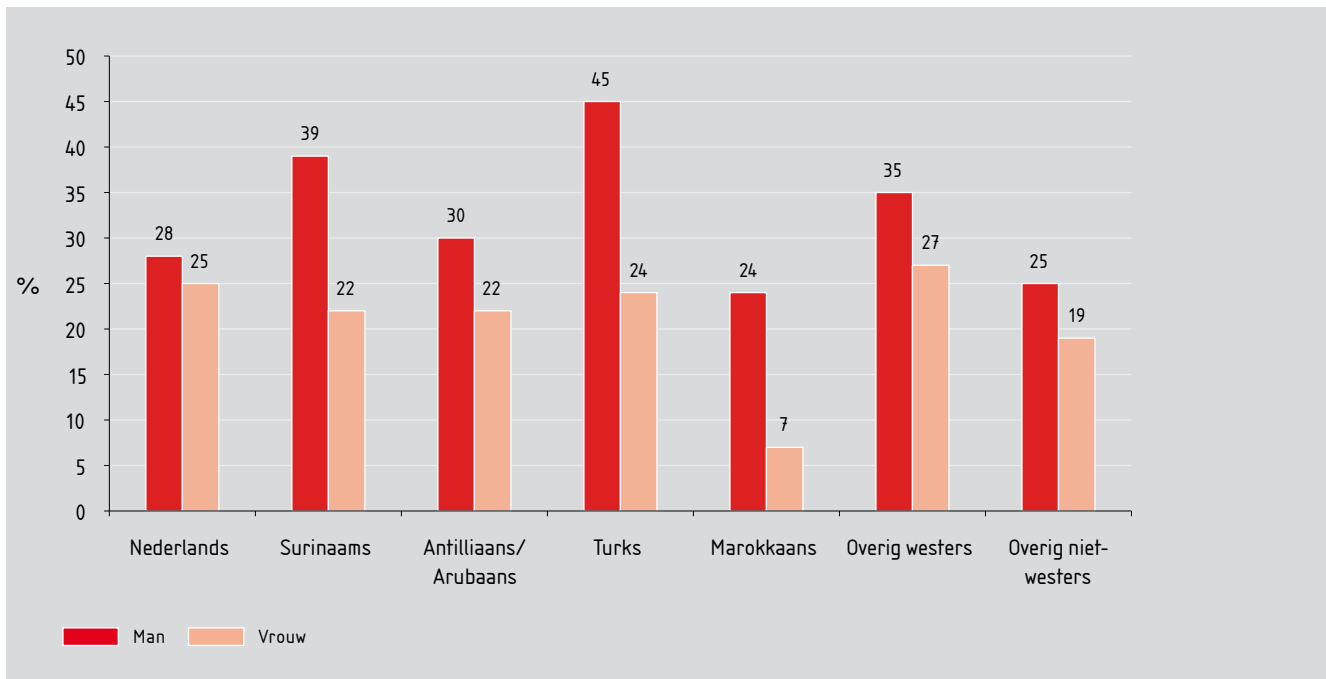
Meer dan een kwart van de inwoners van de G4 geeft aan wel eens te roken. Het percentage rokers in Utrecht is lager dan in de rest van de G4. Dit verschil wordt verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Het percentage mannen dat rookt is hoger dan het percentage vrouwen. Dit verschil is bij allochtonen groter dan bij autochtonen. Het percentage rokers is het hoogst onder Turkse en Surinaamse mannen (zie figuur 5.2).

Zestien tot en met 54-jarigen roken vaker dan 55-plussers. Onder mensen met als hoogst afgeronde opleiding LBO of MAVO is het percentage rokers het hoogst.

Roken komt ook vaker voor bij mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen en mensen zonder partner.

Utrechters roken minder dan de inwoners van de andere drie grote steden.

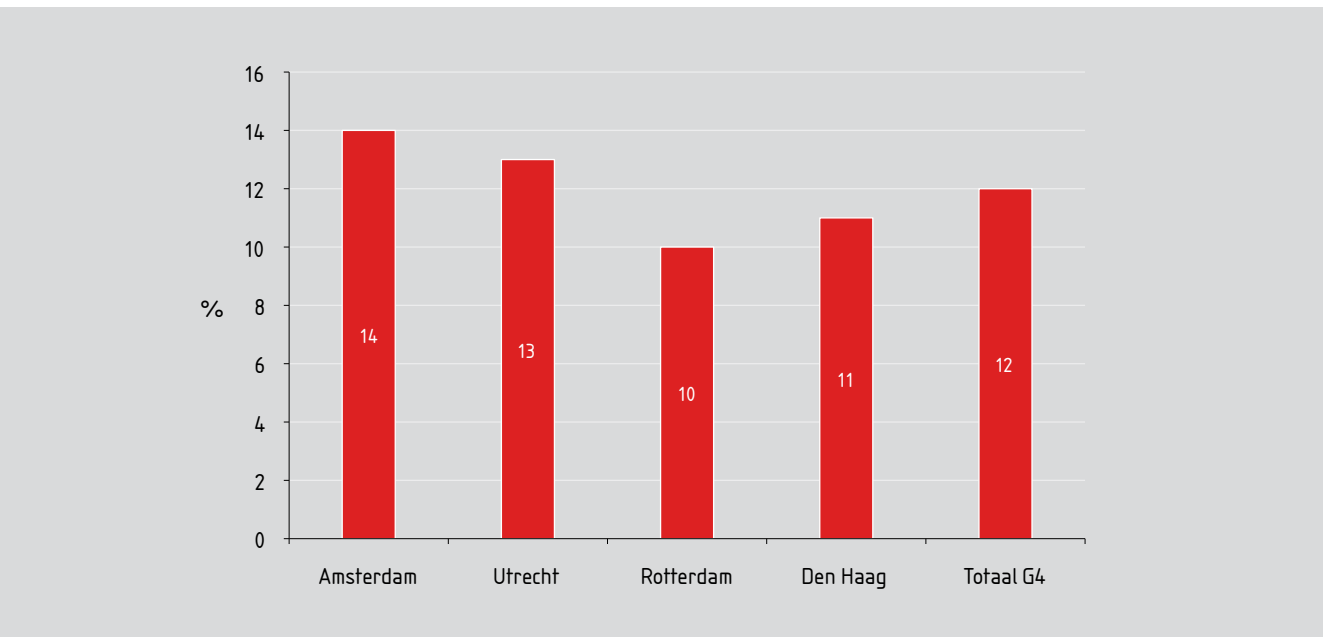


figuur 5.2 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat wel eens rookt uitgesplitst naar etniciteit en geslacht

5.2 ALCOHOLGEBRUIK

Met mate alcohol drinken (één glas alcohol per dag voor vrouwen en twee glazen per dag voor mannen) zal de gezondheid van volwassenen normaal gesproken niet schaden en kan zelfs het risico op coronaire hartziekten en herseninfarcten verkleinen. Overmatig gebruik van alcohol kan echter zeer schadelijk zijn voor de gezondheid. Het gebruik van alcohol heeft invloed op bijna alle organen in het lichaam en hangt samen met veel aandoeningen. Het gaat om zowel chronische aandoeningen (onder andere kanker, hart- en vaatziekten en depressie) als acute aandoeningen en verwondingen. Vrouwen en jongeren zijn gevoeliger voor het oplopen van schade door alcohol dan mannen en ouderen.

Respondenten is gevraagd op hoeveel dagen van de week ze alcohol drinken en hoeveel glazen ze gemiddeld op een dergelijke dag drinken. Aan de hand van deze vragen is berekend of iemand een overmatige drinker is. Een man is een overmatige drinker bij meer dan 21 glazen alcohol per week en een vrouw is een overmatige drinker bij meer dan 14 glazen alcohol per week.

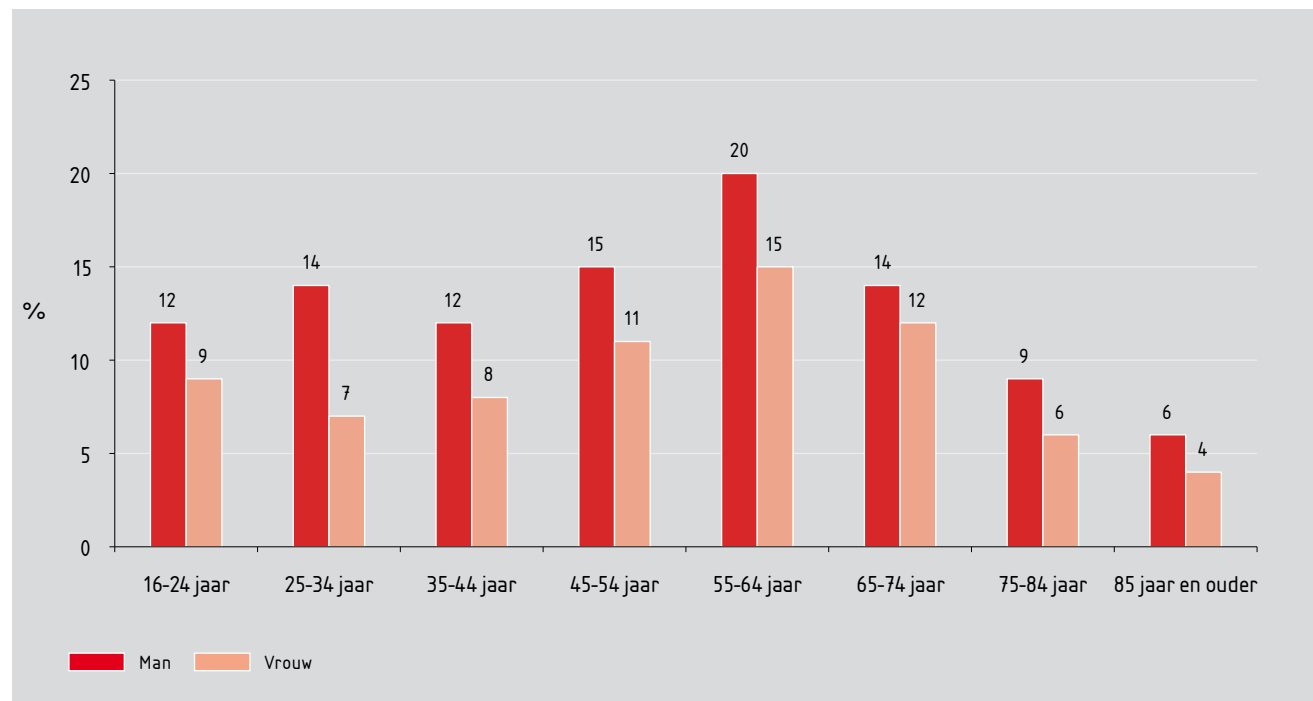


figuur 5.3 Percentage overmatige drinkers van 16 jaar en ouder uitgesplitst naar stad

Amsterdammers drinken meer alcohol dan de inwoners van de andere drie grote steden.

In de G4 is 12% van de inwoners van 16 jaar en ouder een overmatige drinker. In Amsterdam is het percentage overmatige drinkers hoger dan in de rest van de G4. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

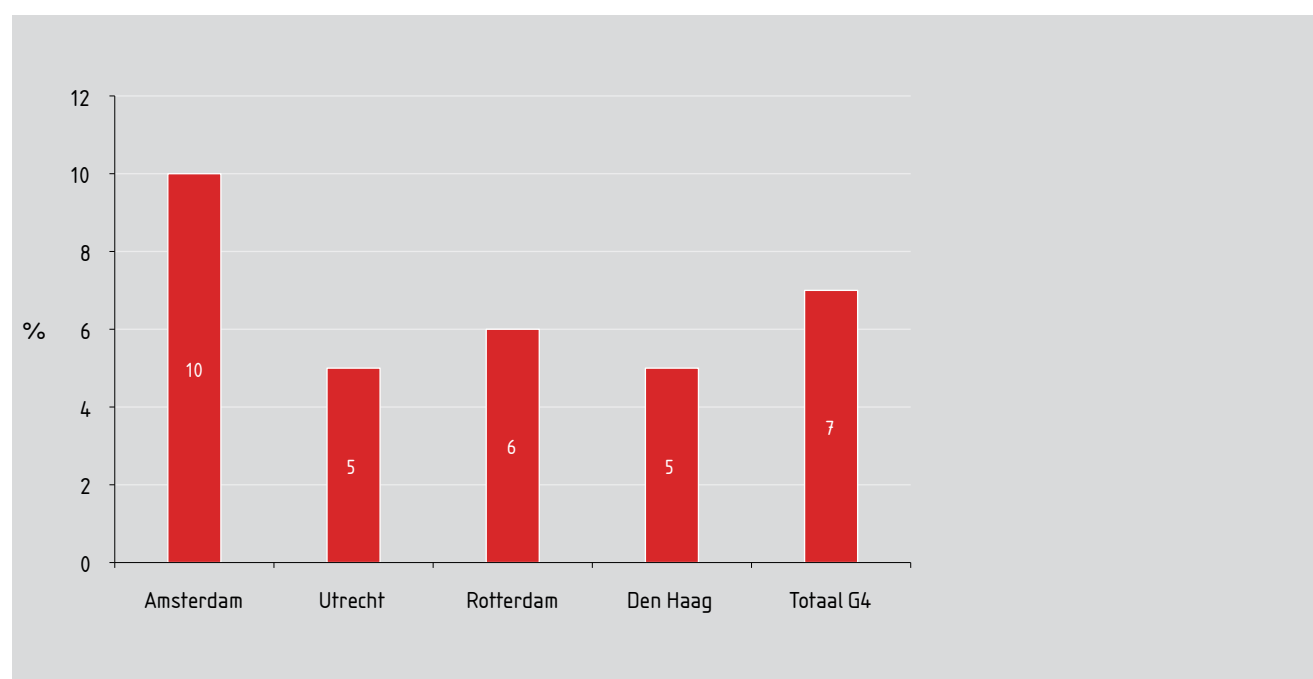
Mannen zijn vaker een overmatige drinker dan vrouwen. Vijfenvijftig tot en met 64-jarigen zijn het vaakst overmatige drinkers (zie figuur 5.4). Naarmate het opleidingsniveau stijgt, neemt het overmatig alcoholgebruik toe. Autochtonen zijn vaker een overmatige drinker dan allochtonen. Overmatig alcoholgebruik komt vaker voor bij mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen, ongehuwde (nooit gehuwd) of gescheiden mensen en bewoners van wijken zonder achterstand.



figuur 5.4 Percentage overmatige drinkers in de G4 uitgesplitst naar leeftijd en geslacht

5.3 CANNABISGEBRUIK

Cannabis (hasj en weed) is van alle drugs de meest gebruikte in Nederland. Cannabisgebruikers ervaren cannabis vaak als rustgevend, ontspannend en geestverruimend. Een hoge dosis kan angst, paniek en psychotische symptomen veroorzaken. De vraag naar cannabisgebruik is alleen aan de respondenten in de leeftijd van 16 tot en met 54 jaar gesteld.



figuur 5.5 Percentage 16 tot en met 54-jarigen dat cannabis gebruikte in de afgelopen vier weken uitgesplitst naar stad

In Amsterdam wordt bijna twee keer zo veel cannabis gebruikt als in de rest van de G4.

In totaal gaf 7% van de 16 tot en met 54-jarigen aan in de afgelopen vier weken cannabis te hebben gebruikt. Eén op de tien Amsterdammers van 16 tot met 54 jaar oud geeft aan in de afgelopen vier weken cannabis te hebben gebruikt en dit is bijna twee keer zo hoog als in de overige steden. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen naar achtergrondkenmerken tussen de steden.

Meer mannen dan vrouwen in de leeftijd van 16 tot en met 54 jaar gebruikten in de afgelopen vier weken cannabis. Naarmate de leeftijd stijgt, daalt het percentage cannabisgebruikers. Autochtonen gebruikten vaker cannabis dan allochtonen. Cannabisgebruik komt vaker voor bij mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen en bij ongehuwde (nooit gehuwd) en gescheiden mensen.

5.4 LICHAAMSBEWEGING

Wanneer een volwassene (18 tot en met 54 jaar) op minimaal vijf dagen in de week een half uur ten minste matig intensief beweegt, voldoet een persoon aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Voor 16 tot 18-jarigen is de norm strenger en voor 55-plussers is de norm iets soepeler. Bij matig intensieve lichaamsbeweging wordt de hartslag verhoogd, krijgt de persoon het warmer en gaat sneller ademen en bij zwaar intensieve lichaamsbeweging gaat de persoon zweten en raakt buiten adem.

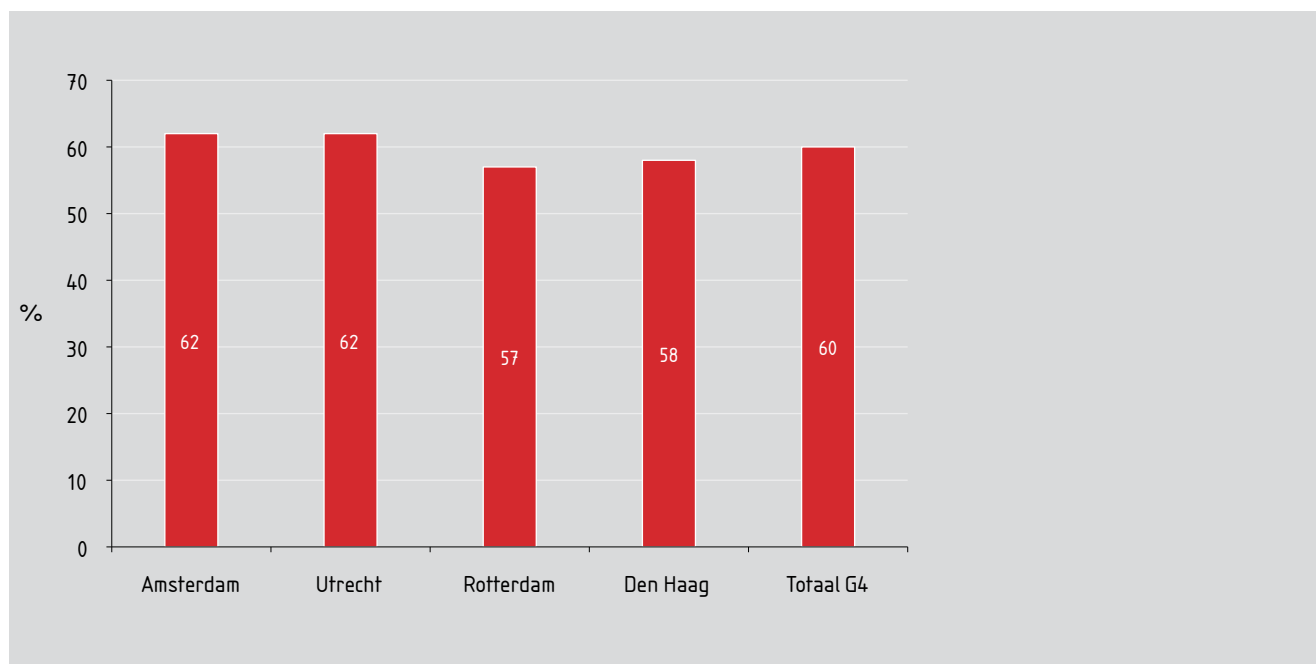
Regelmatig voldoende bewegen verlaagt het risico op coronaire hartziekten, diabetes mellitus type 2, een beroerte, osteoporose, dikkedarmkanker, borstkanker en depressie. Daarnaast heeft het een gunstig effect op onder andere het lichaamsgewicht, de bloeddruk, het vetpercentage en de botdichtheid en dit heeft weer een risicoverlagend effect op het krijgen van ziekten.

Zestig procent van de inwoners van de G4 geeft aan te voldoen aan de NNGB. Rotterdam en Den Haag hebben een lager percentage inwoners dat voldoet aan de NNGB. Alleen het verschil tussen Den Haag en de rest van de G4 wordt verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Ook in de sociale omgeving zijn er kansen en bedreigingen voor de gezondheid. Een veilige omgeving met veel sociale steun biedt kansen terwijl een onveilige omgeving met weinig sociale steun een bedreiging kan vormen voor de gezondheid.

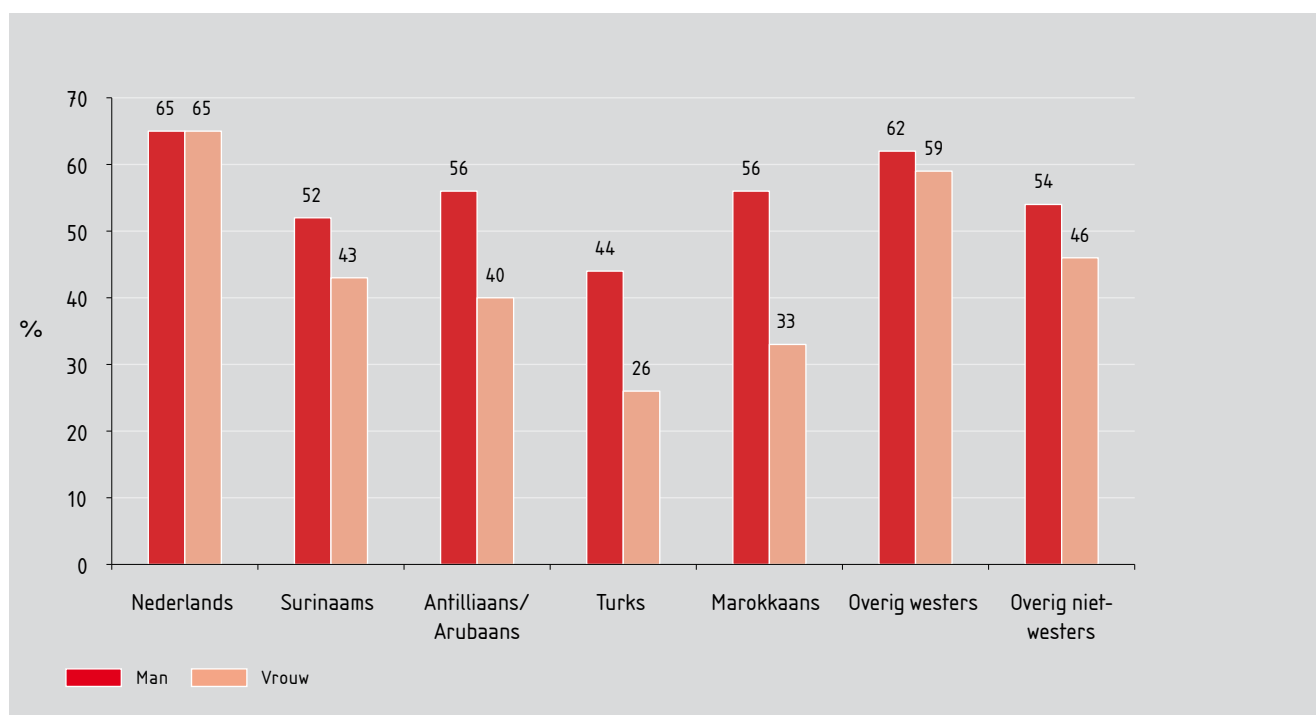
6.1 EENZAAMHEID

In de gezondheidsenquête is nagevraagd hoe eenzaam een persoon zich voelt. In feite is gemeten of er een verlangen is naar (meer, andere of betere) relaties. Hierbij is ervan uitgegaan dat eenzaamheid wordt veroorzaakt door een gebrek aan relaties. De uitkomsten zijn in vier groepen ingedeeld: niet eenzaam, matig eenzaam, ernstig eenzaam en zeer ernstig eenzaam. De laatste twee groepen worden samengevoegd tot de groep 'eenzamen'.

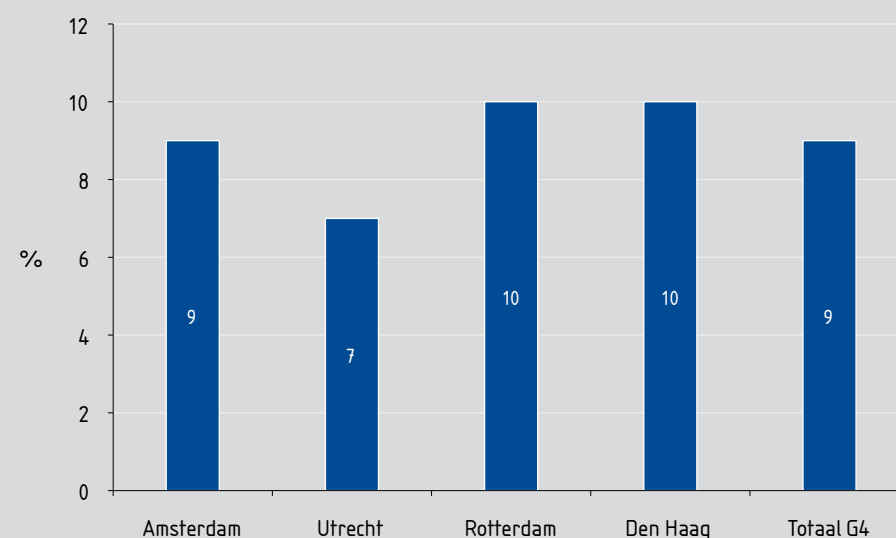


figuur 5.6 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen uitgesplitst naar stad

Mensen van 55 tot met 74 jaar voldoen vaker aan de norm dan mensen binnen andere leeftijdscategorieën. Allochtonen, en met name allochtone vrouwen, voldoen minder vaak aan de NNBG dan autochtonen (zie figuur 5.7). Het niet voldoen aan de NNBG komt ook vaker voor bij mensen die werkloos, arbeidsongeschikt, bijstandsgerechtigd of huisvrouw/huisman zijn, weduw(en)(naren) en bewoners van wijken met achterstand.



figuur 5.7 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen uitgesplitst naar etniciteit en geslacht



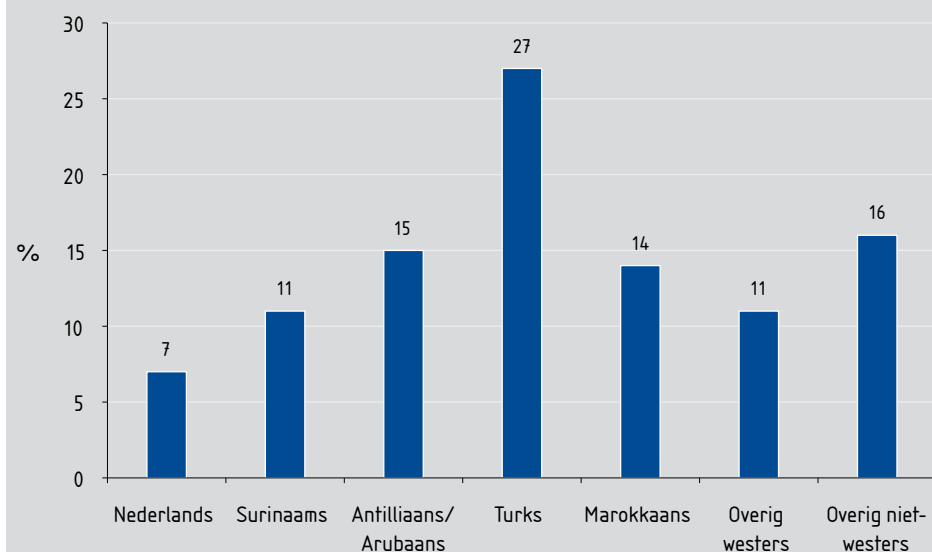
figuur 6.1 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat (zeer) ernstig eenzaam is uitgesplitst naar stad

Negen procent van de inwoners van de G4 voelt zich (zeer) ernstig eenzaam. In Utrecht is het percentage eenzame inwoners lager. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Eenzaamheid komt het vaakst voor bij 85-plussers en het minst bij 16 tot en met 34 jarigen. Allochtonen zijn vaker eenzaam dan autochtonen (zie figuur 6.2). Naarmate het opleidingsniveau lager is, komt eenzaamheid vaker voor.

Mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen, mensen zonder partner en bewoners van wijken met achterstand zijn vaker eenzaam.

1 op de 10 inwoners van de grote stad heeft ernstige eenzaamheidsgevoelens.

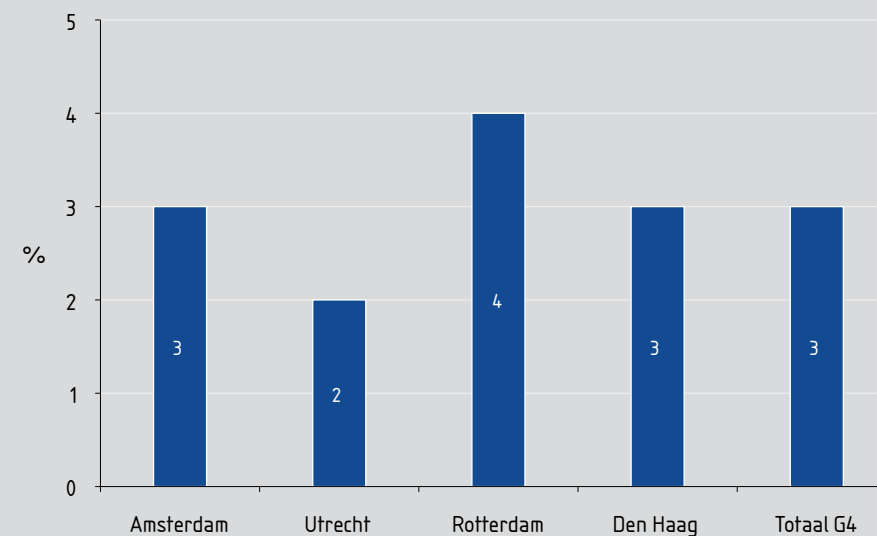


figuur 6.2 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat (zeer) ernstig eenzaam is uitgesplitst naar etniciteit

6.2 HUISELIJK GEWELD

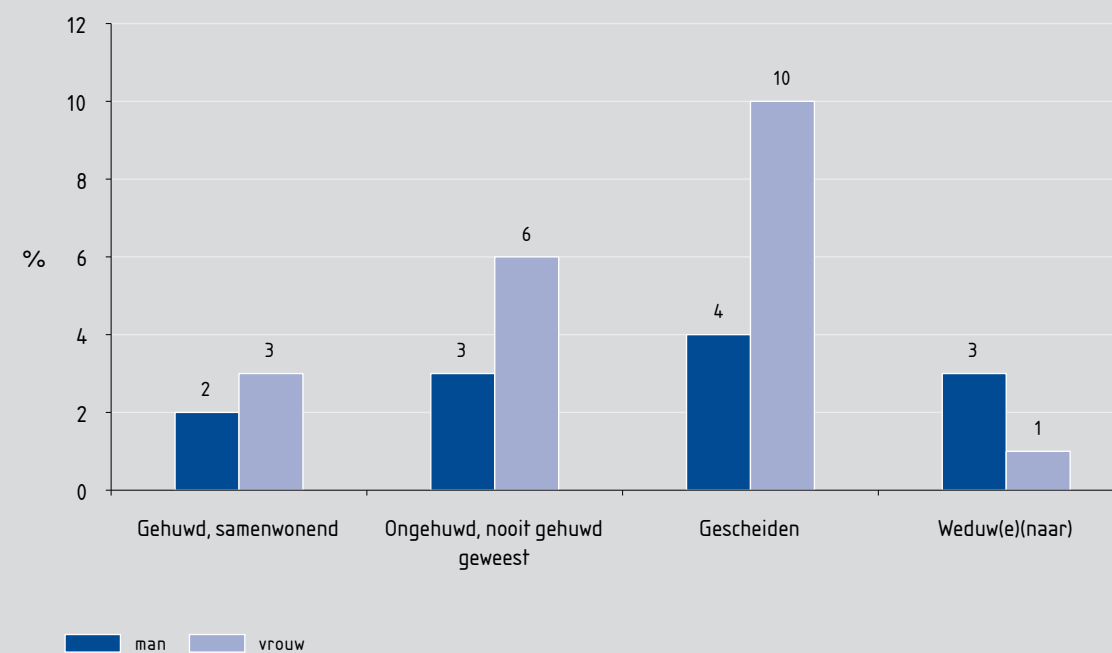
Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring wordt gepleegd (gezinsleden, familieleden, (voormalige) partners of huisvrienden). Het kan gaan om psychisch of emotioneel geweld (bijvoorbeeld getreiterd, gekleineerd of uitgescholden worden), lichamelijk geweld (bijvoorbeeld mishandeld, geschopt of geslagen worden), ongewenste seksuele toenadering (bijvoorbeeld seksueel getinte opmerkingen en ongewenst aangeraakt worden) of seksueel misbruik (aangerand of verkracht).

In de G4 geeft 3% van de inwoners van 16 jaar en ouder aan in de afgelopen vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. In Rotterdam is dit percentage hoger en in Utrecht lager. Alleen het verschil tussen Rotterdam en de andere steden wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.



figuur 6.3 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat aangeeft in de afgelopen vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld uitgesplitst naar stad

Vrouwen geven vaker aan in de afgelopen vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld dan mannen. Boven de leeftijd van 55 jaar is het percentage slachtoffers van huiselijk geweld lager. Huiselijk geweld wordt vaker aangegeven door mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen en mensen die ongehuwd (nooit gehuwd) of gescheiden zijn. Veel gescheiden vrouwen geven aan slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld (zie figuur 6.4).



figuur 6.4 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat aangeeft in de afgelopen vijf jaar slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld uitgesplitst naar burgerlijke staat en geslacht



7

Fysieke determinanten van gezondheid

De fysieke omgeving waarin iemand woont of werkt kan ook van invloed zijn op de gezondheid. In stedelijke gebieden kan bij schadelijke invloeden op de gezondheid onder andere gedacht worden aan geluidshinder.

7.1 GELUIDSHINDER

Te veel geluid in de woonomgeving veroorzaakt hinder en slaapverstoring. Na jarenlange blootstelling aan (zeer) hoge geluidsniveaus in de woon- en werkomgeving kunnen lichamelijke stressreacties leiden tot een hoge bloeddruk en daarmee tot hart- en vaatziekten.

Aan 16 tot en met 54-jarigen is gevraagd in hoeverre ze in het afgelopen jaar geluidshinder ondervonden van burens, verkeer op wegen waar je niet harder mag dan 50 km per uur, verkeer op wegen waar je harder mag dan 50 km per uur, sneltram/tram/metro, treinen, vliegtuigen, bedrijven/industrie, bromfietsen/scooters, bromgeluiden (van bijvoorbeeld ventilatoren) en bouw- en sloop activiteiten.

tabel 7.1

Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met geluidshinder uitgesplitst naar stad

	Amsterdam	Utrecht	Rotterdam	Den Haag	Totaal G4
	n=6.644	n=3.916	n=5.935	n=4.382	n=20.877
	%	%	%	%	%
Ernstig geluidshinder op één van de nagevraagde zaken	30	27	31	28	29
Geluidshinder op één van de nagevraagde zaken	71	69	69	66	69
Geluidshinder van ...					
bromfietsen/scooters	36	34	38	36	36
burens	33	32	36	34	34
verkeer tot 50 km per uur	22	33	32	29	27
bouw- en sloopactiviteiten	31	23	24	23	26
verkeer boven 50 km per uur	11	18	20	15	15
vliegtuigen	25	5	10	6	14
tram, sneltram en metro	15	2	15	16	13
bromgeluiden	15	10	13	12	13
treinen	8	11	8	5	8
bedrijven/industrie	7	5	8	5	7

Rood: percentage verschilt in negatieve zin van de rest van de steden
Groen: percentage verschilt in positieve zin van de rest van de steden



Van de inwoners van 16 tot en met 54 jaar ervaart 69% hinder van minimaal één geluidsbron. Bijna een derde van de inwoners ervaart ernstige geluidshinder van minimaal één geluidsbron. Bromfietsen/scooters, burens, verkeer op wegen van minder dan 50 km per uur en bouw- en sloopactiviteiten worden het vaakst genoemd als bronnen van geluidshinder.

In Amsterdam is het percentage inwoners dat geluidshinder heeft van bouw- en sloopactiviteiten en vliegtuigen (door Schiphol) hoger. Geluidshinder van verkeer op wegen tot 50 km per uur en wegen boven de 50 km per uur is in Amsterdam juist lager. De verschillen tussen Amsterdam en de rest van de steden worden niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn. In Utrecht is de geluidshinder van trams, sneltram of metro lager. De verklaring hiervoor is dat er in Utrecht naar verhouding zeer weinig trams rijden en er geen metro is.

Mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen en bewoners van wijken met achterstand geven vaker aan ernstige geluidshinder te ervaren.

8

Zorg

8.1 CONTACT MET ZORGVERLENERS

Of een persoon gebruik maakt van zorg is afhankelijk van een aantal verschillende zaken, zoals de (on) gezondheid van de persoon, het zorgaanbod in de omgeving, de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit van de zorg en het vertrouwen van de persoon in de zorg.

De meeste inwoners van de G4 geven aan in het afgelopen jaar contact te hebben gehad met de huisarts en met de tandarts. Daarna volgt de medisch specialist waarmee ruim een derde van de inwoners contact had. Meer dan een kwart van de inwoners geeft aan contact te hebben gehad met een paramedicus en één op de tien geeft aan contact te hebben gehad met GGZ of maatschappelijk werk. Ten slotte geeft 4% aan contact te hebben gehad met thuiszorg.

In Den Haag hadden meer inwoners contact met de huisarts en in Utrecht minder. Deze verschillen worden verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn. In Utrecht hadden daarentegen meer mensen in het afgelopen jaar contact met de tandarts. Dit verschil wordt ook verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn. Contact met een medisch specialist komt in Den Haag vaker voor. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn.

Over het algemeen hebben vrouwen vaker contact met zorgverleners dan mannen. Naarmate de leeftijd stijgt, is er vaker contact met zorgverleners. Een logische uitzondering hierop is de tandarts, omdat ouderen vaker een kunstgebit hebben. Naarmate het opleidingsniveau daalt, neemt het contact met de huisarts en de thuiszorg toe en neemt het contact met de tandarts af. Mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen hebben over het algemeen vaker contact met zorgverleners.

tabel 8.1

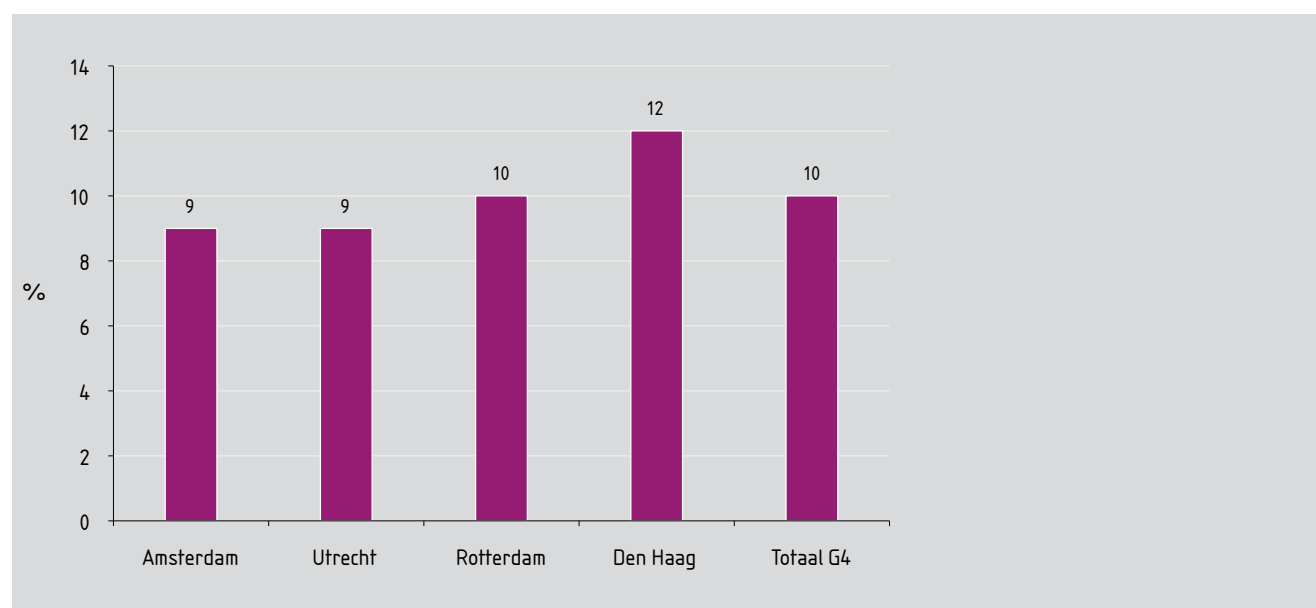
Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat in het afgelopen jaar contact heeft gehad met zorgverleners uitgesplitst naar stad

	Amsterdam	Utrecht	Rotterdam	Den Haag	Totaal G4
	n=6.644	n=3.916	n=5.935	n=4.382	n=2.0877
In het afgelopen jaar contact met:	%	%	%	%	%
Huisarts	74	71	74	77	74
Tandarts	68	71	67	67	68
Medisch specialist	37	34	35	42	37
Paramedicus	26	26	24	27	26
GGZ of maatschappelijk werk	11	9	9	11	10
Thuiszorg	3	4	5	5	4

Rood: percentage verschilt in negatieve zin van de rest van de steden
Groen: percentage verschilt in positieve zin van de rest van de steden

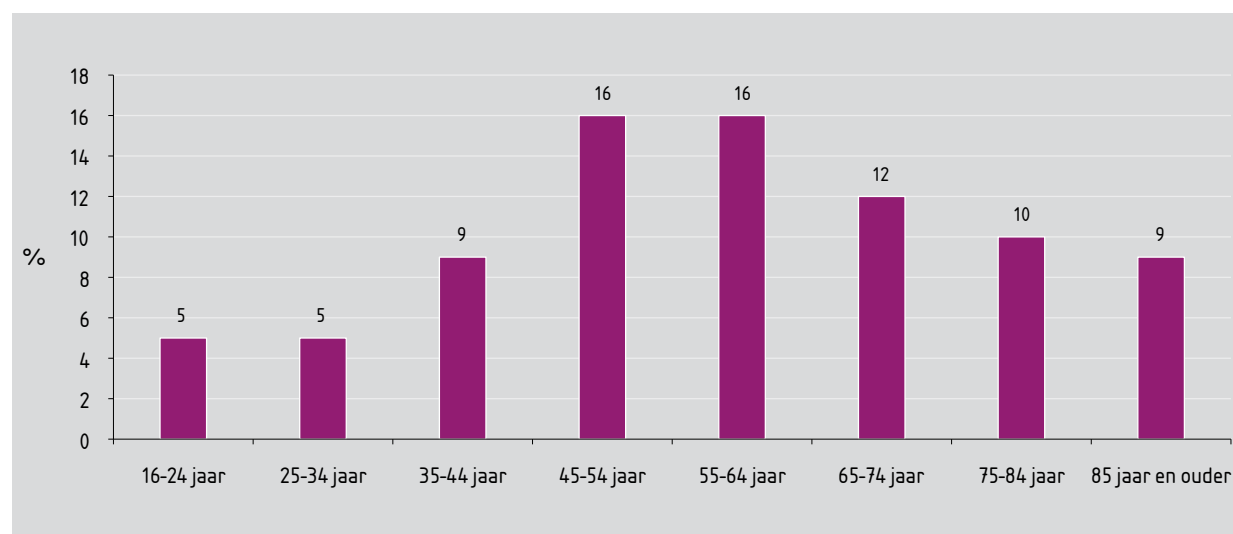
8.2 MANTELZORG GEVEN

Mantelzorg is de zorg die een persoon geeft aan een bekende uit de omgeving, zoals de partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bijvoorbeeld bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer en geldzaken regelen. Mantelzorg is niet betaald.



figuur 8.1 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat momenteel mantelzorg geeft uitgesplitst naar stad

In de G4 geeft één op de tien inwoners van 16 jaar en ouder momenteel mantelzorg. Ongeveer zes op de tien mensen die aangeeft momenteel mantelzorg te geven, doet dit minimaal drie uur in de week. In Den Haag is het percentage inwoners dat aangeeft momenteel mantelzorg te geven hoger dan in de rest van de G4. Dit verschil wordt niet verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken die er tussen de steden zijn. Vrouwen geven vaker aan momenteel mantelzorg te geven dan mannen. Mensen in de leeftijd van 45 tot en met 64 jaar geven het vaakst aan momenteel mantelzorg te geven (zie figuur 8.2). Mensen die niet rondkomen van het huishoudinkomen, gehuwde of samenwonende mensen en Marokkanen geven ook vaker aan momenteel mantelzorg te geven.



figuur 8.2 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat momenteel mantelzorg geeft uitgesplitst naar leeftijd

9

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Dat er in Nederland verschillen in gezondheid zijn naar sociaal-economische status (SES) is bekend. Mensen met een lagere SES hebben over het algemeen een minder goede gezondheid dan mensen met een hogere SES. Zo is bijvoorbeeld de levensverwachting van mannen met alleen lager onderwijs 72,2 jaar en van mannen met een HBO- of wetenschappelijke opleiding gemiddeld 79,1 jaar; een verschil van bijna 7 jaar. In dit hoofdstuk wordt, na een opsomming van de verschillen in bevolkingssamenstelling tussen wijken met en zonder achterstand, een aantal opvallende gezondheidsverschillen tussen wijken met en zonder achterstand besproken. Daarna wordt ingegaan op sociaal-economische gezondheidsverschillen. Indicatoren hiervoor zijn opleidingsniveau, financiële situatie en werksituatie.

9.1 SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN WIJKEN MET EN ZONDER ACHTERSTAND

In de G4 hebben de inwoners van wijken met achterstand een lagere SES dan in wijken zonder achterstand. In wijken met achterstand is het percentage inwoners met alleen lager onderwijs twee keer zo hoog en het percentage inwoners met een HBO- of wetenschappelijke opleiding is bijna twee keer zo laag (zie figuur 9.1). Daarnaast hebben in wijken met achterstand minder inwoners betaald werk en meer inwoners zijn werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd. Ten slotte wonen in wijken met achterstand meer mensen die niet kunnen rondkomen van hun huishoudinkomen. Deze mensen moeten spaarmiddelen aanspreken of schulden maken.



figuur 9.1 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder opgesplitst naar opleidingsniveau en wijkindeling

De lagere sociaal-economische status in de wijken met achterstand zorgt voor grotere gezondheidsproblemen. De gezondheidsverschillen tussen wijken met en zonder achterstand zijn groter dan de verschillen in gezondheid tussen de vier steden.

Zo geeft in wijken met achterstand 24% van de inwoners aan hun gezondheid als matig of slecht te ervaren tegenover 14% van de inwoners van wijken zonder achterstand. Diabetes komt in wijken met achterstand vaker voor dan in wijken zonder achterstand. Daarnaast komt in wijken met achterstand (zeer) ernstige eenzaamheid vaker voor en hebben meer inwoners een hoog risico op een depressie of angststoornis. Ook laten wijken met achterstand negatievere uitkomsten zien in de leefstijl. In wijken met achterstand wordt vaker gerookt. Ook hebben inwoners van wijken met achterstand vaker overgewicht en voldoen minder inwoners aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. De gezondheidsverschillen tussen wijken met en zonder achterstand zijn niet geheel toe te schrijven aan de verschillen in de achtergrondkenmerken.



tabel 9.1

Indicatoren en determinanten van gezondheid uitgesplitst naar stad en wijkindeling

	Amsterdam		Utrecht		Rotterdam		Den Haag		Totaal G4	
	Wijken met achterstand	Wijken zonder achterstand	Wijken met achterstand	Wijken zonder achterstand	Wijken met achterstand	Wijken zonder achterstand	Wijken met achterstand	Wijken zonder achterstand	Wijken met achterstand	Wijken zonder achterstand
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ervaren gezondheid (matig of slecht)	22	14	24	11	24	16	27	17	24	14
Suikerziekte, diabetes	7	5	8	5	7	5	11	7	8	5
Roken	29	26	28	23	31	26	30	27	30	26
Overgewicht (BMI >= 25)	45	38	50	35	48	48	49	46	47	41
Beweging (voldoen aan beweegnorm)	53	65	58	63	55	59	51	62	54	62
(Zeer) ernstige eenzaamheid	13	8	12	6	12	9	15	8	13	8
Hoog risico op depressie of angststoornis	10	5	9	4	9	7	15	7	11	6

Vetgedrukte percentages van de wijken met achterstand zijn significant verschillend van de wijken zonder achterstand (hierbij is geen rekening gehouden met de achtergrondkenmerken).

Tabel 9.1 laat gezondheidsverschillen tussen de wijken met en zonder achterstand voor de vier afzonderlijke steden zien. Bijna alle verschillen die er zijn tussen wijken met en zonder achterstand op G4-niveau zijn ook op stadsniveau aanwezig. Alleen voor overgewicht gaat dit niet op. In Rotterdam en in Den Haag is er geen verschil in het voorkomen van overgewicht tussen wijken met en zonder achterstand.

Het opleidingsniveau, de werksituatie en de financiële situatie van een persoon bepalen grotendeels zijn sociaal-economische status. De verschillen tussen sociaal-economische groepen in het vervolg van dit hoofdstuk worden veelal niet verklaard door de verschillen die er zijn in achtergrondkenmerken; alleen wanneer een verschil wel verklaard wordt, zal dit worden vermeld.

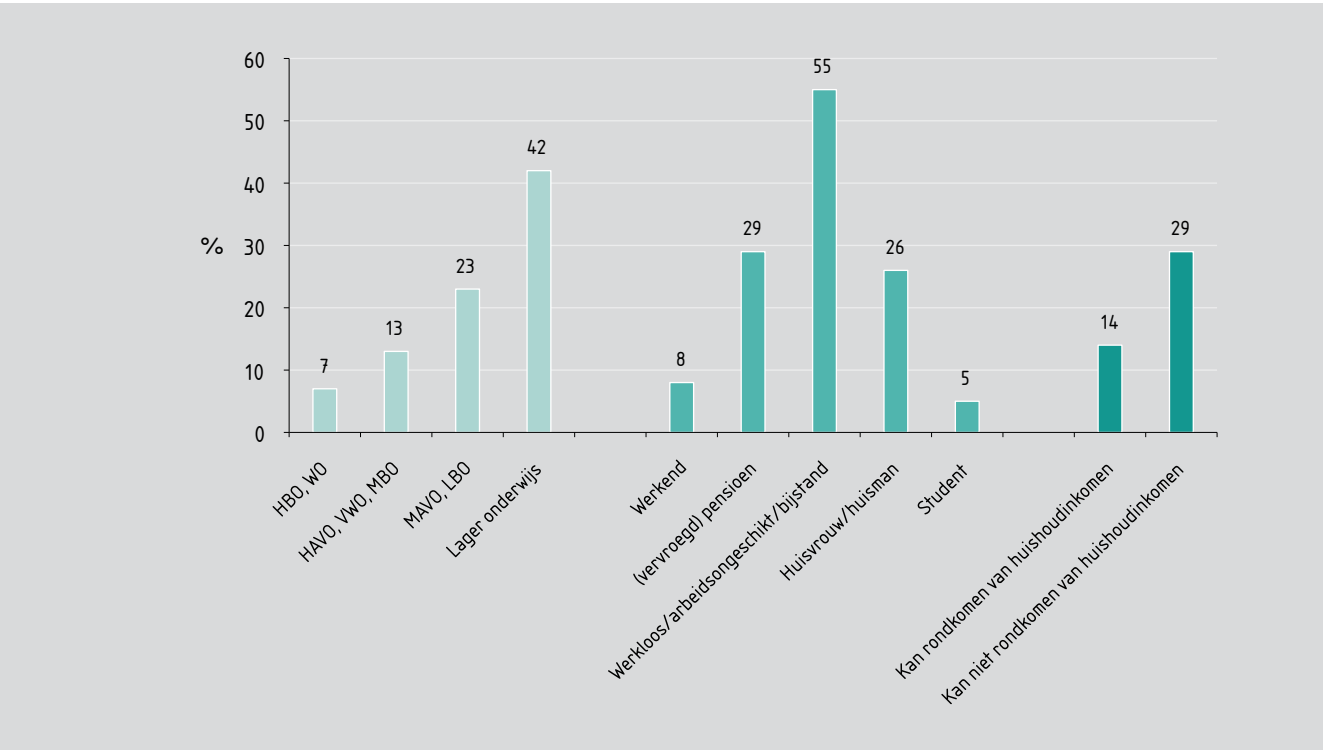
Hieronder zullen de gezondheidsonderwerpen besproken worden waarvoor de grootste sociaal-economische gezondheidsverschillen bestaan. Een aantal van deze onderwerpen zijn als speerpunten aangegeven in de preventienota ‘Kiezen voor gezond leven’ van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, namelijk: diabetes, overgewicht, depressie en roken.

9.3.1 Ervaren gezondheid

Van de mensen met alleen lager onderwijs ervaart maar liefst 42% de gezondheid als matig of slecht en van de mensen met een HBO- of wetenschappelijke opleiding ervaart slechts 7% de gezondheid als matig of slecht (zie figuur 9.2).

Van de mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, ervaart 55% hun gezondheid als matig of slecht. Dit percentage is onder mensen die werken (betaald) aanzienlijk lager, namelijk 8%.

Daarnaast ervaren mensen die niet kunnen rondkomen van hun huishoudinkomen hun gezondheid vaker als matig of slecht dan mensen die wel kunnen rondkomen van hun huishoudinkomen.



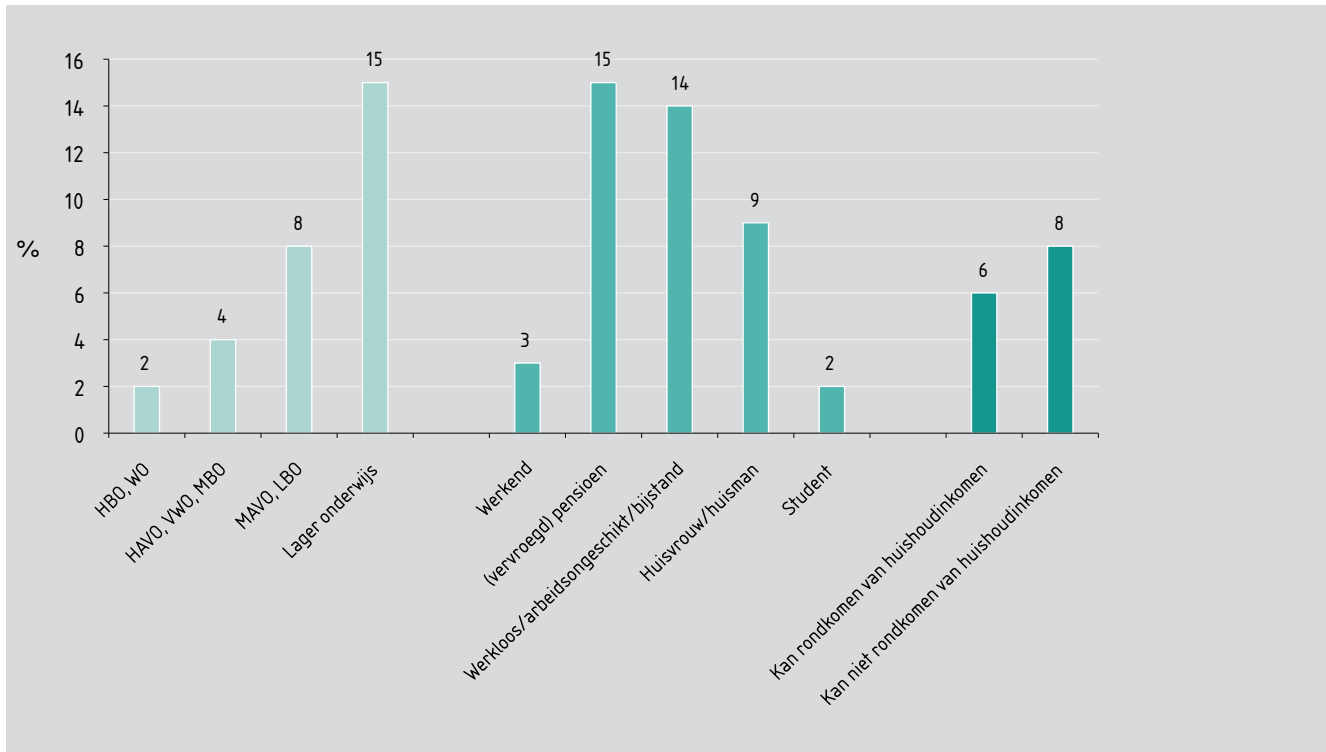
figuur 9.2 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met een matig of slecht ervaren gezondheid uitgesplitst naar opleidingsniveau, werksituatie en financiële situatie

9.3.2 Diabetes

Diabetes komt het vaakst voor bij mensen met alleen lager onderwijs (zie figuur 9.3). In deze groep laag opgeleide inwoners bevinden zich veel ouderen, maar ook wanneer er rekening wordt gehouden met leeftijd en andere achtergrondkenmerken hebben mensen met alleen lager onderwijs vaker diabetes.

Ook oudere inwoners die met (vervroegd) pensioen zijn, hebben vaker diabetes. Echter als er rekening wordt gehouden met de verschillen naar achtergrondkenmerken is er geen verschil in het voorkomen van diabetes tussen mensen die werken en mensen die met (vervroegd) pensioen zijn. Diabetes komt wel vaker voor bij mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn.

Ten slotte hebben mensen die niet kunnen rondkomen van het huishoudinkomen vaker diabetes dan mensen die wel kunnen rondkomen.



figuur 9.3 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met diabetes uitgesplitst naar opleidingsniveau, werksituatie en financiële situatie

9.3.3 Overgewicht

Naarmate het opleidingsniveau stijgt, komt overgewicht minder vaak voor (zie figuur 9.4). Overgewicht komt bij mensen met alleen lager onderwijs bijna twee keer zo vaak voor dan bij mensen met een HBO- of wetenschappelijke opleiding. Opvallend is het grote verschil in het vóórkomen van obesitas; van de mensen met alleen lager onderwijs heeft bijna een kwart obesitas en van de mensen met een HBO- of wetenschappelijke opleiding heeft slechts 5% obesitas.

Werkende mensen hebben minder vaak overgewicht dan mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn.

Van de werklozen, arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden heeft 1 op de 5 obesitas.

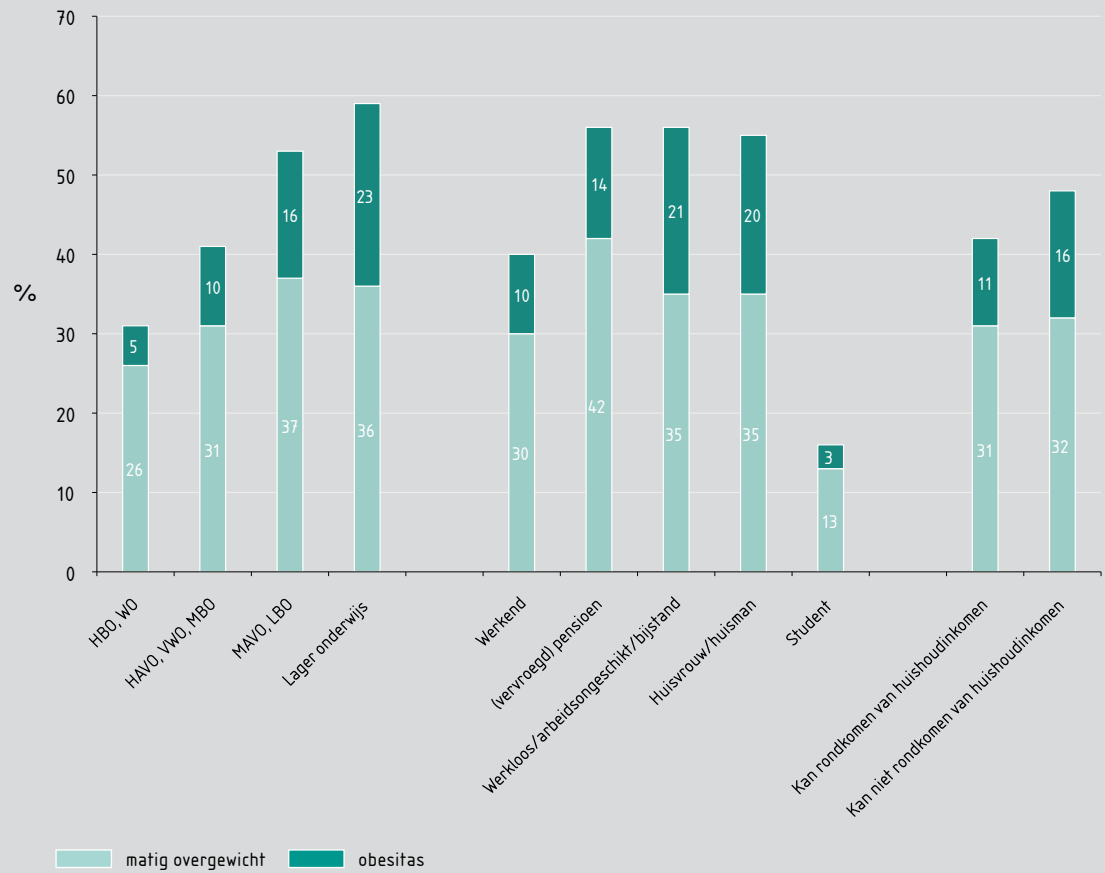
Werklozen, arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden hebben een relatief groot risico op een depressie of angststoornis.

Opvallend is dat binnen deze laatste groep er naar verhouding veel obesitas voorkomt; 21% van de mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, heeft obesitas. Het hoge percentage obesitas bij de huisvrouwen en –mannen wordt verklaard door de verschillen in de achtergrondkenmerken.

Mensen die niet rondkomen van hun huishoudinkomen hebben vaker overgewicht dan mensen die wel kunnen rondkomen van het huishoudinkomen.

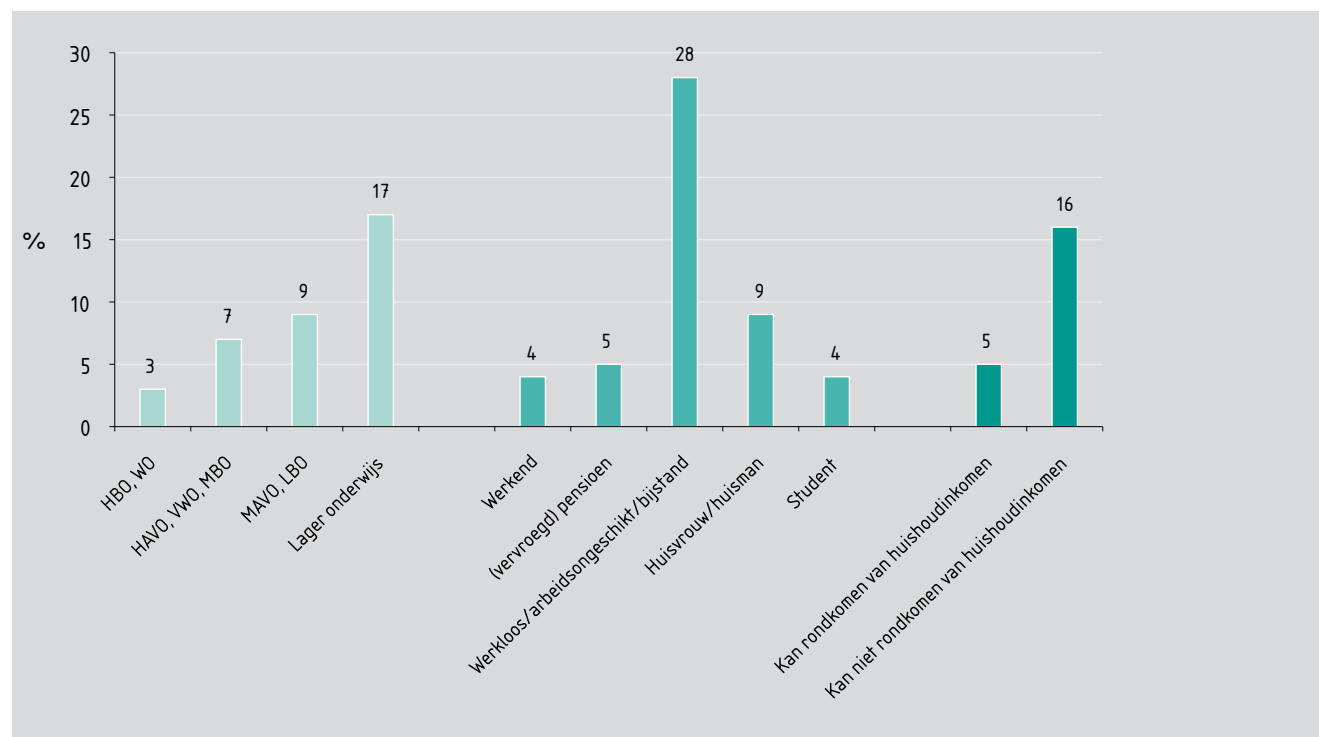
9.3.4 Risico op een depressie of een angststoornis

Naarmate het opleidingsniveau lager wordt, stijgt het percentage mensen met een hoog risico op een depressie of een angststoornis (zie figuur 9.6).



figuur 9.4 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met overgewicht (matig overgewicht en obesitas) uitgesplitst naar opleidingsniveau, werksituatie en financiële situatie

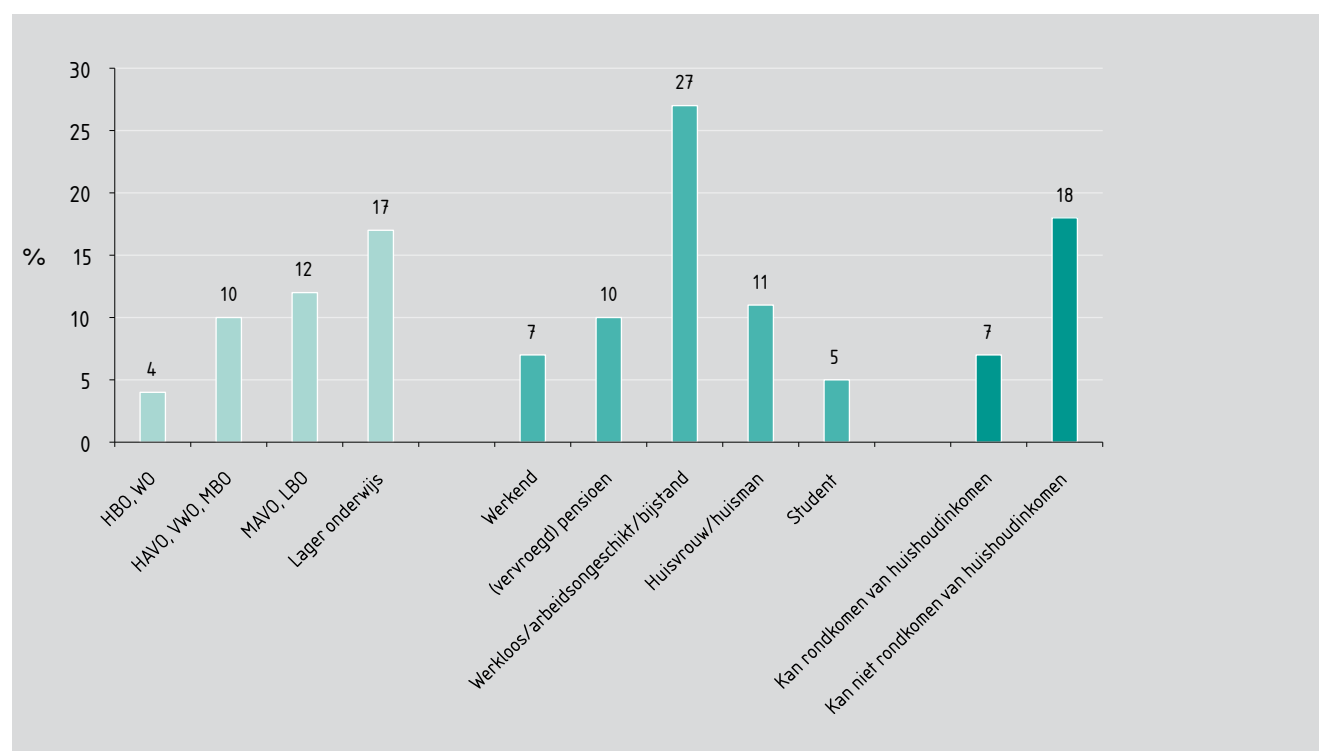
Ook de financiële situatie laat verschillen zien, namelijk: mensen die niet kunnen rondkomen van hun huishoudinkomen hebben vaker een hoog risico op een depressie of angststoornis. Grote uitschieter is de groep mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn; maar liefst 28% van hen heeft een hoog risico op een depressie of een angststoornis.



figuur 9.5 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met een hoog risico op een depressie of angststoornis uitgesplitst naar opleidingsniveau, werksituatie en financiële situatie

9.3.5 Eenzaamheid

Naarmate mensen een hoger opleidingsniveau hebben, voelen zij zich minder eenzaam (zie figuur 9.5). Van de mensen met alleen lager onderwijs voelt 17% zich eenzaam tegenover 4% van de mensen met een HBO- of wetenschappelijke opleiding.



figuur 9.6 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat (zeer) ernstig eenzaam is uitgesplitst naar opleidingsniveau, werksituatie en financiële situatie

Zevenentwintig procent van de mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, voelt zich eenzaam en dit is hoger dan in de andere subgroepen.

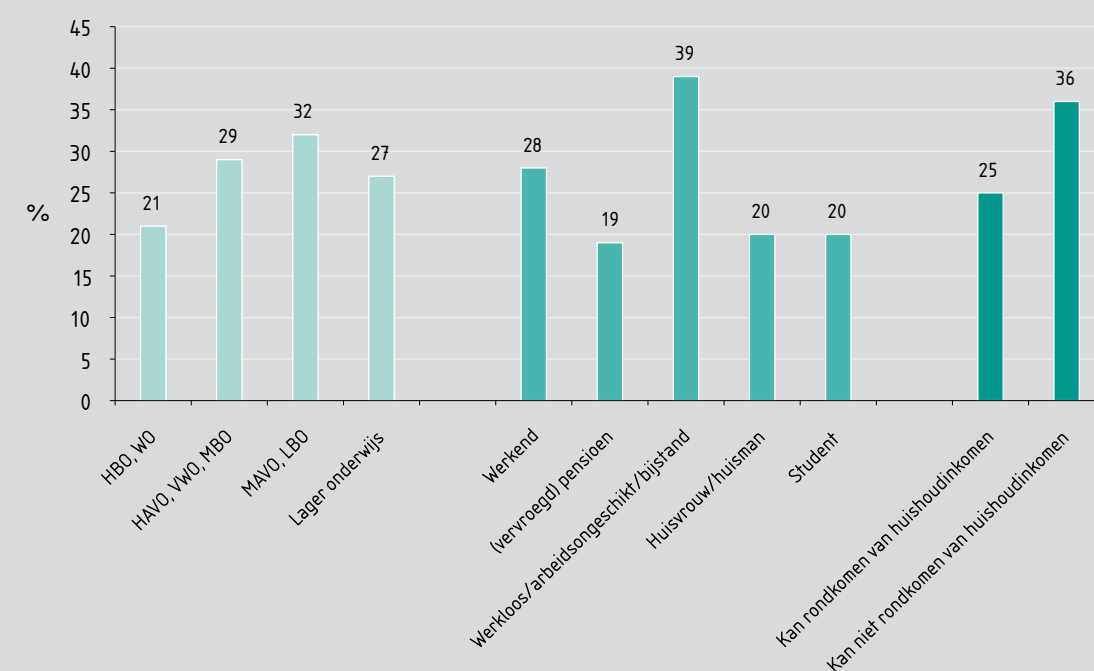
Daarnaast komt eenzaamheid vaker voor bij mensen die niet kunnen rondkomen van hun huishoudinkomen dan bij mensen die wel kunnen rondkomen.

9.3.6 Roken

Mensen met een HBO- of wetenschappelijke opleiding roken minder dan inwoners met een lagere opleiding (zie figuur 9.7).

Ook de financiële situatie laat verschillen zien. Mensen die niet kunnen rondkomen van hun huishoudinkomen roken vaker dan mensen die wel kunnen rondkomen van hun inkomen.

Van de mensen die werkloos, arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn, geven twee op de vijf mensen aan wel eens te roken. Dit percentage is twee keer zo laag bij de huisvrouwen en –mannen, de studenten en de mensen die met (vervroegd) pensioen zijn en ook nog aanzienlijk lager bij de mensen met betaald werk.



figuur 9.7 Percentage inwoners van 16 jaar en ouder dat wel eens rookt uitgesplitst naar opleidingsniveau, werksituatie en financiële situatie



10

Beschouwing en conclusies

Dit rapport beschrijft de hoofdresultaten van een uniek samenwerkingsverband tussen de GGD'en van de vier grote steden. Voor het eerst zijn gelijktijdig en op uniforme wijze gegevens verzameld over de gezondheid van de inwoners van de G4. Voordat de hoofdresultaten kort worden besproken, wordt er ingegaan op enkele aspecten van de methodologie.

De intensieve methode van benadering van inwoners om de respons op de enquête te optimaliseren bleek een succes gezien de hoge respons van 50%. Deelnemers aan de enquête werden meerdere malen via post, telefoon en door middel van huis-aan-huis bezoeken gevraagd om deel te nemen aan de enquête. Daarnaast werd hulp geboden bij het invullen van de enquête, indien gewenst in de eigen taal. Bijna 21.000 inwoners van 16 jaar en ouder uit de vier steden hebben in het voorjaar van 2008 een gezondheidsenquête ingevuld. De substantiële omvang van de groep respondenten zorgt ervoor dat verschillen tussen steden en sociaal-economische groepen op een statistisch betrouwbare wijze aangetoond kunnen worden.

De respons in de afzonderlijke steden was vergelijkbaar in grootte. Dit is belangrijk en maakt een vergelijking tussen de steden mogelijk. Er zijn namelijk geen aanwijzingen dat de selectieve non-respons verschilt tussen de steden. Dit neemt niet weg dat selectiviteit in de non-respons de schatting van het voorkomen van gezondheidsproblemen in het algemeen beïnvloed kan hebben.

Bij enquêteonderzoek is er per definitie sprake van zelfrapportage. Gevolg hiervan is dat de exacte grootte van de gezondheidsproblematiek niet vast te stellen is. Dit is namelijk zeer afhankelijk van de vragen die gesteld zijn in de enquête. De verschillen tussen de steden zijn echter wel betrouwbaar, immers in iedere stad zijn dezelfde vragen gesteld. Daarnaast is de kracht van enquêteonderzoek (zelfrapportage) dat gegevens verzameld kunnen worden over onderwerpen die niet via andere methoden op grote schaal te verkrijgen zijn. Voorbeelden zijn onderwerpen als gevoelens van eenzaamheid en opinies over de leefomgeving.

Op basis van het huidige onderzoek is het niet mogelijk om aan te geven of de gezondheidsproblematiek in de vier grote steden in omvang is toegenomen of afgenomen. Om trends vast te stellen is periodieke herhaling van de gezondheidsenquête noodzakelijk.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat er grote en diverse gezondheidsproblemen bestaan in de G4. Gezondheid en ziekte zijn niet gelijk verdeeld in Nederland. Het is bekend dat de gezondheid van de bewoners van de grote steden minder goed is dan in de rest van Nederland. Zo is bijvoorbeeld de levensverwachting (het aantal verwachte levensjaren bij de geboorte) voor de G4 lager dan de gemiddelde levensverwachting voor Nederland.

Er bestaan weliswaar verschillen in de gezondheidstoestand tussen de vier grote steden, maar de meeste van deze verschillen zijn relatief klein. Er is wel een tendens dat de gezondheidsproblematiek in Amsterdam en Utrecht wat kleiner is dan die in Rotterdam en Den Haag. De gezondheidsverschillen tussen de vier steden worden deels verklaard door verschillen in de bevolkingssamenstelling van de vier steden. Nadere analyse zal moeten uitwijzen wat andere verklaringen kunnen zijn voor de gevonden gezondheidsverschillen. Het bestaan van stadsverschillen geeft een indicatie dat voor die gezondheidsproblemen gezondheidswinst kan worden geboekt.

De verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische groepen zijn vele malen groter dan de verschillen in gezondheid tussen de vier steden. Onder bewoners met een lage sociaal-economische status is de gezondheidsproblematiek fors groter. Dit geldt ook voor bewoners uit wijken met achterstand ten opzichte van bewoners uit wijken zonder achterstand. Deze sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn van vergelijkbare omvang in de afzonderlijke steden.

Ondanks dat de wijze van implementatie van gezondheidsbeleid in de vier steden varieert laat dit onderzoek geen opzienbarende verschillen zien in de gezondheidstoestand, noch in de omvang van de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een gezondheidsenquête is ook niet het juiste instrument om effect van gemeentelijk gezondheidsbeleid aan te tonen, laat staan het verschil in effect van beleid tussen de steden. Wel kunnen de resultaten van deze gezondheidsenquête gebruikt worden om gezondheidsbeleid verder te onderbouwen, voor prioriteitstelling van specifieke gezondheidsthema's en van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Samengevat worden op basis van de G4 gezondheidsenquête de volgende drie hoofdconclusies getrokken:

1. Er bestaan aanzienlijke en diverse gezondheidsproblemen in de vier grote steden, die aanknopingspunten bieden voor ontwikkeling, voortzetting en intensivering van lokaal gezondheidsbeleid.
2. Er bestaan over het algemeen slechts kleine verschillen in de gezondheidstoestand tussen de vier steden, die deels verklaard worden door verschillen in bevolkingsopbouw tussen de steden.
3. Er zijn grote sociaal-economische verschillen in gezondheid en determinanten daarvan. Deze sociaal-economische gezondheidsverschillen bestaan in alle vier de steden en zijn vergelijkbaar van omvang.

Bewoners van de grote stad met een lage sociaal-economische status zijn veel minder gezond dan hun stadsgenoten met meer inkomen en een hogere opleiding.

Literatuur

Inleiding

Van der Lucht F, Verkleij H. Gezondheid in de grote stad. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002.

Risico op een depressie of een angststoornis

Spijker J (Trimbos-instituut), Schoemaker C (RIVM). Wat is depressie en wat zijn de gevolgen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.

Balkom AJLM van (Valerius), Dyck R van (Valerius), Schoemaker C (RIVM). Wat zijn angststoornissen en wat zijn de gevolgen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Angststoornissen, 13 december 2005.

Overgewicht

Visscher TLS (VUmc), Schoemaker C (RIVM). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht en ondergewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Gezondheidsdeterminanten\ Persoonsgebonden\ Lichaamsgewicht, 22 september 2008.

Roken

Gelder BM van (RIVM), Hoogenveen RT (RIVM), Leent-Loenen HMJA van (RIVM). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 25 september 2007.

Alcoholgebruik

Kuunders MMAP (RIVM), Laar MW van (Trimbos-instituut). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Alcoholgebruik, 13 december 2007.

Cannabisgebruik

Trimbos-instituut. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2005. Utrecht; 2005.

Beweging

Wendel-Vos GCW (RIVM). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke activiteit? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Lichamelijke activiteit, 23 september 2008.

Geluidshinder

Passchier-Vermeer W (TNO Inro). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van geluid? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Gezondheidsdeterminanten\ Omgeving\ Milieu\ Geluid, 17 mei 2005.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Verweij A (RIVM). Wat is de huidige situatie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.nationaalkompas.nl>) Bevolking\ Segv, 12 mei 2009.

Miniserie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Den Haag; 2006

Beschouwingen en conclusies

Hertog FRJ den (RIVM). Levensverwachting bij geboorte per gemeente 2003-2006. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, (<http://www.zorgatlas.nl>) Gezondheid en ziekte\ (Gezonde) levensverwachting, 29 juni 2009.



Bijlagen

Bijlage 1 Steekproef

Iedere stad heeft gekozen voor een gestratificeerde steekproef waarbij de gehele groep inwoners van 16 jaar en ouder in een aantal subpopulaties is verdeeld. Vervolgens is uit elke subpopulatie op aselechte wijze een steekproef getrokken. Op deze manier kunnen achteraf de verschillende subpopulaties makkelijker met elkaar vergeleken worden. Amsterdam heeft zijn steekproef gestratificeerd naar stadsdeel en leeftijd. Daarnaast is als ophoging een extra aselechte steekproef getrokken voor de wijken met achterstand. Utrecht heeft een gestratificeerde steekproef naar wijk getrokken. In Rotterdam is de steekproef gestratificeerd naar leeftijd. Als ophoging zijn extra steekproeven getrokken onder 16 tot en met 18-jarigen, Kaapverdianen/Antillianen en binnen bepaalde deelgemeenten en buurten. In Den Haag is de steekproef gestratificeerd naar stadsdeel. Daarnaast is als ophoging een extra steekproef gedaan voor de wijken met achterstand. Uiteindelijk zijn er 42.686 inwoners van de G4 door middel van de steekproeven geselecteerd om betrokken te worden in het onderzoek.

Bijlage 2 Moeilijk bereikbare groepen

Rotterdam

- Inwoners van 16 tot 55 jaar die wonen in buurten die bij de Rotterdamse gezondheidsenquête 2005 een lage respons (<50%) hadden (Oude Westen, Cool, CS Kwartier, Nieuwe Werk, Dijkzigt, Tussendijken, Spangen, Liskwartier, Oude Noorden, Nieuw Crooswijk, Struisenburg, Zestienhoven, Landzicht, Tarwewijk, Carnisse, Pendrecht, Hillesluis, Lombardijen, Afrikaanderwijk, Feijenoord, Hoogvliet Noord)
- Inwoners van 55 jaar en ouder die in Turkije of in Marokko geboren zijn

Amsterdam

- Inwoners van 16 jaar en ouder die wonen in wijken met achterstand en Amsterdammers die in Marokko zijn geboren (vanaf het tweede rappel werden alle Amsterdammers die in Turkije zijn geboren toegevoegd aan de moeilijk bereikbare groepen, vanwege de lage respons tot dat moment)

Utrecht

- Inwoners van 16 jaar en ouder die wonen en één van de GSB-wijken (Noordwest, Overvecht, Zuid en Zuidwest)

* GSB-wijken zijn wijken die in het grotestedenbeleid zijn aangewezen als prioritaire wijken voor het aanpakken van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Den Haag

- Inwoners van 16 jaar en ouder die wonen in de wijken met achterstand
- Inwoners van 16 jaar en ouder met geboorteland Turkije of Marokko

Bijlage 3 Representativiteit naar achtergrondkenmerken van de bevolking en de onderzoekspopulatie van 16 jaar en ouder

	Rotterdam		Amsterdam		Utrecht		Den Haag		Totaal G4	
Achtergrond-kenmerken	Totale bevolking¹ %	Onderzoeks-populatie² %	Totale bevolking¹ %	Onderzoeks-populatie² %	Totale bevolking¹ %	Onderzoeks-populatie² %	Totale bevolking¹ %	Onderzoeks-populatie² %	Totale bevolking¹ %	Onderzoeks-populatie² %
	n=467.361	n=5.935	n=622.433	n=6.644	n=244.200	n=3.916	n=378.721	n=4.382	n=1.712.715	n=20.877
Geslacht										
Man	48,2	45,3	48,8	41,1	47,7	42,5	48,7	44,2	48,5	43,2
Vrouw	51,8	54,7	51,2	58,9	52,3	57,5	51,3	55,8	51,5	56,8
Leeftijd										
16-24 jaar	15,3	20,6	14,1	6,7	19,2	14,5	13,8	10,4	15,1	12,9
25-34 jaar	19,1	14,2	22,3	12,0	25,7	25,9	19,7	18,0	21,3	16,5
35-44 jaar	18,4	15,3	20,9	11,7	19,6	19,2	20,3	18,4	19,9	15,6
45-54 jaar	16,0	14,9	16,7	10,0	13,4	14,8	16,5	17,6	16,0	13,9
55-64 jaar	13,2	16,3	12,5	18,5	9,8	12,3	13,3	16,0	12,5	16,2
65-74 jaar	8,9	10,6	7,0	11,1	6,5	8,0	8,0	9,6	7,6	10,1
75-84 jaar	6,4	6,4	4,6	23,3	4,2	4,0	5,8	7,6	5,3	11,6
85 jaar en ouder	2,6	1,7	1,9	6,7	1,6	1,2	2,6	2,3	2,2	3,3
Etniciteit										
Nederlands	57,5	65,8	54,0	67,7	71,2	76,5	56,2	62,6	57,9	67,8
Surinaams	8,5	6,5	8,9	5,6	2,5	2,3	9,5	8,7	8,0	5,9
Ant/Aru	2,8	2,6	1,5	0,8	0,8	0,6	2,2	1,6	1,9	1,5
Turks	6,8	5,6	4,5	4,0	3,8	3,5	6,0	6,1	5,4	4,8
Marokkaans	5,0	3,1	7,3	4,3	6,9	4,7	4,4	3,5	6,0	3,9
Ov. westers	10,7	8,6	15,2	12,4	10,7	9,2	14,3	11,7	13,1	10,6
Ov. niet-westers	8,7	7,7	8,6	5,2	4,0	3,2	7,5	5,8	7,7	5,6
Wijkindeling										
met achterstand	38,8	30,7	28,4	42,7	21,9	27,5	34,9	36,2	31,8	35,1
zonder achterstand	61,2	69,3	71,6	57,3	78,1	72,5	65,1	63,8	68,2	64,9

¹ GBA januari 2008 ² G4 Gezondheidsenquête 2008

Utrechtse wijken met achterstand
Overvecht, Kanaleneiland, Ondiep en Zuilen-oost

Haagse wijken met achterstand
Valkenboskwartier, Regentessekwartier, Stationsbuurt, Centrum, Groente en Fruitmarkt, Schilderswijk, Transvaalkwartier, Bouwlust/Vredelust, Morgenstond en Moerwijk

Bijlage 4 Wijken met achterstand

Rotterdamse wijken met achterstand

Oude Westen, Rubroek, Provenierswijk, Delfshaven, Bospolder, Tussendijken, Spangen, Nieuwe Westen, Middelland, Bergpolder, Oude Noorden, Nieuw Crooswijk, Oud Crooswijk, Kleinpolder, Tarwewijk, Carnisse, Zuidwijk, Oud Charlois, Zuidplein, Pendrecht, Vreewijk, Bloemhof, Hillesluis, Katendrecht en Afrikaanderwijk

Amsterdamse wijken met achterstand

Indische Buurt West, Sloterdijk, Landlust, Erasmuspark, De Kolenkit, De Krommert, Van Galenbuurt, Hoofdweg en omstreken, Volewijk, IJplein/Vogelbuurt, Nieuwendam-Noord, Banne Buiksloot, Spieringhorn, Slotermeer-Noordoost, Slotermeer-Zuidwest, Geuzenveld, Osdorp-Midden, Overtoomse Veld, Bijlmer Oost (E, G, K) en Transvaalbuurt





Colofon

De G4 Gezondheidsenquête is een uitgave van:



Gemeente Den Haag
Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn



Gemeente Utrecht



GGD
Rotterdam-Rijnmond



GGD Amsterdam

Oplage: 1.000 ex.

Foto's: Voorpagina (van links naar rechts): Anton van Daal, Edwin van Eis, Peter van Oosterhout, Jan van der Ploeg, Peter van Oosterhout en Willem Mes
Joop Reyngoud: Pagina II
Edwin van Eis: Pagina IV, VI, 17 en 62
Joost Bienenmann: Pagina XI
Anton van Daal: Pagina 12 en 42
Peter van Oosterhout: Pagina 14, 18, 32, 54, 58 en 61
Bert Spiertz: Pagina 24
Hannah Anthonysz: Pagina 44

Vormgeving: Narville b.v., Naaldwijk

Drukwerk: Total Dock Services b.v., Schiedam

Den Haag, november 2009