

Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2005

THEMARAPPORT PREVENTIE VOLWASSENEN EN OUDEREN

Karin Haks¹, Sabine Quak¹, Stephan Cremer², Jeanne Gootzen³, Rob van Kessel²,
Wilma Prins⁴, Joke Roelofs⁵, Erik van Ameijden¹, Angela van der Putten²

Februari 2006

GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE EN GEZONDHEIDSDIENST UTRECHT

Jaarbeursplein 17
Postbus 2423
3500 GK Utrecht
Telefoon (030) 286 33 33

1. Afdeling Bestuur en Bedrijf, Bureau Epidemiologie en Informatie
2. Afdeling Infectieziekten en Hygiëne
3. Afdeling Bestuur en Bedrijf, Ouderen en gehandicapten
4. Afdeling Bestuur en Bedrijf, Programma Versterking Eerstelijnszorg
5. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidsbevordering en -zorg

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	7
2 Feitelijke informatie	9
2.1 Databronnen en methodologie	9
2.2 Demografie	10
2.3 Utrecht als geheel	14
2.3.1 Inleiding	14
2.3.2 Sterfte en ziektelast	14
2.3.3 Ervaren gezondheid	16
2.3.4 Lichamelijke gezondheid	16
2.3.5 Geestelijke gezondheid	18
2.3.6 Leefstijl	19
2.3.7 Fysieke omgeving	20
2.3.8 Sociale omgeving	20
2.3.9 Behoefte aan informatie en hulp	21
2.3.10 Trends	21
2.4 Etniciteit	23
2.4.1 Inleiding	23
2.4.2 Sterfte	24
2.4.3 Ervaren gezondheid	24
2.4.4 Lichamelijke gezondheid	25
2.4.5 Geestelijke gezondheid	26
2.4.6 Leefstijl	27
2.4.7 Fysieke omgeving	28
2.4.8 Sociale omgeving	28
2.4.9 Behoefte aan informatie en hulp	28
2.4.10 Trends	29
2.5 Sociaal-economische status	29
2.5.1 Inleiding	30
2.5.2 Ervaren gezondheid	30
2.5.3 Lichamelijke gezondheid	30
2.5.4 Geestelijke gezondheid	30
2.5.5 Leefstijl	31
2.5.6 Fysieke omgeving	32
2.5.7 Sociale omgeving	32
2.5.8 Behoefte aan informatie en hulp	32
2.5.9 Trends	33

2.6	Wijken.....	33
2.6.1	Inleiding	33
2.6.2	Ervaren gezondheid	34
2.6.3	Lichamelijke gezondheid	34
2.6.4	Geestelijke gezondheid	35
2.6.5	Leefstijl.....	35
2.6.6	Fysieke omgeving.....	35
2.6.7	Sociale omgeving	35
2.6.8	Behoeftte aan informatie en hulp	36
2.6.9	Clustering van problemen.....	36
2.7	Leeftijd.....	38
2.7.1	Inleiding	38
2.7.2	Ervaren gezondheid	39
2.7.3	Lichamelijke gezondheid	39
2.7.4	Geestelijke gezondheid	40
2.7.5	Leefstijl.....	40
2.7.6	Fysieke omgeving.....	41
2.7.7	Sociale omgeving	41
2.7.8	Behoeftte aan informatie en hulp	41
3	Hoofresultaten	43
	Literatuur	47
	Lijst met afkortingen	51

Samenvatting

Dit themarapport Preventie volwassenen en ouderen is onderdeel van de Volksgezondheidsmonitor Utrecht (VMU) van 2005. Naast dit rapport bevat de VMU ook de themarapporten Preventie jeugd en Zorg voor sociaal kwetsbaren. In dit themarapport wordt ingegaan op de gezondheid van de groep volwassenen en ouderen. Hierbij wordt niet alleen ingegaan op het vóórkomen van lichamelijke en geestelijke aandoeningen, maar ook op factoren die de gezondheid kunnen beïnvloeden, zoals leefstijl en omgeving. Dit rapport heeft tot hoofddoel bestaande en nieuwe gezondheidsproblemen te signaleren en te beschrijven. Deze gegevens kunnen ondersteuning bieden bij de afweging van beleidskeuzes binnen de gemeente Utrecht. Daarnaast kunnen de gegevens ook interessant zijn voor andere organisaties.

De meeste gegevens zijn afkomstig van de schriftelijke gezondheidsenquêtes van de GG&GD Utrecht van 1995-2003. Daarnaast zijn diverse andere bronnen geraadpleegd, zoals Bestuursinformatie, Agis, CBS, ISIS, Prismant, soa-registratie en gesprekken met intermediairs en met burgers. Van alle verschillende gezondheidsaspecten zijn cijfers bepaald voor de gehele stad. Om te bepalen of het voorkomen in Utrecht juist hoog of laag is, is indien mogelijk vergeleken met Nederland en/of andere grote steden. Naast cijfers voor geheel Utrecht zijn ook verschillen tussen groepen bepaald, te weten etnische, sociaal-economische, wijk- en leeftijdsverschillen.

Utrecht als geheel

In Utrecht is er een verhoogde sterfte aan longkanker en ziekten van de ademhalingsorganen. Per jaar sterven relatief gezien ongeveer 50 personen meer dan verwacht zou worden op basis van landelijke cijfers. De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid is voor Utrechters 3,7 jaar korter dan gemiddeld in Nederland en dit geldt met name voor vrouwen.

Er wordt veel ziektelast veroorzaakt door hart- en vaatziekten en psychische stoornissen. In Utrecht heeft 19% een psychische aandoening (depressie, angst en/of stress) en dit percentage is toegenomen. Vrouwen hebben vaker last van psychische problemen dan mannen. In aansluiting hierop blijken de Utrechters veel behoefte aan informatie en hulp bij psychische klachten te hebben. Eén op de drie Utrechters heeft overgewicht, hetgeen toegenomen is. Onder mannen komt meer overgewicht voor dan onder vrouwen. Ook het percentage mensen met een lichamelijke beperking neemt toe en onder vrouwen komen meer chronische aandoeningen voor dan onder mannen.

Wat betreft leefstijl blijkt dat er onder de 19-54-jarigen door 21% overmatig alcohol wordt gebruikt, meer dan gemiddeld in Nederland. Eén op de drie Utrechters rookt en roken is de determinant die het meeste gezondheidsverlies veroorzaakt. Daarnaast blijkt het percentage seksueel overdraagbare aandoeningen te zijn toegenomen. Van de ouders met kinderen tussen 0-18 jaar geeft 4% aan een onvervulde behoefte te hebben aan professionele ondersteuning bij de opvoeding. Er blijkt onder de bevolking van Utrecht veel behoefte te zijn aan informatie en hulp gericht op gezonde voeding, bewegen en afvallen.

Eenderde van de Utrechters voelt een lage verbondenheid met de buurt en eenderde voelt zich eenzaam. Daarnaast blijkt dat het aantal mensen met weinig sociale contacten is toegenomen.

Er wordt steeds meer geklaagd over de woonomgeving: 40% heeft klachten met betrekking tot de woning en een kwart rapporteert problemen in de buurt die van invloed zijn op de gezondheid. Verder

voelt 35% zich onveilig in de eigen buurt. Daarnaast komt er, net als in de rest van de Randstad, in heel Utrecht veel luchtvervuiling voor.

Etniciteit

De gezondheid, leefstijl en woonomgeving van Turken en Marokkanen is slechter dan die van Nederlanders en andere etnische groepen; ze ervaren hun gezondheid slechter, hebben meer chronische en psychische aandoeningen, meer overgewicht, ze sporten en bewegen minder en hebben een slechtere sociale en fysieke omgeving. Turken en Marokkanen hebben ook een grotere behoefte aan informatie over en hulp bij leefstijl en aandoeningen. Deze gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn in de afgelopen acht jaar niet kleiner geworden. Wat betreft het aantal sociale contacten, het ervaren van problemen in de buurt, het eten van groente en fruit en het hebben van lichamelijke beperkingen die als probleem ervaren worden zijn de verschillen zelfs groter geworden. Specifiek onder Turken komen er veel aandoeningen aan het bewegingsapparaat voor, 41% versus 21% onder autochtonen. Ook hebben Turken vaker een lichamelijke beperking waarbij problemen worden ervaren (52% vs. 21%). Onder Marokkanen en Surinamers/Antillianen komt veel diabetes voor. Uit landelijke cijfers blijkt dat er veel eenzaamheid voorkomt onder allochtonen, met name onder vrouwen. Het is aannemelijk dat er ook in Utrecht veel eenzaamheid voorkomt onder deze groep.

Eenderde van de allochtonen weet niet waar ze heen kunnen als ze denken een soa te hebben en 78-94% van de Turken en Marokkanen gaat ongevaccineerd op vakantie naar het land van herkomst. Verder rookt 44% van de Turken ten opzichte van 32% van de Nederlanders. Er is veel overmatig alcoholgebruik onder Nederlanders ten opzichte van Turken en Marokkanen. Allochtone ouders hebben vaker een onvervulde behoefte aan advies of ondersteuning bij de opvoeding dan autochtone ouders.

Sociaal-economische status

Met het afnemen van het opleidingsniveau worden de gezondheid, leefstijl en woonomgeving slechter. Laagopgeleiden hebben een slechtere ervaren gezondheid, meer chronische en psychische aandoeningen, meer overgewicht, ze sporten en bewegen minder en hebben een slechtere sociale en fysieke omgeving. Daarnaast heeft deze groep ook een grotere behoefte aan informatie over en hulp bij leefstijl en aandoeningen. Sinds 1995 zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen groter geworden voor roken, alcoholgebruik, lichamelijke beperkingen en bewegen. Overmatig alcoholgebruik is vooral hoog onder laag/middenopgeleide autochtone mannen, hoog/middenopgeleide autochtone vrouwen en hoogopgeleide allochtone mannen. Verder is de helft van de laagopgeleiden matig tot (zeer) sterk eenzaam. In overeenstemming hiermee is onder laagopgeleide ouderen de behoefte aan hulp bij het omgaan met eenzaamheid verhoogd.

De problemen die zich bij de laagopgeleiden voordoen komen sterk overeen met de problemen bij Turken en Marokkanen. Het is echter belangrijk om te beseffen dat de groep laagopgeleiden voor een groot deel (tweederde) uit autochtonen bestaat.

Wijk

Vooral in Overvecht en Zuidwest is er een clustering van gezondheidsproblemen; er komt veel overgewicht en hieraan gerelateerde factoren (gezondheid en leefstijl) voor en tevens zijn de inwoners

minder gezond op het psychosociale vlak. In deze wijken is er ook een verhoogde behoefte aan informatie over afvallen, bewegen, gezonde voeding en omgaan met psychosociale aandoeningen. De andere twee GSB-wijken (Noordwest en Zuid) komen procentueel gunstiger naar voren. Toch komen er in Noordwest absoluut gezien wel veel gezondheidsproblemen voor aangezien dit een relatief grote wijk is. In Zuid is er een groot verschil tussen de subwijken te zien en concentreren de gezondheidsproblemen zich in de subwijk Nieuw Hoograven/Bokkenbuurt.

In Noordoost en Oost valt het op dat er veel overmatig alcohol wordt gebruikt. De inwoners van West en Noordwest hebben veel klachten over hun woning en over stank- en geluidsoverlast in de buurt. De verbondenheid met de buurt is relatief laag in Noordwest, Overvecht en Zuidwest. In West, Overvecht en Zuidwest is ruim 40% eenzaam.

Leeftijd

Met het toenemen van de leeftijd wordt de ervaren gezondheid slechter, heeft een groter gedeelte een chronische aandoening, heeft men vaker een lichamelijke beperking en beweegt men minder. Van de 55-plussers geeft 45% aan in meer of mindere mate moeite te hebben met de persoonlijke verzorging en 56% met de huishouding. Van de 55-plussers heeft 11% behoefte aan (extra) hulp in de huishouding, die ze momenteel niet krijgen. Verder heeft één op de vijf 80-plussers in de laatste zes maanden een valongeval gehad. Ook komt er onder de 80-plussers veel eenzaamheid voor en heeft in deze groep 60% niemand om persoonlijke problemen mee te bespreken.

Het meeste overgewicht komt voor onder de groep 55-79-jarigen en onder de 40-64-jarigen is het voorkomen van depressiviteit verhoogd. De 19-39-jarigen hebben een relatief ongezonde leefstijl; ze ontbijten het minst vaak, eten het minst vaak groente en fruit en roken veel. In aansluiting hierop hebben de jongvolwassenen veel behoefte aan informatie over gezonde voeding. De 19-39-jarigen zijn ook degenen die het meeste klachten hebben over hun woning.

Hoofresultaten

Om te bepalen welke gezondheidsproblemen onder de Utrechtse volwassenen en ouderen het belangrijkste zijn, is een aantal criteria gebruikt: De ernst van een gezondheidsprobleem, de omvang van het probleem in absolute zin, het voorkomen ten opzichte van elders en trends in de tijd. Dit leidt tot de volgende hoofresultaten:

- Er zijn grote sociaal-economische gezondheidsverschillen;
- Overgewicht en hieraan gerelateerde aandoeningen en leefstijl (zoals weinig bewegen) komen veel voor, met name onder Turken, Marokkanen en laagopgeleiden;
- Er zijn veel rokers onder Turken en laagopgeleiden;
- Het overmatig alcoholgebruik is verhoogd;
- Psychische problemen, zoals stress, angststoornissen en depressiviteit komen veel voor en veroorzaken een hoge ziektelast;
- Er is een ongunstige sociale omgeving, vooral ten aanzien van eenzaamheid, buurtcohesie en buurtveiligheid;
- De fysieke leefomgeving is ongunstig ten aanzien van woningkwaliteit en luchtvervuiling, met name in West en Noordwest.

Samenvattende tabel: Voorkomen belangrijkste gezondheidsproblemen en de risicogroepen

		voórkomen in Utrecht				Risicogroepen				
		%	verhoogd/ verlaagd	trend	ernst (DALY's)	geslacht	sociaal- economische status	leeftijd	wijken	etniciteit
Ervaren gezondheid	matig/slecht ervaren gezondheid	20%	= (t.o.v. GS) ↑ (t.o.v. NL)	?	?	V	laag	neemt toe met lft	OV, ZW	T, M
Sterfte	hart- en vaatziekten		M: = (tov NL) V: ↓ (tov NL)	↓	++	M	?	?	?	?
	longkanker		↑ (t.o.v. NL)	M:↓ V:=	++		?	?	?	?
	ziekten ademhalingsorganen		↑ (t.o.v. NL)	=	++		?	?	?	?
	levensverwachting in goede geestelijke gezondheid		↓ (t.o.v. NL)	?	?	V	?	?	?	?
Lichamelijke gezondheid	chronische aandoening	42%	?	=	?	V	laag	neemt toe met lft	OV	
	overgewicht	37%	↓ (t.o.v. NL)	↑	+	M	laag	55-79 jaar	OV, ZW, NW	T, M
	diabetes	4%	?	↑	++		laag	55-plus	OV, ZW	M, S/A
	astma/COPD	8%	?	=	++		laag	55-79 jaar		M
	aandoening bewegingsapparaat	22%	?	=	?	V	laag	neemt toe met lft	OV, ZW	T
	lichamelijke beperking	22%	?	↑	?		laag	neemt toe met lft	OV, ZW	T
Geestelijke gezondheid	(matige) eenzaamheid	32%	?	?	?		laag	80-plus	W, OV, ZW	allochtonen
	depressief	9%	?	↑	++	V	laag	40-64 jaar		T, M
	angststoornis	4%	?	?	++	V	laag	40-54 jaar		T, M
	stress/overspannenheid	14%	?	↑	?	V	laag		ZW	T, M
Leefstijl	roken	31%	= (t.o.v. NL en GS)	↓	++	M	laag	19-54 jaar		T
	overmatig alcoholgebruik [#]	21%	↑ (t.o.v. NL)	=	+		V: hoog M: laag aut, hoog all		NO, O	NL
	weinig sport/bewegen*	14%	?	↓	+		laag	80-plus	OV, ZW	T
	ongezonde voeding**	?	?	=	+	M	laag	19-39 jaar		T
Fysieke omgeving	vervelende eigenschappen woning	40%	?	↑	?		laag	19-39 jaar	W, NW, B, ZW	T, M, S/A
	problemen in buurt	25%	?	↑	?		laag		W, NW, B	T, M
	onveilig in buurt	35%	?	?	?	V			W, NW, OV, B, Z, ZW	
Sociale omgeving	lage verbondenheid buurt	32%	?	?	?		laag	19-39 jaar	NW, OV, ZW	T, S/A
	niemand om persoonlijke problemen te bespreken	25%	?	=	?	M	laag	65-plus	OV	T, S/A, M
	weinig bezoek	27%	?	↑	?	M	laag	40-plus	OV, ZW, LR	allochtonen

* < 1 uur sport in de week én < 30 min lopen of fietsen per dag / ** < 5 dagen groente én < 5 stuks fruit per week, niet dagelijks ontbijten / [#] onder 19-54 jarigen / verhoogd/verlaagd: GS=grote steden NL=Nederland / ernst (daly's): + veroorzaakt veel ziektelast / geslacht: M=mannen, V=vrouwen / sociaal-economische status: aut=autochtonen, all=allochtonen / wijken: W=West, NW=Noordwest, OV=Overvecht, NO=Noordoost, O=Oost, B=Binnenstad, Z=Zuid, ZW=Zuidwest, LR=Leidsche Rijn / etniciteit: T=Turken, M=Marokkanen, S/A=Surinamers/Antillianen, NL=Nederlanders / ? = onbekend

1 Inleiding

Volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid heeft elke gemeente inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de bevolking, hetgeen verkregen kan worden uit epidemiologisch onderzoek. De verzamelde informatie staat ten dienste van het lokale gezondheidsbeleid. Hiertoe is in 2002 door het Bureau Epidemiologie en Informatie van de GG&GD Utrecht de Volksgezondheidsmonitor Utrecht (VMU) ontwikkeld. De VMU heeft tot doel bestaande, nieuwe en te verwachten gezondheidsproblemen te signaleren en te beschrijven. Deze gegevens bieden ondersteuning bij de afweging van beleidskeuzes binnen de GG&GD Utrecht. Daarnaast bevatten zij ook voor andere partijen, zowel binnen als buiten de gemeentelijke organisatie, waardevolle informatie.

In 2003 zijn er in het kader van de VMU acht themarapporten verschenen (jeugd, ouderen, infectieziekten, geestelijke volksgezondheid volwassenen, gemarginaliseerde groepen, allochtonen, gezondheidsverschillen, en sociale en fysieke omgeving). Inmiddels zijn er nieuwe gegevens beschikbaar gekomen en is ervoor gekozen een nieuwe uitgave van de VMU te maken. Om een duidelijker totaaloverzicht te kunnen geven, is er voor deze nieuwe uitgave van de VMU gekozen voor drie thema's; Preventie jeugd, Preventie volwassenen en ouderen, en Zorg voor sociaal kwetsbaren. De belangrijkste gegevens uit de drie themarapporten zijn gebundeld in één factsheet.

Voor ieder thema is een themagroep samengesteld, bestaande uit medewerkers van de betrokken afdelingen binnen de GG&GD, een afdelingshoofd als dossierhouder en twee epidemiologen. Door deze nauwe samenwerking wordt de praktische en beleidsrelevantie gegarandeerd en wordt kennis gebundeld. Om de bruikbaarheid en kwaliteit van de resultaten te verhogen, zijn daarnaast bijeenkomsten georganiseerd met medewerkers van andere gemeentelijke vakafdelingen en lokale instellingen. De informatie uit deze VMU zal, naast het ondersteunen van de ontwikkeling en uitvoering van het volksgezondheidsbeleid van de gemeente Utrecht, ook worden gebruikt bij de nieuw op te stellen nota Volksgezondheid.

Dit themarapport gaat over de gezondheid van de groep volwassenen en ouderen in Utrecht en de factoren die de gezondheid bevorderen of bedreigen. Het betreft alle inwoners van 19 jaar en ouder, met uitzondering van de geïstitutionaliseerden. Hierbij wordt ingegaan op verschillende aspecten van de gezondheid, zoals sterfte en ziektelast, ervaren gezondheid, lichamelijke en geestelijke aandoeningen, leefstijl, en de sociale en fysieke omgeving.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat alle feitelijke informatie. Eerst wordt ingegaan op de gebruikte databronnen en de keuze van indicatoren (§2.1). In §2.2 volgt een beschrijving van de demografie van Utrecht. Vervolgens wordt eerst de situatie in geheel Utrecht besproken (§2.3) en daarna worden etnische verschillen (§2.4), sociaal-economische verschillen (§2.5), wijkverschillen (§2.6) en leeftijdsverschillen (§2.7) beschreven. In hoofdstuk 3 worden de hoofdresultaten genoemd.

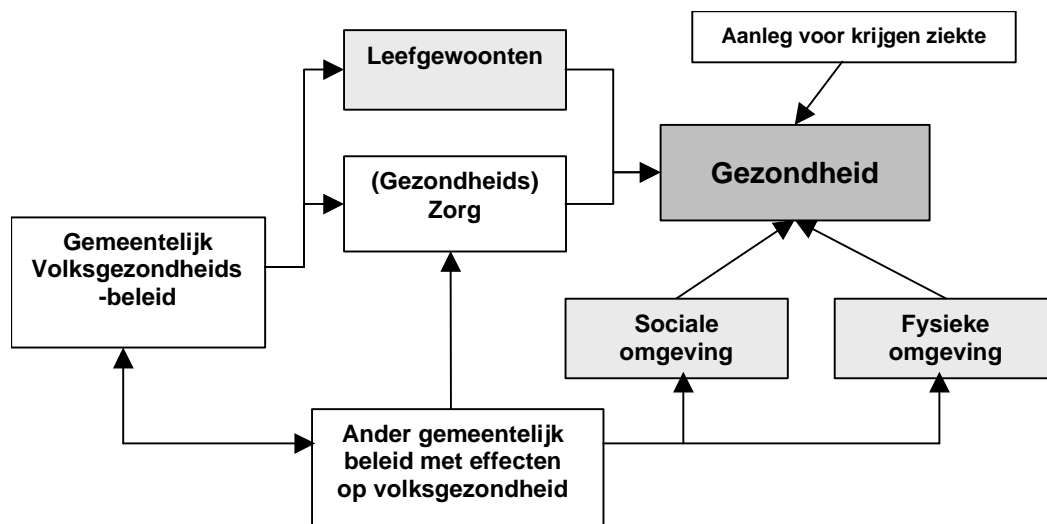
Alle Utrechtse gegevens die in dit rapport ter sprake komen, zijn terug te vinden in het bijbehorende tabellenboek. Bovendien staan hierin ook cijfers van onderwerpen die niet in dit rapport zijn besproken. Alle rapportages van de VMU zijn terug te vinden op de website van de GG&GD: www.gggd.utrecht.nl.

2 Feitelijke informatie

2.1 Databronnen en methodologie

Gezondheidsindicatoren

Dit themarapport gaat in op de gezondheid van de Utrechters van 19 jaar en ouder. Om hiervan een beeld te krijgen, zullen zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid worden beschreven. Daarnaast zijn er verschillende factoren die de gezondheid kunnen beïnvloeden. Volgens het model van Lalonde (figuur 1) zijn dit biologische factoren, leefstijl, zorgvoorzieningen en de omgeving. Omdat dit rapport zich richt op preventie, zal alleen ingegaan worden op de factoren leefstijl en omgeving (zowel sociaal als fysiek).



Figuur 1: Determinanten van gezondheid (model van Lalonde).

De fysieke leefomgeving van mensen beïnvloedt op verschillende manieren de gezondheid, zowel door factoren die met de woning te maken hebben als factoren die zich buitenshuis afspelen. Zo kan bijvoorbeeld een slechte luchtkwaliteit (in huis door slecht ventileren en buiten door luchtverontreiniging) luchtwegklachten verergeren. En een groene omgeving zal mensen kunnen aanzetten tot meer bewegen, waardoor overgewicht voorkomen kan worden. Met de huidige kennis wordt de ziektelast die toe is te schrijven aan het fysieke milieu geschat op 2-5% van de totale ziektelast in Nederland.¹ Het effect van het fysieke milieu lijkt misschien gering, maar het gaat hierbij wel om factoren die redelijk goed te beïnvloeden zijn en waar de hele bevolking profijt van heeft.

Ook de sociale omgeving heeft op meerdere manieren invloed op de gezondheid van mensen. Bijvoorbeeld het ontvangen van (emotionele) steun door sociale relaties heeft een positieve invloed op de psychische en lichamelijke gezondheid. Eenzaamheid kan gezien worden als een indicator voor ervaren steun of gebrek aan steun.² Naast sociale relaties is bijvoorbeeld ook arbeid van invloed op de gezondheid. Met name het niet hebben van werk of niet kunnen werken is een gezondheidsrisico.³ Uit eerder onderzoek van de GG&GD blijkt ook dat vooral werkloosheid en eenzaamheid, maar ook een laag

opleidingsniveau, van invloed zijn op de sociale omgeving. Bij de gezondheidseffecten gaat het vooral om psychische aandoeningen en welbevinden en in mindere mate om lichamelijke aandoeningen.⁴

Naast een beschrijving van de gezondheid en determinanten van gezondheid, zal ook ingegaan worden op de behoeften van Utrechters aan gezondheidspreventie. Inzicht in deze behoeften is interessant, omdat interventies die hierbij aansluiten effectiever zijn en meer gezondheidswinst opleveren.

Databronnen

De gegevens waarop dit rapport is gebaseerd, zijn afkomstig uit diverse databronnen. De meeste gegevens komen uit de Gezondheidspeiling (een enquête onder de inwoners van Utrecht) die in 2003 door de GG&GD Utrecht is gehouden. Voor trends in de tijd is ook gebruik gemaakt van eerdere Gezondheidspeilingen vanaf 1995. Daarnaast zijn er gegevens afkomstig van Bestuursinformatie, Agis, CBS, ISIS, Prismant en de soa-registratie. Nadere uitleg over deze databronnen is te vinden in het tabellenboek.

Gegevens over de behoefte aan gezondheidspreventie zijn naast de Gezondheidspeiling afkomstig uit gesprekken met intermediairs (sleutelfiguren van zorgaanbieders en van burgers) en met burgers. Deze gesprekken zijn gevoerd in het kader van het project Vraaggericht preventiebeleid van de GG&GD Utrecht om de behoeften aan preventie van de inwoners van de GSB-wijken te peilen.⁵

Bij de gegevens die afkomstig zijn uit de Gezondheidspeiling, zal geen bron worden vermeld. Bij alle andere gegevens zal wel een bronvermelding staan.

Correctie

In het rapport wordt gekeken naar verschillen tussen groepen, zoals bijvoorbeeld verschillen tussen etnische groepen of tussen sociaal-economische groepen. Om uit te sluiten dat het verschil wordt veroorzaakt door specifieke demografische verschillen tussen de groepen, wordt er gecorrigeerd voor deze kenmerken. Onder allochtonen zijn bijvoorbeeld relatief veel laagopgeleiden. Als allochtonen vaker overgewicht hebben, dan kan dat ook komen door dit lage opleidingsniveau. Als nu na correctie blijkt dat allochtonen nog steeds vaker overgewicht hebben, dan is dit blijkbaar onafhankelijk van het opleidingsniveau. Als aan de andere kant blijkt dat er na correctie geen verschil meer is in overgewicht tussen allochtonen en autochtonen, dan wordt het vaker voorkomen van overgewicht onder allochtonen verklaard doordat zij gemiddeld een lager opleidingsniveau hebben.

2.2 Demografie

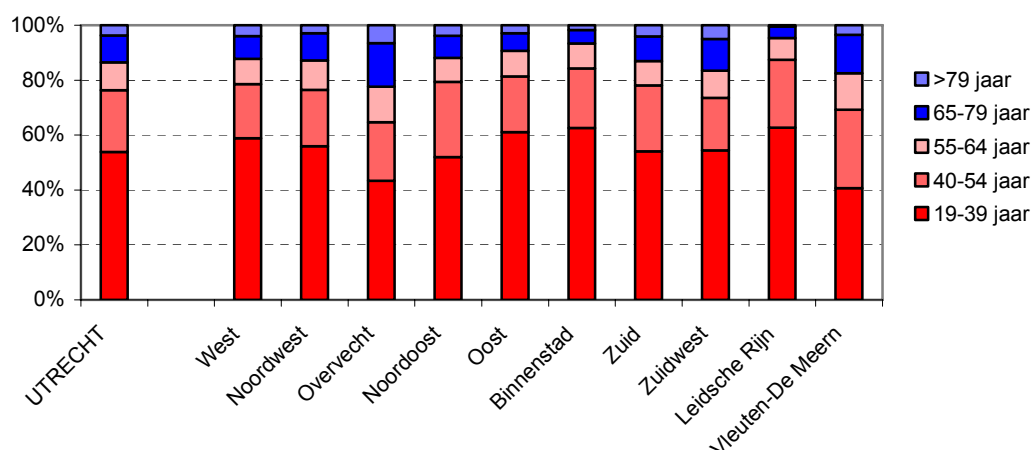
Utrecht bestaat uit 10 wijken: West, Noordwest, Overvecht, Noordoost, Oost, Binnenstad, Zuid, Zuidwest, Leidsche Rijn en Vleuten-De Meern (figuur 2). De acht 'oude' wijken van Utrecht zijn in 1995 uitgebreid met de nieuwbouwwijk Leidsche Rijn en in 2001 zijn Utrecht en Vleuten-De Meern samengevoegd. Elke wijk bestaat weer uit meerdere subwijken en Utrecht heeft in totaal 28 subwijken. Een aantal van deze subwijken behoren tot het grotestedenbeleid. Dit zijn de subwijken Zuilen-west, Zuilen-noord/oost en Ondiep/2e Daalsebuurt in de wijk Noordwest, alle subwijken van Overvecht (Taagdreef/Zamenhofdreef, Wolgadreef/Neckardreef, Amazonedreef en Zambesidreef/ Tigrisdreef), de subwijken Oud

Hoograven/Tolsteeg en Nieuw Hoograven/Bokkenbuurt in de wijk Zuid, en de subwijken Kanaleneiland en Transwijk in de wijk Zuidwest.



Figuur 2: De tien wijken van Utrecht (Bron: Bestuursinformatie)

In 2005ⁱ telde de stad Utrecht 275.362 inwoners en hiervan waren er 220.428 (80%) 19 jaar of ouder. Doordat de woningbouw in de wijk Leidsche Rijn tot ongeveer 2018 zal doorgaan, neemt de bevolking van Utrecht de komende jaren flink toe. In 2020 zal Utrecht ongeveer 340.000 inwoners hebben en hiervan zijn ongeveer 270.000 mensen 19 jaar of ouder.⁶ Van de inwoners van 19 jaar en ouder is iets meer dan de helft vrouw, namelijk 52%. Het grootste deel van de Utrechtse bevolking van 19 jaar en ouder woont in de wijk Noordwest (15%), gevolgd door Noordoost (13%) en Zuidwest (12%). Binnenstad heeft als wijk van het 'oude' Utrecht het minst aantal inwoners (6%). Alleen in de nieuwbouwwijk Leidsche Rijn wonen momenteel nog minder mensen, namelijk 4% van de Utrechtse bevolking.



Figuur 3: Leeftijdsverdeling inwoners vanaf 19 jaar in Utrecht als geheel en per wijk in 2005 (Bron: Bestuursinformatie)

ⁱ De meeste van de hier genoemde demografische gegevens hebben betrekking op het jaar 2005, terwijl de meeste gegevens in de rest van het rapport betrekking hebben op 2003. De demografische gegevens zijn in 2005 echter nauwelijks veranderd ten opzichte van 2003.

Leeftijd

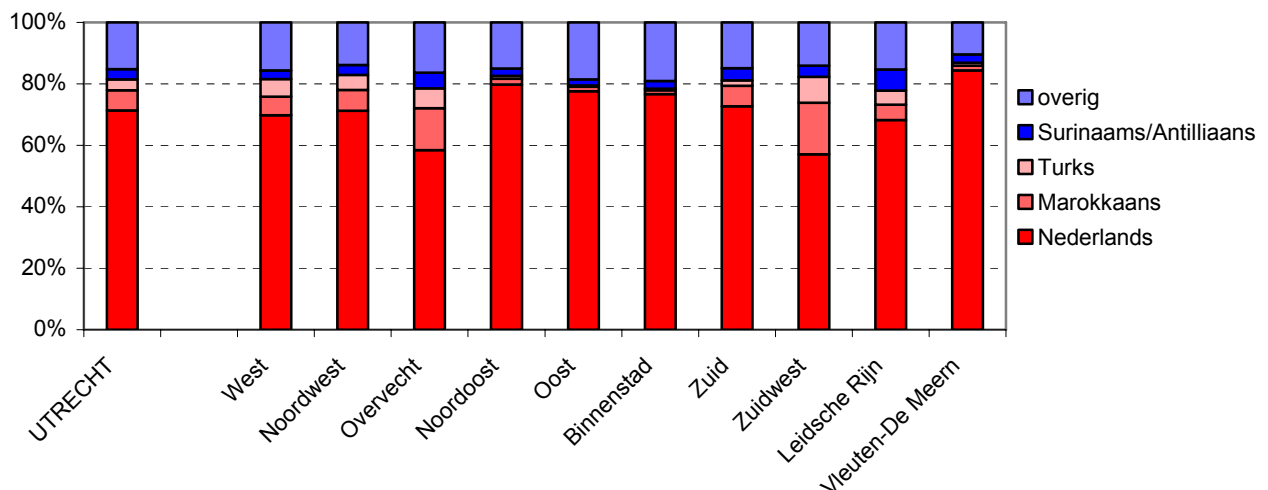
De leeftijdsverdeling van de Utrechtse inwoners van 19 jaar en ouder is weergegeven in figuur 3. Meer dan de helft (53%) is tussen de 19 en 39 jaar en 4% is 80 jaar of ouder. In de wijk Overvecht wonen relatief veel ouderen en in de wijken Binnenstad en Leidsche Rijn wonen juist weinig ouderen.

In de toekomst zal het aandeel ouderen in Utrecht niet toenemen, zoals in de rest van het land wel gebeurt, maar zelfs wat afnemen. Absoluut gezien neemt het aantal ouderen in de toekomst nog wel wat toe, met uitzondering van de 75-plussers, die in aantal afnemen. Aan de andere kant zal er in Utrecht wel een vergroening plaats gaan vinden.⁶

Etniciteit

In Utrecht is 29% van de inwoners van 19 jaar en ouder van allochtone afkomst (figuur 4). De grootste etnische groepen zijn die van Marokkaanse (7%) en Turkse afkomst (4%). Er zijn aanzienlijke verschillen tussen wijken ten aanzien van het percentage allochtonen. Zo is in de wijken Noordoost en Vleuten-De Meern ongeveer 1 op de 5 inwoners van allochtone afkomst, terwijl dit in de wijken Zuidwest en Overvecht 2 op de 5 inwoners is. Personen van Marokkaanse afkomst wonen voornamelijk in de wijken Overvecht en Zuidwest, terwijl personen van Turkse afkomst daarnaast ook veel in West, Noordwest en Leidsche Rijn wonen. De allochtonen in Utrecht zijn jonger dan de autochtonen. In de leeftijdscategorie 19-39 jaar is 32% van allochtonen afkomst en dit neemt af tot 9% bij de 80-plussers.

De komende tien jaar zal het *aantal* allochtonen toenemen, maar het *aandeel* allochtonen zal ongeveer gelijk blijven. Daarna zal het aandeel naar verwachting toenemen en in 2025 zal ongeveer 36% van de personen van 19 jaar en ouder van allochtone afkomst zijn. In bijna alle leeftijdsklassen zal het aantal allochtonen toenemen, maar voor het grootste deel komt de toename op rekening van de tweede generatie. Allochtonen in de toekomst zijn voor een aanzienlijk deel in Nederland geboren en getogen.⁶



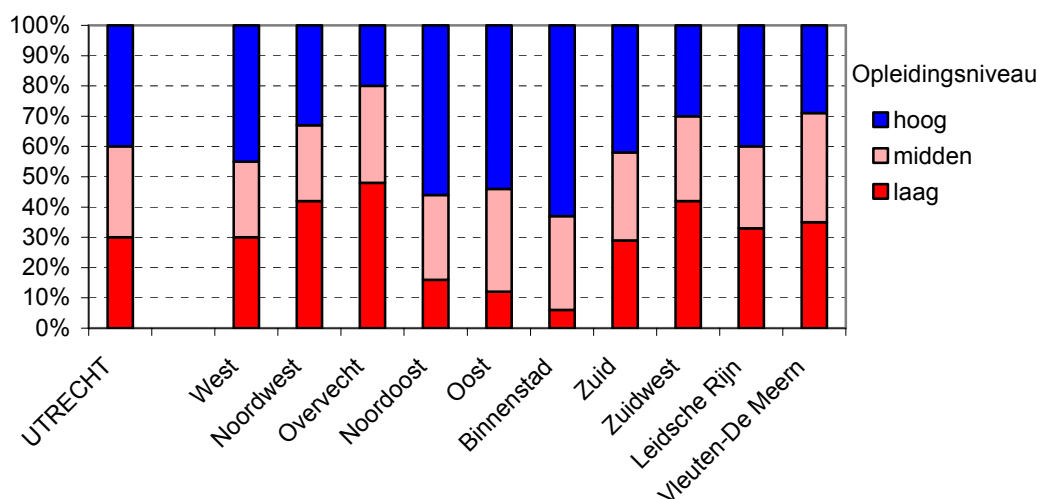
Figuur 4: Verdeling van etniciteit van inwoners vanaf 19 jaar in Utrecht als geheel en per wijk in 2005
(Bron: Bestuursinformatie)

Sociaal-economische status

De sociaal-economische status (SES) van een persoon kan op basis van verschillende indicatoren worden bepaald, zoals het opleidingsniveau, het inkomen of het beroep. In dit rapport is ervoor gekozen om het

opleidingsniveau als maat voor de SES te gebruiken, aangezien dit het meest gangbaar is, waardoor meer vergelijkingsmateriaal voor handen is.

In Utrecht is 39% van de inwoners hoog opgeleid (HBO of universiteit, figuur 5) en dit is in vergelijking met Nederland en met andere grote steden hoog. Hoogopgeleiden wonen vooral in de wijken Noordoost, Oost en Binnenstad. In de wijken Noordwest, Overvecht en Zuidwest wonen opvallend veel laagopgeleiden (>40%).



Figuur 5: Verdeling van sociaal-economische status (o.b.v. opleidingsniveau) van inwoners van 19 jaar en ouder in Utrecht als geheel en per wijk in 2005 (Bron: Bestuursinformatie)

Er wonen veel studenten in Utrecht. Precieze cijfers hierover zijn niet bekend, mede doordat veel studenten hier wel wonen, maar (nog) niet in Utrecht staan ingeschreven. Op basis van twee enquêtes onder de bevolking (Gezondheidspeiling 2003 en NUP 2004) kan wel een grove schatting worden gegeven; van de 19-29-jarigen is 1 op de 2 of 1 op de 3 student. De wijken waar de meeste studenten wonen zijn Binnenstad en Oost. Na hun studie blijven deze studenten vaak nog wel even in Utrecht wonen, maar uiteindelijk verhuizen er veel naar een andere gemeente. Hierdoor is er een vrij groot gedeelte van de bevolking dat niet vast in Utrecht woont.

Personen met een Turkse of Marokkaanse etniciteit hebben relatief vaak een laag opleidingsniveau (66% en 58%, respectievelijk).

Conclusie

De belangrijkste demografische verandering voor de komende jaren is dat in Utrecht geen vergrijzing op zal treden, maar een vergroening. Daarnaast zal het aandeel allochtonen wat toenemen.

In Overvecht en Zuidwest wonen relatief veel allochtonen, veel laagopgeleiden en veel ouderen vergeleken met de andere wijken. In Noordoost, Oost en Binnenstad wonen daarentegen juist relatief weinig allochtonen en veel hoogopgeleiden. Noordwest is de wijk met het grootste aantal inwoners en hierop zal in het hoofdstuk wijken worden teruggekomen.

2.3 Utrecht als geheel

Kernpunten

- In Utrecht is er een verhoogde sterfte aan longkanker en ziekten van de ademhalingsorganen (oversterfte van ongeveer 50 personen per jaar).
- Veel ziektelast wordt veroorzaakt door hart- en vaatziekten en psychische stoornissen. Daarnaast is roken de determinant die het meeste gezondheidsverlies veroorzaakt.
- De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid is voor Utrechters 3,7 jaar korter dan gemiddeld in Nederland en dit geldt met name voor vrouwen.
- Eén op de drie Utrechters heeft overgewicht. Daarnaast blijkt er veel behoefte aan informatie en hulp te zijn gericht op gezonde voeding, bewegen en afvallen.
- Eén op de drie Utrechters rookt.
- Van de 19-54-jarigen gebruikt 21% overmatig alcohol, meer dan gemiddeld in Nederland.
- 35% voelt zich onveilig in de eigen buurt.
- 40% heeft klachten met betrekking tot de woning en een kwart rapporteert problemen in de buurt die van invloed zijn op de gezondheid. Ook komt er veel luchtvervuiling voor in Utrecht.
- Eenderde voelt een lage verbondenheid met de buurt en eenderde voelt zich eenzaam.
- 19% heeft een psychische aandoening (depressie, angst en/of stress) en behoeften gericht op psychische klachten komen veel voor.
- Van de ouders met kinderen tussen 0-18 jaar heeft 4% een onvervulde behoefte aan professionele ondersteuning bij de opvoeding.
- Sinds 1995 is er een toename van het percentage mensen met overgewicht, een lichamelijke beperking, overspannenheid/stress/depressie, een seksueel overdraagbare aandoening (sinds 2000), weinig sociale contacten en problemen met woning en buurt.
- Vrouwen hebben vaker last van een chronische aandoening en psychische problemen. Mannen hebben daarentegen vaker overgewicht.

2.3.1 Inleiding

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de hele stad Utrecht. Gegevens naar etniciteit, sociaal-economische status, wijk en leeftijd, zullen in de paragrafen 2.4, 2.5, 2.6 en 2.7 worden behandeld. Verschillen tussen mannen en vrouwen worden wel in deze paragraaf besproken.

De situatie in Utrecht zal zoveel mogelijk worden vergeleken met de situatie in Nederland en/of de andere grote steden. Helaas is er niet altijd goed vergelijkingsmateriaal beschikbaar, waardoor het moeilijk is in te schatten in hoeverre het vóórkomen van gezondheidsproblemen in Utrecht verhoogd of verlaagd is.

2.3.2 Sterfte en ziektelast

Sterfte

Onder de totale Utrechtse bevolking wordt bij zowel mannen als vrouwen de meeste sterfte veroorzaakt door hart- en vaatziekten, kanker (met name long- en borstkanker) en ziekten van de ademhalingsorganen. Deze aandoeningen veroorzaken bijna 70% van de totale sterfte. Onder zowel mannen als vrouwen is de sterfte aan longkanker en ziekten van de ademhalingsorganen hoger dan gemiddeld in Nederland. Daarnaast is de oversterfteⁱⁱ aan deze aandoeningen het hoogst, per jaar sterven bijna 50 mensen meer aan deze aandoeningen dan verwacht op basis van de Nederlandse

ⁱⁱ Oversterfte is de absolute hoeveelheid meer sterfte in Utrecht dan verwacht op basis van de sterfte in Nederland. Deze maat geeft een aanwijzing voor de omvang van het probleem in vergelijking met Nederland; een indicatie voor de gezondheidswinst die te behalen is.

cijfers. Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van de ademhalingsorganen zijn ook de aandoeningen die veel ziekenhuisopnamen veroorzaken.⁷

Verloren levensjaren

Het aantal verloren levensjaren dat door een bepaalde aandoening veroorzaakt wordt, is een maat voor de impact van die aandoening. Voor elk sterfgeval is het aantal verloren levensjaren gelijk aan de levensverwachting die nog resteert op het moment dat iemand overlijdt. Een sterfgeval op jongere leeftijd weegt dus zwaarder dan een sterfgeval op hogere leeftijd.

In Utrecht gaan de meeste levensjaren verloren als gevolg van hart- en vaatziekten, kanker (met name long- en borstkanker), COPD en zelfmoord (Bron:CBS).

Ziektelast

De ziektelast (de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten) wordt vaak uitgedrukt in DALY's (disability-adjusted life-years). Een DALY staat daarbij voor één levensjaar dat iemand verliest als gevolg van een minder goede gezondheid. Dat kan zijn omdat iemand eerder is overleden als gevolg van een ziekte, of omdat hij of zij door een ziekte niet goed functioneert, waarbij de ernst van de ziekte wordt meegenomen. Omdat in de berekening van DALY's vier belangrijke aspecten van ziekten worden meegenomen, namelijk het aantal mensen dat aan de ziekte lijdt, de ernst van de ziekte, de sterfte eraan, en de leeftijd waarop de sterfte optreedt, kunnen ziekten onderling goed vergeleken worden als het gaat om hun invloed op de volksgezondheid.

In Nederland wordt de meeste ziektelast veroorzaakt door hart- en vaatziekten. Daarnaast is het aandeel van psychische stoornissen aan de ziektelast erg opvallend. De top-10 van ziekten met het grootste verlies aan DALY's in Nederland in 2000 ziet er als volgt uit.⁸

1. Coronaire hartziekten	6. Depressie
2. Angststoornissen	7. Longkanker
3. Beroerte	8. Artrose
4. COPD	9. Diabetes mellitus
5. Afhankelijkheid van alcohol	10. Dementie

De ziektelast per hoofdgroep van ziekten is voor mannen en vrouwen nagenoeg gelijk. Wel hebben mannen meer last van hart- en vaatziekten en vrouwen van ziekten van het bewegingsstelsel. Binnen de groepen van ziekten zijn wel behoorlijke verschillen te zien. Bijvoorbeeld onder mannen is afhankelijkheid van alcohol de psychische stoornis die de meeste ziektelast veroorzaakt en onder vrouwen zijn dat depressie en angst. Ook bij kanker zijn verschillen te zien; onder mannen veroorzaakt longkanker de meeste ziektelast en onder vrouwen borstkanker.⁸

Uit berekening van DALY's op lokaal niveau blijkt dat in Utrecht veelal dezelfde aandoeningen in de top-10 voorkomen van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken als landelijk. Ook in Utrecht nemen hart- en vaatziekten en psychische stoornissen een belangrijke plek in.⁹

Levensverwachting

In Utrecht is de levensverwachting bij de geboorte voor mannen 1,1 jaar en voor vrouwen 0,5 jaar lager dan gemiddeld in Nederland (tabel 1). Utrechtse mannen hebben vooral een minder goede levensverwachting in goede ervaren gezondheid. Voor Utrechtse vrouwen is de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid ongunstig en deze is zelfs lager dan die van de mannen.^{10,11} Dit is opvallend aangezien mannen gemiddeld ruim vijf jaar eerder overlijden dan vrouwen. Blijkbaar leven mannen korter, maar langer in goede geestelijke gezondheid.

Tabel 1: Levensverwachting van de inwoners van Utrecht vergeleken met de Nederlandse gemiddelden (Bron: RIVM)

	Totaal		Mannen		Vrouwen	
	Utrecht	t.o.v. NL	Utrecht	t.o.v. NL	Utrecht	t.o.v. NL
Levensverwachting	78,1	-0,7	75,2	-1,1	80,6	-0,5
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	60,1	-1,9	59,2	-3,0	61,0	-0,7
Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen	67,9	-0,8	67,1	-1,9	68,2	-0,1
Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid	64,4	-3,7	67,2	-1,7	62,7	-4,4

2.3.3 Ervaren gezondheid

De ervaren gezondheid wordt beschouwd als een belangrijke indicator voor gezondheid en welbevinden en blijkt een goede voorspeller te zijn van ernstige ziekten, intensieve medische consumptie en overlijden.¹²

Van de Utrechtse bevolking van 19 jaar en ouderervaart 20% zijn eigen gezondheid als matig of slecht. Vrouwen ervaren hun gezondheid vaker als matig of slecht dan mannen. De ervaren gezondheid in Utrecht is vergelijkbaar met andere grote steden zoals Amsterdam, Den Haag en Eindhoven, maar is iets slechter in vergelijking met Nederland.¹³

Zowel het persoonlijk als het maatschappelijk welbevinden hangen sterk samen met de ervaren gezondheid. De Utrechter geeft voor zijn persoonlijk welbevinden als rapportcijfer gemiddeld een 7,6 en voor zijn maatschappelijk welbevinden een 8,0 (Bron: NUP).

2.3.4 Lichamelijke gezondheid

Lichamelijke aandoeningen

Van de Utrechtse volwassenen en ouderen rapporteert 42% minimaal één chronische aandoeningⁱⁱⁱ te hebben. De top-3 van chronische aandoeningen is als volgt:

- aandoeningen aan het bewegingsapparaat (22%)
- allergieën (14%)
- hoge bloeddruk (11%)

Daarnaast heeft ruim 1 op de 3 inwoners van Utrecht overgewicht ($BMI \geq 25$) en 1 op de 10 extreem overgewicht ($BMI \geq 30$). Overgewicht hangt samen met tal van chronische aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten, diabetes, astma en aandoeningen aan het bewegingsapparaat) en gaat gepaard met een

ⁱⁱⁱ astma/COPD, hoge bloeddruk, ernstige hartkwaal, (gevolgen van) beroerte, (gevolgen van) kanker, diabetes, aandoeningen bewegingsapparaat, migraine en/of holteontstekingen.

slechtere kwaliteit van leven.¹⁴ Vergeleken met Nederland en andere grote steden, komt er in Utrecht minder overgewicht voor en is het voorkomen van extreem overgewicht ongeveer gelijk.¹³ Mogelijk wordt het minder voorkomen van overgewicht verklaard door het relatief hoge percentage hoogopgeleiden in Utrecht.

Chronische aandoeningen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen en dit komt vooral doordat vrouwen vaker aandoeningen aan het bewegingsapparaat, migraine en holteontstekingen hebben. Overgewicht daarentegen komt juist meer voor bij mannen. Dit geldt niet voor extreem overgewicht, wat bij beide geslachten evenveel voorkomt.

Lichamelijke beperkingen

Een lichamelijke beperking waarbij men problemen ervaart op het gebied van wonen, werk, vervoer en/of sport/recreatie, wordt door 22% van de volwassenen/ouderen genoemd. In de GGD-regio Midden-Nederland heeft van de 25-54-jarigen 19% een lichamelijke beperking waardoor men belemmeringen ondervindt.¹⁵

Volgens onderzoek van de provincie Utrecht, werd het aantal volwassenen met een ernstige lichamelijke beperking in de stad Utrecht in 2002 geschat op bijna 8 duizend. Het gaat hierbij om beperkingen bij het zien, horen, zich verplaatsen, de persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken en het langdurig zitten en staan. Degenen met ernstige beperkingen kunnen vaak bepaalde activiteiten helemaal niet uitvoeren, hebben altijd met meer dan één activiteit moeite en er is een cumulatie van activiteiten die men niet meer kan uitvoeren en daarmee een toenemende afhankelijkheid van anderen. Uit cijfers over het gebruik van specifiek op deze doelgroep gerichte voorzieningen (zoals verpleeghuizen, residentiele revalidatiezorg en langdurige thuiszorg) blijkt dat er in Utrecht ongeveer 3.500 volwassenen gebruik maken van dergelijke zorg. De overige personen met een lichamelijke beperking maken mogelijk gebruik van mantelzorg of particuliere zorg of kunnen zich redden zonder een beroep te doen op specifieke zorg.¹⁶

Infectieziekten

In de Infectieziektenwet is geregeld dat het voorkomen van een aantal infectieziekten^{iv} verplicht door de arts moet worden gemeld bij de plaatselijke GGD. De infectieziekten die in de periode 2002-2004 het meest zijn gemeld bij de GG&GD Utrecht zijn kinkhoest (258x), tuberculose (215x) en hepatitis B (110x). Vergeleken met Nederland is de incidentie in Utrecht verhoogd voor hepatitis A (6,7 vs. 2,6 per 100.000 inwoners) en tuberculose (27,0 vs. 8,9 per 100.000 inwoners), maar dit is vergelijkbaar met andere grote steden.

De afgelopen vijf jaar is er op de Utrechtse soa-polikliniek een sterke stijging van het aantal bezoekers en van het aantal gediagnosticeerde soa te zien.¹⁷ De soa die in Utrecht het meeste voorkomen zijn chlamydia, genitale wratten, syfilis en gonorrhoe. Voor met name chlamydia is het belangrijk dat deze

^{iv} bacillaire dysenterie, botulisme, brucellose, buiktyfus, cholera, creutzfeldt-jacob, difterie, febris recurrens, gele koorts, hepatitis A/B/C, hondsdolheid, kinderverlamming, kinkhoest, legionellose, leptospirose, malaria, mazelen, meningokokkose, miltvuur, ornithose/psittacose, paratyfus A/B/C, pest, q-koorts, rode hond, trichinose, tuberculose, virale hemorrhagische koorts, vlektyfus, VTEC, acute voedselvergiftiging/-infectie.

wordt gediagnosticeerd, aangezien deze ziekte vaak symptomeloos verloopt en in sommige gevallen kan leiden tot buitenbaarmoederlijke zwangerschap of zelfs onvruchtbaarheid. Maar ook van andere soa is het belangrijk om ze op te sporen. Zo kan in de aanwezigheid van een soa een hiv-infectie makkelijker worden doorgegeven.

Landelijk is eenzelfde stijging van het aantal soa waarneembaar.¹⁸ Deze landelijke toename is waarschijnlijk mede het gevolg van een toename in onveilig seksueel gedrag, een toename van onbeschermd (anale) seks onder homoseksuelen maar ook op een actiever testbeleid waardoor meer soa worden gevonden. In Utrecht spelen deze redenen naar alle waarschijnlijkheid ook een belangrijke rol.

Als men vermoedt een soa te hebben, weet 14% van de 19-54 jarige Utrechters niet waar ze hiermee naar toe kunnen gaan. Van de mensen die dit wel weten, denkt 83% bij de huisarts terecht te kunnen en 30% bij de GGD of soa-polikliniek.

2.3.5 Geestelijke gezondheid

In Utrecht geeft 14% van de bevolking aan last te hebben van overspannenheid of stress, 9% van depressiviteit en 4% van een angststoornis. Van de Utrechters heeft 19% minimaal één van deze aandoeningen en 6% heeft last van twee of drie. Het gaat hierbij om aandoeningen die door een huisarts, specialist of psycholoog zijn vastgesteld. Waarschijnlijk is dit een onderschatting van het werkelijke percentage, aangezien niet iedereen naar de huisarts zal gaan met dergelijke aandoeningen.

Uit de General Health Questionnaire (GHQ), een vragenlijst voor het meten van psychische klachten als slapeloosheid, angstklachten, sociaal disfunctioneren en depressie, blijkt dat er bij 40% van de 19-54 jarige Utrechters een indicatie is voor de aanwezigheid van een milde psychische aandoening. Hierbij moet opgemerkt worden dat de grens voor milde psychische aandoeningen vrij laag ligt (2 of meer van de 12 vragen positief). Als het afkappunt wordt verschoven (3 van de 12 vragen positief), dan heeft 30% van de 19-54 jarige Utrechters een indicatie voor de aanwezigheid van een milde psychische aandoening.

In heel Nederland is er minder vaak een indicatie voor de aanwezigheid van een milde psychische aandoening, namelijk bij ongeveer een kwart van de 25-64-jarigen (bij een afkappunt van 2).¹⁹

Verder komt er veel eenzaamheid voor onder de Utrechtse bevolking. Dit is gemeten aan de hand van een gevalideerde vragenlijst, de 'Loneliness scale'. Hieruit blijkt dat 1 op de 3 mensen in Utrecht matig tot (zeer) sterk eenzaam is. Het (zeer) sterk eenzaam zijn komt bij 6% van de mensen voor. Mensen die alleen wonen zijn vaker eenzaam dan mensen die met anderen wonen (44% vs. 29%). Naarmate men zich meer eenzaam voelt, is de ervaren gezondheid minder goed.

Psychische problemen komen in Utrecht beduidend vaker voor onder vrouwen dan onder mannen. Dit komt overeen met uitkomsten van de landelijke enquête van het CBS.²⁰ Uit een ander landelijk onderzoek (Nemesis) blijkt dat psychische stoornissen evenveel voorkomen onder mannen en vrouwen, maar dat het soort stoornis verschilt. Bij vrouwen komen angsten en depressiviteit meer voor en bij mannen stoornissen in middelengebruik en antisociale stoornissen.²¹

In Utrecht komen psychische problemen vaker voor onder mensen die alleen wonen dan mensen die samenwonen.

Verstandelijke beperking

Volgens gegevens van de provincie Utrecht, woonden er in de stad Utrecht in 2003 ongeveer 1.200 personen met een verstandelijke beperking.²²

2.3.6 Leefstijl

Landelijk veroorzaakt roken het meeste gezondheidsverlies; bijna 15% van de totale ziektelast is toe te schrijven aan roken. Deze ziektelast wordt met name veroorzaakt door longkanker, COPD, coronaire hartziekten en beroerte. Naast roken veroorzaken ook andere determinanten een behoorlijk deel van de totale ziektelast, te weten overmatig alcoholgebruik (7%), hoge bloeddruk (6%), ernstig overgewicht (6%), het eten van teveel verzadigd vet (5%) en te weinig groente en fruit (4%) en lichamelijke inactiviteit (5%).⁸

In Utrecht rookt 1 op de 3 inwoners van 19 jaar en ouder, waarvan er onder mannen meer wordt gerookt dan onder vrouwen. Het rookgedrag is in Utrecht ongeveer hetzelfde als in Nederland en andere grote steden.¹³

Wat betreft voedingsgewoonten wordt er door 29% niet dagelijks ontbeten en eet 13% zowel minder dan 5 dagen groenten per week als minder dan 5 stuks fruit per week. Mannen scoren hierbij slechter dan vrouwen.

Door 14% van de Utrechters wordt weinig bewogen; zij sporten minder dan 1 uur in de week en lopen of fietsen daarnaast minder dan 30 minuten per dag. Eén op de drie personen doet helemaal niet aan sport, maar van de personen die wel aan sport doen, sport 84% eens per week of vaker (Bron: NUP). Blijkbaar is het moeilijk om aan sporten te beginnen, maar als men eenmaal 'de stap' genomen heeft, dan sport men ook met enige regelmaat.

Onder de 19-54-jarigen gebruikt 21% van de inwoners overmatig alcohol^v, 22% van de mannen en 20% van de vrouwen. Van de mensen die overmatig alcohol gebruiken, is dit bij eenderde problematisch. Het problematische alcoholgebruik is gerelateerd aan psychische aandoeningen. Mensen die depressief of eenzaam zijn of die een angststoornis of stress hebben, hebben vaker een problematisch alcoholgebruik. Landelijk is het overmatige alcoholgebruik aanzienlijk lager dan in Utrecht; ongeveer 17% onder mannen en 8% onder vrouwen.¹⁹

Door 13% van de 19-54-jarigen is in de voorgaande 12 maanden drugs gebruikt, waarvan de meerderheid cannabis had gebruikt. Onder mannen was het drugsgebruik beduidend hoger dan onder vrouwen (19% vs. 9%).

Een groot percentage 19-54-jarige Utrechters met losse partners gebruikt niet altijd een condoom, namelijk 43%. Waarschijnlijk ligt het werkelijke percentage hoger doordat sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven op de vragen. Vrouwen geven vaker aan geen condoom te gebruiken bij losse partners dan mannen. Het landelijke percentage lag in 2001 ook op 43%, maar dan bij 15-35-jarigen.²³

Het aantal reizigers naar landen waarvoor vaccinaties nodig zijn, is sterk toegenomen. In Utrecht is 43% de afgelopen drie jaar naar een zogenaamd risicoland gereisd. Van deze groep heeft 46% zich niet laten

^v per week 21 of meer glazen voor mannen en 14 of meer glazen voor vrouwen

vaccineren. De belangrijkste redenen om ongevaccineerd op reis te gaan waren 'vaccineren was niet nodig voor het land van bestemming', gevolgd door 'ik vond het zelf niet nodig' en 'ik had er niet aan gedacht'.²⁴

Opvoeding

In Utrecht heeft 59% van de ouders/verzorgers met kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar vragen over de opvoeding. Daarnaast geeft gemiddeld 37% aan weinig of soms problemen te ervaren en 6% vaak of altijd. Deze problemen gaan het meest over het stellen en houden van grenzen, luisteren en gehoorzamen, en de ontwikkeling en gezondheid van kinderen, zoals eten, slapen of zindelijkheid. Andere veel genoemde problemen zijn schoolprestaties, angst/onzekerheid/faalangst en druk/agressief. Van alle ouders geeft 15% aan op enig moment advies en ondersteuning te willen ontvangen. Acht procent heeft behoefte aan professionele ondersteuning en 4% ontvangt die gewenste ondersteuning (nog) niet. Naar schatting zijn er in Utrecht tussen de 1.500 en 3.000 ouders en verzorgers met een behoefte aan professionele ondersteuning bij de opvoeding die nog niet vervuld is.²⁵

2.3.7 Fysieke omgeving

Van de Utrechters heeft 40% klachten over hun woning. Het gaat met name om klachten als gehorigheid, achterstallig onderhoud, schimmel (vocht) en tocht.

Een kwart van de bevolking van Utrecht, zowel mannen als vrouwen, rapporteert problemen in de buurt die van invloed zijn op hun gezondheid. De belangrijkste problemen zijn geluidsoverlast, zwerfvuil, veiligheid, verkeersoverlast en onderhoud van de buurt.

Met betrekking tot het veiligheidsgevoel geeft 35% aan zich wel eens onveilig te voelen in de eigen buurt en dit geldt meer voor vrouwen dan voor mannen (42% en 27%, resp., Bron: NUP). De ervaren gezondheid is iets slechter bij mensen die zich wel eens onveilig voelen in de buurt dan bij mensen die zich niet onveilig voelen. Mensen die het prettig wonen vinden in hun buurt, ervaren hun gezondheid beter dan mensen die het niet prettig wonen vinden. De vijf problemen in de buurt die het vaakst worden genoemd zijn: verkeers- en parkeerproblematiek, vervuiling/vernieling van openbare ruimte, jeugdproblematiek, criminaliteit/sociale onveiligheid en onvoldoende of slecht onderhouden openbaar groen. De fysieke omgeving speelt in deze top-5 een belangrijke rol (Bron: NUP).

Net als in de rest van de Randstad is er in de hele stad Utrecht veel luchtvervuiling.^{26,27} Dit heeft onder andere te maken met de centrale ligging van Utrecht, waardoor er veel verkeer langskomt.

2.3.8 Sociale omgeving

In Utrecht geeft 27% van de bevolking aan minder dan één keer per week bij iemand van binnen of buiten de buurt op bezoek te gaan of iemand op bezoek te krijgen. Twaalf procent is ontevreden over het aantal contacten. Een kwart van de bevolking geeft aan niemand te hebben om persoonlijke problemen mee te bespreken. En bovendien ervaart één op de drie Utrechters een lage verbondenheid met de buurt.

Mannen hebben minder contacten in of buiten de buurt dan vrouwen, maar de tevredenheid is vergelijkbaar. Wel geven ze veel vaker aan niemand te hebben om persoonlijke problemen mee te bespreken (32% vs. 20%).

De sociale binding blijkt samen te hangen met de ervaren gezondheid; naarmate men een betere sociale binding heeft, ervaart men de eigen gezondheid als beter (Bron: NUP).

2.3.9 Behoeftte aan informatie en hulp

In Utrecht heeft 55% van de bevolking behoefte aan informatie over onderwerpen gericht op leefstijl en aandoeningen. Daarnaast heeft een kwart behoefte aan hulp bij deze onderwerpen. Deze behoeften zijn onvervuld, dus nog niet verwezenlijkt. Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste onderwerpen. Over het algemeen is de behoefte aan informatie en hulp gericht op leefstijl en aandoeningen groter onder mensen met een aandoening of ongezonde leefstijl dan mensen die dit niet hebben. Dit komt ook naar voren uit gesprekken met intermediairs en burgers van GSB-wijken. Daarnaast blijkt uit deze bronnen dat er ook behoefte is aan meer, goedkoper en laagdrempelig bewegingsaanbod, meer zicht op voorzieningen over zorg en welzijn, verbeteren van contact met zorgaanbieders als de huisarts, en aanpak van de vervuiling en achteruitgang van de wijk.⁵

Tabel 2: Belangrijkste onderwerpen waarover behoefte aan informatie of hulp is op basis van de Gezondheidsenquête

<i>Behoeftte aan informatie</i>	<i>Behoeftte aan hulp</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Gezonde voeding • Beweging • Afvallen • Verminderen van spanningen of stress • Voorkomen/verminderen van nek-, rug- en schouderklachten (alleen 16-54 jaar) • Zelfstandig blijven (alleen 55+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Afvallen • Verminderen van stress of spanningen • Voorkomen/verminderen van nek-, rug- en schouderklachten (alleen 16-54 jaar) • Zelfstandig blijven (alleen 55+) • Gezonde nachtrust/slaapproblemen (alleen 55+)

Er zijn enkele verschillen te zien in behoefte aan informatie en hulp tussen mannen en vrouwen. Het meest opvallend is de veel grotere behoefte aan informatie onder vrouwen over het verminderen van stress of spanningen (28% vs. 18%) en van nek-, rug- en schouderklachten (31% vs. 23%). Ook de behoefte aan hulp bij deze onderwerpen is iets groter.

De inwoners van Utrecht verkrijgen hun informatie over gezondheid en ziekte met name via familie/vrienden/kennissen, persoonlijke gesprekken met een deskundige en televisie/radio/kranten/huis-aan-huisbladen. Daarnaast zijn ook internet (met name bij mensen onder de 55 jaar) en bibliotheek/boeken/tijdschriften belangrijke informatiebronnen. Hulp ontvangen de Utrechters het liefst van familie en vrienden en door persoonlijke gesprekken met een deskundige.

2.3.10 Trends

Lichamelijke gezondheid

Vergeleken met de periode 1995-1997 is het voorkomen van zowel overgewicht als extreem overgewicht in Utrecht toegenomen.²⁸ Dit komt overeen met de sterke toename van (ernstig) overgewicht sinds 1981 die landelijk wordt gezien.²⁹ Naar verwachting zal het percentage volwassenen met ernstig overgewicht de komende 20 jaar verdubbelen.³⁰

Verder lijkt er in Utrecht een toename van diabetes te zijn in de periode 1995-2003.³¹ Dit komt ook overeen met landelijke cijfers. Alleen al door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal personen met diabetes in ons land de komende twintig jaar met 35% toe.³² Door de stijgende trend in overgewicht in Nederland zal dit aantal personen met diabetes alleen maar verder toenemen. Utrecht vergrijst echter

niet, maar verjongt. Toch kan het mogelijk zijn dat het aantal mensen met diabetes in Utrecht niet zal dalen, aangezien er steeds meer overgewicht bij jongeren wordt vastgesteld.³³

Er is een significante toename van het percentage mensen met lichamelijke beperkingen die als probleem ervaren worden in Utrecht in de periode 1995-2003, wat niet verklaard kan worden door de veranderde samenstelling van de bevolking. Het is niet duidelijk of het gaat om beperkingen van tijdelijke of langdurige aard. Volgens enquêtes van het CBS is landelijk het aantal tijdelijke beperkingen in de periode 1981-2000 gestegen. De langdurige beperkingen wat betreft horen en zien zijn stabiel gebleven in de periode 1989-2000 en de mobiliteitsbeperkingen zijn afgenomen.³⁴

Geestelijke gezondheid

In de periode 1995-2003 is het percentage dat aangeeft last te hebben van overspannenheid, stress of depressiviteit toegenomen.³¹ Landelijk is het percentage mannen en vrouwen met psychosociale klachten gelijk gebleven in de jaren 1989-2000. Echter bij jongeren van 16 tot 19 jaar en volwassenen tussen 20 en 44 jaar is een toename te zien in die periode. Bij mensen ouder dan 45 jaar is weer een significante afname geconstateerd.²⁰

Leefstijl

In de periode 1995-2003 is het percentage rokers in Utrecht afgenomen. Dit is te verklaren door de verandering in bevolkingsopbouw, zoals toename van het aantal hoogopgeleiden en het aantal allochtonen.³¹ Ook in Nederland is er de afgelopen jaren een afname van het aantal rokers, van 33% in de jaren negentig tot 28% in 2004.³⁷

Verder wordt er in Utrecht sinds 1995 een afname gezien van het percentage mensen dat niet dagelijks ontbijt en het percentage mensen dat weinig beweegt (<1 uur sport in de week én <30 minuten bewegen per dag). Ook deze trends kunnen verklaard worden door verandering in bevolkingsopbouw. Het aantal hoog opgeleiden en ouderen is toegenomen. Deze groepen ontbijten vaker dan laagopgeleiden en jongvolwassenen. Daarnaast sporten en bewegen hoogopgeleiden ook vaker dan laagopgeleiden.³¹

Sociale omgeving

Er is in Utrecht een toename van het percentage mensen dat weinig sociale contacten heeft (<1 keer per week bezoek binnen of buiten de buurt) en van het percentage mensen dat niet tevreden is met het aantal sociale contacten in de periode 1995-2003. Landelijk worden dergelijke trends niet gezien. Uit cijfers van het CBS blijkt dat in de periode 1997-2004 het percentage mensen met weinig contacten vrijwel gelijk is gebleven. Dit geldt ook voor de tevredenheid over het aantal sociale contacten.¹³

Fysieke omgeving

Schimmel in de woningen is afgenomen in Utrecht in de jaren 1995-2003.³¹ Dit wordt ook landelijk zo gezien: het percentage woningen met vochtproblemen is afgenomen in de periode 1970-2000. Naar schatting zal het aantal woningen met vochtproblemen nog verder dalen.³⁶ Er worden over de jaren wel meer andere vervelende eigenschappen in de woning (zoals stank, gehorigheid en tocht) gerapporteerd. Met betrekking tot de buurt zijn de inwoners van Utrecht ook meer problemen (verkeersoverlast, rommel,

stank- en geluidsoverlast) gaan ervaren in de periode 1995-2003.³¹ Het is niet duidelijk of er ook daadwerkelijk meer problemen in de buurt zijn dan voorgaande jaren of dat mensen zich bewuster zijn geworden van de mogelijke gevolgen van milieu op de gezondheid. In de media is de laatste jaren steeds meer aandacht geweest voor milieuproblemen; vooral voor verkeersoverlast en de mogelijke gevolgen voor de gezondheid. Landelijk is er echter een lichte daling zichtbaar in de mate waarin vermogensdelicten (inbraak en diefstal), verkeersoverlast en verloedering (overlast, rommel, geluidsoverlast) als buurtproblemen ervaren worden in de periode 1993-2005.³⁷

2.4 Etniciteit

Kernpunten

- De gezondheid, leefstijl en woonomgeving van Turken en Marokkanen is slechter dan die van de Nederlanders en andere etnische groepen; ze ervaren hun gezondheid slechter, hebben meer chronische en psychische aandoeningen, meer overgewicht, ze sporten en bewegen minder en hebben een slechtere sociale en fysieke omgeving. Turken en Marokkanen hebben ook een grotere behoefte aan informatie en hulp bij leefstijl en aandoeningen.
- De gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn in de afgelopen acht jaar niet kleiner geworden. Wat betreft het aantal sociale contacten, het ervaren van problemen in de buurt, het eten van groente en fruit en het hebben van lichamelijke beperkingen die als probleem ervaren worden, zijn de verschillen zelfs groter geworden.
- Er komen veel aandoeningen aan het bewegingsapparaat voor onder Turken, 41% versus 21% onder autochtonen. Ook hebben Turken vaker een lichamelijke beperking waarbij problemen worden ervaren (52% vs. 21%).
- Er komt veel diabetes voor onder Marokkanen en Surinamers/Antillianen.
- Eenderde van de allochtonen weet niet waar ze heen kunnen als ze denken een soa te hebben.
- 44% van de Turken rookt ten opzichte van 32% van de Nederlanders.
- Er is veel overmatig alcoholgebruik onder Nederlanders ten opzichte van Turken en Marokkanen.
- 78-94% van de Turken en Marokkanen gaat ongevaccineerd op vakantie naar het land van herkomst.
- Uit landelijke cijfers blijkt dat er veel eenzaamheid voorkomt onder allochtonen, met name onder vrouwen. Het is aannemelijk dat er ook in Utrecht veel eenzaamheid voorkomt onder deze groep.
- Allochtone ouders hebben vaker een onvervulde behoefte aan advies of ondersteuning bij de opvoeding dan autochtone ouders.

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf zullen we ingaan op etnische verschillen in gezondheid en determinanten hiervan. In Utrecht wonen veel verschillende etnische groepen (>230), maar de meeste groepen zijn te klein om uitspraken over te doen op basis van de gegevens uit de Gezondheidspeiling. Daarom is ervoor gekozen om alleen de grootste etnische groepen die in Utrecht wonen apart te beschrijven: de Marokkaanse, Turkse en Surinaams/Antilliaanse etniciteit. We beseffen dat het bij bijvoorbeeld de Marokkaanse etniciteit gaat om een zeer diverse groep, van mensen die in Marokko geboren zijn en net zijn geëmigreerd tot mensen die in Nederland zijn geboren. Het is dan ook niet juist om te spreken van Marokkanen, Turken en Surinamers/Antillianen, maar gemakshalve zullen we in dit hoofdstuk toch deze termen gebruiken. Ondanks dat allochtonen die in Nederland zijn geboren gedeeltelijk de Nederlandse gewoonten overnemen, blijven ze wel bepaalde culturele en genetische factoren houden die bij een hun etniciteit horen.

Het bereiken van allochtonen via een schriftelijke vragenlijst is vaak moeilijk en ook vullen zij de vragenlijst niet altijd volledig in. Ook bij de Gezondheidspeiling is de respons lager onder allochtonen dan onder autochtonen. Het is daarbij de vraag welke allochtonen wel bereikt worden met een enquête en welke niet. Indien de non-respondenten meer gezondheidsproblemen hebben, zullen de gevonden resultaten een onderschatting zijn van de werkelijke situatie. Het is zeer waarschijnlijk dat de vragenlijst met name is ingevuld door de allochtonen die de Nederlandse taal goed beheersen. Juist onder de andere groep, de niet goed Nederlands sprekende allochtonen, is de gezondheidssituatie naar verwachting ongunstiger, waardoor de werkelijke situatie mogelijk nog 'slechter' is dan in deze paragraaf beschreven.

In Utrecht is ongeveer 16% van de volwassen Turken en 23% van de volwassen Marokkanen van de tweede generatie.¹⁴ In de Gezondheidspeiling zijn deze percentages beduidend lager (7% en 14%, respectievelijk) en de hierna gepresenteerde gegevens hebben dan ook vooral betrekking op Turken en Marokkanen van de eerste generatie.

Het percentage 55-plussers is onder Marokkanen/Turken iets lager dan onder Nederlanders; in de Gezondheidspeiling respectievelijk 22% en 28%. Door de kleine aantallen in de peiling is het niet mogelijk gegevens te berekenen voor oudere allochtonen. Voor de in deze paragraaf gepresenteerde cijfers zijn alle allochtonen uit de steekproef meegenomen, het betreft dus hoofdzakelijk allochtonen onder 55 jaar.

Er zijn grote overeenkomsten tussen allochtonen en laagopgeleiden, maar de groepen overlappen elkaar niet geheel. Van de Turken en Marokkanen is rond de 60% laagopgeleid (Bron: NUP).

Opleidingsniveau kan op een verkeerde manier geïnterpreteerd worden bij allochtonen. Een laag opleidingsniveau voor Nederlanders betekent wellicht voor Marokkanen een redelijk opleidingsniveau, dus een redelijke sociaal-economische status. Bovendien is een Marokkaanse opleiding moeilijk om te zetten in een Nederlands opleidingsniveau.³⁸ Daarom is niet alleen het opleidingsniveau meegenomen als indicator voor sociaal-economische status, maar ook het wel of niet hebben van werk.

2.4.2 Sterfte

In de periode 1995-2000 is in Nederland de sterfte onder Turkse en Surinaamse/Antilliaanse mannen hoger en onder Marokkaanse mannen lager dan onder autochtone mannen. Onder vrouwen zijn de sterfteverschillen relatief klein. Zowel onder Turken, Marokkanen als Surinamers/Antillianen is de sterfte aan kanker laag. Daarnaast is onder Marokkaanse mannen ook de sterfte aan hart- en vaatziekten laag en onder Surinaamse/Antilliaanse mannen en vrouwen juist hoog. Verder blijkt er weinig verschil te zijn in sterfte tussen Marokkanen en Turken met een hoog inkomen en met een laag inkomen, maar dit geldt met name voor mannen.³⁹

2.4.3 Ervaren gezondheid

Turken en Marokkanen ervaren hun gezondheid veel vaker als matig of slecht dan Nederlanders. Dit verschil kan niet geheel verklaard worden door andere demografische kenmerken. Wel heeft het feit dat er veel allochtonen een lage opleiding hebben invloed op het verschil. Opvallend is dat het hebben van chronische aandoeningen het slechter ervaren van de gezondheid door Turken en Marokkanen niet kan verklaren, terwijl zij wel vaker een chronische aandoening hebben. Het vaker hebben van geestelijke

aandoeningen verklaart onder Turken wel gedeeltelijk de slechter ervaren gezondheid.

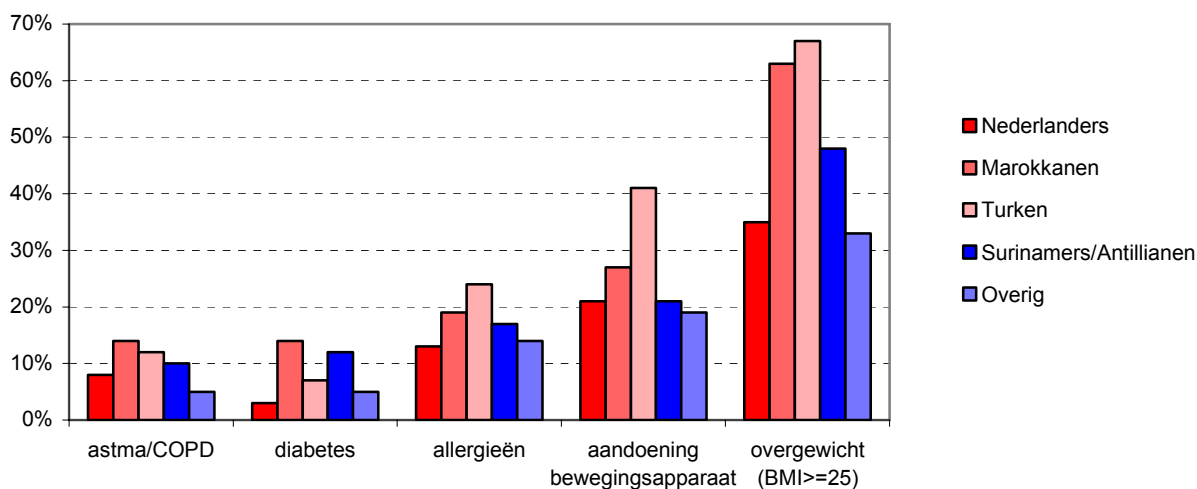
In landelijk onderzoek wordt ook gevonden dat Turken en Marokkanen hun gezondheid als minder goed ervaren vergeleken met andere allochtone groepen en autochtonen.¹⁹

Het welbevinden kan worden opgesplitst in lichamelijk en geestelijk welbevinden. Het blijkt dat in Utrecht met name bij Turken, maar ook bij Marokkanen, zowel het lichamelijk als het geestelijk welbevinden minder goed is dan bij de andere bevolkingsgroepen. Het welbevinden kan ook worden uitgesplitst naar persoonlijk en maatschappelijk welbevinden. Hierbij valt op dat bij Turken en Marokkanen met name het maatschappelijk welbevinden minder goed is dan dat van Nederlanders (Bron: NUP).

2.4.4 Lichamelijke gezondheid

Lichamelijke aandoeningen

Veel lichamelijke aandoeningen komen meer voor onder Turken en Marokkanen dan onder Nederlanders en andere etnische groepen (figuur 6). Bij Turken valt vooral op dat ze een hogere prevalentie hebben van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (41%). Daarnaast hebben ze meer allergieën en (extreem) overgewicht. Dat Turken vaak aandoeningen aan het bewegingsapparaat hebben, wordt ook landelijk gezien en heeft mogelijk gedeeltelijk te maken met het zware lichamelijke werk dat ze vaak doen en met het hebben van overgewicht.¹⁹ Marokkanen hebben vaker dan gemiddeld diabetes, astma/COPD en ook (extreem) overgewicht. De lichamelijke gezondheid van Surinamers/Antillianen wijkt over het algemeen minder af van die van Nederlanders. Wel komt er meer diabetes voor onder deze groep.



Figuur 6: Enkele lichamelijke aandoeningen, uitgesplitst naar etniciteit

Lichamelijke beperkingen

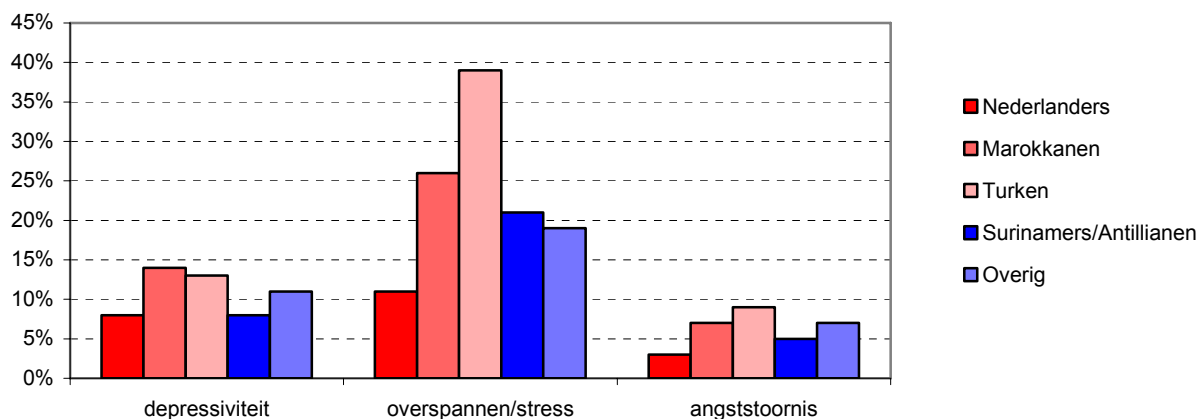
Turken hebben vaak lichamelijke beperkingen; 52% heeft lichamelijke beperkingen en ervaart hierdoor problemen op het gebied van wonen, werk, vervoer en/of sport/recreatie. Dit is veel meer dan bij de Nederlanders (21%) en andere etnische groepen (23-31%). Ook na correctie voor demografische factoren blijft het verschil tussen Nederlanders en Turken bestaan, wel wordt een gedeelte van het verschil verklaard door het veel voorkomen van een lage opleiding onder Turken. Het vóórkomen van psychische aandoeningen blijkt verband te houden met het hebben van een lichamelijke beperking, echter het hebben van een chronische lichamelijke aandoening niet.

Infectieziekten

Als men vermoedt een soa te hebben, weet 1 op de 3 allochtonen van 19-54 jaar niet waar ze hiervoor terecht kunnen. Bij de autochtonen is dit 1 op de 11. Op de soa-polikliniek in Utrecht worden relatief weinig allochtonen gezien, namelijk 7%.¹⁷

2.4.5 Geestelijke gezondheid

Onder allochtonen komen meer psychische aandoeningen voor dan onder autochtonen (figuur 7). Met name Turken en Marokkanen rapporteren vaker depressiviteit, overspannenheid/stress en/of een angststoornis die vastgesteld is door een huisarts, specialist of psycholoog. De groep overige allochtonen kan worden opgesplitst in overig Westerse allochtonen en overig niet-Westerse allochtonen. Het zijn met name de niet-Westerse allochtonen die vaak aangeven depressief te zijn of last te hebben van overspannenheid/stress.³¹ Verder blijkt dat er vooral bij de Turken vaak een indicatie is voor een milde psychische aandoening. Van de vragenlijst waarmee het voorkomen van een milde psychische aandoening is nagevraagd (GHQ, zie §2.3.5) is het echter niet bekend of deze valide is voor allochtonen. Deze uitkomst moet dan ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Uit Amsterdams onderzoek is gebleken dat onder oudere Turkse en Marokkaanse migranten (>60 jaar) veel depressiviteit voorkomt, bij respectievelijk 62% en 34%. Bij Nederlandse ouderen was dit 15%.⁴⁰ Het lijkt er dus op dat er onder Turken en Marokkanen meer psychische aandoeningen voorkomen.



Figuur 7: Enkele psychische aandoeningen, uitgesplitst naar etniciteit

Daarnaast is het percentage Turken dat zich matig tot (zeer) sterk eenzaam voelt erg hoog. Ook bij de andere etnische groepen is er meer eenzaamheid te zien dan onder autochtonen. De vragenlijst waarmee eenzaamheid is nagevraagd ('Loneliness scale') is mogelijk niet valide voor allochtonen en daarom moeten de cijfers voorzichtig worden geïnterpreteerd. Wel blijkt uit landelijk onderzoek dat eenzaamheid vaker voorkomt onder allochtonen dan onder autochtonen en in Rotterdam blijken Marokkaanse vrouwen vaker eenzaam te zijn dan Nederlandse vrouwen.^{41,42} Ook uit een onderzoek uitgevoerd in Amsterdam blijkt dat er veel eenzaamheid is onder Marokkanen, zowel onder mannen als vrouwen. Volgens dit onderzoek kan eenzaamheid het gevolg zijn van een aantal factoren die specifiek voor allochtonen gelden. Deze factoren hangen samen met migratie, de taal niet goed spreken, de samenleving niet voldoende kennen, met uitsluiting en verharding van de samenleving, en met culturele factoren. Specifiek voor Marokkaanse vrouwen geldt dat een deel door hun echtgenoot in isolement

wordt gehouden.⁴³ De gegevens uit deze onderzoeken bevestigen dus de Utrechtse bevindingen.

Bij Marokkaanse vrouwen in Utrecht lijken psychische problemen vaker voor te komen dan bij Marokkaanse mannen. Onder Turken kunnen door te kleine aantallen geen uitspraken gedaan worden over verschillen tussen mannen en vrouwen.

2.4.6 Leefstijl

Met betrekking tot leefstijl zijn allochtonen, met name de Turken, het minst gezond. Maar liefst 44% van de Turken rookt. Dit komt overeen met landelijke cijfers en hieruit blijkt dat het vooral de Turkse mannen zijn die veel roken, namelijk 60%.¹⁹ Daarnaast ontbijt eenderde van deze etnische groep niet dagelijks en eet 28% minder dan 5 dagen groenten én minder dan vijf stuks fruit per week. Onder zowel Marokkanen als Turken wordt weinig gesport: 42% van de Marokkanen en 52% van de Turken sport minder dan 1 uur per week. Wanneer er daarnaast gekeken wordt naar het aantal minuten fietsen of lopen naar werk of winkel per dag, zijn het weer met name de Turken die niet voldoen aan de norm van 30 minuten bewegen. Bijna 40% fietst of loopt minder dan 30 minuten per dag én doet minder dan 1 uur per week aan sport. Onder de Nederlanders is dit percentage beduidend lager, namelijk 13%. Dit verschil wordt niet verklaard door het meer voorkomen van lichamelijke of geestelijke aandoeningen onder Turken.

Uit een kwalitatief onderzoek van de GGD Amsterdam naar overgewicht bij Marokkaanse en Turkse vrouwen blijkt ook dat deze groep weinig aan beweging/sport doet en een verkeerd voedingspatroon heeft.⁴⁴ Dat deze vrouwen weinig sporten komt ondermeer doordat de meeste sportgelegenheden te duur zijn, niet in de buurt zijn en voor zowel mannen als vrouwen zijn. Het verkeerde voedingspatroon (veel vet en suiker) komt mede doordat de sociale omgeving dit stimuleert; echtgenoten willen vaak een traditionele maaltijd en vrouwen voelen een druk om te eten bij sociale gelegenheden. Ook vanwege stress en heimwee gaan vrouwen eten.

Opvallend laag is het overmatig alcoholgebruik en het gebruik van drugs onder Marokkanen en Turken in vergelijking met Nederlanders en andere etnische groepen. Dit komt overeen met landelijk onderzoek.¹⁹

Veel Marokkanen en Turken gaan regelmatig op vakantie naar het land van herkomst; 71-84% van de 19-54-jarigen had in de periode 2001-2003 het land van herkomst bezocht. Voor deze landen worden vaccinaties aanbevolen. Het aantal mensen dat ongevaccineerd op reis gaat is zeer hoog in deze groepen: 78% van de Marokkanen en 94% van de Turken. Omgerekend naar de Utrechtse bevolking betekent dit dat in 2001-2003 ruim 11 duizend Turken en Marokkanen van 19-54 jaar ongevaccineerd naar hun land van herkomst zijn gereisd. Doordat zij niet op het vaccinatiespreekuur komen, missen ze, naast vaccinaties, advies over de risico's in het buitenland zoals voedselveiligheid en uitdroging.

Opvoeding

Autochtone ouders met kinderen in de leeftijd 0-18 jaar geven vaker aan wel eens vragen te hebben over de opvoeding of problemen te ervaren. Echter het percentage ouders dat behoefte heeft aan advies of ondersteuning bij de opvoeding is beduidend hoger onder allochtonen dan onder autochtonen, 57% en 35% respectievelijk. De kans dat allochtone ouders de door hen gewenste opvoedingsondersteuning ook daadwerkelijk ontvangen is aanzienlijk kleiner dan bij autochtone ouders. De belangrijkste redenen hiervoor zijn de onbekendheid met het aanbod en de drempel om hulp te zoeken.²⁵

2.4.7 Fysieke omgeving

Marokkanen en Turken in Utrecht hebben meer klachten over hun woning en ervaren meer problemen in de buurt die slecht zijn voor de gezondheid dan autochtonen. Met betrekking tot de woning rapporteren ze vaker schimmel (vocht) in de woning, een slecht te verwarmen woning, te veel trappen, stankoverlast in huis en geen goede ventilatie. Over de buurt rapporteren ze vooral meer geluidsoverlast (72% vs. 48%). Daarnaast worden overlast van ongedierte, veiligheid, onderhoud van de buurt en stankoverlast vaker genoemd. Deze relatief slechte fysieke omgeving komt gedeeltelijk doordat Turken en Marokkanen vaak een laag inkomen hebben en hierdoor in slechtere huizen en buurten wonen.

2.4.8 Sociale omgeving

Allochtonen ervaren meer problemen met hun sociale omgeving dan autochtonen. Zo hebben ze vaker minder bezoek van binnen of buiten de buurt. Wanneer de categorie overig wordt opgesplitst in Westers en niet-Westers, blijkt dat vooral de groep niet-Westerse allochtonen erg weinig sociale contacten heeft.³¹ Het zijn met name de Surinamers/Antillianen en de groep overige allochtonen (zowel Westers als niet-Westers) die vaker niet tevreden te zijn met het aantal bezoeken dan Nederlanders, Turken en Marokkanen. Daarnaast ervaart de helft van de Turken en Surinamers/Antillianen een lage verbondenheid met de buurt. Maar ook Marokkanen geven aan een lagere buurtcohesie te ervaren dan Nederlanders. Verder geeft een groot deel van de Marokkanen (40%), Turken (34%) en Surinamers/Antillianen (33%) aan niemand binnen of buiten de buurt te hebben om persoonlijke problemen mee te bespreken. De sociale binding is relatief laag bij Turken en Marokkanen (Bron: NUP).

2.4.9 Behoeftte aan informatie en hulp

Marokkanen, Turken en Surinamers/Antillianen hebben een grotere behoefte aan informatie en hulp met betrekking tot leefstijl en aandoeningen dan Nederlanders (tabel 3). Met name onder Turken is de behoefte gericht op bewegen, afvallen en stoppen met roken hoog. Daarnaast valt de hoge behoefte aan hulp bij stressgerelateerde onderwerpen op onder Marokkanen en Turken. Surinamers en Antillianen hebben juist weer een opvallend hoge behoefte aan informatie over aandoeningen. De 55-plussers van allochtone afkomst hebben meer behoefte aan hulp bij botontkalking, urineverlies en zelfstandig blijven en informatie over zorg en hulp dan autochtonen. Ook uit gesprekken met burgers en met intermediairs blijkt dat er veel behoeften zijn onder allochtonen, met name met betrekking tot beweging, spanningen, stress of andere psychische klachten, lichamelijke aandoeningen, de opvoeding van kinderen, eenzaamheid, voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn, en de fysieke omgeving. Het is hierbij belangrijk rekening te houden met de andere cultuur en achtergrond van allochtonen. Verder geven intermediairs aan dat allochtonen vaak een gebrek hebben aan kennis over gezondheid en de werking van het menselijk lichaam. Ook missen ze veelal de middelen om een probleem aan te pakken; ze hebben problemen met hun zelfredzaamheid en ondersteuning hierbij is gewenst.⁵

Net als autochtonen verkrijgen allochtonen informatie over gezondheid en ziekte met name via familie en vrienden, gesprekken met een deskundige en televisie/radio/kranten. Wel valt het op dat Marokkanen en Turken minder gebruik maken van internet en de bibliotheek/boeken/tijdschriften. Daarnaast gaan Marokkanen vaker naar professionals als de GG&GD, Thuiszorg of Altrecht. Hulp ontvangen allochtonen,

net als de autochtonen, het liefst van familie en vrienden en gesprekken met een deskundige. Turken maken daarnaast ook graag gebruik van een groepscursus.

Tabel 3: Behoefte aan informatie en hulp onder allochtonen.

	Marokkanen		Turken		Surin/Antil	
	info	hulp	info	hulp	info	hulp
Gezonde voeding	+	+	+	+	+	
Beweging	+	+	+	+	+	
Afvallen		+	+	+		+
Stoppen met roken			+	+		
Verminderen spanningen en stress	+	+	+	+		+
Verminderen nek-, rug- en schouderklachten (19-54 jaar)	+	+	+	+	+	
Diabetes	+					
Kanker	+				+	
Reuma	+		+		+	
Hart- en vaatziekten					+	
Geslachtsziekten (19-54 jaar)					+	
Omgaan met angsten		+				
Ondersteuning bij sociaal-emotionele problemen		+		+		
Omgaan met depressie of neerslachtigheid		+		+		

+: grote behoefte ten opzichte van Utrechts gemiddelde

2.4.10 Trends

In de periode 1995-2003 zijn de gezondheidsverschillen tussen de etnische groepen niet kleiner geworden. De verschillen die hierboven zijn genoemd, waren ook acht jaar geleden al aanwezig. Op vier aspecten zijn de verschillen tussen allochtonen en autochtonen zelfs groter geworden. Ten eerste het aantal mensen dat problemen in de buurt ervaart, wat in de gehele Utrechtse bevolking is toegenomen, maar onder de Turken en Marokkanen sterker. Ten tweede is het percentage Nederlanders dat minder dan één keer per week sociale contacten heeft (bezoek binnen of buiten de buurt) niet veranderd, terwijl dit met name bij de Turken is toegenomen. Ten derde is ook het verschil tussen etnische groepen wat betreft het eten van groente en fruit toegenomen: Marokkanen zijn minder groente en fruit gaan eten en onder Nederlanders is dit hetzelfde gebleven. Als laatste is het hebben van lichamelijke beperkingen die als probleem ervaren worden onder Turken meer toegenomen dan onder de rest van de Utrechtse.³²

2.5 Sociaal-economische status

Kernpunten

- Met het afnemen van het opleidingsniveau worden de gezondheid, leefstijl en (woon)omgeving slechter. Laagopgeleiden hebben een slechtere ervaren gezondheid, meer chronische en psychische aandoeningen, meer overgewicht, ze sporten en bewegen minder en hebben een slechtere sociale en fysieke omgeving. Deze groep heeft ook een grotere behoefte aan informatie en hulp bij leefstijl en aandoeningen.
- De helft van de laagopgeleiden is eenzaam. Onder laagopgeleide ouderen is de behoefte aan hulp bij het omgaan met eenzaamheid verhoogd.
- De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn sinds 1995 groter geworden voor roken, alcoholgebruik, lichamelijke beperkingen en bewegen.
- Overmatig alcoholgebruik is vooral hoog onder laag/middenopgeleide autochtone mannen, hoog/middenopgeleide autochtone vrouwen en hoogopgeleide allochtone mannen.
- De problemen die zich bij de laagopgeleiden voordoen komen sterk overeen met de problemen bij Turken en Marokkanen. Het is echter belangrijk om te beseffen dat het bij de laagopgeleiden voor een groot deel (tweederde) om de autochtone bevolking gaat.

2.5.1 Inleiding

In deze paragraaf zullen de verschillen in sociaal-economische status (SES) worden besproken. De SES is hierbij gebaseerd op de hoogst voltooide opleiding. Van de laagopgeleiden is in Utrecht tweederde van autochtone afkomst.

In een landelijke studie van TNO Preventie en gezondheid is gevonden dat de levensverwachting voor laagopgeleide mannen bij de geboorte 73,1 jaar is en dit is 5 jaar lager dan voor hoogopgeleide mannen (78,0 jaar). Voor vrouwen is dit verschil 2,6 jaar: 79,5 jaar vs. 82,1 jaar. Het verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid is tussen hoog- en laagopgeleiden nog groter: dit verschil bedraagt bijna 16 jaar voor mannen (68,7 jaar vs. 52,9 jaar) en 14 jaar voor vrouwen (68,2 jaar vs. 54,2 jaar).⁴⁵

2.5.2 Ervaren gezondheid

Met het afnemen van het opleidingsniveau, neemt het percentage dat de eigen gezondheid als matig of slecht ervaart toe. Van de laagopgeleiden ervaart zelfs 2 op de 5 de eigen gezondheid als matig of slecht. De cijfers komen overeen met wat landelijk wordt gevonden.¹⁹ De verschillen in ervaren gezondheid tussen de opleidingsniveaus zijn niet te verklaren door andere demografische factoren.

Zowel het lichamelijk als het geestelijk welbevinden van de Utrechters worden minder goed met het afnemen van het opleidingsniveau. In het persoonlijk welbevinden zijn kleine verschillen te zien tussen de opleidingsniveaus (ten gunste van de hoogopgeleiden), maar bij het maatschappelijk welbevinden zijn de verschillen groter; de laagopgeleiden geven een rapportcijfer 7,0 en de hoogopgeleiden een 8,6 (Bron: NUP).

2.5.3 Lichamelijke gezondheid

Met het afnemen van het opleidingsniveau, neemt het percentage personen dat minimaal één chronische aandoening heeft toe. Ruim 2 op de 3 laagopgeleiden heeft een chronische aandoening. Aandoeningen die toenemen met het afnemen van het opleidingsniveau zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat, (extreem) overgewicht en hoge bloeddruk (figuur 8). Etniciteit en leeftijd kunnen deze verschillen niet verklaren. Het toenemen van (extreem) overgewicht met het afnemen van het opleidingsniveau wordt ook landelijk gezien.¹⁹ Verder komt in Utrecht diabetes vaker voor onder laagopgeleiden dan bij midden- en hoogopgeleiden. Bij deze laatste twee groepen komt diabetes even vaak voor. Na correctie voor etniciteit en leeftijd blijkt dat astma/COPD vaker voorkomt bij midden- en laagopgeleiden. Uit Nederlands onderzoek is gebleken dat laagopgeleiden chronische aandoeningen onderrapporteren.⁴⁶ Waarschijnlijk zijn daardoor in werkelijkheid de sociaal-economische lichamelijke gezondheidsverschillen nog groter.

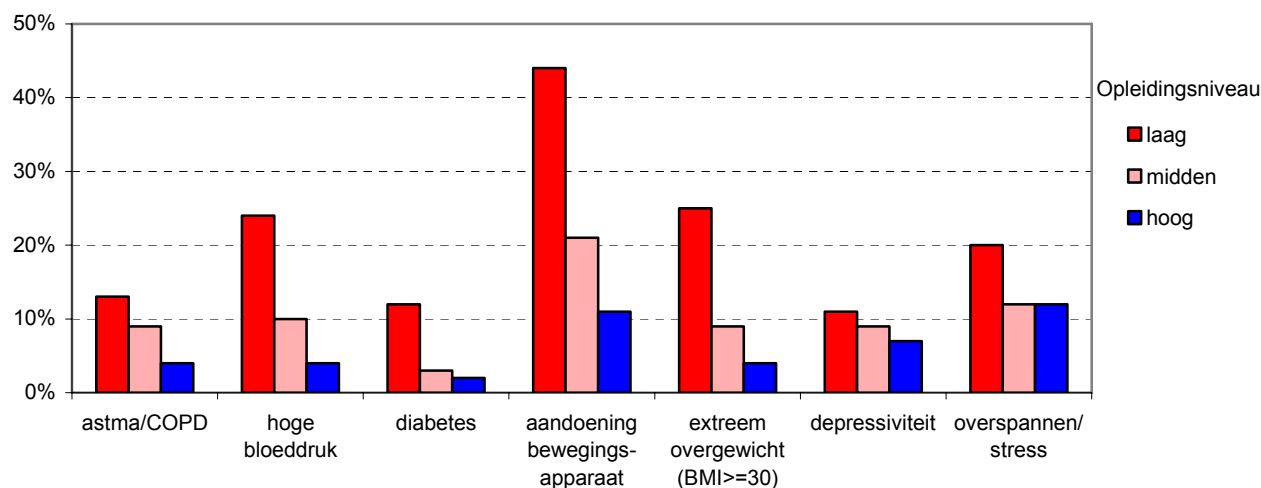
Ook het hebben van een als probleem ervaren lichamelijke beperking neemt toe met het afnemen van het opleidingsniveau.

Als men vermoedt een soa te hebben, weet 38% van de laagopgeleiden niet waar ze hiervoor terecht kunnen, terwijl slechts 6% van de hoogopgeleiden dit niet weet.

2.5.4 Geestelijke gezondheid

De geestelijke gezondheid is over het algemeen het meest ongunstig onder laagopgeleiden; zo zijn ze bijvoorbeeld vaker overspannen, vaker depressief en hebben ze vaker een angststoornis vergeleken met

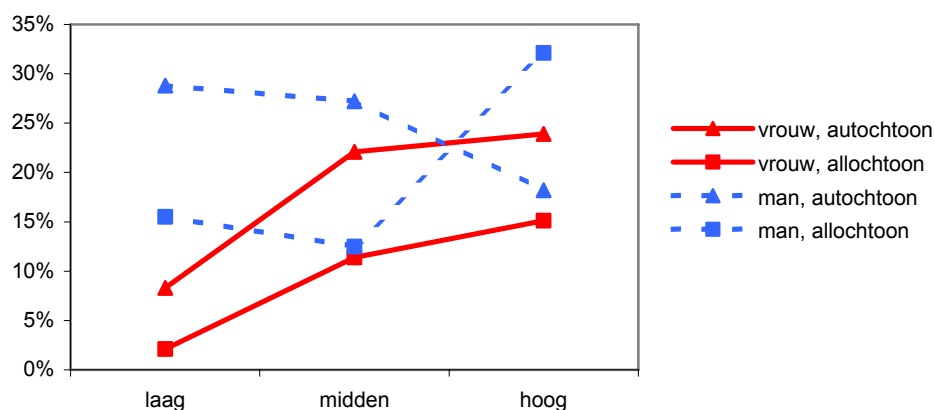
midden- en hoogopgeleiden (figuur 8). Hierbij gaat het om aandoeningen die door een huisarts, specialist of psycholoog zijn vastgesteld. Ook eenzaamheid komt vaker voor onder laagopgeleiden (48% is matig tot (zeer) sterk eenzaam en 11% is (zeer) sterk eenzaam) en neemt af naarmate het opleidingsniveau toeneemt. Deze verschillen kunnen niet worden verklaard door leeftijd of etniciteit.



Figuur 8: Enkele lichamelijke en geestelijke aandoeningen, uitgesplitst naar opleidingsniveau

2.5.5 Leefstijl

Ook ten aanzien van de leefstijl zijn laagopgeleiden het minst gezond; ze bewegen het minst, eten minder groente en fruit en roken het meest. Onder vrouwen is het overmatig alcoholgebruik lager onder laagopgeleiden dan onder midden- en hoogopgeleiden, dit geldt zowel voor allochtone als autochtone vrouwen. Onder mannen is er geen verschil in overmatig alcoholgebruik tussen de opleidingsniveaus te zien. Splitsen we de mannen in allochtonen en autochtonen, dan het valt op dat onder de autochtone mannen het overmatige alcoholgebruik verhoogd is onder de laag- en middenopgeleiden. Bij de allochtone mannen zijn het juist de hoogopgeleiden die vaak overmatig alcoholgebruik rapporteren (figuur 9). Landelijk onderzoek laat ook zien dat vooral hoogopgeleide vrouwen veel drinken en dat bij mannen het verschil tussen opleidingsniveaus niet groot is. Er wordt hierbij geen onderscheid gemaakt in autochtonen en allochtonen.¹⁹



Figuur 9: Relatie tussen opleidingsniveau en overmatig alcoholgebruik, uitgesplitst naar geslacht en etniciteit

Opvoeding

Uit een onderzoek naar behoefte aan opvoedingsondersteuning onder Utrechtse ouders en verzorgers blijkt dat hoogopgeleide Utrechtse ouders meer vragen hebben over de opvoeding van hun kinderen, meer problemen ervaren en meer behoefte hebben aan ondersteuning dan gemiddeld. Dit lijkt eerder een signaal te zijn van een kritische en bewuste opstelling als opvoeder, dan van een hogere prevalentie van opvoedingsproblemen bij deze groep. Onder hoogopgeleide ouders komen ernstige opvoedingsproblemen minder vaak voor en het merendeel van deze ouders blijkt goed in staat de ondersteuning die zij willen ook te krijgen.²⁵

2.5.6 Fysieke omgeving

Laagopgeleiden rapporteren relatief vaak dat hun woning niet goed te verwarmen is. Andere klachten aan de woning die door deze groep relatief vaak genoemd worden, zijn te veel trappen en geen goede ventilatie. Zwerfvuil, overlast van ongedierte en het onderhoud van de buurt worden door laagopgeleiden vaker genoemd als problemen in de buurt die slecht zijn voor hun gezondheid vergeleken met midden- of hoogopgeleiden.

2.5.7 Sociale omgeving

Van de laagopgeleiden heeft de helft niemand om persoonlijke problemen mee te bespreken. Met het stijgen van het opleidingsniveau neemt dit percentage af tot 12% bij hoogopgeleiden. De sociale binding met de buurt is het laagst voor laagopgeleiden.

2.5.8 Behoeftte aan informatie en hulp

Laagopgeleiden hebben de grootste behoefte aan informatie en hulp met betrekking tot leefstijl en aandoeningen en hoogopgeleiden de kleinste. Met name de behoeften aan hulp gericht op afvallen, bewegen, gezonde voeding en het voorkomen of verminderen van nek-, rug- en schouderklachten zijn hoog onder laagopgeleiden. Onder de 55-plussers is een behoefte aan hulp bij het omgaan met eenzaamheid vooral te vinden bij laagopgeleiden. Ook uit gesprekken met burgers en intermediairs komt een grote behoefte onder mensen met een lage SES naar voren. Deze behoeften zijn gericht op overgewicht, lichamelijke en psychische klachten, meer zicht op voorzieningen van zorg en welzijn en de fysieke omgeving.⁵ Verder geven intermediairs aan dat mensen met een lage SES vaak een gebrek hebben aan kennis over gezondheid en de werking van het menselijk lichaam. Daarnaast missen ze veelal de middelen om een probleem aan te pakken; ze hebben problemen met hun zelfredzaamheid en ondersteuning hierbij is gewenst.⁵

Zowel laag-, midden- als hoogopgeleiden verkrijgen informatie over gezondheid en ziekte met name via familie en vrienden, gesprekken met een deskundige en televisie/radio/kranten. Wel valt het op dat naarmate de opleiding lager is familie en vrienden een minder belangrijkere bron worden en televisie/radio/kranten belangrijker. Daarnaast is het internet een belangrijke bron voor hoogopgeleiden, terwijl dit voor laagopgeleiden juist niet zo is. Verder nemen bibliotheek/boeken/tijdschriften en werk of collega's als informatiebron toe met het toenemen van het opleidingsniveau. Bijna 1 op de 5 laagopgeleiden geeft aan nooit informatie over gezondheid en ziekte te zoeken. Hulp ontvangen de laagopgeleiden het liefst van

familie en vrienden gevolgd door gesprekken met een deskundige. Hoogopgeleiden vinden hetzelfde, alleen hebben gesprekken met deskundigen hun voorkeur.

2.5.9 Trends

In de periode 1995-2003 zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen over het algemeen niet kleiner geworden. De verschillen die hierboven zijn genoemd, waren ook acht jaar geleden al aanwezig. Op een aantal aspecten zijn de sociaal-economische verschillen zelfs groter geworden.²⁸

Zo is de hoeveelheid beweging onder alle Utrechters tussen 1995-2003 ongeveer gelijk gebleven, maar zijn er wel verschillen naar opleidingsniveau; de hoogopgeleiden zijn meer gaan bewegen en de laagopgeleiden zijn iets minder gaan bewegen. Het hebben van een lichamelijke beperking waarbij men problemen ervaart is onder alle Utrechters toegenomen, maar beduidend sterker onder laagopgeleiden.²⁸

Verder bleek uit eerder onderzoek dat het percentage rokers in Utrecht onder de 16-54-jarigen in de periode 1999-2003 is afgenomen, maar deze afname heeft alleen plaatsgevonden bij midden- en hoogopgeleiden.⁴⁷ Onder laagopgeleiden, die in 1999 het meeste rookten, is het percentage rokers gelijk gebleven. Uit modelberekeningen van het RIVM is gebleken dat als het verschil tussen verschillende opleidingsniveaus in rookgedrag wordt opgeheven, het verschil in levensverwachting bij mannen met 1,5 jaar en bij vrouwen met 0,6 jaar worden verkleind.⁴⁸

Problematisch alcoholgebruik is in dezelfde periode onder 16-54-jarige Utrechters gelijk gebleven, maar ook hier zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen groter geworden. Bij midden- en hoogopgeleiden is het problematische alcoholgebruik afgenomen, terwijl het bij laagopgeleiden juist toe is genomen.⁴⁷

2.6 Wijken

Kernpunten

- In Overvecht en Zuidwest is er een clustering van gezondheidsproblemen; er komt veel overgewicht voor en hieraan gerelateerde factoren (gezondheid en leefstijl) zijn ongezonder. Tevens zijn de inwoners minder gezond op het psychosociale vlak. In deze wijken is er ook een verhoogde behoefte aan informatie en hulp bij afvallen, bewegen, gezonde voeding en omgaan met psychosociale aandoeningen.
- Noordwest is een relatief grote wijk waardoor er absoluut gezien bij veel mensen gezondheidsproblemen voorkomen.
- In Zuid concentreren de gezondheidsproblemen zich in de subwijk Nieuw Hoograven/Bokkenbuurt.
- In Noordoost en Oost is er veel overmatig alcoholgebruik.
- De inwoners van West en Noordwest hebben relatief veel klachten over hun woning en veel stank- en geluidsoverlast in de buurt.
- De verbondenheid met de buurt is relatief laag in Noordwest, Overvecht en Zuidwest.
- In Overvecht heeft 44% niemand om persoonlijke problemen mee te bespreken.
- In West, Overvecht en Zuidwest is ruim 40% eenzaam.

2.6.1 Inleiding

In deze paragraaf zal worden ingegaan op verschillen tussen wijken. Voor dit rapport zijn alleen wijkverschillen onderzocht. Iedere wijk bestaat echter uit drie of vier subwijken. Er kunnen grote verschillen bestaan in gezondheid en gezondheidsdeterminanten tussen deze subwijken. Er is eerder onderzoek gedaan naar verschillen tussen de subwijken van de GSB-wijken. Deze resultaten staan

beschreven in vier factsheets.⁴⁹⁻⁵² In de praktijk blijkt dat zelfs op een nog kleiner niveau, tussen buurten, grote verschillen bestaan. Door te kleine aantallen in de Gezondheidspeiling per buurt, kunnen cijfers op dit niveau echter niet berekend worden. Wel is het belangrijk te beseffen dat verschillen tussen subwijken/buurten kunnen worden uitgemiddeld wanneer cijfers op wijkniveau worden berekend. Wanneer een wijk gemiddeld scoort wat betreft gezondheid(sdeterminanten) kan het dus zijn dat de gezondheid in een gedeelte van die wijk wel ongunstig is.

2.6.2 Ervaren gezondheid

De inwoners van de wijken Overvecht en Zuidwest ervaren hun gezondheid vaker als matig of slecht vergeleken met de rest van de stad. In Overvecht zorgen met name de relatief oude bevolking en het grote aandeel inwoners met een lage SES ervoor dat de ervaren gezondheid slechter is dan gemiddeld in de stad en in Zuidwest is dit met name het grote aandeel allochtonen en in mindere mate het grote aandeel inwoners met een lage SES. In beide wijken kunnen de demografische kenmerken het verschil met de rest van de stad echter niet helemaal verklaren.

Het welbevinden kan worden opgesplitst in lichamelijk en geestelijk welbevinden. In bovengenoemde wijken is zowel het lichamelijke als het geestelijke welbevinden slechter vergeleken met andere wijken.

2.6.3 Lichamelijke gezondheid

Lichamelijke aandoeningen

In Overvecht heeft men vergeleken met de rest van de stad vaker een chronische aandoening, hoge bloeddruk, diabetes, aandoening aan het bewegingsapparaat en (extreem) overgewicht. Deze verschillen worden grotendeels veroorzaakt door de demografie van de wijk en het gaat hierbij met name om de relatief hoge leeftijd en het relatief lage opleidingsniveau van de inwoners.

In Zuidwest heeft men vaker diabetes, een aandoening aan het bewegingsapparaat en overgewicht vergeleken met de rest van de stad. Het zijn met name het relatief hoge aandeel allochtonen en het relatief lage opleidingsniveau van de inwoners die de verschillen met de rest van de stad veroorzaken.

In Noordwest komen extreem overgewicht en een hoge bloeddruk vaker voor dan in de rest van de stad. Deze verschillen worden grotendeels veroorzaakt door de sociaal-economische status van de inwoners, welke relatief laag is.

Lichamelijke beperkingen

Een lichamelijke beperking waarbij men problemen ervaart op het gebied van wonen, werk, vervoer en/of sport/recreatie wordt vaker genoemd door inwoners van Overvecht en Zuidwest. In Overvecht wordt deze verhoging veroorzaakt door de leeftijd van de inwoners, hun sociaal-economische status en het voorkomen van minimaal één chronische aandoening. In Zuidwest veroorzaakt de sociaal-economische status van de inwoners wel een deel van de verhoging, maar niet alles.

Infectieziekten

Als men vermoedt een soa te hebben, weet 1 op de 3 inwoners van Overvecht van 19-54 jaar niet waar ze hiervoor terecht kunnen (in de hele stad is dit 1 op de 7). Dat dit hoger is wordt onder andere

veroorzaakt doordat er in Overvecht relatief veel allochtonen en personen met een lage SES wonen.

2.6.4 Geestelijke gezondheid

In de wijken West, Overvecht en Zuidwest komt veel eenzaamheid voor; ruim 2 op de 5 mensen is hier matig tot (zeer) sterk eenzaam. In West en Zuidwest wordt dit gedeeltelijk veroorzaakt door de demografische opbouw van de wijken en dan met name door de etniciteit en de SES van de inwoners. In Overvecht kunnen de demografische gegevens niet heel het verschil met de rest van de stad verklaren. Sterke of zeer sterke eenzaamheid komt vooral veel voor in Overvecht, namelijk 10%.

2.6.5 Leefstijl

In de wijken Noordoost en Oost is onder 19-54-jarigen meer overmatig alcoholgebruik dan in de rest van de stad (29% en 26% versus 20%). In Oost wordt deze verhoging gedeeltelijk veroorzaakt door het grote aantal studenten dat daar woont, maar in Noordoost is er geen duidelijke demografische oorzaak aan te wijzen. De geestelijke gezondheid van de inwoners van deze wijken is gemiddeld of beter dan gemiddeld en kan het verhoogde alcoholgebruik ook niet verklaren.

Bewegen doet men weinig in de wijken Overvecht en Zuidwest; 1 op de 5 personen sport minder dan één uur per week én loopt/fietst minder dan 30 minuten per dag naar het werk of de winkel. In Overvecht wordt het weinig bewegen gedeeltelijk veroorzaakt door de leeftijd en de SES van de inwoners en in Zuidwest met name door de SES.

2.6.6 Fysieke omgeving

De inwoners van de wijken West en Noordwest zijn het minst tevreden over hun woning. Vergeleken met de rest van de stad, zijn de woningen in deze wijken vaker slecht te verwarmen, hebben vaker schimmel of vocht en hebben vaker last van tocht, gehorigheid en achterstallig onderhoud.

Stank- en geluidsoverlast door verkeer worden vooral veel aangegeven door inwoners van de wijken West, Noordwest en Binnenstad.

Het aandeel personen dat zich onveilig voelt in de eigen buurt is met name hoog in West, Noordwest, Overvecht, Binnenstad, Zuid en Zuidwest (Bron: NUP).

2.6.7 Sociale omgeving

De verbondenheid van de inwoners met de buurt is relatief laag in de wijken Noordwest, Overvecht en Zuidwest. De demografische kenmerken van deze drie wijken kunnen hiervoor geen verklaring bieden.

In Overvecht hebben opvallend veel personen niemand om persoonlijke problemen mee te bespreken; 44% van de inwoners van deze wijk geeft dit aan vergeleken met 25% gemiddeld in de stad. Dit hoge percentage komt gedeeltelijk doordat er in Overvecht veel ouderen en veel personen met een lage SES wonen, maar dit veroorzaakt niet het hele verschil.

Vergeleken met de rest van de stad, gaan inwoners van de wijken Overvecht en Leidsche Rijn weinig op bezoek en ontvangen ook weinig bezoek thuis. Ook hier kunnen deze gegevens niet worden verklaard door de demografische kenmerken van beide wijken.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat wat betreft de sociale omgeving vooral werkloosheid, eenzaamheid en een laag opleidingsniveau van invloed zijn op de gezondheid. Dit betekent dat het vooral de GSB-wijken zijn waar de sociale omgeving voor veel gezondheidsverlies zorgt.⁴

2.6.8 Behoeftte aan informatie en hulp

Over het algemeen hebben de inwoners van de GSB-wijken meer behoefte aan informatie over en hulp bij een ongezonde leefstijl dan bij aandoeningen. Met name gezonde voeding, beweging en afvallen zijn belangrijke onderwerpen. Onder de inwoners van Overvecht is deze behoefte zelfs opvallend groter dan gemiddeld in Utrecht, vooral onder de 16-54-jarigen. Ook in Zuidwest is er een verhoogde behoefte aan informatie over afvallen en hulp bij beweging te zien, maar dan onder de 55-plussers. Verder valt in Noordwest een grote behoefte aan informatie over stoppen met roken op in vergelijking met het gemiddelde in Utrecht. Uit gesprekken met intermediairs blijkt dat er in Overvecht een uitgesproken behoefte is aan bewegingsactiviteiten voor ouderen. Daarnaast wordt er specifiek in Zuidwest geklaagd over de lange wachttijden voor bewegingsaanbod voor allochtone vrouwen.⁵

Onder de 16-54 jarige inwoners van de GSB-wijken is er naast onderwerpen verwant aan overgewicht ook veel behoefte aan informatie over en hulp bij verminderen van stress en spanningen en verminderen van nek-, rug- en schouderklachten. Met name in Zuidwest is deze behoefte groter dan gemiddeld. Daarnaast is er in deze wijk onder 16-54-jarigen ook een opvallend grotere behoefte aan hulp bij psychosociale aandoeningen (angsten, sociaal-emotionele problemen en depressie of neerslachtigheid) dan gemiddeld in Utrecht. In Overvecht hebben de 16-54-jarigen ook een grotere behoefte aan hulp bij angsten. Onder de 55-plussers zijn het juist met name de inwoners van Noordwest en Zuid die een grotere behoefte aan hulp bij psychische klachten (sociaal-emotionele problemen, depressie of neerslachtigheid en eenzaamheid) hebben dan gemiddeld. Wel is in alle GSB-wijken de behoefte aan hulp bij eenzaamheid onder ouderen groter dan in de niet-GSB-wijken.

De grootste behoeften onder de 55-plus inwoners van de GSB-wijken betreft informatie over zelfstandig blijven en informatie over zorg en hulp. Daarnaast is er veel behoefte aan informatie over botontkalking en hart- en vaatziekten. Het vergroten van de weerbaarheid is één van de belangrijkste onderwerpen voor de ouderen in Overvecht, Zuid en Zuidwest en in Zuid de omgang met lichamelijke veranderingen. Meer gegevens over behoeften aan preventie op wijkniveau op basis van de Gezondheidspeiling zijn na te lezen in vier factsheets.⁵³⁻⁵⁶

2.6.9 Clustering van problemen

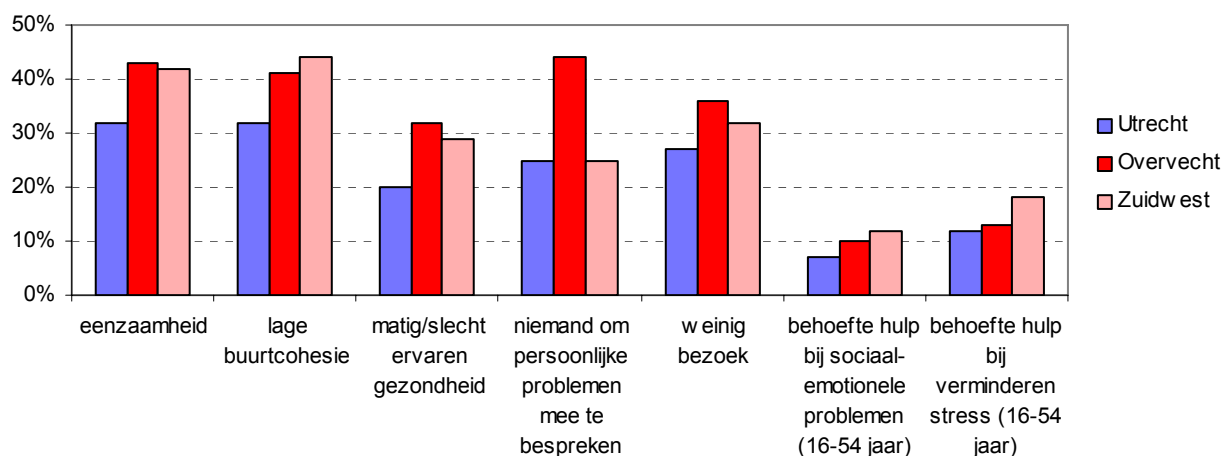
In Overvecht en Zuidwest lijkt er een clustering van gezondheidsproblemen plaats te vinden (figuur 10 en 11). Deze zullen hieronder worden besproken. Daarnaast wordt ook ingegaan op de overige aandachtswijken van het grotestedenbeleid.

Overvecht

Op het psychosociale vlak zijn de inwoners van Overvecht duidelijk minder gezond. Vergeleken met de rest van de stad is de ervaren gezondheid minder goed, is er meer eenzaamheid, is de verbondenheid van de inwoners met de wijk lager, geven meer mensen aan dat ze niemand hebben om problemen mee

te bespreken, gaan de inwoners weinig op bezoek en ontvangen ook weinig bezoek thuis, en hebben veel 55-plussers behoefte aan hulp bij het omgaan met eenzaamheid.

Een ander probleem dat zich in Overvecht voordoet is overgewicht, wat hier vaker voorkomt dan gemiddeld in de stad. Wat hier waarschijnlijk mee samenhangt is het verminderde lichamelijke welbevinden en het verhoogde voorkomen van hoge bloeddruk, diabetes, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en lichamelijke beperkingen. Tevens doen de inwoners van Overvecht minder aan beweging en hebben ze relatief vaak behoefte aan informatie en hulp bij gezonde voeding, bewegen en afvallen.



Figuur 10: Voorkomen van verschillende variabelen die een relatie hebben met psychosociale gezondheid in Overvecht en Zuidwest

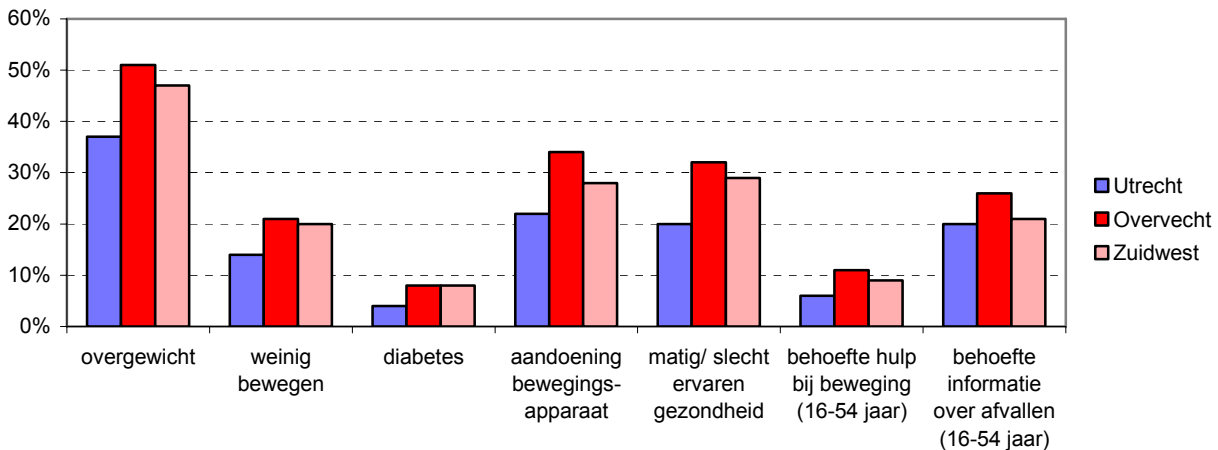
Zuidwest

Ook in Zuidwest doen zich problemen voor op het gebied van overgewicht. De inwoners van deze wijk hebben vergeleken met de rest van de stad vaker overgewicht. Tevens is er een verhoogd voorkomen van een lichamelijke beperking, een aandoening aan het bewegingsapparaat en diabetes, en ervaren de inwoners hun eigen gezondheid minder goed vergeleken met de rest van Utrecht. De inwoners van Zuidwest doen minder aan beweging dan hun stadsgenoten en onder de 55-plussers is er een verhoogde behoefte aan informatie over afvallen en hulp bij beweging te zien.

Psychosociale problemen vormen ook een aandachtspunt in Zuidwest. De ervaren gezondheid is minder goed vergeleken met de rest van de stad, en er is meer eenzaamheid en een relatief lage verbondenheid met de buurt. Tevens is er veel behoefte aan informatie over en hulp bij stress en nek-, rug- en schouderklachten en hulp bij psychosociale problemen.

Noordwest

In Noordwest hebben de inwoners vaak klachten over hun woning en is de verbondenheid met de buurt laag. Verder springt Noordwest er eigenlijk op geen van de onderzochte onderwerpen als erg slecht uit, maar vaak zit Noordwest wel aan de ongunstige kant van het gemiddelde. In Noordwest wonen echter relatief veel mensen, namelijk 15% van de Utrechtse bevolking van 19 jaar en ouder. Als er wordt gekeken naar absolute aantallen van mensen die een bepaalde aandoening, leefstijl of omgeving hebben, dan blijkt dat Noordwest er als een van de slechtste wijken of zelfs als de slechtste wijk uitkomt.



Figuur 11: Voorkomen van verschillende variabelen die een relatie hebben met overgewicht in Overvecht en Zuidwest

Zuid

Ondanks dat Zuid een aandachtswijk van het grotestedenbeleid is, komt de wijk er op basis van bovenstaande gegevens niet als ongunstig uit. Dit komt hoogstwaarschijnlijk doordat de subwijken van Zuid erg verschillen. Oud Hoograven/Tolsteeg is bijvoorbeeld een subwijk waar relatief weinig problemen voorkomen op het gebied van de gezondheid en hierdoor wordt het gemiddelde van de wijk Zuid positief beïnvloed. De subwijk Nieuw Hoograven /Bokkenbuurt is daarentegen een wijk waar veel allochtonen en laagopgeleiden wonen en hier doen zich veel problemen voor die ook in de wijken Overvecht en Zuidwest worden gezien.⁵¹

2.7 Leeftijd

Kernpunten

- Met het toenemen van de leeftijd wordt de ervaren gezondheid slechter, heeft een groter gedeelte een chronische aandoening, heeft men vaker een lichamelijke beperking en beweegt men minder.
- Onder de 55-79-jarigen komt het meeste overgewicht voor.
- Eenzaamheid komt vooral veel voor onder 80-plussers. Daarnaast heeft in deze groep 60% niemand om persoonlijke problemen mee te bespreken.
- Depressiviteit is verhoogd onder 40-64-jarigen.
- De 19-39-jarigen hebben een relatief ongezonde leefstijl; ze ontbijten het minst vaak, eten het minst vaak groente en fruit, en roken veel. In aansluiting hierop hebben de jongvolwassenen veel behoefte aan informatie over gezonde voeding.
- 19-39-jarigen hebben het vaakst klachten over hun woning.
- Van de 55-plussers heeft 45% in meer of mindere mate moeite met de persoonlijke verzorging en 56% met de huishouding. Van de 55-plussers heeft 11% behoefte aan (extra) hulp in de huishouding.
- Eén op de vijf 80-plussers heeft in de laatste zes maanden een valongeval gehad.

2.7.1 Inleiding

Om leeftijdsverschillen te bestuderen is ervoor gekozen om vijf leeftijdsgroepen te creëren; 19-39 jaar, 40-54 jaar, 55-64 jaar, 65-79 jaar en 80 jaar en ouder. Voor ervaren gezondheid, leefstijl, geestelijke gezondheid en sociale omgeving zijn ook 19-29-jarigen en 30-39-jarigen apart bestudeerd. Alleen bij verschillen tussen deze groepen, staat dit in de tekst vermeld.

In deze paragraaf zullen naast leeftijdsverschillen in gezondheid ook onderwerpen worden besproken die speciaal voor ouderen van toepassing zijn.

Met betrekking tot ouderen is het belangrijk om te vermelden dat de gebruikte databronnen alleen gegevens bevatten van zelfstandig wonende ouderen. Over de gezondheid van ouderen in Utrecht die wonen in verpleeghuizen (3% van de 65-plussers) zijn op dit moment geen gegevens bekend.⁵⁷

2.7.2 Ervaren gezondheid

De ervaren gezondheid neemt af met het toenemen van de leeftijd en van de 80-plussers ervaart de helft de eigen gezondheid als matig of slecht. Het afnemen van de ervaren gezondheid kan gedeeltelijk worden verklaard doordat ouderen vaker lichamelijke aandoeningen hebben.

Het welbevinden kan worden opgesplitst in lichamelijk en geestelijk welbevinden. Alleen het lichamelijk welbevinden neemt af met de leeftijd.

2.7.3 Lichamelijke gezondheid

Lichamelijke aandoeningen

Met het toenemen van de leeftijd neemt ook het percentage personen dat een chronische aandoening heeft toe. Zowel het hebben van aandoeningen aan het bewegingsapparaat als het hebben van minimaal één chronische aandoening neemt al vanaf 19 jaar toe. Allergieën komen juist vooral voor op jonge leeftijd, met name bij 19-39-jarigen. Overgewicht komt vooral voor bij 55-79-jarigen en hetzelfde geldt voor extreem overgewicht. Diabetes komt veel voor vanaf 55 jaar, vooral onder 65-plussers.

Lichamelijke beperkingen

Een lichamelijke beperking waarbij men problemen ervaart op het gebied van wonen, werk, vervoer en/of sport/recreatie, wordt vaker genoemd naarmate de leeftijd toeneemt. Bij 55-plussers worden de meeste beperkingen aangegeven op het gebied van vervoer, gevolgd door wonen. Onder de 55 jaar zijn dit de gebieden sport/recreatie en werk. Tot de leeftijd van 65 jaar is het uithoudingsvermogen de meest genoemde beperking, maar vanaf 65 jaar is het lopen het meest beperkt.

Onder de 55-plussers van Utrecht heeft 45% moeite met het uitvoeren van minimaal één algemene dagelijkse levensverrichting (ADL-activiteit)^{vi} en 56% met minimaal één huishoudelijke dagelijkse levensverrichting (HDL-activiteit)^{vii}. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met cijfers uit Zeist en Nieuwegein.^{58,59}

Vrouwen zijn duidelijk vaker beperkt hierbij dan mannen, maar dit wordt niet veroorzaakt doordat ze meer chronische aandoeningen hebben. Zowel de persoonlijke verzorging als de hulp in de huishouding wordt bij meer dan 50% gegeven door partner, kinderen of andere familieleden. Alleenstaanden krijgen naast hulp van kinderen en andere familieleden ook vaak hulp van de thuiszorg, vaker dan mensen die samenwonen. Van de ouderen geeft 11% aan behoefte te hebben aan (extra) hulp in de huishouding en

^{vi} Inbegrepen zijn: trap van 15 treden oplopen, aan- en uitkleden, gaan zitten en opstaan uit een stoel, teennagels knippen, buitenshuis 5 minuten lopen zonder stil te staan, eigen of openbaar vervoer gebruiken.

^{vii} Inbegrepen zijn; dagelijkse boodschappen, warme maaltijd bereiden, licht huishoudelijk werk (stof afnemen, afwassen e.d.), zwaar huishoudelijk werk (dweilen, ramen wassen e.d.), kleine reparaties en klusjes in en om het huis, invullen van formulieren / brieven schrijven naar instanties.

6% bij de persoonlijk verzorging. Deze hulp wil men dan met name van een professionele instelling, zoals de thuiszorg. De belangrijkste redenen waarom men nu nog geen (extra) hulp heeft zijn: geen geld om dit zelf te regelen, familie/buren/vrienden zijn te druk of wonen te ver weg en men weet niet waar men hulp kan vragen.

Valongevallen

Van de Utrechtse 80-plussers geeft 22% aan in de laatste zes maanden een ongeval te hebben gehad. Waarschijnlijk zijn dit met name valongevallen. Volgens berekeningen van Stichting Consument en Veiligheid belandden in Utrecht tussen 1999 en 2002 jaarlijks 1.900 55-plussers op een Spoedeisende Hulp (SEH)-afdeling ten gevolge van een valongeval. Dit komt overeen met 1 op de 21 vrouwen en 1 op de 46 mannen. De belangrijkste oorzaak is struikelen (18%), gevolgd door val van een trap of ladder (11%), uitglijden (8%) en vallen van hoogte zoals bed of zitmeubel (8%). De kans op een valongeval neemt toe met de leeftijd en ruim de helft van de ongevallen leidt tot een fractuur. In Utrecht wordt na de SEH-behandeling 24% van de 55-plussers opgenomen in het ziekenhuis met een gemiddeld aantal opnamedagen van 18.⁶⁰

2.7.4 Geestelijke gezondheid

Eenzaamheid komt vooral veel voor onder 80-plussers en dit hangt grotendeels samen met het feit dat deze groep vaak alleen woont. Daarbij komt natuurlijk dat ouderen veel vrienden hebben verloren en weinig mobiel zijn.

Depressiviteit is verhoogd onder de 40-64-jarigen en komt opvallend weinig voor onder 80-plussers (12% en 3%, respectievelijk). Overspannenheid en stress komen meer voor onder de Utrechters jonger dan 65 jaar dan onder de 65-plussers. Het gaat hierbij om aandoeningen die door een huisarts, specialist of psycholoog zijn vastgesteld.

Dementie is een aandoening die bij veel ouderen voorkomt. Op basis van landelijke cijfers wordt het aantal dementerenden in Utrecht geschat op 870 mannen en 2.200 vrouwen.⁶¹ Hierbij zijn de personen met dementie die in een verpleeghuis wonen niet meegerekend.

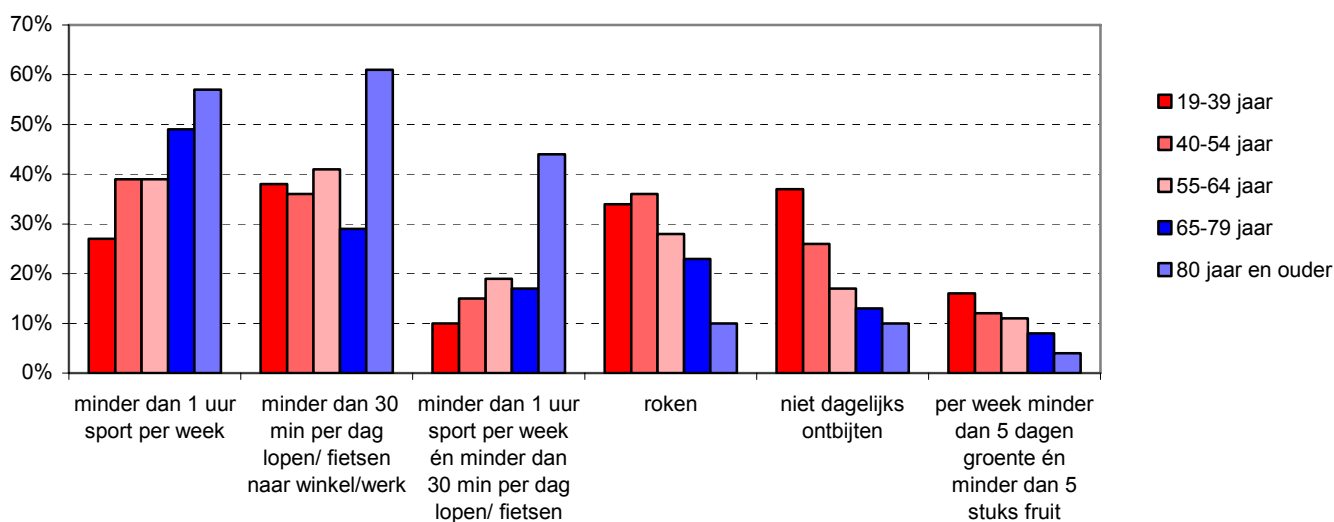
2.7.5 Leefstijl

Sporten en bewegen worden het meeste gedaan door de 19-39-jarigen en het minst door de 80-plussers (figuur 12). Bij deze laatste groep wordt dit gedeeltelijk veroorzaakt door het vele voorkomen van chronische aandoeningen. De 65-79-jarigen sporten relatief weinig (50% sport minder dan 1 uur per week), maar lopen en fietsen wel relatief vaak in het dagelijks leven.

De 19-39-jarigen, en met name de twintigers, eten relatief vaak onvoldoende groente en fruit. Daarnaast ontbijten 19-39-jarigen minder vaak; 1 op de 3 ontbijt niet dagelijks. Met het toenemen van de leeftijd neemt het dagelijks ontbijten toe.

Roken wordt vooral gedaan door 19-54-jarigen en met het toenemen van de leeftijd neemt het percentage rokers af. In Utrecht drinkt onder 19-39-jarigen 1 op de 5 overmatig alcohol en onder 40-54-jarigen is dat zelfs bijna 1 op de 4. Het alcoholgebruik onder 55-plussers is in Utrecht niet bekend. Uit landelijk onderzoek is echter bekend dat het alcoholgebruik onder 55-plussers hoog is en toeneemt met

de tijd. Ook blijkt de alcoholgerelateerde hulpvraag bij verslavingszorginstellingen sterker toe te nemen onder 55-plussers dan onder andere leeftijdsgroepen, met name onder vrouwen van 55 jaar en ouder. Alcoholgebruik kan bij ouderen leiden tot verschillende lichamelijke en psychische klachten en de kans op valongevallen wordt erdoor vergroot. Ook in de combinatie met medicijnen schuilen gevaren, zoals vermindering van de reactiesnelheid in het verkeer of een overdosering van medicijnen.⁶²



Figuur 12: Enkele leefstijlfactoren, uitgesplitst naar leeftijd

2.7.6 Fysieke omgeving

De 19-39-jarigen hebben het vaakst klachten over hun woning; zij hebben het vaakst schimmel/vocht in huis en hun woning is vaker niet goed te verwarmen. Met het toenemen van de leeftijd, nemen de klachten over de woning af. Mogelijk komt dit doordat de 19-39-jarigen relatief vaak in een huurwoning wonen en/of doordat ze vaker starterswoningen hebben die minder goed van kwaliteit zijn.

2.7.7 Sociale omgeving

Het zijn vooral de 19-39-jarigen, en dan met name de twintigers, die regelmatig op bezoek gaan of bezoek krijgen. Toch is deze groep niet het meeste tevreden over het aantal contacten dat ze hebben. Dat zijn namelijk de 55-79-jarigen. Het percentage personen dat niemand heeft om persoonlijke problemen mee te bespreken is vooral hoog in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder, namelijk 60%.

2.7.8 Behoeftte aan informatie en hulp

Tussen de diverse leeftijdscategorieën zijn veel verschillen te zien in behoefte aan informatie over en hulp bij leefstijl en aandoeningen te zien. Over het algemeen is de behoefte het laagst onder de 80-plussers. Behalve de behoefte aan informatie over hart- en vaatziekten, zelfstandig blijven en mogelijke zorg en hulp, waaraan deze groep duidelijk de meeste behoefte heeft.

Jongvolwassenen (19-39-jarigen) hebben veel behoefte aan informatie over leefstijl, met name gezonde voeding, verminderen van spanningen of stress en verminderen van nek-, rug- en schouderklachten. Daarnaast is de behoefte aan hulp bij psychosociale aandoeningen bij deze groep groter dan bij andere leeftijdscategorieën.

De groep 40-54-jarigen lijkt wat betreft behoeften op de jongvolwassenen. Daarnaast hebben ze een grotere behoefte aan informatie over verminderen van alcoholgebruik en stoppen met roken dan de andere leeftijdsgroepen.

De 55-64-jarigen hebben een grote behoefte aan zowel informatie als hulp met betrekking tot gezonde voeding, beweging en afvallen. Daarnaast is bij deze groep en bij de 65-79-jarigen de behoefte aan informatie over diabetes en reuma hoger dan onder de andere leeftijdscategorieën. De 65-79-jarigen hebben ook veel behoefte aan informatie over botontkalking en urineverlies. Ook uit gesprekken met burgers en intermediairs blijkt dat er veel behoefte is onder ouderen, met name gericht op beweging, lichamelijke klachten gerelateerd aan het ouder worden, psychische klachten als angsten en depressiviteit, zelfstandig blijven, eenzaamheid en sociaal isolement, en wegwijs worden binnen de diversiteit aan gezondheidszorgvoorzieningen.⁵

De jongvolwassenen verkrijgen hun informatie over gezondheid en ziekte vaker via internet, familie/vrienden, werk/collega's en GG&GD/thuiszorg/altrecht en minder vaak via televisie/radio/kranten/huis-aan-huisbladen dan de andere leeftijdscategorieën. Verder zoeken ouderen vaker niet naar informatie over gezondheid en ziekte.

3 Hoofdresultaten

Kernpunten

- Er zijn grote sociaal-economische gezondheidsverschillen.
- Overgewicht en hieraan gerelateerde aandoeningen en leefstijl (zoals weinig bewegen) komen veel voor, met name onder Turken, Marokkanen en laagopgeleiden.
- Er zijn veel rokers onder Turken en laagopgeleiden.
- Het overmatig alcoholgebruik is verhoogd.
- Psychische problemen, zoals stress, angststoornissen en depressiviteit, komen veel voor en veroorzaken een hoge ziektelast.
- Er is een ongunstige sociale omgeving, vooral ten aanzien van eenzaamheid, buurtcohesie en buurtveiligheid.
- De fysieke leefomgeving is ongunstig ten aanzien van woningkwaliteit en luchtvervuiling, met name in West en Noordwest.

Aanpak bepalen hoofdresultaten

Om te bepalen welke gezondheidsproblemen onder de Utrechtse volwassenen en ouderen het belangrijkste zijn, is een aantal criteria gebruikt:

1. De ernst van een gezondheidsprobleem. Een probleem is belangrijk als er veel vroegtijdige sterfte door wordt veroorzaakt of als het zorgt voor veel ongemak bij de persoon zelf. Dit wordt uitgedrukt in ziektelast/DALY's.
2. De omvang van het probleem in absolute zin. Een probleem is belangrijk als het voorkomt bij een groot aantal mensen.
3. Voorkomen ten opzichte van elders. Als een probleem in Utrecht vaker voorkomt dan in andere grote steden of landelijk, is dit een reden om het probleem belangrijk te noemen.
4. Trends in de tijd. Als er een ongunstige trend zichtbaar is, is de kans groot dat deze trend zich in de toekomst voortzet. Dit is reden om het probleem belangrijk te noemen.

Belangrijkste gezondheidsproblemen (in willekeurige volgorde)

Er zijn grote sociaal-economische gezondheidsverschillen

Uit de resultaten blijkt dat er een opeenstapeling van gezondheidsproblemen voorkomt onder laagopgeleiden. Met het afnemen van het opleidingsniveau, nemen de gezondheidsproblemen toe. Bovendien hangen deze problemen vaak met elkaar samen. Zo is onder laagopgeleiden de ervaren gezondheid slechter, komen er meer chronische en psychische aandoeningen en lichamelijke beperkingen voor, is de leefstijl ongezonder en zijn de sociale en fysieke (woon)omgeving slechter. Daarnaast hebben laagopgeleiden meer behoefte aan informatie over en hulp bij leefstijl en aandoeningen. De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn sinds 1995 over het algemeen niet kleiner geworden en voor roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke beperkingen en bewegen zelfs groter.

Een dergelijke clustering van gezondheidsproblemen is duidelijk te zien in de GSB-wijken, met name in Overvecht en Zuidwest, en bij Turken en Marokkanen. Maar ook hierbij gaat het grotendeels om laagopgeleiden. Het is echter belangrijk om te realiseren dat het merendeel van de laagopgeleiden

(tweederde) van autochtone afkomst is. Door het beleid alleen maar op Turken en Marokkanen te richten, wordt er een hele grote groep vergeten.

Overgewicht en hieraan gerelateerde aandoeningen en leefstijl (zoals weinig bewegen) komen veel voor, met name onder Turken, Marokkanen en laagopgeleiden

In Utrecht heeft ruim één op de drie inwoners overgewicht. Dit percentage mensen met overgewicht is sinds 1995 toegenomen. Onder Turken, Marokkanen en laagopgeleiden ligt het percentage overgewicht nog veel hoger, rond de 60%.

Overgewicht hangt samen met tal van chronische aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten, diabetes, astma en aandoeningen aan het bewegingsapparaat) en psychische aandoeningen en gaat gepaard met een slechtere kwaliteit van leven. Dit geeft aan dat de impact van overgewicht groot is. Bovendien veroorzaken de gerelateerde aandoeningen (hart- en vaatziekten, ziekten van de ademhalingsorganen en diabetes) veel ziektelast. In Utrecht wordt de meeste sterfte veroorzaakt door hart- en vaatziekten. Daarnaast blijken veel Turken en laagopgeleiden last te hebben van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (>40%) en komt er bij Marokkanen veel diabetes voor (14%).

Voldoende bewegen en gezonde voeding zijn belangrijke determinanten om overgewicht aan te pakken. In Utrecht doet één op de drie inwoners niet aan sport en dit percentage ligt een stuk hoger onder Turken, Marokkanen en laagopgeleiden. Daarnaast voldoen vooral de Turken ook niet aan de bewegingsnorm: meer dan de helft loopt of fietst minder dan 30 minuten per dag. Wat betreft voedingsgewoonten zijn het weer vooral de Turken die minder gezond eten. De Utrechters geven zelf aan behoefte te hebben aan informatie over en hulp bij gezonde voeding, beweging en afvallen. Deze behoeften zijn hoger onder Turken, Marokkanen en laagopgeleiden.

Er zijn veel rokers onder Turken en laagopgeleiden

Roken is de determinant die de meeste ziektelast tot gevolg heeft. Landelijk is 15% van de totale ziektelast toe te schrijven aan roken. Deze ziektelast wordt met name veroorzaakt door longkanker, COPD, coronaire hartziekten en beroerte.

In Utrecht rookt 1 op de 3 inwoners. De meeste sterfte wordt veroorzaakt door hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van de ademhalingsorganen en de sterfte aan longkanker en ziekten van de ademhalingsorganen is zelfs verhoogd ten opzichte van Nederland. Met name onder Turken (44%) en laagopgeleiden (39%) wordt veel gerookt. In laatste vijf jaar is het percentage rokers onder midden- en hoogopgeleiden afgenomen, maar onder laagopgeleiden is het gelijk gebleven. Uit modelberekeningen van het RIVM is gebleken dat als het verschil in rookgedrag tussen de verschillende opleidingsniveaus wordt opgeheven, het verschil in levensverwachting bij mannen met 1,5 jaar en bij vrouwen met 0,6 jaar wordt verkleind.

Het overmatig alcoholgebruik is verhoogd

Afhankelijkheid van alcohol staat in de landelijke top-5 van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken (DALY's). Overmatig alcoholgebruik verhoogt de kans op verschillende lichamelijke en psychische aandoeningen. Daarnaast kan alcohol ook een behoorlijke maatschappelijke impact hebben,

bijvoorbeeld verhoging van het risico op een dodelijk ongeval door rijden onder invloed. Ook als leefstijlfactor draagt overmatig alcoholgebruik relatief sterk bij aan de totale ziektelast in vergelijking met andere leefstijlfactoren.

In Utrecht gebruikt onder de 19-54-jarigen 1 op de 5 inwoners (zowel mannen als vrouwen) overmatig alcohol. Dit is veel vergeleken met Nederland, waar 17% van de mannen en 8% van de vrouwen overmatig alcohol consumeert. Wanneer we een splitsing maken naar SES, geslacht en etniciteit blijkt dat het met name de laag/middenopgeleide autochtone mannen, midden/hoogopgeleide autochtone vrouwen en hoogopgeleide allochtone mannen zijn die veel alcohol drinken. Daarnaast is het overmatige alcoholgebruik vooral hoog in de wijken Noordwest en Oost.

Psychische problemen, zoals stress, angststoornissen en depressiviteit, komen veel voor en veroorzaken een hoge ziektelast

De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid van Utrechters is 3,7 jaar korter dan gemiddeld in Nederland en dit geldt met name voor vrouwen. Angststoornissen en depressiviteit zorgen voor veel ziektelast. In de landelijke top-10 van DALY's staan ze op respectievelijk de 2e en 6e plaats. In de gehele stad rapporteert 1 op de 5 last te hebben van een psychische aandoening (overspannenheid/stress, depressiviteit en/of angststoornissen). Sinds 1995 is het percentage mensen met overspannenheid/depressiviteit toegenomen. Vrouwen hebben vaker last van psychische klachten dan mannen. Daarnaast komen deze aandoeningen meer voor bij Turken, Marokkanen en laagopgeleiden. Onder de 40-64-jarigen komt met name depressiviteit veel voor.

Urechters geven aan een grote behoefte te hebben aan het verminderen van spanningen of stress en van nek-, rug- en schouderklachten, met name vrouwen, Turken en Marokkanen. Onder Turken en Marokkanen is daarnaast ook de behoefte aan hulp bij psychosociale problemen (omgaan met angsten, ondersteuning bij sociaal-emotionele problemen en omgaan met depressie of neerslachtigheid) groot.

Er is een ongunstige sociale omgeving, vooral ten aanzien van eenzaamheid, buurtcohesie en buurtveiligheid

Eén op de drie Utrechters is matig tot (zeer) sterk eenzaam. Onder 80-plussers en laagopgeleiden is zelfs bijna de helft eenzaam. Ook onder allochtonen lijkt eenzaamheid veel voor te komen, met name onder vrouwen. Eenzaamheid gaat gepaard met een minder goed ervaren gezondheid en kan gerelateerd zijn aan de sociale omgeving. In Utrecht heeft bijna één op de drie inwoners weinig sociale contacten (<1x/week bezoek). Sinds 1995 is dit percentage toegenomen. Verder geeft een kwart aan niemand te hebben om persoonlijke problemen mee te bespreken. Een dergelijke "slechte" sociale omgeving wordt vooral gezien onder Turken, Marokkanen en laagopgeleiden. Vooral in Overvecht liggen deze percentages opvallend hoger dan gemiddeld. Verder ervaart één op de drie Utrechters een lage verbondenheid met de buurt, met name in Noordwest, Overvecht en Zuidwest. Vooral Turken, Marokkanen en laagopgeleiden ervaren een lage buurtcohesie. Het valt op dat 42% van de vrouwen zich wel eens onveilig voelt in de eigen buurt, met name in West, Noordwest, Overvecht, Binnenstad, Zuid en Zuidwest.

De fysieke leefomgeving is ongunstig ten aanzien van woningkwaliteit en luchtvervuiling, met name in West en Noordwest

De fysieke leefomgeving van mensen beïnvloedt op verschillende manieren de gezondheid, zowel door factoren die met de woning te maken hebben als factoren die zich buitenshuis afspelen. De ziektelast die toe te schrijven is aan het fysieke milieu wordt geschat op 2-5% van de totale ziektelast in Nederland. De fysieke factoren die het sterkst bijdragen aan de ziektelast zijn luchtverontreiniging, geluid, binnenmilieu en microbiologische voedselverontreiniging. Het effect van het fysieke milieu lijkt misschien gering, maar het gaat hierbij wel om factoren die redelijk goed te beïnvloeden zijn en die waar de hele bevolking profijt van heeft.

Van alle Utrechters heeft 40% klachten over de woning en 25% heeft problemen met de buurt. Sinds 1995 zijn deze klachten toegenomen. Met name de inwoners van West en Noordwest zijn het minst tevreden over de woning en hebben vaak stank- en geluidsoverlast in de buurt. Verder is er, net als in de rest van de Randstad, in de hele stad Utrecht veel luchtvervuiling.

Witte vlekken

Er dient opgemerkt te worden dat het rapport niet compleet is wat betreft feitelijke informatie. Sommige gegevens zijn niet bekend. Zogenaemde witte vlekken maken het moeilijk om te bepalen welke gezondheidsproblemen het belangrijkste zijn. Het is dan ook goed te beseffen welke gegevens missen. Hieronder volgt een lijst van belangrijke witte vlekken.

- Valide cijfers over eenzaamheid en psychische problematiek onder allochtonen. De vragenlijsten waarmee het voorkomen van eenzaamheid ('Loneliness scale') en mogelijke problematiek ('GHQ') worden bepaald, zijn mogelijk niet valide voor allochtonen, waardoor de berekende cijfers niet betrouwbaar zijn.
- DALY's van eenzaamheid en andere aspecten van de sociale omgeving op landelijk niveau.
- Goede berekening van DALY's op lokaal niveau en per subgroep.
- Vergelijkingsmateriaal landelijk en in de andere grote steden over psychische klachten, eenzaamheid en sociale contacten.
- Cijfers over dementie.
- Gegevens over de gezondheidssituatie van verpleeghuisbewoners.
- Gegevens over seksuele voorkeur en het seksuele leefklimaat in de wijken. Meer zicht op homoseksuele/lesbische ontwikkelingen in de buurt (belemmering of juist niet).
- Gegevens over instanties waar allochtonen heengaan als ze een soa (denken te) hebben.
- Meer zicht op verschillen in gezondheid(sdeterminanten) binnen wijken op subwijk- of buurtniveau (nivellering in de wijken).
- Trends in de tijd van een aantal indicatoren, zoals eenzaamheid.

Literatuur

1. Oers JAM van (eds). Gezondheid op Koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport 270551001. Bilthoven, 2002.
2. Witte KE (red.), Houweling DA (red.). Sociale relaties samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Sociale omgeving\Sociale relaties, 28 mei 2002.
3. Witte KE (red.), Houweling DA (red.). Arbeid samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten \Sociale omgeving\Arbeid, 28 mei 2002.
4. Mazurkiewicz E, Ameijden E van. Werken met solid facts. Deel 3: Een cijfermatig overzicht van de relatie tussen sociale omgeving en gezondheid. GG&GD Utrecht, december 2004.
5. Quak S, Schreurs H, Ameijden E van. De vragende burger!?. Preventiebehoeften en aanbod in de Utrechtse GSB-wijken; integratie van diverse methoden en aanbevelingen voor instrument. GG&GD Utrecht, januari 2006.
6. Wolf S, Veltman M. De bevolking van Utrecht in de toekomst. Bevolkingsprognose 2005-2025. Bestuursinformatie, Gemeente Utrecht, april 2005.
7. Quak S, Ameijden E van, Mazurkiewicz E en Toet J. Sterfte en ziekte in Utrecht. Analyse van de sterftcijfers (1985-1999) en ziekenhuisontslagdiagnosecijfers (1999), GG&GD Utrecht, mei 2004.
8. Hoeymans N (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Ziekteelast in DALY's. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Ziekteelast in DALY's, 14 november 2002.
9. Mazurkiewicz E, interne notitie Lokale complexe gezondheidsmaten: DALY's voor Utrecht. Berekening, toepassing, toetsing, toekomstmogelijkheden + aanvulling, mei 2005.
10. Hoeymans N (RIVM), Zwakhals SLN (RIVM). Levensverwachting mannen per GGD-regio 2001-2004. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Gezondheid en ziekte\ (Gezonde) levensverwachting, 27 september 2005.
11. Hoeymans N (RIVM), Zwakhals SLN (RIVM). Levensverwachting vrouwen per GGD-regio 2001-2004. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Gezondheid en ziekte\ (Gezonde) levensverwachting, 27 september 2005.
12. Tesser PTM, Dugteren FA van, Merens JGF. Rapportage minderheden 1998. De eerste generatie in de derde levensfase. SCP, Den Haag, 1998.
13. <http://statline.cbs.nl>, mei 2005.
14. Nijboer C, Alst S van. Overgewicht. De gemeente aan zet. Een inventarisatie van gemeentelijke beleidsinstrumenten gericht op het voorkomen van overgewicht. Woerden: NIGZ, 2005.
15. Tromp E, Bun C. Een Gezonde kijk op volwassenen. Resultaten van de gezondheidsenquête regio Midden-Nederland. GGD Midden-Nederland, februari 2005.
16. Duren MH van, Mutsaers HPM, Regenboog MB. Monitor Zorg en Welzijn. Mensen met een lichamelijke beperking 2003 in de provincie Utrecht. Utrecht: Provincie Utrecht, Dienst Welzijn, Economie en Bestuur, februari 2003.
17. Schout C, Sigurdsson V. Jaarverslag soa-bestrijding 2000 t/m Jaarverslag soa-bestrijding 2004. GG&GD Utrecht en Afdeling Dermatologie UMC Utrecht. Utrecht, 2001 t/m 2005.
18. Laar MJW van de. Soa nemen opnieuw toe. Voorlopige cijfers 2004. Inf Bull 2005; 16(4):116-117.
19. Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht, NIVEL, 2004.

20. Garssen AA (RIVM), Hoeymans N (RIVM). Hoeveel mensen hebben psychische problemen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Psychische gezondheid, 15 november 2002.
21. Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het Nemesis-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1997; 141: 2453-2460.
22. Mutsaers HPM, Meijers TA. Beleidsinformatie Wonen Zorg Welzijn. Tweede meting Mensen met een verstandelijke beperking 2003 in de provincie Utrecht. Utrecht: Provincie Utrecht, Dienst Maatschappij, Economie en Cultuur, maart 2004.
23. Bakker FC, Sandfort TGM. Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jong-volwassenen. Stand van zaken september 2001 en ontwikkelingen sinds april 1987. Nisso, november 2001.
24. Haks K, Kessel RPM van, Schout C, Zeller M, Ameijden EJC van. Reis- en vaccinatiegedrag van de Utrechtse bevolking. Trends 1987-2003. Infectieziekten bulletin 2005; 16 (5):167-171.
25. Bergen A van, Geus G de, Ameijden E van. Behoeftte aan opvoedingsondersteuning bij Utrechtse ouders en verzorgers. GG&GD Utrecht, april 2005.
26. Giesbers H (RIVM), Matthijsen J (RIVM). Concentratie stikstofdioxide 2002. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Beïnvloedende factoren\Fysische omgeving, 30 november 2004.
27. Giesbers H (RIVM), Matthijsen J (RIVM). Concentratie fijn stof (dagnorm) in de buitenlucht 2002. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Beïnvloedende factoren\Fysische omgeving, 6 december 2004.
28. Eenhuizen E. Trends in sociaal-economische gezondheidsverschillen in Utrecht 1995-2003. Stageverslag voor de opleiding Milieuhygiëne aan de Wageningen Universiteit. Wageningen, januari 2006. (concept)
29. Visscher TLS (RIVM), Seidell JC (RIVM). Neemt het aantal mensen met overgewicht toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Persoonskenmerken\Lichaamsgewicht, 14 februari 2005.
30. Bemelmans WJE, Hoogveen RT, Visscher TLS, Verschuren WMM, Schuit AJ. Toekomstige ontwikkelingen in matig overgewicht en obesitas. Inschatting effecten op Volksgezondheid. RIVM-rapport nr. 260301003/2004. Bilthoven, 2004.
31. Buijne L de, Haks K, Quak S, Ameijden E van. Trends in etnische gezondheidsverschillen in de stad Utrecht, 1995-2003 (submitted).
32. Gijsen R (RIVM), Baan CA (RIVM), Feskens EJM (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Neemt het aantal mensen met diabetes mellitus toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen\Diabetes mellitus, 8 november 2004.
33. Eijdsen van M, Bleeker J, van Bergen A, van Ameijden E. De Utrechtse jeugd gezond? Een onderzoek naar de gezondheid van de Utrechtse jeugd: trends en sociaaldemografische verschillen. GG&GD Utrecht, september 2002.
34. Picavet HSJ (RIVM), Hoeymans N (RIVM). Neemt het aantal mensen met lichamelijke beperkingen toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Lichamelijk functioneren, 15 november 2002.

35. Willemsen MC (STIVORO). Neemt het aantal mensen dat rookt toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Roken, 16 mei 2005.
36. Van Veen MP, Crommentuijn LEM, Janssen MPM, de Hollander AEM. Binnenmilieu-kwaliteit: ventilatie en vochtigheid. Een studie voor milieuverkenning 5. RIVM rapport 630920, april 2001.
37. Politie-monitor bevolking 2005. Landelijke rapportage. Hilversum, juni 2005.
38. Dijkshoorn H, Diepenmaat ACM, Buster MCA, Uitenbroek D, Reijneveld SA. Sociaal-economische status als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders. TSG 2000;78:217-222.
39. Bos V. Ethnic inequalities in mortality in the Netherlands and the role of socioeconomic status. Thesis Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam, 2005.
40. Wurff FB van der, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, Verhoeff A. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. J Affect Disord 2004;83(1):33-41.
41. Tjihuis MAR (RIVM). Zijn er sociaal-demografische verschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\Sociale omgeving\Sociale relaties, 28 mei 2002.
42. Wersch SFM van, Uniken Venema HP. Gezondheid van Marokkaanse vrouwen. Gezondheidsbeleving, ziektegedrag en sociale netwerken van Marokkaanse en Nederlandse vrouwen in Rotterdam. GGD Rotterdam e.o., 1992.
43. Azizeddine M, Jebbar A, Jong J de, Taoujni N, Tori Y. Kleine eilandjes in een grote stad. Een onderzoek naar sociaal isolement en eenzaamheid onder allochtonen. Amsterdams Patiënten Consumenten Platform, Amsterdam, maart 2005.
44. Riet H van 't, Dijkshoorn H, Corstjens R, Berkouwer L. Gezonde leefgewoonten Westerpark. Kwalitatief interventieonderzoek naar overgewicht bij Turkse en Marokkaanse vrouwen van 25 tot 45 jaar. GG&GD Amsterdam, april 2005.
45. Herten LM van, Oudshoorn K, Perenboom RJM, Mulder YM, Hoeymans N, Deeg DJH. Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
46. Mackenbach JP, Looman CWN, Meer JBW van der. Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: the effect on inequalities in prevalence rates. Am J Public Health 1996;86:706-711.
47. Verburg JA, Toet J, Ameijden EJC van. Roken, alcohol- en druggebruik in Utrecht (1999-2003): risicogroepen en trends in sociaal-economische verschillen. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 149(28): 2113-2118.
48. Bemelmans WJE, Hoogenveen RT, Verschuren WMM, Schuit AJ. Inschatting effecten van openbaar gezondheidsbeleid gericht op roken. Scenario analyses totale bevolking en laag opgeleiden. RIVM rapport 260301002. Bilthoven, 2004.
49. Kors P, Prins W. Factsheet De gezondheid in de wijk Noordwest. GG&GD Utrecht, november 2004.
50. Kors P, Prins W. Factsheet De gezondheid in de wijk Overvecht. GG&GD Utrecht, november 2004.
51. Kors P, Prins W. Factsheet De gezondheid in de wijk Zuid. GG&GD Utrecht, november 2004.
52. Kors P, Prins W. Factsheet De gezondheid in de wijk Zuidwest. GG&GD Utrecht, november 2004.
53. GG&GD Utrecht, Factsheet behoefte aan preventie in Noordwest, GG&GD Utrecht, februari 2005.
54. GG&GD Utrecht, Factsheet behoefte aan preventie in Overvecht, GG&GD Utrecht, februari 2005.
55. GG&GD Utrecht, Factsheet behoefte aan preventie in Zuid, GG&GD Utrecht, februari 2005.
56. GG&GD Utrecht, Factsheet behoefte aan preventie in Zuidwest, GG&GD Utrecht, februari 2005.
57. Mutsaers HPM. Monitor ouderen 2001 in de provincie Utrecht. Utrecht: Provincie Utrecht, Dienst Welzijn, Economie en Bestuur, maart 2001.

58. Tromp E. Senioren onder de loep. Verslag van de seniorenenquête 2001 voor de gemeente Nieuwegein. GGD Midden Nederland, maart 2003.
59. Tromp E. Senioren onder de loep. Verslag van de seniorenenquête 2001 voor de gemeente Zeist. GGD Midden Nederland, maart 2003.
60. Eckhardt JW, Til J van. GG&GD Utrecht, Valongevallen bij 55-plussers. Stichting Consument en Veiligheid, maart 2005.
61. Lange J de (Trimbos-instituut), Gijsen R (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Hoe vaak komt dementie voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Dementie, 16 mei 2003.
62. Huige J, Boxtel T van. Factsheet Alcohol en ouderen. NIGZ, april 2005.

Lijst met afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
BI	Bestuursinformatie
BMI	Body mass index
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronische obstructieve longziekte)
DALY	Disability-adjusted Life-year
GGD	Geneeskundige Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GHQ	General Health Questionnaire
GSB	Grotestedenbeleid
HDL	Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen
NUP	Nieuw Utrechts Peil
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SEH	Spoedeisende Hulp
SES	Sociaal-economische status
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
VMU	Volksgezondheidsmonitor Utrecht