

Algemeen gezondheidsprofiel



Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2010



Leeswijzer

- In het eerste gedeelte worden de **begrippen** gezondheid (en bepalende factoren daarvan), ziektelast en sociale kwetsbaarheid kort toegelicht.
- De volgende twee delen gaan over **preventie** onder jeugd en volwassenen, waarbij het gaat om het voorkomen dat problemen ontstaan of dat milde problemen verergeren.
- Daarna volgt een deel over stapeling van problemen die zich voordoet binnen wijken, bij gezinnen en bij personen. Hier gaat het over het grensgebied tussen **preventie en zorg**. De gezondheidsrisico's zijn bij stapeling van problemen groot en de zelfredzaamheid en regie van de mensen over het eigen leven is beperkt.
- Het vijfde gedeelte beschrijft de groep sociaal kwetsbaren waar het accent ligt op **zorg en herstel**.
- In het laatste gedeelte staat een overzicht van de **hoofdconclusies** op basis van de drie themarapporten.

Inleiding

Volksgezondheidsmonitor Utrecht

Voor u liggen de hoofdresultaten van de Volksgezondheidsmonitor Utrecht (VMU) 2010. De VMU geeft een overzicht van de staat van de gezondheid van de Utrechters en de factoren die daarop van invloed zijn. Wij zijn blij met deze monitor, want deze is een van de pijlers voor het lokale Utrechtse volksgezondheidsbeleid.

Vier jaar geleden liet de VMU zien dat de gezondheidstoestand in bepaalde wijken aanzienlijk slechter was dan in andere. De problemen stapelden zich bij elkaar op. Ons college van Burgemeester en Wethouders intensiverde in 2007 het volksgezondheidsbeleid om het tij te keren. Gekozen is voor de thema's gezond gewicht, psychosociale gezondheid, gezonde jeugd, preventie en beperken alcohol- en drugsgebruik en de gezondheid van en zorg voor dak- en thuislozen. Het verbeteren van de gezondheid vraagt een jarenlange intensieve en samenhangende aanpak. De afgelopen jaren legden wij hiervoor een stevige basis. Effecten van het ingezette beleid zijn afhankelijk van continuering en pas op langere termijn zichtbaar.

De VMU 2010 belicht – net als de vorige VMU - drie thema's: **preventie jeugd, preventie volwassenen en ouderen en zorg voor sociaal kwetsbaren**. Dit algemene gezondheidsprofiel betreft alleen een beschrijving van de hoofdresultaten. De bijbehorende themarapporten met de wetenschappelijke verantwoording en achterliggende tabellenboeken verschijnen in maart 2010.

De VMU 2010 kent een aantal verbeteringen ten opzichte van die van vier jaar geleden. Voor de huidige VMU was het mogelijk nieuwe databronnen te raadplegen, waaronder de databases van Agis zorgverzekeringen en het Psychiatrisch Casusregister Midden Nederland. Voor specifieke gegevens over sociaal kwetsbare mensen, zoals (dreigend) daklozen en illegalen, kon geput worden uit een geheel nieuwe databron, het Keten Registratie en Informatie Systeem (KRIS). Daarnaast is meer informatie beschikbaar over leerlingen uit het basisonderwijs en trends in de tijd. En tenslotte is de vergelijkbaarheid verbeterd van gegevens voor jeugd, volwassenen en ouderen met landelijke gegevens en gegevens uit de andere grote steden (G4).

De gezondheidspeilingen onder volwassenen, de jeugdmonitor en het Jeuginformatiesysteem van de Jeugdgezondheidszorg blijven daarnaast belangrijke bronnen van informatie.

Meer informatie is nog gewenst over prenatale zorg, de jeugd van 0-4 jaar en vanaf 15 jaar oud, over oudere allochtone inwoners, sociaal kwetsbaren met een (licht) verstandelijke handicap en metingen van de fysieke omgeving (naast de ervaren overlast).

Een aantal relevante terreinen binnen het volksgezondheidsbeleid kunnen we in de VMU niet in beeld brengen. Zo moet de gemeente voorbereid zijn op mogelijke rampen, incidenten en andere calamiteiten zoals infectieziekte-uitbraken, terrorisme, problemen die ontstaan door klimaatverandering (hitte of koude golven, overstromingen) en uitval van nutsvoorzieningen. Het thema duurzaamheid, gerelateerd aan een gezonde leefomgeving en voeding, is actueel maar kan (nog) niet cijfermatig in kaart gebracht worden.

Wij wensen u veel leesplezier!



Rinda den Besten,
wethouder Volksgezondheid



Piet van der Sluijs,
wethouder Maatschappelijke Opvang
en Verslavingszorg

Gezondheid, ziektelast en sociale kwetsbaarheid

Gezondheid gaat om welbevinden, zowel fysiek, mentaal als sociaal, en betreft niet slechts de afwezigheid van ziekten (WHO, 1946). Gezondheidsproblemen kunnen een grote impact hebben op het leven van inwoners van Utrecht.

Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van de ademhalingsorganen veroorzaken de meeste sterfte in Utrecht, samen bijna 70% van de totale sterfte. Een nog betere maat voor de totale ziektelast zijn zogenaamde DALY'S, omdat hierin het verlies aan levensjaren door sterfte én door verminderde kwaliteit van het leven bij ziekte gecombineerd worden in één getal. Opvallend is dat twee psychische stoornissen, angst en depressie, in dit geval in de top-5 van ziektelast staan in Nederland. De verwachting is dat deze rangorde in Utrecht niet verschilt.

Of Utrechters met gezondheidsproblemen te maken krijgen, is afhankelijk van het samenspel van erfelijke en verworven factoren, leefstijl, de fysieke en sociale

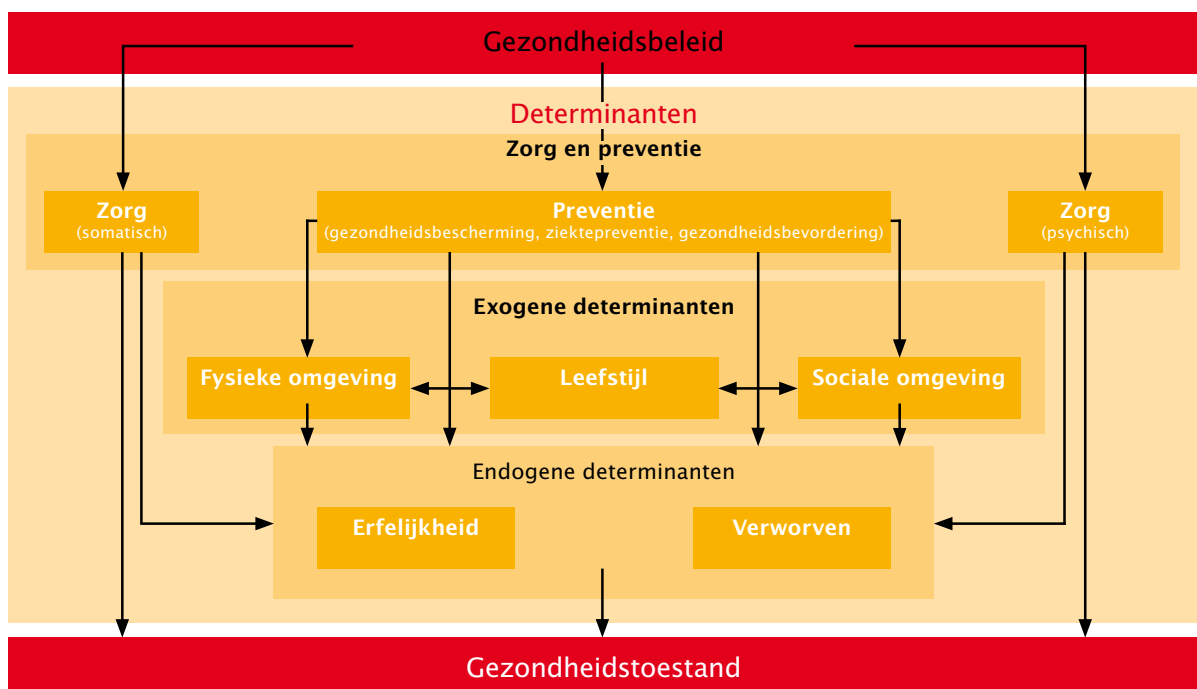
omgeving en de gezondheidszorg (Lalonde, 1974), zie ook figuur 1.

Een andere berekening van het RIVM laat zien wat de bijdrage is van afzonderlijke leefstijlfactoren aan de ziektelast. Roken is de belangrijkste risicofactor, gevolgd door overgewicht en verhoogde bloeddruk. Ook alcoholgebruik, beweging en voeding zijn belangrijke factoren.

Naast leefstijl zijn ook de fysieke en sociale omgeving en het zorgaanbod factoren die van invloed zijn op de gezondheid. Voor factoren uit het fysieke milieu, zoals luchtverontreiniging, geluidsoverlast en het binnenmilieu, is alleen een ruwe schatting van de invloed op de ziektelast voorhanden (totaal 2% tot 5%) (RIVM, 2005). Tenslotte kan een adequaat zorgaanbod aandoeningen voorkomen en – voor mensen met aandoeningen – de kwaliteit van leven verbeteren.

Naast de gebruikelijke determinanten van gezondheid is het begrip sociale kwetsbaarheid actueel en relevant. Mensen worden sociaal kwetsbaar genoemd als zij niet in staat zijn op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en het leven op de door hen

Figuur 1: Conceptueel model determinanten van gezondheid (naar Ruwaard & Kramers, 1993 en 1997)



Tabel 1: Ziekte last veroorzaakt door lichamelijke en psychische problemen

	% van DALY'S
1 Coronaire hartziekten	7,6
2 Angststoornissen	5,1
3 Beroerte	4,9
4 Depressie en dysthymie	3,9
5 COPD	3,2
6 Diabetes mellitus	3,2
7 Longkanker	3,0
8 Alcoholafhankelijkheid	2,5
9 Artrose	2,5
10 Dementie	2,3

Bron: RIVM 2003

gewenste manier vorm te geven. De definitie van sociaal kwetsbare mensen is breed en de groep is heterogeen. Utrechters met een stapeling van problemen in de krachtwijken lopen bijvoorbeeld het risico sociaal kwetsbaar te worden (zie ook deel 4 van dit profiel).

Bij het sociaal kwetsbaar worden van mensen spelen verschillende factoren een rol. Op individueel niveau zijn dit bijvoorbeeld schulden, alcohol- en drugmisbruik, eenzaamheid, beperkte zelfredzaamheid en psychische stoornissen. Ook gebeurtenissen tijdens de jeugd zoals mishandeling en uithuisplaatsing zijn van grote invloed op het risico op uitval later. Daarnaast spelen risicofactoren op het niveau van de samenleving een rol zoals de toegankelijkheid van voorzieningen, stigmatisering en migratie.

Tabel 2: Ziekte last veroorzaakt door leefstijlfactoren

	% van DALY'S
1 Roken	13,0
2 Overgewicht	9,7
3 Verhoogde bloeddruk	7,8
4 Overmatig alcoholgebruik	4,5
5 Lichamelijke inactiviteit	4,1

Bron: RIVM 2003



Meer nog dan bij de algemene bevolking, is er bij sociaal kwetsbare mensen sprake van een cumulerend effect van risicofactoren en gebeurtenissen die kunnen leiden tot maatschappelijk uitval en uiteindelijk tot dakloosheid. Het ene probleem lokt het andere uit. Bekende aanleidingen of triggers van dakloosheid zijn: huisuitzetting, ontslag uit institutionele zorg of detentie, het verlaten van het (ouderlijke) huis, vluchten uit een gewelddadige relatie, het wegvallen van het steunsysteem, een sterke toename van middelenmisbruik of psychiatrische ziekte-episodes.

Thema 1 Preventie Jeugd

Preventie Jeugd (0-19 jaar)

Ervaren gezondheid blijft goed

Een overgrote meerderheid van de leerlingen van de basisschool (87%) en het voortgezet onderwijs (83%) vindt de eigen gezondheid goed of heel goed. Bij de leerlingen van het voortgezet onderwijs bleef dit de afgelopen jaren constant op dit hoge niveau.

Psychosociale gezondheid: zelfvertrouwen, slaapproblemen en seksuele gezondheid

De psychosociale gezondheid bij de jeugd is een goede voorspeller van psychische problemen op latere leeftijd. In 2008 is voor het eerst specifiek onderzoek naar de psychosociale gezondheid van leerlingen op de basisschool (groepen 7 en 8) gedaan. Van de verschillende aspecten van de psychosociale gezondheid die onderzocht zijn, kwam een laag zelfvertrouwen (20%) het meest frequent voor. Ten opzichte van leerlingen in Amersfoort (waar dezelfde vragen zijn gesteld) verschilde de psychosociale gezondheid van de Utrechtse basisschoolleerlingen niet.

Bij leerlingen van het voortgezet onderwijs (vo, klas 2 en 3) is de psychosociale gezondheid meerdere keren onderzocht. In 2009 zijn geen relevante verschillen met eerder onderzoek (2007) gevonden. 17% van de leerlin-

gen van de tweede en derde klas van het vo loopt een verhoogd risico op psychosociale problematiek. Dit is hoger dan in Amsterdam en Rotterdam in dezelfde leeftijdscategorie.

Van de verschillende aspecten van de psychosociale gezondheid komen een negatief zelfbeeld en negatieve gevoelens relatief vaak voor. Bij meisjes op het vo gaat het vooral om emotionele problemen en bij jongens om gedragsproblemen.

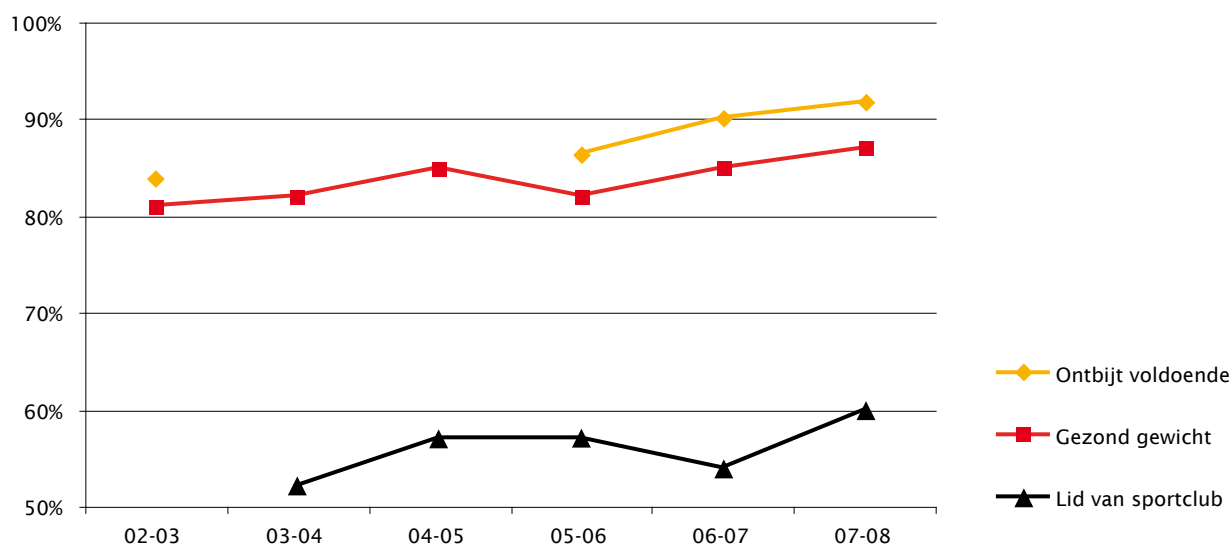
Een nieuwe bevinding is dat leerlingen van het vo relatief vaak slaapproblemen melden (23%).

44% van de leerlingen van het vo geeft aan wel eens met iemand gevreeën te hebben zonder geslachtsgemeenschap en 11% heeft wel eens geslachtsgemeenschap gehad, ongeveer één derde van deze groep gebruikte bij de laatste keer geen condoom. 12% van de leerlingen geeft aan wel eens een ongewenste seksuele ervaring te hebben gehad.

Overgewicht stabiliseert en neemt bij jongste kinderen af

In het basisonderwijs (bao) wordt overgewicht tijdens het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) routinematig gemeten in de groepen 2 en 6. In groep 2 (5 en 6 jarigen) vond over de periode 2002-2008 een afname van overgewicht van 19% naar 13% plaats, zie ook figuur 2. Bij de

Figuur 2: Veranderingen in leefstijl bij kinderen groep 2 bao



Turkse leerlingen van groep 2 is echter een toename van overgewicht (van 31% naar 36%) waargenomen. Bij de leerlingen van groep 6 (9 en 10 jarigen) bleef het overgewicht in de periode 2002-2008 nagenoeg constant (van 20% naar 18%). Wel bleef overgewicht bij Turkse leerlingen onveranderd hoog (36%), en bij leerlingen uit Zuid en Zuidwest was sprake van een toename en in Noordwest en Overvecht een afname.

Bij leerlingen uit de brugklas van het voortgezet onderwijs (12 en 13 jarigen) was in de periode sprake van een lichte daling (van 23% naar 20%). Deze lichte daling was voornamelijk toe te schrijven aan Nederlandse en Marokkaanse leerlingen, terwijl er bij Turkse leerlingen net als in het bao een toename was. Vergelijkbare ontwikkelingen zijn ook in Den Haag gevonden (De Wilde e.a., 2009). Landelijk is er sprake van een stabilisering van overgewicht bij jongeren van 2 tot 25 jaar van 2005 tot 2008.

Regelmatig ontbijten neemt toe

Als kinderen voordat zij naar school gaan ontbijten, eten zij de rest van de dag regelmatig en minder tussendoortjes. In de periode 2002-2008 is tijdens de PGO'en gevraagd of de leerlingen regelmatig ontbijten voordat zij naar school gaan. In alle leeftijdsgroepen is er in deze periode sprake geweest van een gunstige ontwikkeling. In groep 2 van het bao steeg het aandeel kinderen dat (bijna) dagelijks ontbijt van 84% naar 92% (zie ook figuur 2), in groep 6 van 82% naar 89% en in klas 1 van het vo van 75% naar 85%. Deze trends verschilden niet in subgroepen en zijn ook in de krachtwijken te zien.

Nog te weinig groente- en fruitconsumptie

In de groepen 7 en 8 van het bao is in 2008 voor het eerst de consumptie van groente en fruit onderzocht. Minder dan de helft van de leerlingen (40%) eet dagelijks groente.

De Utrechtse leerlingen van de klassen 2 en 3 van het voortgezet onderwijs eten net zo vaak dagelijks groente als de basisschoolleerlingen (40%). Onder leerlingen van het vo neemt het elke dag groente eten wel af met het stijgen van de leeftijd.

Voor de consumptie van fruit op het bao geldt een vergelijkbaar beeld als bij groente: 41% van de leerlingen van het bao eet elke dag fruit, meisjes (44%) iets vaker dan jongens (38%). In de klassen 2 en 3 van het vo eten leerlingen minder vaak elke dag fruit (31%) dan op het bao. Voor de groente- en fruitconsumptie verschillen de



Utrechtse basisscholieren niet van leerlingen uit andere steden (bijv. Amersfoort). De vergelijking van de groente- en fruitconsumptie van de leerlingen van het vo met andere steden en landelijke gegevens geeft een wisselend beeld.

Alcoholgebruik begint al vaak op de basisschool

Het gebruik van alcohol op jonge leeftijd levert een negatieve invloed op de ontwikkeling van de hersenen en op andere terreinen (ongevallen, schooluitval, enzovoort).

In 2008 is voor het eerst aan leerlingen van het bao gevraagd naar hun alcoholgebruik. Hierbij gaf 39% van de leerlingen van groep 7 en 8 aan wel eens alcohol gedronken te hebben.

Het alcoholgebruik van de Utrechtse basisschoolleerlingen (groep 7) is hoger dan in Rotterdam (35% vs 18%), maar lager dan landelijk (groep 8: 43% vs 49%).

Van de leerlingen van het vo heeft 42% wel eens een glas alcohol gedronken en 26% in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek. Verder heeft 15% van de leerlingen in de laatste vier weken bij één gelegenheid meer dan 5 glazen alcohol gedronken en werd 22% ooit dronken of aangeschoten. Voor 39% van de leerlingen onder de 16 jaar geldt thuis geen duidelijk verbod op het gebruik van alcohol.

Het alcoholgebruik van de Utrechtse vo-leerlingen is de afgelopen jaren niet veranderd en is vergelijkbaar met de andere grote steden. In vergelijking met de landelijke gegevens is het alcoholgebruik onder Utrechtse vo-leer-



lingen iets lager (vanwege leerlingen die vanwege hun geloof geen alcohol mogen drinken).

Fysieke omgeving: binnenmilieu scholen nog onvoldoende

De fysieke omgeving heeft invloed op alle Utrechters en wordt beschreven bij het thema volwassenen en ouderen. In 2007 is begonnen met onderzoek naar het binnenmilieu op Utrechtse scholen. Uit de eerste resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het binnenmilieu in de onderzochte scholen verbeterd kan worden. De kwaliteit van het binnenmilieu was niet afhankelijk van het type en bouwjaar van het schoolgebouw. Inmiddels zijn de eerste stappen ondernomen om de kwaliteit van het binnenmilieu van Utrechtse scholen te verbeteren door voorlichting en soms bouwtechnische verbeteringen.

Sociale omgeving: twee derde is tevreden

Meer dan twee derde van de leerlingen van groep 7 en 8 van het bao (69%) vindt de eigen woonbuurt leuk of heel leuk om in te wonen. Daar staat tegenover dat 11%

van de leerlingen de eigen buurt (helemaal) niet leuk vindt. In vergelijking met Rotterdamse kinderen zijn de Utrechtse leerlingen positiever over hun leefomgeving. Utrechtse leerlingen van het vo zijn positiever over hun buurt dan de basisschoolleerlingen: 84% is (heel) tevreden over de eigen buurt.

Bijna een kwart (23%) van de basisschoolleerlingen ervaart in enige mate een negatieve thuissituatie en 18% heeft thuis te maken met een ziek of verslaafd familielid. Op het vo (31%) ervaart een groter deel (dan op het bao) van de leerlingen één of meer problemen thuis, meisjes vaker dan jongens. Dit geldt ook voor het aandeel leerlingen met een ziek of verslaafd familielid, zogenaamde jonge mantelzorgers (26%).

Uit de meest recente inwonersenquête (Bestuursinformatie, 2009) bleek dat 21% van de ouders met kinderen in de 12 maanden voor het onderzoek informatie opvroeg over het opvoeden en opgroeien van kinderen. 13% van de ouders maakte in de twaalf maanden voor het onderzoek gebruik van hulp of ondersteuning bij de opvoeding van hun kinderen en 9% wil advies of hulp hierbij.

Thema 2 Volwassenen en ouderen

Preventie Volwassenen en ouderen

Ervaren gezondheid onder Utrechters is over het algemeen goed

Van de Utrechtse volwassenen en ouderen ervaart 86% zijn gezondheid als (zeer) goed tot uitstekend. In 2006 was dit 88%. 11% ervaart hun gezondheid als matig en 3% als slecht.

Een matig/slecht ervaren gezondheid hangt met veel factoren samen, waaronder een gevoel van onvoldoende regie over het eigen leven. In Utrecht ervaart 12% van de bevolking onvoldoende regie over het eigen leven. Dit neemt sterk toe met de leeftijd.

Geen afname lichamelijke en psychische aandoeningen

Van de Utrechtse volwassenen en ouderen (55+) rapporteert respectievelijk 50% en 77% één of meer chronische aandoeningen. De top-3 van zelfgerapporteerde chronische aandoeningen is als volgt:

- Aandoeningen aan het bewegingsapparaat (24%)
- Psychische problemen (20%) (angst, depressie en stress/overspannenheid/nervositeit)
- Hart- en vaatziekten (15%) (vooral hoge bloeddruk)

Uit trendanalyses blijkt dat de lichamelijke gezondheid niet is verbeterd in de periode 2003-2008. Beroertes, hartkwalen/-infarcten en diabetes namen juist toe in deze periode, zie figuur 3. Ook geslachtsziekten onder volwassenen namen tussen 2006 en 2008 licht toe.

Wat betreft psychische problemen heeft 5% van de bevolking aangegeven last te hebben van angststoornissen, 9% van depressie en 19% van overspannenheid/stress.

In 2008 had 5% van de Utrechtse bevolking een hoog risico op stemmingsproblemen (onder andere zenuwachtigheid, hopeloosheid, somberheid, rusteloosheid). Op basis van beperkte metingen kan nog geen trend worden vastgesteld. Een matig tot hoog risico op stemmingsproblemen kwam bij 44% van de bevolking voor, en ook hiervoor is geen trend vastgesteld. Psychische problemen komen vooral voor bij volwassenen van 40-54 jaar en minder bij ouderen.

Leefstijl van Utrechters is verbeterd

De lichamelijke aandoeningen die een hoge ziektelast veroorzaken, zoals hart- en vaatziekten, diabetes, COPD, longkanker en een verhoogde bloeddruk zijn sterk gerelateerd aan leefstijl.

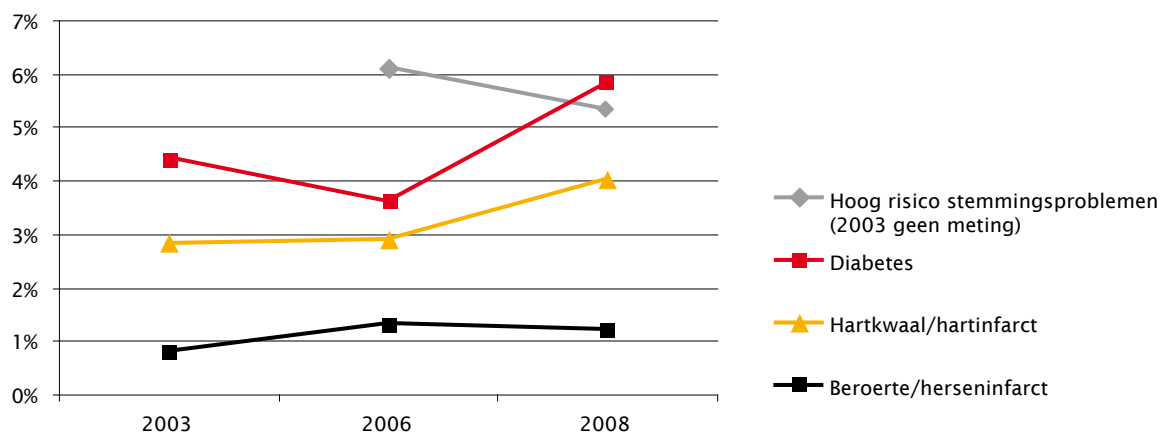
Overgewicht, voeding en lichaamsbeweging

De stijgende trend in overgewicht en obesitas stabiliseerde in de periode 2003-2008. Desondanks heeft nog steeds een aanzienlijk deel van de Utrechters overgewicht (28%; BMI tussen 25 en 30) en obesitas (10%; BMI>30). Het aandeel Utrechters dat voldoende beweegt, groeide van 57% naar 62%. Eveneens voldeden wat meer Utrechters aan de ontbijtnorm (minimaal 5 dagen per week ontbijten); in 2003 voldeed 81% van de bevolking aan de ontbijtnorm en in 2008 was dit 84%. Zie figuur 4.

Middelengebruik

Een kwart van de Utrechters rookt. Ondanks dat het aantal rokers in de periode 2003-2008 gedaald is (2003 32%, 2008 25%), blijft roken een belangrijk determinant voor gezondheidsproblemen. Roken komt het meest voor in de leeftijdscategorieën tot 65 jaar (in ongeveer

Figuur 3: Trends in chronische aandoeningen 2003-2008



gelijke mate). Groepen die veel vaker roken zijn Turkse Utrechters en lager opgeleiden.

13% van de Utrechters drinkt overmatig alcohol (voor mannen meer dan 21 glazen alcohol per week, voor vrouwen meer dan 14 glazen alcohol per week). 11% kent een problematisch alcoholgebruik (onafhankelijk van de hoeveelheid alcohol die gedronken wordt). Overmatig en problematisch alcoholgebruik wordt relatief vaak bij autochtone, hoger opgeleide Utrechters aangetroffen. Tenslotte geeft 1 op de 10 Utrechters, met name jongvolwassenen, aan in de afgelopen 12 maanden cannabis te hebben gebruikt.

Utrechters wijzen op het belang van een gezonde leefomgeving

De fysieke omgeving waarin iemand woont of werkt, is van invloed op zijn gezondheid. Onder andere geluidshinder, luchtverontreiniging, weinig groen en schimmels in woningen, kunnen een negatief effect hebben op de gezondheid. De omgeving kan ook uitnodigen tot gezond gedrag, zoals bewegen. Op verschillende wijzen is Utrechters gevraagd naar hun beleving van hun leefomgeving.

Buitenmilieu

Utrechters waarderen hun woonomgeving gemiddeld met een 7,6. Echter 82% van de Utrechters geeft wel aan (milieu)problemen te ervaren in de buurt waar zij wonen. Rommel op straat (37%), geluidsoverlast (37%), hondensoep (26%), milieubelasting door verkeer (24%), aantasting van groen (15%) en luchtkwaliteit (13%) zijn de meest voorkomende ervaren problemen. Ook uit gesprekken

met wijkraden kwam naar voren dat inwoners zich zorgen maken over de kwaliteit van de fysieke omgeving. Los van de vraag of het als probleem ervaren wordt, rapporteert 69% van de Utrechters geluidshinder. Bij 27% is sprake van ernstige geluidshinder, die vooral veroorzaakt wordt door verkeer, maar ook door burens. Daarnaast rapporteert 30% geurhinder (8% ernstig), vooral door wegverkeer en bedrijven. 1 op de 5 Utrechters is ontevreden over de hoeveelheid groen in de woonomgeving.

Binnenmilieu

De waardering voor de eigen woning uitgedrukt in een cijfer bedraagt in Utrecht gemiddeld een 7,8. Wel kampt ongeveer een derde van de inwoners met schimmel en/of vochtproblemen in hun woning. Ongeveer de helft van de Utrechters ventileert zijn woning onvoldoende.

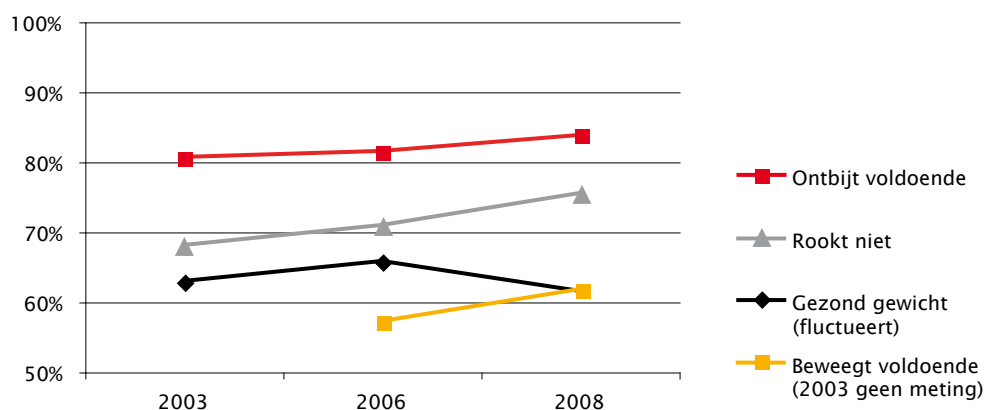
Eenzaamheid komt in Utrecht veel voor

De sociale omgeving biedt zowel kansen als bedreigingen voor de gezondheid.

In Utrecht heeft ongeveer 10% van de inwoners minder dan 2 keer per maand contact met familie, vrienden of kennissen.

Eén derde van de Utrechtse bevolking is matig tot sterk eenzaam, 7% is zelfs sterk eenzaam. Dit komt onder andere verhoogd voor onder 40-54 jarigen, 80-plussers, Turkse en in mindere mate Marokkaanse Utrechters. Tussen 2003 en 2008 bleef de groep die kampt met een ernstige mate van eenzaamheid even groot. Sociale eenzaamheid (weinig contacten) onder Utrechters nam licht toe in deze periode; de emotionele eenzaamheid

Figuur 4: Trends in leefstijl 2003-2008





(niemand om persoonlijke problemen mee te bespreken) bleef constant over de jaren.

14% van de Utrechters waardeert de buurt als onvoldoende, en bijna 1 op de 5 vindt dat de buurt verslechterd is de afgelopen jaren. 2 op de 5 Utrechters voelt zich in enigerlei mate onveilig op straat, waarvan 7% vaak. In de eigen buurt voelt 32% zich wel eens onveilig.

Mantelzorg

1 op de 8 Utrechters (13%) verleende het afgelopen jaar mantelzorg, waarvan een groot deel intensief. Bijna 1 op de 6 mantelzorgers (16%) ervaart deze zorg als zwaar.

Zorggebruik en zorgvoorzieningen

De meeste Utrechters hadden in het afgelopen jaar contact met de huisarts en tandarts (beide 71%). Bijna de helft van de volwassenen/ouderen bezocht een polikliniek in een ziekenhuis, ruim een kwart maakte gebruik van een paramedicus en 10% had contact met GGZ/maatschappelijk werk.

Utrechters maken relatief minder gebruik van zorgvoorzieningen dan inwoners uit de overige grote steden. Deze verschillen worden grotendeels verklaard door verschillen in demografische samenstelling (de Utrechtse bevolking is gemiddeld jonger en hoger opgeleid). Inwoners met een lagere sociaal-economische status maken vaker gebruik van zorg, behalve de tandarts. Onder allochtone Utrechters is het zorggebruik niet opvallend hoger. In de krachtwijken, met name in Overvecht en Ondiep, ligt het zorggebruik wel hoger. Gegevens over zorggebruik, waarbij de recente informatie van Agis zorgverzekeringen over Utrechtse verzekerden een welkome aanvulling is, zijn verder uitgewerkt in het themarapport en worden gebruikt bij beleid en uitvoering.

Tenslotte is de organisatie van de eerstelijnszorg aan het veranderen. Er komen steeds meer multidisciplinaire praktijken en er wordt steeds meer in de wijk samengewerkt met preventie en welzijn.

Thema's 1 en 2 Stapeling van problemen

Stapeling van problemen

Bij jeugd, volwassenen en ouderen in Utrecht worden vrijwel dezelfde risicogroepen gezien. Ook blijken gezondheidsverschillen die tussen verschillende bevolkingsgroepen werden aangetroffen, in de tijd niet te zijn afgenomen. Problemen stapelen zich bij individuele personen en binnen gezinnen, we zien dit ook terug in bepaalde wijken. Onderzocht is hoe bij jeugd en volwassenen/ouderen een combinatie van problemen op meerdere leefgebieden gerelateerd is aan ervaren gezondheid en hoe dit speelt in de verschillende wijken.

Stapeling van gezondheidsproblemen en -determinanten

Bij volwassenen en ouderen is een stapeling van gezondheidsproblemen en -determinanten aanwezig. In de analyses zijn 11 probleemgebieden betrokken, waaronder lichamelijke en psychosociale gezondheid, regie eigen leven, zorgbehoefte, ongezonde leefstijl en sociale en fysieke omgeving. Van de Utrechters scoort 5% op 7 of meer gebieden ongunstig. Van deze Utrechters heeft drie kwart een matig tot slecht ervaren gezondheid. Van de Utrechters met een ongunstige score op 4-6 leefgebieden is dit ruim één derde, zie hiervoor figuur 5.

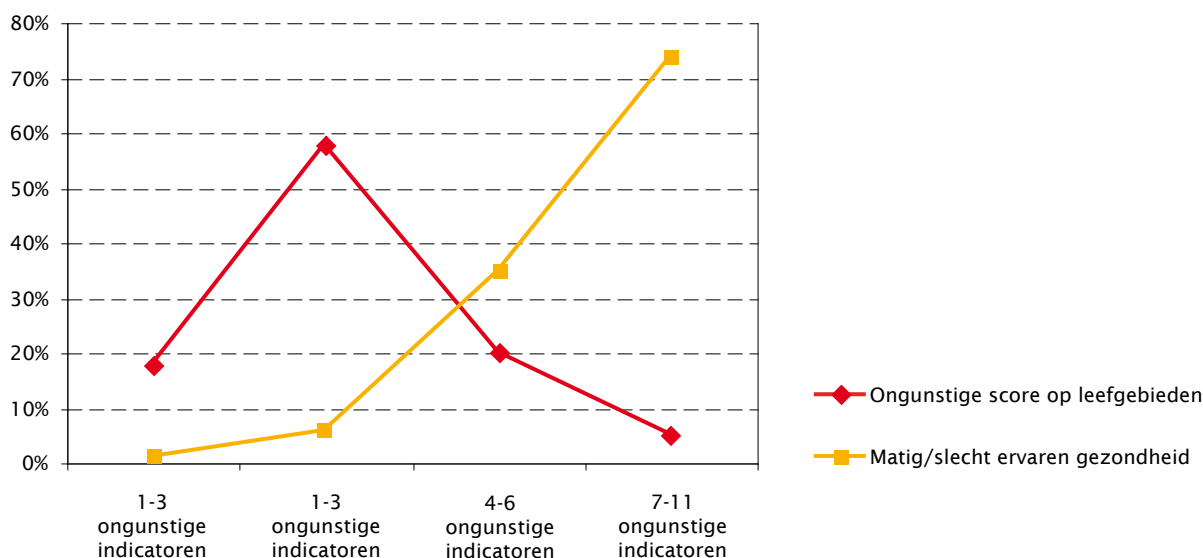
Bij leerlingen van het vo is ook naar stapeling van (gezondheids)problemen gekeken. Het gaat daarbij om een combinatie van aspecten als een slechte psychosociale gezondheid, negatieve thuissituatie en probleemgedrag. Van de leerlingen van de klassen 2 en 3 van het vo rapporteerde 13% 5 of meer problemen. Turkse leerlingen (18%), leerlingen uit de categorie 'overige etniciteit' (20%), vmbo-leerlingen en leerlingen met een lage gezinswelvaart (26%) hebben relatief vaak te maken met stapeling.

Onder kinderen van 0-4 jaar zijn tenslotte risicofactoren geregistreerd voor een verhoogde kans op problemen met betrekking tot groei, spraak/taal, lichamelijke en psychische problemen, en gedragsstoornissen. Afhankelijk van de gebruikte risicofactoren kan 2% tot 7% van de 0-4 jarigen als risicokind (met 4 of meer risicofactoren) beschouwd worden. Vooral allochtone kinderen hebben een verhoogde kans om als risicokind aangemerkt te worden.

Cumulatie van problemen in krachtwijken

In het algemeen is de gezondheid in grote steden aanzienlijk minder goed dan in de rest van Nederland. Daarentegen zijn de verschillen tussen de 4 grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) beperkt.

Figuur 5: Stapeling ongunstige scores volwassenen en ouderen op diverse leefgebieden en relatie met ervaren gezondheid



De helft van de krachtwijken bevindt zich in de 4 grote steden. In de Utrechtse krachtwijken is de gezondheid duidelijk minder goed. Op veel gebieden is de score ongunstig en stapelen (gezondheids)problemen zich op (zie hiervoor ook figuur 6). In deze wijken wonen verhoudingsgewijs veel laagopgeleide Utrechters, en Turkse en Marokkaanse Utrechters. Inwoners van deze wijken zijn ook vaker (zeer) ontevreden met hun woonomgeving. Een uitzondering op bovenstaande vormt overmatig alcoholgebruik. Dit komt niet verhoogd voor in de krachtwijken.

Utrechters met een lage sociaal-economische status belangrijke risicogroep

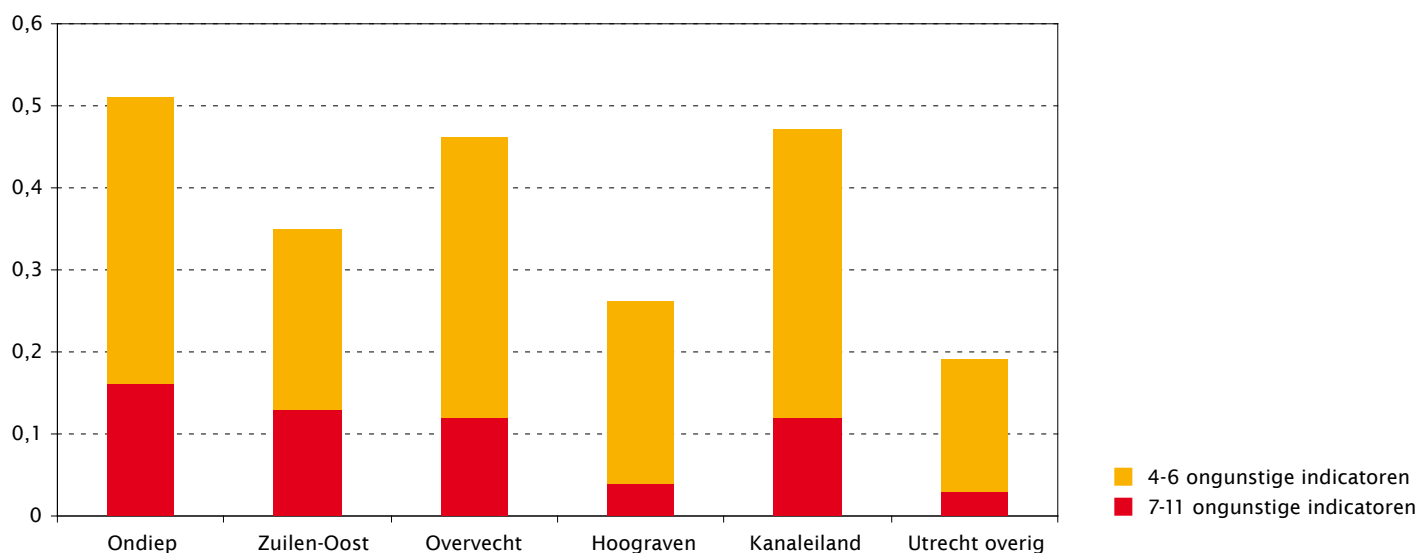
Utrechters met een lage opleiding en een laag inkomen scoren op vrijwel alle gezondheidsindicatoren en -determinanten minder goed. Sociaaleconomische gezondheidverschillen (SEGV) zijn duidelijk zichtbaar. Marokkaanse en vooral Turkse Utrechters hebben een minder goede gezondheid, een minder gezonde leefstijl en zijn vaker eenzaam. Roken komt opvallend veel voor onder Turkse Utrechters. Een derde van de Marokkaanse Utrechters en bijna de helft van de Turkse Utrechters ervaart daarnaast onvoldoende regie over het eigen leven.

Een andere belangrijke risicogroep zijn autochtone Utrechters met een lage sociaal-economische status (SES). Ook zij hebben relatief vaker gezondheidsproblemen, een ongezonde leefstijl, en wonen in een ongunstige leefomgeving.

Een nieuwe aandachtsgroep zijn de 40-54-jarigen. Op deze leeftijd komen zowel psychische problemen, eenzaamheid als overgewicht verhoogd voor. Ook beweegt deze groep minder dan gemiddeld. Een aantal leefstijlgerelateerde ziekten zoals diabetes (type 2) en hart- en vaatziekten worden manifest. In deze leeftijdsgroep heeft 59% één of meerdere, al dan niet ernstige aandoeningen.

Voor de situatie van de Utrechtse ouderen valt op dat zij meer chronische aandoeningen hebben, een toenemend zorggebruik en vaker kampen met (emotionele) eenzaamheid, dit geldt met name voor de 80-plussers. Op het gebied van leefstijl hebben ouderen minder behoefte aan informatie of hulp, hoewel het verbeteren van leefstijl op latere leeftijd nog veel gezondheidswinst op kan leveren. 21% van de 65-75 jarigen en 27% van de 80-plussers heeft tenslotte een gevoel van onvoldoende regie over het eigen leven.

Figuur 6: Stapeling ongunstige scores volwassen en ouderen op diverse leefgebieden naar krachtwijk



Thema 3 Sociaal kwetsbaren

Zorg voor sociaal kwetsbaren

Ladder van uitval en herstel

In de inleiding van dit profiel is de definitie van de groep sociaal kwetsbaren beschreven. Een gedeelte van de groep sociaal kwetsbaren valt binnen de doelgroep van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), zoals zorgmijders, daklozen en hostelbewoners. Zonder adequate zorg kunnen sociaal kwetsbare mensen in een neerwaartse spiraal terecht komen. In de OGGZ-ladder van uitval en herstel wordt dit proces visueel weergegeven, zie figuur 7.

De indeling in treden is gebaseerd op de hoeveelheid, ernst en complexiteit van de problemen waarmee mensen te maken hebben, hun zelfredzaamheid en het soort hulp dat zij nodig hebben om weer aansluiting te vinden. Aan de linkerkant van de ladder bevinden zich mensen die nog geen of inadequate zorg ontvangen en daarmee een risico lopen op verdere uitval. Op de treden aan de rechterkant van de ladder bevinden zich degenen die wel gepaste zorg ontvangen, en daarmee een grotere kans maken op herstel.

Het merendeel van de Utrechters bevindt zich bovenaan de ladder (trede 0). Dit zijn de zelfredzame burgers, die

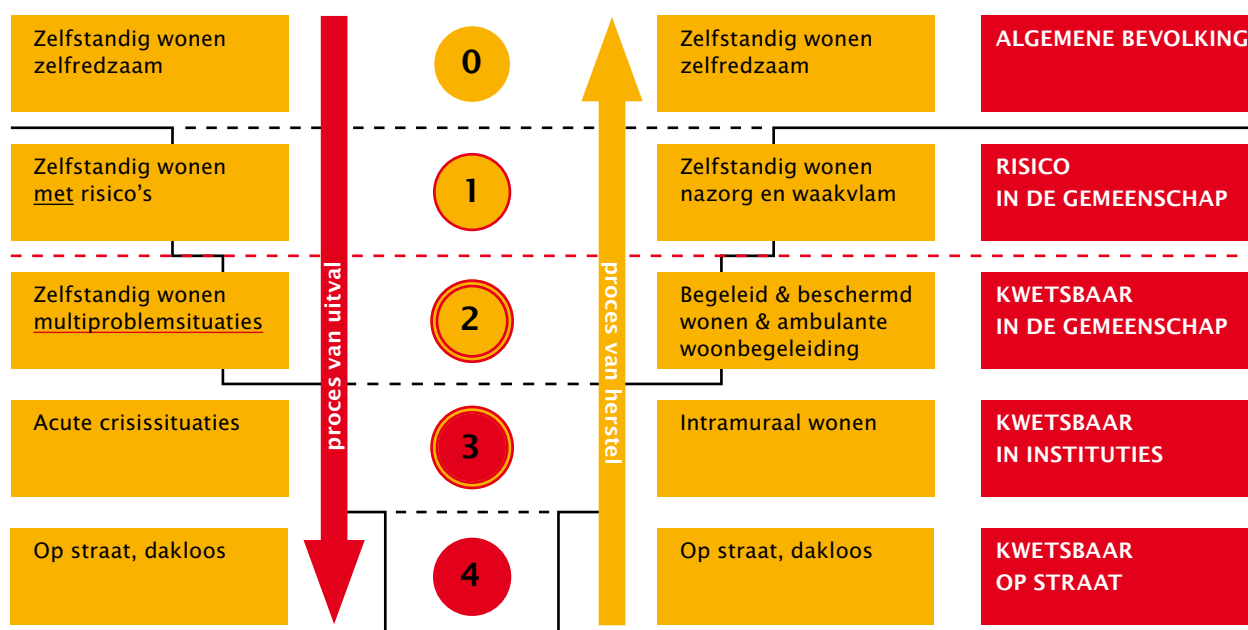
als dit nodig is, zelf hulp zoeken en vinden. Onderaan de ladder bevinden zich daklozen (trede 4) en mensen in 24-uurswoonvoorzieningen (vaak ex-daklozen), bewoners van andere institutionele woonvormen en mensen in acute crisissituaties (trede 3). Trede 2 omvat de sociaal kwetsbare groep in de gemeenschap, in begeleid of beschermde woonvormen of zelfstandig wonend met multi-problematiek. Tot deze laatste groep behoren onder andere slachtoffers van huiselijk geweld, mensen met dreigende huisuitzetting en ernstige woningvervuiers. Trede 1 zijn de Utrechters die een verhoogd risico lopen, maar zich mede door steun vanuit de omgeving redden.

In deze paragraaf wordt ingegaan op de groepen in treden 2, 3 en 4. Treden 0 en 1 zijn in de voorgaande hoofdstukken besproken.

Aantal sociaal kwetsbaren In Utrecht hoger dan landelijk

De omvang van de groep sociale kwetsbaren (trede 2, 3 en 4) is niet goed bekend. Landelijk wordt de groep sociaal kwetsbaren op 2% van de bevolking geschat. Op basis van registratiegegevens uit de hulpverlening blijkt dat 4-5% van de Utrechtse volwassenen binnen deze groep valt. Dit betreft een onderschatting, omdat

Figuur 7: OGGZ-ladder van uitval en herstel (naar Wolf 2006 en Bergen 2006)



een deel van de sociaal kwetsbaren niet bij instellingen bekend is en bepaalde voorzieningen (bijvoorbeeld laagdrempelige opvang) nog niet zijn meegeteld. Ook illegalen zijn in deze schattingen niet meegenomen. Hun aantal wordt geschat op 1-1,5% van de Utrechtse bevolking (volwassenen en kinderen).

(O)GGZ-cliënten in kaart

Met de komst van het Keten Registratie en Informatie Systeem (KRIS), het centrale registratiesysteem van OGGZ-cliënten in Utrecht, ontstond de mogelijkheid een groot deel van deze groep in beeld te brengen. Door koppeling van KRIS met andere registraties, kwamen voor monitoring gegevens van 3.690 unieke cliënten beschikbaar. Deze gegevens staan hier beschreven naar kenmerken, problematiek en plaats in de OGGZ-ladder (figuur 7).

(O)GGZ cliënten: veel mannen, en weinig ouderen

De gemiddelde Utrechtse (O)GGZ-cliënt is een man (66%) in de leeftijd van 25 tot 55 jaar (73%). Met name in de 24-uurswoonvoorzieningen (trede 3) en onder de groep daklozen (trede 4) zijn veel mannen (resp. 76% en 82%). Slechts 12% van de (O)GGZ-cliënten is 55 jaar of ouder tegenover 22% gemiddeld in Utrecht. Onder de mensen in ernstige multi-probleem situaties zijn wel veel 55-plussers te vinden (26%). Met name woonhygiëne cliënten zijn vaak 55 jaar of ouder (51%). Onder daklozen (trede 4) komen relatief veel jongvolwassenen voor (zie ook verderop in de tekst).

Groot deel (O)GGZ-cliënten in behandeling voor psychiatrie of middelenmisbruik

In 2008 was 59% van de (O)GGZ cliënten in behandeling in de tweede- en derdelijnspsychiatrie: 31% voor middelenmisbruik en 47% voor een andere psychiatrische stoornis. Bij 19% was sprake van een dubbele diagnose: middelenmisbruik én psychiatrie. Meest voorkomende diagnoses onder deze groep zijn persoonlijkheidsstoornis (20% van de (O)GGZ-cliënten), schizofrenie (16%) en alcoholmisbruik (14%). Daklozen (trede 4) en mensen in ernstige multi-probleem situaties (trede 2) zijn minder in zorg voor psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik dan andere (O)GGZ groepen. Bij daklozen is waarschijnlijk sprake van onderbehandeling. Mensen in de 24-uurswoonvoorzieningen (trede 3) hebben relatief vaak een diagnose voor middelenmisbruik (55%). Zij zijn vaker dan (O)GGZ-cliënten in andere treden in



behandeling voor alcoholmisbruik (21% versus 14% gemiddeld bij (O)GGZ-cliënten). Dit geldt ook voor drugmisbruik. Van de (O)GGZ cliënten is gemiddeld 6% in behandeling voor cocaïnemisbruik en 5% voor heroïnemisbruik. Uit een recente omvangsschatting blijkt dat er naar schatting 540-590 problematische harddruggebruikers in Utrecht zijn, waarvan het merendeel in beeld is bij de verslavingszorg.

Veel behoefte aan ondersteuning op gebied van financiën en schulden

Problematische schulden komen het meest voor bij daklozen (87%) en de ernstig multi-probleem groep (74%). In de herstelfase is het percentage lager, maar nog steeds 46%. Het op orde hebben van de financiële situatie is een voorwaarde voor herstel. Bij bijna de helft van de cliënten met een problematische schuld was, op het moment van in zorg komen, nog geen betalingsregeling getroffen. Onder de mensen in 24-uurswoonvoorziening en daklozen was dit nog lager. Vaak ontbreken vaardigheden om zelfstandig de financiën te beheren. Van de



cliënten in KRIS heeft bijna twee derde hulp nodig bij de administratie en het invullen van formulieren en 13% bij lezen en schrijven. Naar schatting van de medewerkers van Stadsgebedbeheer zal ongeveer een derde van hun cliënten altijd begeleiding nodig hebben.

Ook voor sociaal functioneren ondersteuning nodig

Ruim twee derde (67%) van de (O)GGZ-cliënten in de herstellkant geeft aan behoefte te hebben aan ondersteuning in de omgang met anderen. Dit betreft met name hulp bij het omgaan met conflicten (33%), het omgaan met instanties (51%) of bij het opbouwen en vasthouden van een sociaal netwerk (46%). Deze laatste behoefte komt vaker voor onder bewoners van de 24-uurswoonvoorzieningen.

(ex)-daklozen komen weinig bij huisarts en tandarts en zijn nog vaak onverzekerd

(O)GGZ-cliënten komen minder vaak bij de huisarts en tandarts dan andere Utrechters. Van de daklozen en

(ex)-daklozen in 24-uurswoonvoorzieningen was slechts 11-12% in 2008 naar de tandarts geweest (Utrecht gemiddeld: 39%) en 63-67% bij de huisarts (Utrecht gemiddeld: 87%). Gegeven de minder goede gezondheid van deze groepen, duidt dit op ondergebruik van de gezondheidszorg. Mensen in ambulante woonbegeleiding en in crisis- en kortdurende opvang gaan even vaak naar de huisarts en tandarts als andere Utrechters. Het niet hebben van een zorgverzekering nam in de afgelopen jaren sterk af. In 2009 was echter toch 18% van de (O)GGZ cliënten nog onverzekerd (volgens registratie Vecozo). Bij daklozen die het sociaal medisch spreekuur bezochten was dit 44%.

Groot deel van Utrechtse daklozen is onderdak

Sinds 2005 zijn ruim 1150 daklozen geplaatst in hostels en andere 24-uurswoonvoorzieningen. Op straat zijn nu nauwelijks meer daklozen te vinden. Toch zijn er nog daklozen in Utrecht die tijdelijk bij vrienden of kennissen verblijven, en in de laagdrempelige opvang (trede 4). Het aantal is niet bekend. Dat er ook nieuwe daklozen bijkomen blijkt uit de cijfers van het Meld- en Actiepunt

en Brede Centrale Toegang. Van de bijna 300 dakloze cliënten die in 2008 werden aangemeld bleek 1 op de 3 in het laatste jaar dakloos te zijn geworden. Een andere groep is reeds langer dakloos, maar kan of wil niet doorstromen naar een woonvoorziening. Knelpunten zijn onder andere de opvangcapaciteit voor daklozen met een (licht) verstandelijk handicap of ernstige psychiatrie. Tenslotte is er een groep van naar schatting 80-120 'moeilijk plaatsbaren', die vooral door hun gedrag niet goed in bestaande voorzieningen passen.

Huisuitzettingen zijn sterk afgenomen

Een belangrijke aanleiding voor uitval en dakloosheid in trede 2 zijn huisuitzettingen. In 2005 startte de gemeente Utrecht met een aanpak gericht op het voorkomen van huisuitzettingen door huurschuld. In de periode 2005-2008 halveerde het aantal huisuitzettingen uit corporatiewoningen van 214 naar 103 per jaar. De aanpak is eind 2008 stedelijk uitgerold.

Huiselijk geweld komt veel voor en heeft ernstige gevolgen

Huiselijk geweld (trede 2) is het meest voorkomende geweldsdelict in Nederland. 7% van de Utrechtse volwassenen en ouderen is ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld. Utrechtse volwassenen die ooit slachtoffer waren van huiselijk geweld hebben een 2,5 keer grotere kans dan andere Utrechters op sociale uitsluiting. In 2008 werden naar schatting 2200 Utrechters slachtoffer van huiselijk geweld en verbleven zo'n 110 vrouwen met kinderen vanwege huiselijk geweld in de woonvoorzieningen van de vrouwenopvang in Utrecht. De politie registreerde in 2008 1173 incidenten van huiselijk geweld in Utrecht. Nog eens 330 Utrechters zochten advies of hulp bij het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld en het Algemeen Maatschappelijk werk.

Relatief veel daklozen jonger dan 25

Een kwart van de daklozen die in 2008 bij het Meld- en Actiepunt en de Brede Centrale Toegang werd aangemeld was jonger dan 25 jaar. Uit een omvangsschatting in 2008 werd gesteld dat er 93 feitelijk dakloze jongeren in Utrecht waren (trede 4) en 143 residentieel dakloze jongeren (trede 3). Gemiddeld verlieten deze jongeren rond hun 16e de oorspronkelijke woonsituatie. Daarna brachten zij ongeveer 5 jaar door bij familie, vrienden of kennissen, in detentie of in de zorg, voordat zij als zwerfjongere in de maatschappelijke opvang terecht kwamen. Bijna twee derde had in het verleden contact

gehad met jeugdzorg en ruim één derde (39%) met de Raad van de Kinderbescherming.

De leeftijdsfase tussen 15 en 17 is risicovol. Dat blijkt ook uit het gegeven dat 7% van de Utrechtse jongeren een jeugdreclasseringsmaatregel heeft, 6% de school voortijdig verlaat, en dat 3% onder toezicht of voogdij staat.

Risico op dakloosheid ontstaat jaarlijks bij 3% van de Utrechtse jeugd

De belangrijkste risicofactoren bij jeugdigen voor dakloosheid op latere leeftijd zijn mishandeling en misbruik en het opgroeien in een andere omgeving dan het eigen gezin (trede 2 en 3). In Utrecht komen deze factoren naar schatting bij 1-3% van de jeugdigen voor. In 2007 werd over 0,5% van de 0 tot en met 17-jarigen in Utrecht melding gedaan van (een vermoeden) van kindermishandeling. Het werkelijke aantal gevallen van kindermishandeling wordt geschat op 3%. In 2008 was 1,4% van de 0 tot en met 17-jarigen in Utrecht onder toezicht gesteld (753 kinderen) en 0,2% onder (voorlopige) voogdij (95 kinderen). Dit is hoger dan landelijk. Landelijk leidt meer dan de helft van de ondertoezichtstellingen tot een uithuisplaatsing. Dit zou voor Utrecht betekenen dat bijna 1% van de Utrechtse jeugd in 2008 enige tijd uit huis is geplaatst. In 2007 was het aandeel jeugdige veelplegers in Utrecht met 0,6% het hoogst van de 4 grote steden (gemiddeld 0,4%). Landelijk is dit 0,14%.

Hoofdconclusies

- De grote meerderheid van de Utrechters (86%) ervaart de gezondheid als (zeer) goed.
- In Utrecht komen meer gezondheidsproblemen (en de bepalende risicofactoren hiervan) voor dan in Nederland als geheel. Dit is vergelijkbaar met de andere grote steden (G4).
- Hoewel een aantal (leefstijlgerelateerde) aandoeningen de afgelopen jaren nog is toegenomen, is er sprake van een verbetering van de leefstijl van Utrechters (overgewicht is gestabiliseerd, Utrechters bewegen meer, ontbijten vaker en roken minder). De psychosociale gezondheid laat nog geen aantoonbare verbetering zien.
- Er is ook bij de jeugd een verbetering zichtbaar op het gebied van leefstijl (overgewicht, voeding en beweging), behalve bij Turkse kinderen.
- Overmatig en problematisch alcoholgebruik wordt relatief vaak bij autochtone, hoger opgeleide Utrechters aangetroffen.
- De Utrechtse jeugd begint al vaak op de basisschool met alcoholgebruik.
- Er bestaan grote sociaal-economische en wijkverschillen in gezondheid in Utrecht. Deze zijn over de tijd niet minder geworden. Dit is zichtbaar in de krachtwijken.
- Specifieke risicogroepen zijn Turkse en Marokkaanse Utrechters, autochtone Utrechters met een lage opleiding en laag inkomen. Onder volwassenen zijn de 40-54 jarigen een nieuwe aandachtsgroep, met name voor psychosociale problematiek.
- Stapeling van problemen (binnen wijken, gezinnen en personen), sociale kwetsbaarheid en sociale uitsluiting komen vaak voor, zijn onderling gerelateerd, en vormen een belangrijk risico voor de gezondheid en maatschappelijke uitval.
- Een deel van de Utrechtse jeugd groeit op in een omgeving (gezin of wijk) met meerdere risicofactoren, waardoor zij al op jonge leeftijd ongezond gedrag vertonen of met (gezondheids)problemen kampen.
- 4-5% van de Utrechters boven de 18 jaar is in beeld bij de hulpverlening vanwege problemen als dakloosheid, dreigende huisuitzetting, zelfverwaarlozing, psychiatrische problemen, verslaving en huiselijk geweld.
- Het aantal daklozen op straat en het aantal huisuitzettingen zijn de laatste jaren afgenomen. Een aanzienlijk deel van de sociaal kwetsbaren is langdurig op hulp en ondersteuning aangewezen voor zo volledig mogelijk maatschappelijk herstel.



Heeft u interesse in meer informatie? Bekijk dan eens de publicaties op: www.utrecht.nl/gggd

Dankwoord

Dit gezondheidsprofiel is opgesteld door de unit Epidemiologie & Informatie van de GG&GD Utrecht in nauwe samenwerking met vele medewerkers uit beleid en praktijk, zowel binnen als buiten de GG&GD. Graag willen wij allen die bijgedragen hebben danken voor hun medewerking.

Colofon

Uitgave

Gemeente Utrecht,
Geneeskundige en Gezondheidsdienst
Postadres Postbus 2423, 3500 GK Utrecht
Telefoon 030 – 286 3333
www.utrecht.nl/gggd

Tekst

**Erik van Ameijden, Addi van Bergen, Jessica
Bouwman, Berber Koopmans, Eva van der Meer,
Lisette Muis, Hanneke Schreurs, Jaap Toet en
Regien Vleems, GG&GD Utrecht**

Fotografie

Jan Lankveld, Stijn Decorte, Olga Boh

Vormgeving

Bureau Gurk, Utrecht

Drukwerk

OBT bv, Den Haag

Datum

februari 2010