



Zicht op Kwetsbaarheid in Amsterdam

Deelrapport in het kader van de voorstudie "Vernieuwing van gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen", gefinancierd door de Stichting Preventie, Vroegdiagnostiek en e-Health

Saskia Welschen

Fleur Thomése

Amsterdam, Ben Sajetcentrum/ Vrije Universiteit

24 januari 2016

Inhoud

Inleiding.....	3
Kwetsbaarheid bij ouderen.....	4
Relatie tot multimorbiditeit en functiebeperkingen.....	5
Zelfredzaamheid.....	6
Bijzonder kwetsbaar en zelf ervaren kwetsbaarheid.....	6
Kwetsbaarheid in Nederland.....	8
Ouderen in Nederland en vergrijzing.....	8
Kwetsbare ouderen in Nederland.....	8
Sociale achtergrond van kwetsbare ouderen.....	9
Kwetsbaarheid en sociaal economische status.....	9
Kwetsbaarheid en herkomst.....	9
Kwetsbaarheid en stedelijkheid.....	10
Ouderen en kwetsbaarheid in Amsterdam.....	11
Diversiteit naar herkomstgroepering.....	12
Diversiteit naar sociaaleconomische status.....	13
Gezondheidsontwikkeling en kwetsbaarheid Amsterdamse ouderen.....	13
Diversiteit naar SES.....	14
Zelfredzaamheid, sociale uitsluiting en armoede.....	15
Psychische klachten, eenzaamheid.....	15
Differentiatie naar stadsdeel.....	16
Besluit.....	18
Bibliografie.....	19
Statistieken.....	19

Inleiding

Wat is kwetsbaarheid van ouderen en hoe is het met de kwetsbaarheid van Nederlandse en Amsterdamse ouderen gesteld? Antwoorden uit de onderzoeksliteratuur op deze vragen zijn hieronder verzameld. Deze literatuurstudie maakt onderdeel uit van het project *‘Naar een integrale vernieuwingsstrategie in de zorg voor kwetsbare ouderen’*, dat erop gericht is de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren door de ontwikkeling van zorginnovaties binnen de regio Amsterdam.¹ Tegen de achtergrond van de veranderingen in het zorgstelsel die in 2015 zijn ingegaan (decentralisatie van delen van de AWBZ, bezuinigingen) is het thema kwetsbaarheid bijzonder relevant. Als onderdeel van de ‘participatiesamenleving’ wordt op het terrein van de zorg steeds meer nadruk gelegd op de eigen kracht en zelfredzaamheid van burgers. Juist voor kwetsbare burgers kan deze transitie risico’s met zich meebrengen. Een beter inzicht in kwetsbaarheid bij ouderen in Amsterdam maakt een precieze focus op deze doelgroep mogelijk. Hierdoor kunnen beter gerichte, effectieve beleidsinterventies worden ontwikkeld, waardoor goede zorg voor kwetsbare ouderen ook in deze nieuwe context gewaarborgd kan worden.

Eerst beantwoorden we de vraag: wat is kwetsbaarheid bij ouderen? We kiezen uiteindelijk voor een brede definitie die zowel lichamelijke als psychische en sociale dimensies omvat. In het tweede deel van dit paper geven we een overzicht gegeven van de stand van zaken rondom kwetsbaarheid bij ouderen in Nederland en in het bijzonder in Amsterdam aan de hand van beschikbare cijfers. Hoe manifesteert kwetsbaarheid zich in een stedelijke omgeving? In welke mate is kwetsbaarheid in Amsterdam gelijk verdeeld over de verschillende stadsdelen? Hoe verhoudt kwetsbaarheid zich tot specifieke achtergrondkenmerken van verschillende groepen oudere Amsterdammers? Met een groeiende groep ouderen, die steeds heterogener van samenstelling is, is een duidelijker onderscheid tussen kwetsbaren en niet-kwetsbaren van belang om richting te geven aan beleid.

¹ Projectvoorstel *‘Naar een integrale vernieuwingsstrategie in de zorg voor kwetsbare ouderen’* van een multidisciplinair onderzoeksteam verenigd in het Ben Sajatcentrum, versie 17 feb. 2015

Kwetsbaarheid bij ouderen

Kwetsbaarheid heeft lichamelijke, geestelijke en sociale dimensies. Vaak is er bij kwetsbare ouderen sprake van meer vormen van kwetsbaarheid tegelijk, die elkaar mogelijk versterken. Wij hanteren daarom een brede definitie van kwetsbaarheid, die de verschillende dimensies omvat.

Sinds begin jaren negentig is een positieve, actieve kijk op ouder worden gangbaar, die tot uiting komt in de concepten “kwaliteit van leven” en “succesvol ouder worden.” Onder dat laatste wordt verstaan: “een staat van optimaal functioneren in lichamelijk, cognitief en sociaal opzicht, in combinatie met een optimaal gevoel van welbevinden” (Raad voor Gezondheidsonderzoek 2006: 45-46). In aanvulling op die positieve uitgangspunten wordt kwetsbaarheid steeds meer als een waardevolle indicator beschouwd van de gezondheidssituatie van ouderen.² Er bestaat ook samenhang tussen de begrippen kwetsbaarheid en kwaliteit van leven: zo ervaren kwetsbare ouderen een lagere kwaliteit van leven dan niet-kwetsbare ouderen (SCP 2011:42).

Kwetsbare ouderen lopen het risico op negatieve gezondheidssuitkomsten door een verlies van reserves in verschillende domeinen van hun functioneren (Schuurmans et al. 2004:962). Kwetsbaarheid heeft fysieke, psychische en sociale dimensies. Lichamelijke kwetsbaarheid wordt gekenmerkt door ondervoeding, verminderd energieniveau, verminderde kracht en traagheid, en heeft ook betrekking op mobiliteit, evenwicht en zintuiglijke functies (horen, zien). Psychische kwetsbaarheid gaat over cognitie, stemming en ‘coping’, en dementie, en sociale kwetsbaarheid over alleen zijn, sociale steun en sociale relaties (SCP 2001:45).

Eenzaamheid kan een rol spelen bij psychische en sociale kwetsbaarheid. De precieze relatie tussen sociale uitsluiting (als mensen niet volledig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven) en kwetsbaarheid wordt uit de literatuur niet helemaal duidelijk. Wel kan worden gesteld dat sociale uitsluiting zowel oorzaak als gevolg is van een slechtere gezondheid.³ Gezondheidsproblemen hebben invloed op de maatschappelijke participatie, en mensen met gezondheidsproblemen hebben vaker met sociale uitsluiting te maken. 65-plussers met gezondheidsproblemen hebben vaker te maken met sociale uitsluiting dan leeftijdsgenoten zonder gezondheidsproblemen. Sociale uitsluiting gaat vaak samen met een gevoel van gebrek aan regie over het eigen leven (G4 USER: 2014).⁴

Uit de literatuur blijkt dat er uiteenlopende definities van het begrip kwetsbaarheid worden gehanteerd, die vanzelfsprekend ook leiden tot een andere afbakening van de groep kwetsbare ouderen. Internationaal en ook in de Nederlandse onderzoeksliteratuur domineert

² Van Campen, C. Kwetsbare Ouderen, SCP 2011: 39, in het vervolg van dit paper ‘SCP 2011’

³ Ibid.

⁴ Fact sheet Amsterdamse 65 plussers: gezond en wel? GGD Amsterdam, en G4 USER ‘Sociaal Uitgesloten in de Grote Stad: Cijfers, Ervaringen en Adviezen uit het Veld’, Utrecht, nov. 2014

een smalle definitie, die alleen toeziet op lichamelijke of fysiologische kenmerken.⁵ Deeg en Puts hanteren een bredere definitie waarbij fysieke criteria worden aangevuld met psychische criteria als verminderd cognitief functioneren, depressieve symptomen en een ervaren gebrek aan regie over het eigen leven (2007:148). Het Sociaal Cultureel Planbureau kiest voor een brede, holistische benadering waarin de fysieke, psychische en sociale dimensies van kwetsbaarheid in samenhang tot elkaar worden meegewogen (SCP 2011:52).

Duidelijk is dat er bij kwetsbare ouderen vaak sprake is van meerdere vormen van kwetsbaarheid tegelijk, die elkaar mogelijk versterken.⁶ Die combinatie of opeenstapeling van vormen van kwetsbaarheid komt ook tot uiting in door het SCP gehanteerde definitie: “een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)” (SCP 2011:11).

Lutowski et al. definiëren kwetsbaarheid als “het afnemen van reserve en belastbaarheid door een opeenstapeling van tekorten op meerdere terreinen” (Lutowski et al. 2014:1-2). Volgens Deeg en Puts (2007) wordt kwetsbaarheid bij ouderen gekenmerkt door “een wankel evenwicht met weinig reserve om verstoringen op te vangen waarbij de oudere al bij een kleine verstoring uit zijn/haar evenwicht kan raken” (2007:147). Het SCP benadrukt het procesmatige karakter van kwetsbaarheid; het is een proces dat stapsgewijs leidt tot negatieve gezondheidsuitkomsten, en kan ook beschouwd worden als een *voorstadium* van beperkingen (SCP 2011: 41).

Relatie tot multimorbiditeit en functiebeperkingen

“Kwetsbaarheid” maakt een breder inzicht in de gezondheidssituatie van ouderen mogelijk dan de gangbare, beperktere maten van multimorbiditeit (het hebben van twee of meerdere chronische aandoeningen) en functionele beperkingen (of adl-beperkingen: beperkingen van de activiteiten in het dagelijks leven) (Lutowski et al. 2014:1). Daarnaast verhoogt het hebben van functionele beperkingen en multimorbiditeit de kans op kwetsbaarheid. Bij bewoners van instellingen is er vaak sprake van overlap tussen deze drie, maar bij zelfstandig wonenden is dat veel minder. Juist de groep kwetsbaren die geen functionele beperkingen of multimorbiditeit hebben is van belang, omdat dit een nieuwe doelgroep betreft die wellicht nog onvoldoende wordt bereikt binnen het reguliere zorgaanbod. De kwetsbaarheid van deze groep manifesteert zich vooral in het psychische en sociale domein.

⁵ De meest gebruikte definitie is die van Fried en collega's: “kwetsbaarheid als multisysteem achteruitgang ten gevolge van verouderingsgerelateerde veranderingen in het neuromusculaire, het endocriene en het immuunsysteem” (in Deeg en Puts 2007:147).

⁶ Tegelijkertijd geven Fried et al (2004) aan dat niet alle oudere personen met beperkingen kwetsbaar zijn, en niet alle kwetsbare ouderen beperkingen hebben.

Lutomski et al. gaan in op de relatie tussen kwetsbaarheid, multimorbiditeit en langdurige lichamelijke beperkingen, maar geven ook aan dat precieze samenhang nader onderzoek verdient (Lutomski et al. 2014, Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2006:7).

Zelfredzaamheid

Zoals gezegd neemt de relevantie van kwetsbaarheid toe in de overgang naar de participatiesamenleving, waarbij de nadruk steeds sterker komt te liggen op zelfredzaamheid en eigen kracht van burgers. Zelfredzaamheid staat voor “het vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig uit te voeren of daarvoor zelf tijdig de juiste hulp in te schakelen” (GGD Amsterdam 2012).⁷ Zelfredzaamheid wordt bevorderd door goede gezondheidsvaardigheden en een ervaren regie over het eigen leven (Amsterdamse Gezondheidsmonitor, 2012).

Dat laatste kan juist voor kwetsbare ouderen problematisch zijn, omdat zelfredzaamheid onder druk komt te staan door kwetsbaarheid. In het NPO-werkdocument “Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen” wordt kwetsbaarheid beschreven als een risico; op zowel functieverlies als op verminderde zelfredzaamheid. Functieverlies staat voor “een afnemend vermogen tot zelf het leven regelen, mobiel zijn, zich zelfstandig voortbewegen, zelf de huishouding doen, de persoonlijke zorg, enzovoort”. Verminderde zelfredzaamheid ontstaat “door de combinatie van langdurige gezondheidsproblemen met een laag inkomen, een gebrekkige woonsituatie, een zwak sociaal netwerk. Het vermogen een zelfstandig bestaan te leiden staat dan sterk onder druk” (NPO 2010:2).

De GGD Amsterdam heeft naar Amerikaans voorbeeld een zogenaamde ‘zelfredzaamheidsmatrix’ ontwikkeld om de zelfredzaamheid van kwetsbare mensen te meten. Ook is een handreiking ontwikkeld om de zelfredzaamheidsmatrix toe te passen op de specifieke situatie van ouderen (waarbij een domein is toegevoegd voor mensen die vrijgesteld zijn van arbeid).⁸ De GGD hanteert ‘zelfredzaamheid’ als één van de indicatoren van kwetsbaarheid onder Amsterdamse 65-plussers, naast de indicator ‘sociale uitsluiting’.⁹

Bijzonder kwetsbaar en zelf ervaren kwetsbaarheid

Binnen de groep kwetsbare ouderen kan onderscheid gemaakt worden tussen ‘kwetsbaar’ en ‘bijzonder kwetsbaar’; dat laatste betreft ouderen die ondanks ernstige lichamelijke of psychische beperkingen onvoldoende hulp krijgen, of onvoldoende regie hebben over hun leven; volgens het SCP “de meest zorgelijke categorie onder de kwetsbare ouderen” (2004:15).

Tot slot is er nog een onderscheid te maken tussen objectieve en subjectieve definities van kwetsbaarheid. Interessant is het gegeven dat ouderen zelf nooit de term kwetsbaar gebruiken om hun eigen situatie te beschrijven. Het SCP wijst er tevens op dat ouderen, die naar

⁷ Factsheet “Kwetsbare Groepen in Amsterdam”, GGD Amsterdam 2012

⁸ Handreiking Voor de Beoordeling van Ouderen met de Zelfredzaamheidsmatrix, GGD Amsterdam

⁹ Factsheet “Kwetsbare Groepen in Amsterdam”, GGD Amsterdam 2012

medische maatstaven kwetsbaar zijn, zich niet altijd kwetsbaar hoeven voelen. (SCP 2011: 25).¹⁰

In het vervolg van dit paper is de brede benadering van kwetsbaarheid richtinggevend. Dat betekent dat bij de beschrijving van de omvang van de groep kwetsbare ouderen in Nederland en in Amsterdam uitgegaan wordt van kwetsbaarheid op fysiek, psychisch en/of sociaal niveau.

¹⁰ De zogenaamde 'disability paradox', SCP 2011:25.

Kwetsbaarheid in Nederland

Er zijn momenteel 700.000 kwetsbare ouderen in Nederland, ongeveer 27% van de bevolking van 65 en ouder. Kwetsbare ouderen zijn vaker hoogbejaard, vaker vrouw en vaker alleenstaand, en hebben vaker een lagere sociaal economische status. De gezondheidssituatie van ouderen met een niet-Nederlandse herkomst is in het algemeen ongunstiger dan die van ouderen van Nederlandse herkomst, en dat geldt in het bijzonder voor Turkse en Marokkaanse ouderen. Grote steden hebben relatief veel kwetsbare ouderen.

Ouderen in Nederland en vergrijzing

Op 1 januari 2012 telde Nederland 2,7 miljoen personen van 65 jaar en ouder, ofwel 16% van de totale bevolking.¹¹ Naar verwachting zal dit aandeel blijven stijgen, en in 2040 zijn toegenomen tot 26% van de bevolking.¹² Dit heeft te maken met het ouder worden van de grote naoorlogse generatie en met een toename in de levensverwachting van Nederlanders. 4% van de totale bevolking was in 2012 80 jaar of ouder.

De samenstelling van de ouderenpopulatie naar herkomst zal in de nabije toekomst sterk veranderen. Momenteel (cijfers uit 2012) is 3% van de groep 65- plussers van niet-Nederlandse afkomst ('allochtoon'). Binnen de belangrijkste niet-Westerse bevolkingsgroepen (Surinaams, Marokkaans, Turks, Antilliaans) zal het aandeel ouderen in de komende decennia sterk toenemen, deze groepen zullen sterker vergrijzen dan de autochtone groep. Desondanks zal in 2060 het overgrote deel van de ouderenbevolking nog altijd autochtoon zijn (74%, Garsen 2012).

Kwetsbare ouderen in Nederland

Uitgaande van een brede definitie en van 65 jaar als leeftijdsondergrens waren er volgens het SCP in 2010 700.000 kwetsbare ouderen, en de verwachting is dat dit aantal in 2030 stijgt naar meer dan 1 miljoen. Tegelijk neemt het aantal kwetsbaren als percentage van de totale bevolking tussen 2010 en 2030 af van 27% naar 25%, vanwege het toenemende opleidingsniveau van ouderen. Er is een grote variatie al naar gelang de woonsituatie: van de zelfstandig wonende 65-plussers is 25% kwetsbaar, van de bewoners van verzorgingshuizen 75% en van verpleeghuizen 100%. Bij zelfstandig woonachtigen is leeftijd van belang: naarmate men ouder wordt neemt de kans op kwetsbaarheid toe. Bij bewoners van tehuizen maakt dit geen verschil (SCP 2011:12).

¹¹ Centraal Bureau voor de Statistiek, op <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/huidig/>

¹² <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>

Sociale achtergrond van kwetsbare ouderen

Hoe is de samenstelling van de groep kwetsbaren wat betreft sociale achtergrond?

Verskillende onderzoeken richten zich op de relatie tussen sociaal-demografische (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etniciteit) en sociaaleconomische factoren (opleiding, inkomen), en kwetsbaarheid (SCP 2011:44). Uit dit onderzoek blijkt dat kwetsbare ouderen vaker hoogbejaard, vaker vrouw en vaker alleenstaand zijn, en vaker een lagere sociaal economische status hebben. Ook hebben leefstijl en woonomgeving en ingrijpende levensgebeurtenissen een invloed op kwetsbaarheid. De precieze wisselwerking tussen bepaalde sociale achtergronden en kwetsbaarheid is echter nog weinig onderzocht.

Kwetsbaarheid en sociaal economische status

Het verband tussen kwetsbaarheid en sociaal economische status komt duidelijk uit onderzoek naar voren, en lijkt in het verlengde te liggen van de algemene relatie tussen sociaal economische status en gezondheid. Ouderen met een relatief laag netto maandinkomen zijn veel sneller kwetsbaar dan ouderen met een hoger inkomen (SCP 2011:55). Daarnaast zijn er onder ouderen met een laag opleidingsniveau relatief veel meer kwetsbaren dan onder hun hoogopgeleide leeftijdsgenoten. Dat is ook de reden waarom het aandeel kwetsbaren als percentage van het totale aandeel ouderen in de komende decennia zal dalen: een algemene toename van het opleidingsniveau van ouderen heeft een dempend effect op het aantal kwetsbaren. Het SCP stelt dan ook dat een hoog opleidingsniveau bescherming biedt tegen kwetsbaarheid (2011:56).

Kwetsbaarheid en herkomst

De gezondheidssituatie van ouderen met een niet-Nederlandse herkomst is in het algemeen ongunstiger dan die van ouderen van Nederlandse herkomst, en dat geldt in het bijzonder voor Turkse en Marokkaanse ouderen (Schellingerhout 2004:1). Onderzoek toont aan dat er meer fysieke beperkingen en depressieve symptomen voorkomen bij ouderen met een migrantenachtergrond (SCP 2011:5). Er is vaak sprake van een opeenstapeling van factoren die het risico op een zwakke gezondheid verhogen. Dit wordt versterkt doordat ouderen met een migrantenachtergrond vaak ook een lagere sociaaleconomische status hebben (opleidingsniveau, inkomen). Onderzoek wijst daarnaast uit dat deze ouderen vaak toegangsproblemen tot de zorg ervaren, vanwege taalbarrières, gebrek aan informatie of culturele verschillen. Ook wordt opgemerkt dat gezondheidsproblemen van allochtone ouderen vaak op jongere leeftijd al beginnen.

In 2004 constateerde het SCP dat ouderen met een migrantenachtergrond eerder leunen op netwerken van informele hulp (Schellingerhout 2004). De vraag is echter hoe actueel deze informatie nog is. Het SCP constateert een lacune in grootschalig kwantitatief onderzoek naar ouderen met een migrantenachtergrond. In kleinschalig kwalitatief onderzoek naar het zorggebruik van allochtone ouderen binnen het NPO wordt het beeld bevestigd dat

migrantenouderen minder gebruik maken van formele zorg, en niet goed de weg weten in het landschap van zorg en welzijn.¹³

Kwetsbaarheid en stedelijkheid

Het SCP constateert dat er geen duidelijk verband bestaat tussen stedelijkheid en kwetsbaarheid (2011:56). Wel is in steden sprake van een hoge vertegenwoordiging van zowel ouderen met een lage sociaaleconomische status als ouderen van niet-Nederlandse herkomst, waardoor het aandeel kwetsbare ouderen hoger zal liggen dan buiten de stad. Ook blijkt uit onderzoek dat sociale uitsluiting in de vier grote steden hoger is dan het Nederlandse gemiddelde (G4 USER 2014).

¹³ NPO-onderzoek naar 'Kwetsbare ouderen van allochtone herkomst op de juiste weg naar voorzieningen voor zorg en welzijn'

Ouderen en kwetsbaarheid in Amsterdam

Van de Amsterdamse bevolking van 810.937 inwoners is 22,4 % ouder dan 55 jaar en 12% ouder dan 65 jaar. Stadsdelen Zuid en Nieuw-West huisvesten het grootste aandeel ouderen. De grootste groei wordt verwacht in de stadsdelen Oost, Zuid-Oost en Centrum. De toename van de oudere bevolking van Amsterdam betreft vooral een toename van mensen met een hoger opleidingsniveau. Naar verwachting zal dit een dempend effect hebben op het aandeel kwetsbaren onder de Amsterdamse ouderenpopulatie. 36% van alle zelfstandig wonende 65-plussers in Amsterdam is kwetsbaar. Stadsdeel Centrum kent het laagste aantal kwetsbare ouderen (25%), stadsdeel Oost (42%) het hoogste. Dat komt neer op 30.000 personen. Inwoners van niet-Westerse herkomst, alleenwonende, zeer oude en lager opgeleide Amsterdammers scoren laag op het gebied van kwetsbaarheid. Als het gaat om sociale uitsluiting blijkt dat er in Amsterdam onder alle leeftijdsgroepen meer mensen sociaal uitgesloten zijn dan elders in het land. Met name Amsterdammers van niet-Westerse herkomst zijn sociaal uitgesloten. In de relatief arme, soms meer gekleurde stadsdelen Nieuw-West, Zuid-Oost en Noord zijn relatief veel problemen met gezondheid en functioneren. De 'welgestelde' stadsdelen Centrum en Zuid, die een relatief groot aandeel inwoners hebben met een hoge SES en een klein aandeel inwoners van niet-Westerse herkomst, hebben de gunstigste gezondheidsuitkomsten. De overige stadsdelen laten een gemengd beeld zien.

Van de Amsterdamse bevolking van 810.937 inwoners is 22,4 % ouder dan 55 jaar en 12% ouder dan 65 jaar (Onderzoek en Statistiek, 2014).¹⁴ Amsterdam laat een andere demografische ontwikkeling zien dan de rest van het land (Onderzoek en Statistiek, 2004). Waar in Nederland sprake is van vergrijzing, is in Amsterdam sprake van 'veroudering': het aantal 'jonge' ouderen –personen van 55 tot en met 69 jaar- neemt wel toe, maar het aantal personen van 75 jaar en ouder is sinds 2010 gedaald en blijft tot medio 2020 afnemen. TNO (2014) becijfert dat de bevolking van Amsterdam in 2030 gegroeid zal zijn naar 870.000, en dat de grootste stijging dan te zien zal zijn in de groep 65-plussers. De GGD (2012) voorspelt dat in 2030 15% van de Amsterdamse bevolking 65-plus zal zijn. Het feit dat de ouderenpopulatie in Amsterdam relatief 'jong' is betekent niet per definitie dat kwetsbaarheid onder ouderen minder voorkomt dan elders. Amsterdam telt relatief veel ouderen met een niet-Nederlandse, niet-westerse herkomst, en onder die groep treden gezondheidsproblemen en kwetsbaarheid vaak al op jongere leeftijd in.

2012	2030
90.000	138.000
11 % van de totale bevolking	15% van de totale bevolking

*Stand van zaken en prognose aantal 65 plussers in Amsterdam 2012-2030.*¹⁵

¹⁴ Kerncijfers 2014 Onderzoek en Statistiek, <http://www.os.amsterdam.nl/feiten-en-cijfers/#>

¹⁵ TNO Factsheet indicatie zorgaanvraag Amsterdam 2030, 2014

Boven de 85 jaar oud is het merendeel van de ouderen vrouw (70%). Meer dan 50% van de Amsterdamse 75-plussers woont alleen (Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012).

Ouderen zijn niet gelijk over stadsdelen verdeeld, de stadsdelen Zuid (19% van de 55-plussers, 23% van de 75-plussers) en Nieuw-West (18% van de 55-plussers, 23% van de 75-plussers) huisvesten het grootste aantal. Tegelijk is in die stadsdelen de verwachte toename van het aandeel ouderen in 2030 het laagst, en is die het hoogste in de stadsdelen Oost, Zuid-Oost en Centrum. Zo zal de ouderenpopulatie van Oost tussen 2012 en 2030 verdubbelen van 10.000 naar 20.000 (TNO 2014:19).

Specifieke wijken met een groot aantal ouderen in de leeftijdscategorie 75-plus zijn Buitenveldert/Zuidas (17%), Osdorp (9%), en het Oostelijk en Westelijk deel van Amsterdam-Noord (9% en 8%). In de Tuindorpen (in Noord, maar ook Betondorp), wonen veel 75 plussers (Onderzoek en Statistiek 2014).¹⁶

Kenmerkend voor de stadse samenleving is de grote diversiteit van de bevolking langs verschillende lijnen: sociaaleconomisch, etnisch, leeftijd, seksuele geaardheid. De GGD (2012) geeft aan dat het juist vanwege die diversiteit zo lastig is om een eenduidig beeld te krijgen van de ontwikkeling van de gezondheid van Amsterdammers, en dat om die reden ook meer differentiatie nodig is in interventies. TNO stelt dat prognoses in functioneren en aandoeningen in Amsterdam moeilijk te stellen zijn vanwege de ontwikkelingen in de herkomst van de Amsterdamse bevolking. TNO wijst op de verschillen in de gezondheidsrisico's en het functioneren tussen verschillende herkomstgroeperingen, als gevolg van genetische predispositie, cultuur, toegankelijkheid of effectiviteit van zorg en sociaal economische status (TNO 2014: 14).

Diversiteit naar herkomstgroepering

Van de Amsterdamse ouderen van 55 + is 23% van niet-Westerse herkomst, onder de 65-plussers is dat 17%. Uitgaande van de leeftijdsondergrens van 55 registreert Bureau Onderzoek en Statistiek in 2014 de volgende samenstelling naar herkomst:

Surinamers	14.961
Antillianen	2.177
Turken	4.807
Marokkanen	8.909
Overige niet westerse allochtonen	10.618
Totaal niet westerse allochtonen	41.472
Westerse allochtonen	26.363
Autochtonen	11.3999
Totaal	18.1834

Ouderen naar herkomstgroepering, leeftijd 55 jaar en ouder, Onderzoek en Statistiek, 2014

¹⁶ Senioren en langer zelfstandig wonen, Onderzoek en Statistiek, 2014: 5

De verwachte stijging van het aandeel ouderen onder groepen met een migratieachtergrond zal ook in Amsterdam op termijn leiden tot een andere samenstelling van de oudere bevolkingsgroep. Bureau Onderzoek en Statistiek voorspelt dat Amsterdammers van niet-Westerse herkomst in 2030 27% van het totale aantal ouderen uit zullen maken, tegen 58 % oudere Amsterdammers van Nederlandse herkomst (Onderzoek en Statistiek 2013).¹⁷ Deze verschuiving is aanzienlijk groter dan de verwachte verschuiving in de samenstelling van de Amsterdamse bevolking als geheel. De stadsdelen verschillen sterk als het gaat om de getalsmatige verhouding tussen inwoners van Nederlandse, Westerse en niet-Westerse herkomst.

Diversiteit naar sociaaleconomische status

In 2030 zullen er in Amsterdam relatief meer ouderen zijn met een midden- of hogere sociaal economische status. Tussen nu en 2030 is er in die groep een stijging voorspeld van 128% naar 87.000. Het aandeel Amsterdammers met een lage SES blijft daarentegen stabiel, en zal in 2030 net als nu rond de 50.000 zijn. De toename van de oudere bevolking van Amsterdam betreft dus vooral een toename van mensen met een relatief hoger opleidingsniveau. Naar verwachting zal dit een dempend effect hebben op het aandeel kwetsbaren onder de Amsterdamse ouderenpopulatie. Tegelijk is de vraag of de ouderen met een lagere SES, die niet of minder hebben geprofiteerd van de algemene stijging van welvaart en opleidingsniveau, in deze context niet extra kwetsbaar zullen zijn.

	2012	2030	Stijging in %
Lagere SES	50.000	50.000	0 %
Midden SES	18.000	33.000	83 %
Hogere SES	20.000	54.000	162 %

Aantal ouderen in Amsterdam per sociaaleconomische status groep (SES), TNO 2014:23¹⁸

Gezondheidsontwikkeling en kwetsbaarheid Amsterdamse ouderen

Uit de Gezondheidsmonitor van de Amsterdamse GGD 2012 blijkt dat 50% van de Amsterdamse ouderen de eigen gezondheid als 'goed tot zeer goed' beoordeelt. Toch is de ervaren gezondheid van Amsterdamse 65-plussers lager dan die van Amsterdammers als geheel, en lager dan die van 65-plussers op landelijk niveau. Aangezien de ervaren eigen gezondheid een belangrijke voorspeller is van ziekte, sterfte en zorggebruik is dit een belangrijk gegeven.

Uitgaande van een brede definitie van kwetsbaarheid¹⁹ constateert de GGD (2012) dat 36% van alle zelfstandig wonende 65-plussers in Amsterdam kwetsbaar is. Dat komt neer op 30.000 personen.²⁰ Hierbinnen is een grote stijging te zien van kwetsbaarheid met leeftijd: waar 26%

¹⁷ Oudere minima in Amsterdam en het gebruik van de AIO, Onderzoek en Statistiek, 2013:7

¹⁸ De SES is door TNO gebaseerd op opleidingsniveau en ingedeeld in laag (geen/ basis onderwijs, Vmbo/Mavo), midden (HAVO/VWO, MBO) en hoog (HBO en WO), TNO Rapport Indicatie van de Zorgaanvraag, 2014: 11

¹⁹ De Tilburg Frailty Index, ook gehanteerd in het SCP rapport

²⁰ Factsheet Amsterdamse 65 plussers: gezond en wel GGD Amsterdam, 2012

van de ouderen tussen de 65 en 74 kwetsbaar is, is dat 68% van de ouderen boven de 85. Daarnaast zijn dezelfde kenmerken wat betreft sociale achtergronden te zien als landelijk: kwetsbare Amsterdamse ouderen zijn vaker vrouw, alleenstaand en hebben vaker een lagere sociaaleconomische status.²¹

Vergeleken met de rest van het land is er in Amsterdam een hoog percentage ouderen met diabetes (19%), en een hoog aantal ouderen met beperkingen in horen, zien en beweging (4 op de 10). 8 op de 10 Amsterdamse 65-plussers hebben te maken met twee of meerdere chronische aandoeningen. 70% van de Amsterdammers die een chronische aandoening heeft, voelt zich hierdoor belemmerd. 19% van de 65-plussers heeft te maken met functiebeperkingen, in het bijzonder (trap)lopen. 30% ervaart problemen bij de dagelijkse huishoudelijke activiteiten. Een aanzienlijke groep onder de 65-plussers met een beperking (25%) krijgt niet de huishoudelijke hulp die hij/zij nodig heeft (Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012).

Door de verwachte veroudering van de bevolking en de veranderende samenstelling naar herkomst verwachten onderzoekers van TNO (2014) een stijging van verschillende gezondheidsproblemen. De meest voorkomende chronische aandoeningen bij volwassenen zullen naar verwachting zijn: aandoeningen van het bewegingsapparaat, COPD/astma, incontinentie en diabetes mellitus. De aandoeningen die het sterkste stijgen bij volwassenen zijn dementie, CVA en doorgemaakte hartinfarcten.

Wat betreft het functioneren wordt bij ouderen een toename in mobiliteitsproblemen verwacht, en een stijging in 'ernstige fysieke problemen, al dan niet gecombineerd met lichte/matige dementie'. Daarbij wordt verwacht dat deze ontwikkelingen naar stadsdeel sterk zullen variëren. Daarnaast voorspellen de onderzoekers van TNO onder de leeftijdsgroep 65+ een forse stijging van mensen met psychosociale problematiek (eenzaamheid, stemmingsstoornissen, angststoornissen, schizofrenie).²²

Diversiteit naar SES

Er zijn aanzienlijke verschillen in de verwachte gezondheidsontwikkeling van Amsterdammers al naar gelang hun sociaal economische status. Zo voorspelt TNO (2014) bij 54% van de Amsterdammers met een lagere SES functioneringsproblemen, tegen 30% van de Amsterdammers met een hogere SES.

Amsterdammers met een hogere SES ervaren niet alleen de eigen gezondheid als beter, maar hebben ook daadwerkelijk minder chronische aandoeningen en functiebeperkingen. Multimorbiditeit komt wel degelijk ook in hoge mate voor bij oudere Amsterdammers met een hoge SES, maar dit resulteert waarschijnlijk minder snel in algehele kwetsbaarheid.

²¹ Ibid. 2012: 7

²² Factsheet Indicatie Zorgvraag Amsterdam 2030, TNO, p.2

Amsterdammers met een lagere SES voelen zich sterker beperkt door een chronische aandoening. Zelfredzaamheid is lager bij Amsterdammers met een lage SES. Vooral in combinatie met een kleiner of helemaal geen sociaal netwerk, loopt deze groep het risico lopen dat zij noodzakelijke zorg mislopen (Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012).

Zelfredzaamheid, sociale uitsluiting en armoede

In het Factsheet 'Kwetsbare Groepen in Amsterdam' hanteert de GGD twee indicatoren van kwetsbaarheid onder Amsterdamse 65-plussers: verminderde zelfredzaamheid en sociaal uitgesloten zijn.²³ Uit deze gegevens blijkt dat 14% van de 65-plussers verminderd zelfredzaam is, en dat inwoners van niet-Westerse herkomst, verweduwde of gescheiden Amsterdammers en alleenwonenden laag scoren op het gebied van zelfredzaamheid.²⁴

Als het gaat om sociale uitsluiting blijkt dat er in Amsterdam onder alle leeftijdsgroepen meer mensen sociaal uitgesloten zijn dan elders in het land. 9% van de Amsterdammers is matig tot sterk sociaal uitgesloten en 16% enigszins (landelijk: 5% en 10%). Met name Amsterdammers van niet-Westerse herkomst zijn sociaal uitgesloten. Daarnaast spelen ook hier lagere opleiding, lager inkomen en burgerlijke status (alleenstaand, verweduwd, gescheiden) een rol. Ook onder Amsterdamse 65-plussers komt sociale uitsluiting vaker voor (7%) dan in Nederland als geheel (3%).²⁵

Ouderen lopen een relatief groot risico op armoede: 24% van de 65-plus-huishoudens viel in 2012 onder de armoedegrens (Onderzoek en Statistiek 2012).²⁶ Daarnaast is er een groep ouderen, met name laaggeschoolde ouderen met een migrantenachtergrond, die geen volledige AOW ontvangen. 27% van de Amsterdamse ouderen leeft van alleen AOW, en 25% heeft moeite om rond te komen. Van de oudere minima is 61% vrouw, 62% alleenstaand en 46% van Nederlandse herkomst. Waar oudere minima van Nederlandse herkomst vaak alleenstaand zijn, leven oudere minima van Turkse en Marokkaanse herkomst vaker in meerpersoonshuishoudens (Onderzoek en Statistiek 2013).²⁷

Psychische klachten, eenzaamheid

Amsterdamse ouderen hebben iets vaker last van ernstige psychische klachten (6%) dan ouderen op landelijk niveau (4%). Uit de Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012 blijkt dat eenzaamheid in de stad sterk is gegroeid. In 2012 voelt 11% van de Amsterdammers zich zeer ernstig eenzaam: dit is meer dan in Nederland als geheel (9%). Met de leeftijd neemt emotionele eenzaamheid toe. Vereenzaamden ontwikkelen sneller een depressie. Eenzaamheid heeft ook een negatieve invloed op het gevoel regie te hebben over het eigen leven. Juist met het oog op de transitie naar de participatiemaatschappij, met een nadruk op

²³ NB dit is een andere operationalisering van kwetsbaarheid dan in de eerder genoemde literatuur

²⁴ Factsheet Kwetsbare Groepen in Amsterdam, Onderzoek en Statistiek, 2012:4

²⁵ Factsheet Amsterdamse 65 plussers: gezond en wel, GGD Amsterdam, 2012: 7

²⁶ Amsterdamse armoedemonitor 2012. Over armoede wordt gesproken als men een inkomen heeft van maximaal 110% van het Wettelijk Sociaal Minimum (O+S, Rapport Oudere Minima in Amsterdam en het gebruik van de AIO, 2013)

²⁷ Oudere minima in Amsterdam en het gebruik van de AIO, Onderzoek en Statistiek, Amsterdam, 2013

zelfredzaamheid, is dat laatste zorgwekkend. 17% van de 65-plussers heeft het gevoel geen regie te hebben over het eigen leven, en 30% van de 85-plussers.²⁸

Differentiatie naar stadsdeel

Wanneer op stadsdeelniveau wordt gekeken, valt op dat er belangrijke verschillen zijn in de mate van kwetsbaarheid bij ouderen per stadsdeel. Omdat de zeven Amsterdamse stadsdelen sterk verschillen wat betreft bevolkingssamenstelling – zowel naar herkomst als naar sociaaleconomische status- volgen de gezondheidsontwikkelingen per stadsdeel ook een eigen patroon (Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012).²⁹ Kwetsbaarheid is niet gelijk verdeeld over stadsdelen: Stadsdeel Centrum kent het laagste aantal kwetsbare ouderen (25%), stadsdeel Oost (42%) het hoogste.³⁰

Uit de Gezondheidsmonitor blijkt net als uit landelijke gegevens dat lager opgeleiden, alleenstaanden en ouderen met een niet-Westerse herkomst een hogere kans hebben op kwetsbaarheid. Dat patroon is terug te zien wanneer gekeken wordt naar kwetsbaarheid op stadsdeelniveau.

In de drie stadsdelen die ook wel aangeduid worden met ‘Amsterdam buiten de ring’ of ‘de periferie’ – elk met een bovengemiddeld aantal lager opgeleiden en Amsterdammers van niet-Westerse herkomst (Noord, Nieuw-West en Zuid Oost)- hebben bewoners - van alle leeftijden - naar verhouding een slechtere gezondheidsbeleving en slechtere gezondheidsuitkomsten. Waar stedelijk gemiddeld 75% van de bewoners tevreden is over de eigen gezondheid, is de score in Nieuw-West 67%, in Noord 68% en in Zuid Oost 70% (GGD Amsterdam, Factsheets Gezond en Wel per stadsdeel, 2012).

Daarnaast laten de drie stadsdelen op de gangbare maten van de gezondheidstoestand van ouderen – multimorbiditeit en functiebeperkingen- slechtere uitkomsten zien dan de rest van de stad. Zo hebben in de drie stadsdelen 4 op de 10 bewoners te maken met multimorbiditeit, tegen 32 % op stedelijk niveau. Ook komen in Nieuw-West meer beperkingen voor bij horen, zien en bewegen dan gemiddeld en heeft Nieuw-West een bovengemiddeld aandeel 65 plussers met diabetes (65%).

De ‘welgestelde’ stadsdelen Centrum en Zuid, die een relatief groot aandeel inwoners hebben met een hoge SES en een klein aandeel inwoners van niet-Westerse herkomst, hebben de meest positieve gezondheidsuitkomsten. In Centrum en Zuid komen minder chronisch zieken voor dan gemiddeld, zijn er minder mensen met hart- en vaatziekten, en heeft men een relatief gezondere levensstijl. Dat geldt ook voor de ouderen in die stadsdelen: 65-plussers in Stadsdeel Centrum hebben de meest gunstige leefgewoonten, en hebben het minste te maken met beperkingen in hun functioneren. Ook als het gaat om psychosociale problematiek volgen

28 Factsheet Amsterdamse 65 plussers: gezond en wel, GGD Amsterdam, 2012: 7

29 O en S geeft aan dat slechts een klein deel van dit soort verschillen te verklaren is door verschillen in bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht. (2012:11)

30 Factsheet Amsterdamse 65 plussers: gezond en wel, GGD Amsterdam, 2012: 7

de verschillen tussen de stadsdelen hetzelfde patroon; in Centrum en Zuid is er minder psychische problematiek en minder eenzaamheid dan het stedelijk gemiddelde, in de stadsdelen in de periferie juist meer (GGD Amsterdam, Factsheets 'Gezond en Wel', per stadsdeel, 2012).

De stadsdelen Oost en West zijn wat moeilijker op dit spectrum in te delen. Zo hebben inwoners van beide stadsdelen vaker lichamelijke beperkingen dan hun leeftijdsgenoten uit andere stadsdelen. In Oost wordt een forse stijging verwacht van verschillende gezondheidsproblemen bij ouderen, in lijn met de grote toename (verdubbeling) van het totaal aantal ouderen in Oost in 2030. Zo wordt een verdubbeling verwacht in het aantal ouderen met functioneringsproblematiek en een stijging van meer dan 30% van multimorbiditeit.³¹

De GGD kijkt naar de vraag in hoeverre ouderen in het stadsdeel het gevoel hebben regie te hebben over hun eigen leven. Ook daarbij valt op dat de in stadsdelen Centrum en Zuid de ervaren regie over het eigen leven hoger is dan gemiddeld. In stadsdelen met een hoog percentage inwoners met een lagere SES en een groot aandeel van niet-Westerse herkomst is de zelfredzaamheid en ervaren regie juist lager.

Interessant zijn ook verschillen tussen wijken; binnen stadsdeel Nieuw-West scoren bepaalde buurten consistent het laagste op de verschillende indicatoren (Geuzenveld-Slotermeer) en andere buurten consistent het hoogste (De Aker/ Nieuw Sloten).

³¹ TNO Rapport Indicatie van de Zorgaanvraag 2014:25

Besluit

De literatuur geeft een goede beschrijving van vormen van kwetsbaarheid en de concentratie van kwetsbare ouderen in verschillende delen van Amsterdam: nu vooral in Oost, Noord, Nieuw-West, in de nabije toekomst ook in andere stadsdelen. Er is een duidelijke relatie tussen kwetsbaarheid en sociale achtergrond (sociaal-economische status, migrantenachtergrond, woonsituatie). Mede hierdoor is een concentratie van kwetsbare ouderen zichtbaar in de sociaal zwakkere delen van de stad. De precieze wisselwerking tussen sociale achtergronden en kwetsbaarheid is niet helder, laat staan de bijdrage van de stedelijke omgeving aan kwetsbaarheid of het voorkomen daarvan.

Kwetsbaarheid is een “containerbegrip”, er wordt veel mee bedoeld dat soms ook onder andere noemers, zoals multimorbiditeit of zelfredzaamheid, wordt begrepen. Enerzijds kan begripsverheldering helpen om bijvoorbeeld doelgroepen beter af te bakenen. Anderzijds zijn er sterke aanwijzingen dat juist de *combinatie* van verschillende problemen en achterstanden mensen (zeer) kwetsbaar maakt. Het is lastig en wellicht minder wenselijk om vooraf zulke complexe gevallen af te bakenen. Is het niet nuttiger je te richten op een individueel niveau, door risicoprofilering; nog veel meer differentiëren, wie is nu werkelijk ‘at risk’ en wie niet?

De relatie tussen kwetsbaarheid en zorggebruik in Amsterdam is (nog) niet inzichtelijk: gebruiken kwetsbare mensen voldoende en juiste zorg? Dit geldt des te sterker voor de gevolgen van sociale kwetsbaarheid voor zorggebruik. Deze lacune wordt gedeeltelijk opgelost in de andere vooronderzoeken binnen dit project, waar gezocht wordt naar bewezen effectieve interventies in het sociale domein voor kwetsbare ouderen.

Bibliografie

Campen, C. van Kwetsbare ouderen. *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau* (2011). Deeg, Dorly JH, and M. T. E. Puts. "Het kwetsbare succes van ouder worden." *Over kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde* 32 (2007): 147-51.

Fried, Linda P., et al. "Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care." *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59.3 (2004): M255-M263.

Garssen, Joop, and J. A. A. Beer. "Demografie van de vergrijzing." *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012*.

Hintum, M. van. "Kwetsbare ouderen in de praktijk." (2011).

Lutomski, J. E., Baars, M. A., Boter, H., Buurman, B., Elzen, W. D., Jansen, A., & Melis, R. J. (2014). Kwetsbaarheid, dagelijkse beperkingen en ziektelast. Samenhang met kwaliteit van leven en zorggebruik bij ouderen.

NPO (2010). Onderzoek naar 'Kwetsbare oudere van allochtone herkomst op de juiste weg naar voorzieningen voor zorg en welzijn'.

NPO (2010). Bewegingen in de zorg voor kwetsbare ouderen, Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg, Werkdocument, Versie 12-06-2010

Raad voor Gezondheidsonderzoek (2006). Advies Onderzoek medische zorg voor Ouderen. *Den Haag: RGO, augustus*.

Schellingerhout, Roelof. "Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen." *Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau* 16 (2004).

Schuurmans, Hanneke, et al. "Old or frail: what tells us more?." *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59.9 (2004): M962-M965.

Statistieken

Amsterdamse Gezondheidsmonitor, Onderzoek en Statistiek, Amsterdam, 2012

Armoedemonitor 2012, Onderzoek en Statistiek, Amsterdam 2013

Bevolkingsprognose Centraal Bureau voor de Statistiek op <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/>

Factsheet Amsterdamse 65 plussers: gezond en wel, GGD Amsterdam, 2012

Factsheet Kwetsbare Groepen in Amsterdam, GGD Amsterdam 2012

Factsheet Indicatie van de zorgvraag in 2030: Amsterdam, TNO Leiden, 2014

Handreiking Voor de Beoordeling van Ouderen met de Zelfredzaamheidsmatrix, GGD Amsterdam, 2014

Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen: Amsterdam. TNO Leiden, mei 2014

Oudere minima in Amsterdam en het gebruik van de AIO, Onderzoek en Statistiek, Amsterdam 2013

Kerncijfers 2014, Onderzoek en Statistiek, Amsterdam 2014, op <http://www.os.amsterdam.nl/feiten-en-cijfers/#>

Sociaal uitgesloten in de grote stad. Cijfers, Ervaringen en Adviezen uit het Veld. G4 USER in opdracht van de Gemeente Utrecht, nov. 2014

Senioren en langer zelfstandig wonen, Onderzoek en Statistiek, Amsterdam, 2014