

Sociale indicatoren en psychiatrische opnamen in Amsterdam

door J. Dekker, J. Peen, H. Heijnen, J. Iping, F. de Jonghe en H. Kwakman

Gepubliceerd in 1995, no. 1

Samenvatting

Sociaal gedesintegreerde stadsgebieden hebben over het algemeen een hogere opnameratio in de intramurale GGZ dan de betere stadsbuurten. In dit onderzoek is nader bekeken of dat ook in Amsterdam het geval is. Van de 17 Amsterdamse stadsdeelgebieden zijn 24 (sociaal-)demografische variabelen bepaald. Deze variabelen zijn ondergebracht in 9 clusters, te weten: sociaal-economische achterstand, inkomen, allochtone integratie, vergrijzing, gezinssamenstelling, woningbezetting, kwaliteit van de omgeving, kwaliteit van de woningen en aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen. Op de laatstgenoemde cluster na bleken deze clusters intern consistent te zijn.

Vervolgens is van elk stadsdeel de opname-indicatie in 1992 bepaald in APZ, PAAZ en PUK. Van de 8 clusters correleren er 7 significant met de opnamepromillages. Uit multiple lineaire regressie-analyse volgt een model dat bestaat uit de clusters 'sociaal-economische achterstand', 'gezinssamenstelling' en 'allochtone integratie'. Dit model verklaart 63% van de variantie van de opname-incidentiecijfers.

De beste voorspeller in het model is sociaal-economische achterstand.

De groep stadsdelen met een grote sociaal-economische achterstand (n=5) heeft 40% méér opnamen in vergelijking met de groep met een lage achterstand (n=6). De slechtere stadsdelen van Amsterdam zijn vooral rondom de binnenstad te vinden.

Inleiding

In de grote steden worden er relatief meer patiënten opgenomen dan op het platteland (Weerden-Dijkstra en Giel 1975, Water e.a. 1988, Sytema e.a. 1990, Dekker e.a. 1994). Ook binnen de grote steden bestaan echter grote verschillen: in de ene wijk of buurt heerst meer psychische nood dan in de andere. De sociale indicatorbenadering (Faris en Dunham 1975, Richman e.a. 1984) verklaart deze gezondheidsverschillen met behulp van de sociale en demografische factoren. Met name in de buurten met de laagste sociale economische status vindt men vaak de hoogste mate van psychische problemen.

In Nederland is onder andere in Rotterdam (Verdonk 1975) en Nijmegen (Bosma 1975) bij de psychiatrische opnamen dit positieve verband gevonden. Ook bij een onderzoek naar de intramurale opnamen in Drenthe (Sytema e.a. 1990) is een soortgelijk verband aangetroffen. In de totale provincie bleek bij de opnameratio behalve de mate van verstedelijking van de gemeente ook de economische status een belangrijke rol te spelen: hoe hoger de urbanisatiegraad van de gemeente en hoe slechter de economische situatie, des te hoger de opnameratio.

Recent bleek in Maastricht eveneens een positieve relatie tussen de sociale kenmerken van de buurt en het gebruik van de GGZ (Hamers en Romme 1990, Gunther e.a. 1993). In deze Nederlandse studies is voor een groot deel bevestigd dat niet alle stadsbuurten aan elkaar gelijk zijn en dat in de meer gedesorganiseerde buurten meer psychische nood heerst dan in de betere buurten.

In deze studie staan soortgelijke vragen centraal: in welke mate verschillen de Amsterdamse stadsdeelgebieden wat de sociale indicatoren en psychiatrische opnamen in de GGZ betreft; is er een relatie tussen de indicatoren (en clusters van indicatoren) en de opnamen; hebben de stadsdelen met ongunstige indicatoren een hoger opnamepromillage dan de stadsdelen met gunstige indicatoren; en waar liggen de stadsdelen met de ongunstige indicatoren?

Alvorens deze vragen te beantwoorden, is eerst een overzicht gemaakt van de gebruikte indicatoren in de Nederlandse onderzoeken tot nu toe en de relaties hiervan met de geestelijke gezondheid.

De indicatoren van de Nederlandse onderzoeken

De gebruikte sociale en demografische factoren (ofwel indicatoren) zijn in de Nederlandse studies nogal verschillend. De registratie van de indicatoren is per gemeentelijke instelling niet altijd uniform, zowel wat het aantal indicatoren als de definiëring ervan aangaat. In de volgende tabel is weergegeven welke gebruikte indicatoren in de Nederlandse studies een significant ($p < 0.05$) positief of negatief verband vertoonden met de afhankelijke variabele(n) (op directe of indirecte wijze; dat laatste houdt in dat soms de indicator een belangrijke bijdrage levert aan een factor die weer nauw samenhangt met de intramurale opnamen).

Allereerst is opvallend dat er geen enkele indicator is die in alle vier de studies is gebruikt. Er is één indicator die in drie studies voorkomt: het percentage werklozen. Deze indicator hangt samen met de intramurale opnamen. Daarnaast zijn er drie indicatoren die in twee studies zijn gebruikt: het percentage vrouwen, de bevolkingsdichtheid en de migratie. Ten aanzien van de eerste indicator (percentage vrouwen) zijn er tegenstrijdige bevindingen: in het ene onderzoek blijkt deze indicator positief samen te hangen met de opnamen, in het andere onderzoek negatief. Bij de twee andere indicatoren blijkt dat, hoe groter de bevolkingsdichtheid en hoe groter de migratie is, des te meer opnamen er zijn. Door een uitvoerige gegevensverzameling en -bewerking van het Amsterdamse gemeentelijke bureau Onderzoek en Statistiek is het mogelijk geweest in dit onderzoek de meeste van de in de tabel genoemde indicatoren te gebruiken.

Methode

Amsterdam heeft ongeveer 710.000 inwoners (exclusief de varende en trekkende inwoners), verspreid over 18 stadsdeelgebieden. Eén daarvan, het 'Westelijk havengebied' is vrijwel geheel industriegebied en braakliggend terrein, en heeft een bevolking van slechts 294 personen. Dit stadsdeel is in de verdere analyse buiten beschouwing gelaten. Van elk stadsdeelgebied zijn de waarden op 24 indicatoren nader bepaald. Deze gegevens zijn berekend op basis van de Diadam-diskettes 1992 van het bureau Onderzoek en Statistiek van Amsterdam. Daar er slechts 17 stadsdeelgebieden zijn en veel variabelen per gebied, zijn verfijnde statistische analyses weinig zinvol. Om die reden is ervoor gekozen om op grond van theoretische overwegingen de variabelen te groeperen. Binnen elke theoretisch gevormde cluster is de interne homogeniteit nader onderzocht. Een voorwaarde is dat de variabelen onderling sterk samenhangen. Op grond van een lage correlatie met de andere clustervariabelen is een enkele variabele in een cluster geplaatst waarmee deze meer samenhang vertoont. Op deze wijze zijn een aantal clusters samengesteld, die in tabel 2 zijn weergegeven.

Van de meeste indicatoren in tabel 2 zijn de percentages berekend op het totale aantal inwoners van de stad, het stadsdeel (of de stad). In sommige gevallen is de beroepsbevolking (20 tot 65 jaar) als uitgangspunt genomen; in tabel 2 is dat steeds apart vermeld.

De clusters zijn (behalve de GGZ-voorzieningen) zeer homogeen. Hierbij dienen we er wel voor te waarschuwen dat deze clustervorming op geaggregeerde gegevens tot stand is gekomen en niets hoeft te zeggen over de daadwerkelijke samenhang op individueel niveau of groepsniveau. Zo blijken er stadsdelen te zijn met veel allochtonen, veel eenoudergezinnen en veel jonge kinderen. In welke mate deze groepen elkaar precies overlappen is niet bekend. In theorie kan het zo zijn dat er in het stadsdeel veel bewoners zijn die óf allochtoon zijn óf veel kinderen hebben óf een eenoudergezin vormen. De mate van samenhang op individueel of groepsniveau is uit deze studie niet op te maken. Er zijn wel duidelijke aanwijzingen dat deze samenhang bestaat. Zo blijkt uit een onderzoek van Onderzoek en Statistiek in 1993 dat bij de Surinaamse en Antilliaanse bevolkingsgroepen hoge percentages eenoudergezinnen (ongeveer 8 procent) worden gevonden; bij de Turkse en Marokkaanse groepen is dat cijfer daarentegen laag.

Tabel 1: Samenhang van de indicatoren met de zorg in de Nederlandse onderzoeken

Plaats	Nijm.	R'dam	Drenthe	M'str.	A'dam
Jaar publicatie	1975	1979	1990	1993	1994
Onderzoeksjaren	59 - 61	61+62+ 65+66+ 69+70	86+87	82 t/m 86	92
Aantal stadsdelen/gemeenten	27	52	34	34	17
Inwooneraantal (alle leeftijden)	100.000	679.032	434.000	115.000	714.000
Afhankelijke variabele	opnamen PAAZ	opnamen APZ+PAAZ	opnamen APZ+PAAZ	opnamen RIAGG+APZ+ PAAZ	opnamen APZ+PAAZ+ PUK
Aantal opnamen APZ/PAAZ, Incl./excl. heropnemingen?	alle lfid. 370 excl.	alle lfid. 14.886 incl.	20-65 jaar 1500 excl.	18-65 jaar 550 incl.	>20 jaar 2416 incl.
INDICATOREN:					
werkloos		+	+	+	x
Algemene Bijstand Wet arbeiders >12000, - huishoudens <1500, - bestedbaar inkomen		0		+	x
economisch actief			+		x
werkzaam in agrar. sector			-		x
werkzaam in industrie			+		x
werkzaam in handel/diensten			0		x
middelbare employés (mannen)		-			x
sociale beroepsgroep	0				
onderwijsniveau	0	-	x		
gehuwd				-	x
alleenstaanden	+				
twee pers. huish. mannen		+			
gezinnen met kinderen					x
kinderen onder 5 jaar					x
gescheiden			+	+	x
onvolledige gezinnen			+		x
alleenwonend					x
vrouwen	-		+		x
leeftijd 45 - 65 jaar			-		x
boven 65 jaar		+			x
weduwstaat			0		x
bevolkingsdichtheid		+	+		x
aantal inwoners			+		x
m' groenvoorziening					x
personen per kamer		+			x
personen per woning					x
woonruimte per inwoner					x
oppervlakte per woning					x
mediaan aantal kamers/woning	-				x
mediaan huurwaarde	-				x
bouwjaar woningen					x
urgente woningzoekenden					x
migratie/verhuizingen		+	+		x
allochtone herkomst					x
kerkelijke heterogeniteit		-			x
niet-kerkelijken		+			
rooms-katholieken	+				
schoolverzuim					
doorstroom HAVO/VWO				+	
APZ of PAAZ aanwezig			+	0	
RIAGG aanwezig					x
aantal artsen					x
Aantal indicatoren	5	12	14	6	26

0 = niet-significant; - = sign. negatieve correlatie; + = sign. positieve correlatie; met $p < 0.05$.
x = variabelen die in dit onderzoek gebruikt zijn.

Bij Turken en Marokkanen vindt men echter weer veel kinderen onder de vijf jaar. Er is derhalve een zekere overlapping tussen de drie genoemde kenmerken in de stadsdelen, maar deze overlapping op groepsniveau (om nog maar te zwijgen over individueel niveau) hangt - zoals opgemerkt - samen met het land van herkomst. In deze studie staat deze vraag niet centraal, maar gaat het om geaggregeerde kenmerken op stadsdeelniveau. Daar de cluster GGZ niet homogeen is, zal deze verder buiten beschouwing worden gelaten. De waarde van elke cluster is als volgt bepaald: van alle indicatoren is eerst de z-score bepaald; per cluster zijn de z-scores van de desbetreffende variabelen opgeteld, en deze somscore is gedeeld door het aantal indicatoren per cluster.

Tabel 2: De clusters van indicatoren

Cronbachs alfa

Sociaal-economische achterstand:	.93
percentage werklozen (van de beroepsbevolking)	
percentage uitkeringsgerechtigden (exclusief AOW en WAO) (van de beroepsbevolking)	
percentage verhuizingen	
percentage gescheiden personen	
Inkomen:	.75
gemiddeld besteedbaar inkomen van de inwoners per maand	
percentage huishoudens met een inkomen lager dan 1500 gulden	
Allochtone integratie:	.91
percentage allochtonen,	
percentage eenoudergezinnen,	
percentage kinderen onder de vijf jaar	
Vergrijzing:	.97
percentage ouderen (boven de 65 jaar)	
percentage vrouwen	
percentage verweduwden	
Gezinssamenstelling:	.96
percentage gehuwden	
percentage gezinnen met thuiswonende kinderen	
Woningbezetting:	.95
gemiddeld aantal personen per woning	
percentage alleenwonenden	
Kwaliteit van de omgeving:	.94
de deugdelijkheid van de woningen (het gemiddelde bouwjaar van de woningen)	
percentage urgente woningzoekenden (dit percentage is het aantal benodigde woningen op het totaal aantal inwoners van het stadsdeelgebied)	
de hoeveelheid groen (het aantal vierkante meters groenvoorziening per inwoner)	
de bevolkingsdichtheid van de buurt (het aantal mensen per hectare stedelijk gebied)	
Kwaliteit van de woningen:	.84
gemiddelde oppervlakte per woning	
aantal kamers per woning	
woonruimte in vierkante meters per inwoner	
GGZ-voorzieningen:	.20
gemiddeld aantal huisartsen	
aanwezigheid van een RIAGG	
aanwezigheid APZ (of opnamekliniek van een APZ), PAAZ of PUK	

De afhankelijke variabele is het aantal opnamen in 1992 in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ), een Psychiatrische Afdeling van de Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) of in een Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK). Voor de intramurale sector is Amsterdam verdeeld in drie verzorgingsregio's: Centrum/Oud-West/Noord (COWN); Oost/Zuid-Oost (OZO); Zuid/Nieuw-West (ZNW). Voor elk verzorgingsgebied is er één APZ. Alleen in ZNW is het APZ volledig in de regio gehuisvest. De APZ-en van de regio's Oost/Zuid-Oost en Centrum/Oud-West/Noord hebben in 1992 nog de meeste bedden in het verafgelegen Santpoort. Het APZ voor Centrum/Oud-West/Noord beschikt in de stad wel over een opnamekliniek, een crisiscentrum, een chronische afdeling en een dagbehandelingsafdeling. Het APZ voor OZO heeft alleen een chronische afdeling in de Bijlmer. Verder is er in COWN een PAAZ gevestigd en in OZO een PUK. Wat de ambulante hulp betreft is Amsterdam verdeeld in 5 RIAGG-gebieden: Centrum/Oud-West, Noord, Oost, Zuid-Oost en Zuid/Nieuw-West.

De opnamecijfers zijn afkomstig van het Stedelijk Bureau Patiëntenstromen (SBP): een bureau van de Amsterdamse ziekenhuizen dat alle Amsterdamse opnamen in een APZ, PAAZ of PUK registreert. Met het register van dit bureau is van de Amsterdamse stadsdelen in 1992 bepaald hoeveel patiënten er zijn opgenomen in een van de drie genoemde instellingen. De opgenomen Amsterdamse patiënten zonder vaste woonplaats of adres (ongeveer 9%) zijn in de analyses buiten beschouwing gelaten.

Met deze opnameaantallen van de stadsdelen is allereerst de opname-incidentie berekend voor de totale bevolking van de stadsdelen. Onder opname-incidentie verstaan we hier het aantal opgenomen patiënten (inclusief heropnemingen) per 1000 inwoners. Daarnaast is ook het cijfer, gecorrigeerd voor de jeugdigen onder de 20 jaar berekend. Aan de registratie van het SBP nemen namelijk niet alle jeugdinstanties deel (zoals de Adolescentenkliniek van het AMC en de Tulpenburg, die de jeugdige Amsterdamse patiënten opnemen). In deze berekening wordt het aantal opnamen van patiënten boven de 19 jaar gedeeld door het aantal inwoners boven de 19 jaar.

In sommige onderzoeken is de methode gebruikt van de indirecte standaardisatie ofwel de S(tandard)M(orbidity)R(atio)-methode (Maas en Habbema 1981, Sturmans 1982). Een voorwaarde voor deze rekenwijze is (Sturmans 1982) dat het voor standaardisatie verkregen verhoudingscijfer voor alle klassen van de variabele waarvoor gestandaardiseerd wordt, geldig is (pag. 370). Na toepassing van de vereenvoudigde homogeniteitstoetsing (Maas en Habbema 1981) bleken de verhoudingen van de promillages tussen de verschillende leeftijdsgroepen van de stadsdelen en de stad significant te verschillen. Het gebruik van de SMR-methode bleek in dit onderzoek dus niet gerechtvaardigd. Verder bleken er ook weinig verschillen te zijn tussen de SMR-methode en de ruwe standaardisatie (alleen correctie voor leeftijd). Om die reden is in de verdere analyses uitgegaan van de directe standaardisatie: de opname-incidentie is berekend door het aantal opnamen van patiënten boven de 19 jaar te delen door het aantal inwoners boven de 19 jaar. Soms spreken we van opnamepromillage of opnameratio in plaats van opname-incidentie.

Data-analyses

De indicatoren

In tabel 3 zijn van alle indicatoren enkele statische grootheden weergegeven, onder andere de correlatie met de opnamecijfers.

Zoals uit bovenstaande tabel blijkt (afgaande op de spreiding), zijn er grote verschillen tussen de stadsdelen. Bij nadere analyse blijkt onder andere dat er in de stadsdelen rondom de binnenstad relatief veel werklozen en uitkeringsgerechtigden zijn - en hiermee nauw samenhangend: veel inwoners met een laag inkomen. In de buitenste stadsdelen van Amsterdam zijn er minder werklozen en minder uitkeringsgerechtigden. Tevens vindt men hier betere woningen, meer groen en minder

dichtbevolktheid. Maar over deze geografische spreiding later meer.

Tabel 3: De variatie van de indicatoren in de stadsdelen en hun samenhang met de opname-incidentie

Indicatoren	Mean	St.afw.	Minimum	Maximum	Pearson cor. met opn.inc.
Werklozen %	12.36	4.57	4.28	19.57	.66**
Personen met uitkering	12.77	4.69	3.94	20.44	.64**
Vertrekkenden %	11.75	3.25	5.08	16.12	.59**
Gescheidenen %	8.5	1.0	6.8	10.1	.47*
Gemiddelde inkomen	1721	182	1508	2229	-.41*
Huishoudensinkomen <1500 %	31.18	7.87	15.00	41.00	.64**
Allochtonen %	27.01	11.06	12.76	46.37	.43*
Eenoudergezinnen %	3.5	.6	2.5	4.9	.19
Kinderen <5 jr. %	5.6	1.5	2.8	8.6	.16
Personen >65 jr. %	15.6	7.4	8.0	33.9	-.46*
Vrouwden %	51.3	2.7	47.5	56.7	-.46*
Verweduwen %	6.9	2.8	3.9	13.9	-.44*
Gehuwden %	30.3	8.6	17.0	42.3	-.50*
Gezinnen met kinderen %	6.0	1.8	2.9	8.9	-.41*
Personen per woning	2.1	.2	1.8	2.3	-.37
Alleenwonenden %	22.0	5.9	14.4	30.8	.47*
Gemiddelde bouwjaar	40	19	14	78	-.39
Woningzoekenden %	6.7	1.9	2.7	9.2	.47*
Vierk. meter groen per inw.	30.7	30.1	.8	100.7	-.55*
Aantal pers. per ha	94.9	68.6	31.1	232.7	.39
Oppervlakte woning	63.8	8.1	51.8	77.0	-.56**
Aantal kamers per woning	3.3	.4	2.6	4.2	-.53*
Woonruimte per inw. (m ²)	31.0	4.0	25.4	40.9	-.29
Aantal arsten 1000 inw.	6.75	2.06	4.70	10.20	-.21
Aanwezigheid RIAGG n/j					-.17
Aanwezigheid APZ, PAAZ, PUK n/j					-.46*

**p<0.01

*p<0.05

Verder is opvallend dat de indicatoren van economische achterstand hoog correleren met de opnamecijfers. De indicatoren van de gezinssamenstelling, kwaliteit van de woonomgeving en de woning hebben met de opnamen een negatief verband.

De aanwezigheid van de GGZ-voorzieningen vertoont een negatieve correlatie met de opnameratio, in tegenstelling tot het onderzoek in Drenthe. Een ander groot verschil met Drenthe is dat de ongunstige indicatoren in Amsterdam in sterkere mate aanwezig zijn. In een stad als Amsterdam is ongeveer 35% meer werkloosheid (bij de volwassen bevolking) en is de migratie bijna dertig keer zo groot. Verder zijn er bijna 50% minder gehuwden en bijna vier keer meer gescheiden personen dan in de provincie Drenthe. Bovendien zijn er ongeveer drie keer zoveel verweduwen als in Drenthe (dit alles na omrekening van de Amsterdamse percentages van de tabel naar de volwassen bevolking). De totale bevolking is bijna twee keer zo groot als - en heeft een veel kleinere leefruimte tot zijn beschikking dan - de bevolking van Drenthe.

Al deze indicatoren hangen nauw samen met de opnameratio. Dit houdt in dat men in Amsterdam per 1000 inwoners meer opnamen mag verwachten dan in een provincie als Drenthe (Janssen e.a. 1993, Dijkshoorn 1993, Dekker e.a. 1994).

Opnamen uit de stadsdelen

De volgende vraag van het onderzoek is of de opnamecijfers van de stadsdelen van elkaar verschillen. In totaal zijn er in 1992 2154 patiënten, woonachtig in Amsterdam en ouder dan 19 jaar, in een APZ, PAAZ of PUK opgenomen. Amsterdam heeft 574.385 inwoners boven 19 jaar, dus de incidentie is 3,75 opnamen per 1000 inwoners.

Samenhang tussen de clusters en de opnamen

De samenhang tussen de stadsdeelkenmerken en de opnamen is verder onderzocht op grond van de clusters van indicatoren zoals die eerder beschreven zijn. Met de gemiddelde z-scores per cluster is de Pearson-correlatie bepaald met de direct gestandaardiseerde opnamecijfers (tabel 4).

Tabel 4: De correlaties tussen de clusters en de opnamepromillages

Samenhang tussen indicatoren en opname-incidentie	Pearson-correlatie
Sociaal-economische achterstand	.66**
Inkomen	-.59**
Allochtone integratie	.29
Vergrijzing	-.47*
Gezinssamenstelling	-.46*
Woningbezetting	-.43*
Kwaliteit omgeving	-.49*
Kwaliteit woning	-.53*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Het blijkt dat:

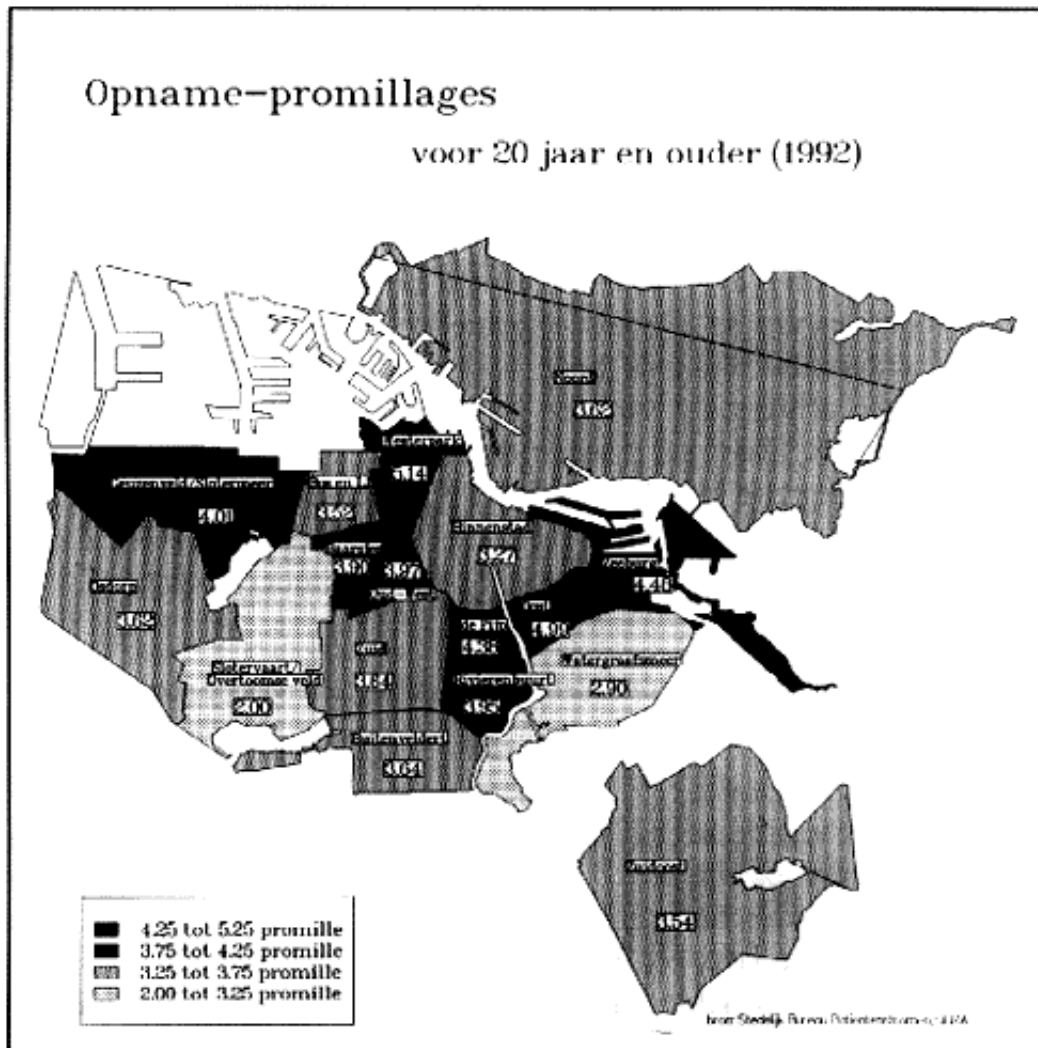
- hoe hoger de sociaal economische achterstand van een stadsdeel en hoe lager de woonbezetting is, des te meer opnamen vinden er plaats;
- hoe meer rijkdom, hoe meer ouderen, hoe meer gezinnen in het stadsdeel, hoe beter de woning en de woonomgeving van het stadsdeel, des te minder opnamen;
- de allochtone integratie vertoont geen samenhang met de opnameratio.

In de volgende figuur zijn de gestandaardiseerde opnamecijfers cartografisch weergegeven.

Figuur 1:

De Amsterdamse stadsdelen en de opnamen

Figuur 1: De Amsterdamse stadsdelen en de opnamen



Er blijken vrij grote verschillen te bestaan. Met name de stadsdelen Westerpark, Oud-West, de Baarsjes, Oost, Zeeburg, de Pijp, Rivierenbuurt en Geuzenveld hebben hoge incidentie-cijfers. De stadsdelen Slotervaart/Overtoomse veld en Watergraafsmeer hebben lage cijfers. Daarnaast wordt duidelijk dat vooral in de stadsdelen rondom de binnenstad relatief de meeste opnamen plaatsvinden.

Door middel van multiple lineaire regressie is de relatie bepaald tussen de acht clusters van sociale indicatoren en de opnamecijfers (tabel 5).

Tabel 5: Relatie tussen de clusters van indicatoren en de opname-incidentie.

Clusters van indicatoren	Bèta	Part. corr.	T	sign. T
Sociaal-economische achterstand	2.7	.58	3.4	0.004
Gezinssamenstelling	1.8	.45	2.6	0.020
Allochtone integratie	-1.1	-.43	-2.5	0.025
	R = 0.79	R ² = .63	F = 6.8	sign.F = 0.006

Te zamen verklaren drie clusters 63% van de variantie van de opname-incidentiecijfers van de 17 stadsdeelgebieden. De cluster sociaal-economische achterstand blijkt de beste voorspeller te zijn.

Hoe groter de economische achterstand van een stadsdeel is, des te meer opnamen vinden er plaats. Daarnaast voegen de clusters 'gezinssamenstelling' en 'allochtone integratie' van een stadsdeel nog iets toe: hoe meer gehuwden en gezinnen met thuiswonende kinderen in een stadsdeel, des te meer opnamen; hoe groter de integratie, des te minder opnamen.

Opnamen in de stadsdelen met weinig en veel economische achterstand

Met behulp van variantieanalyse is nader geanalyseerd in hoeverre de opnamecijfers van de economisch slechtere stadsdelen verschillen van de betere. Daarvoor zijn de 17 stadsdelen op grond van de z-scores op de cluster economische achterstand ingedeeld in drie groepen. Er is een groep met een lage, een met een gemiddelde en een met een hoge sociaal-economische achterstand. In tabel 6 worden de gemiddelde opname-incidentiecijfers met standaardafwijking van deze drie groepen weergegeven.

Tabel 6: Sociaal-economische achterstand en opname-incidentie.

Sociaal-economische achterstand	Gemiddelde opnameprom.	Standaardafwijking
Laag (n=6)	3.3	.73
Gemiddeld (n=6)	3.6	.26
Hoog (n=5)	4.6	.48
F=7.9	p<.005	

Sociaal-economische achterstand en opname-incidentie.

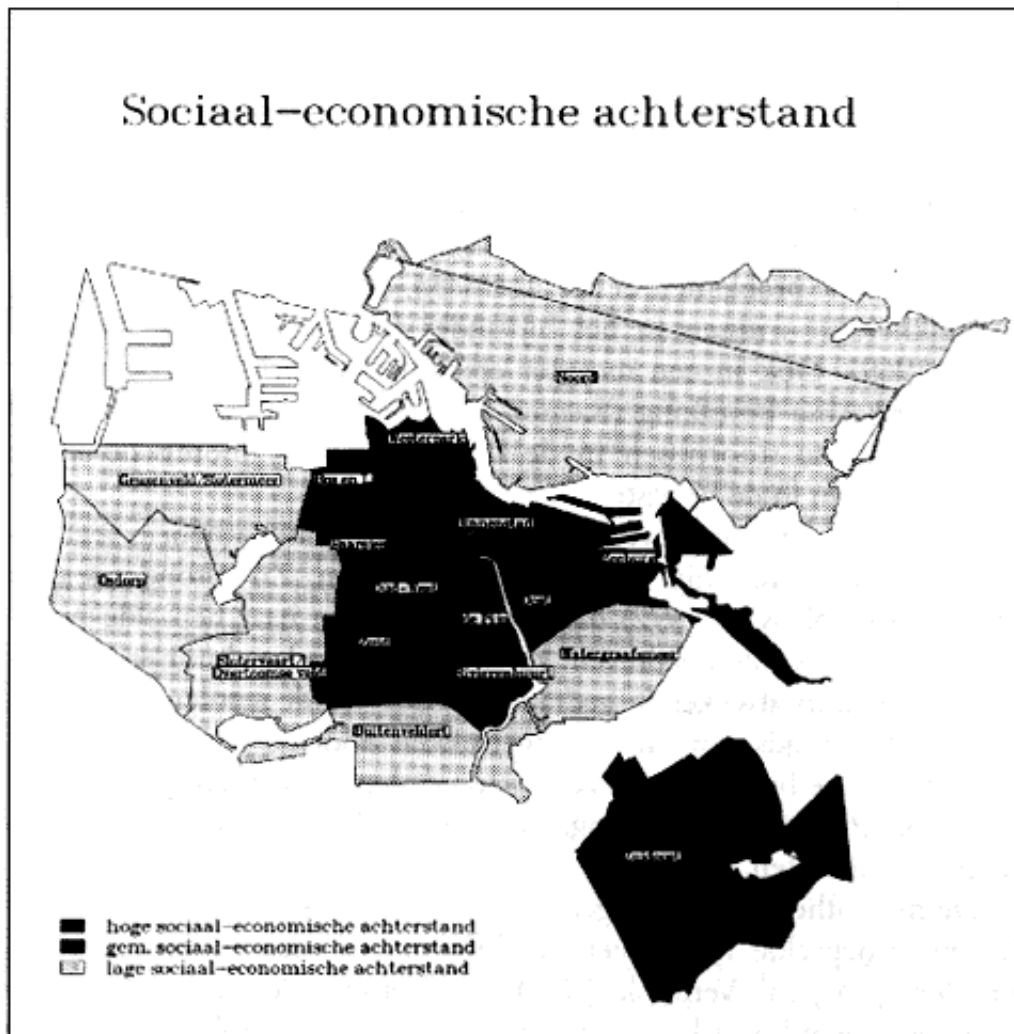
Zoals te verwachten was, worden in de sociaal-economisch betere stadsdelen relatief minder inwoners opgenomen dan in de slechtere stadsdelen.

In de volgende cartografische figuur worden de stadsdelen en hun sociaal-economische status getoond.

Figuur 2:

De Amsterdamse stadsdelen en hun sociaal-economische achterstand

Figuur 2: De Amsterdamse stadsdelen en hun sociaal-economische achterstand



Uit deze figuur blijkt duidelijk dat rondom de grachtengordel de slechtere stadsdelen te vinden zijn.

Discussie

Er zijn grote verschillen tussen de stadsdelen, niet alleen in de sociale indicatoren, maar ook wat betreft de opnamecijfers. De stadsdelen rondom de grachtengordel geven in beide aspecten het slechtste beeld. Hier vindt men de grootste sociaal-economische achterstand en de meeste opnamen onder de bevolking.

De precieze samenhang tussen de werkelijke morbiditeit onder de bevolking en de kenmerken van de stadsdelen is met deze studie natuurlijk niet bepaald. Weinig is nog bekend over de mogelijke verschillen in de filters die de patiëntenstromen naar de intramurale zorg bepalen. Daarbij moet men denken aan het verwijsgedrag van de verschillende RIAGGs en van de huisartsen, aan de cohesie binnen de stadsdelen, aan het hulpzoekgedrag van de inwoners, aan de toegankelijkheid van de

voorzieningen, etc. (Sytema e.a. 1990, Gunther e.a. 1993).

Een van de mogelijke filters betreft de beschikbaarheid van de intramurale voorzieningen (Giel e.a. 1975, Sytema e.a. 1989). Deze blijkt in Amsterdam minder van toepassing te zijn. Duidelijk wordt zelfs dat in stadsdelen met GGZ-voorzieningen relatief de minste inwoners worden opgenomen. De belangrijkste reden hiervoor is dat de GGZ-voorzieningen veelal in de betere stadsdelen zijn gelokaliseerd. De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij de bevindingen elders. Uit een overzichtsstudie van 44 onderzoeken waarin het verband onderzocht is tussen sociaal-economische status en psychologisch disfunctioneren, bleek dat een lage status samenging met het vaker voorkomen van psychische problemen in het algemeen, en van schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder (Dohrenwend en Dohrenwend 1969). Ook in een recenter epidemiologisch onderzoek onder de Amerikaanse bevolking (Regier e.a. 1993) bleek de aanwezigheid van schizofrene stoornissen in de laagste sociaal-economische klasse veel groter dan in de hoogste.

In de jaren zestig en zeventig zijn de drift- of milieutheorie veel gebruikt om deze verschillen inzichtelijk te maken. Zo veronderstelt de drifttheorie (Nelissen 1972) dat perifere groepen naar bepaalde buurten in de stad worden gedreven: ze worden uit andere buurten verdreven omdat hun afwijkende gedrag daar niet wordt getolereerd (push-factor). Anderzijds worden ze aangetrokken door de gunstige omstandigheden in de buurten waar ze naartoe gedreven worden (pull-factor), namelijk: goedkope huisvesting, tolerantie ten aanzien van deviant gedrag en lotgenoten.

De milieutheorie stelt volgens Nelissen dat de specifieke omstandigheden in bepaalde wijken een voedingsbodem vormen voor sociale-probleemgroepen. Verdonk (1975) heeft het over de sociale desorganisatie die in een buurt kan optreden. Zo kunnen controlemechanismen hun invloed verliezen, met als gevolg waarden- en normenverlies en vermindering van de sociale samenhang. De mensen in die buurten zijn niet gek, maar die buurten maken de mensen gek.

Deze theorieën zijn na de jaren zestig en zeventig enigszins uit de gratie geraakt. Vooral vanwege het probleem van de ecological fallacy (Hamers 1987): de bevindingen ten aanzien van de geaggregeerde buurniveaus mogen niet direct vertaald worden naar groeps- en individueel niveau. Met de ontwikkeling van de caseregisters in Assen en Maastricht (Brook en Hamers 1985) is de ecologische benadering in de GGZ de laatste jaren weer wat in zwang gekomen. Men is met behulp van de registers in staat gebleken uitvoerig en redelijk betrouwbaar epidemiologisch onderzoek te doen naar de morbiditeit in (wat grootte betreft) beperkte verzorgingsgebieden. Een van de belangrijke bevindingen uit deze onderzoeken is dat er sociaal-economisch betere en slechtere buurten zijn en dat het GGZ-gebruik hiermee samenhangt. De conclusies van onze studie (mede tot stand gekomen op grond van een register in opbouw) zijn daarmee in overeenstemming. In de Amsterdamse GGZ kan men bij verdere planning van activiteiten hiermee rekening houden. Zo kan men, voor zover dit nog niet gebeurt, het aanbod van hulp versterken in stadsdelen die relatief veel opnamen hebben. Daarnaast lijkt nader onderzoek gewenst om de mogelijk verschillende filterwerkingen in de diverse Amsterdamse stadsdelen te bestuderen. Een verdere uitbouw van het Amsterdamse register met de ambulante contacten biedt voldoende mogelijkheden om de werkelijke morbiditeit van de Amsterdamse bevolking in de verschillende stadsdelen in kaart te brengen.

Literatuur

Bosma, A. (1975), De ruimtelijke spreiding van klinisch psychiatrische patiënten in Nijmegen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*,

17, 273-282.

Brook, F.G. en H.J.F.R. Hamers (1985), GGZzorg gepeild: een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de Geestelijke Volksgezondheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 115-127.

Dekker, J.J.M., J. Peen, J.H.A.M. Iping en F.E.R.E.R. de Jonghe (1994), Urbanisatie en de relatie met psychiatrische opnames. Geaccepteerd door *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

Dijkshoorn, A. (1993) *Het Amsterdamse model en de invloed op de kosten van de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam*. Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, Amsterdam.

Dohrenwend, B.P. en B.S. Dohrenwend (1969), *Social status and psychological disorder: a causal inquiry*. Wiley & Sons, New York.

Faris, R. en H. Durham (1939), *Mental disorders in urban areas*. University of Chicago Press, Chicago.

Giel, R, A.C. de Graaf en J.R. van Weerden-Dijkstra (1975), Mededelingen uit het Centrale Patiënten Register voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (6). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 302-307.

Gunther, N.C.H.F., E.O. Noorthoorn, H.J.F.R. Hamers, J.T.V.M. de Jong, Ch.D. Kaplan en M.W. de Vries (1993), De buurt als sleutel: sociale indicatoren en het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 35, 675-689.

Hamers, H.J.F.R. (1987), *De GGZ als systeem in wankel evenwicht* (dissertatie). Maastricht.

Hamers, H.J.F.R. en M.A.J. Romme (1990), *Informatie-management in de geestelijke gezondheidszorg: een bijdrage van een casusregister*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.

Janssen, M. (1993), Klankbordgroep GGZ Amsterdam, *Het Amsterdamse model halfweg. Een tussenstand van de GGZ-hervormingen in de hoofdstad*. Gemeente Amsterdam.

Maas, P.J. van der, en J.D. Habbema (1981), Standaardiseren van ziekte- en sterftcijfers: mogelijkheden en beperkingen. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* 59, 259-270.

Nelissen, N.J.M. (1972), *Grondbeginselen van de sociale ecologie*. Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen.

Onderzoek en Statistiek (1993), *De Amsterdammers in acht bevolkingscategorieën*. Stadsdrukkerij, Amsterdam.

Regier, D.A., M.E. Farmer, D.S. Rae, J.K. Myers, M. Kramer, L.N. Robbins, L.K. George, M. Karno en B.Z. Locke (1993), One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area Study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 35-47. Richman, A., C. Boutilier en P. Harris (1984), The relevance of socio-demographic and resource factors in the use of acute psychiatric in-patient care in the Atlantic provinces of Canada. *Psychological Medicine* 14, 175-182.

Sturmans, F. (1982), *Epidemiologie. Theorie, methoden en toepassing*. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen.

Sytema, S., R. Giel en G.H.M.M. ten Horn (1989), GGZ-gebruik in Italië. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 4, 368-383.

Sytema, S., F.G. Brook en R. Giel (1990), Sociale indicatoren en het gebruik van intramurale GGZ-voorzieningen door volwassenen in Drenthe. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 538-554.

Verdonk, A.L.Th. (1975), Stadsbuurten en haar opgenomen patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 283-297.

Water, H.P.A. van de, M.J.W. van de Laar en W. Davidse (1988), Gebruik van intramurale psychiatrische voorzieningen in de grote steden van Zuid-Holland. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66, 215-217. Weerden-Dijkstra, J.R. van en R. Giel (1975), Risicogroepen voor psychiatrische opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41-47.

Summary

From epidemiologic research it is known that socially desintegrated parts of town have a higher admission-rate in psychiatric hospitals than the better parts of town. In this study this relation in Amsterdam is investigated. Of the seventeen districts of Amsterdam twenty-four demographic variables have been determined. These variables are arranged into nine clusters: social-economic disadvantage, income, ethnic integration, seniority, family composition, number of people living in one residence, quality of the neighbourhood, quality of the residence and health services near-by. Except for the latter these clusters appeared to be consistent internally. Next, the psychiatric admission-rates in the Amsterdam districts in 1992 have been determined for the age-group twenty years and older. Of the clusters seven correlated significantly with the admission-rates. From multiple linear regression-analysis a model submerged consisting of the clusters social-economic disadvantage, family constitution and ethnic integration. This model explains 63% of the variance of the admission-promillages of the seventeen districts. The best prediction in the model is social-economic disadvantage. Those districts which have a large social-economic disadvantage (n=5) have 40% more admissions compared to those with a smaller disadvantage (n=6). The worse districts of Amsterdam are especially situated around the inner city.

Bijna alle auteurs zijn verbonden aan het bureau Onderzoek & Opleiding & Ontwikkeling van het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam Centrum/Oud-West/Noord. J. Dekker als onderzoeker, J. Peen en H. Kwakman als onderzoeksassistenten, J. Iping als coördinator en F. de Jonghe als hoofd (tevens hoofd van de A-opleiding en hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Amsterdam); H. Heijnen is hoofd van het Stedelijk Bureau Patiëntenstromen van de SIGRA.

Correspondentieadres: J. Dekker, PZ Amsterdam O&O&O, Postbus 75848, 1070 AV Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 14-7-1994.