

Het perspectief van inwoners op zorg, ondersteuning en preventie in Zuidoost

Inzicht in knelpunten en behoeften

Adviesrapportage voor de werkgroep Preventie van gemeente Amsterdam en
Zilveren Kruis (JZOJP)

Suzanne Tan en Karen Hosper
December 2020

Inhoud

1	Inleiding	4
2	Aansluiting van preventie aanbod bij de behoeften van minima in Zuidoost	5
3	Aanpak van de behoeftepeiling	6
3.1	Afbakening van het onderzoeksonderwerp	6
3.2	Werving van respondenten	7
4	Bevindingen behoeftepeiling	8
4.1	Voornaamste (gezondheids)problemen en behoeften aan zorg en ondersteuning bij bewoners in Bijlmer-Centrum en Bijlmer-Oost	9
4.2	Ervaringen van bewoners met de zorg en de toegang tot de zorg	10
4.3	Ervaringen van bewoners met preventie activiteiten	13
4.4	Voorstellen van bewoners om preventie en zorg te verbeteren	14
4.5	Voornaamste bevindingen op hoofdlijnen	16
5	Aanbevelingen	17

1 Inleiding

De verzekeraar Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam zijn in het kader van de beweging 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP) een strategische samenwerking aangegaan. De samenwerking is gericht op een effectievere inrichting van de zorg en het ondersteuningsaanbod in specifieke wijken en rond specifieke thema's. Doel is om beter aan te sluiten bij de zorgbehoeften van de sociale minima. Het programma wordt uitgevoerd door vier werkgroepen, die zich ieder op een bepaalde wijk en een bepaald deelthema richten. Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam hebben voor ondersteuning van deze werkgroepen de samenwerking gezocht met Pharos, landelijk expertisecentrum voor gezondheidsverschillen.

Deze adviesrapportage betreft de uitkomsten van een behoeftepeiling onder inwoners in Zuidoost en adviezen die daaruit volgen. In de werkgroep Preventie werken Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam onder het motto 'voorkomen is beter dan genezen' samen om gezondheidswinst voor Amsterdamse minima te behalen. Momenteel is namelijk sprake van een significant verschil in gezondheid tussen minima en niet-minima in Amsterdam. Minima roken meer, hebben vaker last van overgewicht en obesitas, voldoen minder vaak aan de beweegnorm, sporten minder, vallen vaker en hebben meer last van psychische klachten, chronische aandoeningen en eenzaamheid. Positief is dat een deel van de minima aangeeft ondersteuning te willen bij een gezondere en actievere leefstijl. Zowel de gemeente als de verzekeraar bekostigen momenteel interventies die hier op zijn gericht. De verzekerde minima kunnen hier beter gebruik van maken dan momenteel gebeurt, en dat is waar de werkgroep Preventie zich voor inzet (Barrientos, Schönenberger & Stomphorst, 2019). Focus gebied van deze werkgroep is stadsdeel Amsterdam Zuidoost.

In deze rapportage gaan we in hoofdstuk 2 eerst in op de problematiek zoals geconstateerd door de werkgroep Preventie, en op de doelen die deze werkgroep heeft geformuleerd binnen het programma JZOJP. Daarnaast gaan we in de hoofdstuk in op de opdracht die Pharos in dit kader heeft gekregen om advies te geven op basis van een behoeftepeiling onder bewoners. In hoofdstuk 3 gaan we in op de aanpak van de behoeftepeiling en beschrijven we met wie er is gesproken (methoden). Hoofdstuk 4 betreft de resultaten van de behoeftepeiling en met hoofdstuk 5 sluiten we af met een aantal adviezen aan de werkgroep Preventie. Deze adviezen zijn na afronding van de rapportage mondeling toegelicht aan de opdrachtgevers.

2 Aansluiting van preventie aanbod bij de behoeften van minima in Zuidoost

Binnen het programma JZJP richten het Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam zich gezamenlijk op de minima in Amsterdam die verzekerd zijn bij Zilveren Kruis via de gemeentelijke Minimapolis. Doel van de werkgroep Preventie is om zowel preventieve activiteiten als de kwaliteit van de ondersteuning te verbeteren. De partners gaan er daarbij van uit dat er wel veel preventie aanbod is, maar dat dit de minima onvoldoende bereikt omdat zowel het aanbod zelf als de communicatie hierover niet altijd goed zijn afgestemd op de behoeften van doelgroep.

Zilveren Kruis en gemeente Amsterdam zijn er van overtuigd dat de volgende uitgangspunten leiden tot meer effectiviteit en daarmee gezondheidswinst:

- a) samenwerking realiseren tussen medisch en sociaal domein
- b) focus op wijken en doelgroepen
- c) een meer persoonsgericht en integraal preventieaanbod.

De samenwerkingspartners willen binnen het programma de volgende doelstellingen behalen:

1. Het preventie aanbod in de basisverzekering en de aanvullende verzekering van de Minimapolis en sociale basis sluiten beter aan bij de behoeften van de minima.
2. Minima en professionals zijn beter geïnformeerd over het beschikbare preventie aanbod en de beschikbare vergoedingen/kosten.
3. Minima hebben een betere toegang tot passend preventie aanbod, onder andere door een goed netwerk van en adequate doorverwijzing door professionals.

De aanpak kan succesvol genoemd worden als zowel het gebruik van het preventieaanbod dat vergoed wordt vanuit de Minimapolis, als het gebruik van preventie activiteiten in het sociaal domein toeneemt (Barrientos, Schönenberger & Stomphorst, 2019).

Om meer inzicht te krijgen in de achterliggende redenen van inwoners in Zuidoost voor de lage deelname aan preventieactiviteiten - terwijl de Amsterdamse gezondheidsdata relatief veel gezondheidsproblemen in dit stadsdeel laten zien - hebben de gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis expertisecentrum Pharos de opdracht gegeven een behoeftepeiling uit te voeren onder inwoners. De bedoeling is om door gesprekken met inwoners de barrières die inwoners ervaren voor deelname aan preventie activiteiten, en hun perspectief op de kwaliteit van het huidige preventie aanbod, beter te begrijpen. Op basis daarvan adviseert Pharos de werkgroep over het verbeteren van (de toegankelijkheid van) het preventie aanbod. Tegelijkertijd laten de partners een behoeftepeiling onder professionals uitvoeren door de ELAA. De inzichten vanuit het perspectief van burgers en zorg- en hulpverleners samen moeten leiden tot een gedragen advies over het laagdrempelig maken en laten aansluiten van bestaand aanbod op de behoeften van minima en de eventuele implementatie van nieuwe preventie activiteiten.

3 Aanpak van de behoeftepeiling

3.1 Afbakening van het onderzoeksonderwerp

Als eerste stap is door de onderzoekers van Pharos gekeken naar de data die bij de gemeente Amsterdam bekend zijn over de meest voorkomende gezondheidsproblemen in stadsdeel Zuidoost (zie bijlag 1 met een beknopte samenvatting hiervan). Daarnaast is ter verkenning met twee medewerkers van de gemeente Amsterdam, een medewerker van de GGD en een Buurtmanager in Zuidoost, gesproken over de (gezondheids)problematiek die zij vooral zien in Zuidoost.

Uit de cijfers en gesprekken komen duidelijk twee gezondheidsproblemen naar voren:

- 1) Overgewicht en daaraan gerelateerde aandoeningen: diabetes, hoge bloeddruk en artrose/gewrichtsslijtage
- 2) Psychosociale problemen: eenzaamheid, gevoelens van uitsluiting, stress gerelateerde klachten (angst, depressie)

De wijken Bijlmer-Centrum en Bijlmer-Oost laten daarbij de slechtste gezondheidscijfers zien: ten aanzien van allerlei problemen zijn de scores negatiever dan in andere wijken in Zuidoost.

Inzicht in preventief aanbod

Vervolgens hebben we gekeken naar het preventie aanbod dat mogelijk aansluit bij deze problematiek en wordt aangeboden in Zuidoost. Dat zijn twee programma's die ook al vergoed worden door respectievelijk de gemeente en de zorgverzekeraar en dus interessant om nader te bekijken op mate van bereik van sociale minima: Welzijn op recept en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (wordt in Zuidoost aangeboden door drie aanbieders (leefstijlcoaches). Daarnaast is er het aanbod dat vergoed wordt door de gemeentepolis van Zilveren Kruis. Voor aanvullend lokaal aanbod vanuit het sociaal domein hebben contact opgenomen met een medewerker van de gemeente die bezig is met een sociale kaart van Zuidoost. Deze is helaas niet gereed gekomen gedurende de looptijd van dit project.

Vraagstelling in de interviews

In nauw overleg met de werkgroep Preventie is besloten ons breed te richten op de knelpunten die bewoners ervaren als zij ondersteuning bij hun gezondheid zoeken, met name als zij hulp zoeken bij een gezonde leefstijl/gezond gewicht, of bij eenzaamheid of andere psychosociale klachten. Centrale vragen daarin waren: *Welke belemmeringen ervaren mensen bij de toegankelijkheid van zorg en preventie, en waarom sluit het wel of niet aan? Welke suggesties hebben zij zelf voor verbetering van het aanbod?*

Tijdens de eerste gesprekken bleek dat dat er veel voorliggende problemen te zijn, waardoor bewoners niet toekomen of niet zozeer bezig zijn met hun gezondheid. In de interviews die volgden is daarom ook ingegaan op de problemen die de bewoners in deze wijken ervaren, waardoor zij weinig tot geen gebruik maken van preventie activiteiten.

3.2 Werving van respondenten

In de oorspronkelijke opdracht aan Pharos zou een groepsbijeenkomst georganiseerd worden met diverse bewoners uit Bijlmer-Centrum en Bijlmer-Oost. De intentie was acht tot tien bewoners te benaderen voor deelname. Met de werving was een start gemaakt toen de coronacrisis het organiseren van een groepsbijeenkomst verhinderde. In overleg met Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam is, na een paar maanden van uitstel en hoop op doorgang later in het jaar, in juli 2020 besloten om van aanpak te veranderen. In plaats van een groepsbijeenkomst zijn vijf diepte-interviews gehouden met sleutelfiguren.

Deze sleutelfiguren zijn gevonden via contacten van Pharos, contacten van de gemeente Amsterdam, en het eigen netwerk van de onderzoekers. Met deze contacten als startpunt zijn via de sneeuwbal methode vijf interessante sleutelfiguren uit de diverse gemeenschappen bereid gevonden om mee te werken aan een interview.

Het selectie criterium was dat de respondent zelf in een van de twee wijken moest wonen en buiten de eigen ervaringen ook moest kunnen vertellen over de ervaringen van andere bewoners. Met andere woorden, de respondent diende dicht bij de bewoners te staan en hun stem te kunnen vertegenwoordigen. De interviews duurden een tot twee uur en werden telefonisch afgenomen. Bij nader inzien zijn we blij met de keuze voor de individuele gesprekken, omdat deze openhartig verliepen en veel informatie op hebben geleverd. De achtergrond en de verhalen van de informanten verschilden sterk, en op deze wijze kwamen hun ervaringen goed aan bod. Dit zou in een grotere groep met diverse mensen minder goed naar voren zijn gekomen.

Beknopte omschrijving van de geïnterviewde sleutelfiguren:

Meneer A

Man, 51 jaar, Surinaams-Hindostaanse achtergrond, ooit gestart als vrijwilliger in wijkcentrum (vroeger een Hindoestaans cultureel centrum). Hij organiseerde bijeenkomsten in de wijk over sociale en gezondheidsthema's. Nu actief bij Hart voor de K-buurt, contactpersoon voor de gemeente vanuit de K-buurt als het gaat om veiligheid en fysieke omgeving/infrastructuur (losse tegels, speeltuintje etc). Bottom-up werken staat daarin centraal: ideeën van bewoners ophalen en (laten) uitvoeren. Activiteiten: Senioren platform, groep Huiselijk Geluk, social media (facebook Hart voor de K-buurt). In coronatijd worden geen activiteiten georganiseerd, meneer A en zijn vrijwilligers gaan daarom bij de mensen langs en bellen aan en vragen hen of ze iets nodig hebben.

Mevrouw B

Vrouw, tussen de 40-50 jaar, Surinaams-Hindostaanse achtergrond, opgegroeid in NL, spreekt ook Urdu en Hindi, ze werkt als ambassadeur bij de Buurtwerkkamer (www.buurtwerkkamer.nl). Daarvan zijn er vijf in Zuidoost: locaties waar inwoners terecht kunnen met vragen en actief kunnen worden in hun wijk. Ze heeft zelf te maken gehad met schulden, verkeerde keuzes gemaakt, maar heeft zichzelf eruit gehaald en een kans gekregen via de uitkering om NL les te geven. *'Ik wil mensen helpen die hetzelfde hebben gehad als ik'*.

Mevrouw C

Vrouw, 65 jaar, Surinaams-Creoolse afkomst, woont al 35 jaar in de Bijlmer. Ze kent veel mensen en wordt vaak om raad gevraagd en is aangehaakt bij allerlei clubjes. Ze helpt veel mensen in de wijk, ze is een verbinder en verwijst mensen door naar hulp/maatschappelijk werk, de dokter etc. Onlangs is ze

stadsdeelcommissielid geworden. Ook heeft ze een wandelgroepje waar ze wekelijks mee loopt, maar sinds Corona is dat minder geworden.

Ze zet zich in voor een gezond Zuidoost en gezond Amsterdam, waaronder jongeren, ouderen en een schone en veilige wijk. Ze heeft contact met de gemeente: als ze dingen tegenkomt (grofvuil of er is iets kapot) dan stuurt ze via de App een foto. De gemeente stuurt dan de betreffende afdeling en zorgt dat het gemaakt wordt. Mevrouw C bruist van de ideeën voor verbetering en beheert een app-groep van haar wijk waar meer dan 200 bewoners lid van zijn. In de app-groep wordt onder andere gediscussieerd, tips gedeeld en advies gevraagd en gegeven.

Meneer D

Man, 30 jaar, Ghanese afkomst, manager bij Akwaaba Zorg. Dit multiculturele en multidisciplinaire team verleent jeugdzorg, WMO en thuiszorg in Amsterdam en Den Haag e.o. met de nadruk op het toegankelijk maken van zorg voor mensen met een migranten achtergrond. Zij houden rekening met leefwijze, taal, cultuur en religie. Akwaaba Zorg richt zich op zorg en hulp aan mensen met een achtergrond in landen beneden de Sahara. In deze Afrikaanse landen wordt heel anders tegen zorg aangekeken. Inmiddels worden ze ook wel benaderd door bv mensen met een Marokkaanse achtergrond, daar staan ze zeker voor open en ze kijken wat ze kunnen betekenen.

Meneer E

Man, leeftijd 36, geen migratie achtergrond, is buurtmanager voor het programma Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (AAGG). Dit programma is gericht op leefstijl interventies. Kinderen zijn de doelgroep maar de aanpak verloopt via ouders en professionals. Buurtmanagers zwengelen het stedelijke project op lokaal niveau aan en communiceren terug wat er in hun buurt niet haalbaar is of anders moet (bv een bepaalde werkvorm werkt daar niet). Meneer E organiseert veel activiteiten samen met de religieuze leiders of andere sleutelfiguren uit de verschillende communities, en werkt daarbij deels aanbod- en deels vraaggericht.

4 Bevindingen behoeftepeiling

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten uit de interviews aan de hand van de volgende onderwerpen:

- 1) Voornaamste (gezondheids)problemen en behoeften aan zorg en ondersteuning bij bewoners in Bijlmer-Centrum en Bijlmer-Oost
- 2) Ervaringen van bewoners met de zorg en de toegang tot de zorg
- 3) Ervaringen van bewoners met preventie activiteiten (Minimapolis en sociale basis)
- 4) Voorstellen van bewoners om preventie en zorg te verbeteren

We sluiten het hoofdstuk af met de belangrijkste bevindingen.

4.1 Voornaamste (gezondheids)problemen en behoeften aan zorg en ondersteuning bij bewoners in Bijlmer-Centrum en Bijlmer-Oost

We vroegen de respondenten eerst naar de gezondheidsproblemen zij zagen onder de bewoners van Zuidoost. Welke gezondheidsproblematiek valt hen op? De geïnterviewden zagen veel problemen in de buurt, en noemden naast gezondheidsproblematiek veel sociaal maatschappelijke problemen die van invloed zijn op de gezondheid en het hulp-zoek gedrag van de bewoners.

De volgende (gezondheids)problematiek werd genoemd:

Overgewicht

Mensen eten te veel zoetigheid en bewegen te weinig (nu met Corona is dat nog erger). Ouders zien niet wat hun kinderen allemaal buiten de deur doen. Vooral in een wijk als de Bijlmer zijn veel ouders thuis in hun flat terwijl de kinderen beneden buiten zijn. De kinderen gaan naar de snackbar of halen wat bij de supermarkt: veel friet en cola. En dan eten ze thuis weer. De betrokkenheid van de ouders bij de opvoeding kan volgens meneer A beter. Ze hebben weinig zicht op wat hun kinderen doen en waar en met wie ze buiten zijn. Veel ouders zijn veel met hun werk bezig, een aantal werkt in dubbele banen of in ploegendiensten. Deze ouders zijn moe en als gevolg daarvan maken zij ook niet altijd de meest gezonde keuzes, er wordt dan snel iets afgehaald. Diabetes en als gevolg daarvan slecht ter been zijn, zijn problemen die alle respondenten herkennen.

Eenzaamheid en isolatie

Meneer D geeft aan dat ouderen door een andere opvatting van ziekte (zie 4.2) niet snel naar de reguliere zorg gaan. Door migratie zijn de traditionele steunsystemen (jongeren zorgen voor ouderen) verstoord door andere verwachtingen die de jongeren hebben. Het verzorgende aspect betekent voor ouderen ook 'dat ze van me houden'. De jongeren zien dat niet altijd zo. Daarnaast is er als gevolg van migratie veel meer versnippering van families. Door migratie krijgt zelfisolatie een grotere kans. Ook mevrouw C wijst op eenzaamheid als gevolg van migratie. Zij ziet de oorzaak in een te klein of overbelast netwerk. Zij heeft dat tot haar grote verdriet ook meegemaakt in haar eigen leven. Ze heeft veel oog voor de noden van anderen maar ook een druk bestaan. Omdat ze weinig tijd had stuurde ze haar zoon met eten naar een ouder familielid. Er was thuiszorg voor de dagelijkse gang van zaken. De man bleek de deur al enige dagen niet meer open te doen, en alleen te zijn overleden. Het raakt mevrouw C enorm dat ze er niet meer voor hem heeft kunnen zijn. Zoals dit familielid zijn er meer: de kinderen wonen in een andere woonplaats of overzees. Ze hebben wel een netwerk, maar het netwerk is te klein of kan te weinig doen.

Stress en zorgen

Meneer E noemt 'stress-gerelateerde problemen door de leefsituatie van veel mensen in de wijk' het grootste issue. Als tweede grote probleem ziet hij mentale problemen in den brede. Meneer D denkt dat veel meer aspecten in het leven van een migrant een bron van stress en zorgen zijn. De andere mensen om hen heen zitten in het zelfde schuitje. Mevrouw C: van de zorgen kun je ook hoofdpijn krijgen, ziek worden.

Ongedocumenteerden die niet naar de dokter gaan

Alleen mevrouw C benoemt de problematiek van de ongedocumenteerden, een groep waar ze veel mee te maken heeft. Ze zegt daarover: "De ongedocumenteerden - wij zeggen niet illegaal - dat is vreselijk. Sommigen zijn al langer dan twintig jaar hier. Het zijn Surinamers die voor 1975 gekomen zijn. Hun status is van hen afgepakt. (...) Ze hebben recht op zorg. Velen weten het niet en blijven ziek ergens liggen. Die verspreiden ook weer ziekten want zijn bang om naar de arts te gaan. Maar er is gratis zorg, ze moeten hulp krijgen. Ik heb ook contact nu met dokter Ko, hij is voor de ongedocumenteerden, daar verwijs ik hen naar toe. Het zijn niet zo veel mensen meer. Ze zijn oud. Met verschillende redenen zijn ze naar hier gekomen, overlijden van familie, of studie. Ze wisten: als ik terug ga, de welvaart is daar niet goed, ik blijf ik hier".

De volgende sociale problematiek werd genoemd:

De geïnterviewden noemen diverse sociaal maatschappelijke problemen, zoals zwerfvuil, onveiligheid, makkelijke stap van kleine criminaliteit naar drugs, armoede, eenouder gezinnen, taalbarrière, schijnarmoede (geld besteden aan tweede huis in land van herkomst maar dan hier te weinig hebben), discriminatie (o.a. door bedrijven, "maar zij die er een potje van maken zijn ook zelf verantwoordelijk daarvoor", aldus meneer A), jongeren zonder opleiding en werk die het slechte pad op gaan, drugsgebruik onder jongeren, (lachgas of softdrugs, jongeren raken verward), ongedocumenteerden en daklozen. Meneer A wijst er op dat de omgeving ook niet helpt: in de telefoonwinkel kun je 3 sigaretten kopen en ook bier.

4.2 Ervaringen van bewoners met de zorg en de toegang tot de zorg

Als bewoners hulp zoeken bij het verbeteren van hun gezondheid waar beginnen zij dan? Wat is voor hen de makkelijkste ingang om hulp te vragen? Weten ze de huisarts te vinden? Wat zijn hun ervaringen daarmee en met andere vormen van zorg? Zijn er belemmeringen om van de zorg gebruik te maken? Daarover gaat de volgende paragraaf.

Zorg sluit niet aan, veel wantrouwen

Door meerdere sleutelfiguren wordt aangegeven dat ze organisatie van de zorg niet goed vinden. De zorg is te snel, te karig, onderbemenst en cliënten hebben het gevoel niet serieus genomen te worden. Wachttijden in de zorg zijn een obstakel en leveren stress op. *Meneer D: "Als er sprake is van doorverwijzingen dan is het vaak een lang durend traject. Er zijn wachttijden in de zorg, het tempo is niet hoog. Dit geeft veel stress. De mensen hebben een hele ander manier van leven met veel zorgen. Waar wij denken 'wacht nu gewoon even twee dagen' liggen zij twee dagen wakker: 'Oh jee dit gaat niet goed, mijn kind heeft problemen, op school gaat het ook niet goed, ik moet deze week wel geld naar Ghana sturen anders denken ze dat er wat is, en nu ben ik ook nog ziek!' Er zijn zoveel factoren van toepassing. Iets kleins uit ons perspectief is bij hen de druppel die de emmer doet overlopen".*

Vooraf bij de Ghanese populatie in Zuidoost lijken taalbarrière, communicatieproblemen en cultuurverschillen een grote rol te spelen in de mismatch tussen zorg en preventie en de leefwereld van de inwoners. Buiten schaamte voor het hebben van problemen of niet gezond zijn, staat gebrek

aan assertiviteit hen in de weg bij het durven vragen wat je nodig hebt. *“Je moet in NL assertief zijn, je moet hier toch naar buiten treden. Dit lukt niet altijd: een blokkade. Het komt ook voor dat mensen niet begrepen worden door huisartsen. Dit is deels taal en deels hoe men zich uitdrukt: ze communiceren langs elkaar heen”, aldus meneer D.*

Meneer E vindt dat de zorg heel westers is ingericht, en dat sluit niet aan bij de doelgroep. Dit geldt voor het eerste contact met de huisarts, maar ook voor het hele vervolgaanbod: er is weinig cultuur sensitief aanbod. Negen van de tien keer sluit het aanbod niet aan. Professionals kunnen leren beter aan te sluiten maar moeten dan moeite willen doen. “De bejegening van blanke professionals is betuttelend of alsof mensen dom zijn, dit zijn de eigen ervaringen en de verhalen van anderen werken drempelverhogend. Er zijn culturele verschillen, bijvoorbeeld niet gewend zijn vragen te stellen en niets zeggen als je het niet begrijpt, van de huisarts de oplossing of medicijnen verwachten. Zorgen niet delen want vuile was niet buiten hangen. Niet direct van A naar B maar via een omweg verhaal opbouwen.(...). In veel verschillende communities in ZO is veel wantrouwen naar vrijwel alle zorgprofessionals. Er doen veel rare verhalen de ronde. De professional moet voorbij dat wantrouwen zien te komen, maar het systeem is niet gericht op vertrouwen opbouwen (geen tijd voor). Bewoners stellen zorg zoeken hierdoor uit”.

Schaamte als belemmering bij het zoeken van zorg of hulp

Mevrouw C wijst op schaamte voor een bezoek aan het ziekenhuis of de thuiszorg: je wilt toch niet bij de dokter in je hemdje zitten. Het wordt fijner gevonden om iemand uit eigen netwerk te betrekken voor hulp. Ze stimuleert mensen om sneller te gaan: “Ik zeg heel vaak; ga gewoon naar de arts ga even vragen wat er is. Ze lopen te lang met klachten door. Als ik een pijntje heb dan bel ik gewoon op”.

Ook meneer D wijst op een schaamtecultuur onder mensen met Afrikaanse roots: “Status is belangrijk, en als het niet goed met je gaat dan zeg je dat niet. Mensen delen hun zorgen of dat ze hulp nodig hebben niet. Dit speelt zowel hier als in het land van herkomst. Daarnaast is er schaamte over het probleem, mensen moeten echt daarover heen stappen. (...). Mensen gaan door schaamte laat naar de arts.

Huisarts is wel goed vindbaar

De huisarts is volgens de respondenten bij iedereen bekend en is een hele belangrijke schakel en verwijzer naar al het aanbod in de wijk (Welzijn op recept wordt genoemd en ook ondersteuning vanuit gemeente). Als mensen niet naar de huisarts gaan dan is dat niet omdat ze niet weten hoe het in Nederland werkt. Ook taalproblemen spelen volgens de bewoners geen heel grote rol.

Angst voor kosten van het gebruik van zorg.

De voornaamste reden om niet (tijdig) naar een arts te gaan lijkt echter gelegen te zijn in de angst voor kosten. Dit speelt een grote rol volgens sleutelpersonen bij de keuze om wel of niet naar een arts te gaan. Eigen risico en niet-gecontracteerde zorgverleners zijn een veelgehoord probleem. Daarnaast weten mensen niet wat er wel of niet vergoed wordt.

Meneer A: *“Het eigen risico is vinden de meeste mensen aan de hoge kant daarover hoor je ze klagen. Ook over medicijnen die ze zelf moeten betalen, dat zijn wel geluiden. Mensen denken eerst goed na is het echt wel nodig dat ik ga? Of kan ik nog wachten? Je hebt ook een groep die de fout maakt naar niet-gecontracteerde zorgverleners te gaan en dan meer moeten betalen”.*

Onduidelijkheid over vergoedingen en ingewikkelde brieven

Mevrouw B, die in de buurtkamer werkt krijgt heel veel vragen over de verzekering en de vergoedingen. *“De mensen in Zuidoost zijn afhankelijk van ons, heel lullig gezegd. Krijg ik rekeningen te zien en dan zeggen ze ‘ik ben verzekerd dus dat wordt toch vergoed?’. Of: ‘Heb ik nou betaald of niet betaald?’ ze snappen niet waar het blijft. Als je wilt dat alle ziekenhuizen je helpen dan kost het weer extra (...), je moet het maar weten anders ben je de pineut. Krijg je opeens een rekening en krijg ik de vraag sorry maar ik ben toch verzekerd? Mensen komen in de financiële problemen hierdoor. Kunnen wel in termijnen betalen maar ze gaan niet lager dan 25-30 euro per maand en sommige mensen kunnen dat niet ophoesten. (...) en het is veels te duur. Laat ze meer dingen in de pakketten gooien, geef van de basis aan wat het vergoed. Mensen durven niet naar de dokter te gaan en niet naar de tandarts te gaan omdat ze niet weten wat wel en niet vergoed wordt”.*

Mevrouw B is ook niet te spreken over de communicatie: *“Mensen begrijpen de brieven ook niet. Laat ze duidelijker zijn voor mensen. Vertel ze dan ook dat je eigen risico in twaalf maanden kunt afbetalen. Wees duidelijk jongens (...). Als er dingen gratis zijn, zeg dat dan tegen de mensen! Die weten het niet! Als je te laat bent met betalen dan stuur ook een brief met ‘meteen betalen’. Negen van de tien mensen hier lezen niet en weten dit niet en je wordt hierover niet geïnformeerd”.*

Gevolg van de angst voor zorgkosten is dat mensen zorg uitstellen.

“Als je kind ziek is durf je niet naar de dokter te gaan. Mensen durven niet te gaan ze lopen heel lang te sukkelan met iets. Dan zegt dokter: ‘waarom ben je niet eerder gekomen?’ Ja, hehe! (...) De mensen wachten te lang en zijn bang dat het teveel kost. Ze gaan pas als het echt niet meer kan”, aldus mevrouw B.

Een andere opvatting over ziekte

Meneer D legt uit dat in de Ghanese gemeenschap en veel andere Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara spiritualiteit een grote rol speelt bij het omgaan met ziekte en gezondheid. Men kijkt heel anders tegen het ziek worden van het eigen lichaam aan. Het spirituele speelt een belangrijke rol bij verklaren van ziekte: ‘wat heb ik verkeerd gedaan dat me dit overkomt?’, ‘wie heeft dit over mij afgeroepen?’. Onder andere Ghanese ouderen die ziek worden wijten dat vooral aan zichzelf en voelen daarbij schaamte. Dit leidt tot zelfverwijt, angst, wantrouwen naar de eigen groep en naar de wijdere omgeving, en in extreme gevallen afsluiting van de gemeenschap en isolatie.

“Het gros van de mensen kan redelijk op het netwerk leunen, hoewel dit ook niet optimaal is. Maar bij de ouderen die dieper in de spiritualiteit zitten en zich zelf verwijten maken en wantrouwen hebben kan afsluiting van de gemeenschap ontstaan. In de extreme gevallen, bij de mensen die echt onze zorg nodig hebben, ontstaat hierdoor isolatie (...). Vaak zoeken mensen de inheemse manier van doen, de medicijnman, mensen die spiritueel onderlegd zijn. Dit doen mensen het wel maar het is niet in openheid, vrijwel anoniem gaan ze daar naar toe. Hopen op wonderbaarlijke genezing”.

4.3 Ervaringen van bewoners met preventie activiteiten

We vroegen de sleutelfiguren welke initiatieven in de wijk zij kennen die bewoners ondersteunen bij hun problemen. Welke vormen van zorg en hulp/preventie zijn hier in de wijk beter en welke minder goed? Sluiten ze aan bij hun behoeften?

Er lijkt behoorlijk veel aanbod te zijn, maar niet iedereen is ervan op de hoogte. Mevrouw B noemt de Stadspas, fitness voor 55 plussers, computerlessen, Nederlandse les, naailes, de formulierenbrigade kookclub, weggeefkelder, programma's over gezond eten en bewegen. Ze pleit voor meer reclame voor het gratis aanbod en dat duidelijker communiceren aan mensen die niet kunnen lezen. *“Er wordt hier in Adam dan groot en luid en duidelijk geflyerd! Als mensen niet weten dat het gratis is – mensen die niet kunnen lezen enzo – dan gaan ze niet. Als je weet wat er allemaal gratis is in Adam, als ik daar een concept van heb dan ga ik het aan mensen verspreiden”.*

Geen prioriteit en slecht te vinden

Er wordt in de wijken weinig gebruik gemaakt van het preventie aanbod dat er is, zo is de overtuiging van de sleutelfiguren. Reden daarvoor zijn vermoedelijk de talrijke problemen die mensen hebben waardoor ze niet toekomen aan het werken aan hun gezondheid.

Volgens meneer E is het preventief aanbod “dramatisch slecht te vinden. *Het ligt aan de website, die is gewoon slecht. Iedereen weet het maar niemand bij gemeente durft een besluit te nemen, de stekker er uit te trekken”.* Hij bedoelt daarmee dat ook sociale professionals geen overzicht hebben van het preventieaanbod in de wijk en veel moeite moeten doen om achter een geschikt aanbod voor hun cliënt te komen.

Gedragsverandering moeilijk, maar sleutelfiguren trekken er wel aan

Daarnaast is het een lastige stap van ‘begrijpen’ naar ‘veranderen’. Meneer A geeft aan dat er veel gezondheidsproblemen zijn, “maar we vernietigen onszelf door ongezond gedrag”. Hij heeft met zijn vrijwilligersorganisatie prestatieopdrachten van het stadsdeel gehad om sociaal economische bijeenkomsten te organiseren (armoede bestrijding, arbeidsmarkt toeleiding, opvoedebatten, seksuele diversiteit, geestelijke gezondheidszorg) maar bewoners waren en zijn niet happig om te komen. Daar waar ze wel kwamen, bijvoorbeeld naar een bijeenkomst over gezonde voeding, waren ze het wel eens met de boodschap maar dit leidt niet tot gedragsverandering (toch kiezen voor zoet). “Hoe kan gedragsverandering ingezet worden, praten alleen helpt niet?” vraagt meneer A zich af.

Mevrouw C probeert anderen naar gratis voorlichting en preventie en dergelijke te krijgen, door hen te bellen of te appen: ‘er staat een bus waar je je bloeddruk kan meten, ga je mee?’ Ze zegt dat dat zelden lukt. “Mensen onderhouden hun lichaam niet, gaan te laat, maken geen gebruik gratis check ups”. Ook meneer D herkent dit probleem: *“Taal en cultuur zijn hier hele krachtige obstakels in. Ze willen wel dat een probleem dat heel groot is weg gaat, maar er aan werken... Ze willen wel hulp om zich gezonder te voelen maar ze willen niet gezonder gaan eten. De normen en waarden die ze kennen zitten er heel krachtig in. Het is lastig mensen anders te laten kijken”.*

4.4 Voorstellen van bewoners om preventie en zorg te verbeteren

Wat kan er volgens de sleutelfiguren veranderd worden om te zorgen dat mensen in deze wijk makkelijker gebruik gaan maken van alle (preventieve) hulp, activiteiten en zorg die er is? Wat is er nodig om beter aan te sluiten bij de inwoners?

De geïnterviewden noemen de volgende verbeterpunten:

Sluit beter aan bij de leefwereld van mensen

- Sluit zo goed mogelijk aan op het dagelijks leven van mensen, zodat zij niet apart tijd hoeven vrij te maken om ergens heen te gaan of aan mee te doen. Integreer het op de plekken waar zij al komen (zoals bijv op school: elke 2 uur de kinderen even laten bewegen).
Meneer A: "Maar als je zegt kom naar die bijeenkomst dan hebben ze geen tijd om na het werk uit huis te gaan en te gaan luisteren. Je moet laagdrempelig en heel dichtbij iets organiseren. Actief in de buurt gaan lopen en de mensen leren kennen en weten wat de problemen zijn. Privacy moet je in acht nemen natuurlijk maar waar nodig vind ik bemoeizorg wel goed".

Meer aandacht voor de andere kijk op ziekte en gezondheid

Door de huisartsen goed voor te lichten over de andere kijk die mensen hebben op verklaringen en behandeling ziekte. Een meer systemische manier van zorg sluit beter aan bij 'wij culturen'. Het gaat niet alleen om jou die een ziekte heeft jij maar ook om de familie die de zorg draagt. Daar oog voor hebben.

"De huisarts kennen de meeste mensen wel, het is van belang dat die discipline weet waar rekening mee te houden in de brede zin van het woord. Ze hoeven niet alle specifieke culturele gebruiken te kennen, maar wel in grote lijnen dat de bewoners anders naar geneeskunde kijken, dat opvoedingsstijlen anders zijn. Bv een jonge stagiair die nemen ze niet serieus, een ouder iemand heeft meer autoriteit. Daarom zetten wij in op huisartsen" (Meneer D). "Zorg voor vertrouwen want het gaat al mis bij stap 1" (Meneer E).

- Klachtenformulier aan de muur hangen bij zorgaanbieders, dan leer je wat mensen anders willen.

Actievere benadering door zorgprofessionals en benut de kanalen in de wijk

- Huisarts zou meer tijd kunnen vrijmaken om mensen zelf te benaderen die hij lang niet gezien heeft. *'het is al tijdje gelden dat ik je je zag, ik wil je zien'. "Mevrouw x ik heb u lang niet gezien, komt u even onderzoek doen'.*
- Laat hen na een half jaar of na jaar verplicht langskomen.
- Ga werken met beloningen: als je je streefgewicht bereikt krijg je beloning van zorgverzekeraar.
- Inwoners kunnen beter bereikt worden via de kanalen die de sleutelpersonen noemen: de kerk en de moskee worden genoemd, maar ook een radioprogramma van mevrouw C, de

buurtwerkkamer van mevrouw B., het platform Hart van de K buurt van meneer A, en stichting Akwaaba en het social pact in Zuidoost (genoemd door meneer D.)

Laagdrempelig informatie aanbieden

- Vragen stellen over gezondheid en informatie ontvangen moet laagdrempeliger worden. Bijvoorbeeld door het te koppelen aan feesten en andere evenementen waar veel inwoners komen.
“We moeten niet alleen feest vieren maar bij festiviteiten ook een kraampje van slachtofferhulp of een loket over suiker, zodat mensen kunnen vrij langslopen met hun vraag. het moet meer laagdrempelig worden voor de mensen. Als de berg niet naar Mozes komt.. Evenementen niet alleen met dansen en feest vieren maar aandacht voor Lief en Leed. Er is ook heel veel leed, mensen hebben luisterend oor nodig” (mevrouw C).
- Mensen beter en persoonlijker informeren over welke zorg/preventie vergoed wordt en welke zorg niet. Ook op het moment van kiezen van een nieuwe verzekering persoonsgebonden advies geven.
“De een heeft dit nodig en de ander dat. Je moet een lijn openen waarin je de cliënt ondersteunt” (mevrouw B).
Vroeger kreeg je zo’n boekje waarin stond wat welk pakket had. Staat nu online, sommige mensen willen dat niet, willen de boekjes hebben. je hebt veel oudere mensen die geen internet hebben. Mevrouw B wil deze boekjes daarom graag voor de buurtkamer.
- Goed te vinden preventief aanbod

Anders (samen)werken

Nieuwe methodieken uitproberen in experiment samen met verzekeraar en als het werkt het uitbreiden.

- Meer samenwerking tussen de reguliere aanbieders en (migranten) instanties in de wijk en dan op een gelijkwaardige manier, investeren in de samenwerking. *“Als je iets met kerken doet moet je niet alleen info geven maar samen werken, hen ook in faciliteren in de samenwerking” (Meneer D)*
- *“Zilveren kruis of gemeente kan meer faciliteren. Bv het Social Pact Zuidoost. Daarin hebben ze dat bewust gedaan; bij de gevestigden maar ook bij kleine partijen inkopen. En laat dan maar zien! Prestatieafspraken maken, desnoods met tussentijdse afspraken zodat je de stekker er nog uit kunt trekken” (meneer D).*
- Meneer A doet van alles bottom up, hij is onderdeel van de eerste buurtorganisatie die zo te werk gaat, maar voelt zich niet gesteund door ambtenaren van de gemeente: *“Het is een gevecht”. Geef een coördinator en de vrijwilligers een kleine vergoeding: laat mensen die zich inzetten er beter van worden”.*
- Als Zilveren Kruis echt iets wil betekenen dan zou ze eisen moeten stellen aan het cultureel sensitief zijn van het aanbod.
- Beter begrijpen hoe je community based werken in de praktijk handen en voeten geeft (GGD doet nu onderzoek)
- Goede feedbackloop organiseren: actief input verzamelen voor hoe het beter kan. zolang je niet hoort wat er mis gaat kun je ook niets verbeteren.

- *“Sociale domein en de zorg moeten elkaar gaan vinden. Zorgpartner moet tijd en geld voor deze investering hebben, dat kan Zilveren Kruis financieren. Het sociale domein zou dat gesprek kunnen regelen. Samen kijken wat kan wie doen? Beter kunnen samenwerken met de ambtenaren in de stadsdelen is wel nodig” (meneer E).*

4.5 Voornaamste bevindingen op hoofdlijnen

1. Er zijn veel voorliggende sociale problemen, waardoor het verbeteren van het preventieve aanbod zelf, de bekendheid ervan of de doorverwijzing niet veel zal veranderen in het gebruik ervan. Gezondheid komt door tal van andere problemen niet of te laat aan bod. Als er meer aandacht is voor de leefwereld en dagelijkse problemen van mensen zal de zorg en preventie beter aansluiten.
2. Diverse sleutelfiguren roepen op tot een proactieve houding van professionals. Van het sociale domein, vanuit de huisarts, vanuit verzekering. Vanuit de overbelaste burger gebeurt het niet, dus moet het van de kant van de instituties komen.
3. Er zijn wel degelijk initiatieven die het sociale domein verstevigen en een brug slaan naar onder andere preventieve activiteiten. Deze lijken alleen heel lokaal bekend te zijn en niet altijd de middelen en mogelijkheden te hebben om uit te breiden.
4. Om de Ghanese inwoners te bereiken lijkt het belangrijk om in te zetten op contact en participatie, zodat zij eerder in beeld zijn en beter geïnformeerd raken over waar zij terecht kunnen. Cultuur-sensitiever werken door professionals en enige inzicht in opvattingen over ziekte en verklaringen kan daar aan bijdragen.
5. We hebben meer feedback nodig op waar het nu mis gaat (wantrouwen, bejegening) en bij welke groepen. Wat zijn dan de overeenkomsten waar ze allemaal tegen aan lopen?
6. Er lijkt gebrek aan overzicht van het preventieaanbod voor zowel burgers als professionals.
7. Sociaal domein en medisch domein weten elkaar onvoldoende te vinden.

5 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen in Zuidoost en enkele gesprekken met andere betrokkenen doen we de volgende aanbevelingen aan gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis. Niet alle aanbevelingen zijn even concreet, maar indien er draagvlak is met enkele aanbevelingen aan de slag te gaan kan dit verder uitgewerkt worden tot een concreet stappenplan.

1. **Breng zoveel mogelijk het persoonlijke contact terug in de professional-cliënt relatie.** Tijd, aandacht en echt contact maken zijn daarbij de basis: investeer in persoonsgerichte zorg en ondersteuning door alle professionals uit zowel zorg- als sociaal domein. Dit betekent onder meer aandacht voor en sociale en culturele context, geletterdheid, versterken van gezondheidsvaardigheden en het wegnemen van wantrouwen door te investeren in een vertrouwensrelatie.
 - o In hoeverre gebeurt dit al binnen Krachtige Basiszorg en wat er nodig is om deze aanpak te versterken? Verken de uitkomsten van Krachtige basiszorg (wat komt er uit de brede gesprekken tussen huisarts en patiënt naar boven) en leg dit naast de uitkomsten uit de gesprekken met bewoners in Zuid Oost, zoals weergegeven in de rapportage.
 - o Train (preventie) professionals uit het medische en sociale domein op gespreksvoering en communicatie met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, samen met beleidsmedewerkers van gemeenten. Er zijn gratis online modules beschikbaar, geaccrediteerd voor beroepsgroepen: <https://www.pharos.nl/nieuws/nieuwe-e-learning-effectieve-communicatie-in-de-zorg/>
2. **Het Achterstandsfonds voor huisartsen (AOF) en gemeente kunnen elkaar hierin ondersteunen.** Het AOF verleent subsidie aan huisartsen in wijken met relatief veel inwoners met een lage sociaaleconomisch status. Stem de inzet van gemeentelijke subsidies (sociale basis) en die van het AOF beter op elkaar af en benut elkaars netwerk en expertise.
3. **Initieer en faciliteer netwerkvorming waarbij professionals werkzaam in het sociale domein en in de zorg elkaar direct kunnen vinden** en informatie kunnen uitwisselen zodat men beter op de hoogte is van elkaars aanbod en werkwijze. Stimuleer onderlinge samenwerking, werkbezoeken en voorlichting. Sluit hiervoor aan bij het Social Pact in Zuidoost: koppel preventie en zorg hier aan (verken in hoeverre dat al gebeurt en wat het oplevert).
4. **Verbeter de communicatie en informatie over het preventie aanbod en het zorgaanbod richting bewoners** en zorg dat gevoelens van angst en onzekerheid omtrent mogelijke kosten worden weggenomen.
 - o Benut hierbij de organisaties in het sociale domein zoals de buurtwerkkamers, die informatie kunnen overdragen aan inwoners en als laagdrempelig informatiepunt functioneren.
 - o Faciliteer en ondersteun de (vrijwillige) medewerkers bij hun functie met training, voorlichting, een vraagbaakfunctie en begrijpelijk voorlichtingsmateriaal (bijvoorbeeld over de inhoud van de gemeentepolis en het aanbod in de sociale basis).
 - o Benut de adviezen uit de adviesrapportage over de gemeentepolis (opgeleverd door Pharos in 2019) over toegankelijkheid en begrijpelijkheid van de Vergoedingenwijzer.

5. **Stel als gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis criteria vast** (deze bestaan al):
 - voor de inkoop in de eerste lijn van zorg en preventie van de verzekeraar waarmee bepaald kan worden in hoeverre het aanbod toegankelijk, begrijpelijk, en passend is voor een divers publiek (checklist voor diversiteitsproof aanbod).
 - voor subsidie (tafels), aanbesteding en uitvoeringsplannen van zorg, ondersteuning en preventie van de gemeente waarmee bepaald kan worden in hoeverre het aanbod toegankelijk, begrijpelijk en passend is voor een divers publiek. Beloon welzijnsaanbieders die diversiteitsgevoelig werken

6. **Werk binnen de gemeente vanuit de beleidsterreinen Werk en inkomen en Zorg en ondersteuning samen ten aanzien van de minima:** vertrek vanuit een gedeelde visie, formuleer dezelfde ambities, maak gezamenlijke uitvoeringsplannen, hanteer dezelfde terminologie en contracteer dezelfde aanbieders.

7. **Investeer in preventie op wijkniveau (en niet op stadsniveau) en verstevig, verrijk en verbind de krachten die al in de wijk aanwezig zijn onder de inwoners.**
 - Geef actieve inwoners een duurzame rol in ontwikkelingstrajecten zoals JZOJP: organiseer een panel dat op bepaalde momenten geraadpleegd bijvoorbeeld om nieuwe ideeën te toetsen op geschiktheid voor de doelgroep en om nieuwe behoeften en ideeën te inventariseren. Betrek de bewoners in de evaluatie en in 'een lerend netwerk'.
 - Zorg dat je als gemeente in de haarvaten van de wijken aanwezig bent, en vindbaar bent voor initiatieven van onder op. Stuur binnen welzijn op een naar buiten gerichte en proactieve houding.

8. **Maak de subsidieregeling sociale basis Amsterdam voor particulieren en organisaties laagdrempeliger** (eenvoudige aanvraagprocedure) en laat inwoners mede beoordelen bij de toekenning. Dit vergroot kans op initiatieven die de inwoners ook echt bereiken en aansluiten op de leefomstandigheden van mensen.

Bronnen

Barrientos, K., Schöenberger, M. & L. Stomphorst. (2019). Strategische samenwerking Amsterdam en Zilveren Kruis/Gemeentepolis. Plan van aanpak: preventie.

Bijlage 1 Gezondheidsproblematiek in Amsterdam Zuidoost

Beknpte weergave van gegevens uit het document 'GGD Amsterdam 'Gezondheid in beeld. Resultaten gezondheidsmonitor 2016 Zuidoost'.

Problematiek die groter is in Zuidoost dan Amsterdam gemiddeld:

- Meer inwoners met chronische aandoeningen en beperkingen
- Meer overgewicht; ruim helft inwoners te zwaar
- Helft inwoners beweegt onvoldoende, 5500 inwoners willen hulp bij bewegen
- Meer psychosociale problemen
- Toename aantal inwoners dat zich ernstig eenzaam voelt
- 1 op de 7 inwoners behandeling nodig maar niet ontvangen
- Minste mensen met (zeer) goed ervaren gezondheid

Details van enkele relevante thema's:

Goede ervaren gezondheid

- 67% ervaart de gezondheid als goed of zeer goed. Dit steekt ongunstig af tov Adam als geheel.
- Deze trend is onveranderd tov 2012
- Risicogroepen (stedelijk) voor géén goede ervaren gezondheid zijn : 55+, laagopgeleid, laag inkomen, geen betaald werk (19-64 jr), niet-westerse herkomst, gescheiden of verweuwd
- Met het toenemen van de leeftijd daalt het aandeel mensen dat de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaart.
- 46% volwassenen heeft minimaal 1 chronische door arts vastgestelde aandoening (in Bijlmer-Oost is dit 50%), 23% heeft er 2 of meer. Dit is hoger dan in Adam gemiddeld
- De drie meest gerapporteerde ziekten zijn hoge bloeddruk, diabetes en gewrichtsslijtage/artrose.
- Kans op chronische aandoeningen nemen toe met de leeftijd, geen verschil tussen mannen en vrouwen
- 21% heeft beperking bij horen, zie, bewegen. Is hoger dan gemiddeld in Amsterdam. Aandeel is niet veranderd tov 2012.
- Kans op beperking neemt toe met de leeftijd en vrouwen lijken vaker een beperking te rapporteren dan mannen
- Valincidenten ouderen niet veranderd en zelfde als Amsterdam gemiddeld.

Ernstige psychische klachten

- Ernstige psychische klachten komen in Zuidoost (11%) vaker voor dan gemiddeld in Amsterdam (8%) en vooral in Bijlmer-Centrum en Bijlmer-Oost (beiden 13%). Dit cijfer is niet of nauwelijks veranderd sinds 2008.
- Verhoogd risico op ernstige psychische klachten in Zuidoost vaker bij vrouwen dan bij mannen, maar het verschil is niet significant. Er is geen verschil tussen leeftijdsgroepen. De stedelijke cijfers laten zien dat deze klachten vaker voorkomen bij inwoners met een

ongunstige sociaaleconomische positie, niet-westerse herkomst en gescheiden of verweeduwd zijn.

- Van de inwoners van Zuidoost met ernstige psychische klachten wil 39% hulp bij het verminderen van klachten, zoals stress, spanningen, angst of depressie.

Ernstige eenzaamheid, regie leven, sociaal uitgesloten

- Een vijfde van de volwassen inwoners uit Zuidoost voelt zich ernstig eenzaam, circa 12.000 mensen. Vaker dan Amsterdam gemiddeld (13%) en vooral in Bijlmer-Centrum (19%) en Bijlmer-Oost (23%) voelen relatief veel inwoners zich eenzaam
- Eenzaamheid steeg in ZO gemiddeld van 11% in 2008 naar 15% in 2012. In 2016 is dit verder toegenomen tot 19%.
- Meer eenzaamheid bij volwassenen dan bij ouderen, en meer bij mannen dan bij vrouwen
- Eenzaamheid zorgt voor een lagere kwaliteit van leven en vergroot het risico op gezondheidsproblemen.
- Sociale eenzaamheid (het gemis aan sociale contacten) komt in Zuidoost vaker voor (56%) dan emotionele eenzaamheid (het gemis aan intieme relaties; 43%).
- Van de ernstig eenzame inwoners wil 18% meer met andere mensen omgaan; 15% heeft hierbij behoefte aan ondersteuning.
- In Zuidoost (18%) voelen meer inwoners zich matig tot sterk sociaal uitgesloten dan gemiddeld in Amsterdam (8%). Ten opzichte van 2012 is het cijfer nagenoeg gelijk gebleven.
- Komt vooral voor onder mensen jonger dan 45, en in gelijke mate bij mannen en vrouwen
- 14% van de volwassen inwoners van Zuidoost ervaart weinig regie over het eigen leven. Komt in Zuidoost vaker voor dan gemiddeld in Amsterdam, percentage zelfde als in 2012.

(Mantel) zorg en hulp

- Mantelzorg wijkt niet af van stedelijk gemiddelde

1 op 7 behandeling nodig, maar niet ontvangen

- Van de inwoners van Zuidoost geeft 14% aan dat zijzelf of iemand in hun huishouden niet is behandeld voor medische of tandheelkundige klachten, terwijl dat wel nodig was.
- Een kleinere groep (3%) geeft aan dat behandeling voor psychische problemen niet heeft plaatsgevonden. Beide cijfers zijn ten opzichte van 2012 niet veranderd. Tussen mannen of vrouwen en tussen leeftijdsgroepen zijn vrijwel geen verschillen.
- Uit de stedelijke gegevens blijkt dat geen dekking vanuit de zorgverzekering, eigen risico of de eigen bijdrage belangrijkste redenen hiervoor zijn. Een lange wachttijd speelt minder vaak een rol.
- De stedelijke cijfers laten zien dat inwoners met een laag inkomen vaker aangeven dat een medische of tandheelkundige behandeling niet plaatsvond dan inwoners uit de hoogste inkomensgroep. Ook onder inwoners van niet-westerse herkomst, met een laag of middelbaar opleidingsniveau of zonder betaald werk komt dit vaker voor.
- Amsterdammers uit de laagste inkomensgroep geven relatief vaak aan dat zij geen behandeling hebben gekregen voor psychische klachten, net als Amsterdammers zonder betaald werk. Er is geen verschil naar herkomst.

Behoefte aan ondersteuning en hulp

- Bijna één op de vier (23%) inwoners van Zuidoost heeft behoefte aan ondersteuning of hulp bij het verbeteren van de eigen gezondheid, bijvoorbeeld door contact met een hulpverlener of arts, een cursus of lotgenotencontact.

- Het vaakst wil men hulp bij meer bewegen en sporten. 5.500 inwoners willen hulp bij meer bewegen

Leefgewoonten

- Percentage rokers gedaald en onder stedelijk gemiddelde
- Zwaar/overmatig drinken lager dan Amsterdamse gemiddelde behalve in Bijlmer Centrum daar is dit gelijk aan het stedelijk gemiddelde. Drink en drive is een probleem, en 44% van de mensen die te veel drinken wil minderen en 16% wil hier hulp bij.
- Harddrug gebruik is gestegen en komt overeen met stedelijk gemiddelde
- Softdrug gebruik onveranderd en komt overeen stedelijk gemiddelde
- 55% is te zwaar en 21% lijdt aan obesitas (dit zijn vaker vrouwen). Ruim de helft van de mensen met overgewicht wil afvallen en 11% wil daar hulp bij.
- 21% van de mensen met obesitas heeft diabetes, 11% van alle mensen in ZO heeft diabetes
- 48% beweegt te weinig, dit zijn vooral volwassenen 19-64 jaar, ouderen bewegen meer. Mannen voldoen vaker aan beweegnorm dan vrouwen. 11% vd bewoners wil meer gaan bewegen en daar hulp bij

Samenvatting

Wat zijn belangrijke gezondheidsissues in Zuidoost? Uit de cijfers komen duidelijk twee gezondheidsproblemen naar voren:

1. Overgewicht en daaraan gerelateerde aandoeningen: diabetes, hoge bloeddruk en artrose/gewrichtsslijtage
2. Psychosociale problemen: eenzaamheid, gevoelens van uitsluiting, stress gerelateerde klachten (angst, depressie)

Daarbij laten de cijfers voor Zuid-Oost een flink verschil zien tussen de wijken Bijlmer-Centrum en Bijlmer-Oost enerzijds en Gaasperdam/Driemond anderzijds waarbij de laatste vaak positiever scoort en het gemiddelde wat naar beneden bijstelt.