

Samenvatting

Psychische gezondheid en urbanisatie

Een onderzoek naar verschillen tussen stad en platteland en naar verschillen binnen de stad in het voorkomen van psychiatrische stoornissen

Inleiding

In dit proefschrift zijn allereerst verschillen tussen stad en platteland in het voorkomen van psychiatrische problematiek onderzocht. Ten tweede is onderzocht of het voorkomen van psychiatrische problematiek in stadsbuurten gerelateerd is aan kenmerken van die buurten.

Een bekende overzichtsstudie uit de jaren '70 naar verschillen tussen stad en platteland in het voorkomen van psychiatrische problematiek liet zien dat psychiatrische problemen in het algemeen méér voorkomen in stedelijke gebieden. Specifieke stoornissen als neuroses en persoonlijkheidsstoornissen kwamen meer voor in stedelijke gebieden, terwijl psychotische stoornissen, waaronder manisch-depressieve psychoses, meer voorkwamen in landelijke gebieden. In latere overzichtsstudies uit de periode 1981-1998 werd geconcludeerd dat psychische stoornissen iets vaker voorkwamen in stedelijke gebieden en dat specifiek depressies vaker voorkwamen. In het afgelopen decennium zijn er geen systematische overzichtsstudies gemaakt over verschillen tussen stad en platteland in het voorkomen van psychiatrische stoornissen. In dit proefschrift is een recent internationaal overzicht gegeven van studies naar verschillen tussen stad en platteland in het voorkomen van psychiatrische stoornissen. Uit deze studies zijn vervolgens de prevalentiecijfers samengenomen om zo tot één gemiddeld verhoudingscijfer te komen dat het verschil in psychiatrische problematiek tussen stad en platteland weergeeft (Hoofdstuk 4).

Grootschalige epidemiologische studies naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen onder de bevolking waarin ook de urbanisatiegraad werd betrokken zijn schaars in Nederland. In 1996 werden de eerste metingen verricht van het landelijke Nemesis-onderzoek naar psychiatrische stoornissen onder de bevolking. Deze dataset bood de mogelijkheid om het bestaan van landelijke verschillen naar urbanisatiegraad vast te stellen en om vervolgens te bezien hoe groot eventuele verschillen zouden zijn (Hoofdstuk 2). Later was een vergelijkbare studie mogelijk in Duitsland (Hoofdstuk 3).

Wanneer er verschillen in het voorkomen van stoornissen naar urbanisatiegraad kunnen worden vastgesteld, dan is de logische vraag of dit ook tot uiting komt in verschillen in het gebruik van GGZ-voorzieningen. Daarom werd met gebruikmaking van een nationale dataset met gegevens over psychiatrische opnamen, tevens verschillen in GGZ-gebruik naar urbanisatiegraad onderzocht in dit proefschrift (Hoofdstukken 5-7). Met de gepresenteerde bevindingen ten aanzien van de prevalentie onder de bevolking en het gebruik van voorzieningen kon vervolgens worden bezien in hoeverre de bestaande capaciteitsverdeling van GGZ-voorzieningen adequaat is.

De absolute verhoudingscijfers tussen stad en platteland zijn van belang voor de dagelijkse praktijk: welk deel van onze populatie ontvangt zorg of heeft een dusdanige stoornis dat professionele hulp gewenst is? Verschillen tussen stad en platteland in GGZ-gebruik en het voorkomen van stoornissen worden mogelijk deels verklaard door verschillen in bevolkingssamenstelling (verdeling naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat e.d.). Voor de verklaring van de verschillen die na correctie voor de bevolkingssamenstelling blijven bestaan – de overblijvende ‘stedelijkheidsfactor’ – zijn in dit proefschrift hypothesen aangedragen.

In het tweede deel van dit proefschrift is onderzocht of verschillen in het voorkomen van psychiatrische problematiek binnen de stad gerelateerd zijn aan buurtkenmerken. Een bekend onderzoek in Chicago liet al zien dat de hoogste concentraties van schizofrenie werden gevonden in de gebieden van de stad met de hoogste criminaliteit, werkloosheid, zelfmoordcijfers, mobiliteit en bevolkingsdichtheid. In dit proefschrift is de relatie tussen psychiatrische problematiek en buurtkenmerken onderzocht in Amsterdam (Hoofdstukken 9-11). Op deze wijze aangetoonde verbanden tussen bijvoorbeeld sociaal-economische achterstand en het voorkomen van psychische problematiek zijn weliswaar niet causaal, maar kunnen op een relatief eenvoudige wijze targetgebieden aanwijzen voor bijvoorbeeld preventieactiviteiten.

Het doel van dit proefschrift en de bijbehorende onderzoeksvragen waren de volgende:

Doelstelling 1: Het onderzoeken van het verband tussen urbanisatiegraad enerzijds en de prevalentie van psychiatrische stoornissen en het GGZ-gebruik anderzijds.

Vraag 1: Is er een verband tussen urbanisatiegraad en de prevalentie van psychiatrische stoornissen?

Vraag 2: Is er een verband tussen urbanisatiegraad en psychiatrische opnamen?

Doelstelling 2: Het onderzoeken van het verband tussen kenmerken van stadsbuurten enerzijds en depressie-symptomatologie en GGZ-gebruik anderzijds.

Vraag 3: Is er een verband tussen buurtkenmerken en depressie-symptomatologie wanneer er gecontroleerd wordt voor individuele kenmerken?

Vraag 4: Is er een verband tussen buurtkenmerken en psychiatrische opnamen?

De gevonden antwoorden op deze vragen worden hieronder opgesomd.

Resultaten

Deel 1: Verschillen tussen stad en platteland in het voorkomen van psychiatrische problematiek

Is er een verband tussen urbanisatiegraad en de prevalentie van psychiatrische stoornissen? (Vraag 1, Hoofdstukken 2-4)

Een vergelijking tussen stad en platteland van prevalentiecijfers in Nederland (Hoofdstuk 2) liet significante verschillen tussen stad en platteland zien in het totaal van alle psychiatrische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenmisbruik. De prevalentie van één of méér stoornissen was 77% hoger in de categorie van meest geürbaniseerde gemeenten in vergelijking met de minst geürbaniseerde categorie van vijf categorieën. Prevalenticijfers gecorrigeerd voor diverse variabelen varieerden ook significant naar urbanisatiegraad. Een vergelijkbare studie in Duitsland liet vrijwel hetzelfde beeld zien (Hoofdstuk 3). Er werden significante verschillen naar urbanisatiegraad gevonden in het totaal van psychiatrische stoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen. In Duitsland was de prevalentie van één of méér stoornissen 37% hoger in de categorie van meest geürbaniseerde gemeenten in vergelijking met de minst geürbaniseerde categorie van vijf categorieën. Ondanks dat de Duitse gegevens lieten zien dat geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en sociale klasse een significante rol spelen, bleef er een significant verband bestaan tussen urbanisatiegraad en de prevalentiecijfers na correctie voor deze factoren.

Een gezamenlijke analyse van data van 20 internationale studies (Hoofdstuk 4) liet zien dat de totale prevalentie van psychiatrische stoornissen gemiddeld 38% hoger is in stedelijke gebieden in vergelijking met plattelandsgebieden. De stedelijke prevalenties voor de afzonderlijke categorieën van stemmingsstoornissen en angststoornissen waren respectievelijk 39% en 21% hoger. Prevalenties voor middelenmisbruik waren niet significant hoger. De voor diverse demografische variabelen gecorrigeerde totale prevalentie van psychiatrische stoornissen en stemmingsstoornissen waren significant hoger in stedelijke gebieden (respectievelijk +21% and +28%).

Is er een verband tussen urbanisatiegraad en psychiatrische opnamen? (Vraag 2, Hoofdstukken 5-8)

In drie studies naar verschillen in psychiatrische opnamecijfers tussen stad en platteland werd een significant verband gevonden tussen het totale opnamecijfer (Hoofdstukken 5-7), evenals voor schizofrenie (Hoofdstuk 6), en affectieve psychoses, organische psychoses, overige psychoses, en neurotische en persoonlijkheidsstoornissen (Hoofdstuk 7). Het aantal opgenomen personen per 100.000 inwoners in de categorie van meest geurbaniseerde gemeenten was méér dan tweeënhalf zo hoog als in de minst geurbaniseerde categorie (Hoofdstuk 5). Opnamecijfers voor schizofrenie werden afzonderlijk onderzocht (Hoofdstuk 6). In de leeftijdsgroep van 15-34 jaar werden mannen uit de meest geurbaniseerde gemeenten 4.9 maal méér opgenomen met schizofrenie dan mannen uit de minst geurbaniseerde gemeenten. Voor vrouwen in die leeftijdsgroep was het cijfer 3.8 maal zo hoog. In de leeftijdsgroep van 35-54 jaar, waren de opnamecijfers respectievelijk 5.7 en 4.5 maal hoger voor mannen en vrouwen, en respectievelijk 2.8 en 2.4 maal hoger in de leeftijdsgroep 55 jaar en ouder. In aanvulling op de belangrijkste resultaten uit de opnamestudies: niet alleen werd gevonden dat er een significant verband is tussen urbanisatiegraad en opnamecijfers; de gemeentelijke inkomensverdeling en sterftcijfers hielden ook verband met opnamecijfers (Hoofdstuk 5). Verder werd in risicomodellen gevonden dat de burgerlijke status een sterk verband vertoonde met psychiatrische opname in het algemeen en ook met opname voor specifieke diagnosegroepen (Hoofdstuk 7). Een andere aanvullende bevinding aangaande opnamen voor schizofrenie was dat heropnamen en de duur van opname niet gerelateerd waren aan de urbanisatiegraad (Hoofdstuk 6).

Deel 2: Verschillen binnen de stad in het voorkomen van psychiatrische problematiek

Is er een verband tussen buurtkenmerken en depressie-symptomatologie wanneer er gecontroleerd wordt voor individuele kenmerken? (Vraag 3, Hoofdstuk 9)

In een onderzoek onder ouderen (Hoofdstuk 9), werd aangetoond dat sommige buurtkenmerken verband hielden met depressie-symptomatologie. In een gelaagd model, waarin ook persoonskenmerken van de ouderen werden opgenomen naast buurtkenmerken, werd echter gevonden dat alleen de persoonskenmerken significant verband houden met depressie-symptomatologie.

Is er een verband tussen buurtkenmerken en psychiatrische opnamen? (Vraag 4, Hoofdstukken 10-11)

Uit een reeks van demografische kenmerken van buurten konden twee factoren worden afgeleid: sociaal-economische deprivatie en woonkwaliteit. Beide factoren hadden een significant verband met psychiatrische opnamecijfers van buurten (Hoofdstuk 10). Na correctie voor geslacht, leeftijd en burgerlijke status, bleek

dat woonkwaliteit geen significant verband meer had met opnamecijfers terwijl het verband met sociaal-economische deprivatie bleef bestaan. Er werd ook gevonden dat er een negatief verband was tussen sociaal-economische deprivatie en de gemiddelde buurt-opnameduur (hoe groter de deprivatie, hoe lager de opnameduur) en een positief verband met de proportie heropnamen uit de buurt (hoe groter de deprivatie hoe groter de proportie heropnamen).

In een vervolgartikel (Hoofdstuk 11) werd gevonden dat sociaal-economische deprivatie en significant verband had met opnamecijfers voor de diagnosegroepen schizofrenie, andere psychotische stoornissen en neurotische stoornissen. De meest gedepriveerde buurten (verdeeld over vier categorieën) hadden een 73% hoger opnamecijfer dan de goed buurten. Opnamecijfers voor schizofrenie, andere psychotische stoornissen en neurotische stoornissen waren respectievelijk 141%, 62% en 100% hoger. Er werden geen significante verschillen gevonden voor affectieve psychoses, organische psychoses en persoonlijkheidsstoornissen.

Opnameduur vertoonde een positief verband met de sociaal-economische deprivatie ten aanzien van affectieve stoornissen, andere psychotische stoornissen, en het totaal van alle stoornissen. De proportie heropnamen vertoonde een negatief verband met sociaal-economische deprivatie ten aanzien van het totaal van alle stoornissen (hoe groter de proportie heropnamen, hoe lager de deprivatie).

Samenvattend was de eerste hoofdbevinding dat het voorkomen van psychiatrische stoornissen in de bevolking (prevalentie) en psychiatrische opnamen verband houden met de urbanisatiegraad (Hoofdstukken 2-8). Hoewel de geslachts-, leeftijds- en met name de burgerlijke statusverdeling de relatie met de urbanisatiegraad beïnvloeden, bleef het verband significant na correctie voor deze factoren. Deze bevinding was ook van toepassing voor de meeste diagnostische subcategorieën.

De tweede hoofdbevinding was dat depressie-symptomatologie-scores van oudere inwoners niet gerelateerd waren aan demografische buurtkenmerken wanneer gecorrigeerd werd voor individuele kenmerken (Hoofdstuk 9). De mate van sociaal-economische deprivatie, en de demografische variabelen gerelateerd aan dit concept, vertoonden een positief verband met opnamecijfers van buurten (Hoofdstukken 10-11).

Discussie

Een belangrijk methodologisch aandachtspunt betreffen de concepten 'stedelijk' en 'platteland'. Ten eerste zijn deze concepten relatief. Wat in sommige landen volgens het nationale statistische instituut is gedefinieerd als 'stedelijk' zou in een ander land aangeduid kunnen worden als 'platteland'. Ten tweede zijn er vele manieren waarop urbanisatiegraad wordt gemeten. Bevolkingsdichtheid wordt het meest gebruikt, maar ook de bevolkingsomvang van de gemeente of

een combinatie van demografische kenmerken worden gebruikt. Ten derde zijn er verscheidene manieren waarop urbanisatiegraad gecategoriseerd kan worden. Een eenvoudige tweedeling wordt het meest gebruikt, hoewel dit het vinden van een stad-platteland gradiënt (waarvoor méér dan twee categorieën nodig zijn) onmogelijk maakt. Een gradiënt kan namelijk wijzen op een dosisrespons relatie, wat één van de voorwaarden is voor een causaal verband. Aangezien we in dit proefschrift meestal een urbanisatiegraad verdeeld in vijf categorieën gebruikten, waren we in staat om eventueel een stad-platteland gradiënt te detecteren.

Een tweede methodologische punt van aandacht is de zogeheten 'ecologische valkuil'. Deze term refereert aan het feit dat correlatieve bevindingen op een bepaald aggregatieniveau niet direct kunnen worden toegepast op een lager aggregatieniveau, zoals het individu. Dit punt heeft betrekking op onze studies naar de relatie tussen psychiatrische opnamen uit stadsbuurten en de kenmerken van die buurten. Wanneer het percentage werklozen in een buurt significant correleert met het opnamecijfer, dan kan niet geconcludeerd worden dat het risico op opname hoger is voor de individuele werkloze. Het werkloosheidspercentage van de buurt kan in dat geval alleen gezien worden als een factor die gepaard gaat met een hoger opnamecijfer van de buurt.

Twee van de ecologische buurtonderzoeken (Hoofdstukken 10-11) lieten vrij sterke verbanden zien tussen de mate van deprivatie van de buurt en psychiatrische opnamecijfers, en deze bevinding kwam overeen met diverse andere onderzoeken in Nederland en elders. Onze buurtstudie naar depressie-symptomatologie bij ouderen (Hoofdstuk 9) liet geen significant buurteffect zien. Dit was in overeenstemming met een aantal vergelijkbare studies onder ouderen. Een verschil tussen onze studie onder ouderen en de andere twee buurtstudies in dit proefschrift was dat multi-level analyse werd gebruikt, terwijl de andere twee correlatieve studies waren. Er zijn echter ook diverse vergelijkbare multi-level buurtstudies onder ouderen waarin wél buurteffecten zijn gevonden, onafhankelijk van individuele factoren. Ondanks dit feit, kan de mogelijkheid niet worden uitgesloten dat onze correlatieve studies minder sterke buurteffecten zouden hebben laten zien, of dat er zelfs geen buurteffect zou zijn geweest, wanneer correctie voor individuele kenmerken mogelijk was geweest. Het is ook van belang rekening te houden met het feit dat ouderen een subgroep zijn binnen de buurtpopulatie, waarvoor in dit geval depressie symptoomscores niet gerelateerd waren aan algemene buurtkenmerken. Aangezien ouderen een relatief kleine subgroep zijn, lijkt het ons niet gepast de bevinding dat er bij hen geen buurteffect is gevonden, te extrapoleren naar de totale populatie van Amsterdam, die betrokken was in de andere twee buurtstudies.

Ter verklaring van variatie van psychiatrische problematiek binnen de stad en tussen stad en platteland zijn er van oudsher twee theorieën: de drift hypothese en de sociale stress-theorie. De drifthythese veronderstelt enerzijds dat zieke en

kwetsbare mensen min of meer gedoemd zijn in sociaal onstabiele, gedepriveerde buurten te blijven wonen, terwijl mensen die er fysiek en/of financieel beter voor staan wegtrekken (deze theorie staat ook bekend als de 'sociale residu-theorie'). Anderzijds kunnen sociaal gedepriveerde buurten ook een aantrekkingskracht uitoefenen op sommige mensen met psychiatrische aandoeningen, aangezien ze soms naar gebieden gaan waar er minder sociale controle is en waar er meer tolerantie is ten aanzien van afwijkend gedrag. Er is evenwel weinig bewijs voor deze 'driftprocessen'. De tweede theorie, de sociale stress-theorie, veronderstelt dat diverse omgevingsfactoren ziekte kunnen veroorzaken. Dit kunnen fysieke factoren zijn (luchtvervuiling, te kleine woonruimte, hoge bevolkingsdichtheid, geluidsoverlast), en ook sociale factoren (negatieve levensgebeurtenissen, sociale isolatie, criminaliteit). Het concept sociale cohesie, dat beschouwd kan worden als een (positieve) sociale stress factor, wordt tegenwoordig veel onderzocht. Onderzoek heeft aangetoond dat sociale cohesie een factor zou kunnen zijn die, naast andere factoren, de variatie in geestelijke gezondheid binnen de stad en tussen stad en platteland zou kunnen verklaren. Een andere bevinding met betrekking tot de sociale stress-theorie is dat in schizofrenieonderzoek diverse, mogelijk causale, perinatale factoren zijn gevonden die méér voorkwamen in dichtbevolkte gebieden, en ook in sociaal gedepriveerde gebieden. Voorbeelden zijn: infectieziekten, obstetrische complicaties, en slechte voeding.

Een andere bevinding die de sociale stress-theorie ondersteunt is de gevonden dosisrespons relatie tussen de mate van blootstelling aan een stedelijke leefomgeving voor het 15e jaar en het risico op opname vanwege schizofrenie. Samenvattend kan gesteld worden dat er vrij sterke aanwijzingen zijn dat zowel fysieke als sociale omgevingsfactoren belangrijke determinanten zijn van de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen. Gelukkig zijn er manieren om het risico op psychiatrische aandoeningen te verlagen in gebieden met een verhoogd risico. In Groot Brittannië en Noorwegen is gevonden dat door verbetering van de leefomgeving in buurten - wat resulteerde in een toename van de sociale cohesie - de algemene geestelijke gezondheid aanzienlijk verbeterde.

In Nederland vonden we in de meest geurbaniseerde gebieden een 77% hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen (Hoofdstuk 2). We vonden zelfs een 100% hoger opnamecijfer in die gebieden (Hoofdstuk 5). Deze significant verhoogde prevalentie- en opnamecijfers die we vonden in de meest geurbaniseerde gebieden en ook in gedepriveerde stadsbuurten van Amsterdam, roepen de vraag op of de huidige capaciteit aan GGZ-voorzieningen hiermee in overeenstemming is. In het discussiehoofdstuk wordt naar voren gebracht dat een stad als Amsterdam relatief méér mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen heeft, terwijl de GGZ-kosten per patiënt toch op het landelijke gemiddelde liggen. Dit is gerealiseerd doordat er onder patiënten met ernstige aandoeningen méér extramuralisatie heeft plaatsgevonden van verblijfsafdelingen naar ambulante hulp dan elders. Ondanks het feit de GGZ in een stad als Amsterdam weliswaar efficiënt lijkt te werken, zou de verdeling van middelen idealiter de variatie in veronderstelde GGZ-behoefte naar urbanisatiegraad reflecteren.