



Gezondheidsmonitor stad Antwerpen 2017

Hoofdstuk 5 Psychische en sociale gezondheid

Opdrachtgever

Stad Antwerpen / Samen Leven

Uitvoerder

Stad Antwerpen / Studiedienst / Jerry Ruys

Verantwoordelijke uitgever

Stad Antwerpen / Studiedienst

Datum

20/09/2017



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
5 Psychische en sociale gezondheid	3
5.1 Psychische gezondheidstoestand o.b.v. zelfrapportering	4
5.1.1 Slaapstoornissen	6
5.1.1.1 Resultaten Antwerpse gezondheidsenquête	6
5.1.1.2 Vergelijking Antwerpenaren – Vlamingen.....	10
5.1.2 Psychische problemen	11
5.1.3 Stress	15
5.1.3.1 Algemeen.....	15
5.1.3.2 Oorzaken van stress	19
5.2 Sociale contacten.....	23
5.2.1 Resultaten Antwerpse gezondheidsenquête.....	23
5.2.2 Vergelijking Antwerpenaren – Vlamingen.....	30
5.3 Opnames psychiatrie	31
5.4 Cliënten Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	40
5.5 Sterften ten gevolge van psychische en neurologische aandoeningen	47
5.6 Zelfdoding	52
Lijst van tabellen.....	57
Lijst van grafieken.....	57



5 Psychische en sociale gezondheid

Voor een schets van de mentale gezondheid van de Antwerpenaren maken we gebruik van de resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête. Hierin werd er gepeild naar het voorkomen van stress, slaapstoornissen en psychische problemen in het algemeen tijdens het afgelopen jaar. Bijkomend werd er gevraagd welke impact deze problemen hadden op het dagelijkse functioneren. In punt 5.1 schetsen we de resultaten hiervan en kijken we bovendien naar de oorzaken van stress. We geven ook een beeld van de frequentie van sociale contacten van de Antwerpenaar (eveneens bevraagd in de Antwerpse gezondheidsenquête), omdat we ervan uitgaan dat die een invloed hebben op het geestelijke welbevinden.

Omdat de vraag naar slaapproblemen in de nationale gezondheidsenquête op dezelfde wijze is gesteld dan in de Antwerpse enquête kunnen we de resultaten van beide surveys met elkaar vergelijken. De thema's stress en psychische problemen werden in de nationale survey anders en veel uitgebreider bevraagd. Hier is geen vergelijking van resultaten mogelijk.

Verder maken we gebruik van enkele administratieve databestanden: de registraties in de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) voor een analyse van de overlijdens van Antwerpenaren ten gevolge van psychische en neurologische aandoeningen en van het aantal zelfdodingen, de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) om een beeld te schetsen van de opnames in psychiatrie en de registraties bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). De Minimale Ziekenhuis Gegevens betreffen registraties van klassieke hospitalisaties, daghospitalisaties, ambulante spoed en pasgeborenen. De Minimale Psychiatrische Gegevens betreffen registraties van opnames in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen. De registraties bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg betreffen alle aanmeldingen en gestelde diagnoses van cliënten bij deze instellingen.

Met deze administratieve gegevens zullen we net als eerder bij de fysieke aandoeningen niet in staat zijn een volledig beeld te geven van de problematiek in Antwerpen. Een vermoedelijk groot deel van de mensen die te kampen hebben met geestelijke gezondheidsproblemen maken geen gebruik van publieke zorginstanties. Zij maken ofwel gebruik van private initiatieven, waarbij geen registratie voorzien is, of maken geen gebruik van formele gezondheidszorg. Een aantal factoren bepalen dat men niet tot de juiste zorg geraakt: financiële, sociale en culturele drempels, het niet herkennen van geestelijke gezondheidsproblemen en de aard en kwaliteit van het aanbod.



5.1 Psychische gezondheidstoestand o.b.v. zelfrapportering

In de Antwerpse gezondheidsenquête 2016 werd gepeild naar het voorkomen van stress, slaapstoornissen en psychische problemen tijdens het afgelopen jaar. Eerst bekijken we het voorkomen van deze problemen in relatie met enkele achtergrondkenmerken van de respondenten. We geven alleen resultaten weer wanneer er significante en vermeldenswaardige verschillen tussen verschillende groepen respondenten gevonden werden. Daarna gaan we na welke impact de problemen hadden op het dagelijks leven en tot slot analyseren we de oorzaken van het voorkomen van stress. Alleen voor wat betreft slaapproblemen vergelijken we de resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête met de resultaten van de nationale gezondheidsenquête (omdat er alleen betreft slaapproblemen een identieke vraagstelling was opgenomen in beide surveys).

Samengevat: **de Antwerpenaar heeft het meeste last gehad van stress (47%). Het aantal mensen dat stress, slaapstoornissen en psychische problemen ondervonden heeft is significant toegenomen.** In 1 op 5 van de gevallen blijkt stress ook een grote impact te hebben op het dagelijkse functioneren. Respondenten op beroepsactieve leeftijd (tot 54 jaar) hebben significant meer last van stress. Het werk en familiale zorgen blijken de belangrijkste oorzaken van stress te zijn. Vrouwen (35%) kampen vaker dan mannen (27%) met slaapstoornissen¹. Psychische problemen² blijken ook vaker voor te komen bij vrouwen en bij respondenten met een lage socio-economische status en respondenten met Noord-Afrikaanse en West-Aziatische roots. Meer dan 10% van deze laatste twee groepen rapporteert psychische problemen met een grote impact.

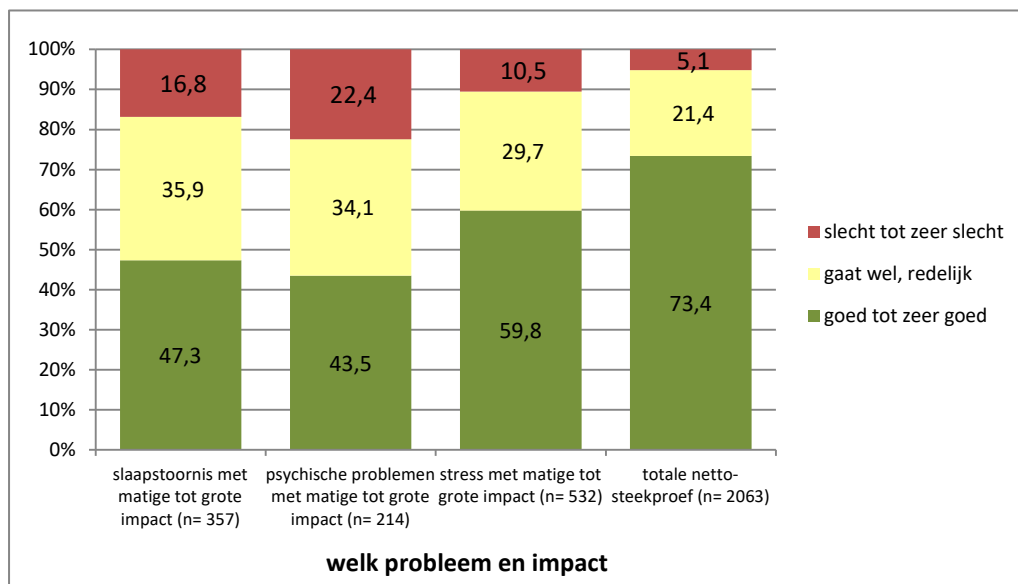
Dat deze drie problemen de algemene gezondheid ongunstig beïnvloeden kunnen we afleiden uit onderstaande grafiek, waar we het voorkomen van die problemen – ingeval ze minstens een matige impact hebben op het dagelijkse functioneren - in relatie stellen tot het oordeel van de respondent over de eigen algemene gezondheidstoestand. **Gemiddeld genomen vindt bijna 75% van alle respondenten de algemene gezondheid goed of zeer goed.** Bij de respondenten die last hebben gehad van **stress** (met minstens matige impact) is dit aandeel veel lager (**ca. 60%**). Maar in vergelijking met de mensen die slaapstoornissen of psychische problemen hebben is dit aandeel nog relatief groot. **Iets meer dan 40%** van de respondenten die **psychische problemen** (met minstens matige impact) rapporteren vindt de algemene gezondheid goed, bij de **slechte slapers** (met minstens matige impact) is dit **bijna de helft**.

¹ In de Antwerpse gezondheidsenquête werd de vraag of men het afgelopen jaar last van slaapstoornissen heeft gehad aangevuld met drie voorbeelden: niet inslapen, niet doorslapen en slaappilletje nemen.

² In de Antwerpse gezondheidsenquête werd de vraag of men het afgelopen jaar last van psychische problemen heeft gehad aangevuld met twee voorbeelden: depressie en paniekaanvallen.



Grafiek 1 Aandeel respondenten volgens subjectieve algemene gezondheid per probleem met een matige tot grote impact op het dagelijkse functioneren dat men al dan niet heeft gehad



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

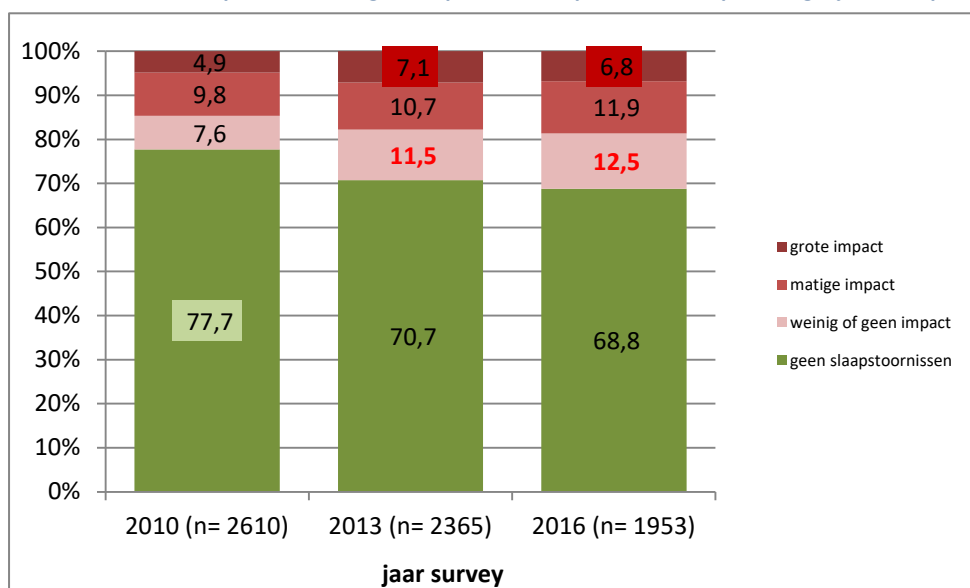


5.1.1 Slaapstoornissen

5.1.1.1 Resultaten Antwerpse gezondheidsenquête

De resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête van 2016 tonen dat 69% van de respondenten het afgelopen jaar geen slaapstoornissen heeft gehad. **Dit betekent dat 31% van de respondenten slaapproblemen heeft gehad.** Dit is een ongunstige evolutie ten opzichte van de survey van 2013, toen dit aandeel 71% bedroeg en opmerkelijk ongunstige evolutie ten opzichte van 2010, toen dit aandeel nog 78% bedroeg. Het percentage respondenten dat slaapstoornissen rapporteert **met een matige of grote impact** op het dagelijkse functioneren is toegenomen van 14% en 18% (in 2010 en 2013) tot **19%** in 2016.

Grafiek 2 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Vrouwen (35%) kampen significant vaker met slaapproblemen dan mannen (27%). Bovendien merken we dat vrouwen (21% t.o.v. 16% bij mannen) vaker slaapproblemen met een grote impact op het dagelijks leven hebben. Een ongeveer vergelijkbare ongunstige evolutie van de resultaten ten opzichte van de voorgaande surveys stellen we vast bij zowel mannen als vrouwen.

Slaapproblemen nemen toe met de leeftijd. **Van de jongste leeftijdsgroep rapporteert 17,5% (t.o.v. 31% gemiddeld) slaapproblemen. Dit aandeel neemt quasi lineair toe tot de leeftijdsgroep van 45- tot 54-jarigen (35%). Daarna stagneert dit aandeel min of meer,** maar de meeste slechte slapers vinden we bij de 75-plussers (38%). Bij de 75-plussers en 45- tot 54-jarigen zien we dat (bijna) 10% van de respondenten slaapproblemen met een grote impact op het dagelijks leven heeft. We vinden significante evoluties bij de resultaten in alle leeftijdsgroepen, uitgezonderd bij de min-25-jarigen en 65- tot 74-jarigen.

Er werden ook significante verschillen volgens socio-economische status vastgesteld. **Ongeveer 35% van de respondenten met een lage socio-economische status rapporteert slaapproblemen** tijdens het voorbije jaar. 10% van de respondenten met een lage socio-economische status rapporteert slaapproblemen met een grote impact op het dagelijkse functioneren.

Verder stellen we vast **werkloze respondenten significant vaker slaapproblemen melden (37,5%),** waarvan maar liefst 14% oordeelt dat die een grote impact hebben. Ook alleenstaanden en alleenstaande ouders hebben vaker dan gemiddeld slaapproblemen (39%), maar na controle op leeftijd blijkt dit verband bij de alleenstaanden niet langer significant.

Grafiek 3 Aandeel respondenten volgens impact van slaapproblemen op het dagelijks leven per geslacht

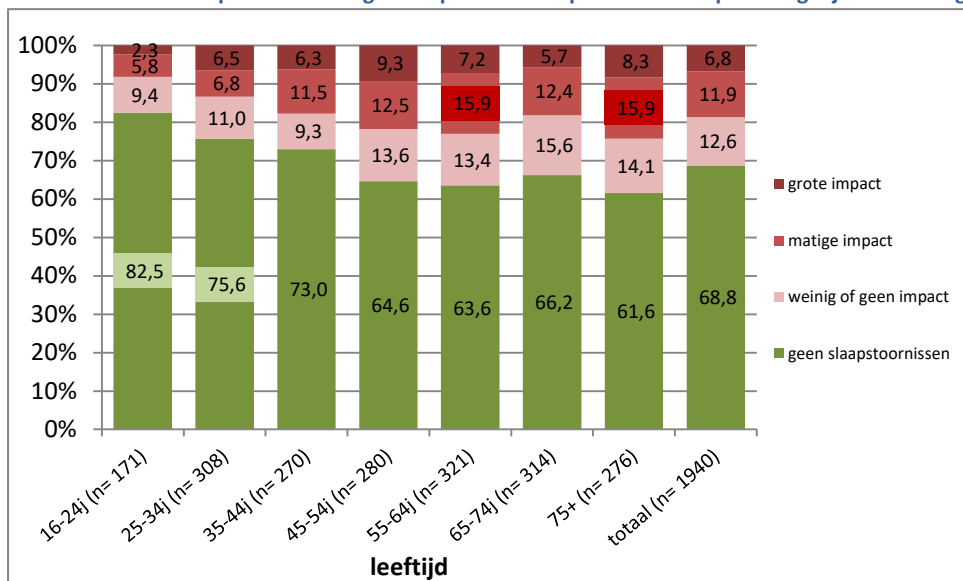


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



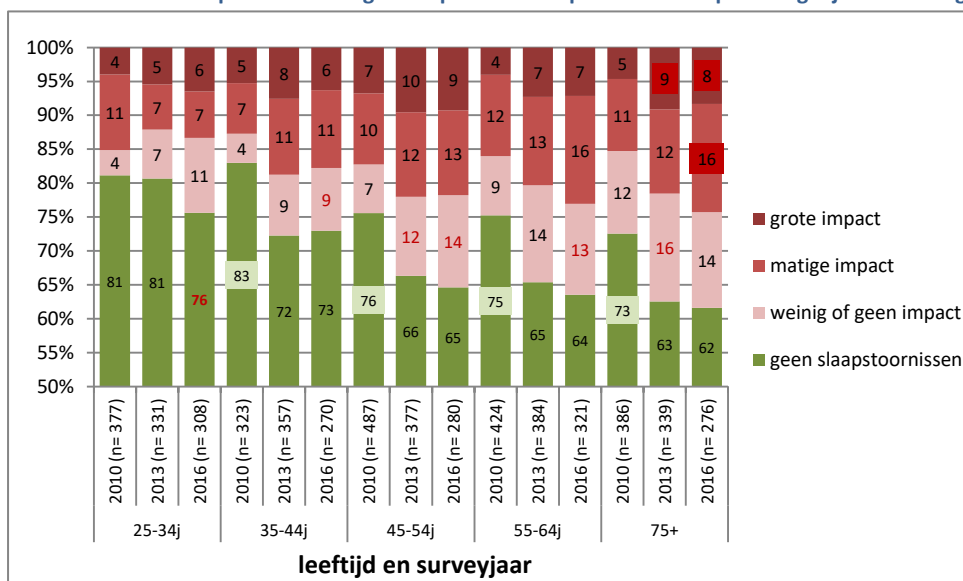
Grafiek 4 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven volgens leeftijd



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 5 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven volgens leeftijd en surveyjaar

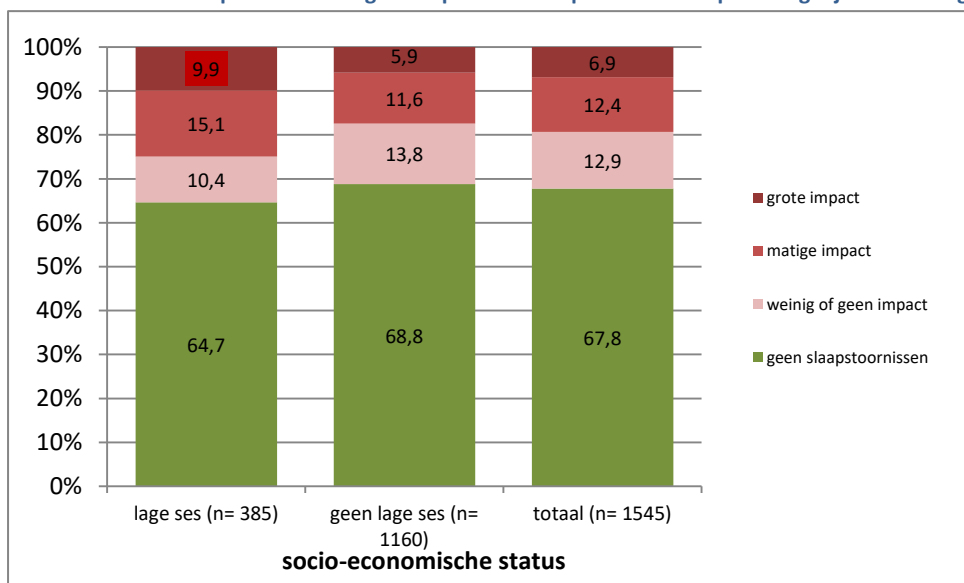


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 6 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven volgens socio-economische status



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

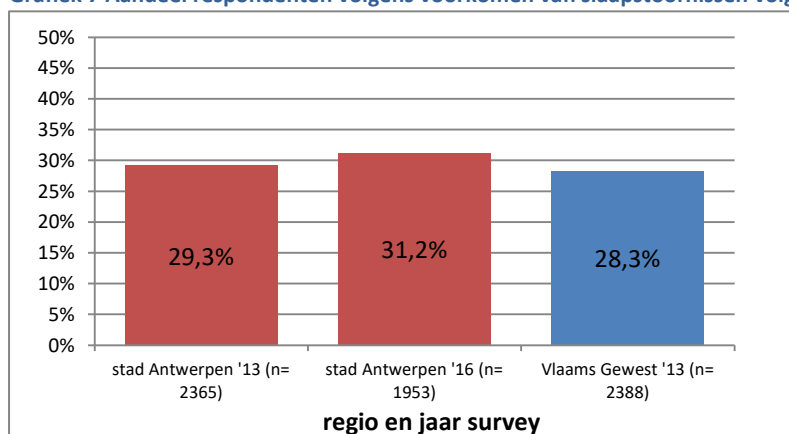


5.1.1.2 Vergelijking Antwerpenaren – Vlamingen

In 2013 kampten Vlamingen (28,3%) gemiddeld nagenoeg even vaak met slaapproblemen dan Antwerpenaren (29,3% in 2013 en 31,2% in 2016). Omdat de meest recente nationale gezondheidsbevraging van 2013 dateert, beschikken we niet over een optimale vergelijkingsbasis. Toch stellen we ook – ter volledigheid – de resultaten van 2016 in verhouding tot de resultaten voor het Vlaams Gewest van 2013.

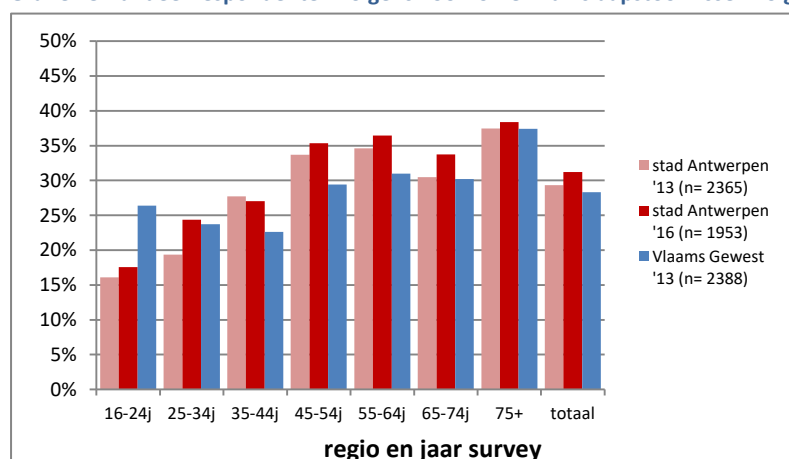
De opvallende toename van het aandeel mensen met slaapproblemen in Antwerpen zien we ook voor de Vlamingen, wanneer we de resultaten van de nationale gezondheidsenquête van 2013 vergelijken met die van voorgaande edities. We merken geen verschillen tussen Vlaamse en Antwerpse mannen en vrouwen. Wel toont grafiek 8 enkele opvallende verschillen. De Antwerpse respondenten in de jongste leeftijdsgroep melden veel minder vaak dat ze het voorbije jaar slaapproblemen hebben gehad (verschil van 10 procentpunten). Vanaf de leeftijd van 35 jaar kampen de Antwerpse respondenten vaker met slaapmoeilijkheden. Bij de Antwerpse en Vlaamse 65-plussers stellen we ongeveer even grote percentages slechtslapers vast. Het percentage slechte slapers neemt ook toe met de leeftijd.

Grafiek 7 Aandeel respondenten volgens voorkomen van slaapstoornissen volgens woonplaats



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2013 en 2016 ; Nationale gezondheidsenquête 2013
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 8 Aandeel respondenten volgens voorkomen van slaapstoornissen volgens leeftijd en woonplaats



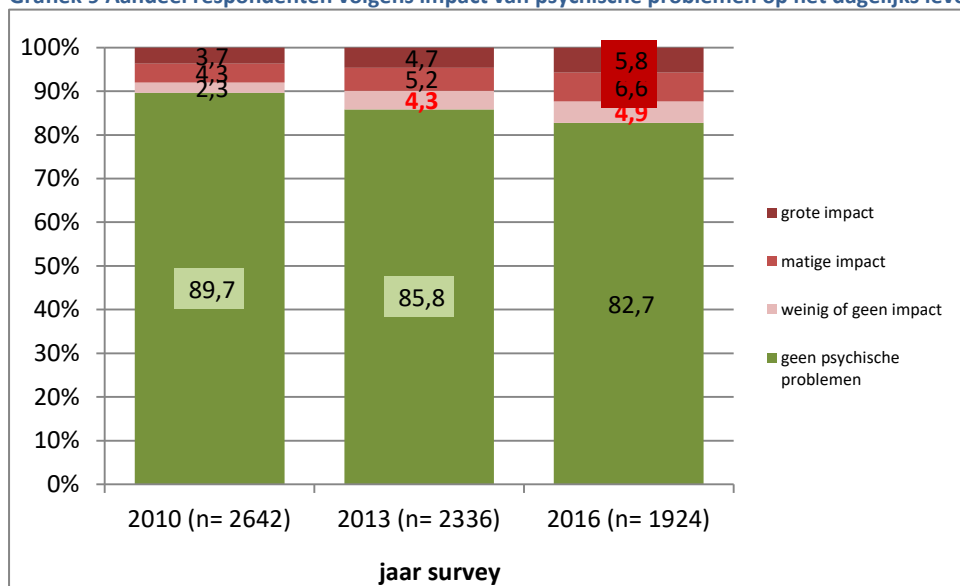
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2013 en 2016 ; Nationale gezondheidsenquête 2013
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



5.1.2 Psychische problemen

De resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête van 2016 tonen dat 83% van de respondenten het afgelopen jaar geen psychische problemen heeft gehad. Dit betekent dat ruim 17% van de respondenten psychische problemen heeft gehad. Dit is een ongunstige evolutie ten opzichte van de surveys van 2010 en 2013, waarbij dit aandeel respectievelijk 10% en 14% bedroeg. Het percentage respondenten dat psychische problemen rapporteert met een matige of grote impact op het dagelijkse functioneren is toegenomen van 8% en 10% (in 2010 en 2013) tot 12,5% in 2016.

Grafiek 9 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Vrouwen (20%) kampen significant vaker met psychische problemen dan mannen (14%). Bovendien neemt het verschil tussen mannen en vrouwen toe in vergelijking met de resultaten uit beide voorgaande surveys, hoewel ook het aandeel mannen dat psychische problemen rapporteert significant is toegenomen (maar in een minder sterke mate dan bij de vrouwen). Bij de vrouwen stellen we vast dat 15% het afgelopen jaar psychische problemen heeft gehad met een matige tot grote impact op het dagelijkse functioneren (t.o.v. 10% bij de mannen).

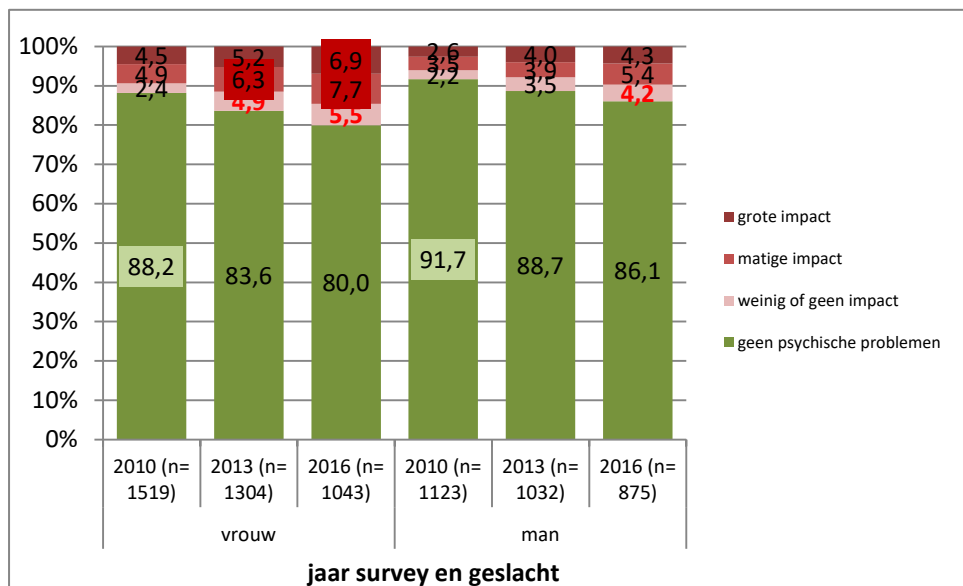
Autochtonen rapporteren significant minder vaak psychische problemen. Vooral bij de respondenten die afkomstig zijn uit West- en Zuid-Europa, Noord-Afrika en West-Azië is het aandeel personen dat psychische problemen rapporteert - in het bijzonder wanneer die een matige tot grote impact hebben - duidelijk groter dan gemiddeld. Zo kampte bijna 12% van de Noord-Afrikaanse en West-Aziatische respondenten met psychische problemen met een grote impact. We moeten hierbij wel vermelden dat het aantal respondenten bij deze subgroepen relatief klein is om de resultaten te extrapoleren. Dit geldt nog meer voor de Oost-Europese respondenten en respondenten uit ander niet-Europese landen. Er bestaat een sterk verband tussen het ervaren van psychische problemen en socio-economische status. **25% van de respondenten met een lage socio-economische status zegt het afgelopen jaar psychische problemen te hebben gehad** (t.o.v. 15% bij de overige respondenten).

Het aandeel mensen met psychische problemen neemt toe met de leeftijd tot de leeftijdsgroep van **45 tot 54 jaar**. In deze leeftijdsgroep ervaaarde **bijna 25%** het voorbije jaar **psychische problemen** en bijna 20% van hen meldt daarbij dat deze problemen een matige tot grote impact hebben. Tussen de leeftijd van 25 en 54 jaar tellen we ook de meeste respondenten met psychische problemen die daarbij een grote impact op het dagelijkse leven voelen. Bij de 25- tot 34-jarigen geeft bijna 10% aan dat ze dergelijke problemen hebben gehad met een grote impact. Vanaf de leeftijd van 55 jaar rapporteert een beduidend kleiner aandeel respondenten psychische problemen. We vinden bovendien significante **ongunstige evoluties bij de resultaten in de leeftijdsgroepen tussen 25 en 54 jaar**, maar niet bij de jongere en oudere leeftijdsgroepen (daar stellen we ook een ongunstige evolutie maar de verschillen zijn niet significant). Grafiek 13 toont ons die ongunstige evolutie in deze drie leeftijdsgroepen.

Slechts 10% van de gepensioneerde en/of bruggepensioneerde respondenten had het afgelopen jaar psychische problemen (een significant positieve afwijking t.o.v. het gemiddelde van 17%), terwijl dit aandeel bij de **werklozen (32%)** significant groter is dan gemiddeld. Respondenten die samenwonen – gehuwd of niet – met een partner maar geen inwonende kinderen hebben rapporteren significant minder vaak psychische problemen (14%), terwijl **alleenstaande ouders** significant vaker dergelijke problemen melden (22%). Bijna 20% van de alleenstaande ouders had psychische problemen met een matige of grote impact.

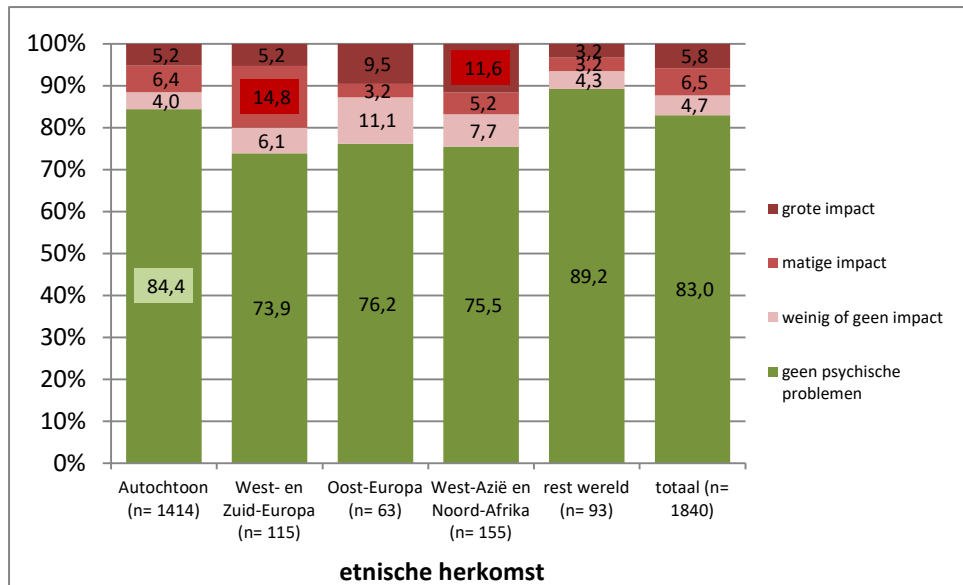


Grafiek 10 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven per surveyjaar, volgens geslacht



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

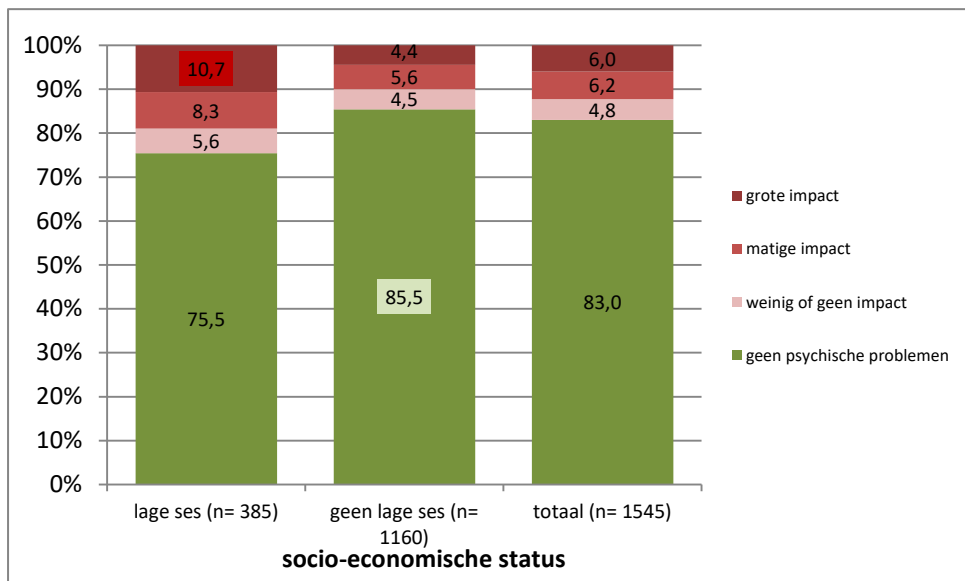
Grafiek 11 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



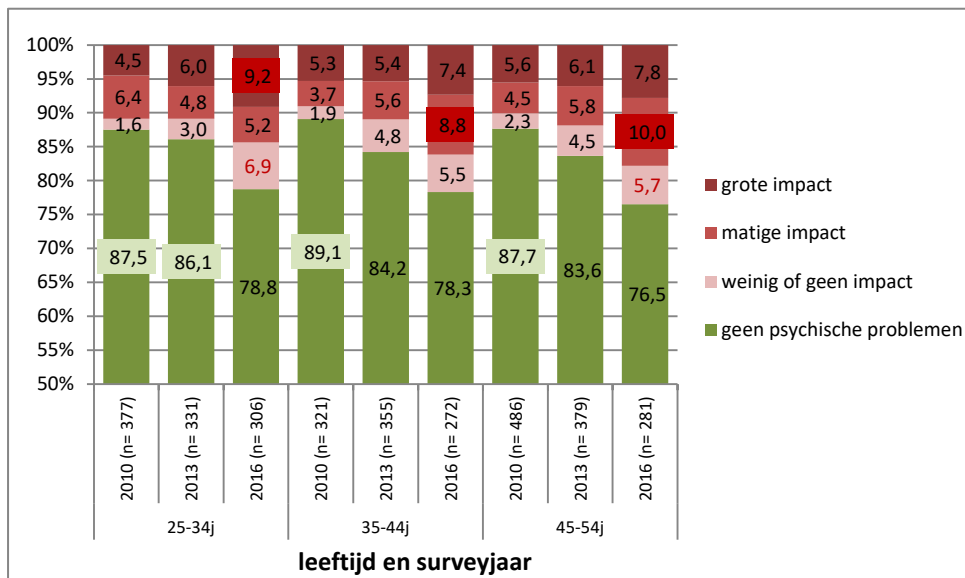
Grafiek 12 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven volgens socio-economische status



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 13 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven volgens leeftijd en surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

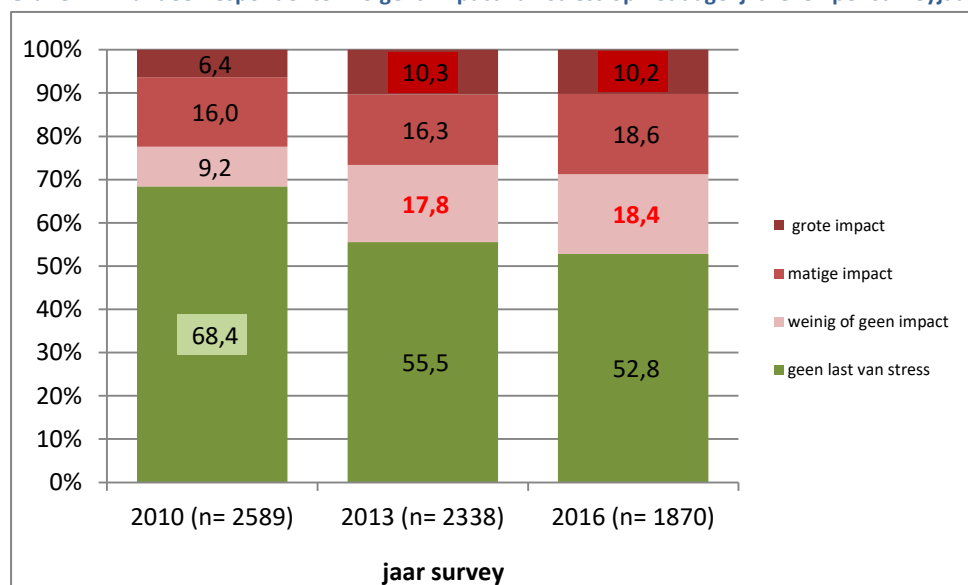


5.1.3 Stress

5.1.3.1 Algemeen

De resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête van 2016 tonen dat 53% van de respondenten het afgelopen jaar geen last van stress heeft gehad. **Dit betekent dat 47% van de respondenten last van stress heeft gehad.** Dit is opnieuw een ongunstige evolutie ten opzichte van de survey van 2010, waarbij dit aandeel bijna 32% bedroeg. Significante verschillen met de resultaten uit de survey van 2013 werden niet gevonden. **Het percentage respondenten dat last van stress rapporteert met een matige of grote impact op het dagelijkse functioneren bedraagt 29%.**

Grafiek 14 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Vrouwen (52%) hebben significant vaker last van stress dan mannen (42%). 33% van de vrouwen heeft last gehad van stress met een matige tot grote impact op het dagelijks leven. Bij de mannelijke respondenten bedraagt dit aandeel bijna 23%. Een ongeveer vergelijkbare ongunstige evolutie van de resultaten ten opzichte van de voorgaande surveys stellen we vast bij zowel mannen als vrouwen.

We zien ook grote verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Globaal genomen worden de respondenten in de leeftijdsgroepen **tussen 25 en 54 jaar** het vaakst met stress geconfronteerd. Ruim **meer dan de helft** van hen zegt het voorbije jaar last te hebben gehad van stress. **Bij de 25- tot 34-jarigen is dit zelfs 65% van de respondenten. In die leeftijdsgroep kampt 36% van de respondenten met stress die een matige tot grote impact heeft. In de leeftijdsgroep van 35 tot 54 jaar is dit zelfs meer dan 40%.** Tot de leeftijd van 64 jaar meldt in elke leeftijdsgroep 10% of meer van de respondenten stress met een grote impact op het dagelijks leven. Vanaf de leeftijd van 55 jaar neemt het aandeel mensen met last van stress terug af. Bij de 75-plussers rapporteert nog 20% van de respondenten last van stress. Uitgezonderd bij de jongste leeftijdsgroep is het aandeel respondenten dat last van stress rapporteert in elke leeftijdsgroep significant toegenomen in vergelijking met de editie van 2010.

Respondenten met West- of Zuid-Europese roots (16%) en vooral de van herkomst West-Aziaten en Noord-Afrikanen (25% t.o.v. 10% gemiddeld) rapporteren significant vaker last van stress met een grote impact. We moeten hierbij wel vermelden dat het aantal respondenten bij deze subgroepen relatief klein is om de resultaten te extrapoleren. Dit geldt nog meer voor de Oost-Europese respondenten en respondenten uit ander niet-Europese landen.

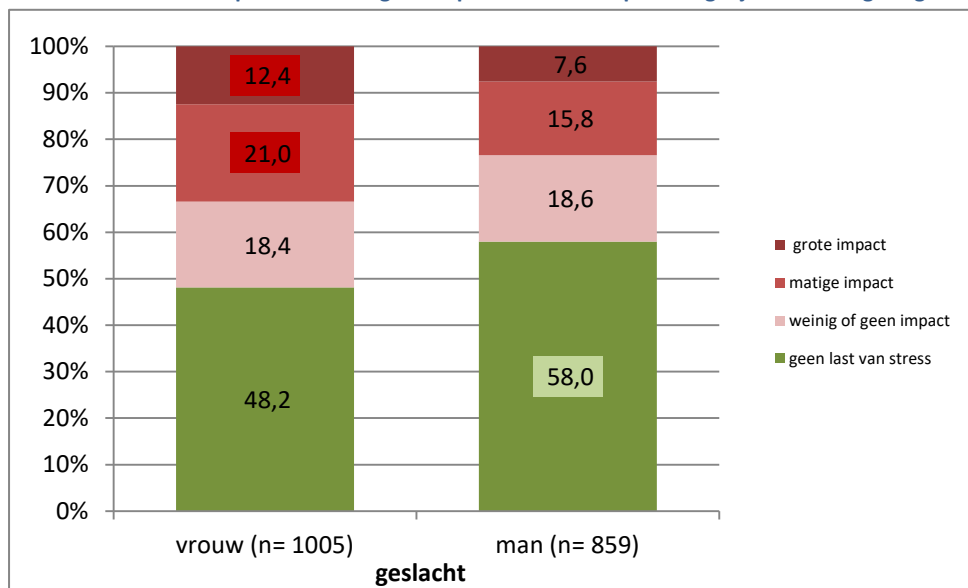
Er bestaat een sterk verband tussen het ervaren van stress en socio-economische status. **Met name het rapporteren van stress met een grote impact op het dagelijkse functioneren gebeurt verhoudingsgewijs veel vaker bij respondenten met een lage socio-economische status. Bijna 18% van de respondenten met een lage socio-economische status zegt het afgelopen jaar last te hebben ondervonden van stress die een grote impact heeft op het dagelijkse functioneren (t.o.v. 8% bij de overige respondenten).** Last van stress met een matige of weinig of geen impact wordt vaker gerapporteerd bij de respondentenzonder lage socio-economische status. 35% van de respondenten met een lage socio-economische status had het afgelopen jaar last van stress met een matige tot grote impact (t.o.v. 29% gemiddeld).

Respondenten met een beperkte scholingsgraad hebben vaker geen last van stress. Significante verschillen stellen we vast tussen respondenten met een diploma hoger onderwijs en de andere respondenten. **Bijna 58% van de hoogopgeleiden had het afgelopen jaar last van stress en 34% had last van stress met een matige tot grote impact.** Niet-actieven kampen veel minder vaak met stress (20% van de (brug)gepensioneerden en 44% van de huisvrouwen/-mannen). Dit geldt in mindere mate ook voor arbeiders. Vooral bedienden, ambtenaren (70%) en kaderleden (61%) kampen significant vaker dan gemiddeld met stress. Last van stress met een grote impact op het dagelijkse functioneren wordt significant vaker vermeld door werklozen (20%) en bedienden (12%) en ambtenaren (13%) (t.o.v. 10% gemiddeld).

Tot slot vermelden we nog dat **alleenstaande ouders vaker met stress kampen (60%)** en dat het aandeel dat stress ondervindt met een grote impact (17,5% t.o.v. 10% gemiddeld) op het dagelijkse functioneren en stress met een matige tot grote impact (41% t.o.v. 29% gemiddeld) veel groter is dan gemiddeld.



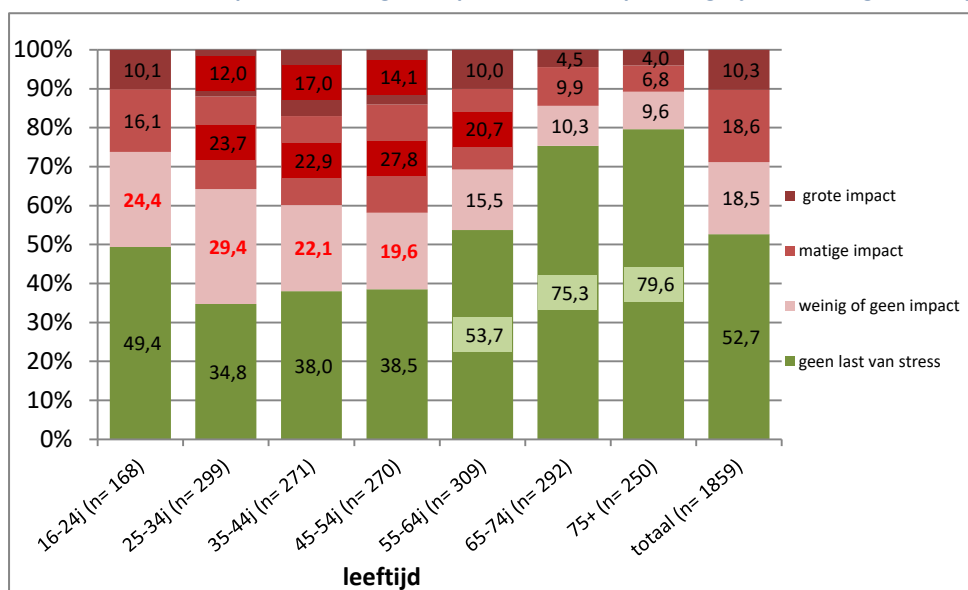
Grafiek 15 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens geslacht



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 16 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens leeftijd

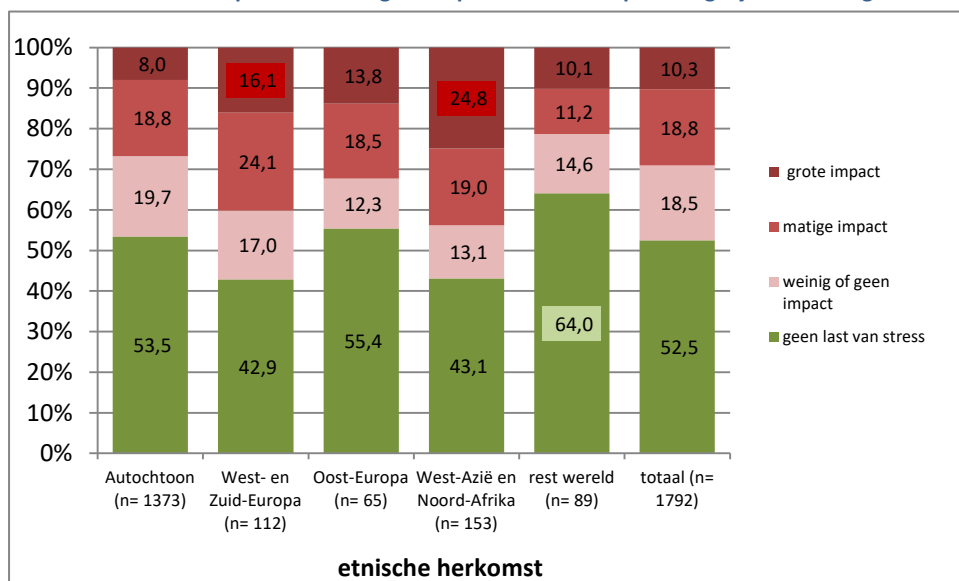


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 17 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 18 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens socio-economische status



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

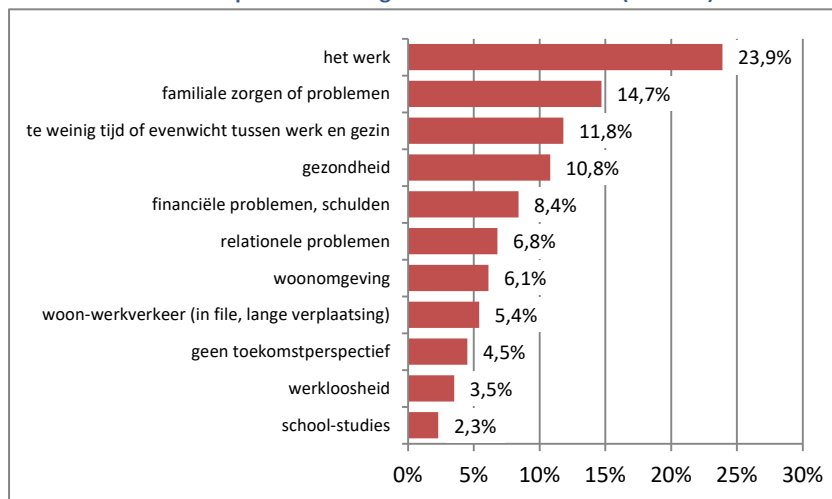
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



5.1.3.2 Oorzaken van stress

Bij een analyse van de oorzaken van stress zien we dat **het werk (24%) en familiale zorgen of problemen (15%) de twee meest genoemde oorzaken** zijn. 11% van de respondenten had het afgelopen jaar last van stress ten gevolge van de gezondheid en een quasi even groot aandeel van de respondenten noemde als oorzaak van die stress te weinig tijd/te weinig evenwicht werk-gezin. Alle oorzaken van stress werden vaker gerapporteerd dan bij de gezondheidsenquête van 2010. Ten opzichte van de resultaten van 2013 zien we een meer gedifferentieerd beeld. Hierbij onthouden we vooral dat **het aandeel mensen met stress ten gevolge van het werk, het evenwicht tussen werk en gezin en het woon-werkverkeer relatief sterk is toegenomen** ten opzichte van de survey van 2013. In 2016 meldde respectievelijk 24% (t.o.v. 21% in 2013), 11,8% (t.o.v. 10,3% in 2013) en 5,4% (t.o.v. 4% in 2013) van de respondenten dat ze last van stress hadden ten gevolge van het werk, het evenwicht tussen werk en gezin en het woon-werkverkeer.

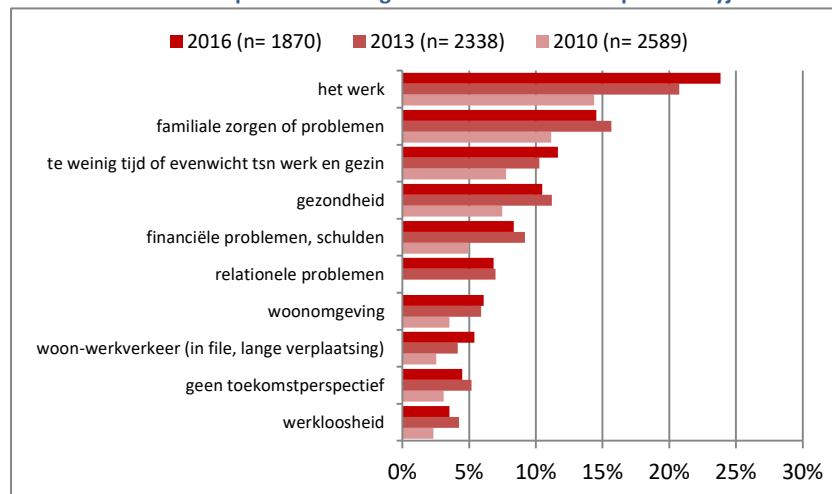
Grafiek 19 Aandeel respondenten volgens oorzaak van stress (n= 1870)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 20 Aandeel respondenten volgens oorzaak van stress per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2010, 2013 en 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



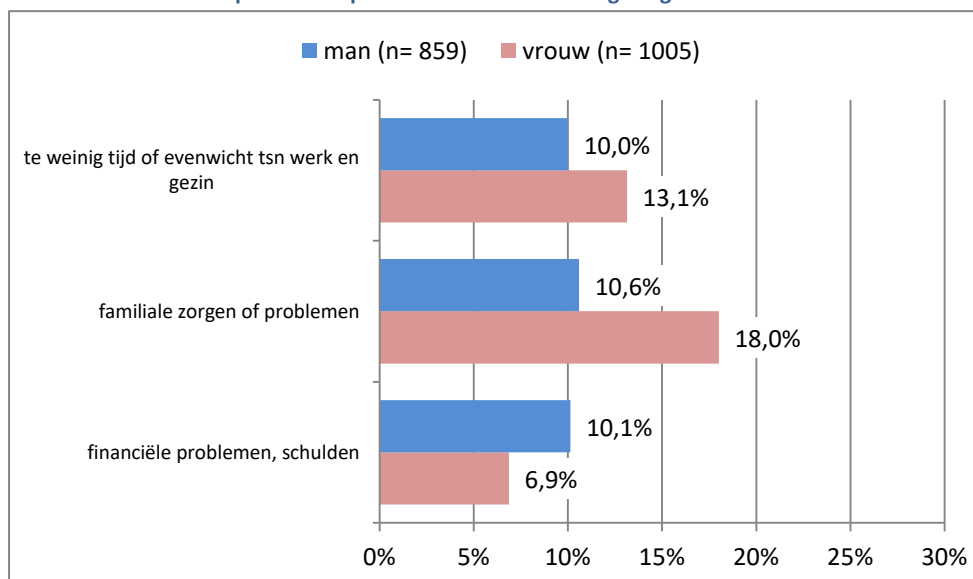
In grafiek 21 worden alleen de oorzaken van stress weergegeven waarbij er een significant verschil tussen vrouwen en mannen werd gevonden. **Vrouwen melden vaker dat ze last van stress hebben gehad ten gevolge van te weinig tijd of evenwicht tussen werk en gezin (13% t.o.v. 10% bij mannen) en familiale zorgen of problemen (18% t.o.v. 10,6% bij mannen).** Mannen melden vaker dat ze last van stress hebben gehad tengevolge van schulden/financiële problemen (10% t.o.v. 7% bij vrouwen).

In grafiek 22 worden alleen de oorzaken van stress weergegeven waarbij er een significant verschil werd gevonden tussen respondenten met en respondenten zonder lage socio-economische status. **Respondenten met een lage socio-economische status rapporteren veel vaker financiële problemen/schulden (18% t.o.v. 5,3%), gezondheid (20% t.o.v. 8%), de woonomgeving (12% t.o.v. 4%), werkloosheid (10,6% t.o.v. 1,6%) en geen toekomstperspectief (9,5% t.o.v. 2,5%) als oorzaak van stress.** Ook familiale zorgen en problemen worden duidelijk vaker door hen vermeld als veroorzaker van stress (19,6% t.o.v. 14%). Respondenten zonder lage socio-economische status rapporteren significant vaker het werk (29% t.o.v. 14%) en te weinig tijd of evenwicht werk-gezin (13,7% t.o.v. 6,3%) als stressfactor.

Significante verschillen vinden we ook bij de actieve leeftijdsgroepen van 25 tot 54 jaar. **In de leeftijdsgroep van 35-tot 54-jarigen geeft ongeveer 40% van de respondenten aan last van stress te hebben gehad omwille van het werk.** Bij de groep van 25 tot 34 jaar gaat het om bijna 1 op 2. Ook rapporteert men in deze laatste leeftijdsgroep veel vaker evenwicht werk-gezin (25%), relationele problemen (11%), financiële problemen/schulden (14%) en woon-werk-verkeer (12%) als oorzaak. Maar ook de 35- tot 44-jarigen rapporteren bijna net zo vaak deze oorzaken als stressfactor. Daarbovenop is het aandeel respondenten met stress omwille van familiale problemen bij deze leeftijdsgroepen ook groter dan gemiddeld. 24% van de 16-tot 24-jarigen vermeldt spontaan school of studies als stressfactor.

Respondenten met een betaalde job uit de verschillende beroepsgroepen rapporteren alle vaker dan gemiddeld stress ten gevolge van het werk. Ook klagen zij vaker over stress omwille van te weinig tijd, uitgezonderd arbeiders. **Werkzoekenden kampen veel vaker met stress omdat ze geen toekomstperspectief hebben (12%), financiële problemen hebben (18%) of omwille van de situatie van werkloosheid (31%). Ook geven zij veel vaker familiale zorgen (22%) als stressfactor aan.** Gehuwden of samenwonende partners met (thuiswonende) kinderen hebben significant vaker last van stress omwille van te weinig tijd (20%) en het werk (33%). Alleenstaande ouders vermelden vaker relationele problemen (11%) als oorzaak van stress. Alleenstaande ouders melden daarenboven vaker te weinig tijd / evenwicht werk-gezin (15%) en familiale zorgen (21%) als oorzaak.

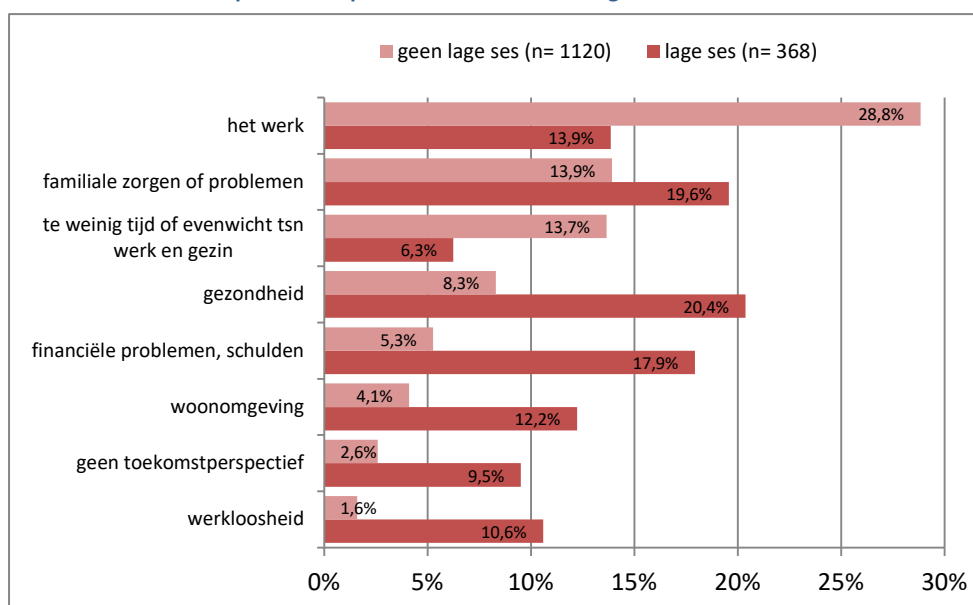
Grafiek 21 Aandeel respondenten per oorzaak van stress volgens geslacht



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 22 Aandeel respondenten per oorzaak van stress volgens socio-economische status



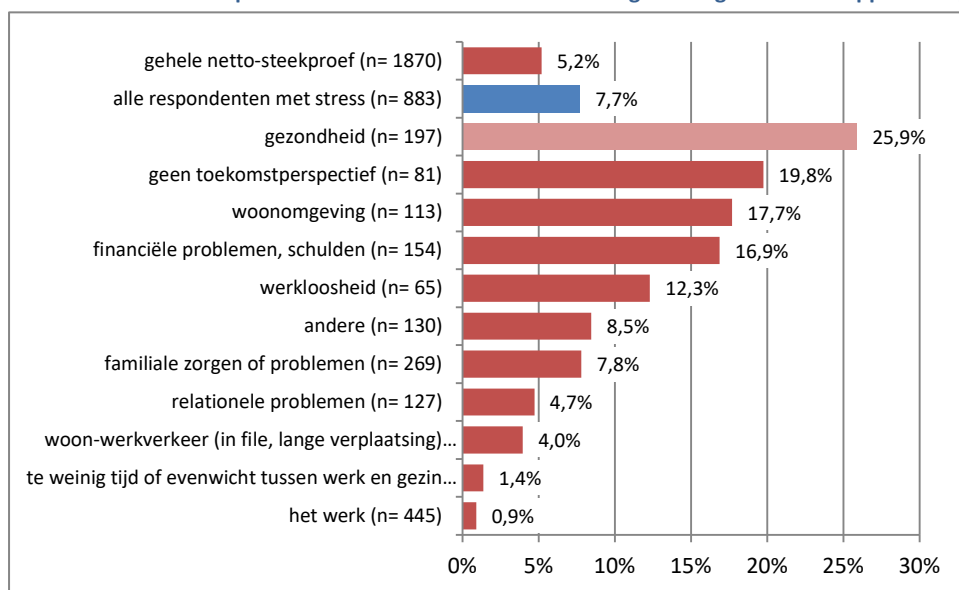
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



In de Antwerpse gezondheidsenquête werd de respondenten ook gevraagd om zelf hun algemene gezondheid te beoordelen. Onderstaande grafiek toont ons het percentage van de respondenten die de eigen algemene gezondheid slecht of zeer slecht beoordeelt per groep van respondenten, ingedeeld volgens oorzaak van stress. Zo lezen we in de grafiek dat exact 883 respondenten last van stress hebben gemeld en dat 7,7% van hen de algemene gezondheid als slecht of zeer slecht ervaart (t.o.v. 5,2% voor de gehele Antwerpse netto steekproef). Zo lezen we ook dat 197 respondenten de gezondheid als oorzaak van stress hebben vermeld en dat bijna 26% van die groep respondenten de algemene gezondheid als slecht of zeer slecht beoordeelt. Het is duidelijk dat de personen die werk gerelateerde stress (te weinig tijd, evenwicht gezin-werk, het werk op zich) kennen veel minder vaak aangeven een slechte of zeer slechte gezondheid te hebben (4% of minder). Respondenten die stress ondervinden omwille van een gebrek aan toekomstperspectief, de omgeving waarin ze wonen, financiële problemen of schulden en werkloosheid rapporteren veel vaker een slechte of zeer slechte gezondheid. Het gaat telkens om percentages die schommelen tussen 12% en 20% (!). Deze bevindingen bevestigen opnieuw de **relatie tussen gezondheid en de sociaal-maatschappelijke positie** waarin men zich bevindt. **Kwetsbare groepen zoals werkzoekenden, slecht gehuisvesten en lage inkomensgroepen - die door hun situatie stress ervaren - evalueren hun algemene gezondheid veel vaker slecht.**

Grafiek 23 Aandeel respondenten dat slecht tot zeer slechte algemene gezondheid rapporteert per oorzaak van stress



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



5.2 Sociale contacten

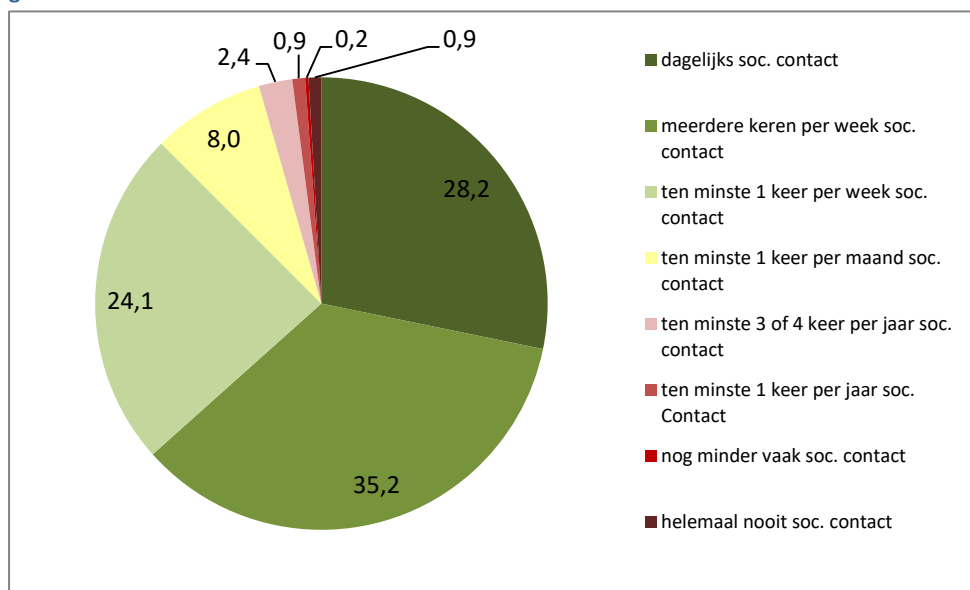
Mensen zijn sociale wezens die nood hebben aan sociale contacten. Niet iedereen heeft evenveel behoefte aan menselijke contacten of hechte relaties, maar toch mogen we stellen dat een gebrek aan sociale contacten een negatieve invloed heeft op het psychisch welbevinden.

5.2.1 Resultaten Antwerpse gezondheidsenquête

In hoofdstuk 3 onderzochten we reeds het verband tussen de frequentie van sociale contacten en de subjectieve algemene gezondheid. Op basis van de resultaten van de gezondheidsenquête konden we niet vaststellen dat er een verband bestaat tussen beide variabelen. Bivariate analyse toont wel een verband tussen beide variabelen aan, maar de causaliteit van dit verband is echter niet eenduidig te interpreteren, omdat ook een slechte gezondheid – al dan niet gepaard gaand met een verminderde mobiliteit – de kansen op sociale contacten sterk kan inperken.

De grote meerderheid van de Antwerpenaren heeft meerdere keren per week sociaal contact met vrienden, familie of kennissen. Ongeveer 12% van de respondenten heeft minder dan 1 keer per week dergelijke sociale contacten. **Bijna 5% van de respondenten heeft minder dan 1 keer per maand zo'n sociale contacten. 2% is sterk sociaal geïsoleerd en heeft maximaal 1 keer per jaar sociaal contact buiten het eigen gezin.**

Grafiek 24 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

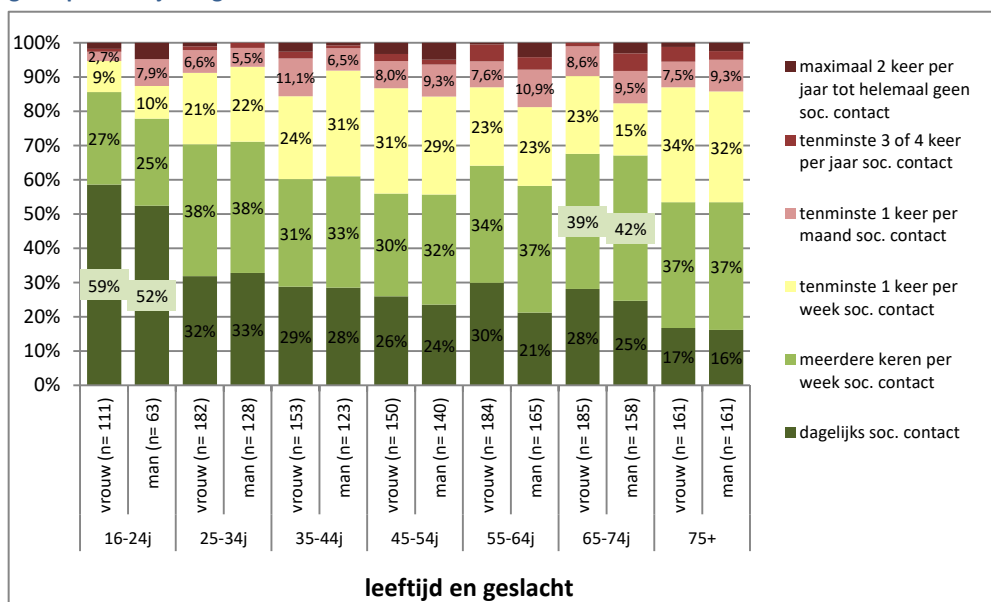
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



In onderstaande grafiek hebben we de drie laagste frequentie categorieën samengevoegd tot één categorie en herbenoemd tot 'maximaal 2 keer per jaar tot helemaal niet'. Dat de frequentie van sociale contacten groter is bij de jongere leeftijdsgroepen wekt geen verbazing. In de jongste leeftijdsgroep zien we dat 85% van de vrouwen meerdere keren per week sociale contacten heeft. Bij de mannelijke min-25-jarigen is dit bijna 80%. Tot de leeftijdsgroep van 45-54 jaar neemt dit aandeel af. Opvallend is ook dat de jonggepensioneerden (65- tot 74-jarigen) vaker meerdere keren per week sociale contacten hebben dan de jongere leeftijdsgroepen.

In de tweede onderstaande grafiek tonen we – omwille van de betere leesbaarheid - alleen de drie laagste frequentie categorieën (samengevoegd tot één categorie) en de categorie 'ten minste 3 of 4 keer per jaar'. In de meeste leeftijdscategorieën blijken **mannen vaker dan vrouwen sociaal geïsoleerd** te zijn. Terwijl **gemiddeld genomen 2% van de respondenten maximaal 2 keer per jaar sociaal contact** heeft, loopt dit aandeel op tot 5% bij mannen in de leeftijdsgroepen 16-24 jaar en 45-54 jaar.

Grafiek 25 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin per leeftijd en geslacht

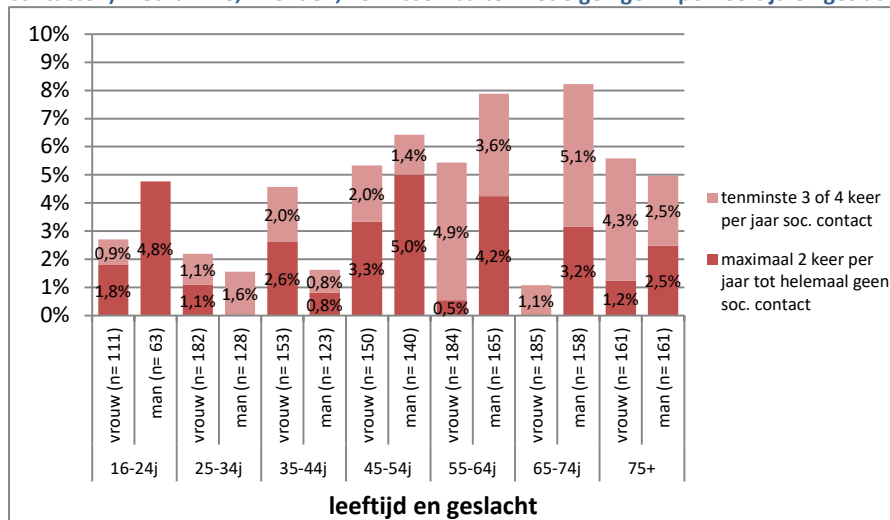


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 26 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentiecategorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin per leeftijd en geslacht



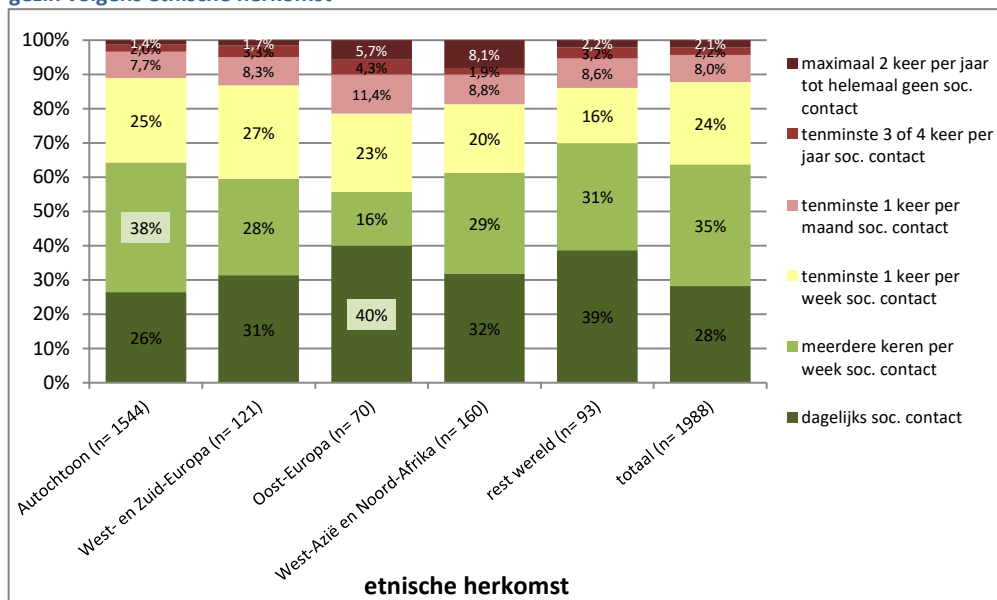
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016,
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



In onderstaande grafiek hebben we de drie laagste frequentie categorieën samengevoegd tot één categorie en herbenoemd tot 'maximaal 2 keer per jaar tot helemaal niet'. We stellen vast dat Oost-Europese en niet-Europese respondenten vaker dagelijks sociale contacten hebben dan autochtonen. **Ruwweg heeft evenwel ongeveer een even hoog aandeel van de respondenten van allochtone origine meerdere keren per week sociaal contact dan de autochtonen.** We moeten er wel bij vermelden dat het aantal respondenten in de afzonderlijke subgroepen van allochtone respondenten enigszins beperkt is en hierdoor voorzichtig moeten zijn met een extrapolatie van de resultaten.

In de tweede onderstaande grafiek tonen we opnieuw alleen de drie laagste frequentie categorieën (samengevoegd tot één categorie) en de categorie 'ten minste 3 of 4 keer per jaar'. Hoewel ruwweg dus een even hoog aandeel van de respondenten van allochtone origine meerdere keren per week sociaal contact heeft, **zien we dat het aandeel met heel weinig sociaal contact bij bepaalde deelgroepen van hen significant groter is.** Zo zien we dat 8% van de Noord-Afrikaanse en West-Aziatische respondenten en bijna 6% van de Oost-Europese respondenten hoogstens twee keer per jaar sociale contacten heeft.

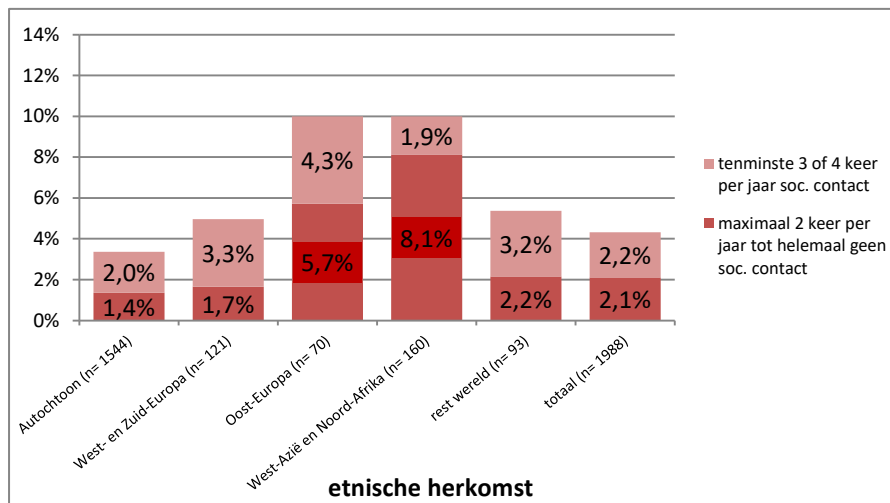
Grafiek 27 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016,
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 28 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentiecategorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016

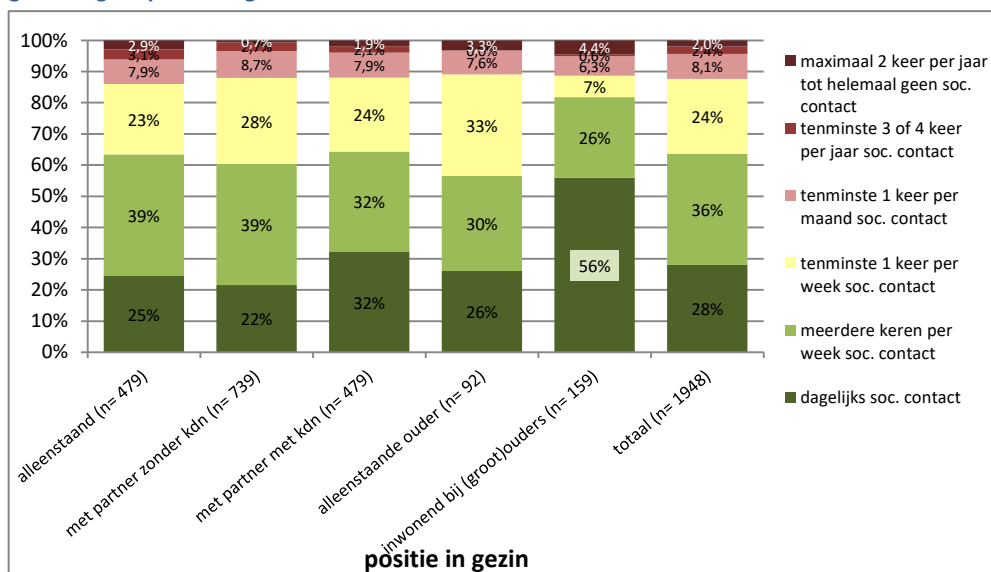
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



In onderstaande grafiek hebben we de drie laagste frequentie categorieën samengevoegd tot één categorie en herbenaemd tot 'maximaal 2 keer per jaar tot helemaal niet'. Het aandeel respondenten dat dagelijks sociale contacten heeft is significant groter bij de respondenten die bij de ouders inwonen.

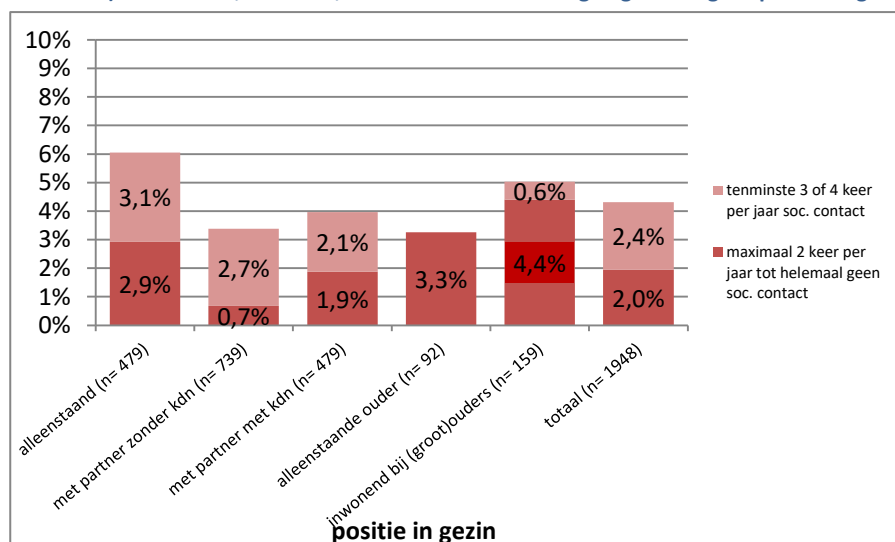
In de tweede onderstaande grafiek tonen we opnieuw alleen de drie laagste frequentie categorieën (samengevoegd tot één categorie) en de categorie 'ten minste 3 of 4 keer per jaar'. Alleenstaanden en alleenstaande ouders zijn vaker sociaal geïsoleerd maar de verschillen ten opzichte van de andere subcategorieën zijn niet significant. Respondenten die inwonen bij de ouders hebben wel significant vaker (bijna) helemaal geen sociale contacten.

Grafiek 29 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens positie in gezin



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 30 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens positie in gezin



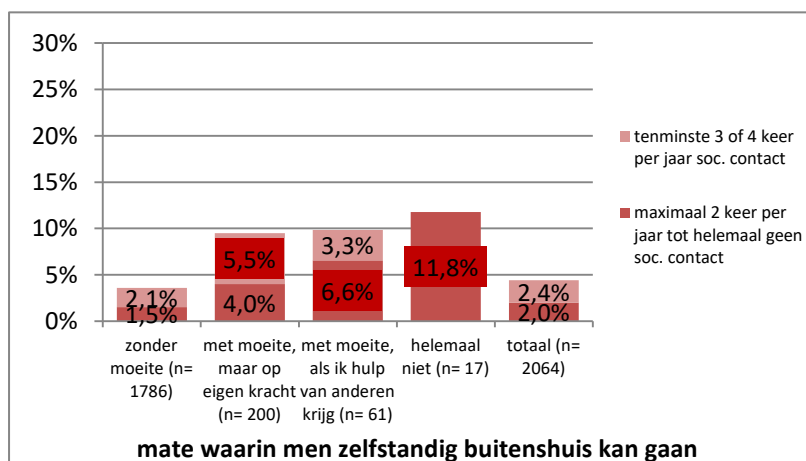
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Wanneer we ook vaststellen dat een beperking van de zelfstandige mobiliteit een grote invloed heeft op de frequentie van sociale contacten, dan weten we dat het welbevinden van zowel ouderen als mindermobiele mensen onder druk komt te staan. **Er bestaat een significant en zeer zichtbaar verband tussen de mate waarin men zelfstandig buitenshuis kan gaan en de frequentie waarmee men in contact komt met vrienden, familie of kennissen buiten het eigen gezin.** Van de respondenten die geen mobiliteitsproblemen ondervinden heeft maar 3,5% minder dan maandelijks sociaal contact buiten het eigen gezin. Het verschil met de minder mobiele respondenten is groot. Ruwweg 10% van hen heeft geen maandelijks sociale contacten.

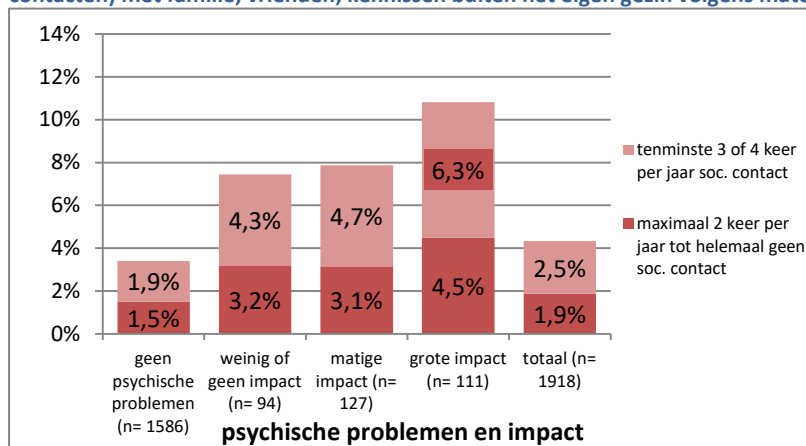
We kunnen niet zeggen in welke mate (een gebrek aan) sociale contacten psychische problemen in de hand werkt of in welke mate psychische problemen ervoor zorgen dat mensen minder vaak vrienden of familie opzoeken. Maar we kunnen wel aantonen dat er een significant verband tussen beide bestaat. Globaal genomen kunnen we uit onderstaande grafiek afleiden dat **mensen met psychische problemen minder sociale contacten hebben** en dat **mensen die omwille van dergelijke problemen een grote impact voelen op hun dagelijks leven nog minder vaak sociale contacten hebben.**

Grafiek 31 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens mate waarin men zelfstandig buitenshuis kan gaan



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 32 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens mate waarin men psychische problemen ervaart



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

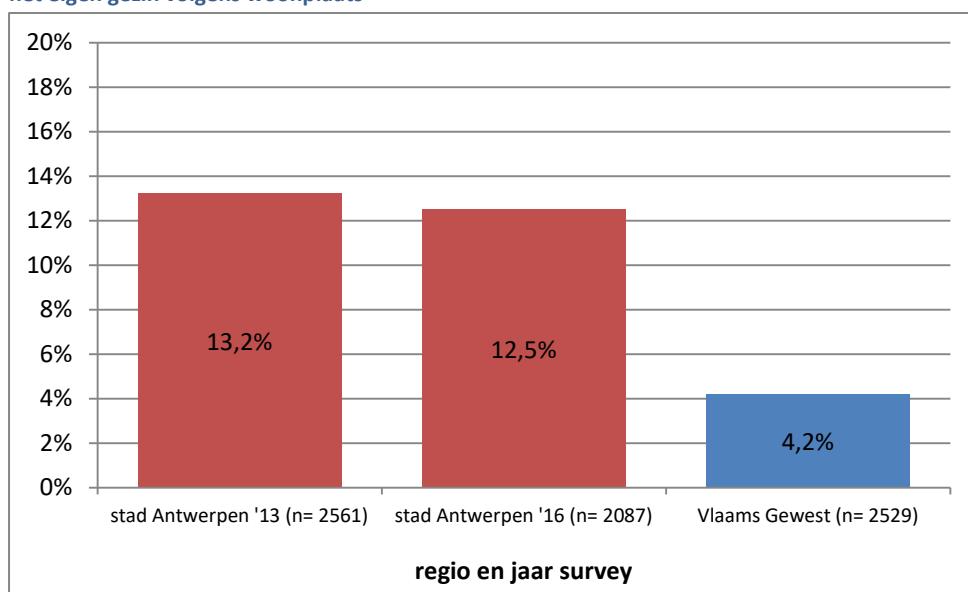


5.2.2 Vergelijking Antwerpenaren – Vlamingen

In de vragenlijst van de nationale gezondheidsenquête werd dezelfde vraag naar de frequentie van sociale contacten gesteld, maar hier werden de frequentiecategorieën anders bepaald. We kunnen de resultaten van de Antwerpse en nationale gezondheidsenquête niet met elkaar vergelijken voor wat betreft mensen die meer dan wekelijks sociale contacten buiten het gezin hebben, maar we kunnen wel – door het samenvoegen van enkele frequentiecategorieën – het aandeel respondenten vergelijken dat relatief weinig dergelijke sociale contacten heeft.

Het lijkt erop dat het aandeel mensen in Antwerpen dat sociaal meer geïsoleerd leeft een pak groter is dan gemiddeld in Vlaanderen. **Terwijl 13% van de Antwerpse respondenten minder dan 1 keer per week sociale contacten buiten het gezin heeft, bedraagt dit aandeel bij de respondenten uit het Vlaams Gewest slechts 4%.**

Grafiek 33 Aandeel respondenten dat minder dan wekelijks sociale contacten heeft met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens woonplaats



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête 2016 & Nationale gezondheidsenquête 2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



5.3 Opnames psychiatrie

De meest recente beschikbare gegevens van de Minimale Psychiatrie Gegevens dateren van 2013. Het **aantal hospitalisaties van Antwerpenaren in 2013** in een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis, een initiatief voor beschut wonen of een psychiatrisch verzorgingstehuis **bedraagt 4.621**. Dit is het hoogste aantal sinds deze gegevens beschikbaar werden gesteld. In de periode 2000-2004 daalt het aantal opnames. Vanaf 2005 zien we opnieuw een geleidelijk stijgende trend, die alleen in 2007 en 2010 wordt onderbroken. Wanneer we echter het aantal opnames in relatie stellen tot het bevolkingsaantal (dat elk jaar is toegenomen), dan zien we sinds 2005 een quasi stabilisering van het aantal gehospitaliseerde Antwerpenaren rond 9 opnames per 1.000 inwoners (zie grafiek 35). Enkele uitzonderingen buiten beschouwing gelaten schommelt het aantal opnames van Antwerpenaren doorheen de jaren tussen 8,5 en 9,5 per 1.000 inwoners. Bij Vlamingen stellen we wel een stelselmatige lichte stijging van het aantal opnames per 1.000 inwoners vast. Bij hen evolueert het aantal opnames per 1.000 inwoners quasi lineair van 7,8 opnames per 1.000 inwoners in 2000 naar 8,9 opnames per 1.000 inwoners in 2013. Als gevolg van bovenvermelde trends zien we dat het **duidelijke verschil betreft het aantal opnames per 1.000 inwoners tussen Antwerpenaren en Vlamingen in het begin van de jaren 2000** (in 2000: 9,6 opnames/1.000 inw. voor Antwerpen t.o.v. 7,8 opnames/1.000 inw. voor Vlaanderen) **sinds 2007 nagenoeg is verdwenen**. Meer dan 38% van de opnames van Antwerpenaren betreft een opname in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, 59% betreft een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Wanneer **berekend over een periode van 10 jaar** (periode 2004-2013, zie grafiek 37), dan werden er **84,4 Antwerpenaren per 1.000 inwoners opgenomen** in een van de vier bovenvermelde psychiatrische zorgvormen. Dit aantal varieert naargelang de leeftijd. De beroepsactieve leeftijdsgroepen (20-59 jaar) scoren boven dit gemiddelde, in tegenstelling tot de niet-beroepsactieve leeftijdsgroepen. Voor Vlaanderen komen er per 1.000 inwoners evenveel opnames voor. Mannen (88,7 opnames/1.000 inw.) worden vaker opgenomen dan vrouwen (80,2 opnames/1.000 inw.). Een groot deel van de opnames betreft patiënten die niet beroepsactief zijn. **Slechts ongeveer 15% van de opnames betreft mensen die voltijds of deeltijds werken**. Een grote groep patiënten wordt gevormd door invaliden/mindervaliden, zij maken 27% uit van het totaal aantal opnames.

De **meest voorkomende hoofddiagnoses zijn alcoholmisbruik en depressie**. Het gaat bij alcoholmisbruik om bijna 19% van de opnames; bij depressies betreft het bijna 15%. Ook psychotische stoornissen (9%), schizofrenie (9%), aanpassingsproblemen³ (8,5%) en druggebruik (7%) zijn diagnoses die vaak aan de grondslag liggen van een opname. Er zijn weinig verschillen tussen opnames van Antwerpenaren en Vlamingen. Enkel **depressies nemen bij Vlamingen (19% van de opnames t.o.v. 14,9% bij Antwerpenaren) een nog prominentere plaats in dan bij Antwerpenaren**. Bij Antwerpenaren zien we dan weer meer opnames ten gevolge van psychotische stoornissen en schizofrenie.

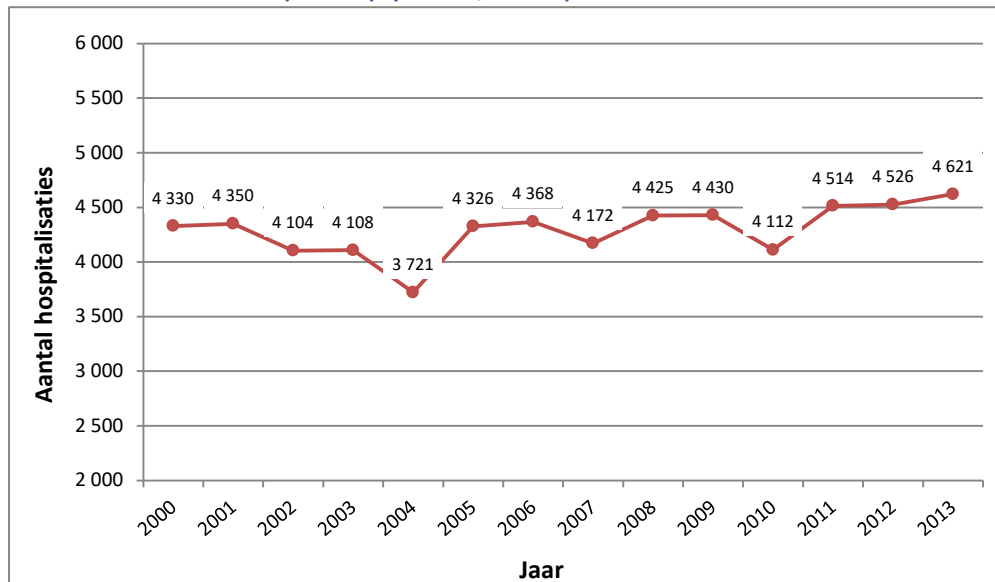
Er zijn enkele verschillen naar geslacht en leeftijd. **Bij de mannen zijn er meer die opgenomen worden voor alcohol- en drugmisbruik en schizofrenie. Bij vrouwelijke patiënten zien we dan weer meer opnames omwille van depressies en aanpassingsstoornissen**. We zien dat depressies een belangrijkere plaats innemen naargelang patiënten ouder worden. Bij de 80+ers betreft het 36% van de patiënten. Kinderen worden dan weer meer opgenomen voor aandacht- en gedragsstoornissen en autisme. Alcoholmisbruik is een diagnose die meer gesteld wordt bij patiënten op beroepsactieve leeftijd. Vooral bij 40- tot 59-jarigen is het aandeel patiënten met deze

³ Met aanpassingsproblemen wordt in de psychologie verwezen naar problemen of bezorgdheden die ontstaan als gevolg van veranderende levensomstandigheden. Dit kan bijvoorbeeld gaan over problemen bij de integratie in een samenleving die sociaal, cultureel of religieus sterk verschilt van de opvattingen, waarden en normen zoals die beleefd werden in een andere samenleving. Het kan ook gaan over problemen die ontstaan als gevolg van veranderingen in de sociale en individuele levensgeschiedenis, zoals aanpassingen bij het einde van de beroepsloopbaan of het verlaten van het ouderlijke huis van de kinderen. Ook gezondheids- en mobiliteitsproblemen ten gevolge van het verouderingsproces kunnen voor aanpassingsproblemen zorgen.



diagnose uitermate groot (29%). Bij de 20- tot 39-jarigen is het aandeel patiënten met een diagnose alcoholmisbruik en een diagnose drugmisbruik even groot (12,5%). In deze leeftijdsgroep is het aandeel diagnoses schizofrenie en psychotische stoornis ook duidelijk groter dan bij de overige leeftijdsgroepen.

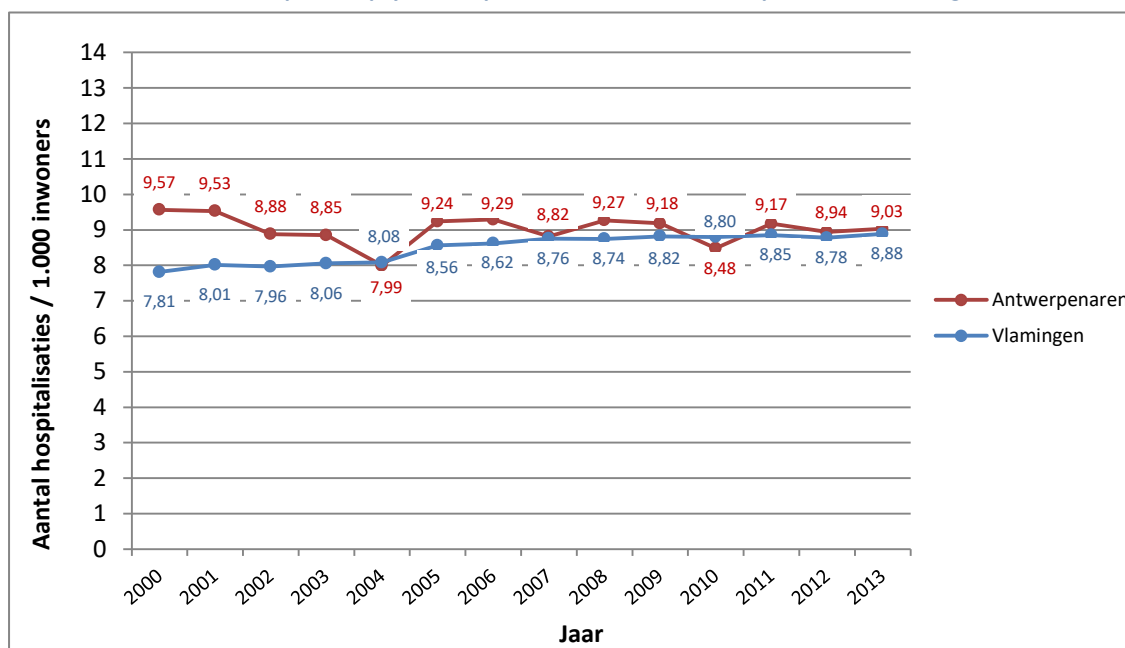
Grafiek 34 Evolutie aantal opnames psychiatrie, Antwerpenaren



Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2000-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 35 Evolutie aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners, Antwerpenaren en Vlamingen



Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2000-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



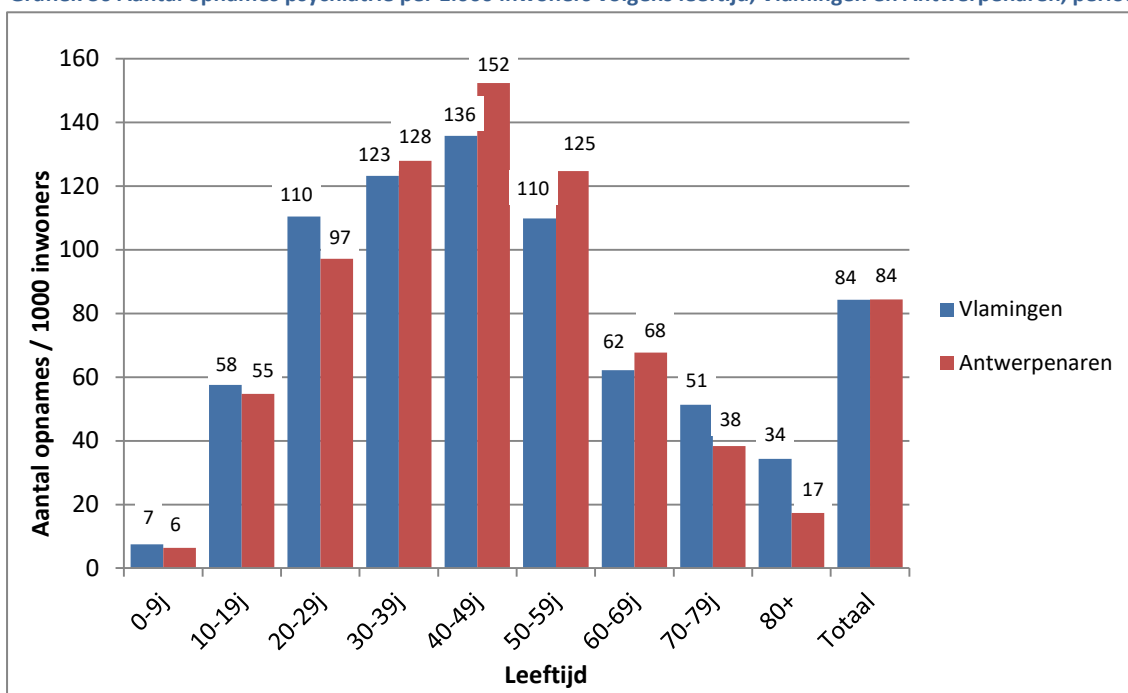
Tabel 1 Aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen volgens type instelling, Antwerpenaren

Type	aantal opnames	%
Initiatief voor beschut wonen	74	1,6%
Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis	1 773	38,4%
Psychiatrisch verzorgingstehuis	31	0,7%
Psychiatrische ziekenhuis	2 743	59,4%
totaal	4 621	100,0%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2013

Bewerking door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 36 Aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners volgens leeftijd, Vlamingen en Antwerpenaren, periode 2004-2013

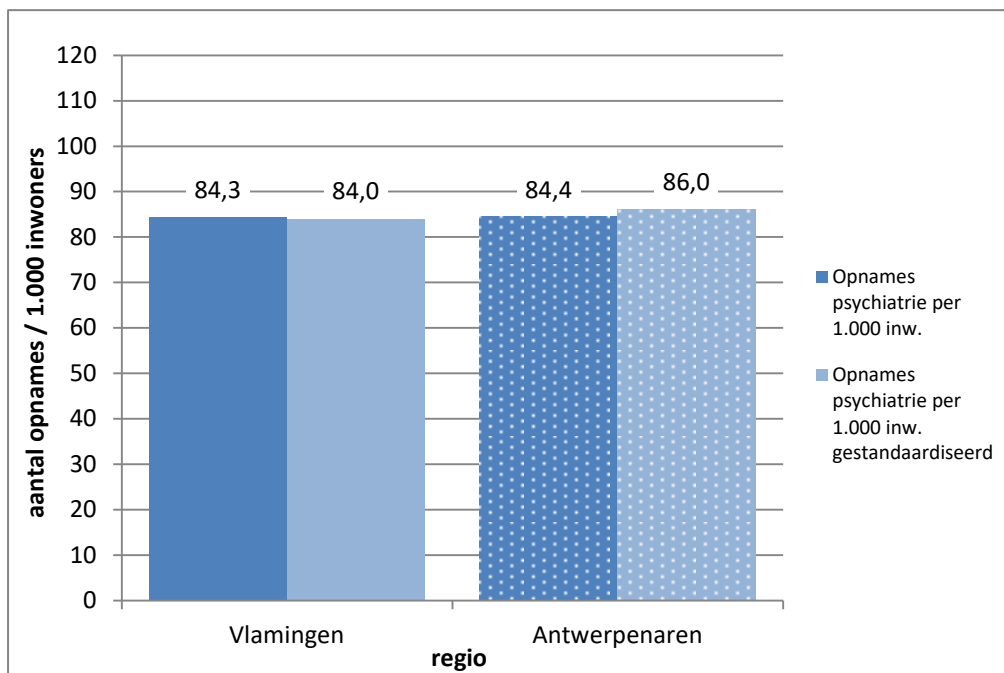


Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2004-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



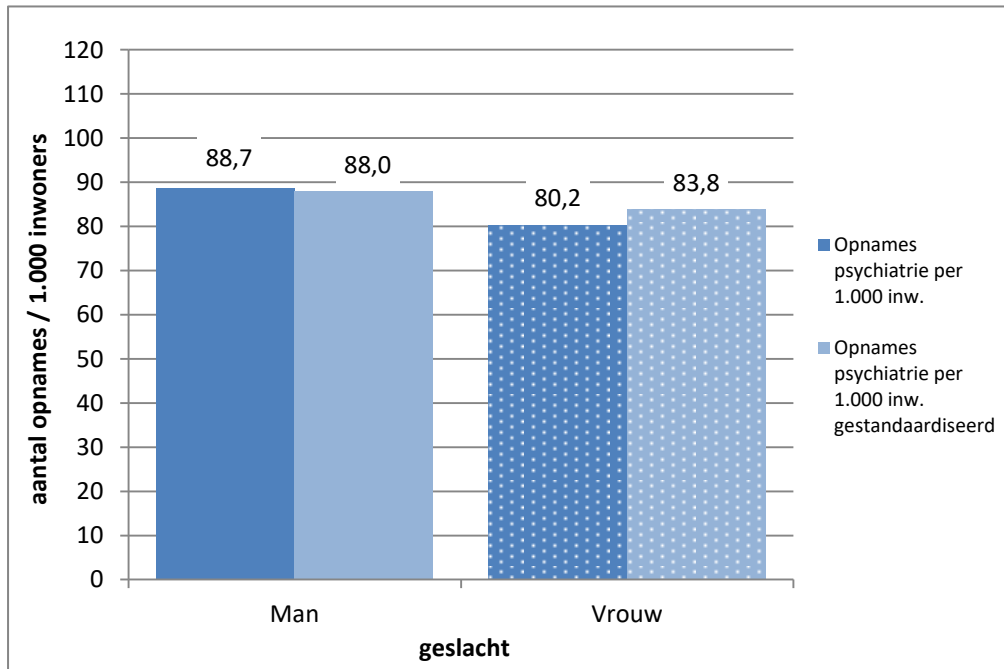
Grafiek 37 Aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners, Vlamingen – Antwerpenaren, periode 2004-2013



Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2004-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 38 Aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners volgens geslacht, Antwerpenaren, periode 2004-2013



Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2004-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Tabel 2 Opnames psychiatrie volgens socio-economische positie patiënt, Antwerpenaren, periode 2004-2013

Categorie	Aantal	%
Ander niet gespec.	919	2,1%
Deeltijds werk	946	2,2%
Eigen huishouden	799	1,8%
Geen zonder	3 525	8,2%
Gepensioneerd	3 597	8,3%
Invalide	9 924	23,0%
Mindervalide	1 566	3,6%
Niet-uitk.ger. werkloze	498	1,2%
Onbekend	697	1,6%
Onregelmatig werk	666	1,5%
Rentenier	46	0,1%
Scholier student	3 429	7,9%
Steuntrekkende	2 740	6,3%
Uitker. ger. werkloze	4 343	10,0%
Verlof fam. pers.	48	0,1%
Voltijds werk	5 042	11,7%
Ziekte ongeval	4 430	10,3%
Eindtotaal	43 215	100,0%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2004-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Tabel 3 Opnames psychiatrie volgens regio en hoofddiagnose, Vlamingen en Antwerpenaren, periode 2004-2013

Hoofddiagnose	Vlamingen		Antwerpenaren	
	Aantal	%	Aantal	%
Aandacht-/gedragsstoornis	9 053	1,7%	710	1,6%
Aanpassingsstoornis	46 582	8,7%	3 659	8,5%
Alcohol geïnduceerde stoornis	22 629	4,2%	693	1,6%
Alcoholmisbruik	94 652	17,6%	8 191	19,0%
Andere stoornis kind	618	0,1%	36	0,1%
Angst & stress	13 966	2,6%	1 331	3,1%
Autisme	6 177	1,1%	535	1,2%
Bipolaire stoornis	22 864	4,2%	2 076	4,8%
Cognitieve stoornis	7 199	1,3%	446	1,0%
Delirium	975	0,2%	33	0,1%
Dementie	8 553	1,6%	171	0,4%
Depressie	102 531	19,0%	6 438	14,9%
Dissociatieve stoornis	713	0,1%	102	0,2%
Drug geïnduceerde stoornis	9 681	1,8%	652	1,5%
Drugmisbruik	33 680	6,3%	3 170	7,3%
Eetstoornis	4 677	0,9%	412	1,0%
Impulscontrole	4 774	0,9%	511	1,2%
Medicatiemisbruik	5 722	1,1%	511	1,2%
Niet ingevuld	10 745	2,0%	351	0,8%
Ontwikkelingsstoornis	312	0,1%	49	0,1%
Overige problemen	1 308	0,2%	91	0,2%
Parafilie&sexuele functiestoornis	916	0,2%	58	0,1%
Persoonlijkheid-CI_A	1 234	0,2%	56	0,1%
Persoonlijkheid-CI_B	22 889	4,3%	1 686	3,9%
Persoonlijkheid-CI_C	9 284	1,7%	847	2,0%
Psychotische stoornis	30 606	5,7%	3 861	8,9%
Relatiestoornis	2 012	0,4%	86	0,2%
Schizofrenie	31 359	5,8%	3 800	8,8%
Slaapstoornis	4 098	0,8%	167	0,4%
Somatoforme stoornis	5 004	0,9%	296	0,7%
Uitgestelde diagnose	11 851	2,2%	1 531	3,5%
V-codes	8 436	1,6%	361	0,8%
Zwakzinnig	3 099	0,6%	295	0,7%
Eindtotaal	538 234	100,0%	43 215	100,0%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2004-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Tabel 4 Opnames psychiatrie volgens geslacht en hoofddiagnose, Antwerpenaren, periode 2004-2013

Hoofddiagnose	man	vrouw	totaal
Aandacht-/gedragsst.	2,3%	1,0%	1,7%
Aanpassingsstoornis	6,0%	11,1%	8,5%
Alcohol geïnduceerde st.	2,0%	1,2%	1,6%
Alcoholmisbruik	24,5%	12,9%	19,0%
Andere stoornis kind	0,1%	0,1%	0,1%
Angst & stress	2,3%	4,0%	3,1%
Autisme	1,8%	0,6%	1,2%
Bipolaire st.	3,6%	6,1%	4,8%
Cognitieve stoornis	1,1%	0,9%	1,0%
Delirium	0,1%	0,1%	0,1%
Dementie	0,4%	0,4%	0,4%
Depressie	9,8%	20,5%	14,9%
Dissociatieve st.	0,1%	0,4%	0,2%
Drug geïnduceerde st.	1,5%	1,6%	1,5%
Drugmisbruik	10,0%	4,4%	7,3%
Eetstoornis	0,1%	1,9%	1,0%
Impulscontrole	1,5%	0,9%	1,2%
Medicatiemisbruik	0,9%	1,4%	1,2%
Niet ingevuld	0,8%	0,8%	0,8%
Ontwikkelingsst.	0,2%	0,1%	0,1%
Overige problemen	0,2%	0,3%	0,2%
Parafilie&sexuele functiest.	0,2%	0,0%	0,1%
Persoonlijkheid-CI_A	0,2%	0,1%	0,1%
Persoonlijkheid-CI_B	1,9%	6,1%	3,9%
Persoonlijkheid-CI_C	1,7%	2,2%	2,0%
Psychotische st.	9,2%	8,6%	8,9%
Relatiestoornis	0,2%	0,2%	0,2%
Schizofrenie	11,7%	5,6%	8,8%
Slaapstoornis	0,5%	0,3%	0,4%
Somatoforme st.	0,3%	1,1%	0,7%
Uitgestelde diagnose	3,8%	3,2%	3,5%
V-codes	0,6%	1,1%	0,8%
Zwakzinnig	0,7%	0,7%	0,7%
Eindtotaal	2,3%	1,0%	1,7%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2004-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Tabel 5 Opnames psychiatrie volgens leeftijd en hoofddiagnose, Antwerpenaren, periode 2004-2013

Hoofddiagnose	0-19 jaar	20-39 jaar	40-59 jaar	60-79 jaar	80+	totaal
Aandacht-/gedragsstoornis	17,0%	0,6%	0,2%	0,2%	0,0%	1,7%
Aanpassingsstoornis	5,1%	9,3%	8,8%	6,8%	7,3%	8,5%
Alcohol geïnduceerde stoornis	0,3%	0,7%	2,1%	3,8%	1,5%	1,6%
Alcoholmisbruik	0,4%	12,4%	29,2%	19,1%	2,9%	19,0%
Andere stoornis kind	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Angst & stress	5,5%	3,4%	2,5%	2,3%	3,8%	3,1%
Autisme	10,1%	1,0%	0,1%	0,1%	0,0%	1,2%
Bipolaire stoornis	0,9%	3,0%	6,1%	8,9%	5,0%	4,8%
Cognitieve stoornis	0,2%	0,5%	0,8%	3,2%	9,9%	1,0%
Delirium	0,0%	0,0%	0,1%	0,4%	0,4%	0,1%
Dementie	0,0%	0,0%	0,1%	1,9%	11,3%	0,4%
Depressie	9,2%	11,4%	16,1%	24,8%	35,6%	14,9%
Dissociatieve stoornis	0,2%	0,4%	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%
Drug geïnduceerde stoornis	1,0%	2,1%	1,2%	1,1%	0,8%	1,5%
Drugmisbruik	1,9%	12,6%	5,1%	1,2%	0,2%	7,3%
Eetstoornis	5,5%	1,1%	0,2%	0,2%	0,0%	1,0%
Impulscontrole	2,3%	1,6%	0,8%	0,4%	0,8%	1,2%
Medicatiemisbruik	0,1%	1,1%	1,4%	1,4%	0,2%	1,2%
Niet ingevuld	1,1%	1,0%	0,6%	0,3%	0,0%	0,8%
Ontwikkelingsstoornis	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Overige problemen	0,3%	0,2%	0,1%	0,5%	1,3%	0,2%
Parafilie&sexuele functiestoornis	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
Persoonlijkheid-CI_A	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%
Persoonlijkheid-CI_B	1,6%	6,6%	2,5%	1,3%	0,8%	3,9%
Persoonlijkheid-CI_C	0,6%	2,3%	2,1%	1,4%	0,6%	2,0%
Psychotische stoornis	4,8%	11,7%	7,2%	8,3%	9,0%	8,9%
Relatiestoornis	2,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Schizofrenie	1,7%	12,1%	7,6%	6,9%	3,1%	8,8%
Slaapstoornis	0,2%	0,3%	0,5%	0,6%	0,2%	0,4%
Somatoforme stoornis	0,5%	0,6%	0,6%	1,2%	0,8%	0,7%
Uitgestelde diagnose	22,4%	2,2%	1,6%	2,2%	2,7%	3,5%
V-codes	1,3%	0,8%	0,8%	0,8%	1,7%	0,8%
Zwakzinnig	1,3%	0,8%	0,6%	0,2%	0,0%	0,7%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2004-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Omdat we niet beschikken over cijfergegevens van hospitalisaties in psychiatrie volgens de beroepsstatus van alle voorgaande jaren, hebben we voor wat betreft het verband tussen de hoofddiagnose en beroepsstatus de jaren 2010 en 2013 samengenomen. De resultaten staan in onderstaande tabel.

Tabel 6 Opnames psychiatrie volgens beroepsstatus en hoofddiagnose, Antwerpenaren, periode 2010-2013

Hoofddiagnose	Werkend	Werkloos	Steuntrek- kende	Invalide + Mindervalide	Ziekte / ongeval	Gepen- sioneerd	Scholer / student	Andere inactief	Onbekend	Totaal
Aandacht-/gedragsst.	0,6%	0,3%	0,4%	0,6%	0,2%	0,1%	16,4%	1,4%	0,7%	1,8%
Aanpassingsstoornis	14,2%	8,5%	6,8%	6,4%	7,9%	7,2%	5,9%	9,5%	10,6%	8,3%
Alcohol geïnduceerde st.	1,1%	1,8%	0,7%	0,9%	1,2%	3,8%	0,1%	1,6%	2,8%	1,4%
Alcoholmisbruik	25,3%	27,2%	19,5%	20,2%	23,7%	18,6%	1,4%	17,0%	15,5%	19,7%
Andere stoornis kind	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,1%
Angst & stress	3,6%	3,4%	2,7%	2,7%	3,7%	2,8%	7,0%	2,5%	2,1%	3,3%
Autisme	0,5%	0,9%	0,4%	0,7%	0,6%	0,3%	11,1%	1,2%	0,4%	1,5%
Bipolaire st.	4,4%	3,9%	2,6%	6,1%	3,7%	9,4%	1,1%	4,5%	3,5%	4,8%
Cognitieve stoornis	0,1%	0,2%	0,7%	0,5%	2,1%	5,0%	0,1%	0,5%	1,4%	1,0%
Delirium	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Dementie	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	2,8%	0,0%	0,3%	0,0%	0,4%
Depressie	20,5%	14,1%	9,6%	11,8%	26,2%	29,0%	12,1%	13,3%	6,7%	16,0%
Dissociatieve st.	0,3%	0,2%	0,0%	0,4%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Drug geïnduceerde st.	1,5%	1,7%	1,2%	1,0%	0,6%	0,6%	1,1%	2,2%	1,8%	1,3%
Drugmisbruik	5,8%	12,2%	14,5%	8,6%	8,3%	0,8%	2,1%	7,5%	7,1%	7,7%
Eetstoornis	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	0,1%	7,5%	1,0%	0,0%	1,1%
Impulscontrole	1,2%	1,0%	1,2%	1,2%	1,2%	0,4%	2,6%	0,7%	0,7%	1,1%
Medicatiemisbruik	0,9%	1,4%	1,5%	1,7%	1,0%	1,5%	0,0%	1,2%	2,1%	1,3%
Niet ingevuld	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,2%	0,6%	0,7%	14,1%	0,8%
Ontwikkelingsst.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,1%	0,0%	0,1%
Overige problemen	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%
Parafilie&sexuele functiest.	0,1%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Persoonlijkheid-CI_A	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
Persoonlijkheid-CI_B	2,1%	2,5%	3,5%	3,7%	3,4%	0,6%	1,3%	3,2%	7,1%	2,9%
Persoonlijkheid-CI_C	1,7%	1,7%	1,7%	2,1%	3,2%	1,4%	0,4%	1,7%	1,1%	1,8%
Psychotische st.	6,2%	9,1%	14,8%	10,1%	5,3%	7,3%	5,4%	14,0%	10,2%	9,3%
Relatiestoornis	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	2,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Schizofrenie	3,0%	4,7%	12,6%	15,7%	2,9%	3,8%	1,4%	9,2%	6,7%	8,3%
Slaapstoornis	1,4%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	0,3%	0,4%	0,7%	0,4%
Somatoforme st.	0,4%	0,3%	0,3%	0,7%	0,8%	0,7%	0,4%	0,9%	0,0%	0,6%
Uitgestelde diagnose	1,7%	2,5%	2,8%	1,3%	1,3%	1,1%	16,2%	3,3%	2,8%	3,1%
V-codes	1,0%	0,1%	0,0%	0,6%	0,3%	0,6%	1,1%	0,5%	1,4%	0,6%
Zwakzinnig	0,4%	0,4%	0,5%	0,6%	0,1%	0,2%	0,8%	0,6%	0,4%	0,5%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2010-2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



5.4 Cliënten⁴ Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

In 2015 werden er **6.719 Antwerpse cliënten** bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg geregistreerd. **Het relatief stabiel aantal Antwerpse cliënten in de periode 2004-2011 verandert vanaf 2012 in een forse jaarlijkse toename.** In de periode 2004-2012 ligt het aantal cliënten tussen 4.500 en 5.500. Na een duidelijke afname tussen 2005 en 2007, zien we vanaf 2008 opnieuw een lichte toename van het aantal geregistreerde cliënten en vanaf 2012 een forse toename die uitmondt in meer dan 6.700 cliënten in 2015. Deze stijging in absolute aantallen moet slechts gedeeltelijk gerelativeerd worden door een bevolkingstoename in Antwerpen. Ook wanneer we het aantal cliënten berekenen per 1.000 inwoners, stellen we vast dat de toename vanaf 2012 erg duidelijk is. Voor Antwerpen tellen we in 2015 ca. 13 cliënten per 1.000 inwoners (t.o.v. 8,9 cliënten/1.000 inw. bij Vlamingen), terwijl dit aandeel tot 2012 jaarlijks varieerde tussen 10 en 11 cliënten per 1.000 inwoners. Een dergelijke toename van het aantal cliënten zien we niet bij Vlamingen. Bij hen is er slechts sprake van een stelselmatige eerder lichte toename. Dat Antwerpenaren in de beroepsactieve leeftijdsgroepen vaker slaapstoornissen rapporteren dan hun Vlaamse leeftijdsgenoten en alleen binnen die leeftijdsgroepen het aandeel respondenten met psychische problemen de laatste jaren nog significant is toegenomen zien we ook weerspiegeld in de cijfers van de CGG's. We merken m.n. **alleen bij de mensen op beroepsactieve leeftijd een veel groter aandeel van de Antwerpenaren (17,1 cliënten/1.000 inw.) dat zich aanmeldt bij de CGG's dan van de Vlamingen (11 cliënten/1.000 inw.).** Terwijl het verschil in aandeel mensen dat zich aanmeldt bij de CGG's tussen de Antwerpse en Vlaamse 60-plussers relatief klein is en bij de minderjarigen nagenoeg even groot.

Wanneer we het aantal cliënten opsplitsen naar leeftijd en geslacht en berekenen per 1.000 inwoners, stellen we vast dat **Antwerpenaren op beroepsactieve leeftijd (17,1 cliënten/1.000 inw.) meer dan ouderen (5 cliënten/1.000 inw.) en jongeren (10,7 cliënten/1.000 inw.) beroep doen op de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Vanaf de volwassen leeftijd doen vrouwen vaker een beroep op de CGG's dan mannen.** Bij de jongeren zijn het vaker mannen die zich bij CGG's aanmelden. Hoewel het aantal cliënten per 1.000 inwoners in totaal in Vlaanderen lager is dan in Antwerpen, is dit nauwelijks het geval bij de minderjarigen.

De **meest gestelde diagnoses** bij de Antwerpse cliënten betreffen **stemmingsstoornissen (21,4%) en middelen-gebonden stoornissen (14%).** Ook telkens ongeveer 1 op 10 van de diagnoses betreft angststoornissen.

Volgens arbeidssituatie zien we dat **43% van de zorgperiodes** waarvoor deze achtergrondvariabele gekend is **niet-beroepsactieven** betreft. Het gaat hier om werklozen, gepensioneerden, mindervaliden, enz... Ongeveer 23% van de zorgperiodes betreft arbeiders en 20% betreft bedienden. Een onderscheid naar opleidingsniveau leert ons dat vooral mensen die maximaal secundair onderwijs (40%) hebben gevolgd een groot deel uitmaken van het cliënteel. Omdat we geen gegevens hebben over de scholingsgraad van de totale bevolking zijn we ook niet in staat de groepen onderling te vergelijken.

Binnen de registratie van de CGG's worden niet alleen de diagnoses maar ook de klachten van de aanmelders (aanmeldingsreden) opgenomen. **Psychische problemen (39%) is veruit de meest voorkomende klacht waarmee cliënten zich bij de CGG's hebben aangemeld..** Andere veel voorkomende klachten zijn **verslavingsproblemen, gedragsproblemen, verwerkingsproblemen en interactieproblemen.** Deze klachten representeren telkens **bijna 10% of meer** van het totaal aantal aanmeldingen. We zien hierbij een evolutie naar meer aanmeldingen omwille van psychische problemen ten opzichte van 2009, toen deze reden goed was voor 35% van de aanmeldingen. Ook het

⁴ De gegevens van de CGG-registraties maken ook een onderscheid tussen cliënten op basis van opleidingsniveau en arbeidssituatie. Het gaat hier in tegenstelling tot de variabelen geslacht en leeftijd niet om het aantal cliënten, maar om het aantal zorgperiodes. Een cliënt kan geregistreerd staan voor meerdere zorgperiodes, al komt dit niet veel voor.



aandeel voor verslavingsproblemen is toegenomen, terwijl het aandeel voor gedrags-, interactie- en ontwikkelingsproblemen duidelijk is afgenomen.

Wat betreft de aanmeldingsredenen (klachten) bestaan er duidelijke verschillen volgens leeftijd en geslacht. **Vrouwen hebben meer te kampen hebben met psychische problemen** (50% t.o.v. 27% bij mannen) **en verwerkingsproblemen** (11% t.o.v. 7,5% bij mannen). Opvallend is ook dat **mannen** meer te kampen hebben met **verslavingsproblemen** (20,6% t.o.v. 6,7% bij vrouwen) **en gedragsproblemen** (20,4% t.o.v. 4% bij vrouwen). Jongeren melden zich ook meer aan met gedragsproblemen (19,5% t.o.v. 11,6% gemiddeld), interactieproblemen (20% t.o.v. 11,6% gemiddeld) en ontwikkelingsproblemen (10,6% t.o.v. 3% gemiddeld). Er bestaan slechts enkele vermeldenswaardige verschillen tussen de verschillende beroepsgroepen. Arbeiders melden zich meer aan met maatschappelijke of inschakelingsproblemen dan andere groepen (5% t.o.v. 2,4% gemiddeld). **Niet-beroepsactieven komen eerder met een hulpvraag voor verslavingsproblemen** (21% t.o.v. 15% gemiddeld).

In de Antwerpse gezondheidsenquête werd er ook gepeild naar het gebruik van mentale gezondheidszorg tijdens het afgelopen jaar. De resultaten ervan bevestigen het hierboven geschetste beeld – mensen op beroepsactieve leeftijd en vrouwen stellen de meeste dergelijke zorgvragen – maar bewijzen ook dat de zorgvragen via de CCG's slechts een fractie van de totale hulpvraag voor mentale en emotionele problemen betreffen. Want maar liefst 8,5% van alle respondenten heeft volgens de Antwerpse gezondheidsenquête het voorbije jaar mentale gezondheidszorg geraadpleegd. Deze resultaten laten ons toe om ook de gebruiksfrequentie van mentale gezondheidszorg voor enkele bijkomende bewonerscategorieën te bekijken (gezinspositie, etnische herkomst, socio-economische situatie). Maar hierover later meer in het hoofdstuk over gezondheidszorg.

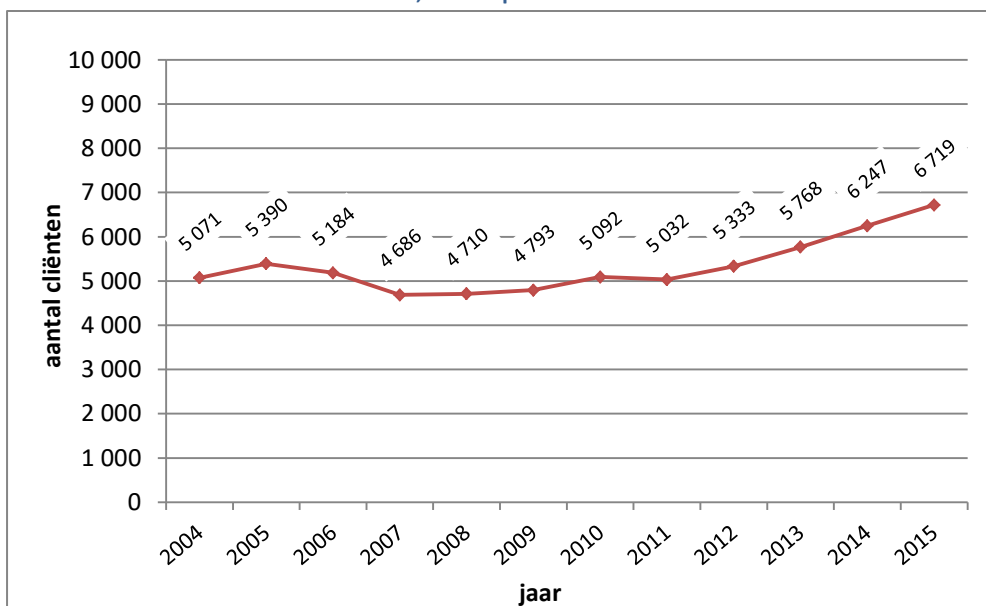
Kunnen we concluderen dat vrouwen vaker (ook sneller?) hulp voor problemen zoeken en/of dat zij problemen van psychische aard meer of sneller erkennen? Of kunnen we veronderstellen dat de verschillen in het aantal hulpvragen bij CCG's tussen vrouwen en mannen min of meer een afspiegeling vormen van het aandeel personen dat kampt met psychische problemen bij vrouwen (20%) en mannen (14%) (zoals is gebleken uit de resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête⁵)? In elk geval zijn vrouwen vaker cliënt bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg dan mannen, althans bij de meerderjarige cliënten. Bij de vrouwen op beroepsactieve leeftijd tellen we 19,1 cliënten per 1.000 inwoners; bij de mannen op beroepsactieve leeftijd tellen we 15,1 cliënten per 1.000 inwoners. Bij de vrouwen van 60 jaar of ouder tellen we 6,1 cliënten per 1.000 inwoners; bij de mannen van 60 jaar of ouder tellen we 3,6 cliënten per 1.000 inwoners. Mannen worden iets vaker dan vrouwen opgenomen in psychiatrische zorgverlening. Zowel via de gegevens van opnames in psychiatrie als via de registraties van de CCG's blijkt dat vrouwen meer kampen met depressie en aanpassingsproblemen⁶, mannen kampen vaker met verslaving, gedragsproblemen en psychotische stoornissen. Psychische problemen zoals depressies of aanpassingsproblemen kunnen verslaving en gedragsproblemen in de hand werken. Een vroegtijdige detectie van en hulpvraag voor dergelijke problemen kan in een aantal gevallen voorkomen dat men gedragsproblemen of een middelenverslaving ontwikkelt. Uit de resultaten van de gezondheidsenquête blijkt ook dat vrouwen significant vaker psychische problemen rapporteren en een groter aandeel van hen meldt dat ze het afgelopen jaar mentale gezondheidszorg heeft geraadpleegd (10,5% t.o.v. 6% van de mannelijke respondenten).

⁵ In de vraagstelling van de Antwerpse gezondheidsenquête werden depressie en paniekaanvallen als voorbeelden van psychische problemen bij de vraag naar het voorkomen en de impact van psychische problemen gevoegd.

⁶ Met aanpassingsproblemen wordt in de psychologie verwezen naar problemen of bezorgdheden die ontstaan als gevolg van veranderende levensomstandigheden. Dit kan bijvoorbeeld gaan over problemen bij de integratie in een samenleving die sociaal, cultureel of religieus sterk verschilt van de opvattingen, waarden en normen zoals die beleefd werden in een andere samenleving. Het kan ook gaan over problemen die ontstaan als gevolg van veranderingen in de sociale en individuele levensgeschiedenis, zoals aanpassingen bij het einde van de beroepsloopbaan of het verlaten van het ouderlijke huis van de kinderen. Ook gezondheids- en mobiliteitsproblemen ten gevolge van het verouderingsproces kunnen voor aanpassingsproblemen zorgen.



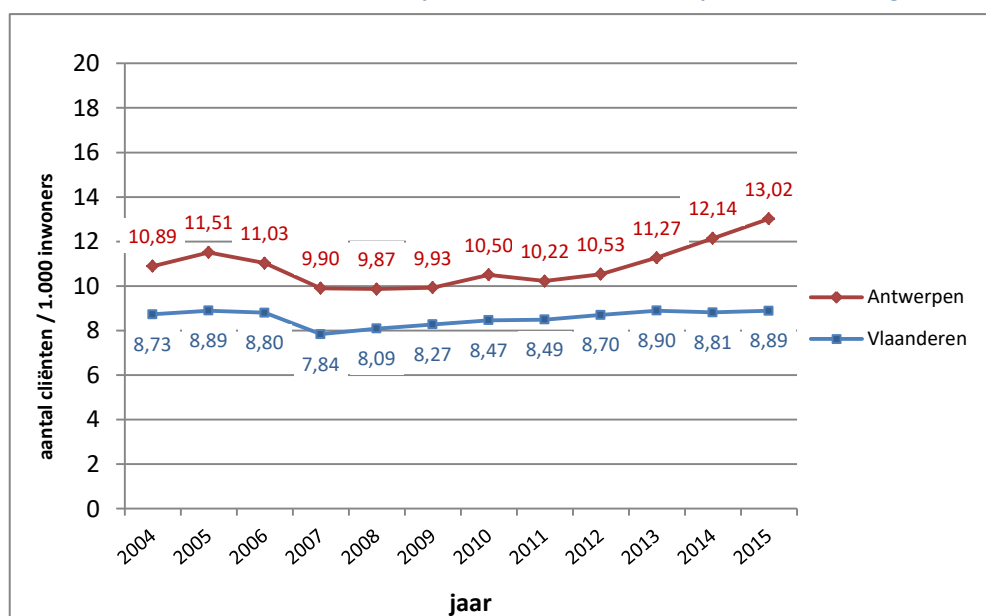
Grafiek 39 Evolutie aantal cliënten CGG's, Antwerpenaren



Bron: Agentschap Zorg en gezondheid, 2004-2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 40 Evolutie aantal cliënten CGG's per 1.000 inwoners, Antwerpenaren en Vlamingen

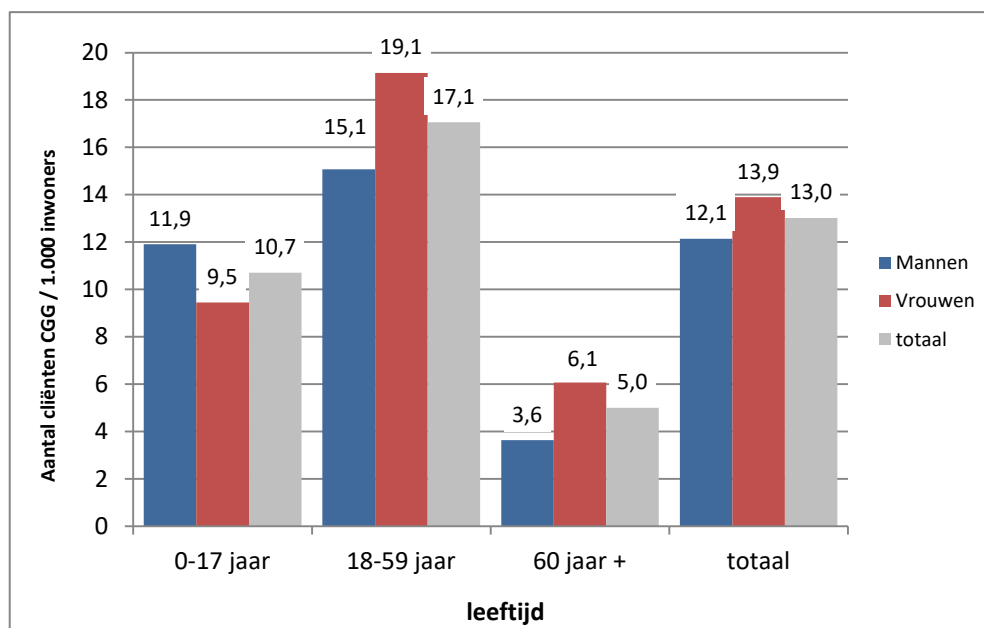


Bron: Agentschap Zorg en gezondheid, 2004-2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

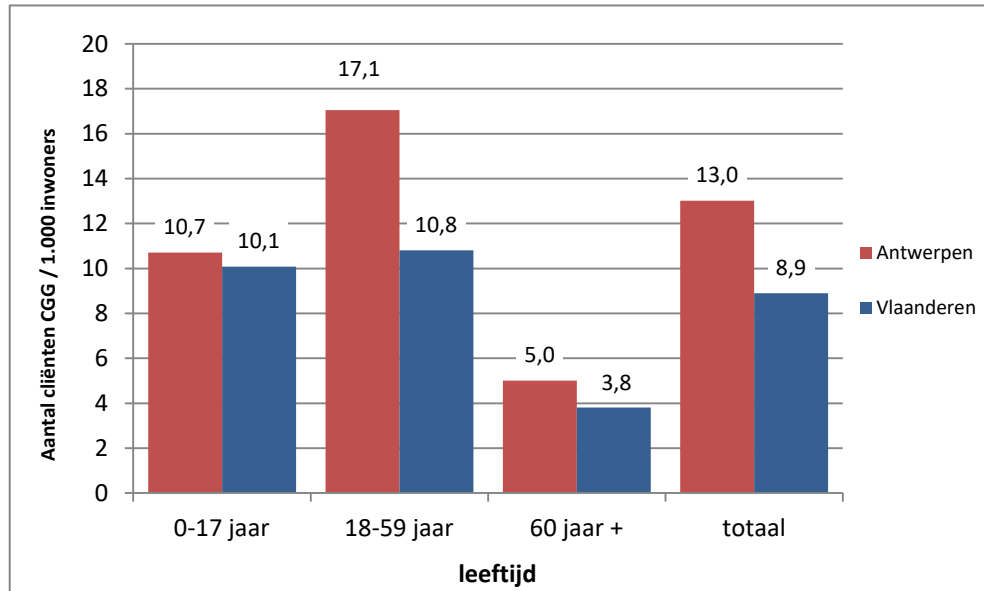


Grafiek 41 Aantal cliënten CGG's per 1.000 inwoners volgens geslacht en leeftijd, Antwerpenaren



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 42 Aantal cliënten CGG's per 1.000 inwoners volgens leeftijd, Vlamingen en Antwerpenaren



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



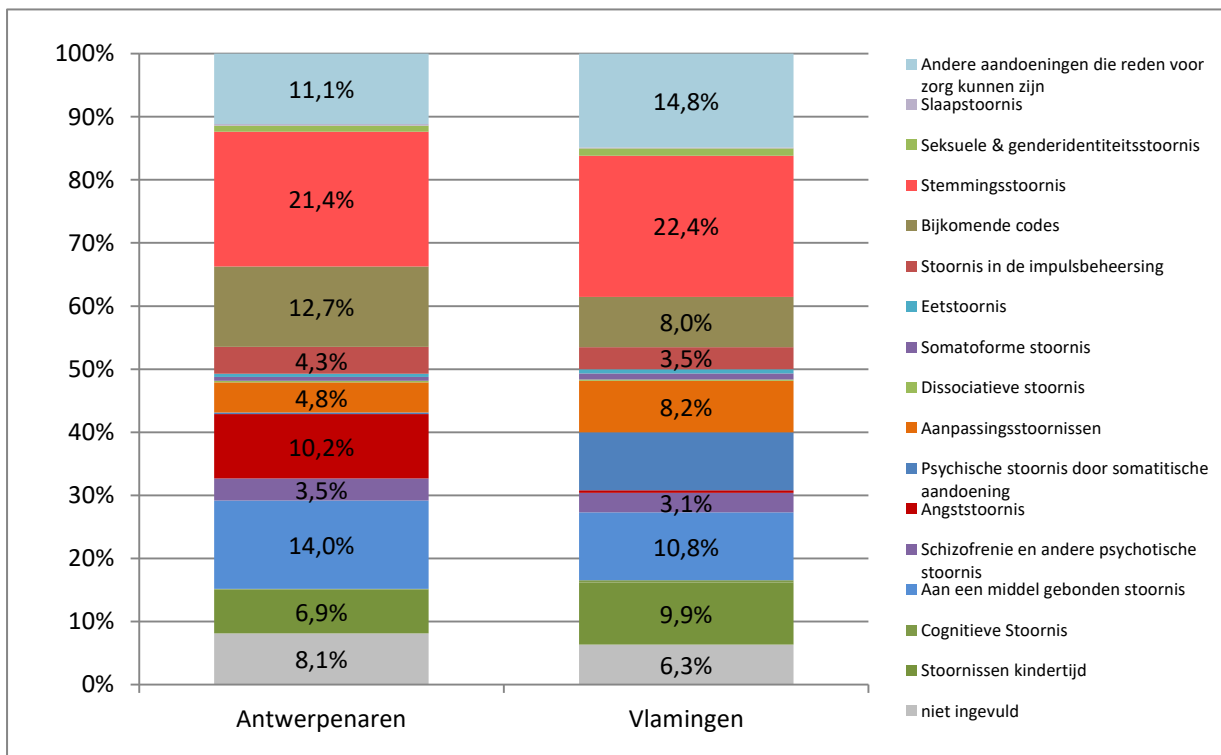
Tabel 7 Aantal en aandeel zorgperiodes volgens diagnose, Antwerpenaren

Diagnose	totaal	%
niet ingevuld	553	8,1%
A Stoornissen kindertijd	471	6,9%
B Cognitieve Stoornis	7	0,1%
D Aan een middel gebonden stoornis	951	14,0%
E Schizofrenie en andere psych. stoornis	240	3,5%
G Angststoornis	692	10,2%
C Psychische stoornis door somat. aandoening	20	0,3%
O Aanpassingsstoornissen	324	4,8%
J Dissociatieve stoornis	16	0,2%
H Somatoforme stoornis	43	0,6%
L Eetstoornis	32	0,5%
N Stoornis in de impulsbeheersing	290	4,3%
Z Bijkomende codes	867	12,7%
F Stemningsstoornis	1.454	21,4%
K Seksuele & genderidentiteitsstoornis	65	1,0%
M Slaapstoornis	17	0,2%
P Andere aandoeningen die reden voor zorg kunnen zijn	758	11,1%
Totaal	6.801	100,0%

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

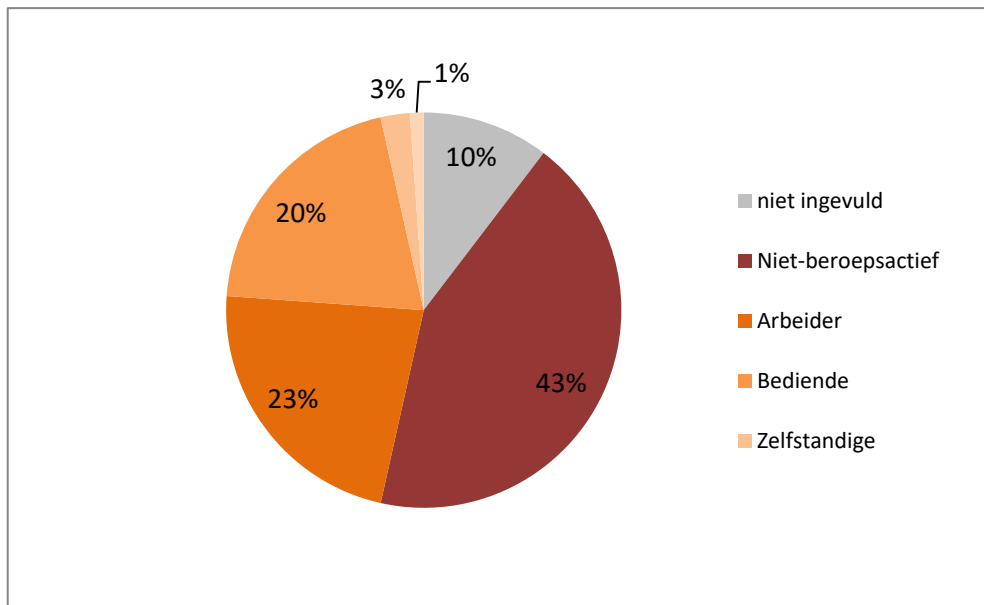
Grafiek 43 Aandeel zorgperiodes volgens diagnose, Antwerpenaren en Vlamingen



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015

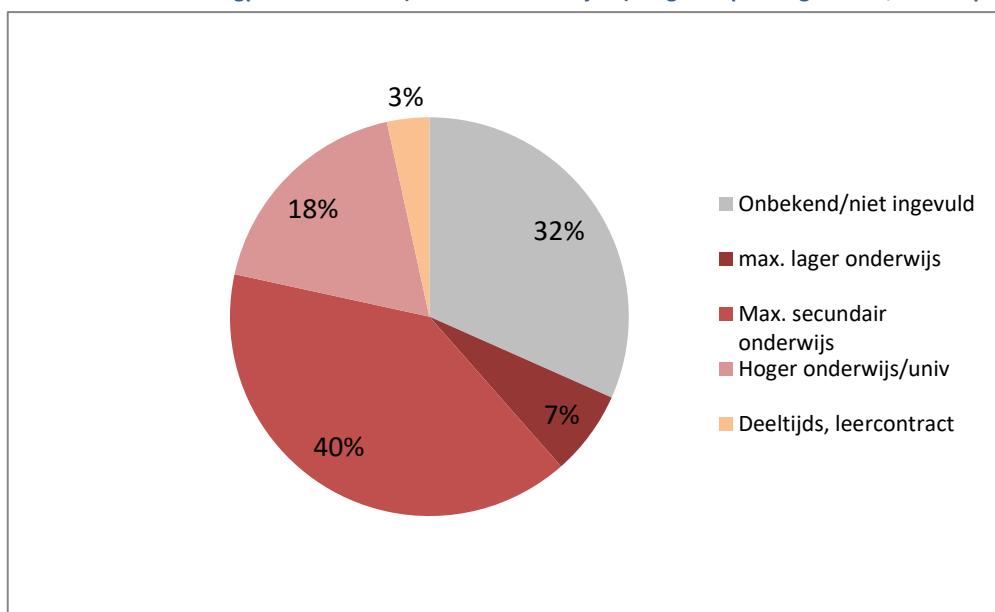
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 44 Aandeel zorgperiodes CGG's (cliënten vanaf 18 jaar) volgens beroepssituatie, Antwerpenaren



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 45 Aandeel zorgperiodes CGG's (cliënten vanaf 18 jaar) volgens opleidingsniveau, Antwerpenaren



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Tabel 8 Aandeel zorgperiodes volgens reden van aanmelding per geslacht, Antwerpenaren

Aanmeldingsreden	man	vrouw	totaal
GEEN KLACHTEN	2,5%	2,9%	2,7%
KLACHTEN M.B.T. LICHAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	1,5%	3,4%	2,5%
PSYCHISCHE PROBLEMEN	26,5%	50,1%	39,1%
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	3,5%	2,1%	2,7%
GEDRAGSPROBLEMEN	20,4%	3,9%	11,6%
INTERACTIEPROBLEMEN	6,7%	9,8%	8,4%
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	4,4%	1,5%	2,9%
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	2,5%	1,7%	2,1%
SLACHTOFFERSCHAP	1,7%	4,0%	2,9%
VERWERKINGSPROBLEMEN	6,8%	11,0%	9,0%
VERSLAVINGSPROBLEMEN	20,6%	6,7%	13,2%
SPECIFIEKE MODALITEIT	2,9%	2,8%	2,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Tabel 9 Aandeel zorgperiodes volgens reden van aanmelding per leeftijdsgroep, Antwerpenaren

Aanmeldingsreden	0-17 jaar	18-59 jaar	60 jaar +	totaal
GEEN KLACHTEN	3,9%	2,4%	2,8%	2,7%
KLACHTEN M.B.T. LICHAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	2,0%	2,7%	2,3%	2,5%
PSYCHISCHE PROBLEMEN	20,6%	43,1%	43,4%	39,1%
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	1,1%	3,3%	1,9%	2,7%
GEDRAGSPROBLEMEN	19,5%	10,4%	5,1%	11,6%
INTERACTIEPROBLEMEN	19,9%	5,2%	11,5%	8,4%
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	10,6%	1,3%	0,2%	2,9%
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	0,3%	2,6%	1,2%	2,1%
SLACHTOFFERSCHAP	6,6%	2,2%	1,6%	2,9%
VERWERKINGSPROBLEMEN	9,9%	8,1%	14,6%	9,0%
VERSLAVINGSPROBLEMEN	4,2%	15,4%	12,9%	13,2%
SPECIFIEKE MODALITEIT	1,3%	3,3%	2,5%	2,9%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Tabel 10 Aandeel zorgperiodes volgens reden van aanmelding per beroepssituatie, Antwerpenaren

Aanmeldingsreden	Niet-beroepsactief	Arbeider	Bediende	Zelfstandige	Andere beroepsactiv.	totaal
GEEN KLACHTEN	2,1%	2,2%	1,7%	1,5%	0,0%	2,4%
KLACHTEN M.B.T. LICHAMELIJK - FYSIOLOGISCH FUNCTIONEREN	2,3%	2,8%	3,4%	2,3%	0,0%	2,6%
PSYCHISCHE PROBLEMEN	38,2%	44,3%	52,9%	48,9%	34,9%	43,1%
KLACHTEN M.B.T. REALITEITSCONTROLE	3,8%	3,0%	2,1%	1,5%	3,2%	3,1%
GEDRAGSPROBLEMEN	10,3%	10,3%	3,4%	10,5%	22,2%	9,8%
INTERACTIEPROBLEMEN	5,1%	4,6%	8,1%	5,3%	7,9%	5,8%
ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	1,4%	1,2%	0,9%	0,8%	1,6%	1,2%
MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN/SOCIALE INSCHAKELING	1,6%	5,0%	2,2%	1,5%	1,6%	2,4%
SLACHTOFFERSCHAP	2,3%	2,0%	1,9%	3,8%	1,6%	2,1%
VERWERKINGSPROBLEMEN	8,0%	10,3%	9,4%	7,5%	7,9%	8,8%
VERSLAVINGSPROBLEMEN	21,0%	12,1%	10,7%	14,3%	15,9%	15,2%
SPECIFIEKE MODALITEIT	3,9%	2,2%	3,4%	2,3%	3,2%	3,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



5.5 Sterften ten gevolge van psychische en neurologische aandoeningen

Hier bekijken we de sterften door psychische en neurologische aandoeningen. Onder psychische en neurologische aandoeningen verstaan we gedragsstoornissen en affectie- en cognitieve stoornissen (waaronder dementie) die aanleiding zijn geweest voor iemands sterfte. Zelfdoding valt hier niet onder, al wijst zelfdoding op mentale problemen.

In de onderstaande grafieken wordt de evolutie van het aantal sterften voorgesteld aan de hand van voortschrijdende totalen. Dit wil zeggen dat voor het totale aantal sterften voor bijvoorbeeld de periode van 2000 t.e.m. 2002 het aantal sterften voor de drie afzonderlijke jaren 2000, 2001 en 2002 worden opgeteld. We kiezen voor voortschrijdende totalen omdat vastgestelde trends omwille van het relatief beperkt aantal sterften op jaarbasis minder betrouwbaar zijn.

In absolute aantallen komen sterften door psychische en neurologische oorzaken relatief weinig voor. In het hoofdstuk over de fysieke gezondheidstoestand werd reeds een grafiek getoond die de evolutie schetst van het aantal overleden Antwerpenaren volgens de oorzaak waaraan zij gestorven zijn. Daar zagen we dat de **psychische en neurologische aandoeningen wel veruit de sterkste relatieve toename als doodsoorzaak kent en dat de plotse grote toename werd ingezet vanaf de periode 2007-2009** (zie grafiek 37 in hfdst. 4). Hier hebben we de evolutielijn opnieuw voorgesteld. Terwijl tussen 2000 en 2008 het aantal sterften door een psychische of neurologische oorzaak per periode van drie jaar stabiel blijft rond 700 sterften, zien we dat het aantal sterften in de periode 2007-2009 plots toeneemt tot 974, in de periode 2009-2011 oploopt tot 1.432 sterften en in de periode 2012-2014 verder evolueert naar 1.615 sterften. Vanaf de periode 2010-2012 neemt echter de grootte van de toename sterk af. Niettemin zien we dat het aantal sterfgevallen verdubbeld is (ca. 320 sterften/100.000 inw. in de periode 2012-2014 t.o.v. ca. 160 sterften/100.000 inw. in de periode 2006-2008). Deze evolutie is het best zichtbaar in grafiek 49, waar de evolutie voorgesteld wordt per 100.000 inwoners.

De grafiek die het aantal sterften per leeftijdsgroep toont, laat al vermoeden dat **de reden van de relatief grote toename van overlijdens als gevolg van psychische en neurologische aandoeningen vooral te zoeken valt bij een toename van het aantal ouderdom gerelateerde aandoeningen**. Meer dan 2.800 vrouwen per 100.000 vrouwen die ouder zijn dan 75 jaar stierven in de periode 2012-2014 als gevolg van een dergelijke aandoening. Bij de mannen in dezelfde leeftijdsgroep betreft het 1.425 overlijdens per 100.000 mannen.

Maar het aandeel vrouwen dat ouder dan 85 en 90 jaar wordt, en daardoor nog meer kans hebben om ouderdom gerelateerde aandoeningen te ontwikkelen die tot een overlijden leiden, is veel groter dan het aandeel mannen dat zo'n leeftijd bereikt. Niet alleen bij de 75-plussers maar ook naar de gehele populatie gekeken blijkt dat **vrouwen (392 sterften/100.000 inw. t.o.v. 245 sterften/100.000 inw. bij mannen) veel vaker sterven als gevolg van psychische of neurologische aandoeningen, maar dit komt dus doordat er veel meer hoogbejaarde vrouwen dan mannen zijn. Na standaardisering naar leeftijd blijken mannen en vrouwen nagenoeg evenveel kans op een overlijden ten gevolge van dergelijke aandoeningen te hebben. Vlamingen (150 sterften/100.000 inw.) hebben veel minder kans om te sterven ten gevolge psychische of neurologische aandoeningen dan Antwerpenaren (319 sterften/100.000 inw.). Na standaardisatie naar leeftijd blijft dit grote verschil bestaan. Maar relatief gezien neemt ook bij Vlamingen het aantal overlijdens tengevolge van psychische en neurologische aandoeningen veel sterker toe dan overlijdens als gevolg van andere oorzaken⁷.**

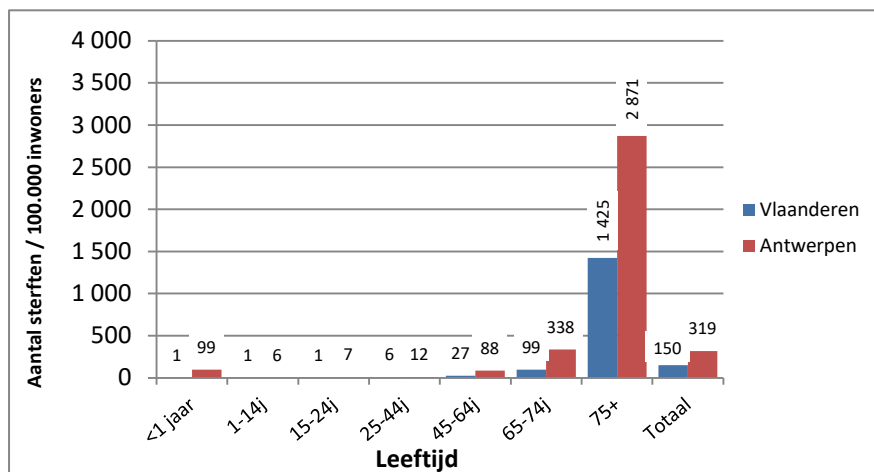
⁷ Dokter Anne Kongs van het Agentschap Zorg en Gezondheid verklaart deze stijging als een symptoom van de vergrijzing (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/we-worden-2-jaar-ouder-dan-10-jaar-geleden>).



We zien dat het aantal overlijdens door psychische en neurologische aandoeningen in Berchem, en in mindere mate in Merksem, ver boven het Antwerpse gemiddelde ligt. Na standaardisatie naar leeftijd blijft het aantal overlijdens in die districten groter dan gemiddeld. Ook bij voorgaande edities van de gezondheidsmonitor stelden we vast dat het aantal overlijdens tengevolge van psychische en neurologische aandoeningen (ook na standaardisatie naar leeftijd) in het district Berchem veruit het grootste was. Mogelijk is het grote aandeel woongelegenheden in woonzorgcentra in het district Berchem⁸ hier deels oorzaak van. Het aandeel mensen dat overlijdt aan andere dan psychische en neurologische aandoeningen is een pak kleiner bij woonzorgcentrumbewoners.

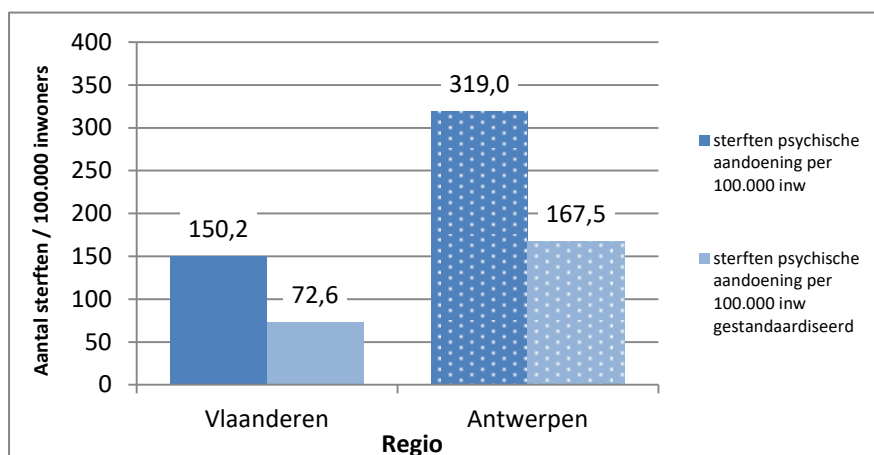
Ongestandaardiseerde cijfers geven aan dat Belgen meer sterven door deze doodsoorzaak dan niet-Belgen. Omdat we echter weten dat niet-Belgen eerder een jong profiel hebben, zouden de gegevens gestandaardiseerd moeten worden naar leeftijd om definitieve conclusies te trekken.

Grafiek 46 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners volgens leeftijd in stad Antwerpen, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

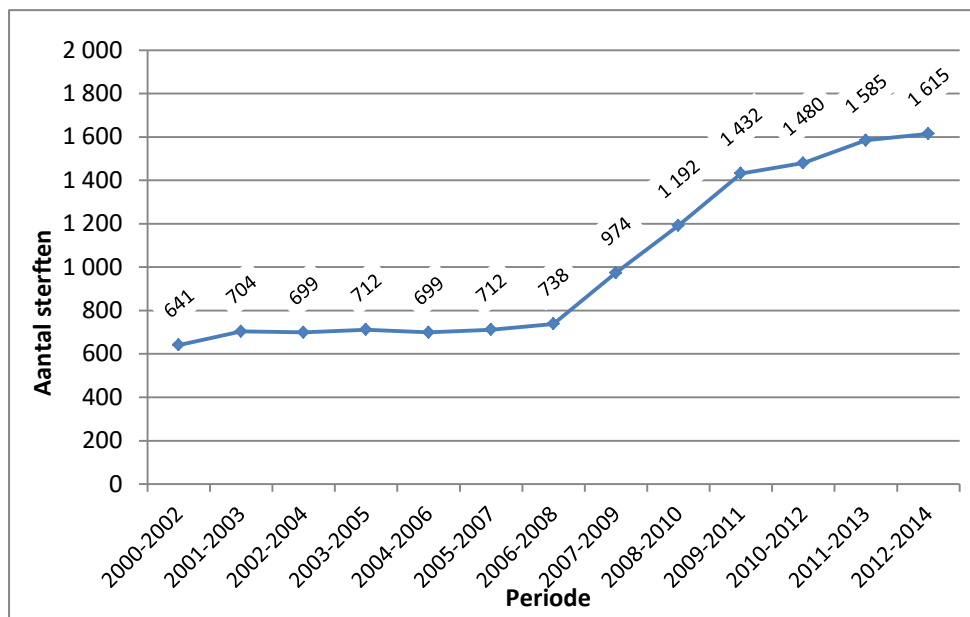
Grafiek 47 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd), Vlaanderen en stad Antwerpen, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

⁸ In stad Antwerpen zijn er per 100 80-plussers ca. 22 woongelegenheden in woonzorgcentra. In het district Berchem tellen we 31 woongelegenheden per 100 80-plussers. Alleen in 2000 Antwerpen en 2018 Antwerpen is dit aantal nog groter.

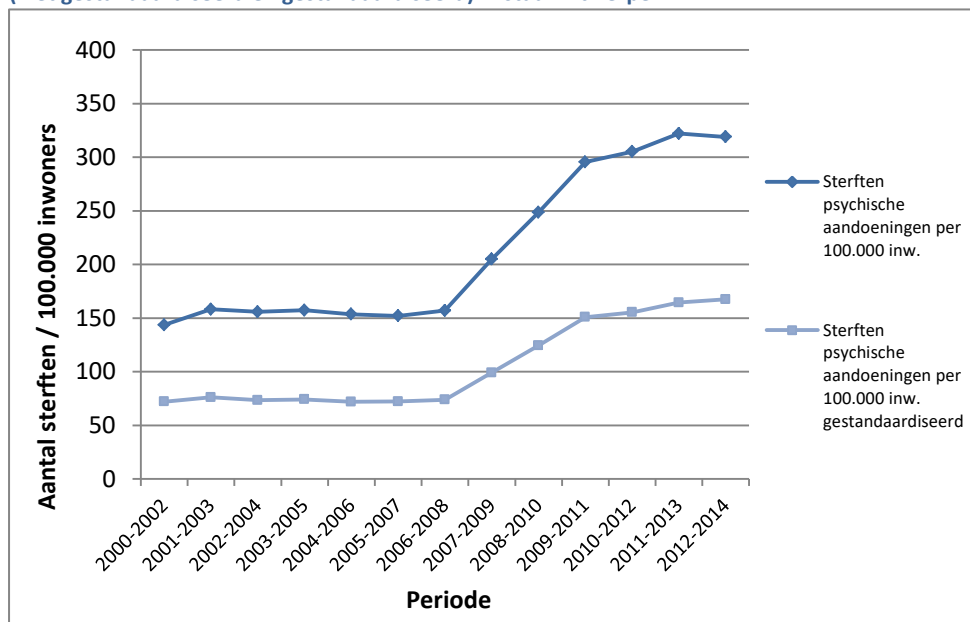
Grafiek 48 Evolutie aantal sterften met als doodsoorzaak psychische aandoeningen in stad Antwerpen



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2000-2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 49 Evolutie aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) in stad Antwerpen

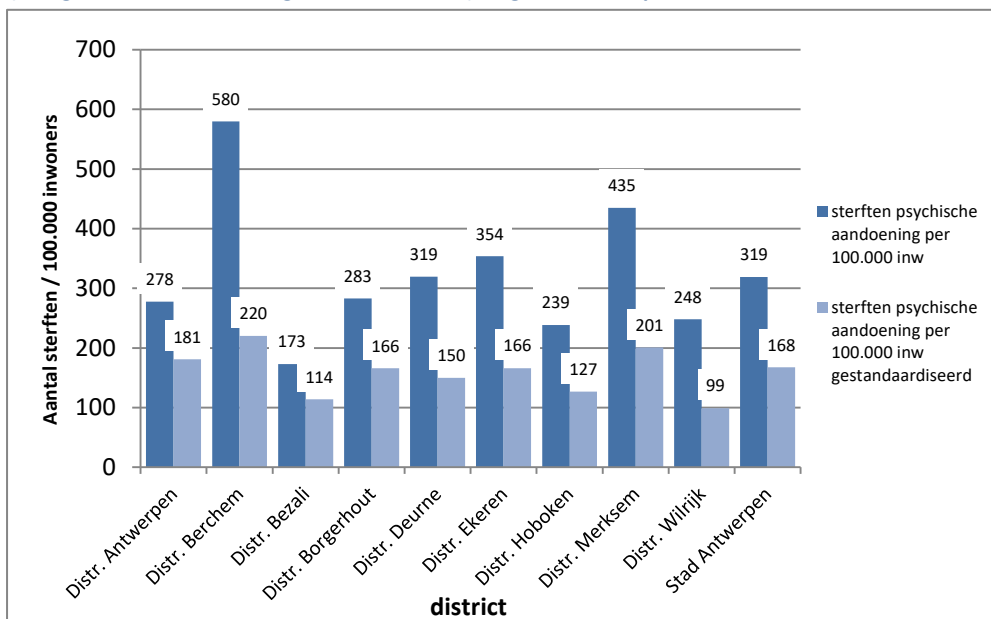


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2000-2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

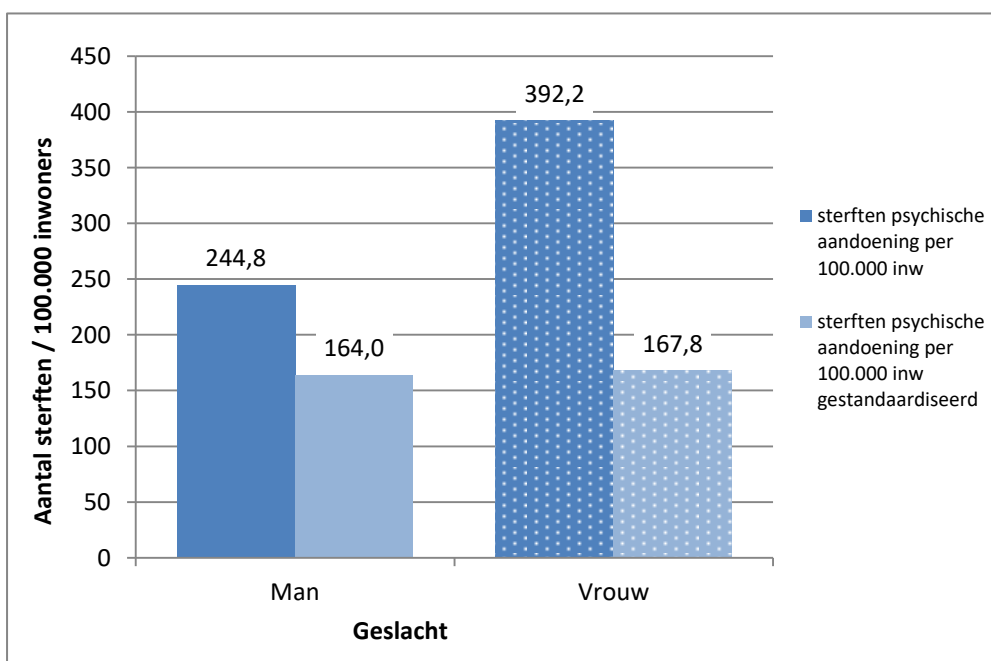


Grafiek 50 Evolutie aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) volgens district, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

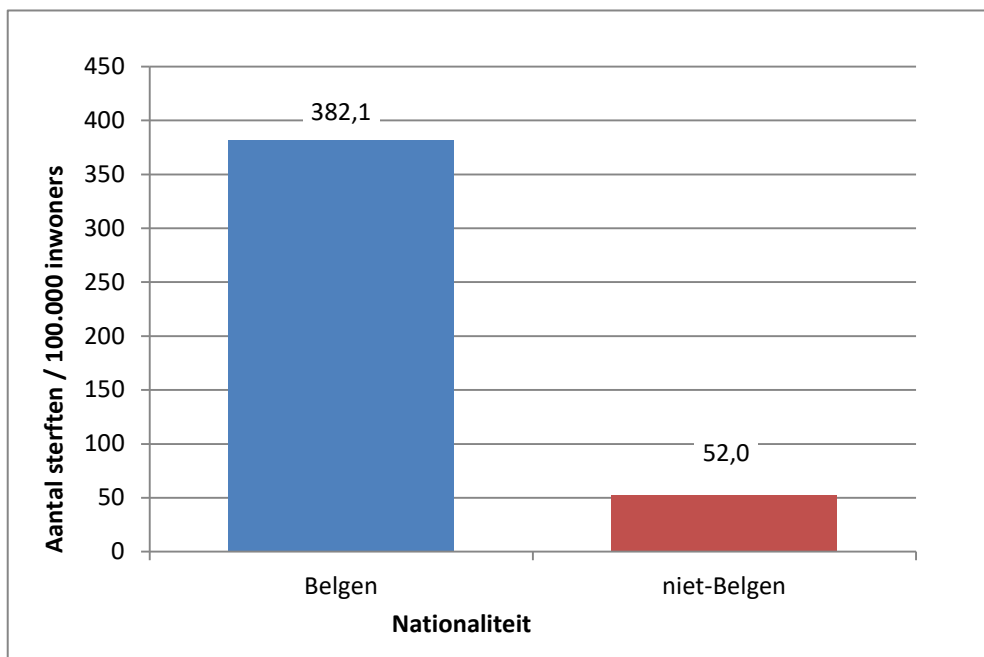
Grafiek 51 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) volgens geslacht in stad Antwerpen, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 52 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 volgens nationaliteit in stad Antwerpen, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



5.6 Zelfdoding

In 2014 pleegden in **Vlaanderen** 1.065 personen zelfdoding. Elke dag maken dus bijna 3 Vlamingen een einde aan hun leven. Ongeveer 7 op 10 van hen waren mannen: 733 mannen tegenover 332 vrouwen. Volgens het **Centrum ter Preventie van Zelfdoding** ondernemen naar schatting dagelijks ongeveer 45 mensen een zelfdodingspoging in Vlaanderen. Die cijfers liggen hoog boven het Europese gemiddelde.

Sinds 2000, het startjaar van de gezondheidsdoelstelling rond zelfdoding en preventie, zien we in 2015 bij mannen een daling van 13% wat betreft zelfdodingen, maar bij vrouwen werd een evenaring van het aantal in 2000 vastgesteld. De nieuwe doelstelling van de Vlaamse overheid (20% minder overlijdens door suicide in 2020 t.o.v. 2000) lijkt daarmee verder af.

Zelfdoding is een van de meest voorkomende doodsoorzaken bij jonge volwassenen tussen 20 en 49 jaar. Ook ouderen, en vooral oudere mannen, lopen een groot risico op overlijden door zelfdoding. Wanneer we ook rekening houden met de veranderende leeftijdsverdeling, was er in 2014 wel een significante procentuele daling van 7,5% van het aantal zelfdodingen ten opzichte van 2000 (gestandaardiseerd aantal o.b.v. Europese standaardbevolking). Dat is nog niet de vooropgestelde 20% maar wel al een statistisch significant verschil.

Ook in **Antwerpen** blijkt zelfdoding meer een mannelijk dan vrouwelijk fenomeen. Van de 211 zelfdodingen in de periode 2012-2014 zijn er 151 gepleegd door mannen. Dit betekent dat **mannen verantwoordelijk zijn voor ongeveer 7 op 10 van alle zelfdodingen**. Deze verhouding zien we vanaf de periode 2006-2008. Voordien was het verschil tussen mannen en vrouwen nog groter. In de periode tussen 2001 en 2006 schommelde deze verhouding rond 7,5 op 10.

Wanneer we het aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners berekenen per geslacht en standaardiseren naar leeftijd, dan zien we dat er meer dan 2 keer zo veel zelfdodingen zijn bij mannen dan bij vrouwen. Sinds de periode 2006-2008, waarvan de gegevens in de gezondheidsmonitor van 2014 werden voorgesteld, zien we een verschuiving van het aandeel zelfdodingen per geslacht en leeftijd. Terwijl toen het hoogste aantal zelfdodingen bij mannen te vinden was in de beroepsactieve leeftijdsgroepen, telt de groep van **mannelijke 75-plussers in de periode 2012-2014 veruit het meeste zelfdoders per 100.000 inwoners**. Bij de vrouwen zien we een verschuiving in de andere richting. In de periode 2006-2008 telden we de meeste vrouwelijke zelfdoders per 100.000 inwoners bij de groep van 65- tot 74-jarigen. In de periode 2012-2014 zien we dat **het zwaartepunt is verschoven naar de leeftijdsgroep van 45- tot 64-jarigen**.

Wanneer we de doelstelling van de Vlaamse overheid als richtlijn nemen om de **Antwerpse cijfers** aan te spiegelen, dan kunnen we voor stad Antwerpen optimistischer zijn. **Ten opzichte van de periode 2000-2002 (n=266) is het aantal zelfdodingen gedaald met 20%** (211 zelfdodingen in periode 2012-2014). De hoogste zelfmoordcijfers op jaarbasis vinden we voor het jaar 2000 (vandaar ook de hoge startpositie, zie periode 2000-2002 in grafiek 56). Als gevolg hiervan zien we in de periode 2001-2003 een opvallende daling van het aantal zelfdodingen naar 236, dat zich stabiliseert tot de periode 2004-2006 en daarna opnieuw een opvallende daling kent naar 212 zelfdodingen en zich dan min of meer stabiliseert tot de meest recente periode.

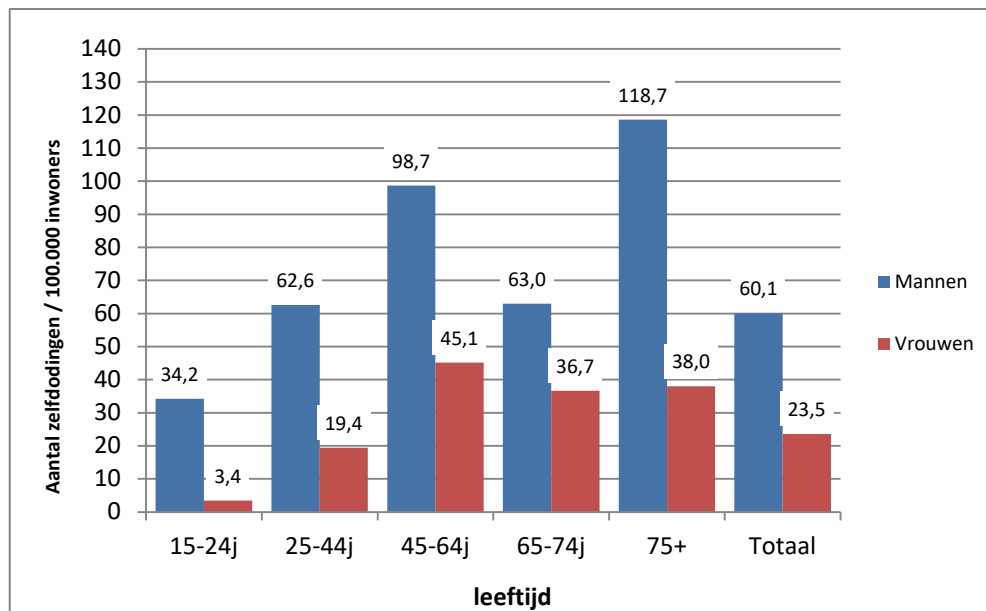
Stad Antwerpen kende de afgelopen 14 jaren een gestage bevolkingstoename. Een stabilisatie van het aantal zelfmoordgevallen betekent daarom een lichte procentuele vermindering. Daarom geven we in de laatste grafieken ook het totale aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners weer. Een vergelijking tussen Vlaanderen en stad Antwerpen leert ons dat het aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners tot de periode 2004-2006 redelijk gelijk is, maar vanaf dan voor Vlaanderen duidelijk minder gunstig evolueert. **Terwijl de Antwerpse cijfers zich vanaf de**



periode 2006-2008 stabiliseren rond 43 à 44 zelfdodingen per 100.000 inwoners, zien we voor Vlaanderen een ongunstige evolutie sinds 2007-2009. Die ongunstige evolutie in Vlaanderen zorgde ervoor dat er een opvallend verschil in aantal zelfdodingen in de meest recente perioden is ontstaan tussen Vlaanderen en Antwerpen (50,8/100.000 inw. t.o.v. 41,7/100.000 inw. voor stad Antwerpen). Standaardisering naar leeftijd tempert dit zichtbare verschil enigszins maar werkt het bijlange na niet weg.

In de onderstaande grafieken wordt de evolutie van het aantal zelfdodingen voorgesteld aan de hand van voortschrijdende totalen. Dit wil zeggen dat voor het totale aantal zelfdodingen voor bijvoorbeeld de periode van 2000 t.e.m. 2002 het aantal zelfdodingen voor de drie afzonderlijke jaren 2000, 2001 en 2002 worden opgeteld. We kiezen voor voortschrijdende totalen omdat vastgestelde trends omwille van het relatief beperkt aantal zelfdodingen op jaarbasis minder betrouwbaar zijn.

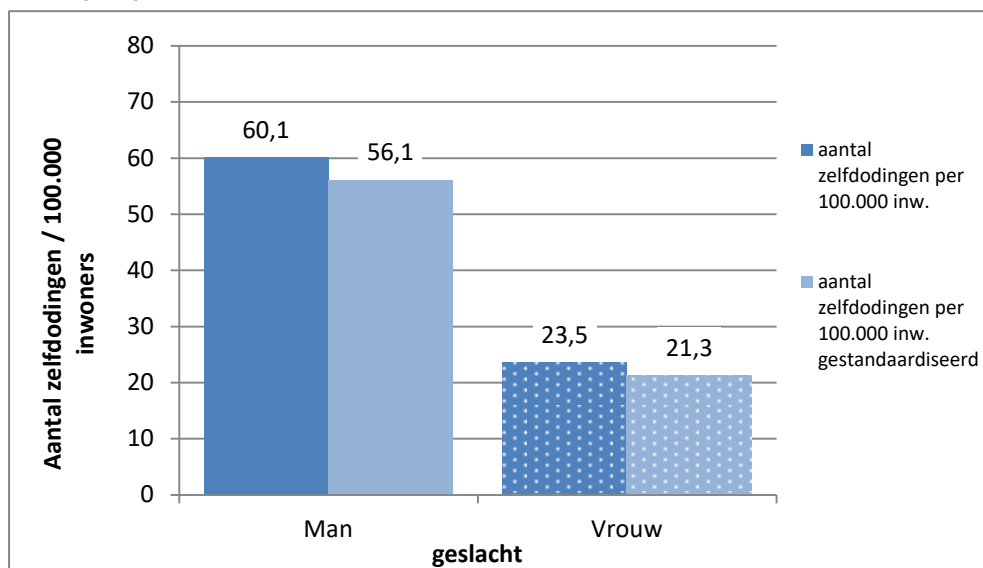
Grafiek 53 Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners volgens leeftijd en geslacht in stad Antwerpen, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

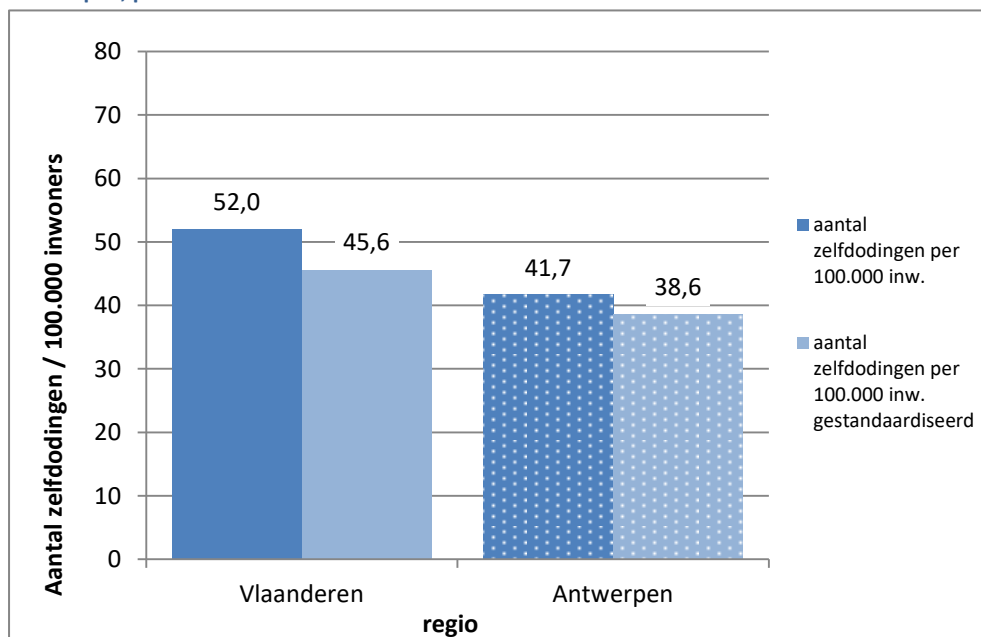


Grafiek 54 Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) volgens geslacht in stad Antwerpen, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

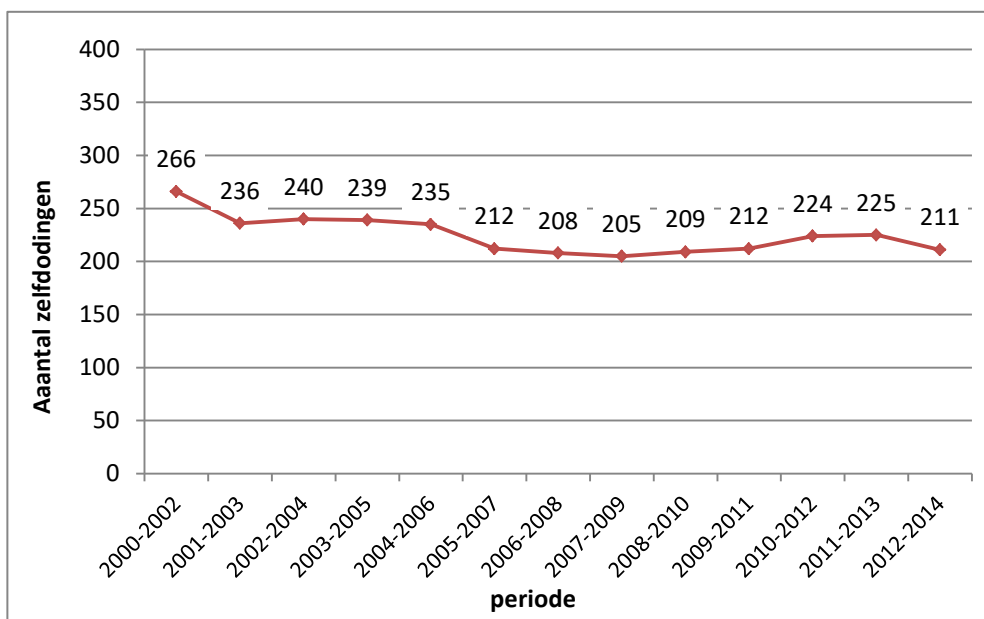
Grafiek 55 Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd), Vlaanderen en stad Antwerpen, periode 2012-2014



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012-2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



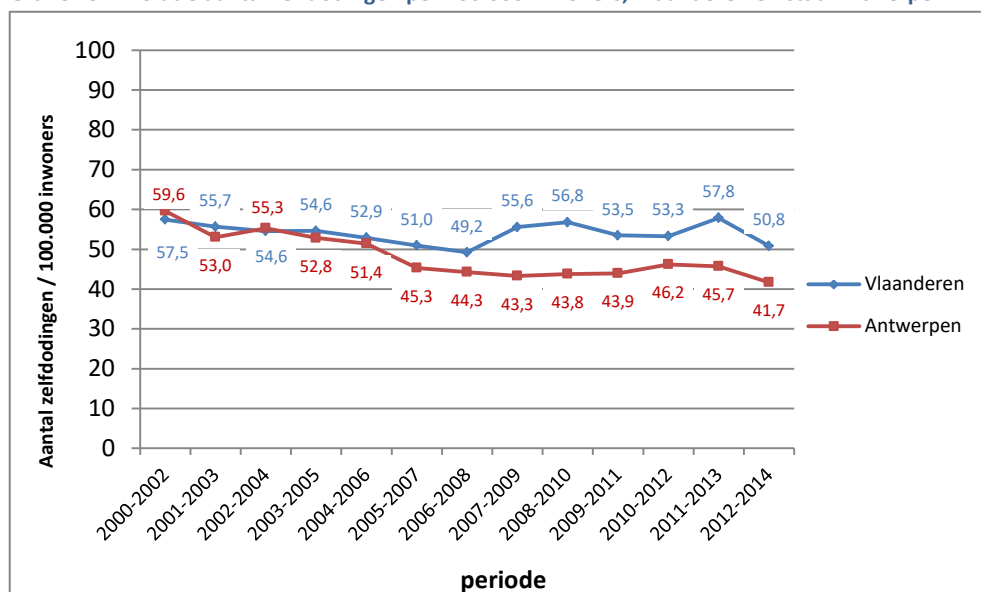
Grafiek 56 Evolutie aantal zelfdodingen in stad Antwerpen



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2000-2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 57 Evolutie aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners, Vlaanderen en stad Antwerpen

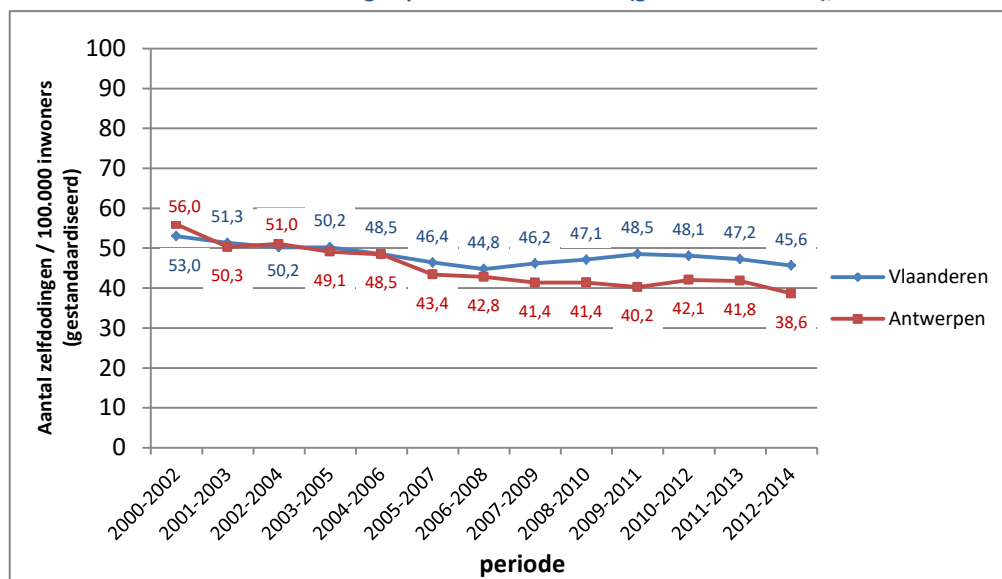


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2000-2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 58 Evolutie aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners (gestandaardiseerd), Vlaanderen en stad Antwerpen



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, 2000-2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Lijst van tabellen

Tabel 1 Aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen volgens type instelling, Antwerpenaren	33
Tabel 2 Opnames psychiatrie volgens socio-economische positie patiënt, Antwerpenaren, periode 2002-2011	35
Tabel 3 Opnames psychiatrie volgens regio en hoofddiagnose, Vlamingen en Antwerpenaren, periode 2002-2011	36
Tabel 4 Opnames psychiatrie volgens geslacht en hoofddiagnose, Antwerpenaren, periode 2002-2011	37
Tabel 5 Opnames psychiatrie volgens leeftijd en hoofddiagnose, Antwerpenaren, periode 2002-2011	38
Tabel 6 Opnames psychiatrie volgens beroepsstatus en hoofddiagnose, Antwerpenaren, periode 2010-2011	39
Tabel 7 Aantal en aandeel zorgperiodes volgens diagnose, Antwerpenaren	44
Tabel 8 Aandeel zorgperiodes volgens reden van aanmelding per geslacht, Antwerpenaren	46
Tabel 9 Aandeel zorgperiodes volgens reden van aanmelding per leeftijdsgroep, Antwerpenaren	46
Tabel 10 Aandeel zorgperiodes volgens reden van aanmelding per beroepssituatie, Antwerpenaren	46

Lijst van grafieken

Grafiek 1 Aandeel respondenten volgens subjectieve algemene gezondheid per probleem met een matige tot grote impact op het dagelijkse functioneren dat men al dan niet heeft gehad	5
Grafiek 2 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven per surveyjaar	6
Grafiek 3 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven per geslacht	7
Grafiek 4 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven volgens leeftijd	8
Grafiek 5 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven volgens leeftijd en surveyjaar	8
Grafiek 6 Aandeel respondenten volgens impact van slaapstoornissen op het dagelijks leven volgens socio-economische status ...	9
Grafiek 7 Aandeel respondenten volgens voorkomen van slaapstoornissen volgens woonplaats	10
Grafiek 8 Aandeel respondenten volgens voorkomen van slaapstoornissen volgens leeftijd en woonplaats	10
Grafiek 9 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven per surveyjaar	11
Grafiek 10 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven per surveyjaar, volgens geslacht	13
Grafiek 11 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven volgens etnische herkomst ..	13
Grafiek 12 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven volgens socio-economische status	14
Grafiek 13 Aandeel respondenten volgens impact van psychische problemen op het dagelijks leven volgens leeftijd en surveyjaar	14
Grafiek 14 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven per surveyjaar	15
Grafiek 15 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens geslacht	17
Grafiek 16 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens leeftijd	17
Grafiek 17 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens etnische herkomst	18
Grafiek 18 Aandeel respondenten volgens impact van stress op het dagelijks leven volgens socio-economische status	18
Grafiek 19 Aandeel respondenten volgens oorzaak van stress (n= 1870)	19
Grafiek 20 Aandeel respondenten volgens oorzaak van stress per surveyjaar	19
Grafiek 21 Aandeel respondenten per oorzaak van stress volgens geslacht	21
Grafiek 22 Aandeel respondenten per oorzaak van stress volgens socio-economische status	21
Grafiek 23 Aandeel respondenten dat slecht tot zeer slechte algemene gezondheid rapporteert per oorzaak van stress	22
Grafiek 24 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin	23
Grafiek 25 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin per leeftijd en geslacht	24
Grafiek 26 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin per leeftijd en geslacht	25



Grafiek 27 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens etnische herkomst	26
Grafiek 28 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens etnische herkomst	27
Grafiek 29 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens positie in gezin	28
Grafiek 30 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens positie in gezin	28
Grafiek 31 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens mate waarin men zelfstandig buitenshuis kan gaan	29
Grafiek 32 Aandeel respondenten volgens frequentie van sociale contacten (2 frequentie categorieën met minst vaak contacten) met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens mate waarin men psychische problemen ervaart	29
Grafiek 33 Aandeel respondenten dat minder dan wekelijks sociale contacten heeft met familie, vrienden, kennissen buiten het eigen gezin volgens woonplaats	30
Grafiek 34 Evolutie aantal opnames psychiatrie, Antwerpenaren	32
Grafiek 35 Evolutie aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners, Antwerpenaren en Vlamingen	32
Grafiek 36 Aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners volgens leeftijd, Vlamingen en Antwerpenaren, periode 2002-2011 ..	33
Grafiek 37 Aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners, Vlamingen – Antwerpenaren, periode 2002-2011	34
Grafiek 38 Aantal opnames psychiatrie per 1.000 inwoners volgens geslacht, Antwerpenaren, periode 2002-2011	34
Grafiek 39 Evolutie aantal cliënten CGG's, Antwerpenaren	42
Grafiek 40 Evolutie aantal cliënten CGG's per 1.000 inwoners, Antwerpenaren en Vlamingen	42
Grafiek 41 Aantal cliënten CGG's per 1.000 inwoners volgens geslacht en leeftijd, Antwerpenaren	43
Grafiek 42 Aantal cliënten CGG's per 1.000 inwoners volgens leeftijd, Vlamingen en Antwerpenaren	43
Grafiek 43 Aandeel zorgperiodes volgens diagnose, Antwerpenaren en Vlamingen	44
Grafiek 44 Aandeel zorgperiodes CGG's (cliënten vanaf 18 jaar) volgens beroepssituatie, Antwerpenaren	45
Grafiek 45 Aandeel zorgperiodes CGG's (cliënten vanaf 18 jaar) volgens opleidingsniveau, Antwerpenaren	45
Grafiek 46 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners volgens leeftijd in stad Antwerpen, periode 2012-2014	48
Grafiek 47 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd), Vlaanderen en stad Antwerpen, periode 2012-2014	48
Grafiek 48 Evolutie aantal sterften met als doodsoorzaak psychische aandoeningen in stad Antwerpen	49
Grafiek 49 Evolutie aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) in stad Antwerpen	49
Grafiek 50 Evolutie aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) volgens district, periode 2012-2014	50
Grafiek 51 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) volgens geslacht in stad Antwerpen, periode 2012-2014	50
Grafiek 52 Aantal sterften met als doodsoorzaak psychische en neurologische aandoeningen per 100.000 volgens nationaliteit in stad Antwerpen, periode 2012-2014	51
Grafiek 53 Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners volgens leeftijd en geslacht in stad Antwerpen, periode 2012-2014	53
Grafiek 54 Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd) volgens geslacht in stad Antwerpen, periode 2012-2014	54
Grafiek 55 Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners (niet gestandaardiseerd en gestandaardiseerd), Vlaanderen en stad Antwerpen, periode 2012-2014	54
Grafiek 56 Evolutie aantal zelfdodingen in stad Antwerpen	55
Grafiek 57 Evolutie aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners, Vlaanderen en stad Antwerpen	55
Grafiek 58 Evolutie aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners (gestandaardiseerd), Vlaanderen en stad Antwerpen	56