

**GGD**

**Groningen**

# Regionaal Gezondheidsprofiel

Groningen



*Samen werken aan gezondheid*

| Groningen |

## **Colofon**

Regionaal Gezondheidsprofiel gemeente Groningen 2012 is een uitgave van GGD Groningen

### Redactie epidemiologie

*Jan Broer, epidemioloog* 050 - 367 4126 ([jan.broer@ggd.groningen.nl](mailto:jan.broer@ggd.groningen.nl))

*Jeroen Kuiper, onderzoeker* 050 - 367 4318 ([jeroen.kuiper@ggd.groningen.nl](mailto:jeroen.kuiper@ggd.groningen.nl))

Druk                      Repro GGD, april 2014

Correspondentie      GGD Groningen  
                              T.a.v. epidemiologie  
                              Postbus 584  
                              9700 AN Groningen



## Inhoudsopgave

SAMENVATTING .....	5
1. INLEIDING EN METHODIEK.....	7
1.1. Deelname.....	8
1.2. Samenstelling steekproef.....	10
2. GEZONDHEID .....	15
2.1. Zelfgerapporteerde gezondheid .....	15
2.2. Chronische ziekten .....	17
3. LEEFSTIJL .....	19
3.1 Roken .....	19
3.2. Cannabis .....	22
3.2. Alcohol: overmatig drinken en binge drinken.....	23
3.3. Overgewicht .....	28
3.4. Bewegen: Norm bewegen en lidmaatschap sportvereniging.....	31
4. PSYCHISCHE GEZONDHEID.....	35
4.1. Psychische klachten.....	36
4.2. Eenzaamheid .....	38
5. LEEFOMGEVING.....	41
5.1. Sociaal kapitaal.....	41
5.2. Waardering woonbuurt.....	43
6. MAATSCHAPPELIJK MILIEU.....	45
6.1. Beperkingen.....	45
6.2. Mantelzorg geven .....	46
6.3. Vrijwilligerswerk.....	49
BIJLAGE.....	53
LITERATUURLIJST .....	55



## SAMENVATTING

Het “*Regionaal Gezondheidsprofiel gemeente Groningen 2012*” geeft inzicht in de staat van de publieke gezondheid in de gemeente. In deze rapportage worden de wijken van de gemeente Groningen op diverse thema’s met elkaar vergeleken. Naast wijkanalyses in dit rapport ook een stedelijke analyse opgenomen. Daarin worden de uitkomsten van de gemeente Groningen vergeleken met 7 andere middelgrote studenten steden<sup>1</sup>. Bij de stedelijke analyse gaat het om de 19- tot en met 64-jarigen, terwijl het bij de wijkanalyse om alle volwassenen (inclusief 65-plussers) gaat. De reden hiervoor is dat niet alle GGD’en 65-plussers hebben betrokken in hun monitor volksgezondheid.

In totaal hebben ruim 1.500 volwassenen uit de gemeente Groningen deelgenomen aan dit onderzoek.

In een ander rapport “Gezondheidsprofiel Groningen 2012” zijn geboorte, sterfte, zorggebruik beschreven voor alle Groninger gemeenten<sup>2</sup>.

### **Belangrijkste bevindingen: wijkanalyse**

Gezondheid en ziekte zijn voor een belangrijk deel afhankelijk van leeftijd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in de wijken waar veel ouderen wonen de gezondheid als minder goed wordt ervaren en dat er in deze wijken meer mensen wonen met chronische ziekten. De inwoners uit de wijk Zuidwest (o.a. Corpus den Hoorn) hebben een relatief slechte zelfgerapporteerde gezondheid. Daarnaast wonen in deze wijk naar verhouding veel volwassenen met een chronische ziekte en/of beperkingen. Ook in de wijken Nieuw-West (o.a. Vinkhuizen) en Noord-West (o.a. Paddepoel en Selwerd) wonen relatief veel volwassenen met een minder goede zelfgerapporteerde gezondheid. Daarnaast hebben eveneens de bewoners van deze wijken naar verhouding vaker last van een chronische ziekte of een beperkingen.

De volwassenen woonachtig in de ‘studentenwijken’ Oud-Zuid (o.a. Herewegbuurt, Rivierenbuurt) en Centrum (o.a. Centrum en Noorderplantsoen) hebben gemiddeld een goede gezondheid en bovendien rapporteren de volwassenen uit deze wijken relatief weinig chronische ziekten of beperkingen.

In de wijken Oud-West (Oranjebuurt en Schilderswijk) en Oud-Zuid wordt relatief veel gerookt en gedronken. In de wijk Noordoost (o.a. Beijum) komen deze vormen van psychische klachten relatief vaak voor.

### **Belangrijkste bevindingen: stedelijk analyse**

Groningers van 19 tot en met 64 jaar hebben vergeleken met andere studentensteden een goede zelfgerapporteerde gezondheid.

Qua volwassenen die roken is Groningen een middenmoter. Stadgers bewegen vrij veel en vergeleken met de andere steden hebben Groningers minder overgewicht. Daarentegen wordt in de gemeente Groningen het vaakst overmatig en zwaar alcohol gedronken door 19- tot en met 64-jarigen.

---

<sup>1</sup> Groningen (30.000), Nijmegen (13.900), Arnhem (2.400), Leiden (8.500), Enschede (8.600), Maastricht (9.700), Tilburg (9.200) en Eindhoven (7.300). Tussen haakjes staat het aantal (uitwonende) studenten dat woonachtig is in de voornoemde studentensteden.

<sup>2</sup> <http://ggd.groningen.nl/onderzoek/gezondheidsprofiel>

### **Invloed van de studentenpopulatie op de resultaten**

Hoewel de steden geselecteerd zijn om de gemeente Groningen een goed referentiekader te bieden wijkt de gemeente Groningen qua (in de gemeente wonende of uitwonende) studentenpopulatie behoorlijk af. Groningen heeft een grote uitwonende studentenpopulatie (Abf Research, 2012). Maar liefst 30.000 (uitwonende) studenten wonen in de gemeente Groningen. Daarmee is Groningen na Amsterdam (39.000) voor wat betreft uitwonende studenten de tweede studentenstad. Als het aantal uitwonende studenten wordt gerelateerd aan de bevolking dan blijkt de gemeente Groningen de grootste studentenstad van Nederland. Ruim 15% van de inwoners in de gemeente Groningen is student, terwijl in de overige referentiesteden dit percentage varieert van 1,6% tot 8,4%.

Dit gegeven heeft gevolgen voor de interpretatie van de resultaten in dit rapport.

Studenten zijn jong en dus relatief gezond en kennen weinig beperkingen. Daarnaast is het leefgedrag ook afwijkend van de gemiddelde Nederlander. Ze sporten veel, zijn vaak lid van een sportvereniging en hebben (ook vanwege hun leeftijd) over het algemeen minder vaak last van overgewicht. Tenslotte wordt er onder studenten meer en vaker alcohol gedronken en gerookt. Ter illustratie van de studenten in de gemeente Groningen drinkt 35% zwaar en 22% overmatig, terwijl van de niet-studenten 12% zwaar en 11% overmatig drinkt.

Het bovenstaande geldt zowel voor de vergelijking tussen de studentensteden als tussen de wijken. Wijken waar veel studenten wonen verwacht je gemiddeld een ander leefgedrag van bewoners dan in wijken waar (bijvoorbeeld) over het algemeen meer ouderen wonen.

## 1. INLEIDING EN METHODIEK

De gemeente heeft verschillende taken en verantwoordelijkheden op het terrein van de volksgezondheid. Die taken en verantwoordelijkheden staan in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Zo moet de gemeente de gezondheid van de burgers periodiek in kaart brengen. Dat doet GGD Groningen voor de gemeenten in de provincie Groningen. Om de gezondheid van burgers in kaart te brengen nam GGD Groningen in het najaar van 2012 deel aan een landelijk gezondheidsonderzoek. Bij dit grootschalige gezondheidsonderzoek werkten alle GGD'en in Nederland samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In totaal kregen ruim 750.000 inwoners van Nederland van 19 jaar en ouder een vragenlijst van de GGD'en in Nederland. Het is voor het eerst dat alle GGD'en in dezelfde periode met gestandaardiseerde vraagstellingen burgers onderzoek hebben gedaan naar o.a. hun gezondheid en leefstijl. De gegevens uit de gezondheidsenquêtes worden (voor het eerst) gebruikt voor de Verkenning Toekomst Volksgezondheid 2014 (VTV). De preventienota van het Rijk baseert zich op de VTV, dit is gunstig voor de gemeenten die nu dezelfde informatie tot hun beschikking hebben. Dit was bij voorgaande edities van de VTV niet het geval.

### *Landelijke gegevens*

Bovengenoemd landelijk onderzoek biedt de mogelijkheid de resultaten voor de gemeente Groningen voor een aantal onderwerpen af te zetten tegen die van een aantal vergelijkbare gemeenten in Nederland. In dit rapport worden de resultaten van de gemeenten Arnhem, Eindhoven, Enschede, Leiden, Maastricht, Nijmegen en Tilburg als vergelijkingsmateriaal gebruikt.

### *Gemeente Groningen*

Naast een vergelijking tussen de gemeente Groningen en referentie gemeenten (steden), worden de wijken binnen de gemeenten ook op verschillende onderwerpen met elkaar vergeleken.

In oktober 2012 vielen er bij 3.606 inwoners van de gemeente Groningen een enquête op de deurmat met een uitnodigingsbrief om de vragenlijsten in te vullen. De maanden erop volgden nog twee herinneringen. In totaal heeft 42 procent van de mensen in de gemeente Groningen die zijn aangeschreven door GGD Groningen de vragenlijst ingevuld. Het gemiddelde responspercentage in de provincie Groningen is 45 procent.

### *Twee leeftijdsgroepen*

De gezondheidsenquête 2012 is gehouden onder volwassen inwoners van de provincie Groningen in de leeftijd van 19 tot 65 jaar en onder ouderen van 65 jaar en ouder. Volwassenen van 19 tot en met 64 jaar ontvingen een andere vragenlijst dan de 65-plussers, maar de vragenlijsten komen voor ongeveer 90% overeen. Zo is bijvoorbeeld de vraag over het gebruik van (verdovende) middelen enkel aan personen van 19 tot en met 64 jaar



voorgelegd. Aanvullende vragen over bijvoorbeeld het ontvangen van mantelzorg werden alleen aan personen van 65 jaar en ouder voorgelegd.

Let wel: de figuren waarin gebruik is gemaakt van gegevens uit vergelijkbare gemeenten hebben enkel betrekking op de leeftijdscategorie 19 tot en met 64 jaar. Dit komt doordat niet alle referentie gemeenten 65-plussers in hun onderzoek hebben betrokken. De resultaten voor de gemeente Groningen in de figuren met gegevens op wijkniveau kunnen daarom verschillen met de resultaten voor de gemeente Groningen in de landelijke vergelijking.

### 1.1. Deelname

In totaal hebben 9.720 volwassenen in de provincie Groningen een vragenlijst ontvangen. Deze is door 4.357 ingevuld teruggestuurd. De respons op de gezondheidsenquête kent sinds de start in 1990 een dalende trend. In 1990 was de respons 65%, in 2006 was deze 55%, twee jaar geleden was de deelname aan de gezondheidsenquête verder afgenomen naar 50%. In 2012 heeft 45% van diegene die zijn aangeschreven deelgenomen.

Het aantal respondenten per wijk ligt tussen de 80 en 170. Twee wijken “Meerdorpen” en “Zuidoost” zijn buiten de analyse gelaten vanwege de lage respons in deze wijken (respectievelijk 13 en 22).

*Tabel 1.1. Aantallen respondenten die hebben deelgenomen aan de gezondheidsenquête, GGD Groningen, 2012.*

Regio	Respondenten
Centrum	147
Oud-Zuid	147
Oud-West	91
Oud-Noord	97
Oosterparkwijk	87
Zuidoost	22
Helpman e.o.	135
Zuidwest	83
Hoogkerk e.o.	122
Nieuw-West	143
Noordwest	111
Noordoost	159
Noorddijk e.o.	169
Meerdorpen	13
Centrum	147
Oud-Zuid	147
Groningen (gemeente)	1.526
Provincie Groningen	4.357

Bovenstaande wijken worden in onderstaande figuur afgebeeld.

*Figuur 1.1. Nieuwe wijkindeling, 2013*

Wijkindeling nieuw



Bijlage bij: RO.13.4038684

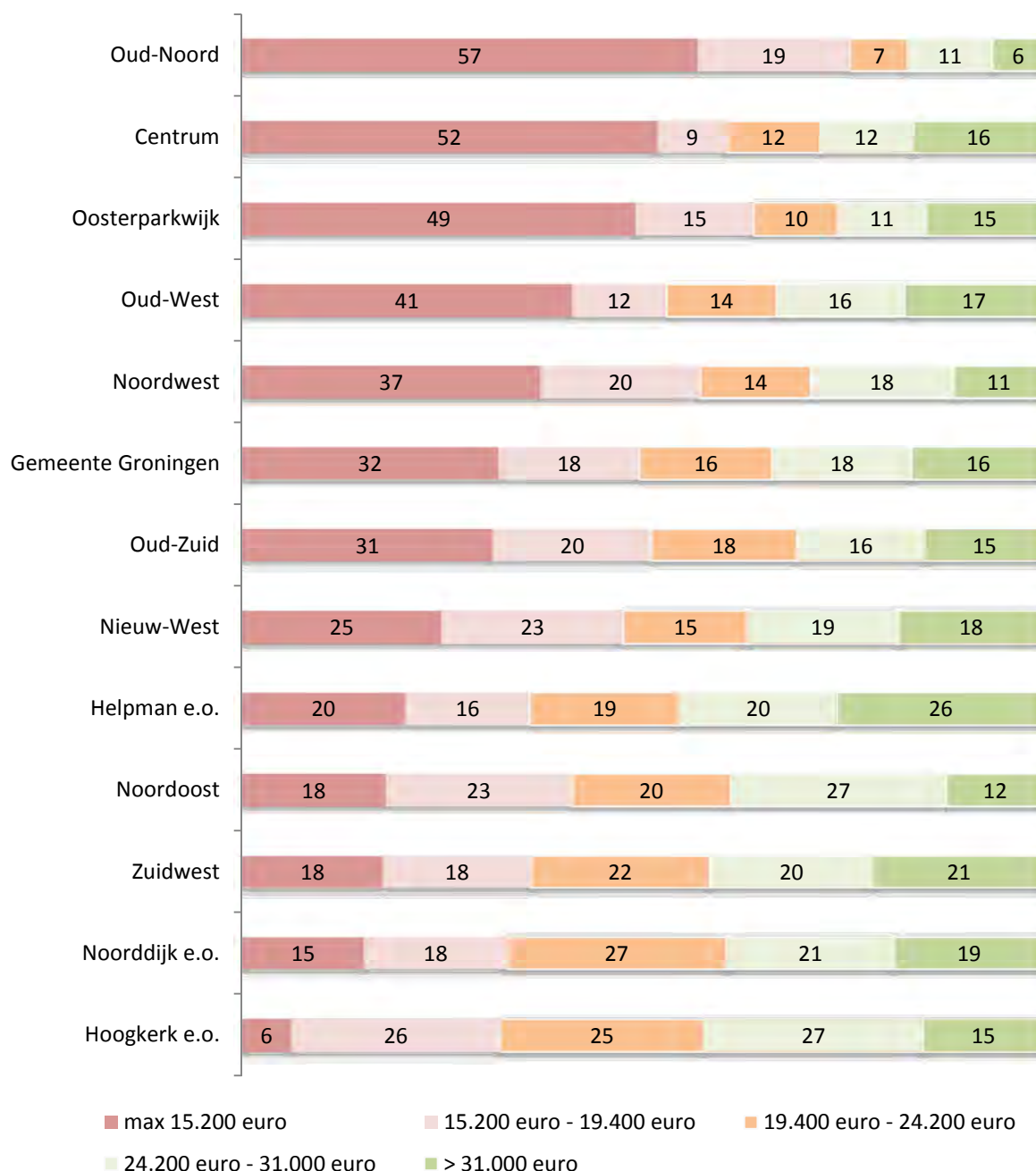
Gemeente Groningen, Dienst RO/EZ, Geo-Informatie, 27-11-2013

## 1.2. Samenstelling steekproef

### Inkomen

In Helpman wonen de meeste personen die boven 31.000 euro per jaar verdienen. In de regio Oud-Noord wordt het minst verdiend op jaarbasis. In Centrum wonen veel studenten die om die reden in de laagste inkomenscategorie<sup>3</sup> vallen. De verschillen tussen de wijken zijn groot.

Figuur 1.2 (Gezins-)Inkomen in kwintielen per wijk in 2012

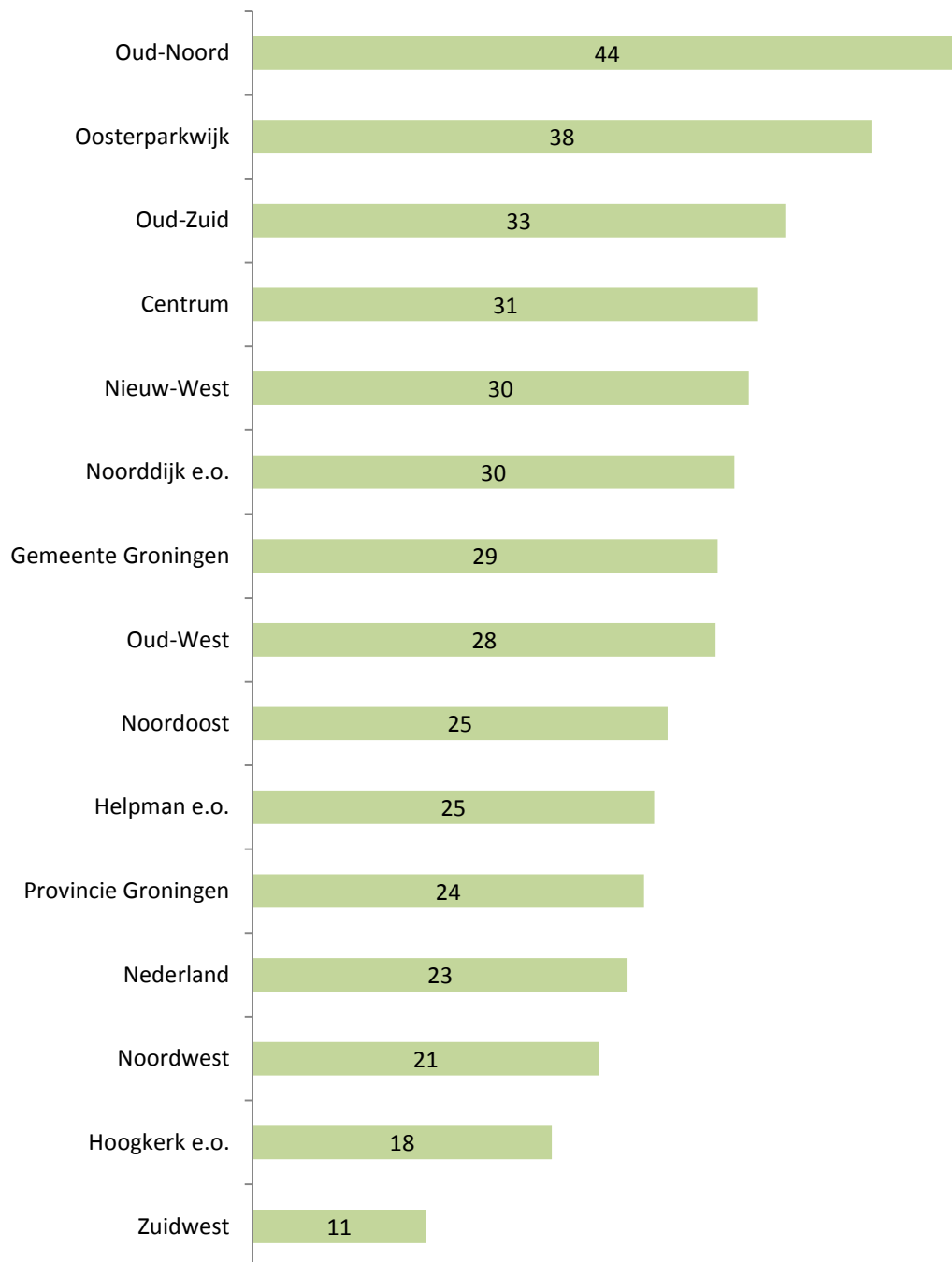


<sup>3</sup> Het besteedbaar inkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. Het gestandaardiseerde inkomen is een maat voor de welvaart van het huishouden.

### *Rondkomen van het inkomen*

In de wijk Oud-Noord wonen ook de meeste mensen die moeite hebben met rondkomen van hun inkomsten (44%). In Zuidwest heeft één op de tien mensen moeite met rondkomen (11%). Gemiddeld heeft 29% van de inwoners van de gemeente Groningen moeite met rondkomen.

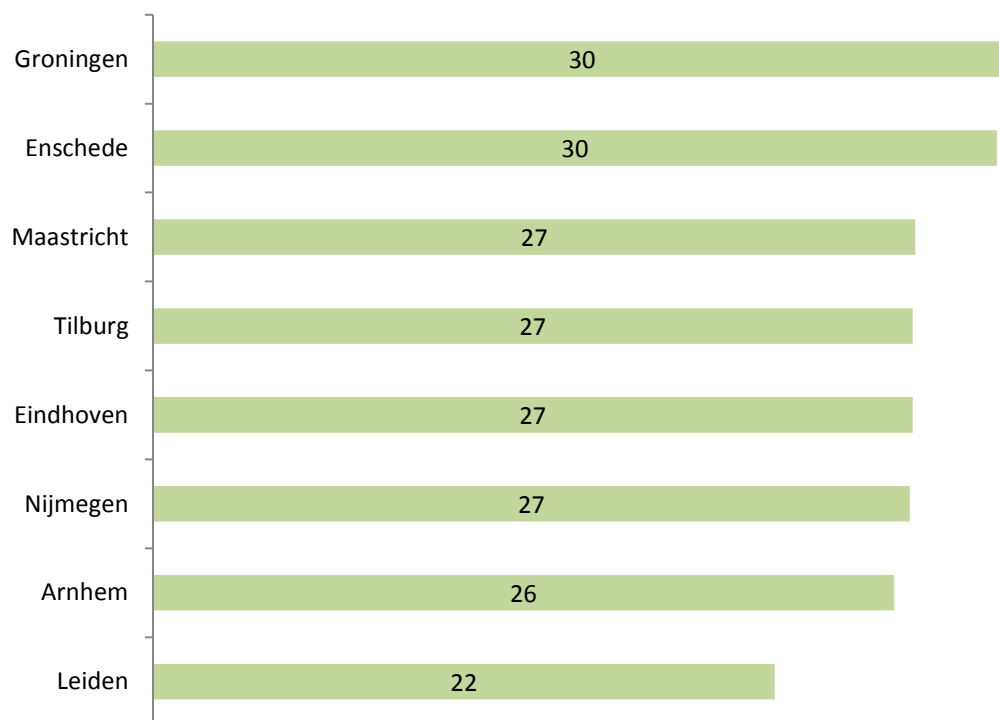
*Figuur 1.3 Moeite met rondkomen per wijk in 2012*



### *Landelijke vergelijking*

Uit figuur 1.4 blijkt dat in de gemeente Groningen en de gemeente Enschede het percentage huishoudens dat moeite heeft met rondkomen het hoogst is (30%) vergeleken met de referentiegemeenten. In Leiden is dit percentage met 22% het laagst. In de overige gemeenten varieert het percentage tussen 26 en 27%.

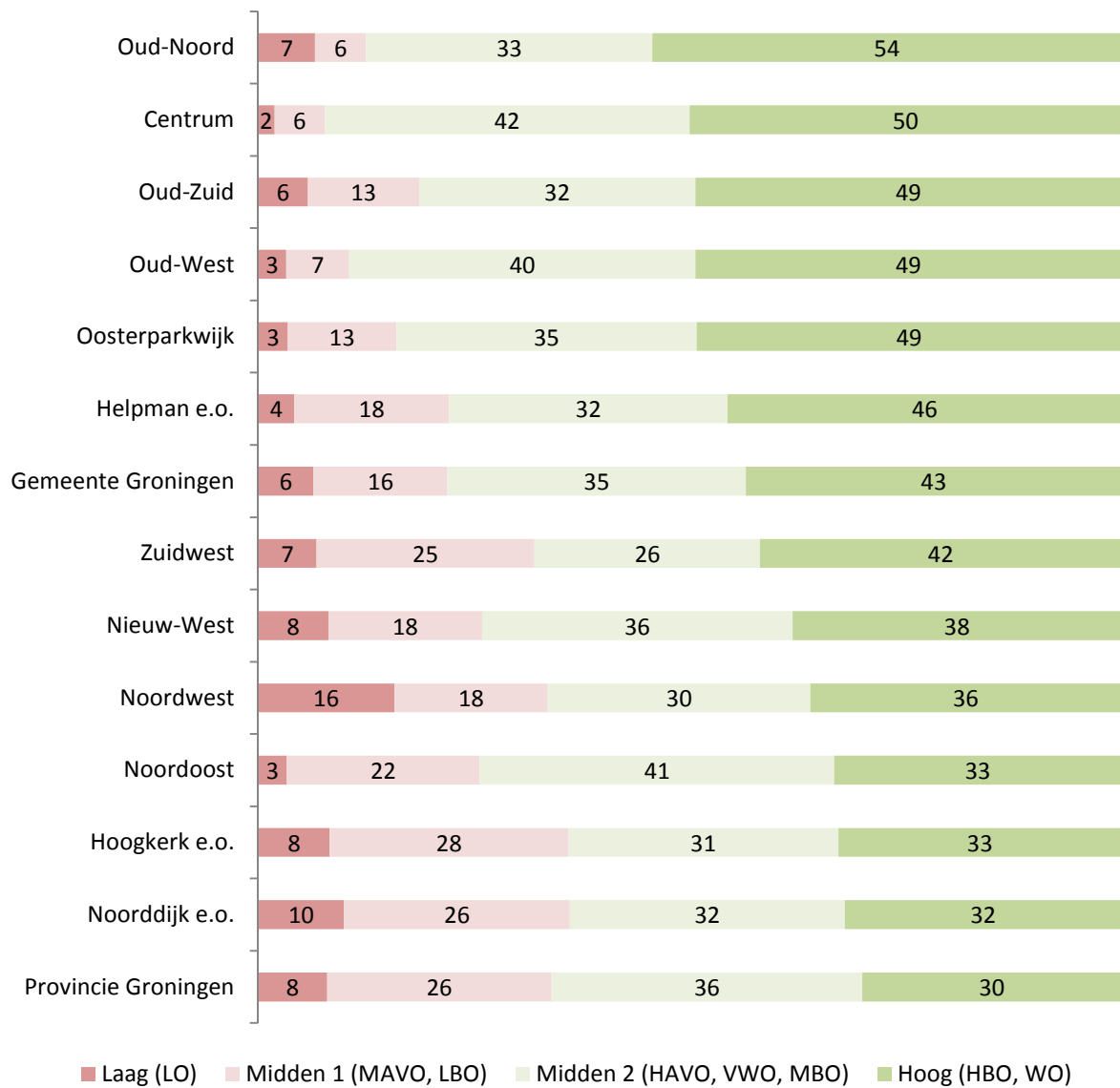
*Figuur 1.4 Moeite met rondkomen in vergelijkbare steden 2012*



### Opleidingsniveau

In Centrum en Zuidoost wonen veel hoger opgeleiden. Ondanks dat ook in Oud-Noord het aandeel hoger opgeleiden hoog is, wonen hier veel volwassenen met een laag inkomen. Ook wonen in deze wijk veel volwassenen die moeite hebben met rondkomen van de maandelijkse inkomsten..

Tabel 1.5 Opleidingsniveau per wijk in 2012



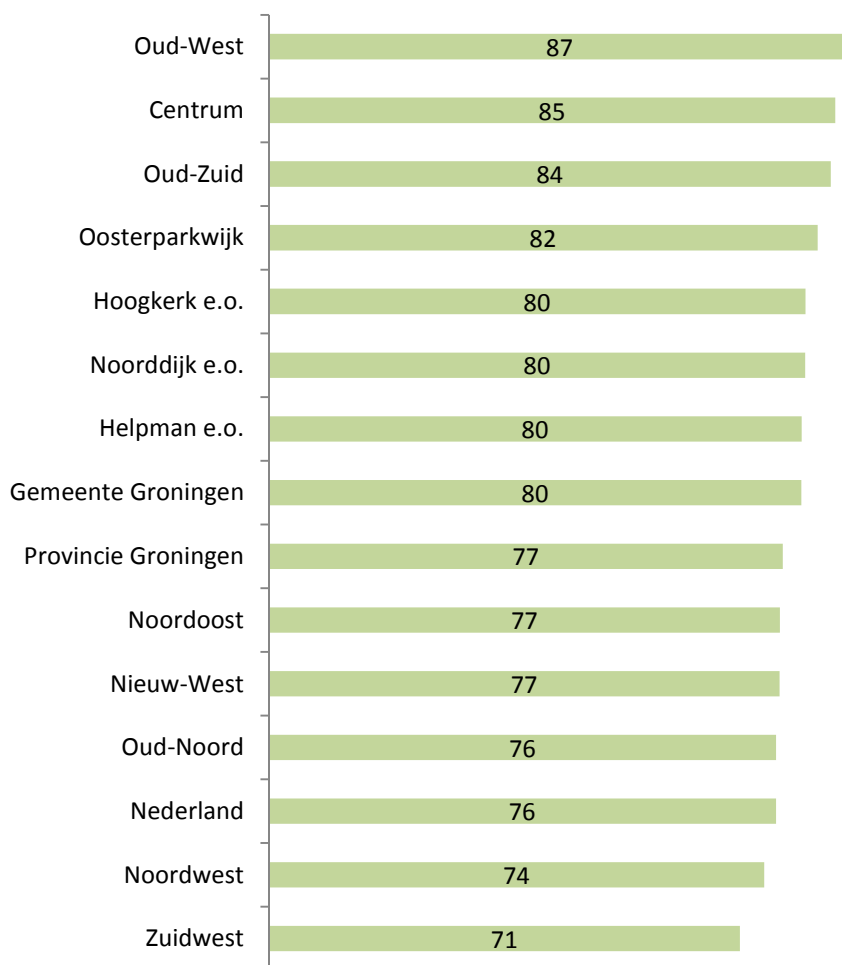


## 2. GEZONDHEID

### 2.1. Zelfgerapporteerde gezondheid

De ervaren gezondheid (ook wel subjectieve gezondheid genoemd) weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de persoon in kwestie. De uitkomst geeft een robuuste voorspelling van de algemene gezondheid. Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op (vroegtijdig) overlijden. Dit lijkt een open deur maar er zijn weinig maten die zo sterk voorspellend zijn voor (vroegtijdige) sterfte. Een minder goede ervaren gezondheid hangt samen met leeftijd (oud minder goed dan jong), geslacht (vrouw minder goed dan man), sociaaleconomische status (laag minder goed dan hoog) en met etnische achtergrond (voorgeschiedenis als asielzoeker of vluchteling). De verschillen tussen de wijken zijn klein. De inwoners uit het Centrum zijn het gezondst volgens henzelf. In deze wijk wonen veel (jonge) studenten. In de wijk Zuid-West wonen relatief veel volwassenen met een minder goede zelfgerapporteerde gezondheid.

*Figuur 2.1 (Zeer) goede algemene gezondheid (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*

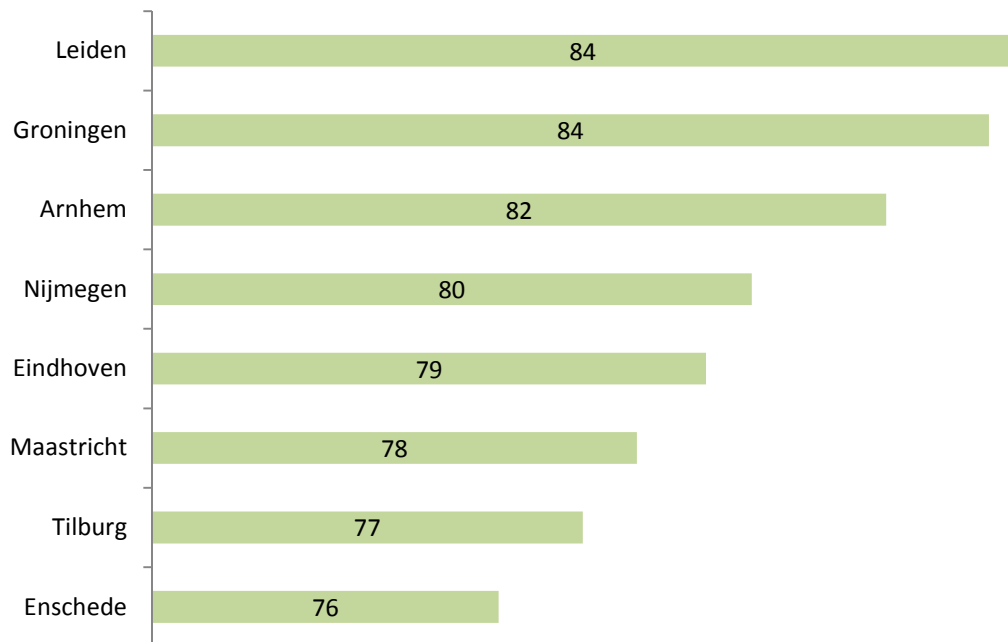




### Landelijke vergelijking

Tussen de referentie steden zijn de verschillen groot. In de gemeente Leiden en Groningen ervaart 84% van de bevolking in de leeftijd van 19 tot en met 64 jaar de gezondheid als (zeer) goed. De gemeente Enschede 'scoort' het laagst (76%).

*Figuur 2.2 (Zeer) goede algemene gezondheid in vergelijkbare gemeenten in 2012 (%)*

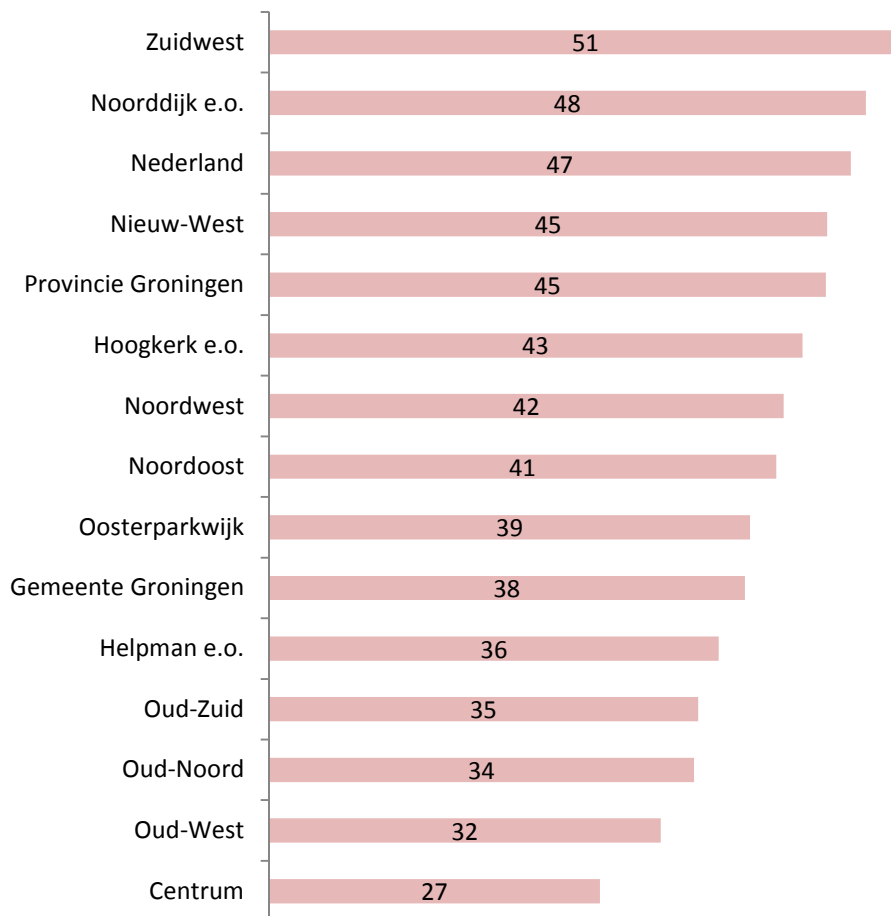


## 2.2. Chronische ziekten

Bij de term chronische ziekte hebben de meeste mensen wel een beeld (Nationaal Kompas, 2013). Mensen met een chronische ziekte zijn geen homogene en duidelijk omschreven categorie patiënten. Uit een opsomming van chronische ziekten blijkt dat het gaat om onomkeerbare aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur. Een chronische ziekte onderscheidt zich verder door een langdurig beroep op de zorg. Mensen met één of meer chronische ziekten hebben een verminderde kwaliteit van leven in vergelijking met mensen zonder een chronische ziekte (Nationaal Kompas, 2013). Men is gevraagd om in een (niet uitputtende) lijst één of meer chronische ziekten aan te kruisen waarvoor men op dat moment of in de voorafgaande 12 maanden onder behandeling is geweest van een arts. Gemiddeld is 47 procent van de volwassen Nederlanders het afgelopen jaar voor een chronische ziekte onder behandeling geweest van een arts, tegenover 45% van de Groningers (provincie).

Leeftijd en geslacht zijn de belangrijkste voorspellers van het hebben van een chronische ziekte. Naarmate men ouder wordt nemen de chronische ziekten toe. Vooral vrouwen rapporteren chronische ziekten. De meeste volwassenen met een chronische ziekte wonen in de wijk Zuidwest en Noorddijk e.o.

*Figuur 2.3. Chronische ziekten (onder behandeling van arts) afgelopen jaar, per wijk, 2012*





### 3. LEEFSTIJL

Gezond gedrag leidt in de toekomst tot gezondheidswinst voor mensen en bespaart de maatschappij op lange termijn vermijdbare kosten. Gedrag is een belangrijke voorspeller van gezondheid en ziekte in de toekomst. Gezond gedrag kenmerkt zich door matig alcoholgebruik, niet-roken, gevarieerd en gezond eten en voldoende lichaamsbeweging. Vooral een combinatie van risicofactoren verhoogt het risico op het ontstaan van ziekte. Soms is ongezond gedrag te herleiden tot een gebrek aan feitenkennis, een vertekend zicht op het eigen gedrag of het ontbreken van gedragsalternatieven. Echter, veel vaker is ongezond gedrag het resultaat van het feit dat gezond leven en leuk leven op gespannen voet met elkaar staan.

#### 3.1 Roken

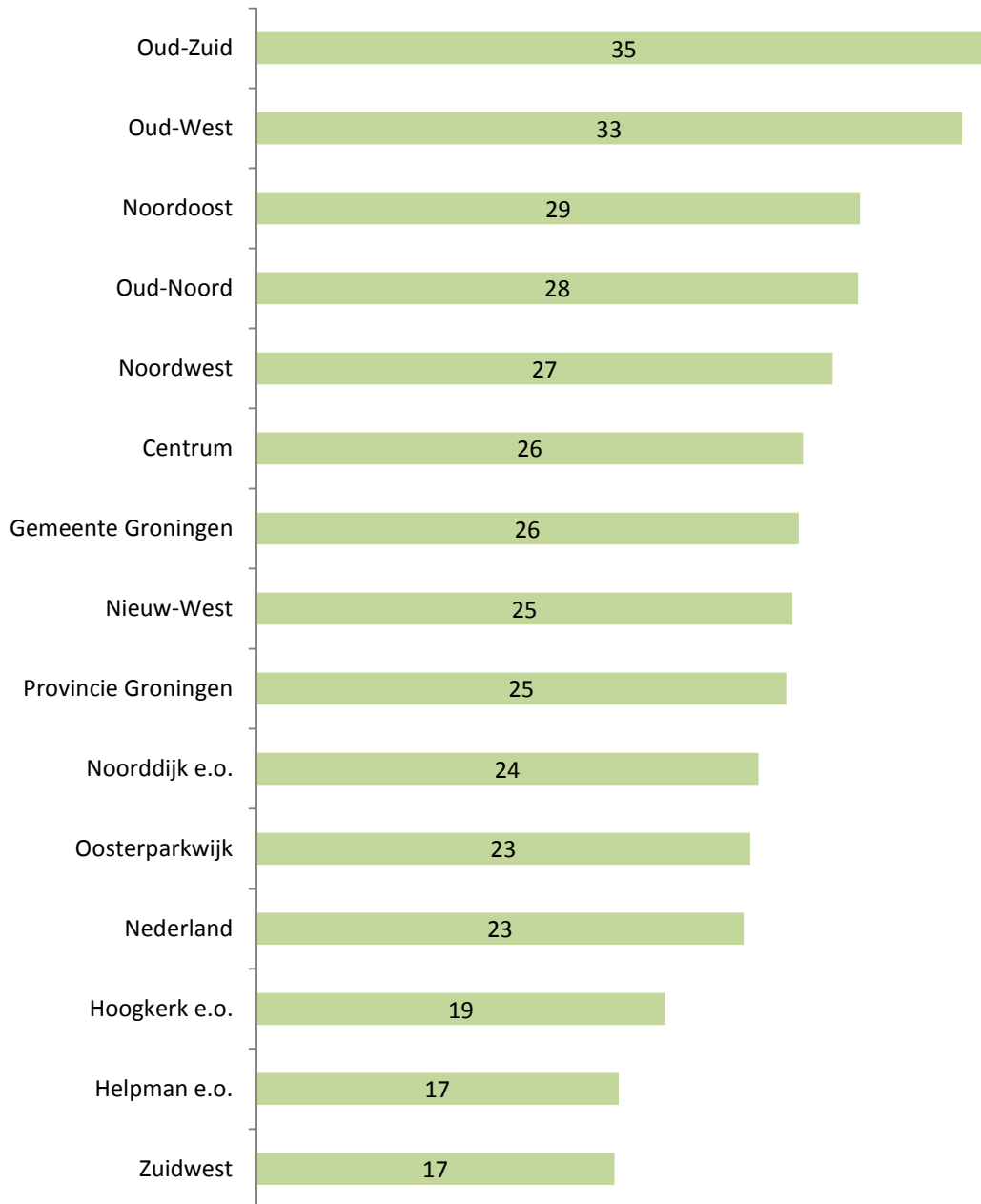
In 2011 overleden in totaal bijna 19.000 mensen als gevolg van een aan roken gerelateerde aandoening (Nationaal Kompas, 2013). Roken is bij mensen boven de twintig jaar verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen door longkanker (85% van de sterfgevallen door roken), COPD (80%) en een aantal vormen van kanker in het hoofdhalsgebied (54% tot 85%). Daarnaast is circa 17% van de sterfte aan coronaire hartziekten, 7% van de sterfte aan beroerte en 12% van de sterfte aan hartfalen te wijten aan roken (CBS Doodsoorzakenstatistiek, bewerkt door het RIVM).

Roken verhoogt vooral het risico op langkanker, strottenhoofdkanker, COPD, mondholte- en keelkanker en slokdarmkanker. Daarnaast is door roken het risico op veel aandoeningen verhoogd. Rokers hebben bovendien een grotere kans op postoperatieve complicaties aan de ademhalingswegen en verminderd wondherstel. Tevens is bij rokers het risico op allerlei luchtwegklachten groter, zoals verminderde longgroei, respiratoire symptomen (hoesten, slijm piepen en ademnood), vroege achteruitgang in longfunctie en (moeite met het onder controle houden van) astma gerelateerde symptomen (Surgeon General, 2004). Tot slot kan roken het beloop van een ziekte ongunstig beïnvloeden; roken versnelt bijvoorbeeld bij patiënten met multipale sclerose de overgang naar een volgende ziektefase.

Bovendien gaat roken gepaard met een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim, en een hoger zorggebruik (Surgeon General, 2004). In vergelijking met andere leefstijlfactoren is de bijdrage aan de totale ziektelast bij roken hoog. In vergelijking met niet-rokers verliezen rokers in Nederland gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren (Hoeymans et al., 2010).

Uit figuur 3.1 blijkt dat 26% van de inwoners van de gemeente Groningen (2010: 23%) rookt. In de wijk Oud-Zuid wordt het meest gerookt.

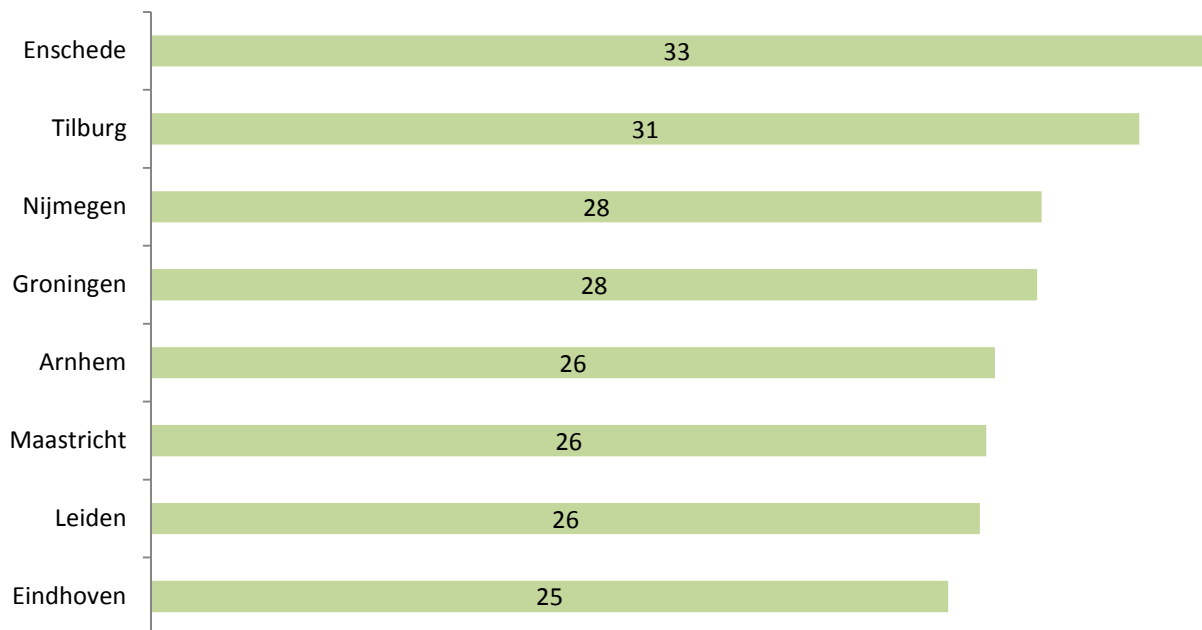
*Figuur 3.1 Rokers (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*



### *Landelijke vergelijking*

In de leeftijdscategorie 19 tot en met 64 jaar zijn Enschede en Tilburg de koplopers voor wat betreft het aandeel rokers (respectievelijk 33% en 31%). In deze gemeenten rookt bijna een derde van volwassenen, tegenover een kwart van de volwassenen in Eindhoven. Van de Groningers in deze leeftijdscategorie rookt 28%.

*Figuur 3.2 Rokers (volwassenen) in vergelijkbare gemeenten in 2012 (%)*



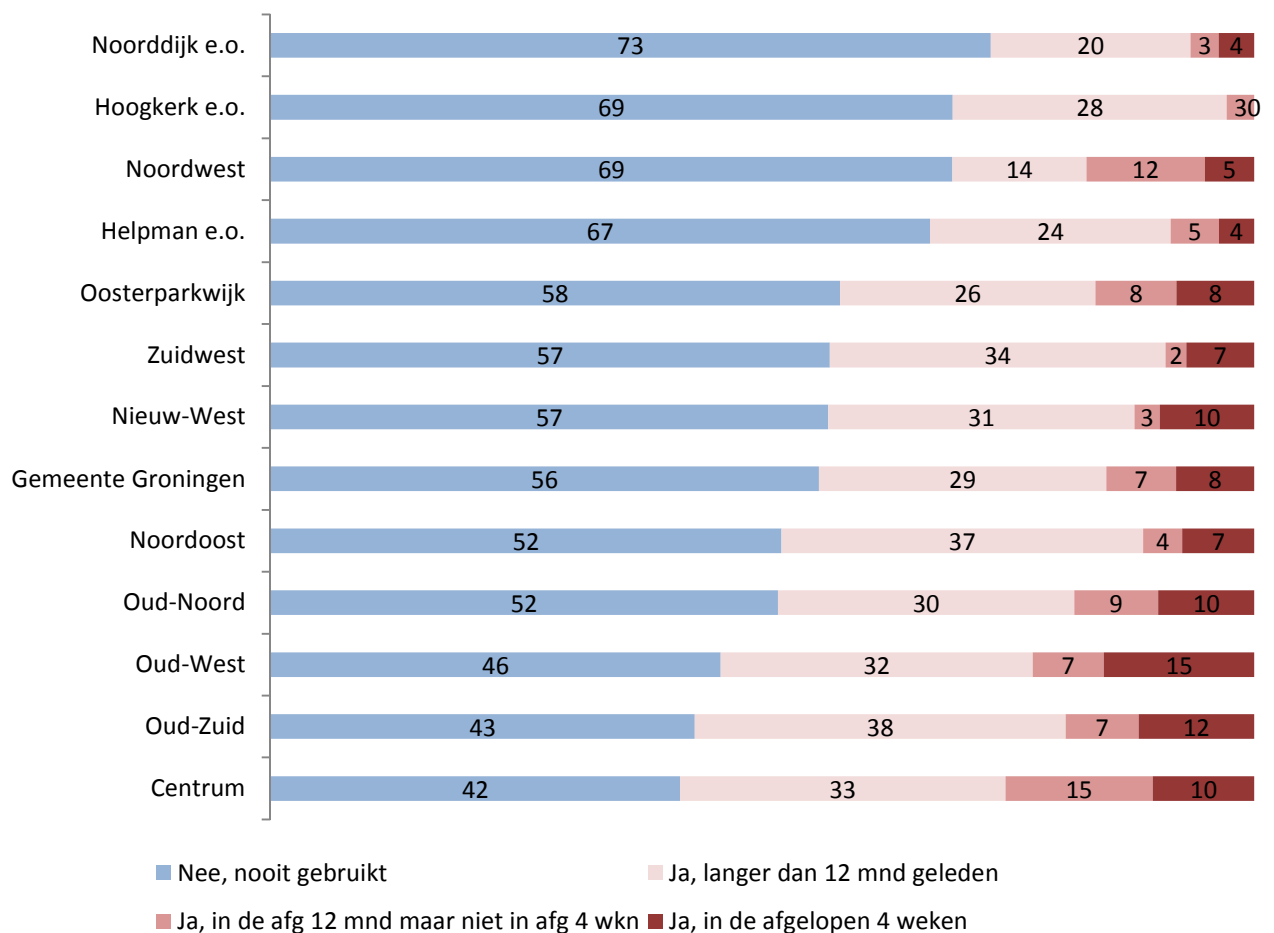
### 3.2. Cannabis

Cannabisproducten (hasj, wiet/marihuana) zijn over het algemeen niet sterk verslavend, maar het risico van afhankelijkheid neemt wel toe bij langdurig frequent gebruik (Nationaal Kompas, 2013).

Mogelijke gevolgen van cannabisgebruik zijn:

- Vermindering van het reactie- en concentratievermogen en het korte termijn geheugen. Cannabisgebruik beïnvloedt school- en werkprestaties en het verkeersgedrag negatief.
- Bij het roken van cannabis komen veel kankerverwekkende stoffen in het lichaam terecht, wat schadelijk is voor de longen.
- Het cognitief functioneren gaat na langdurig en intensief gebruik achteruit. Dit verdwijnt meestal binnen een aantal dagen tot weken na stopzetting van het cannabisgebruik.
- Er is een toenemend wetenschappelijk bewijs dat cannabis psychotische symptomen kan uitlokken, met name bij personen die veel gebruiken en een aanleg hebben voor psychosen. In de wijk Oud-West is het maandelijkse gebruik van cannabis het hoogst. Ook in de wijk Oud-Zuid is het cannabis gebruik relatief hoog.

*Figuur 3.3 Cannabisgebruik per wijk, 2012(%)*



### **3.2. Alcohol: overmatig drinken en binge drinken**

Het risico op gezondheidsschade door alcohol hangt af van het totale alcoholgebruik van de drinker, maar ook van het drinkpatroon dat iemand heeft (Nationaal Kompas, 2013). Het drinkpatroon houdt in hoeveel alcohol iemand per keer drinkt en hoe vaak. In het algemeen geldt:

- Hoe hoger de totale consumptie van alcohol, hoe groter het risico op schade.
- Hoe meer alcohol per keer wordt gedronken, des te ernstiger de schade (de aandoening of verwonding).

Alcoholgebruik heeft invloed op bijna alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig verschillende aandoeningen (Cargiulo, 2007; Anderson & Baumberg, 2006; Room et al., 2005). Hieronder vallen zowel chronische aandoeningen als acute aandoeningen en verwondingen.

Voor de meeste aandoeningen geldt: hoe meer alcohol gedronken wordt, des te groter het risico op die aandoening. Voor een aantal aandoeningen geldt dat vooral langdurig hoog alcoholgebruik bijdraagt aan een hoger risico.

In vergelijking tot andere leefstijlfactoren draagt alcoholgebruik relatief sterk bij aan de totale ziektelast. Met ziektelast wordt bedoeld de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door een bepaalde leefstijl. Na roken (13%), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%) komt alcoholgebruik namelijk op de vierde plaats van determinanten van ziekten, met een bijdrage van 4,5%. Mensen die teveel alcohol drinken verliezen gemiddeld genomen 0,6 levensjaren en 0,9 gezonde levensjaren. Dat is minder dan het verlies aan levensjaren en gezonde levensjaren voor rokers en mensen die te zwaar zijn (Hoeymans et al., 2010). Overigens is bij de berekening van de ziektelast in DALY's niet alle alcohol gerelateerde gezondheidsschade meegerekend. De berekeningen zijn gedaan op basis van 56 ziekten. De bijdrage van ongevallen is niet meegeteld.

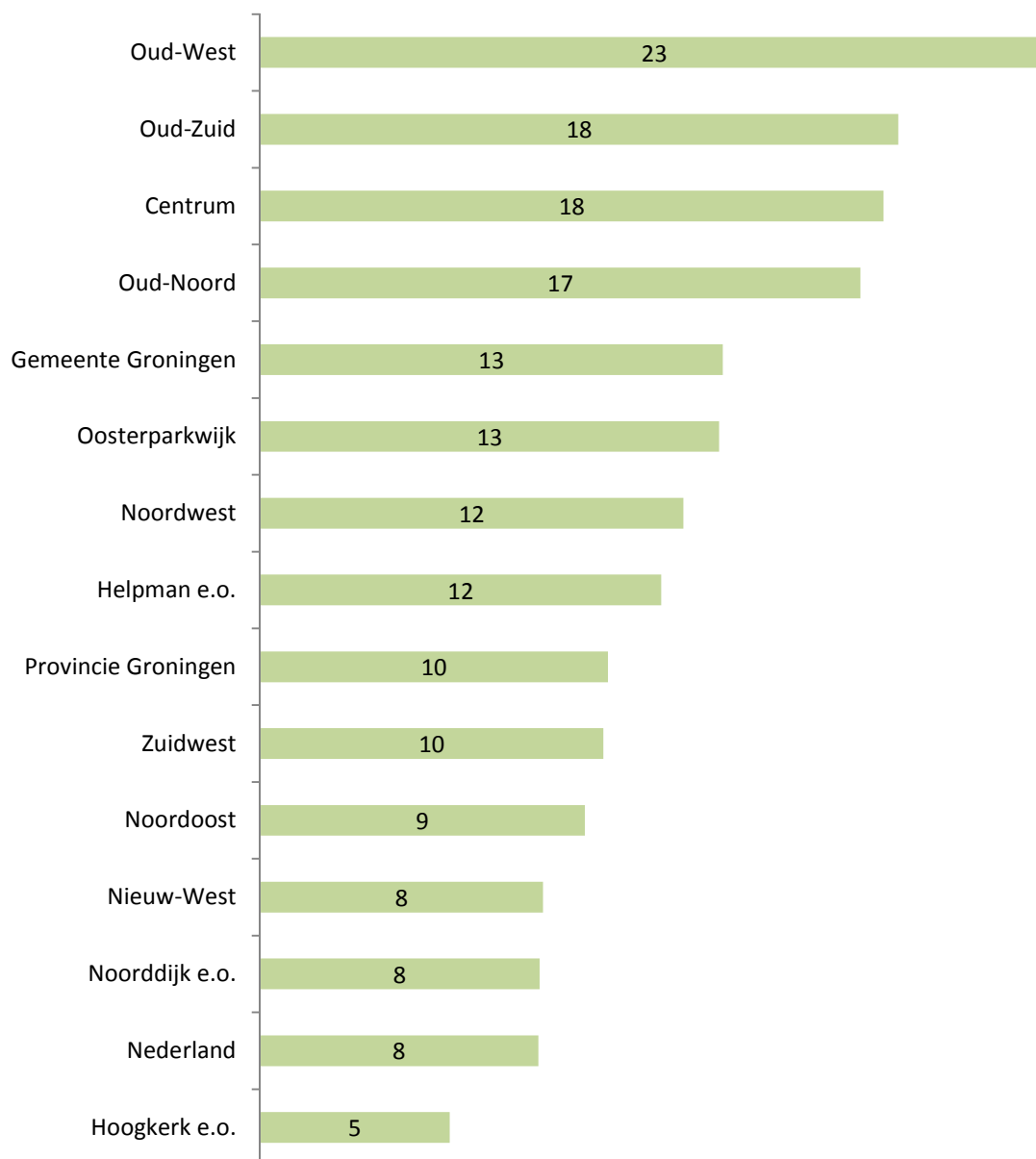
Overmatig alcoholgebruik betekent voor vrouwen meer dan 14 drankjes per week en voor mannen meer dan 21 drankjes per week. In deze hoeveelheden verhoogt alcoholconsumptie de kans op verschillende ziekten.



Gemiddeld is landelijk het aandeel overmatige drinkers lager (8,4%) dan in de provincie Groningen (9,9%) en in de gemeente Groningen (13%). In 2010 dronk 14% van de volwassenen overmatig.

In de wijken Oud-West en het Centrum wordt het vaakst overmatig alcohol geconsumeerd. Het alcoholgebruik in deze wijken is vertekend door aanwezigheid studenten.

*Figuur 3.4 Overmatig alcohol drinken (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*

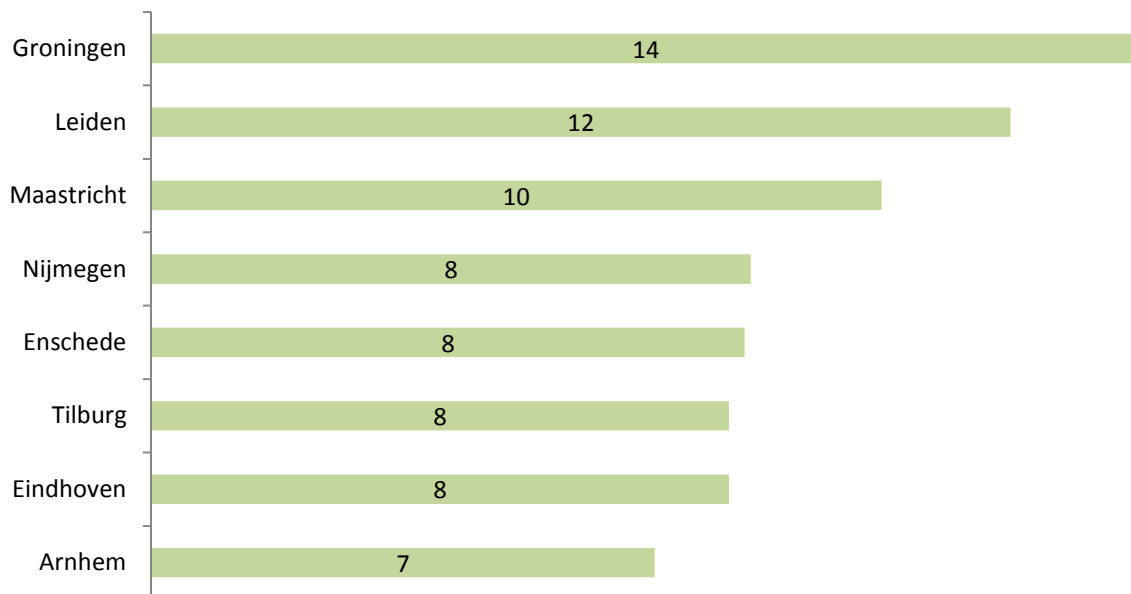


### *Landelijke vergelijking*

In de gemeente Groningen is het aandeel overmatige drinkers in de leeftijdscategorie 19 tot en met 64 jaar het hoogst (14%), gevolgd door – eveneens studentenstad – Leiden (12%).

Opvallend is dat in andere studentensteden zoals Tilburg en Nijmegen ‘slechts’ één op de twaalf respondenten (8%) overmatig alcohol gebruikt.

*Figuur 3.5. Overmatig drinken in vergelijkbare gemeenten in 2012(%)*

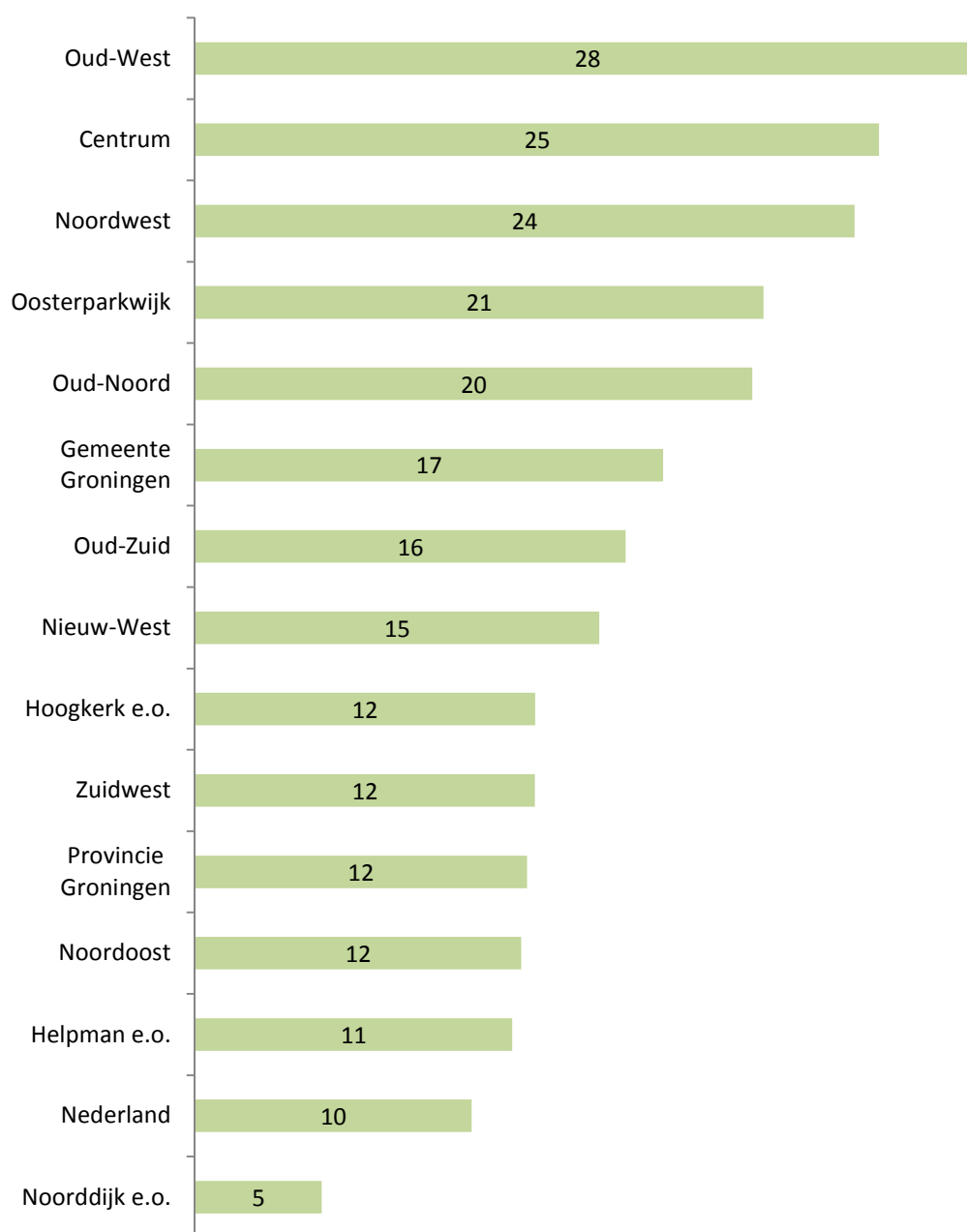


### Zwaar alcoholgebruik

De definitie van zwaar alcoholgebruik verschilt voor mannen en vrouwen. Voor vrouwen betekent zwaar alcoholgebruik minstens 1 dag per week 4 glazen of meer, voor mannen minstens 1 dag per week 6 glazen of meer.

Het percentage zware drinkers verschilt per wijk. In de wijk Oud-West (28%) bevinden zich de meeste zware drinkers gevolgd door Centrum (25%). Ter vergelijking: in Nederland is 1 op de 10 een zware drinker.

*Figuur 3.6. Zwaar drinken per wijk in 2012 (%)*

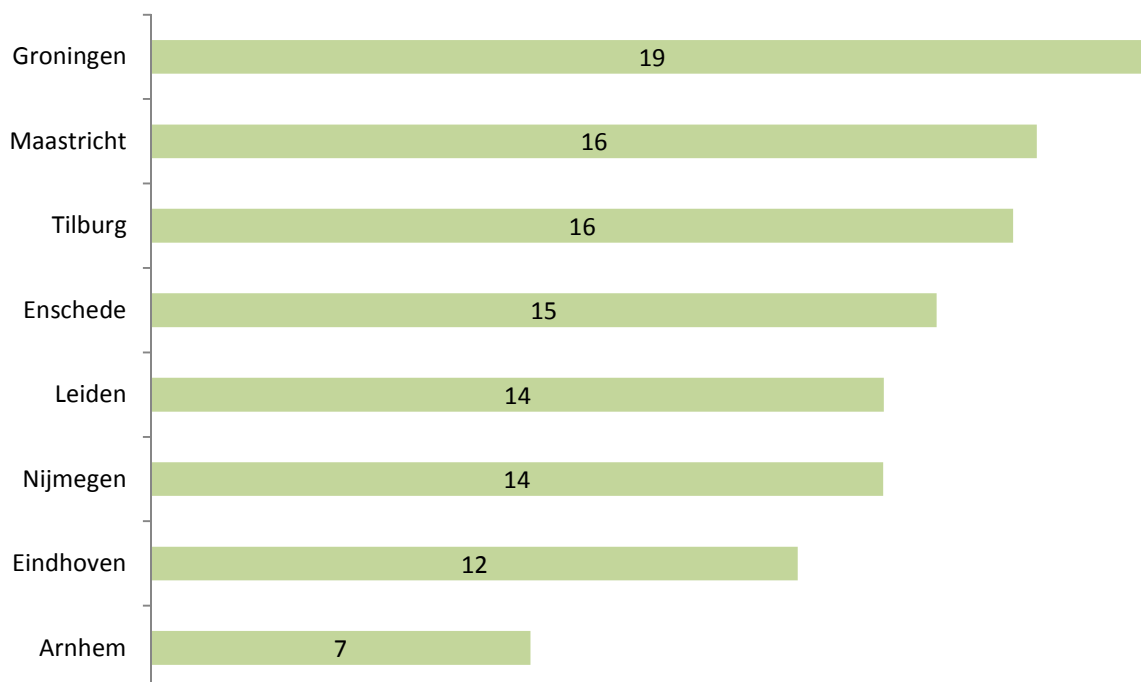


### *landelijke vergelijking*

Evenals bij overmatig alcoholgebruik zijn er, ten opzichte van de referentie steden, veel Groningers die zwaar drinken.

Eén op de vijf Groningers van 19 tot en met 64 jaar (19%) is een zware drinker. In Arnhem is het aandeel zware drinkers het laagst (7%) onder de referentie steden.

*Figuur 3.7. Zwaar drinken in vergelijkbare gemeenten in 2012 (%)*



### 3.3. Overgewicht

Er zijn diverse factoren die samenhangen met overgewicht: te hoge energie-inname, te weinig lichamelijke activiteit, psychosociale factoren en emoties, de fysieke en sociale omgeving en genetische aanleg. In deze paragraaf passeert naast overgewicht onder volwassenen en jongeren ook de lichaamsbeweging de revue.

We spreken van overgewicht als iemand te zwaar is voor zijn of haar lengte. Als maat voor overgewicht is de Body Mass Index (BMI) gebruikt. De BMI, ook wel Quetelet Index genoemd, is een index voor het gewicht in verhouding tot lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door het kwadraat van de lichaamslengte (uitgedrukt in meters). De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. De BMI vertoont een relatie met de hoeveelheid lichaamsvet, maar de BMI-waarden geven niet het percentage lichaamsvet aan. BMI-waarden voor volwassenen tussen 25 en 30 duiden op matig overgewicht. Bij een BMI-waarde van 30 of hoger is sprake van ernstig overgewicht (obesitas).

Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) kunnen leiden tot verschillende ziekten en aandoeningen. Het risico wordt groter naarmate de body mass index (BMI) of de buikomvang toeneemt (Gezondheidsraad, 2003a). Volwassenen met een BMI hoger dan 30 hebben 5-12 keer zoveel kans op diabetes mellitus type 2, en een 2 tot 4 keer zo hoge kans op hartziekten en een aantal vormen van kanker, dan volwassenen met een gezond gewicht (Van Kreijl et al., 2004). Daarbij is de hoeveelheid buikvet de belangrijkste risicofactor voor het optreden van diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten. Het gaat dan vooral om het vet aanwezig in de buikholte, rondom en in de organen (Gezondheidsraad, 2003a, CBO, 2007b). Geschat is dat ongeveer één op de zeven gevallen van hart- en vaatziekten in Nederland toegeschreven kan worden aan overgewicht (Van Dis et al., 2009). Andere aandoeningen gerelateerd aan (ernstig) overgewicht zijn: aandoeningen van het bewegingsstelsel, waaronder artrose, aandoeningen van de ademhalingswegen en onvruchtbaarheid (Gezondheidsraad, 2003a). Voor mensen met klachten aan het bewegingsstelsel hangt (ernstig) overgewicht bovendien samen met het erger worden van de symptomen en het optreden van lichamelijke beperkingen (Visscher et al., 2003, Tukker et al., 2009). Mensen met overgewicht lopen meer risico op psychosociale problemen, stigmatisering en discriminatie dan mensen met een gezond gewicht (Stunkard & Wadden, 1992). Mensen met ernstig overgewicht hebben bijvoorbeeld vaker angststoornissen of een depressie (Jansen et al., 2008; Scott et al., 2008). Het is niet altijd duidelijk of het hebben van overgewicht hier een oorzaak of een gevolg van is. Zo kan overgewicht bij mensen met een depressie het gevolg zijn van de gewicht verhogende effecten van antidepressiva (Ouwens et al., 2009).

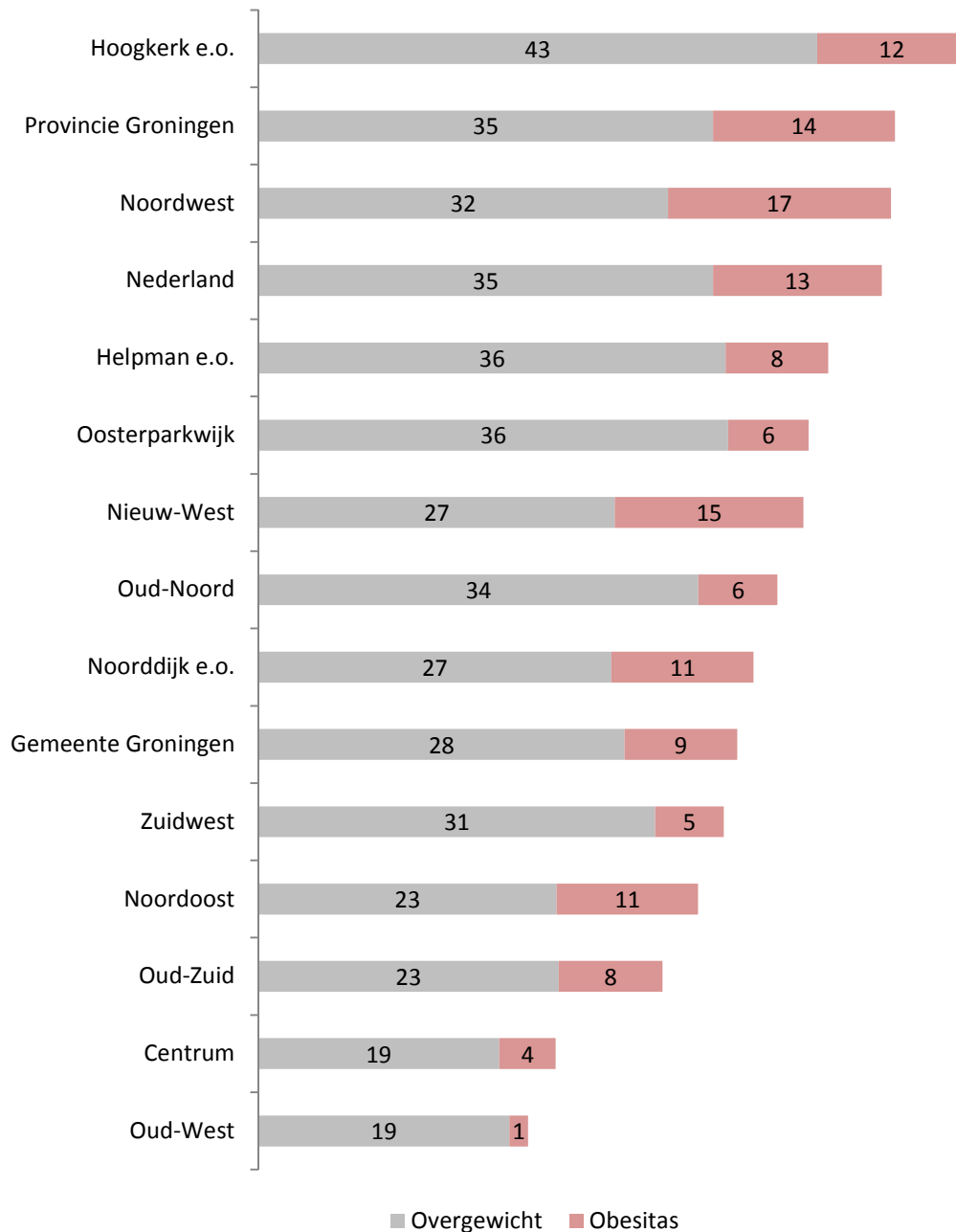
Begin 1980 was landelijk een derde van de volwassenen te zwaar (VTV 2010). Sindsdien is het percentage Nederlanders dat te zwaar is, gestaag gestegen tot bijna de helft van alle volwassenen in 2008. Het valt op dat de laatste decennia matig overgewicht vooral bij mannen voorkwam en ernstig overgewicht vooral bij vrouwen.

Ruim een derde van de inwoners van de gemeente Groningen (37%) is te zwaar; dat wil zeggen heeft een BMI-waarde hoger dan 25. Bij 9% van de inwoners is sprake van obesitas;

zij hebben een BMI-waarde hoger dan 30. In 2010 was 35% van de volwassen Stadgers te zwaar.

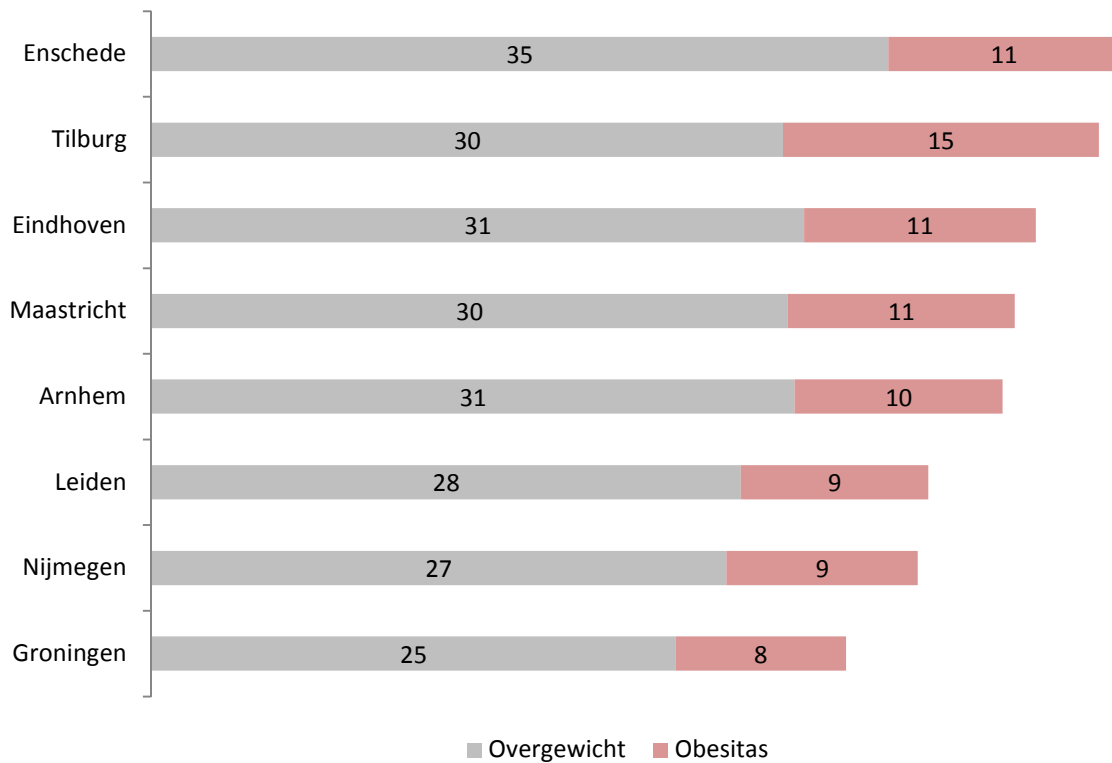
De verschillen tussen de Groninger wijken zijn groot. Zo lijdt 55% van de Hoogkerkers aan overgewicht tegenover 20% van de inwoners van de wijk Oost-West

*Figuur 3.8 Matig en ernstig overgewicht per wijk in 2012 (%)*



Ten opzichte van andere steden is het percentage overgewicht onder 19- tot en met 64-jarigen laag. Het verschil met de Tilburg is maar liefst 12 procentpunten.

*Figuur 3.9. Matig en ernstig overgewicht in vergelijkbare gemeenten in 2012 (%)*



### **3.4. Bewegen: Norm bewegen en lidmaatschap sportvereniging**

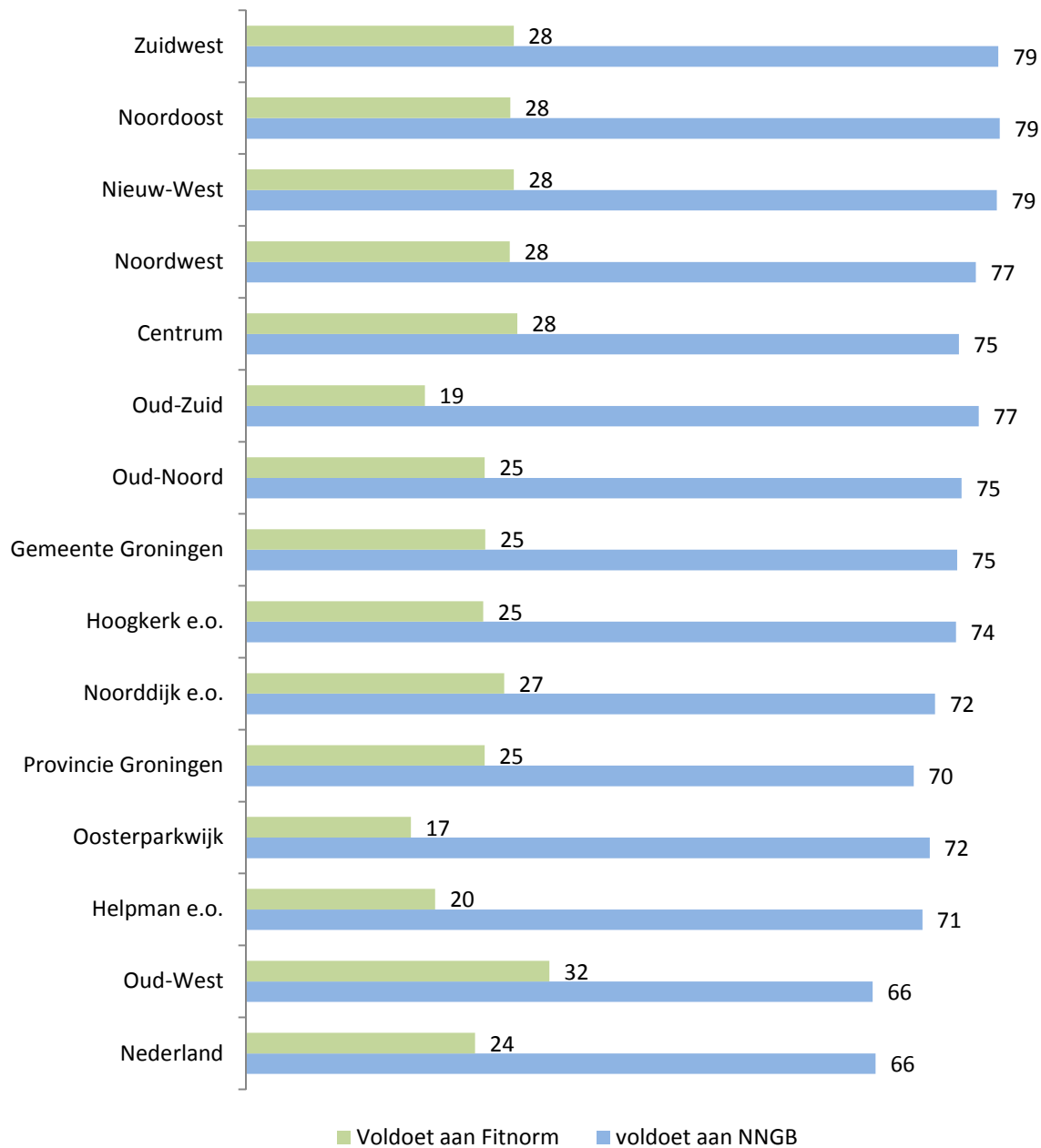
Matig intensieve activiteit heeft een gunstig effect op de gezondheid, mits deze activiteit regelmatig wordt verricht. Voorbeelden van matig intensieve activiteiten zijn sport, fietsen van en naar het werk of school, stevig wandelen en tuinieren. Ook kan men lichamelijk actief zijn op het werk of door het verrichten van huishoudelijke bezigheden. Onvoldoende beweging verhoogt de kans op vroegtijdig overlijden en op het ontstaan van ziekten. Het betreft ziekten zoals coronaire hartziekten (CHZ), diabetes, beroerte, botontkalking, dikke darmkanker en borstkanker. Ook zijn er steeds meer aanwijzingen dat onvoldoende beweging meer risico geeft op dementie en depressie. Voldoende lichamelijke activiteit zorgt behalve voor het behoud van gezondheid ook voor een gunstiger beloop van ziekten. Dit laatste is vooral het geval voor CHZ, beroerte, diabetes, botontkalking en depressie. Het lichaamsgewicht wordt bepaald door de inname van voeding en de hoeveelheid beweging. Wie te veel eet of te weinig beweegt, wordt dikker. En dat is precies wat er in Nederland in de afgelopen jaren is gebeurd.

De Nederlandse norm gezond bewegen (NNGB) adviseert jongeren dagelijks één uur matig intensieve lichamelijke activiteit. Om fit te blijven moeten zij daarnaast ook minimaal twee keer per week kracht-, lenigheid- en coördinatieoefeningen uitvoeren. De beweegnorm voor volwassenen en ouderen is minimaal een half uur per dag matig intensief bewegen, gedurende minimaal 5 dagen per week. De norm om fit te blijven houdt in dat zij minstens drie keer per week minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit moeten doen, zomers en 's winters. Mensen worden inactief genoemd als zij op geen enkele dag per week een half uur matig intensief bewegen.



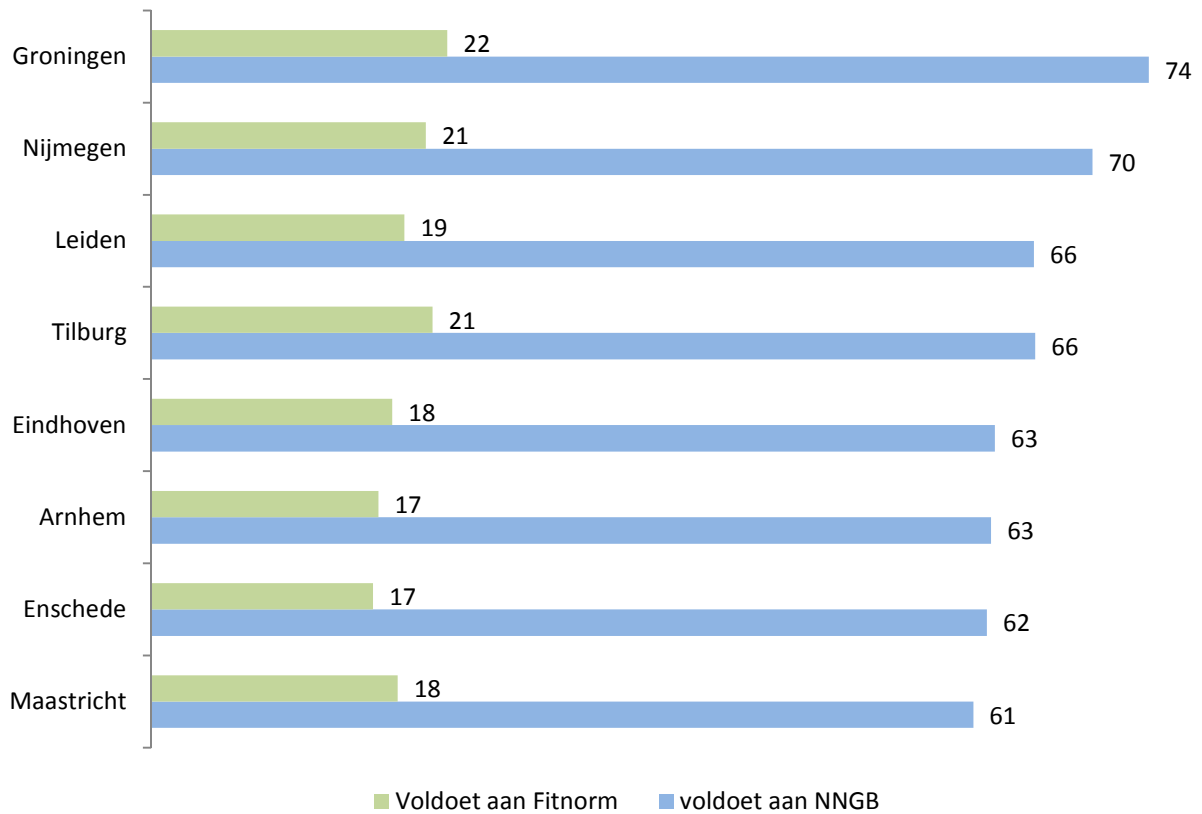
Van de Groningers voldoet een kwart aan de fitnorm en driekwart aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. In de Oosterparkwijk voldoen relatief weinig volwassenen aan de fitnorm. In Oud-West bewegen relatief weinig volwassenen matig intensief.

*Figuur 3.10. Voldoen aan norm bewegen (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*



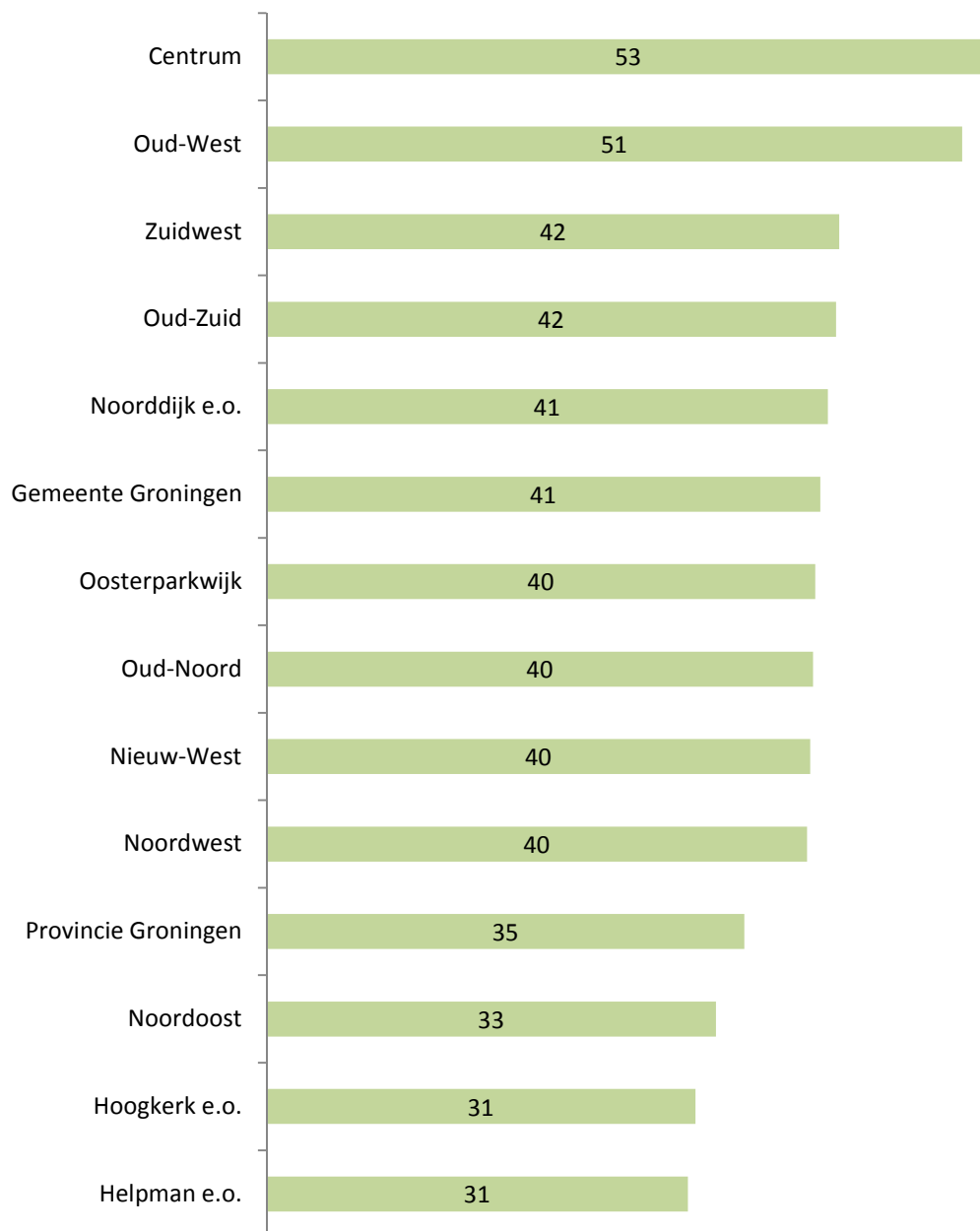
In vergelijking met de andere steden in Nederland, voldoen in de gemeente Groningen veel inwoners aan de fitnorm en de Nederlandse Norm Gezond bewegen. Voor beide normen geldt dat Groningen het best scoort. De gemeenten Arnhem en Maastricht scoren het slechts op de beweegnormen.

*Figuur 3.11. Voldoen aan norm bewegen (volwassenen), referentiegemeenten in 2012 (%)*



41% van de volwassenen in de gemeente is lid van een sportvereniging. In het Centrum zijn de meeste volwassenen lid. In Hoogkerk zijn relatief weinig mensen lid.

*Figuur 3.12 Lidmaatschap sportvereniging (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*



#### **4. PSYCHISCHE GEZONDHEID**

Volgens de World Health Organisation (WHO) hebben psychisch gezonde personen een subjectieve beleving van welzijn, autonomie en competentie (Nationaal Kompas, 2013). Ze voelen zich in staat de eigen intellectuele en emotionele mogelijkheden te verwezenlijken. Psychisch ongezonde mensen hebben last van psychische klachten of zelfs van psychische stoornissen.

Bij een optimale psychische gezondheid is er sprake van succesvol functioneren wat resulteert in productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen (Nationaal Kompas, 2013). Psychische klachten omvatten gevoelens van psychische verstoring, zoals gevoelens van angst, depressie, slaapverstoring en stress. Dit kan leiden tot zichtbaar leed, een (gedeeltelijk) onvermogen tot functioneren en een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen. Psychische stoornissen zijn onder andere dementie, schizofrenie, depressie, angststoornissen, stoornissen in het middelengebruik en verstandelijke handicap.

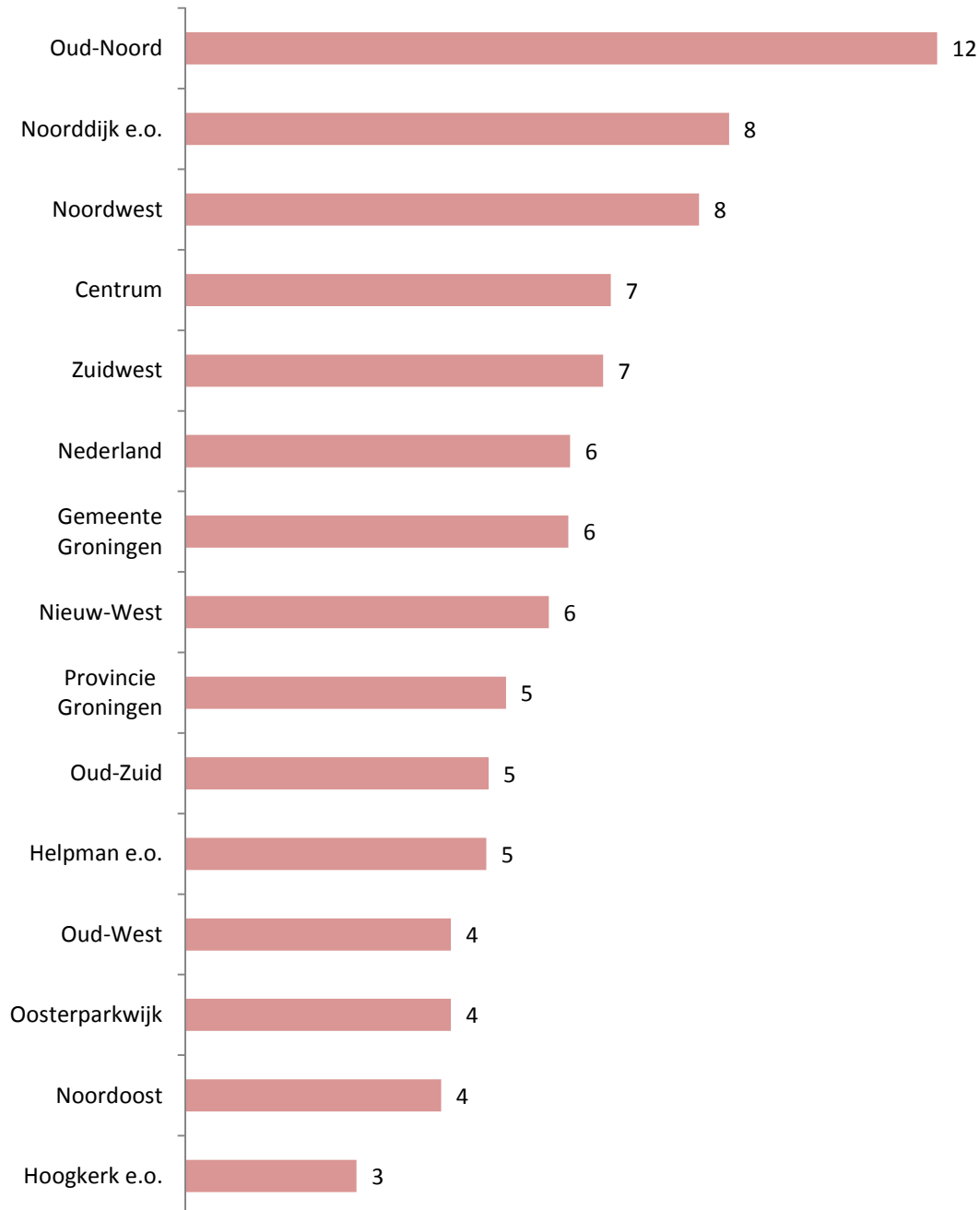
Wanneer heftige angstklachten optreden zonder een reële bedreiging, is er mogelijk sprake van een angststoornis. Het ontbreken van een reële dreiging onderscheidt angststoornissen van normale gevoelens van vrees of angst. De symptomen zijn in beide gevallen hetzelfde: hartkloppingen, een droge mond, een beklemd gevoel, nerveuze spanning, prikkelbaarheid, rusteloosheid, verhoogde spierspanning of slaap- en concentratieproblemen.

Depressie is een stemmingsstoornis. Iemand met een depressieve stoornis heeft last van een hevige neerslachtigheid. Die neerslachtigheid klaart niet na een paar dagen vanzelf op, maar duurt minimaal twee weken. Bij een depressieve stoornis is de neerslachtigheid hevig en tast het dagelijks functioneren aan.

#### 4.1. Psychische klachten

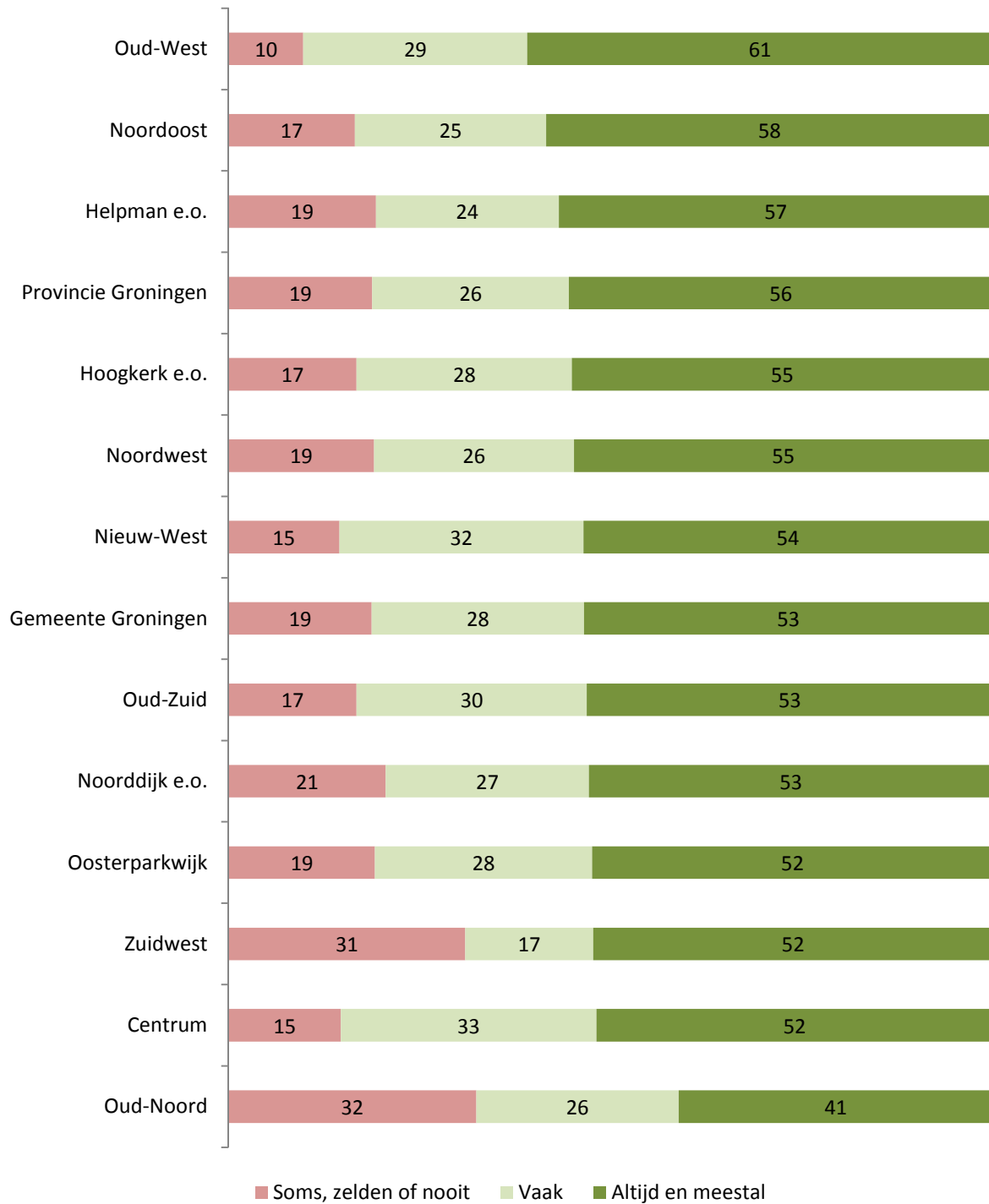
Zes procent inwoners van de gemeente Groningen heeft een hoog risico op angststoornis of depressie. Tussen de Groninger wijken zijn de verschillen in de kans op deze psychische klachten klein. Alleen in de wijk Oud-Noord hebben twee tot drie keer zoveel inwoners een verhoogde kans op angststoornissen of depressie dan in de overige wijken van de gemeente Groningen.

Tabel 4.1. Psychische klachten (volwassenen) naar leeftijd en geslacht per wijk in 2012 (%)



De deelnemers aan het onderzoek is gevraagd ‘Hoe vaak was u gedurende de afgelopen 4 weken een gelukkig mens?’. Ruim 80% van de inwoners van de gemeente Groningen geeft aan ‘meestal tot vaak’ gelukkig te zijn. Inwoners van de wijken Zuidwest en Oud-Noord behoren tot minst gelukkigste in de gemeente Groningen, terwijl in de wijk Oud-West de meeste gelukkigste Groningers wonen.

*Figuur 4.2. Gelukkig (volwassenen) naar leeftijd en geslacht per wijk in 2012 (%)*



## 4.2. Eenzaamheid

Eenzaamheid is een negatieve situatie, gekenmerkt door gemis en teleurstelling (Nationaal Kompas, 2013). Het is de uitkomst van een persoonlijke waardering van een situatie waarin iemand zijn bestaande relaties afweegt tegen zijn eigen wensen of verwachtingen ten aanzien van relaties en omgang met anderen. Eenzaamheid is dus een persoonlijke, subjectieve ervaring. Het is moeilijk van buitenaf waar te nemen (De Jong Gierveld & Tilburg, 2007). Gevoelens van eenzaamheid hebben vooral betrekking op gebreken in de kwaliteit van relaties. Maar iemand kan zich ook eenzaam voelen doordat het aantal contacten lager is dan gewenst.

Eenzaamheid is een onvrijwillige situatie in het leven die korter of langer kan duren. Tijdelijke eenzaamheid ontstaat bijvoorbeeld na een levensgebeurtenis zoals verhuizing. Na verloop van tijd went de persoon die eenzaam is aan de nieuwe situatie en verdwijnt de eenzaamheid. Het overlijden van de partner is een ingrijpende levensgebeurtenis die vaak tot langdurige eenzaamheid leidt. Het duurt een aantal jaren voordat men deze gebeurtenis heeft verwerkt (Guiaux, 2010). Chronische eenzaamheid komt meestal door duurzame problemen zoals het onvermogen zich open te stellen voor anderen. Deze vorm van eenzaamheid gaat niet gemakkelijk vanzelf over (De Jong Gierveld & Tilburg, 2007).

Er zijn twee soorten eenzaamheid:

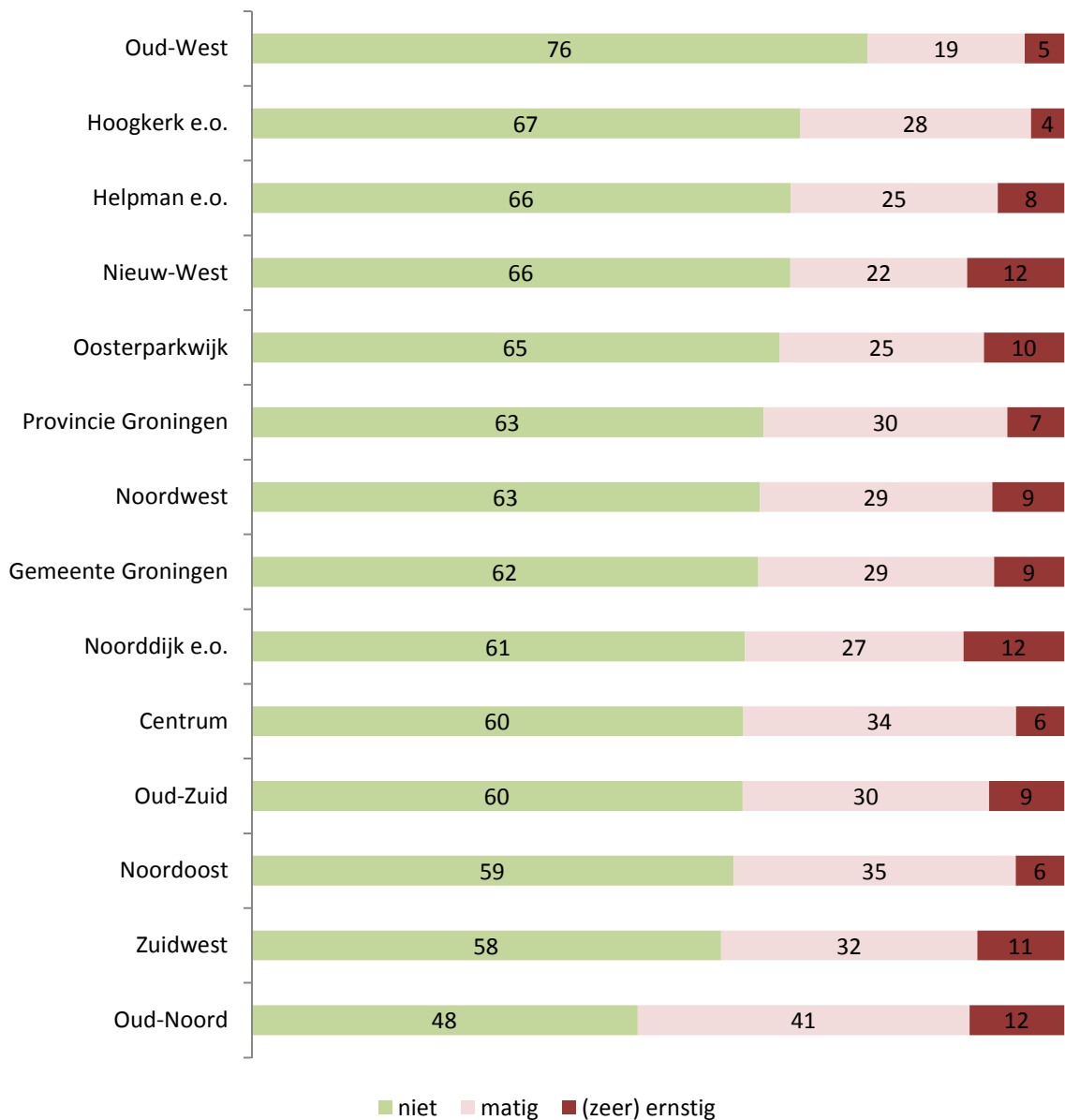
Emotionele eenzaamheid: Als iemand een sterk gemis ervaart van een intieme relatie, een emotioneel hechte band met een partner of vriend(in), dan is er sprake van emotionele eenzaamheid.

Sociale eenzaamheid: Van sociale eenzaamheid is sprake als iemand betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of mensen met dezelfde belangstelling mist. Een intieme partnerrelatie kan sociale eenzaamheid niet opheffen. (Van Tilburg, 2007)

Twee vijfde van de inwoners van de gemeente Groningen (38%) is in meer of mindere mate eenzaam. Het percentage Stadgers dat eenzaam is, is tussen 2010 en 2012 met 3 procentpunten toegenomen. In vergelijking met de referentie gemeenten (volgende pagina) is eenzaamheid een minder voorkomend verschijnsel.

De eenzaamheid is het grootst onder inwoners van Oud-Noord (52%), 12% van hen is zeer eenzaam. De wijk Oud-West telt de minste eenzame inwoners.

*Figuur 4.3 Mate van eenzaamheid naar wijk in 2012 (%)*

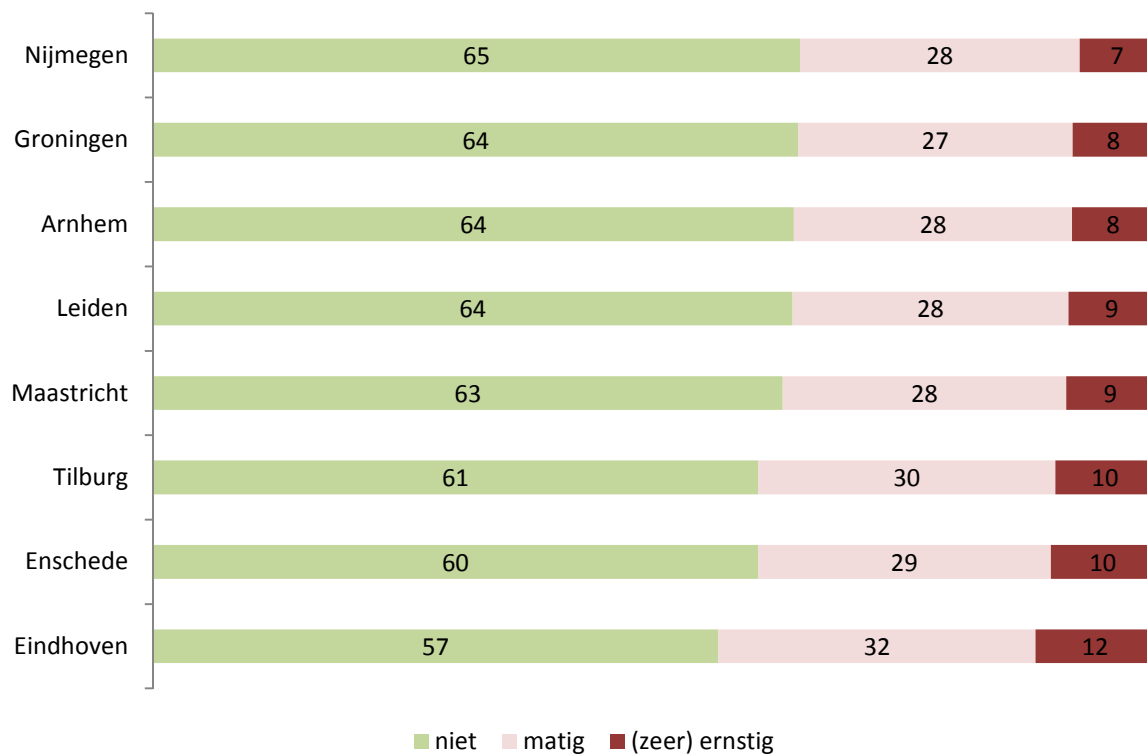




### Landelijke vergelijking

In Eindhoven bevinden zich de meeste eenzame 19- tot en met 64-jarigen, terwijl Nijmegen de minste eenzamen kent. De verschillen tussen de gemeenten zijn niet erg groot.

*Figuur 4.4 Mate van eenzaamheid in vergelijkbare gemeenten in 2012 (%)*



## **5. LEEFOMGEVING**

Gemeenten zijn medeverantwoordelijk voor het inrichten van de leefomgeving met bedrijfsterreinen, wegen, woningen, scholen, speelterreinen en recreatiegebieden. Instrumenten die gemeenten daarvoor hebben zijn ruimtelijke planning, openbare werken, verlening van milieu- en bouwvergunningen, en handhaving.

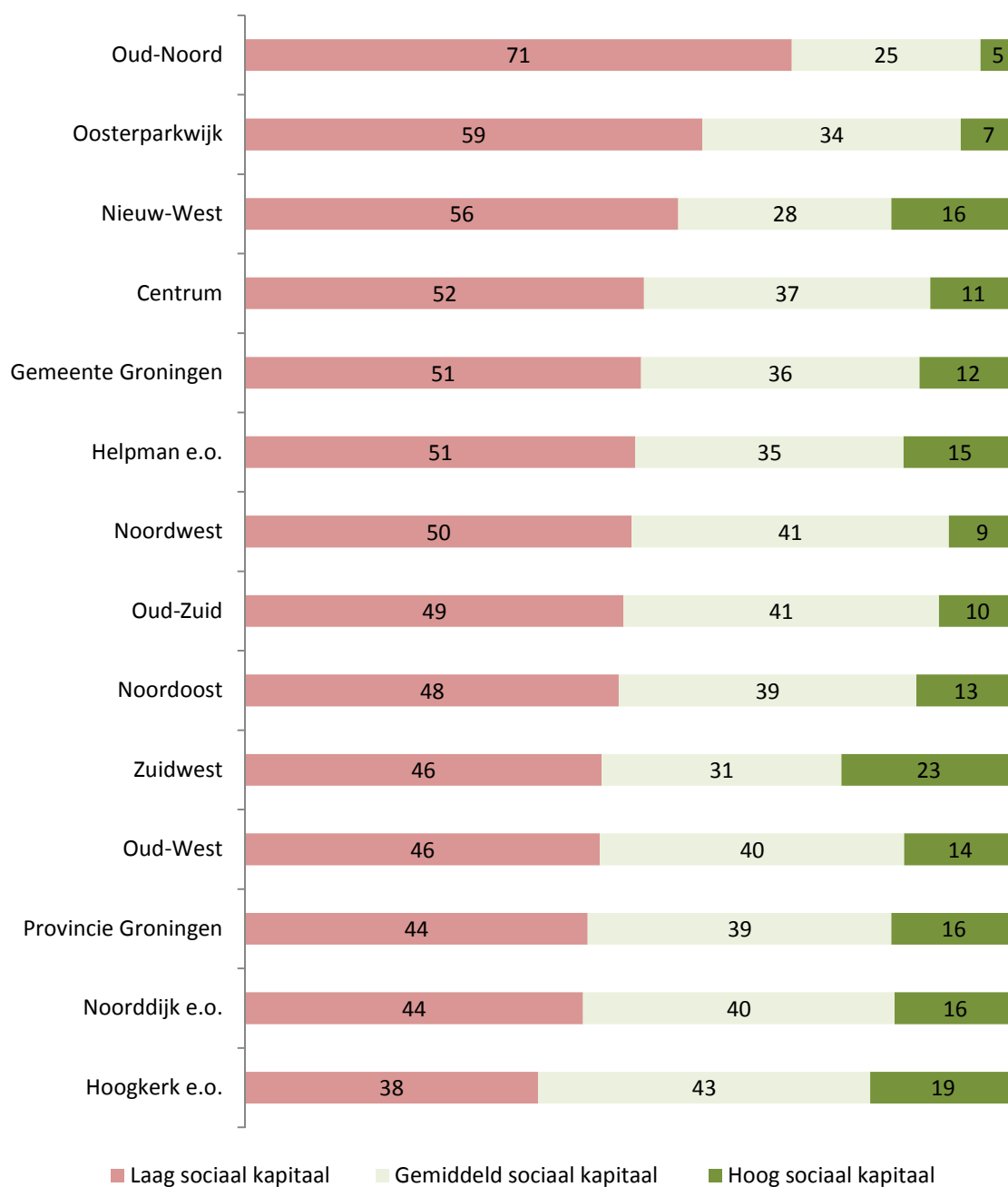
De leefomgeving en sociale relaties kunnen op verschillende manier de gezondheid beïnvloeden. Steun van sociale relaties kan leiden tot een betere psychische gezondheid omdat men zich meer gewaardeerd voelt en er meer hulp beschikbaar is in geval van nood. Weinig steun kan echter leiden tot het ontstaan van een depressie, burn-out en verhoging van het ziekteverzuim.

### **5.1. Sociaal kapitaal**

Sociaal kapitaal gaat om de voordelen die je kunt halen uit contacten met andere mensen. Mensen maken deel uit van verschillende netwerken en zijn geneigd anderen in deze netwerken te vertrouwen en dezelfde normen en waarden te hanteren. Daardoor kunnen deze netwerken toegang geven tot hulp, informatie en middelen (Kleinhans, 2005).

De verschillen in sociaal kapitaal in de Groninger zijn groot. In de wijk Oud-Noord is het laag sociaal kapitaal het hoogst met 71%. In de wijk Zuidwest is het aandeel hoog sociaal kapitaal het grootst (23%).

*Figuur 5.1 Sociaal kapitaal per wijk in 2012 (%)*

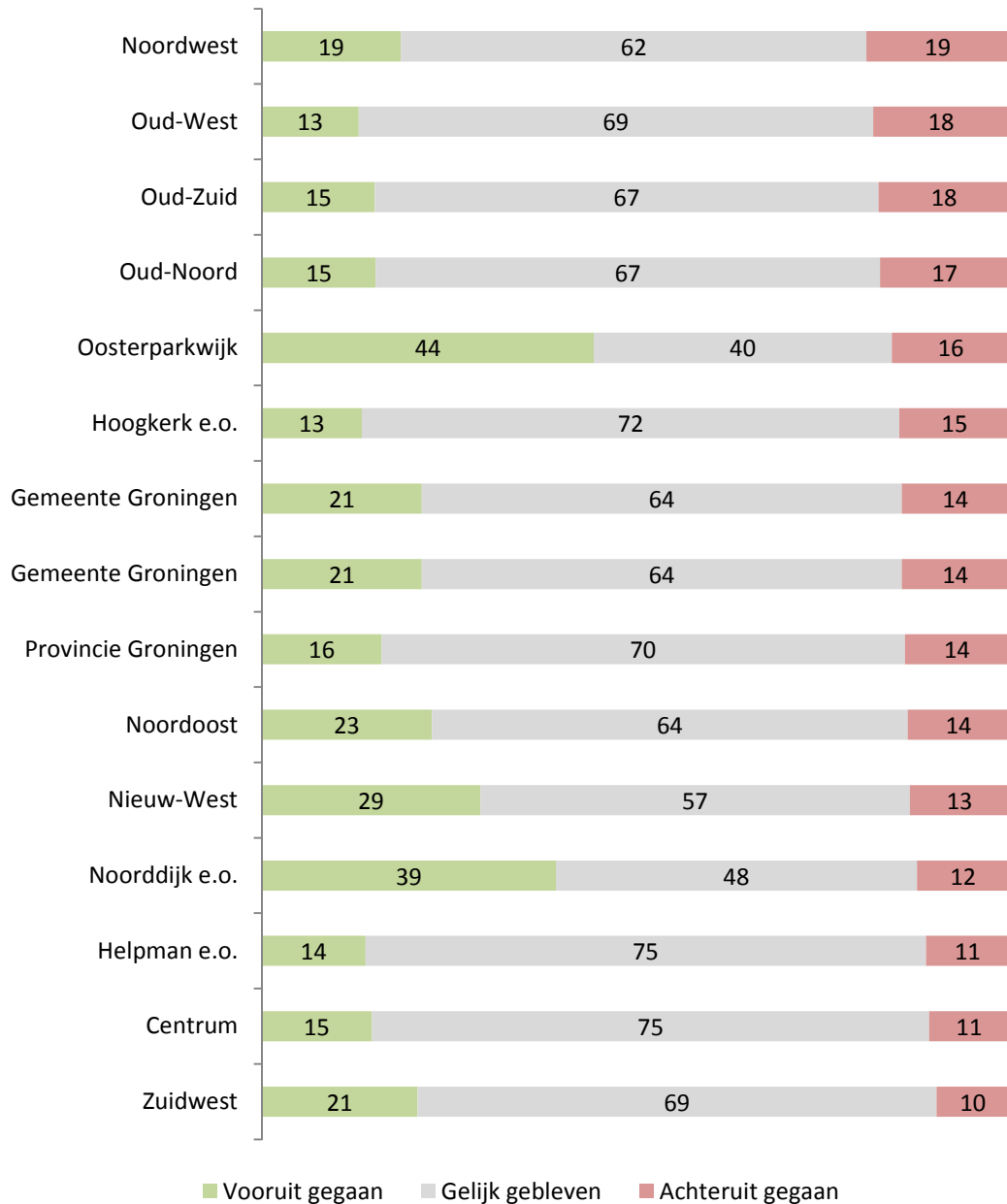


## 5.2. Waardering woonbuurt

In de gemeente Groningen geeft 14% van de inwoners aan dat hun wijk er in het afgelopen jaar op achteruit is gegaan.

In Oud-West en Oud-Zuid geven bijna 1 op de 5 bewoners (18%) aan dat de wijk achteruit is gegaan. Vooral Oosterparkers geven aan dat hun wijk er op vooruit is gegaan (44%).

*Figuur 5.2 Waardering voor de woonbuurt afgelopen jaar naar wijk (zelf gerapporteerd) in 2012 (%)*



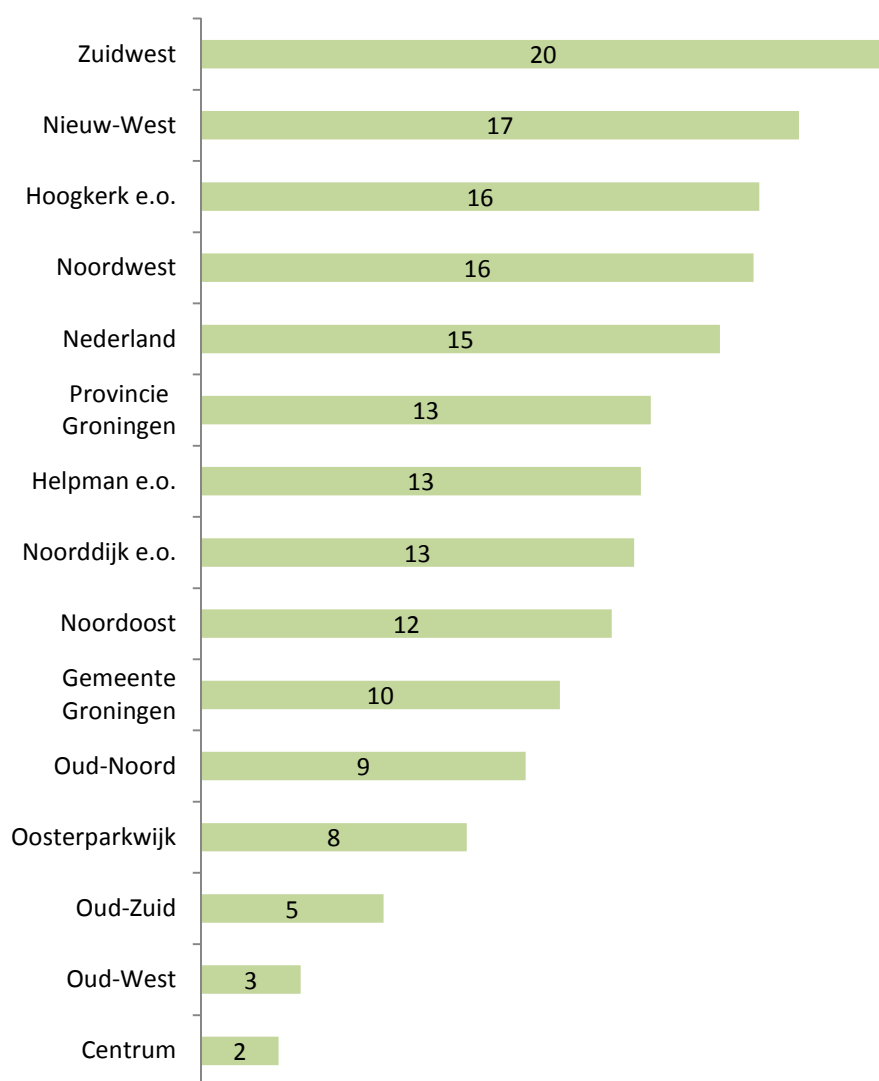


## 6. MAATSCHAPPELIJK MILIEU

### 6.1. Beperkingen

Lichamelijk functioneren verwijst naar het uitvoeren van lichamelijke functies en dagelijkse routine activiteiten zoals: lopen, tillen, bukken, horen en zien. Moeilijkheden hiermee duiden we aan met 'beperkingen'. Beperkingen kunnen tijdelijk of langdurig zijn. In het eerste geval moet men het tijdelijk rustig aan doen in verband met de gezondheid. Langdurige beperkingen die in deze bijdrage aan de orde komen zijn beperkingen in horen en zien, de mobiliteit, en het vermogen om activiteiten van het dagelijkse leven zoals eten, aan- en uitkleden, zelfverzorging (ADL) uit te voeren. Indicatoren voor lichamelijke beperkingen zijn: gehoorbeperkingen, gezichtsbeperkingen, mobiliteitsbeperkingen. In Zuid-West heeft 1 op de 5 volwassenen een beperking. In het Centrum heeft 2 procent van de volwassenen een beperking.

*Figuur 6.1 Beperkingen in het dagelijks leven (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*



## 6.2. Mantelzorg geven

In ons land is zorgen voor iemand uit het sociale netwerk een vanzelfsprekende, onbetaalde en vrijwillige zaak. Deze zorg wordt ook wel informele hulp of mantelzorg genoemd. Meestal gaat het om de hulp aan ouderen, zieken of gehandicapten. Schattingen van het aantal mantelzorgers lopen sterk uiteen. Bij een brede definitie waren er in 2001 3,7 miljoen helpers en bij een strenge definitie 750.000.

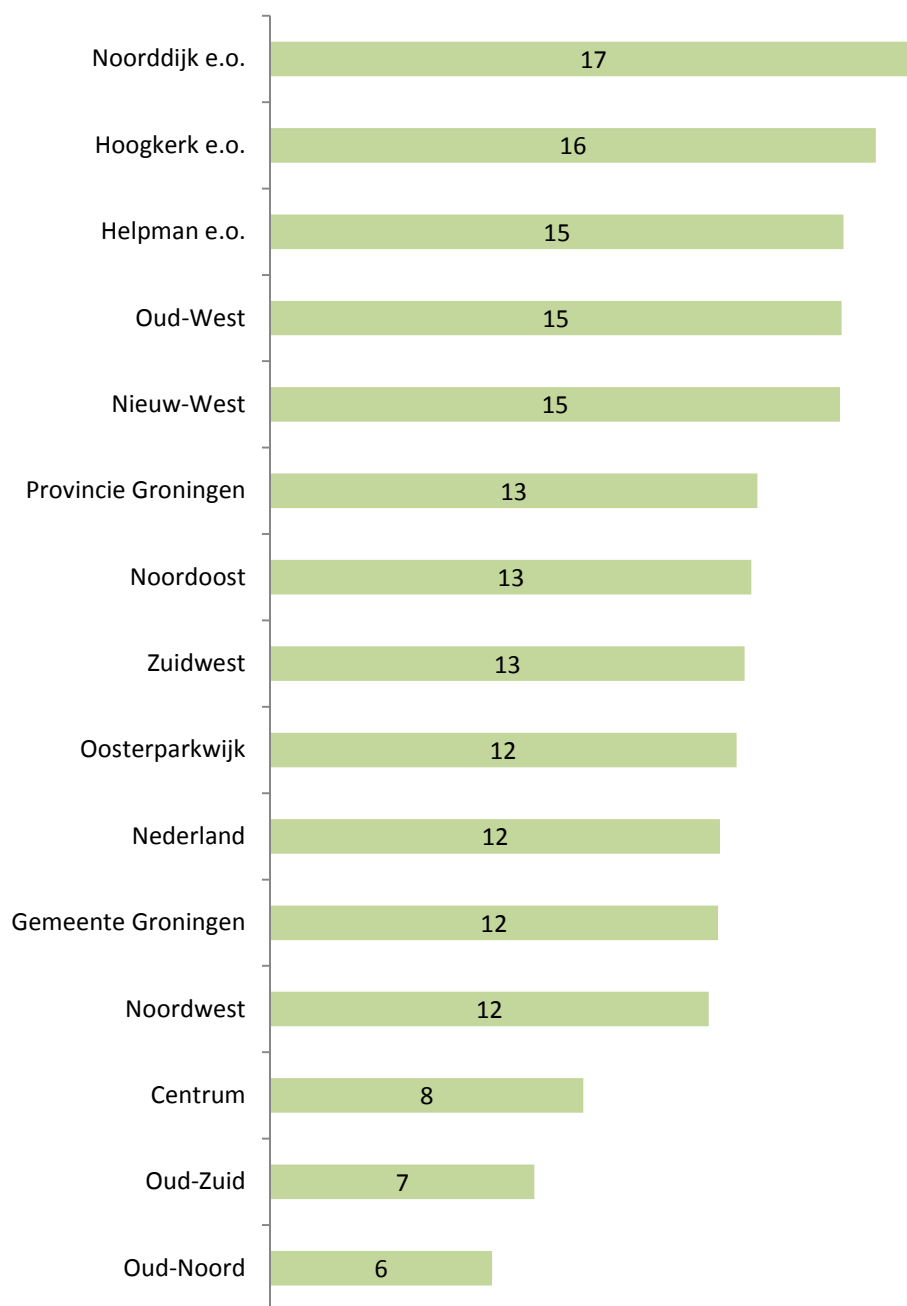
Uit recent onderzoek blijkt dat er 1,5 miljoen actieve mantelzorgers waren in 2012. Dit blijkt uit de landelijke cijfers van de eerste gezamenlijke Gezondheidsmonitor van GGD'en, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Mantelzorg is de zorg die men geeft aan een bekende (partner, familie, burens of vrienden) als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit helpen bij het huishouden, wassen/aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoort. Mantelzorg wordt gezien als een vanzelfsprekende, onbetaalde en vrijwillige zaak.

Informele zorgverleners betalen vaak een hoge prijs voor hun hulp, in de vorm van tekort aan vrije tijd, een tekortschieten in het nakomen van verplichtingen en vermoeidheid (Nationaal Kompas, 2013). Als zij bijvoorbeeld door ziekte onverhoopt uitvallen denkt 80% dat andere familieleden, huisgenoten of vrienden hun taken zullen overnemen. Een op de tien denkt dat als zij hun hulpverplichtingen niet meer kunnen nakomen, opname in verpleeg- of verzorgingshuis onvermijdelijk is. Ook ervaringen van verzorgingshuisbewoners duiden hierop: een derde geeft aan dat de informele zorg onvoldoende was en (mede) aanleiding vormde voor de opname. Een goed functionerend sociaal netwerk kan dus een verhuizing naar een intramurale instelling uitstellen of zelfs voorkomen.

Schattingen van het aantal mantelzorgers lopen afhankelijk van de definitie, zoals gezegd, sterk uiteen. Bij de voorgaande edities van de gezondheidsenquête was de definitie het geven van mantelzorg in de afgelopen 12 maanden. De nieuwe definitie komt overeen met die van het SCP/CBS, te weten: de mantelzorger geeft op dit moment minimaal drie maanden of minstens 8 uur per week mantelzorg. Vanaf deze editie committeert de GGD zich aan de definitie van het SCP/CBS.

Van de volwassenen geeft 12 procent mantelzorg in de gemeente Groningen, dit is vergelijkbaar met het Nederlandse referentiecijfer.

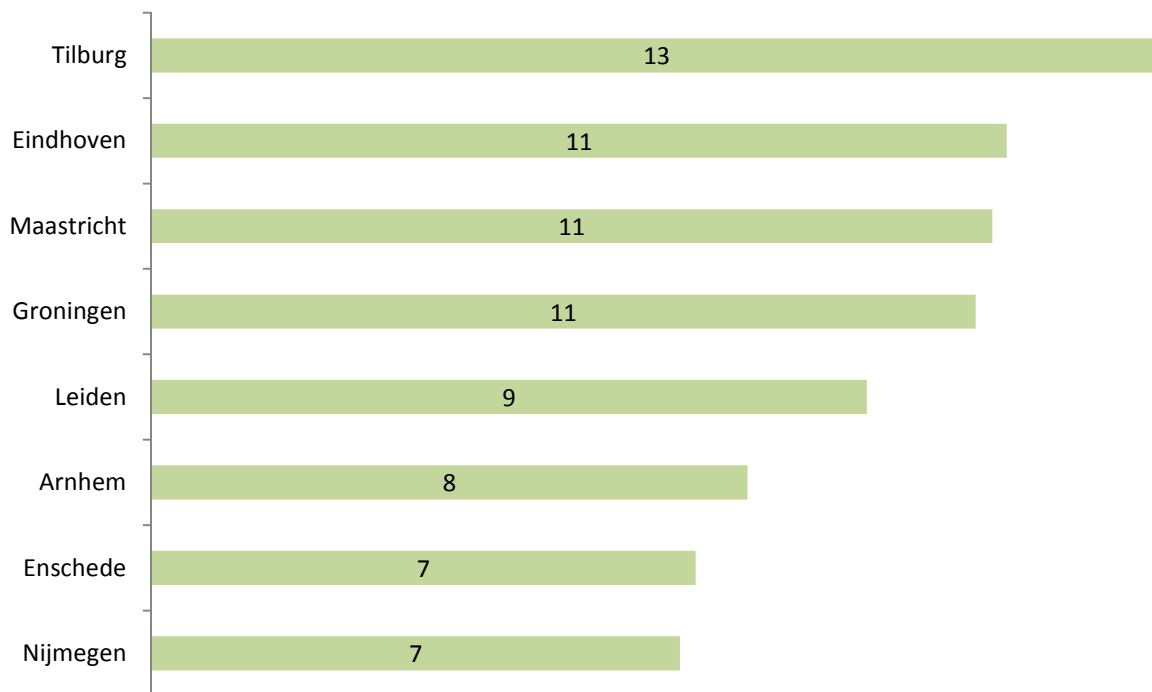
*Figuur 6.2 Geven van mantelzorg (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*





In de gemeente Groningen wordt door 11 procent van de 19- tot en met 64-jarigen mantelzorg gegeven.

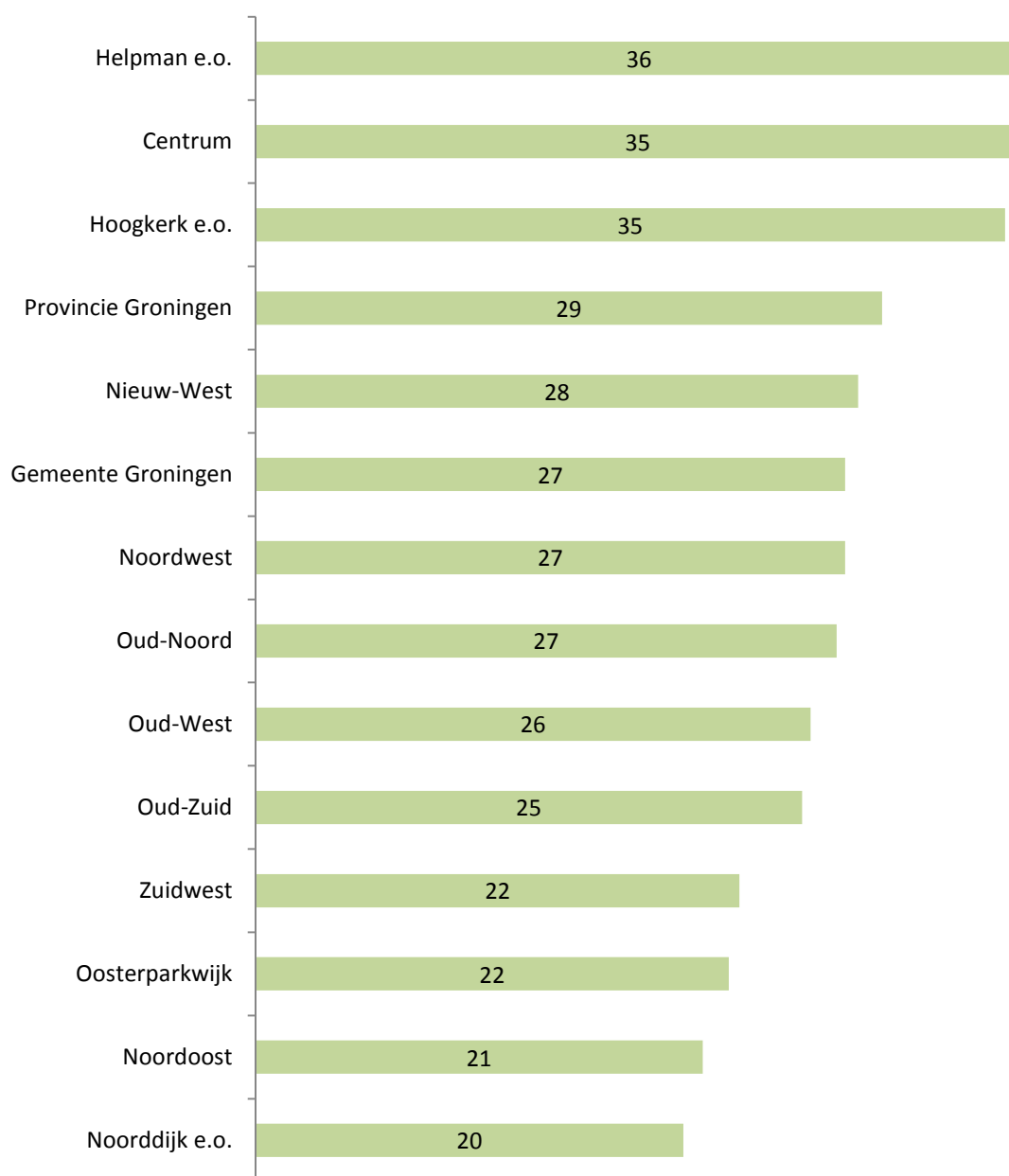
*Figuur 6.3. Geven van mantelzorg (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*



### 6.3. Vrijwilligerswerk

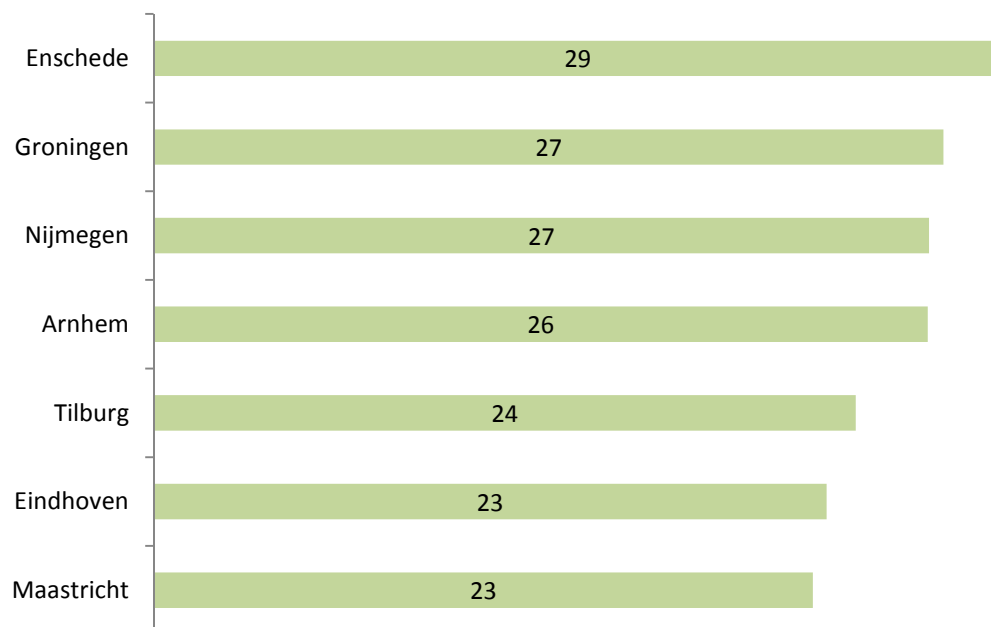
Evenals in 2010 is 27% van de volwassenen in de gemeente Groningen vrijwilliger. Ruim een derde van de inwoners van het Centrum (35%) voert met enige regelmaat vrijwilligerswerk uit. In Noorddijk is het aandeel vrijwilligers het laagst (20%).

*Figuur 6.4 Vrijwilligerswerk (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*



In de gemeente Maastricht en Eindhoven zijn ten opzichte van de referentiegemeenten weinig volwassenen van 19- tot en met 64-jaar vrijwilliger

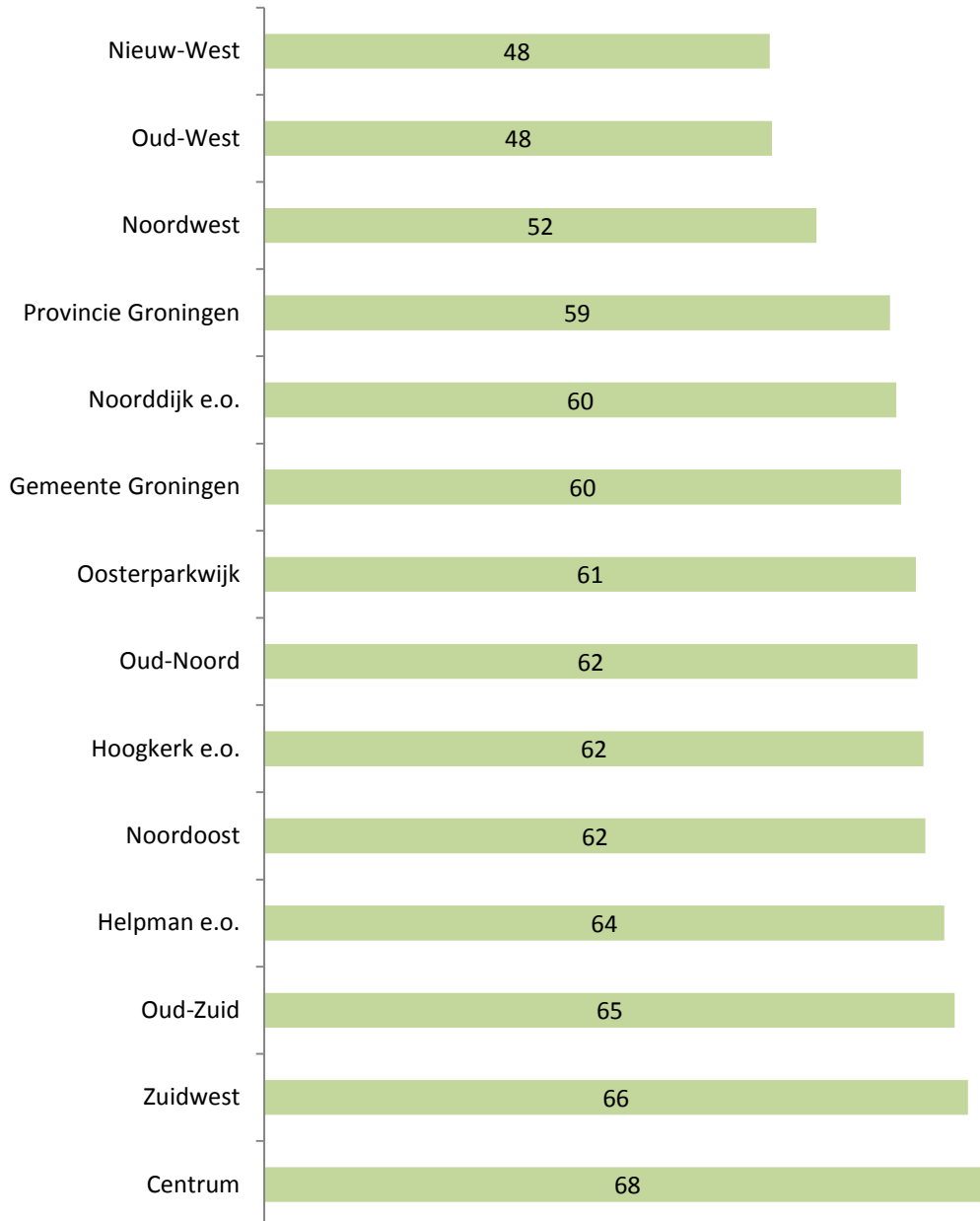
*Figuur 6.5 Vrijwilligerswerk (volwassenen), referentiegemeenten, 2012 (%)*



### *Bereidheid om een ander te helpen*

In gemeente Groningen geeft drie vijfde van de volwassenen (60%) aan bereid te zijn af en toe vrijwilligerswerk te doen. In de wijk Noordwest is de bereidheid om een ander te helpen met huishoudelijke taken het laagst (48%), terwijl in het Centrum twee derde van de volwassenen (68%) bereid is iemand die hulp nodig heeft te ondersteunen.

*Figuur 6.6 Bereidheid om een ander te helpen (volwassenen) per wijk in 2012 (%)*





## BIJLAGE

Wijknaam	Buurt	Wijknaam	Buurt
Centrum	Binnenstad-Noord	Hoogkerk e.o.	Hoogkerk Dorp
	Binnenstad-Zuid		Hoogkerk-Zuid
	Binnenstad-Oost		Westpoort
	Noorderplantsoen		Vierverlaten
	Hortusbuurt		Zuidwending
	Ebbingekwartier		Leegkerk
	UMCG		Gravenburg
	Stationsgebied		Suikerfabriekterrein
Oud-Zuid	De Meeuwen	Nieuw-West	Peizerweg
	Oosterpoort		Bangeweer
	Herewegbuurt		De Buitenhof
	Rivierenbuurt		Kranenburg
	Grunobuurt		De Kring
Oud-West	Badstratenbuurt	Noordwest	Vinkhuizen-Noord
	Zeeheldenbuurt		Vinkhuizen-Zuid
	Laanhuizen		Hoendiep
	Stadspark		Friesestraatweg
	Martini Trade Park		Reitdiep
	Oud-Noord		Oranjebuurt
Plantsoenbuurt		De Held	
Schildersbuurt		Westpark	
Kostverloren		Selwerd	
Oosterparkwijk	De Hoogte	Noorddijk e.o.	Paddepoel-Zuid
	Indische buurt		Paddepoel-Noord
	Professorenbuurt		Zernike Campus
	Gorechtbuurt		Selwerderhof
	Vogelbuurt		Tuinwijk
Zuidoost	Bloemenbuurt	Meerdorpen	Beijum-West
	Florabuurt		Beijum-Oost
	Damsterbuurt		De Hunze
	De Linie		Van Starckenborgh
	Europapark		Noorderhoogebrug
	Eemskanaal	Het Witte Lam	
	Kop van Oost	Koningslaagte	
	Woonschepenhaven	Hunzeboord	
	Driebond	Lewenborg-Noord	
	Eemspoort	Lewenborg-Zuid	
Euvelgunne	Lewenborg-West		
Winschoterdiep	Oosterhoogebrug		
Stainkoel'n	Ulgersmaborg		
Roodehaan	Hunzepark		
Waterhuizen	Zilvermeer		
Helpman e.o.	Sterrebosbuurt	Meerdorpen	Kardinge
	Coendersborg		Drielanden
	Klein Martijn		Noorddijk
	Villabuurt		Ruischerbrug
	Helpman		Ruischerwaard
	De Wijert		Middelbert
Zuidwest	De Wijert-Zuid	Meerdorpen	Engelbert
	Corpus den Hoorn		Klein Harkstede
	Hoornse Meer		
	Van Swieten		
	Piccardthof		
Bruilwering			



## LITERATUURLIJST

ABF Research, Landelijke monitor studentenhuisvesting (Apollo), 2012

Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.

Dis I van, Kromhout D, Geleijnse JM, Boer JM, Verschuren WM. Body mass index and waist circumference predict both 10-year nonfatal and fatal cardiovascular disease risk: study conducted in 20,000 Dutch men and women aged 20-65 years. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2009; 16: 729-34.

Guiaux M. Social adjustment to widowhood: changes in personal relationships and loneliness before and after partner loss (PhD Dissertation). Amsterdam: Vrije Universiteit, 2010.

Jong Gierveld J de, Tilburg T van. Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid. In: Tilburg T van, Jong Gierveld J de, editors. *Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum, 2007a: 7-14.

Kleinhans RJ. Sociale implicaties van herstructurering en herhuisvesting. Delft: Onderzoeksinstituut OTB, TU Delft, 2005.

Kreijl CF van, Knaap AGAC, Busch MCM, Havelaar AH, Kramers PGN, Kromhout D, Leeuwen FXR van (eds), et al. *Ons eten gemeten. Gezonde voeding en veilig voedsel in Nederland*. RIVM-rapport nr. 270555007. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Knol, F. Van hoog naar laag; van laag naar hoog: De sociaal-ruimtelijke ontwikkeling van wijken tussen 1971 en 1995, Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997.

Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. *Am J Health-Syst Pharm*, 2007; 64(Suppl 3): s5-s11.

Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*, 2005; 365: 519-530

Statline, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013.

Surgeon General. Surgeon General's Health Report. *The Health Consequences of Smoking: A report of the Surgeon General*. Surgeon General, 2004.

Tilburg T van Typen van eenzaamheid. In: Tilburg T van, Jong Gierveld J de, editors. *Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum, 2007a: 31-37.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 4.12, 13 juni 2013







GGD Groningen  
Postbus 584  
9700 AN Groningen

*Samen werken aan gezondheid*