

Demografische kenmerken en responsanalyse

Samenvatting

In het voorjaar van 2002 heeft de GGD Groningen 6.764 gezondheidsenquêtes verstuurd naar een representatieve steekproef van inwoners van de provincie Groningen. De belangrijkste uitkomsten van deze enquête worden per thema in 'feitenbladen' als deze gepresenteerd. De deelname aan de Gezondheidsenquête is met 57% goed te noemen. Vrouwen doen vaker mee dan mannen en ouderen meer dan jongeren. De deelname is het hoogst in plattelandsgemeenten. De sociaal-economische status van de bevolking is het belangrijkste aanknopingspunt voor het verminderen van gezondheidsverschillen. Hoger opgeleiden zijn evenals lager opgeleiden in Groningen enigszins oververtegenwoordigd in vergelijking met landelijke cijfers. Bij personen van 20-64 jaar heeft 70% van de huishoudens (meer dan 12 uur per week) betaald werk. Eén op de vijf Groningers moet van minder dan 1.000 euro netto per maand rondkomen. Vijf procent van de ondervraagden heeft moeite van het netto maandinkomen rond te komen. Minder dan de helft van de Groninger bevolking rekent zichzelf tot een kerkelijke gezindte of levensbeschouwelijke groepering.

Feitenblad ①

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, zorginstanties en bevolking.

Onderwerpen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en kwaliteit van zorg

Volgende thema's:

- ♣ Mishandeling en ongewenste intimiteiten
- ♣ Kennis over SOA en seksueel gedrag
- ♣ Tabaksgebruik
- ♣ Alcoholgebruik
- ♣ Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
- ♣ Sociale contacten en eenzaamheid
- ♣ Leefomgeving
- ♣ Lawaai & stankhinder

Doelstelling gezondheidsenquête

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. Met de uitkomsten wil de GGD een aantal doelen realiseren:

- ◆ inzicht verkrijgen in de gezondheidstoestand van de zelfstandig wonende bevolking;
- ◆ informatie verzamelen over factoren die van invloed zijn op de gezondheid(-sbeleving);
- ◆ het documenteren van veranderingen in indicatoren voor gezondheid en omgevingsinvloeden door herhaalde metingen;
- ◆ het formuleren van gericht gezondheidsbeleid door de GGD in samenwerking met gemeenten dat nauwkeurig op het gezondheidsprofiel van de lokale Groninger bevolking is afgestemd.

Onderwerpen in de vragenlijst

Er zijn twee vragenlijsten samengesteld. Een vragenlijst voor volwassenen in de leeftijd van 20-64 jaar en een vragenlijst voor ouderen (65 jaar en ouder). Over de inhoud van de vragenlijsten is met inhoudsdeskundigen en beleidsmedewerkers van gemeenten en gezondheidszorginstellingen overleg gepleegd. In de vragenlijst voor personen tot 65 jaar is extra aandacht besteed aan leefstijl. Aan personen van 65 jaar en ouder zijn aanvullende vragen gesteld over de woonsituatie, vervoersmogelijkheden, verleende en ontvangen mantelzorg. De inhoud van beide vragenlijsten overlapt voor 85%.

Er zijn vragen gesteld over de volgende thema's:

- leeftijd, geslacht, opleiding, werk en inkomen;
- gezondheid (algemeen, psychisch welbevinden, functiestoornissen, ziekte, informatiebehoefte);

- medische consumptie;
- kwaliteit van de gezondheidszorg;
- leefwijze (alcohol, tabak, lichaamsbeweging, voeding, drugs);
- omgeving (veiligheid en overlast in de woonbuurt);
- binnenmilieu (vocht, ventilatie, roken in huis);
- buitenmilieu (geluid- en stankhinder);
- sociale contacten (omvang, frequentie, eenzaamheid);
- mantelzorg (65+);
- ongewenste intimiteiten (<64 jaar).

Steekproef

In het voorjaar van 2002 heeft de GGD Groningen een gezondheidsenquête gehouden onder een steekproef uit de bevolking van de provincie Groningen. Bij personen van 20-64 jaar betreft het een steekproef van 1% en bij personen van 65 jaar en ouder 2%.

In enkele gemeenten is op verzoek de steekproef vergroot om voor die gemeenten betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Bij analyse van de uitkomsten is een weging toegepast voor leeftijdsgroepen en gemeenten die zijn oververtegenwoordigd in de steekproef. Hierdoor ontstaat een representatief beeld van zelfstandig wonende bevolking in de gemeenten van de provincie Groningen. In totaal zijn 6.764 personen schriftelijk benaderd voor het invullen van de Gezondheidsenquête 2002.

Regionale clustering van gemeenten

Op het niveau van afzonderlijke gemeenten het aantal deelnemers soms te gering om conclusies te trekken. Daarom zijn gemeenten geclusterd in negen regio's. Op deze wijze worden verantwoorde statistieken verkregen en blijft de informatie overzichtelijk. Bij het samenstellen van de negen regio's is rekening gehouden met de voorkeuren zoals die door Groninger gemeenten zijn uitgesproken. In de tabel 'Indeling in regio's' op de achterzijde van dit feitenblad staat een overzicht van de negen regio's.

Deelname

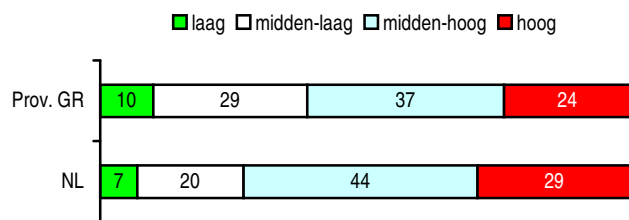
De deelname aan de GGD-Gezondheidsenquête is hoger dan die aan vergelijkbare landelijke onderzoeken. Toch is er, in de loop van de afgelopen jaren, sprake van een afname in participatie. De respons bedroeg in 1990 68%, in 1992 64% en in 1998 62%. In 2002 is de geldige respons met 57% vijf procent lager dan in 1998. Tien procent van de aangeschreven personen heeft deelname geweigerd door een niet ingevulde vragenlijst terug te sturen. Daarnaast is van 33%, ook na het versturen van een herinneringsbrief met vragenlijst, geen reactie verkregen.

De deelname is het hoogst in de plattelandsgemeenten. In tabel 1 (achterzijde) is de deelname in de negen regio's voor de verschillende leeftijdscategorieën afgebeeld. Evenals in voorgaande Gezondheidsenquêtes (1990, 1994, 1998) is de deelname onder vrouwen aanzienlijk hoger (totaal 10%) dan onder mannen. Uit tabel 2 (achterzijde) blijkt dat naarmate een gebied meer verstedelijkt is de deelname lager is. De respons onder personen van 75 jaar en ouder bedraagt 51%.

Kenmerken deelnemers

Uit landelijk onderzoek is gebleken dat de sociaal-economische status (SES) van de bevolking een belangrijke voorspeller is van de gezondheidstoestand. In Nederland wordt het hoogst voltooide opleidingsniveau vaak gebruikt als indicator voor de SES. Een laag opleidingsniveau gaat vaak gepaard met een minder gezonde leefwijze, terwijl hoger opgeleiden vaak gezonder leven. In Nederland is er in de afgelopen jaren sprake van een toename van SES-gerelateerde gezondheidsverschillen. Uit figuur 1 blijkt dat in de provincie Groningen het aandeel personen in de categorie 'laag onderwijs' hoger is dan landelijk. Omgekeerd is het aandeel personen met een midden-hoge of hoge opleiding (HBO of universiteit) in de provincie Groningen lager dan de landelijke cijfers.

Figuur 1: Onderwijsniveau werkzame bevolking 20-64 jaar (%)



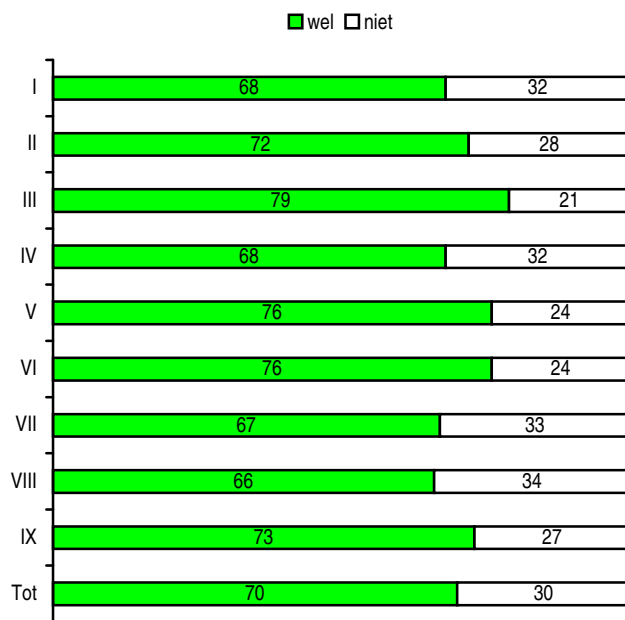
In tabel 3 (achterzijde) is het opleidingsniveau naar regio en leeftijd weergegeven. Het hoge opleidingsniveau in de gemeente Groningen wordt niet alleen veroorzaakt door het aantal studenten. Ook onder 35- tot 64-jarigen is het aantal respondenten met een hoge opleiding aanzienlijk hoger dan het provinciale gemiddelde. De stad Groningen onderscheidt zich van grootstedelijke regio's in de Randstad doordat die een grotere concentratie van bevolkingsgroepen met een lage SES hebben. In regio Haren wonen de meeste hoog opgeleide ouderen. Het gemiddelde opleidingsniveau is het laagst in de regio Hoozeand en in Zuid-Oost Groningen.

Werk

De financiële draagkracht wordt voornamelijk bepaald door opleidingsniveau, werksituatie en samenlevingsverband. In de vragenlijst is daarom niet alleen gevraagd naar betaald werk van de respondent, maar ook van diens (eventuele) partner. In de negen gezondheidsprofielen die de GGD Groningen heeft samengesteld voor gemeenten en regio's staan meer gedetailleerde gegevens over werkloosheid, WAO en inkomen per regio.

In totaal is in een derde van de Groninger huishoudens sprake van tweeverdieners. Het percentage tweeverdieners is het hoogst in de regio Haren. Uit tabel 4 (achterzijde) blijkt dat in de regio Noord-West en in Haren eveneens relatief veel tweeverdieners wonen. In het Westerkwartier wonen de meeste gezinnen waarin slechts één van de partners betaald werk heeft. In de stad Groningen wonen de meeste alleenstaanden mét en ook de meeste personen zonder betaald werk. Het is opvallend dat in de regio Noord-Oost en Oldambt relatief veel samenlevingsverbanden zijn waarin beide partners geen betaald werk hebben (23% respectievelijk 26%). Uit figuur 2 blijkt dat in 70% van de huishoudens (inclusief alleenstaanden) minimaal één persoon betaald werk heeft.

Figuur 2: Al dan niet betaald werk per huishouden naar de 9 regio's (%)

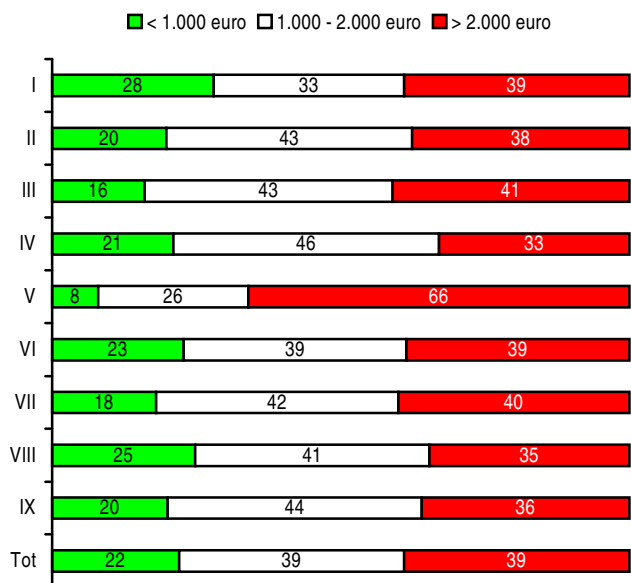


Inkomen en financiële situatie

Een vraag over netto maandinkomen van het huishouden wilde 15% van de respondenten niet beantwoorden. Ruim drie vijfde (64%) van de Groningers kan goed rondkomen van het netto te besteden maandbedrag, terwijl één op de twintig hiermee moeite heeft.

In de gemeente Groningen bevinden zich de meeste respondenten (studenten) die van minder dan 1.000 euro per maand moeten rondkomen (figuur 3). In de regio Haren heeft twee derde van de ondervraagden meer dan 2.000 euro netto per maand te besteden. In de gemeenten Groningen en Haren is de inkomenspositie van ouderen aanzienlijk beter dan elders in de provincie.

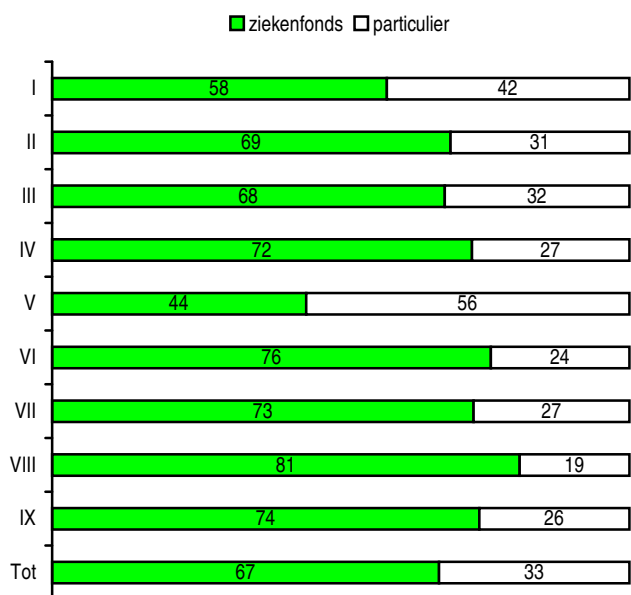
Figuur 3: Netto besteedbaar maandinkomen naar regio (%)



Ziektekostenverzekering

Het al dan niet verplicht verzekerd zijn tegen ziektekosten hangt samen met het bruto jaarinkomen van de (eventuele) hoofdkostwinner. De loongrens voor een verplichte ziektekostenverzekering bedraagt 30.700 euro in 2002. Uit onderstaande figuur blijkt dat een derde van de ondervraagden particulier verzekerd is tegen ziektekosten. Uit figuur 4 blijkt dat in Haren de meeste mensen wonen met een particuliere ziektekostenverzekering: zij (of hun partners) hebben in 2002 een bruto jaarinkomen hoger dan 30.700 euro. In het Oldambt heeft slechts één op de twintig inwoners een particuliere verzekering.

Figuur 4: Type ziektekostenverzekering naar regio (%)

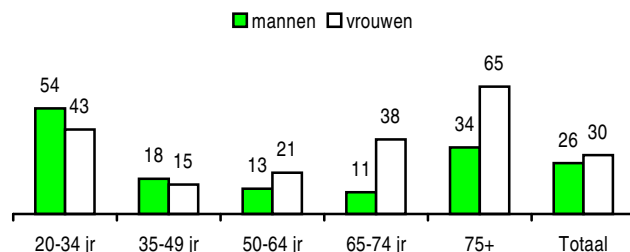


Burgerlijke staat

De meeste respondenten zijn gehuwd of samenwonend (72%). De groep alleenstaanden is onder te verdelen in nooit gehuwd of samenwonend (18%), gescheiden of gescheiden levend (4%) en verweduwd (6%). Tot de leeftijd van 50 jaar zijn mannen iets vaker alleenstaand dan vrouwen (figuur 5). Op oudere leeftijd zijn er meer alleenstaande vrouwen. Boven de leeftijd van 65 jaar zijn er

twee keer zo veel alleenstaande vrouwen als mannen. Vanaf 75 jaar is 65% van de vrouwen alleen. De oorzaak hiervan is onder meer dat de levensverwachting voor vrouwen momenteel 5 jaar hoger is dan voor mannen. In Nederland bedraagt de levensverwachting bij de geboorte voor mannen 75,8 jaar en voor vrouwen 80,7. Op 65-jarige leeftijd is de leeftijdverwachting in Nederland voor mannen 15,2 jaar en voor vrouwen 18,9 jaar (dus duidelijk hoger dan het gemiddelde bij geboorte) (CBS, 2001). Er doen zich weinig verschillen naar regio voor. Uitzondering vormt de gemeente Groningen waar de meeste alleenstaanden voorkomen (45%). Dit betreft grotendeels respondenten in de leeftijdscategorie 20-34 jaar (waaronder veel studenten).

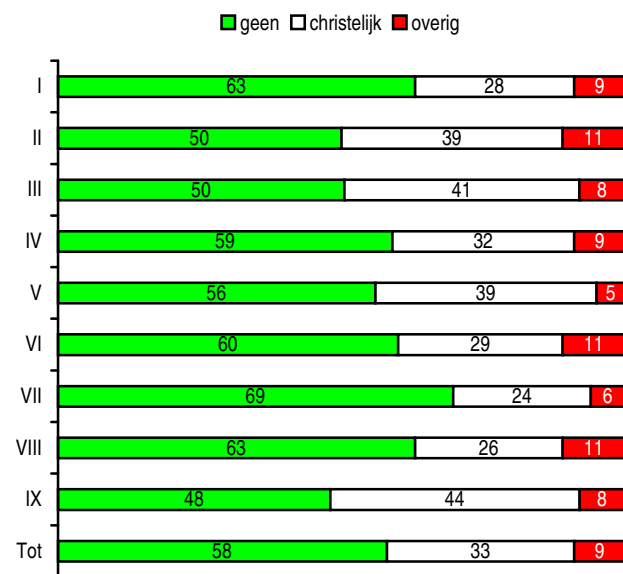
Figuur 5: Percentage alleenstaanden per leeftijdscategorie en geslacht (%)



Kerkelijke gezindte

Minder dan de helft (42%) van de ondervraagden rekt zichzelf tot een kerkelijke gezindte of levensbeschouwelijke groepering. Verder rekt 26% zich tot het protestantse geloof en is 7% rooms katholiek. Eén procent heeft een islamitische levensbeschouwing en overige levensbeschouwingen worden door 8% van de deelnemers genoemd. Vrouwen zijn vaker kerkelijk gezind dan mannen (43% versus 41%). Van de 20-34 jarigen rekt 36% zich tot een kerkelijke gezindte tegenover 59% van de 65-plussers. In figuur 6 wordt de kerkelijke gezindte per regio weergegeven. In regio II, III en IX heeft de helft van de respondenten kerkelijke betrokkenheid. In regio VII is de kerkelijke betrokkenheid het laagst (31%) en in regio IX het hoogst (52%). In Hoogezand rekt 3% van de respondenten zich tot de Islam tegenover 1% in de overige regio's.

Figuur 6: Kerkelijke gezindte naar regio (%)



Tabellen

Tabel 1 Deelname naar leeftijd en geslacht naar urbanisatiegraad (percentages)

Leeftijdsgroep Geslacht	20 – 34 jaar		35 – 49 jaar		50 – 64 jaar		65 jaar en ouder		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Zeer stedelijk	40	61	48	59	54	60	65	52	47	58
Matig stedelijk	39	59	47	72	68	58	52	55	50	61
Weinig stedelijk	51	55	52	67	56	64	62	52	56	59
Niet stedelijk	46	73	50	68	56	67	62	60	54	60
Totaal	42	62	49	64	56	63	61	55	51	61

Tabel 2 Deelname naar leeftijd en geslacht en regio (percentages)

Leeftijdsgroep Geslacht	20 – 34 jaar		35 – 49 jaar		50 – 64 jaar		65 jaar en ouder		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
I	40	61	48	59	54	60	65	52	47	58
II	50	75	49	73	61	71	70	57	57	68
III	46	72	57	68	52	64	54	65	53	68
IV	45	51	49	65	51	61	59	47	52	54
V	50	50	44	81	63	72	64	61	58	73
VI	45	50	45	71	68	56	52	44	51	58
VII	37	48	47	54	68	63	64	58	55	56
VIII	41	74	44	77	57	65	61	63	52	69
IX	62	69	56	69	56	74	67	48	61	62
Totaal	42	62	49	64	56	63	61	55	51	61

Tabel 3 Opleidingsniveau naar leeftijd en regio (percentages)

Leeftijd Opleiding	20 – 34 jaar				35 – 49 jaar				50 – 64 jaar				65 jaar en ouder				Totaal			
	L	M1	M2	H	L	M1	M2	H	L	M1	M2	H	L	M1	M2	H	L	M1	M2	H
I	2	7	52	39	5	23	31	40	21	33	18	28	31	32	19	18	10	20	36	34
II	6	30	58	6	8	34	35	23	22	42	20	16	50	34	11	5	18	35	33	14
III	6	16	55	24	5	30	42	23	15	40	29	15	44	29	16	10	14	29	37	19
IV	9	26	51	14	3	48	28	22	18	37	31	14	50	34	14	2	17	38	31	14
V	-	17	50	33	3	12	29	56	12	28	24	36	7	31	27	36	6	22	29	43
VI	4	18	64	14	7	42	38	13	30	43	19	8	48	28	18	8	19	35	35	11
VII	-	41	35	24	13	41	35	11	26	47	13	13	35	42	16	7	19	43	24	13
VIII	4	17	57	22	6	44	36	14	23	45	23	9	50	34	9	7	20	36	31	13
IX	4	31	53	11	17	36	34	13	27	31	30	13	59	26	11	5	25	32	33	11
Totaal	3	17	53	27	7	33	35	26	21	39	23	17	41	32	16	11	16	30	33	21

L=Laag (basisonderwijs) M1=Midden-laag (LBO, MAVO) M2=Midden-hoog (HAVO, MBO) H=Hoog (HBO, Universiteit)

Tabel 4 Werksituatie van respondenten in de leeftijd van 20-64 jaar naar regio (percentages)

Gezin / samenwonend	Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Totaal
		beide partners betaald werk	27	25	36	25	41	31	29	26	33
samenwonend	een partner betaald werk	18	39	35	33	27	29	27	31	33	28
	geen der partners betaald werk	9	17	15	23	17	10	5	26	18	16
Alleenstaand	wel betaald werk	23	8	8	10	8	16	11	9	7	13
	geen betaald werk	23	11	6	10	8	13	27	8	8	14

Indeling regio's

I	Stad	Groningen
II	Westerkwartier	Grootegast, Leek, Marum, Zuidhorn
III	Noord-West	Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum
IV	Noord-Oost	Appingedam, Delfzijl
V	Haren	Haren
VI	Hoogezand	Hoogezand-Sappemeer
VII	Centrum-Oost	Menterwolde, Pekela, Veendam
VIII	Oldambt	Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten
IX	Zuid-Oost	Stadskanaal, Vlagtwedde

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door de
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en de ervaren kwaliteit van zorg

20
02

Samenvatting

Driekwart van de bevolking heeft in drie maanden voorafgaande aan de gezondheidsenquête contact gehad met een hulpverlener in de gezondheidszorg. De meerderheid van de patiënten is tevreden over de verleende zorg. De tevredenheid over de tandarts is het grootst. Over Doktersdiensten Groningen zijn inwoners van de gemeente Groningen meer tevreden dan mensen elders in de provincie. Ruim een derde van de volwassenen heeft belangstelling voor een spreekuur van de huisarts buiten kantooruren. Eén op de twintig volwassenen meldt een vervoersprobleem om de huisarts te bereiken (voor alleenstaande vrouwen van 75 jaar en ouder is dat één op de vier). De telefonische bereikbaarheid van huisartsen wordt goed beoordeeld (rapportcijfer 7,3). Voor niet-spoedgevallen kan 78% van de ondervraagde personen nog dezelfde of de volgende dag bij de huisarts terecht.

Driekwart van de patiënten wordt binnen de acceptabele wachttijd van een kwartier door de huisarts geholpen. Meer dan de helft van de patiënten staat positief tegenover een spreekuur door een speciaal opgeleide verpleegkundige of doktersassistent. Na de komst van Doktersdiensten Groningen ervaren veel mensen een hogere drempel voor het raadplegen van een huisarts buiten kantooruren. Een grote meerderheid van de bevolking hecht waarde aan het beschikbaar stellen van vertrouwelijke medische gegevens door huisartsen aan de Doktersdiensten Groningen.

Feitenblad 2

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd.

Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, bevolking en zorginstanties.

Onderwerpen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en de ervaren kwaliteit van zorg

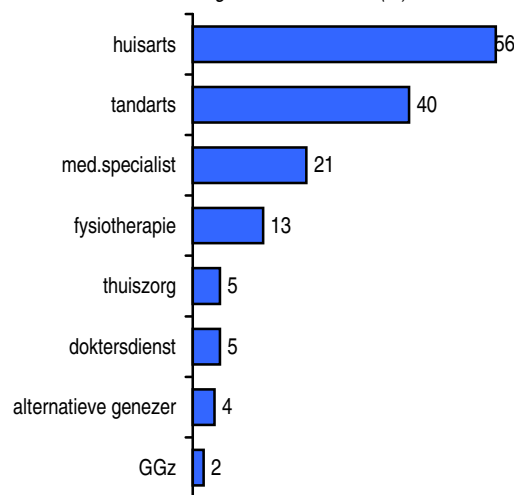
Volgende thema's:

- * Kennis over SOA en seksueel gedrag
- * Mishandeling en ongewenste intimiteiten
- * Tabaksgebruik
- * Alcoholgebruik
- * Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
- * Sociale contacten en eenzaamheid
- * Leefomgeving
- * Lawaai & stankhinder

Contact met zorgverleners

Driekwart van de Groninger bevolking heeft in de voorafgaande 3 maanden contact gehad met een hulpverlener. Bij medische vragen worden huisarts, tandarts en medisch specialist het meest geraadpleegd. Meer dan de helft van de Groninger bevolking heeft in het voorafgaande kwartaal een huisarts geraadpleegd.

Figuur 1: Contact met hulpverleners in de voorafgaande 3 maanden (%)

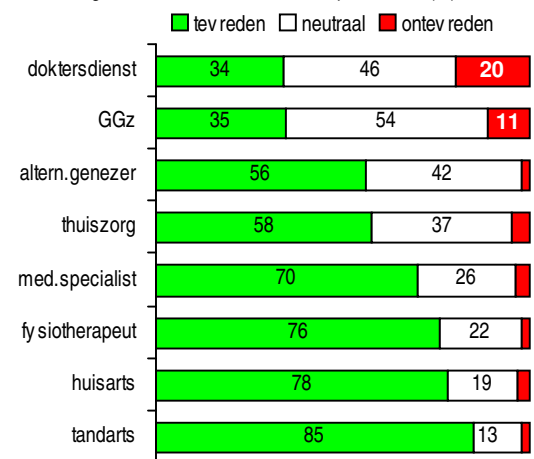


Leeftijd (hoe ouder hoe vaker), geslacht (vrouwen vaker), sociaal economische status (lager opgeleid vaker) en de mate van verstedelijking (stad Groningen vaker) zijn belangrijke voorspellers van regelmatig contact met een huisarts. Er is geen verschil in het percentage huisartsbezoek tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. De contactfrequentie met de huisarts in 2002 is niet wezenlijk anders dan in 1990, 1994 en 1998. De huisarts is nog steeds de poortwachter voor doorverwijzing naar andere zorgverleners (verwijskaart).

Mate van tevredenheid over zorgverlening

De Groninger bevolking is het meest tevreden over de dienstverlening door de tandarts, op de voet gevolgd door huisarts en fysiotherapeut (figuur 2). De tevredenheid over hulpverlening is het laagst bij de Doktersdiensten Groningen (huisartszorg buiten kantooruren) en bij de geestelijke gezondheidszorg (GGz). Over beide zorgvormen is ruim een derde van de Groningers tevreden en ongeveer de helft kwalificeert de zorg als 'neutraal'.

Figuur 2: Tevredenheid over hulpverleners (%)

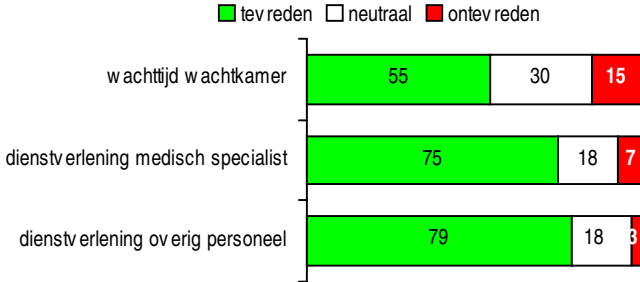


In de provincie Groningen is één op de vijf inwoners ontevreden over de doktersdienst. Er is een opmerkelijk verschil tussen de stad Groningen (50% tevreden, 10% ontevreden) en plattelandsgemeenten (25% tevreden, 26% ontevreden). De komst van de doktersdienst betekent een nieuw gezicht (dienstdoende arts in plaats van de eigen huisarts) en voor patiënten op het platteland langere reistijden.

Tevredenheid over ziekenhuis

In het voorafgaande jaar heeft 27% van de bevolking een behandelcontact in een ziekenhuis gehad (9,5% een opname en 18% polikliniek). Iets meer dan de helft van de patiënten is tevreden over de wachttijd in de wachtkamer (figuur 3). Tussen ziekenhuizen bestaan geringe verschillen in de mate van tevredenheid over de wachttijden (AZG en Delfzicht 16%, Martini-, Lucas- en Refejaziekenhuis 14%). In alle ziekenhuizen is de tevredenheid over verpleegkundigen en ander ondersteunend personeel het hoogst.

Figuur 3: *Tevredenheid over hulpverlening in ziekenhuis (%)*

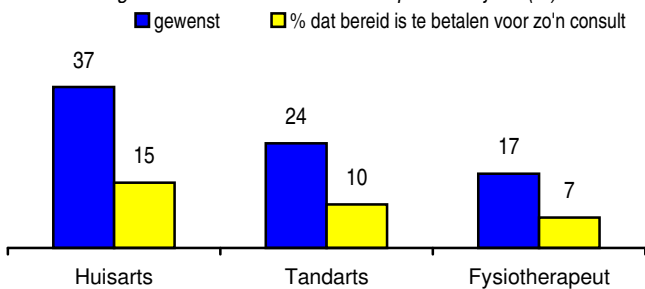


Vijftien procent van de patiënten die uit een ziekenhuis zijn ontslagen rapporteerden problemen (te ziek om al naar huis te gaan 4%, er was onvoldoende thuiszorg beschikbaar 3%, huisarts was niet geïnformeerd 3%, andere problemen 4%).

Behoeft aan aanvullende spreekuurtijden

Ruim een derde van de volwassenen (37%) heeft belangstelling voor aanvullende spreekuurtijden van de huisarts. De meeste belangstelling bestaat voor een avondspreekuur (27%) en in mindere mate voor een spreekuur op de zaterdagmorgen (10%). Een minderheid (15% van het totaal en 40% van de belangstellenden) is bereid hiervoor extra te betalen (figuur 4). Ook voor de tandarts en fysiotherapeut bestaat – zij het in mindere mate – belangstelling voor een spreekuur buiten kantooruren. De meeste belangstelling voor aanvullende spreekuurtijden bestaat bij jong volwassenen, mannen, particulier verzekerden en inwoners van de gemeente Groningen.

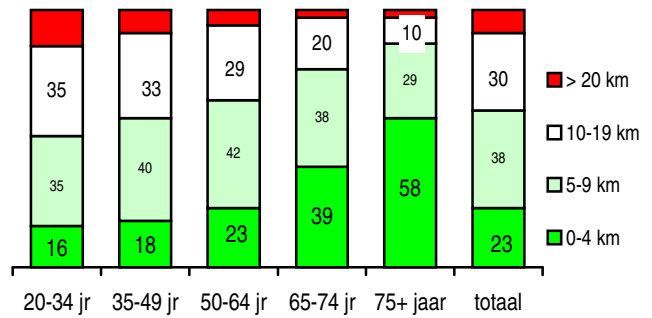
Figuur 4: *Wens van aanvullende spreekuurtijden (%)*



Fysieke bereikbaarheid van huisartsen

Er is een trend onder huisartsen om de praktijkruimte gemeenschappelijk met andere huisartsen in te richten. In jargon heet dat Huisartsen Onder één Dak (HOED). Hierdoor kan de reisafstand voor huisartsbezoek veranderen. Daarom is de bevolking gevraagd wat de maximale afstand is die men overdag kan afleggen naar de eigen huisarts. In figuur 5 is de maximale afstand overdag aangegeven. De conclusie is duidelijk: hoe meer ouderen er in een bepaalde wijk of dorp wonen hoe belangrijker het is dat een spreekuur van een huisarts in de buurt beschikbaar is (al is het maar één of meer dagen per week).

Figuur 5: *Gewenste afstand tot huisarts naar leeftijd (%)*

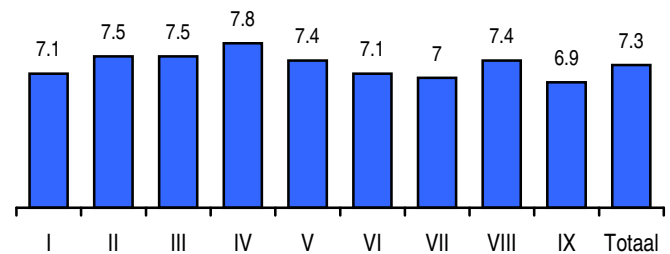


Huisartsen zijn, tijdens kantooruren, nog steeds dicht bij de woonplaats van mensen gevestigd. De gemiddelde afstand tot de eigen huisarts is voor 86% van de bevolking minder dan 5 kilometer en voor 10% van de mensen 5-10 kilometer. In de stad Groningen wonen de meeste mensen bij wie de huisarts op grotere afstand woont (vooral studenten die nog ingeschreven staan bij de huisarts van hun ouders). Vijf procent van de volwassenen heeft een vervoersprobleem om de huisarts te bereiken. Hoe ouder hoe vaker. Bij 75-plussers hebben meer vrouwen (24%) dan mannen (14%) een vervoersprobleem naar de huisarts.

Telefonische bereikbaarheid

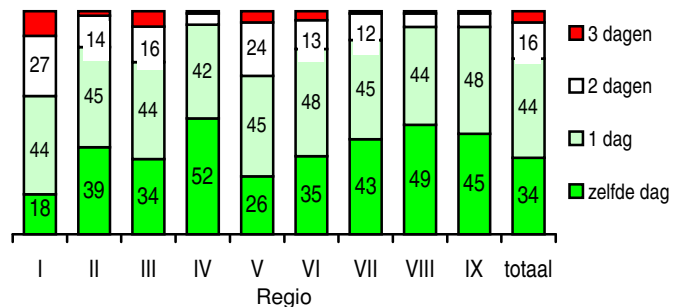
Huisartsen zijn telefonisch goed bereikbaar (gemiddeld rapportcijfer van 7,3). De helft van de bevolking geeft een rapportcijfer van 8 of hoger en 15% een onvoldoende (1-5). Er zijn geen noemenswaardige verschillen naar leeftijd en geslacht maar wel regionale verschillen waarneembaar (figuur 6: de indeling naar regio staat onderaan op de achterzijde van dit feitenblad).

Figuur 6: *Rapportcijfer telefonische bereikbaarheid huisarts naar regio*



In figuur 7 is afgebeeld hoe lang het duurt voordat een patiënt voor niet-spoedgevallen bij de eigen huisarts terecht kan voor een afspraak. Een derde van de mensen kan nog op dezelfde dag terecht en 44% op de volgende dag. In de gemeenten Groningen (I) en Haren (V) is de termijn voor een afspraak iets langer.

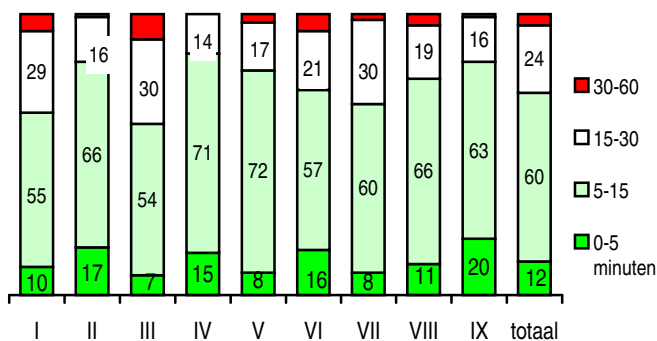
Figuur 7: *Wanneer kunt U terecht bij uw huisarts voor een niet-spoedgeval naar regio (%)*



De meeste respondenten (84%) vinden een wachttijd van een kwartier bij de huisarts acceptabel (ervan uitgaande dat het geen spoedgeval betreft). Zestien procent vindt een half uur

aanvaardbaar. Bijna driekwart van de patiënten is binnen een kwartier aan de beurt bij de huisarts (figuur 8). Een kwart van de patiënten wacht dus langer dan wenselijk is. In de stad Groningen en regio Noordwest Groningen wachten patiënten iets langer dan elders in de provincie Groningen.

Figuur 8: Wachtijd in wachtkamer huisarts naar regio (%)



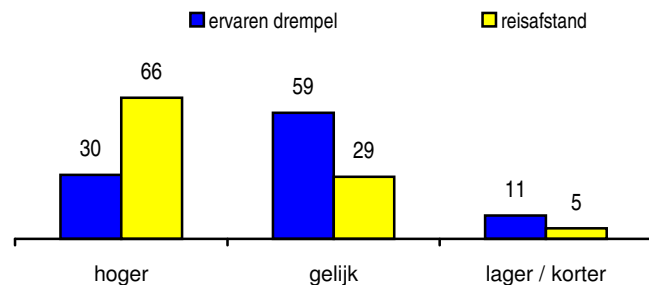
Spreekuren door doktersassistenten of verpleegkundigen

In diverse landen zijn er in de huisartspraktijk aparte spreekuren van speciaal opgeleide doktersassistenten of verpleegkundigen met een vervolgopleiding. Deze ‘assistenten’ van de huisarts beoordelen en behandelen veel voorkomende klachten (zoals verkoudheid, blaasontsteking, controle bloeddruk, controle diabetes, etc). Een deel van het werk van de huisarts wordt door hen overgenomen. In geval van twijfel wordt met de huisarts overlegd of naar de huisarts doorverwezen. Daardoor zien patiënten hun huisarts minder vaak. Van de ondervraagden is 56% het er (helemaal) mee eens dat huisartsen zich op deze wijze laten ondersteunen, 27% is neutraal en 17% is het er (helemaal) niet mee eens.

Dienstverlening door de Doktersdiensten Groningen

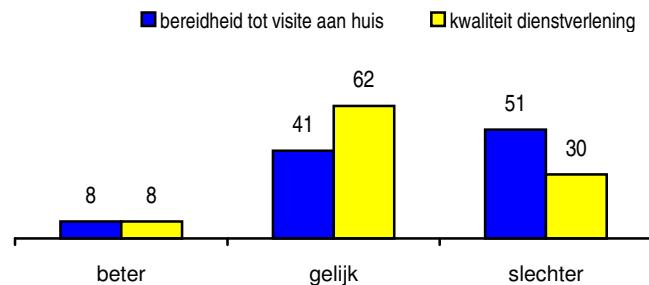
Eind jaren negentig was er sprake een dreigend tekort aan huisartsen en een toenemende werkdruk van huisartsen. Factoren die een rol spelen bij de hoge werkdruk van huisartsen zijn onder andere gebrek aan nachtrust, mondige patiënten, niet spoedeisende oneigenlijke hulpvragen buiten kantooruren, verminderde bereidheid van huisartsen tot lange werkweken. Op initiatief van de Districts Huisartsenvereniging Groningen is een commissie in het leven geroepen die een dienstenstructuur heeft georganiseerd. In april 1999 werd voor de gemeenten Groningen en Haren een Centrale Doktersdienst Groningen operationeel. De zorgverlening door huisartsen *buiten kantooruren* wordt vanaf die tijd vanuit een centrale dokterspost georganiseerd. Op 1 april 2002 zijn ook elders in de provincie doktersposten geopend in Delfzijl, Hoozezand, Leek, Stadskanaal, Winschoten en Winsum. Uitgangspunt is dat doktersposten binnen een half uur per auto te bereiken zijn. Patiënten krijgen eerst een doktersassistent(e) te spreken die de klachten zelfstandig bespreekt. Indien nodig krijgt de beller een (meestal onbekende) huisarts te spreken. Na het bespreken van de klacht wordt besloten of een bezoek van de patiënt aan een dokterspost nodig is of dat een huisbezoek van een dienstdoende huisarts noodzakelijk is. Aan de bevolking is gevraagd wat de komst van Doktersdiensten Groningen voor hen betekent. Uit figuur 9 blijkt dat een derde van de bevolking een hogere drempel ervaart bij het inschakelen van een huisarts en tweederde van de patiënten verder moet reizen dan voorheen. Voor de gemeente Groningen zijn de ervaren drempels lager dan in de overige gemeenten in de provincie Groningen.

Figuur 9: Drempel voor het inschakelen van een huisarts (%)



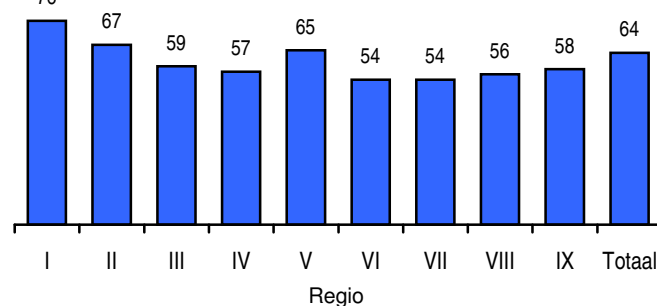
Daarnaast is gevraagd naar kwaliteitsaspecten van de dienstverlening door Doktersdiensten Groningen. De helft vindt dat de bereidheid tot het maken van een doktersvisite thuis minder wordt en 30% denkt dat de kwaliteit van de dienstverlening slechter wordt. Een minderheid van 8% denkt dat de kwaliteit van werken beter wordt (figuur 10). Een derde van de respondenten vulde ‘weet niet’ in. Personen met een hoog opleidingsniveau ervaren meer achteruitgang in de dienstverlening. Opmerkelijk is dat de kwaliteit beduidend beter ervaren wordt in de twee gemeenten waar de centrale doktersdienst is gestart (Groningen en Haren) waar twee jaar langer ervaring is opgedaan met de nieuwe werkwijze. Ook in deze twee gemeenten is het globale beeld echter nog steeds dat mensen een verslechterring ervaren.

Figuur 10: Ervaren kwaliteit na introductie doktersdiensten (%)



Er is aan de hand van enkele stellingen gevraagd naar diverse aspecten van de werkwijze van doktersdiensten. Tweederde van de respondenten vindt het geen probleem dat eerst een doktersassistent(e) aan de telefoon de klacht beoordeelt (figuur 11). Vooral jonge mensen met een hoog opleidingsniveau zijn het eens met deze stelling.

Figuur 11: Klachten worden eerst door een doktersassistent beoordeeld (% 'mee eens')

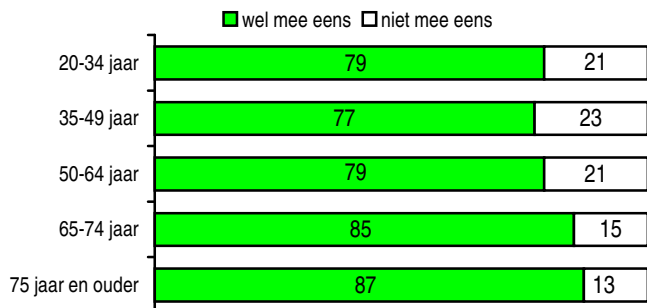


Beschikbaarheid medische gegevens Dokterdienst Groningen

Een overzicht van vertrouwelijke medische gegevens is veelal wel beschikbaar bij de eigen huisarts. Door diverse oorzaken zijn deze gegevens niet altijd beschikbaar bij Doktersdiensten Groningen. Regelgeving over bescherming van privacy stelt hoge eisen aan de overdracht van medische gegevens. Een grote meerderheid van de bevolking (80%) vindt dat huisartsen ver-

trouwelijke medische gegevens beschikbaar mogen stellen aan Doktersdiensten Groningen (vooral ouderen; figuur 12).

Fig 12: Huisarts mag vertrouwelijke medische gegevens beschikbaar stellen aan centrale doktersdienst (%)

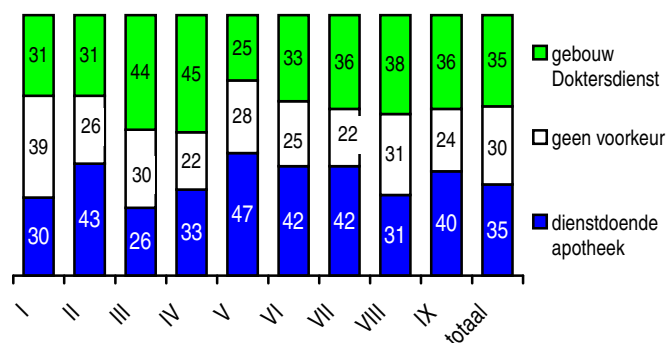


Er is een nog grotere steun voor de beschikbaarheid van alle gegevens uit medische dossiers van patiënten. De stelling “de dienstdoende arts moet over al mijn medische gegevens kunnen beschikken” wordt door 90% van de Groningers onderschreven.

Afhalen van recepten van Doktersdienst Groningen

In het verleden kon men medicijnen soms meenemen bij een apotheekhoudende huisarts. In de grotere gemeenten kan medicatie worden afgehaald bij de dienstdoende apotheek die niet gehuisvest is in een gebouw van Doktersdiensten Groningen. Daarom is gevraagd naar de voorkeur voor de plaats van het afhalen van medicijnen. Het aantal mensen dat de voorkeur geeft aan de dienstdoende apotheek is gelijk aan het aantal dat een voorkeur heeft voor de dokterspost (35%) en 30% heeft geen voorkeur. In de regio's Noordwest en Noordoost Groningen bestaat een grotere voorkeur voor het ‘meenemen’ van medicijnen vanaf de dokterspost. In Haren bestaat juist een voorkeur voor de dienstdoende apotheek.

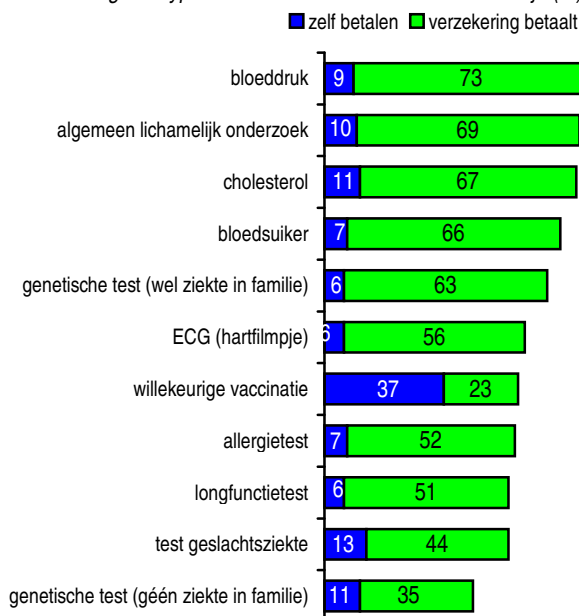
Fig 13: Voorkeur plaats afhalen medicijnen naar regio (%)



Beschikbaarheid en bekostiging van preventieve onderzoeken

Aan de deelnemers is gevraagd van welke onderzoeken ze vinden dat deze voor gezonde mensen beschikbaar zouden moeten zijn. In volgorde van belangrijkheid zijn deze preventieve onderzoeken in figuur 14 weergegeven.

Fig 14: Type onderzoek dat beschikbaar dient te zijn (%)



Verder is gevraagd wie voornoemde onderzoeken bij voorkeur zou moeten verrichten. Van de volgende onderzoeken vinden respondenten in meerderheid dat die elders (niet door de eigen huisarts) uitgevoerd zouden moeten worden uitgevoerd: elektrocardiogram (ECG), longfunctiemeting en genetische test. Van de overige onderzoeken wil een meerderheid dat die wel door de eigen huisarts worden uitgevoerd. Van de mensen die prijs stellen op preventief onderzoek vindt het merendeel dat de kosten door de ziektekostenverzekering betaald zouden moeten worden. Alleen bij willekeurige vaccinaties vinden de meeste mensen dat die uit eigen zak betaald kunnen worden.

Indeling in regio's

Regio	Gemeente
I	Stad Groningen
II	Westerkwartier: Grootegast, Leek, Marum, Zuidhorn
III	Noord-West: Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum
IV	Noord-Oost: Appingedam, Delfzijl
V	Haren
VI	Hoogezand: Hoogezand-Sappemeer
VII	Centrum-Oost: Menterwolde, Pekela, Veendam
VIII	Oldambt: Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten
IX	Zuid-Oost: Stadskanaal, Vlagtwedde

Colofon

Uitgave
GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door de sectie epidemiologie.

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Kennis over SOA en seksueel gedrag

Samenvatting

Geslachtsziekten worden ook wel SOA genoemd, wat staat voor Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Veel SOA's worden door onveilig vrijen overgedragen. Er bestaan veel misverstanden over SOA en veilig vrijen. In de Gezondheidsenquête 2002 zijn drie uitspraken over SOA opgenomen. De helft van de ondervraagden in de leeftijd van 20-64 jaar wist alle drie uitspraken goed te beoordelen. Leeftijd en met name opleiding zijn belangrijke factoren die van invloed zijn op kennis over SOA. Zo zijn jong volwassenen beter op de hoogte dan ouderen en zijn hoger opgeleiden beter geïnformeerd dan lager opgeleiden. Verder valt op dat stad Groningers en inwoners van Haren meer over SOA weten dan inwoners van de rest van de provincie. Van de leerlingen in het voortgezet onderwijs heeft 25% één keer of vaker geslachtsgemeenschap gehad, waarvan de helft het één keer of vaker onveilig heeft gedaan. Veel geslachtsziekten zijn onbekend bij leerlingen in het voortgezet onderwijs. Van de welbekende aandoening HIV-AIDS weet een aanzienlijk deel van de leerlingen niet welke factoren, met uitzondering van condoomgebruik, het krijgen van HIV kunnen beïnvloeden. Vooral jongeren hebben behoefte aan informatie over SOA.

Feitenblad ③

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking.

Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur en bevolking.

Onderwerpen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening huisarts en kwaliteit van zorg
3. Kennis over soa en seksueel gedrag.

Volgende thema's:

- ♣ Mishandeling, ongewenste intimiteiten, sociale contacten en eenzaamheid
- ♣ Tabaksgebruik
- ♣ Alcoholgebruik
- ♣ Tand- en mondverzorging
- ♣ Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
- ♣ Sociale contacten en eenzaamheid
- ♣ Leefomgeving
- ♣ Lawaai & stankhinder

SOA: de feiten

Jaarlijks lopen in de provincie Groningen naar schatting ruim 3.000 mensen een SOA op. SOA kunnen ernstige gevolgen voor de gezondheid hebben als ze niet tijdig worden ontdekt en behandeld. SOA zijn besmettelijk. Je kunt een SOA hebben zonder dat je er iets van merkt en een SOA kan (ongemerkt) worden doorgegeven aan anderen. Gelukkig zijn de meeste SOA gemakkelijk te genezen. Voorbeelden van SOA zijn: HIV (het virus dat AIDS veroorzaakt), chlamydia, genitale wratten, herpes genitalis, gonorrhoe, hepatitis B en syfilis.

De top 5 van meest voorkomende SOA in Nederland is:

- ① Chlamydia (CT)
- ② Genitale wratten
- ③ Herpes genitales
- ④ Gonorrhoe (druiper)
- ⑤ Hepatitis B

Cijfers over het vóórkomen (prevalentie) van geslachtsziekten zijn weinig voor handen. Bij een onderzoek in Amsterdam is mensen die de

huisarts consulteerden en geen klachten hadden die konden wijzen SOA gevraagd mee te doen aan een screening op chlamydia. Bij deze screening in Amsterdam had 4,9% van de vrouwen een CT-infectie en van 4,7% bij mannen.

Kennis over SOA

Aan de personen in de leeftijdscategorie 20-64 jaar zijn drie uitspraken over geslachtsziekten voorgelegd. De uitspraken konden met 'juist', 'onjuist' of 'weet niet' worden beantwoord. Tabel 1 geeft de voorgelegde uitspraken en de juiste antwoorden weer. Ruim een vijfde van de ondervraagden (21%) 'weet niet' of SOA al dan niet vanzelf overgaan. Eén op de tien respondenten denkt dat een SOA altijd klachten geeft en 27% 'weet niet' of je een SOA kan hebben zonder klachten. Op de uitspraak 'Bij vrouwen wordt door gebruik van de 'pil' de kans op SOA verkleind' moet 36% van de respondenten het antwoord schuldig blijven. Deze uitspraak is dan ook het minst goed beantwoord.

Tabel 1 Vraagstelling SOA-kennis in de Gezondheidsenquête 2002 voor volwassenen (20-64 jaar).

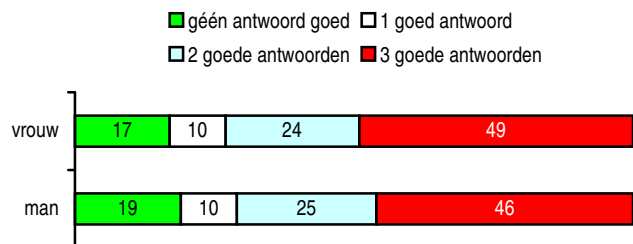
Geslachtsziekten heten tegenwoordig SOA. SOA betekent: Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Denkt u dat de onderstaande uitspraken 'juist' of 'onjuist' zijn?*

	juist	onjuist	weet niet
De meeste SOA gaan vanzelf over	1%	78%	21%
Je kunt een SOA hebben zonder dat je klachten hebt	63%	10%	27%
Bij vrouwen wordt door gebruik van de 'pil' de kans op SOA verkleind	2%	62%	36%

* De juiste antwoorden zijn rood weergegeven

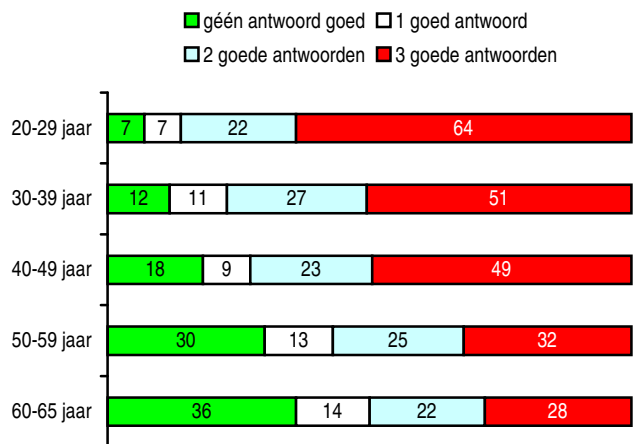
Uit figuur 1 blijkt dat een kwart twee uitspraken goed wist te beoordelen en één op de tien respondenten geeft één goed antwoord. Van de vrouwen beoordeelt 49% alle uitspraken juist tegenover 46% van de mannen. Van alle ondervraagden wist de helft (48%) alle drie uitspraken goed te beoordelen

Figuur 1: SOA-kennis naar geslacht (%)



Naar leeftijd doen zich grotere verschillen voor. Jongeren blijken beter over geslachtsziekten te zijn geïnformeerd dan ouderen. Uit figuur 2 blijkt dat personen in de leeftijdscategorie 20-29 jaar het best op de hoogte zijn; 64% van hen beantwoordt alle vragen goed. Met de toename van de leeftijd neemt het aantal correcte antwoorden op de SOA-kennisvragen af. Van de respondenten in de leeftijd van 30-50 jaar weet de helft drie goede antwoorden te geven. In de leeftijdscategorie 60-65 jaar heeft nog slechts 28% alle drie uitspraken goed beoordeeld. Met name jonge vrouwen zijn goed geïnformeerd over geslachtsziekten. In de leeftijdscategorie 20-29 jaar weet 69% van de vrouwen drie juiste antwoorden te geven tegenover 57% van de mannen.

Figuur 2: SOA-kennis naar leeftijd (%)



Uit figuur 3 blijkt dat de helft van de lager opgeleide respondenten géén van de uitspraken goed heeft beoordeeld tegenover één op de twintig hoger opgeleiden. Van de midden-laag opgeleiden weet een derde alle uitspraken correct te beoordelen, van de midden-hoog opgeleiden ruim de helft en (56%) twee derde van de hoger opgeleiden weet alle vragen goed te beantwoorden.

Opleiding is de belangrijkste voorspeller voor goede kennis over geslachtsziekten. Naarmate mensen hoger zijn opgeleid beantwoorden ze meer vragen goed. Het effect van opleiding op het al dan niet geven van drie goede antwoorden is niet anders voor jongeren dan voor ouderen. In Haren bijvoorbeeld zijn ouderen oververtegenwoordigd, maar is de kennis over SOA goed doordat er veel hoger opgeleiden wonen.

Figuur 3: SOA-kennis naar opleiding (%)

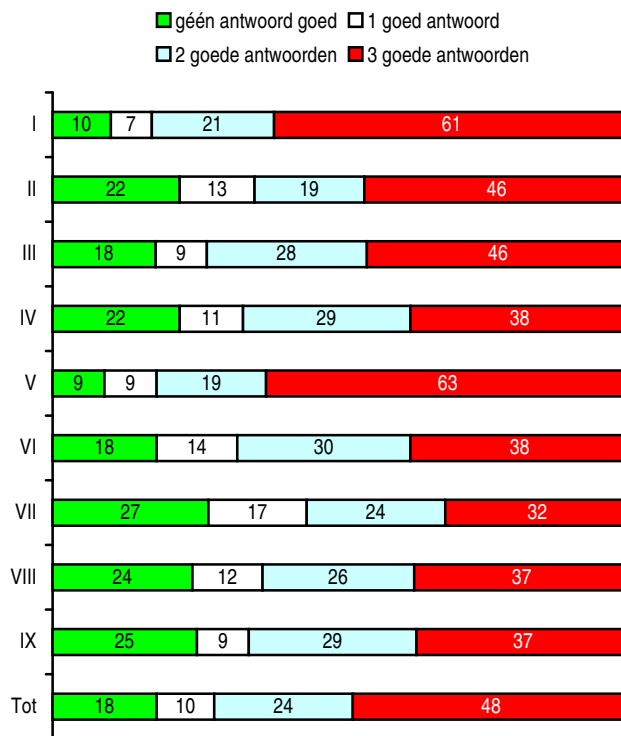


Laag=basisonderwijs; Midden-laag=LBO, MAVO;
Midden-hoog=HAVO, MBO; Hoog=HBO, universiteit

Verschillen naar regio

Er doen zich verschillen naar regio voor. De indeling van regio's is weergegeven op de achterzijde van dit feitenblad. Zo heeft in de regio's VII, VIII en IX een kwart van de ondervraagden géén van de uitspraken goed beoordeeld (figuur 4). In de regio's I en V daarentegen heeft een tiende van de respondenten géén van de antwoorden goed, terwijl ruim drie vijfde in deze regio's alle drie uitspraken goed wist te beoordelen. De verschillen per regio worden goeddeels verklaard door verschil in opleidingsniveau.

Figuur 4: SOA-kennis naar regio (%)

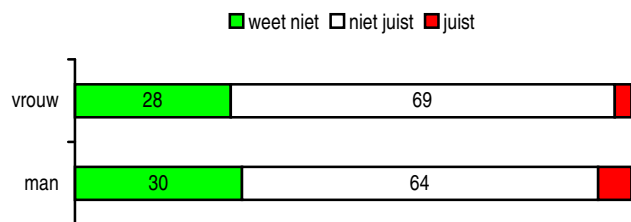


Aandacht voor SOA

De respondenten is de volgende uitspraak voorgelegd: 'Er wordt tegenwoordig veel te veel aandacht besteed aan SOA'. Slechts een kleine minderheid (4%) onderschrijft deze uitspraak. Twee derde van de ondervraagden is het er niet mee eens. De overige 29%

heeft hierover geen mening. Zes procent van de mannen vindt dat er te veel aandacht is voor geslachtsziekten tegenover drie procent van de vrouwen (figuur 5).

Figuur 5: Te veel aandacht voor SOA naar geslacht (%)



Jeugd en veilig vrijen

Uit landelijk onderzoek van het Trimbos instituut blijkt dat 17% van de jongeren in de eerste vier klassen van het voortgezet onderwijs al eens geslachtsgemeenschap heeft gehad. Meer jongens dan meisjes hebben seksuele gemeenschap gehad (20% respectievelijk 15%). Van de middelbaar scholieren in de leeftijdscategorie 16-17 jaar heeft bijna de helft van de leerlingen (48%) ervaring op seksueel gebied. Van de jongeren gebruikte 72% een condoom bij de laatste seksuele gemeenschap (Trimbos, 2002). Bijna twee derde van de jongeren (64%) in de leeftijd van 12-17 jaar vindt dat hij/zij 'veilig genoeg' vrijt, terwijl 82% van de 18-24-jarigen deze mening is toegedaan (CBS, 2001).

In de Jeugdgezondheidsenquête 2000 van de GGD is aan leerlingen van klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs in de provincie Groningen gevraagd of, en zo ja hoe vaak, ze met iemand hebben gevreeën. Hierbij is onderscheid gemaakt naar vrijen (zoenen, strelen) en het hebben van geslachtsgemeenschap. Van alle leerlingen geeft 58% aan één keer of vaker met iemand te hebben gevreeën, terwijl 20% aangeeft één keer of vaker geslachtsgemeenschap te hebben gehad. Tabel 2 geeft een overzicht van seksuele ervaring naar geslacht en leeftijdsgroep.

Tabel 2 Seksuele ervaring in het voortgezet onderwijs naar geslacht

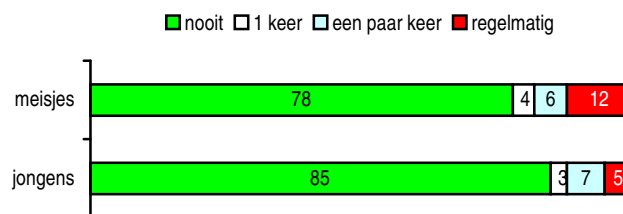
Ervaring met:	2 ^e klas		4 ^e klas	
	J	M	J	M
vrijen (zoenen, strelen)	52%	51%	69%	71%
geslachtsgemeenschap	14%	10%	33%	37%

Bron: GGD-Jeugdgezondheidsenquête 2000

Van alle leerlingen die één keer of vaker geslachtsgemeenschap hebben gehad, heeft 52% dat één keer of vaker onveilig (zonder condoom) gedaan.

Uit de Jeugdpeiling (Bureau Onderzoek, 2002) in de stad Groningen blijkt dat 19% van de jongeren in de leeftijd van 12-17 jaar wel eens met iemand naar bed is geweest. Uit figuur 6 blijkt dat in tegenstelling tot de landelijke cijfers in Groningen meer meisjes zijn met seksuele ervaring(en) dan jongens (22% respectievelijk 15%). Van de meisjes in Groningen deelt 12% 'regelmatig' het bed met een ander tegenover 5% van de jongens.

Figuur 6: Met iemand naar bed geweest naar geslacht (%) Gemeente Groningen 12-17 jaar

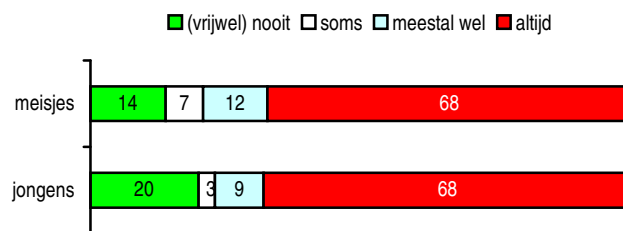


Bron: Bureau Onderzoek gemeente Groningen; Jeugdpeiling 2002

Zowel vrijen als het hebben van geslachtsgemeenschap hangt samen met het schooltype. Beide activiteiten worden minder vaak genoemd naarmate het schooltype hoger is.

De jongeren in de stad Groningen is gevraagd of ze een condoom of ander voorbehoedsmiddel gebruiken wanneer zij met iemand naar bed gaan (figuur 7). Twee derde van de jongeren (68%) met seksuele ervaring gebruikte altijd een condoom of ander voorbehoedsmiddel bij geslachtsgemeenschap, terwijl één op de zes jongeren (vrijwel) nooit een condoom of ander voorbehoedsmiddel heeft gebruikt.

Figuur 7: Condoomgebruik of ander anticonceptiemiddel naar geslacht (%)



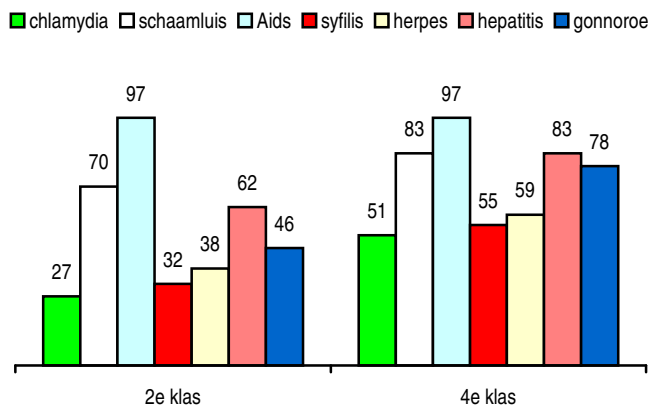
Bron: Bureau Onderzoek gemeente Groningen; Jeugdpeiling 2002

Jeugd en SOA-kennis

Het al dan niet veilig vrijen hangt in de praktijk samen met goede kennis over geslachtsziekten. Voorlichting en opleiding spelen hierbij een belangrijke rol. De leerlingen in het voortgezet onderwijs is gevraagd naar hun kennis omtrent geslachtsziekten. Op de vraag of geslachtsziekten vanzelf weer over gaan antwoordt 8% dat dit inderdaad zo is. De meeste leerlingen (75%) geven aan dat je zonder het zelf te weten een geslachtsziekte kunt hebben. Deze uitspraken worden over het algemeen beter beoordeeld door meisjes dan door jongens.

Uit figuur 8 komt naar voren dat een substantieel deel van de leerlingen nog nooit van bepaalde geslachtsziekten, met uitzondering van HIV-AIDS, heeft gehoord. Met name chlamydia, syfilis en herpes zijn onbekend bij de jongeren in het voortgezet onderwijs. Er blijkt weinig verschil in kennis te zijn tussen jongens en meisjes. Jongens hebben vaker van gonorrhoe gehoord, meisjes vaker van chlamydia. Voor alle genoemde geslachtsziekten geldt dat de kennis in de vierde klas duidelijk groter is dan in de tweede klas van het voortgezet onderwijs. Tevens is er een duidelijke samenhang met schooltype. Diverse typen geslachtsziekten zijn bij leerlingen van het IVBO en VBO minder bekend dan bij leerlingen die MAVO of een hogere opleiding volgen.

Figuur 8: Bekend met SOA naar leeftijdscategorie (%)



Bron: GGD-Jeugdgezondheidsenquête 2000

Gevraagd is welk gedrag de kans op Aids doet verminderen. De resultaten staan in tabel 3. Weergegeven is het percentage leerlingen dat aangeeft dat de betreffende factoren de kans op het krijgen van HIV-AIDS doet verminderen, per geslacht en leeftijdsgroep. Een aanzienlijk deel van de leerlingen wist *niet* het juiste antwoord te geven. Condoomgebruik is echter door een grote meerderheid wel genoemd als middel ter voorkoming van HIV-AIDS. Leerlingen in de 4^e klas van het voortgezet onderwijs zijn beter geïnformeerd dan leerlingen in de 2^e klas. Verder blijken meisjes beter op de hoogte van gedrag dat HIV-AIDS doet verminderen dan jongens.

Tabel 3 Gedrag dat de kans op HIV-AIDS volgens jongeren doet verminderen (%)

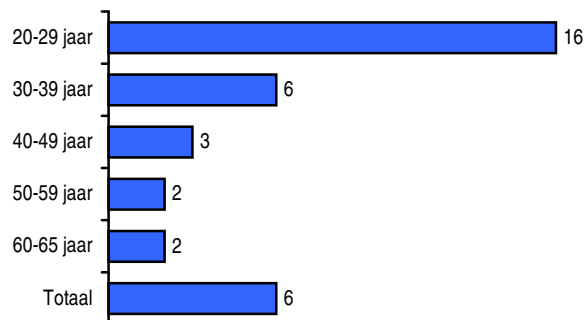
Gedrag	2 ^e klas		4 ^e klas	
	J	M	J	M
condoomgebruik	92	97	96	99
schone injectienaalden	60	79	56	85
niet met iemand naar bed gaan	67	69	68	67
goed wassen na gemeenschap	55	40	54	31
niet tongzoenen	27	17	23	12
terugtrekken voor orgasme	42	27	50	23
pil gebruiken	46	37	45	22
matig alcoholgebruik	36	22	28	13
gezond eten	46	35	36	16

Bron: GGD-Jeugdgezondheidsenquête 2000
Grijs gearceerde antwoorden zijn FOET

Behoeftte aan informatie over SOA

Zes procent van de ondervraagden (183 personen) in de leeftijdscategorie 20-64 jaar zou meer informatie over SOA willen verkrijgen. Uit figuur 9 blijkt dat één op de zes (16%) respondenten van 20-29 jaar behoefte heeft aan informatie over SOA, terwijl van de 30-39 jarigen 6% aangeeft meer informatie over SOA te willen verkrijgen. Onder volwassenen van 40 jaar en ouder is de behoefte aan informatie over SOA aanzienlijk minder.

Figuur 9: Behoeftte aan informatie over SOA naar leeftijd (%)



GGD en SOA-voorlichting

Voor meer informatie over gezondheid en SOA kan men terecht bij het Informatie Centrum Gezondheid (ICG) van de GGD Groningen. Bij de Stichting SOA-bestrijding vindt u eveneens veel informatie over SOA.

Internet: www.hulpverleningsdienst.nl
www.soa.nl

Indeling regio's

Indeling regio's	Gemeente
I Stad	Groningen
II Westerkwartier	Grootegast, Leek, Marum, Zuidhorn
III Noord-West	Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum
IV Noord-Oost	Appingedam, Delfzijl
V Haren	Haren
VI Hoogezand	Hoogezand-Sappemeer
VII Centrum-Oost	Menterwolde, Pekela, Veendam
VIII Oldambt	Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten
IX Zuid-Oost	Stadskanaal, Vlagtwedde

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door de
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Mishandeling, ongewenste intimiteiten, sociale contacten en eenzaamheid

Samenvatting

Mishandeling en seksueel ongewenste intimiteiten zijn zaken waarover mensen die hiermee geconfronteerd zijn niet graag in het openbaar spreken. In de GGD Gezondheidsenquête 2002 is respondenten gevraagd of zij in de **afgelopen twaalf maanden** wel eens zijn mishandeld of seksueel zijn misbruikt. Vrouwen hebben vaker te maken met mishandeling en ongewenste seksuele benadering dan mannen. Emotionele mishandeling komt het vaakst voor; 13% van de Groningers heeft hiermee in het afgelopen jaar te maken gehad. Eén procent van de Groningers is in het voorafgaande jaar seksueel misbruikt.

Het aantal contacten in het sociale netwerk is van belang voor de mate van welzijn van mensen. De frequentie van contacten in het sociale netwerk in Groningen is iets hoger dan elders in Nederland. Gemiddeld is 58% van de Groningers lid van een vereniging. Met name lager opgeleiden zijn minder vaak lid van een sportvereniging, maar vaker lid van een gezelligheidsvereniging. Verder zijn ouderen en hoog opgeleiden vaker lid van een politieke partij. Eenzaamheid komt onder 41% van de Groningers voor; in 1998 was dit nog 43%. Ruim een derde (36%) is matig eenzaam en vijf procent is erg eenzaam. Vooral mensen met weinig sociale contacten en een slechte ervaren gezondheid voelen zich eenzamer.

Feitenblad ①

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, gezondheidsinstanties en bevolking.

Onderwerpen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en ervaren kwaliteit van zorg
3. Kennis over SOA en seksueel gedrag
4. Mishandeling, ongewenste intimiteiten, sociale contacten en eenzaamheid

Volgende thema's:

- Roken
- Alcoholgebruik
- Tand- en mondverzorging
- Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
- Leefomgeving
- Lawaai & stankhinder

Voorkomen van mishandeling en ongewenste intimiteiten

In 2002 werd 6% van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder slachtoffer van een geweldsdelict, terwijl 2% slachtoffer was van mishandeling. In datzelfde jaar werd 1% van de bevolking van 15 jaar en ouder slachtoffer van een seksueel delict. Nederlandse vrouwen zijn in 2002 twee keer zo vaak slachtoffer van een seksueel delict dan mannen. Vier procent van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder werd bedreigd in 2002 (CBS, 2002).

Mishandeling en misbruik hebben vaak grote gevolgen voor degenen die het hebben ondergaan. Vooral mishandeling en misbruik op jonge leeftijd heeft impact op de rest van iemands leven. In de Gezondheidsenquête 2002 zijn vragen over mishandeling en seksueel misbruik in vier clusters aan de respondenten voorgelegd.

① **Emotionele mishandeling:** treiteren, kleineren en uitschelden.

② **Lichamelijke mishandeling:** schoppen, slaan en andere vormen van ongewenst fysiek geweld.

③ **Seksueel ongewenst benaderd:** seksueel getinte opmerkingen en ongewenst worden aangeraakt of bekeken.

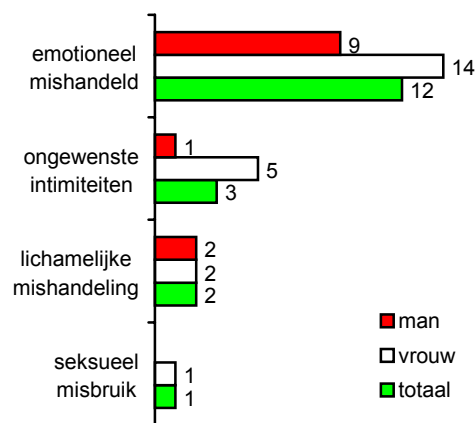
④ **Seksueel misbruik:** seksueel gericht beet gepakt worden en seks tegen de zin (aanranding, verkrachting).

Daarnaast is de respondenten gevraagd aan te geven door wie zij mishandeld of misbruikt zijn en of zij daarvan (nog steeds) negatieve gevolgen van ondervinden.

In figuur 1 is afgebeeld hoe vaak mishandeling en seksueel misbruik zich in het voorafgaande jaar in de provincie Groningen hebben voorgedaan. Eén op de acht Groningers (12%) heeft met emotionele mishandeling te maken gehad. Van de vrouwen geeft 14% aan emotioneel te zijn mishandeld in de voorafgaande

12 maanden tegenover 9% van de mannen. Vijf keer zoveel vrouwen als mannen zijn ongewenst seksueel benaderd in het afgelopen jaar. Lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik komen overeen met landelijke gegevens (2002, CBS). Zowel twee procent van de mannen als twee procent van de vrouwen geeft aan in de afgelopen twaalf maanden lichamelijk te zijn mishandeld. Seksueel misbruik komt onder één procent van de vrouwelijke respondenten voor.

Figuur 1 Mishandeling en ongewenste intimiteiten in het afgelopen jaar naar geslacht (%)



Er doen zich in bovenstaande categorieën geen grote verschillen voor tussen de regio's (zie tabel 'Regionale indeling' op de achterzijde). Emotionele mishandeling komt bij 20-49-jarigen vaker voor dan onder 50-plussers. Ongewenste seksuele benadering komt het vaakst voor bij vrouwen in de leeftijdscategorie 20-34 jaar.

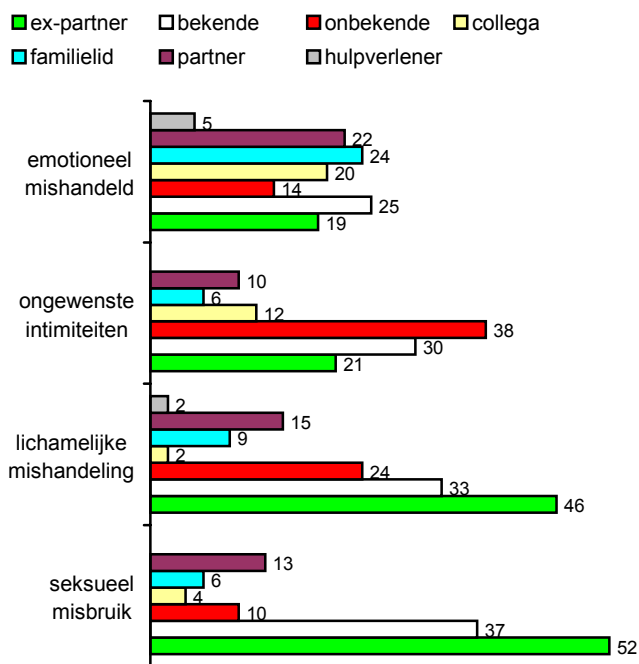
Plegers van mishandeling en ongewenste intimiteiten

In figuur 2 is de relatie van respondenten, die in het afgelopen jaar zijn mishandeld of ongewenste intimiteiten hebben meegemaakt, met de pleger weergegeven. Omdat er meerdere daders van een vorm van mishandeling of ongewenste intimiteiten in het spel kunnen zijn, zijn de sompercentages hoger dan 100%. In een kwart van de gevallen is *emotionele mishandeling* door een bekende (25%) of een familielid (24%) gepleegd. Eén op vijf personen is emotioneel mishandeld door zijn of haar (ex-)partner (19% respectievelijk 22%) of een collega (20%).

Bij ongewenste intimiteiten is in 38% een onbekende in het spel en is bij 62% de identiteit van de pleger bekend.

In bijna de helft van de gevallen (46%) is de ex-partner de dader van *lichamelijke mishandeling*. In een derde van de gevallen van lichamenlijk mishandeling (33%) is de dader een bekende. Zowel twee procent van de mannen als twee procent van de vrouwen geeft aan in de afgelopen twaalf maanden lichamenlijk te zijn mishandeld. Ruim de helft van de *seksueel misbruikten* (52%) is door zijn of haar ex-partner misbruikt, terwijl ruim een derde door (een andere) bekende seksueel is misbruikt. In één op de vijf gevallen (19%) van seksueel misbruik is de dader de partner.

Figuur 2 Relatie met de pleger per vorm van mishandeling en ongewenste intimiteiten (%)

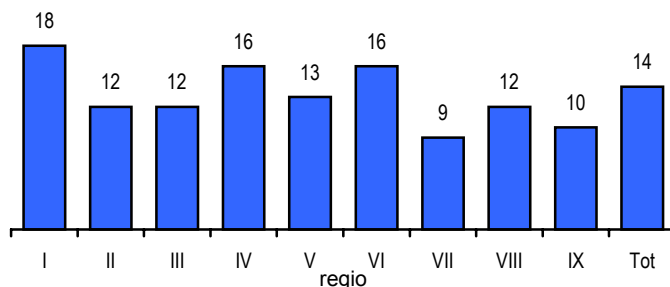


Mishandeling en ongewenste intimiteiten

Eén op de zeven respondenten (14%) heeft in het voorafgaande jaar met een vorm van mishandeling of ongewenste intimiteiten (genoemd in figuur 3) te maken gehad. Van de vrouwen had 17% met één van de vormen van mishandeling dan wel seksueel ongewenste intimiteiten te maken tegenover 10% van de mannen. Er doen zich eveneens verschillen naar leeftijd voor: in de leeftijdscategorie 20-34 jaar hebben twee keer zo veel personen hiermee in de afgelopen 12 maanden te maken gehad dan onder 65-jarigen (18% respectievelijk 9%).

Bovendien zijn er verschillen naar regio (figuur 3). In de gemeente Groningen is bijna één op de vijf inwoners (18%) slachtoffer geweest van mishandeling of ongewenste intimiteiten in de afgelopen twaalf maanden. In de regio Centrum-Oost kwamen mishandeling en ongewenste intimiteiten het minst vaak voor (9%).

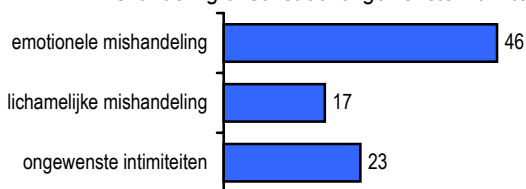
Figuur 3: Mishandeling en seksueel ongewenste intimiteiten naar regio (%)



Gevolgen van mishandeling en seksueel misbruik

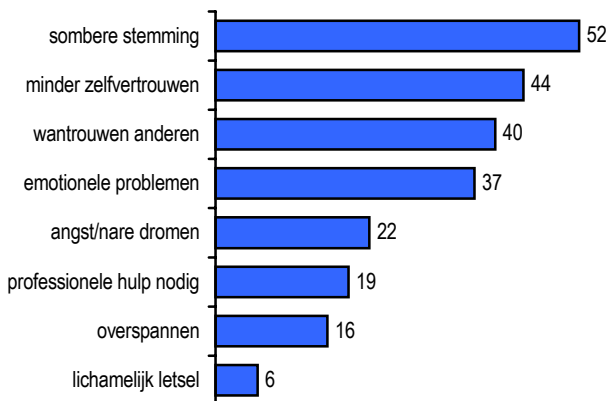
Mishandeling en seksueel ongewenste intimiteiten hebben veelal nadelige gevolgen voor het welzijn en het psychisch en sociaal functioneren van de slachtoffers. Respondenten die in de afgelopen twaalf maanden met emotionele of lichamenlijke mishandeling te maken hebben gehad is gevraagd of ze hiervan negatieve gevolgen hebben ondervonden (figuur 4). Emotionele mishandeling heeft in bijna de helft van de gevallen (46%) negatieve gevolgen voor het slachtoffer.

Figuur 4: Negatieve gevolgen ondervonden naar aard mishandeling of seksueel ongewenste intimiteit (%)



In figuur 5 staat de aard van de negatieve gevolgen. Een sombere stemming als gevolg van het voorval komt het vaakst voor (52%), gevolgd door minder zelfvertrouwen (44%). Twee vijfde wantrouwt anderen, terwijl ruim een derde (37%) emotionele problemen ondervindt. Eén op de vijf ondervraagden (19%) heeft professionele hulp gezocht.

Figuur 5: Gevolgen mishandeling en seksueel ongewenste intimiteiten (%)



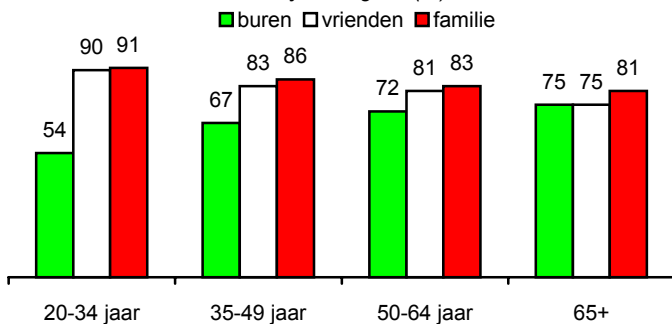
Personen die zijn mishandeld of met ongewenste intimiteiten te maken hebben gehad scoren lager op psychische gezondheid dan de overige Groningers.

Sociale contacten

De indeling van sociale contacten is bepaald aan de hand van hoe vaak mensen contact met elkaar hebben. Frequent contact betekent minimaal één keer per twee weken. Uit tabel 1 (achterzijde) blijkt dat in het sociale netwerk van Groningers het meeste contact bestaat met de familie (86% frequent) gevolgd door vrienden (83% frequent) en burens (66% frequent). Er doen zich nauwelijks verschillen voor in sociale contacten met burens, familie en vrienden tussen 1998 en 2002.

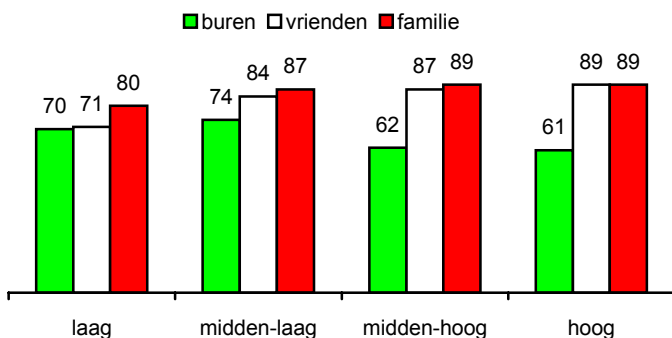
Burgerlijke staat is van belang als het gaat om sociale contacten. Ongehuwde en gescheiden personen hebben minder frequent contact met burens, familie en vrienden. Jonge mensen hebben relatief weinig contacten met de burens, maar des te meer met vrienden en familie (figuur 6). Het geringe aantal contacten met burens in de gemeente Groningen (tabel 1) wordt goeddeels verklaard door het grote aantal studenten dat in deze gemeente woonachtig is. Verder blijkt uit figuur 6 dat met het toenemen van de leeftijd frequent sociale contact met de burens toeneemt. Het aandeel frequente contacten met vrienden en familie neemt daarentegen af met toename van leeftijd.

Figuur 6 Frequent sociale contacten naar leeftijdscategorie (%)



Bij respondenten met een laag- en midden-laag opleidingsniveau zijn de burens belangrijker in het sociale netwerk dan bij personen met een hoger opleidingsniveau (figuur 7). Midden-hoog- en hoger opgeleiden hebben juist vaker contact met vrienden en familie.

Figuur 7 Frequent sociale contacten naar opleiding (%)



Laag = basisonderwijs; Midden-laag = LBO, MAVO; Midden-hoog = HAVO, MBO; Hoog = HBO, Universiteit

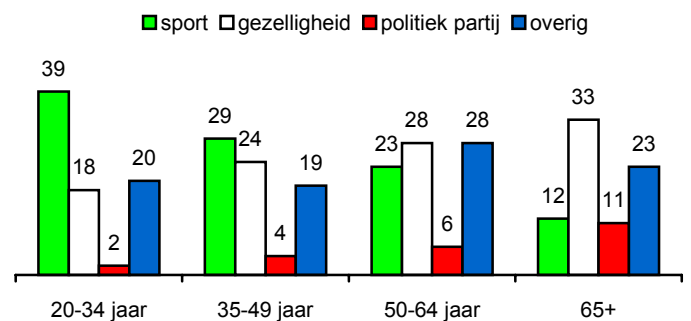
Met name in de gemeente Groningen hebben mensen minder contact met de burens. Inwoners van de regio's Centrum-Oost en Hoozezand hebben minder contact met vrienden dan elders in de provincie.

Lidmaatschap vereniging

Uit tabel 2 blijkt dat in 2002 gemiddeld 58% van de Groningers lid is van een vereniging tegenover 60% in 1998. Veelal gaat het om sport- en gezelligheidsverenigingen. In 2002 is 27% van de

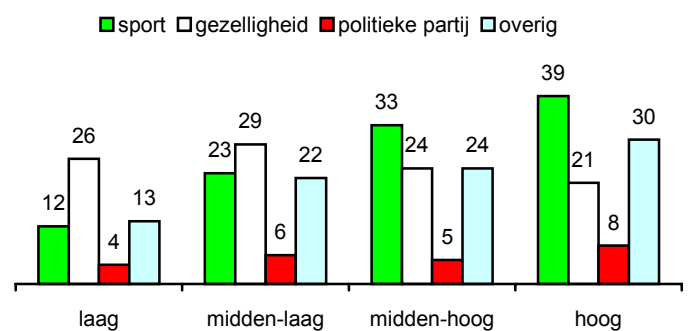
Groningers lid van een sportvereniging tegenover 29% in 1998. Afname in sportparticipatie komt overeen met het beeld van toename in bewegingsarmoede en overgewicht onder de bevolking, waarop in een volgend feitenblad dieper zal worden ingegaan. Uit figuur 8 blijkt dat in de leeftijdscategorie 20-34 jaar vier op de tien Groningers lid is van een sportvereniging (39%), terwijl slechts 12% van de 65-plussers nog lid is van een sportvereniging. Slechts één op de twintig Groningers is lid van een politieke partij. De meeste personen die lid zijn van een politieke partij (11%) vinden we onder de 65-plussers. In Haren is 13% van de respondenten lid van een politieke partij. In de gemeente Haren bevinden zich bovendien de meeste ondervraagden die lid zijn van één of meer verenigingen. Met toename van leeftijd zijn meer mensen lid van een gezelligheidsvereniging.

Figuur 8 lidmaatschap vereniging naar leeftijdscategorie (%)



Figuur 9 laat zien dat met toename van het opleidingsniveau het aantal lidmaatschappen van sportvereniging, politieke partij en overige verenigingen toeneemt. Opvallend is dat onder de hoger opgeleiden ruim drie keer zoveel mensen lid zijn van een sportvereniging dan onder lager opgeleiden (respectievelijk 39% en 12%). Bovendien zijn hoger opgeleiden vaker lid van een politieke partij. Lager opgeleiden daarentegen zijn relatief vaak lid van een gezelligheidsvereniging.

Figuur 9 Lidmaatschap vereniging naar opleidingsniveau (%)



Eenzaamheid

Eenzaamheid van mensen hangt samen met verschillende factoren. Eenzaamheid is berekend aan de hand van 11 vragen over contacten met andere mensen. Zowel 41% van de mannen als 41% van de vrouwen is eenzaam. Uit nadere analyse blijkt dat 36% van de Groningers matig eenzaam is, terwijl één op de twintig (5%) van hen erg eenzaam is.

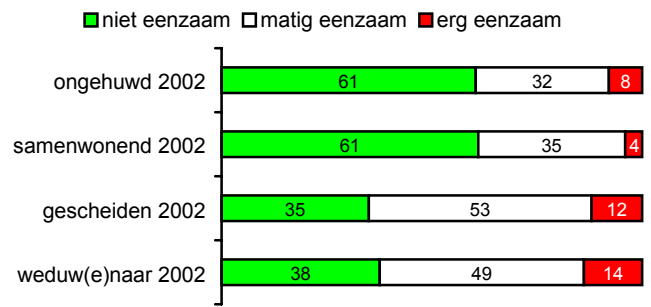
De mate van eenzaamheid is gerelateerd aan (in volgorde van belangrijkheid):

- het *sociale netwerk* (bij frequente contacten minder eenzaam);
- *ervaren gezondheid* (gezonde mensen zijn minder eenzaam);
- *burgerlijke staat* (alleenstaanden meer; figuur 10);
- *sociaal economische status* (personen met een lagere opleiding zijn meer eenzaam dan personen die hoger zijn opgeleid) en;
- *leeftijd* (hoe ouder, hoe meer eenzamen)

Verder blijkt er een relatie te bestaan tussen psychische gezondheid en eenzaamheid. Het is echter niet aan te geven of een verminderde psychische gezondheid oorzaak of gevolg is van eenzaamheid. Lichamelijke beperkingen blijken geen invloed te hebben op eenzaamheid.

In 1998 is gemiddeld 43% van de Groninger bevolking eenzaam tegenover 41% in 2002. Figuur 10 laat zien dat personen die zijn gescheiden en personen waarvan de partner is overleden zich het meest eenzaam voelen. Gehuwden en samenwonenden daarentegen voelen zich het minder vaak eenzaam.

Figuur 10 Eenzaamheid naar burgerlijke staat (%)



NB In de GGD-Gezondheidsprofielen 2003 zijn de percentages eenzaamheid lager dan in dit feitenblad weergegeven. Het berekenen van eenzaamheid conform de landelijke richtlijn leidt tot hogere percentages eenzaamheid.

Tabellen

Tabel 1 Frequent sociale contacten in de provincie Groningen naar regio t.o.v. Nederland (%)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Groningen 2002	Groningen 1998	Nederland 2002
Buren	55	73	71	72	72	65	70	72	71	66	65	69
Vrienden	85	86	85	84	90	76	74	81	79	83	81	79
Familie	86	87	88	85	91	80	87	82	86	86	86	84

Tabel 2 Lidmaatschap van een vereniging in de provincie Groningen naar regio (%)

regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Groningen 2002	Groningen 1998
Sport	31	24	28	24	38	25	20	27	25	27	29
Gezelligheid	17	37	36	29	25	21	18	25	25	25	25
Politieke partij	5	6	7	5	13	2	3	3	6	5	6
Overig	21	25	23	23	24	22	19	24	22	22	21
Lid 1 of meer verenigingen	56	62	64	58	69	53	47	58	57	58	60

Indeling regio's

Indeling regio's	Gemeente
I <i>Stad</i>	Groningen
II <i>Westerkwartier</i>	Groote gast, Leek, Marum, Zuidhorn
III <i>Noord-West</i>	Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum
IV <i>Noord-Oost</i>	Appingedam, Delfzijl
V <i>Haren</i>	Haren
VI <i>Hoogezand</i>	Hoogezand-Sappemeer
VII <i>Centrum-Oost</i>	Menterwolde, Pekela, Veendam
VIII <i>Oldambt</i>	Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten
IX <i>Zuid-Oost</i>	Stadskanaal, Vlagtwedde

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door:
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Roken

Samenvatting

Ruim een derde (34%) van de volwassen bevolking in de provincie Groningen rookt, waarvan 32% als overmatig roker kan worden beschouwd. Van de Groninger jongeren in het voortgezet onderwijs rookt een kwart dagelijks. In het voortgezet onderwijs roken meer meisjes dan jongens en op het VMBO roken meer leerlingen dan op de HAVO/VWO. In Groningen wordt sinds 1990 meer gerookt dan het landelijk gemiddelde. Sigaretten zijn de meeste voorkomende rookwaar. Naast de gezondheidsrisico's van het roken bestaat er de lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid van tabak. De helft van de rokers is zo verslaafd dat binnen een half uur na het ontwaken tabakswaar wordt opgestoken. Een vijfde van de rokers heeft het jaar voorafgaand aan het onderzoek serieus geprobeerd te stoppen. Verder geeft ruim de helft van de rokers aan wel te willen stoppen. Juist deze personen verdienen alle mogelijke hulp van de hulpverlening. Van degenen die aangeven te willen stoppen heeft 37% behoefte aan ondersteuning. De noodzaak van deskundige begeleiding wordt hierbij door 15% van de potentiële 'stoppers' genoemd. Verder is er (door middel van gezondheidsvoorlichting, regelgeving en naleving van regelgeving) nog veel winst te behalen bij de jeugd. Ruim de helft van de jonge rokers geeft aan al voor hun 15^e hun eerste sigaret te hebben gerookt. De jeugd, en met name de lagere opleidingsniveaus, zou vroegtijdig over de gevaren van het roken moeten worden geïnformeerd. Naast het geven van voorlichting aan jongeren over roken en het toezicht houden op de minimumleeftijd van kopers van tabak beschouwen Groningers het opstellen van regelgeving met betrekking tot het beperken van roken in de horecagelegenheden en in openbare ruimten een belangrijke taak voor de gemeente.

Feitenblad

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, gezondheidsinstaties en bevolking. Verder is voor dit feitenblad gebruik gemaakt van gegevens uit het Peilstationsonderzoek 2003 van het Trimbos-instituut.

Onderwerpen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en ervaren kwaliteit van zorg
3. Kennis over SOA en seksueel gedrag
4. Folder over tand- en mondverzorging
5. Roken
6. Alcoholgebruik
7. Tand- en mondverzorging
8. Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
9. Ouderen: functiestoornissen, woonsituatie, vervoer en mantelzorg & informatiebehoefte

Inleiding

Roken is een levensbedreigende gewoonte en de belangrijkste risicofactor voor vermijdbare sterfte. In de provincie Groningen sterven jaarlijks ongeveer 830 personen aan ziekten en aandoeningen die direct herleidbaar zijn tot het roken. Rokers verliezen gemiddeld zeven levensjaren. De belangrijkste ziekten die met roken samenhangen zijn meerdere vormen van kanker (met name longkanker), hart- en vaatziekten en longemfyseem.

De oversterfte aan hartinfarcten in de hele provincie Groningen kan voor een deel worden toegeschreven aan het rookgedrag in het verleden.

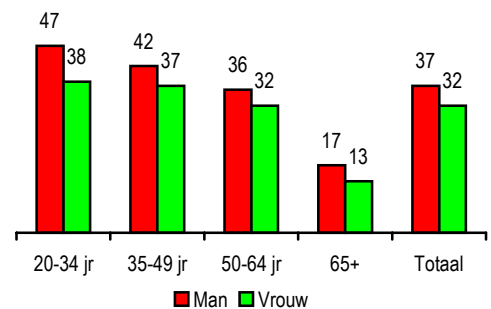
In dit feitenblad worden gegevens over roken gepresenteerd uit de GGD-Gezondheidsenquête 2002 onder volwassenen. Gegevens over jongeren in de leeftijd van tien tot en met achttien jaar komen uit het Peilstationsonderzoek 2003 van het Trimbos-instituut, waaraan de GGD Groningen heeft meegewerkt.

Uit de Gezondheidsenquête 2002 blijkt dat 34% van de volwassen rookt. Figuur 1 laat zien dat onder de volwassenen in alle leeftijdscategorieën (nog) meer mannen roken dan vrouwen (respectievelijk 37% en 32%). Bij de jeugd roken meer meisjes dan jongens. Het verschil tussen mannen en vrouwen neemt af met toename van de leeftijd. Van de 65-plussers rookt 15% tegenover 42% van de Groningers in de leeftijd van 20 tot 34 jaar.

Roken hangt onmiskenbaar samen met leeftijd. Dat blijkt eveneens uit figuur 1: naarmate de beschouwde leeftijdscategorie hoger wordt, neemt het percentage rokers af. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen.

De meest morbide verklaring voor dit verschijnsel is dat rokers op jongere leeftijd sterven. Het effect moet voor het grootste deel echter zijn toe te schrijven aan het stoppen met roken op latere leeftijd (mede als gevolg van klachten en ziekten van het roken).

Figuur 1 Roken naar leeftijd en geslacht (%)

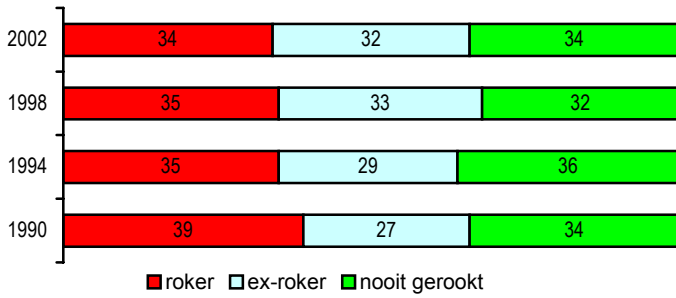


De afgelopen twaalf jaar is het roken onder volwassen maar weinig afgenomen. In 1990 rookte 39% van de volwassen Groninger bevolking, maar sinds 1994 schommelt het percentage rokers zo rond de 35% (tabel 1: zie achterblad).

Uit de GGD-Gezondheidsenquêtes blijkt dat sinds 1990 al meer Groningers roken dan het landelijk gemiddelde.

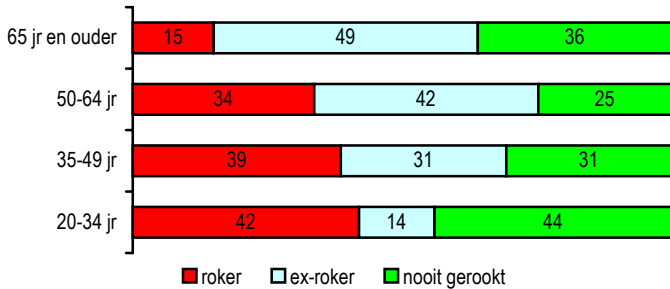
In de periode 1990 tot 1998 is een lichte toename van het aantal ex-rokers, terwijl het percentage nooit-rokers stabiel is gebleven (figuur 2).

Figuur 2 Historisch rookgedrag van Groningers
- periode 1990 tot 2002 (%)



Figuur 3 toont het percentage rokers, gewezen rokers en nooit-rokers naar leeftijd. De jongste leeftijdscategorie telt weliswaar de meeste rokers, maar ook het hoogste aantal personen die nooit gerookt hebben. Er vanuit gaande dat de rokers van jonge leeftijd nog wel veel toekomstige stoppers zal tellen en weinig nieuwe toetreders, zal uiteindelijk in die 'generatie' het percentage rokers de komende jaren wel verder afnemen. Het percentage nooit-rokers bij de 65-plussers komt doordat vrouwen vroeger vaak niet rookten.

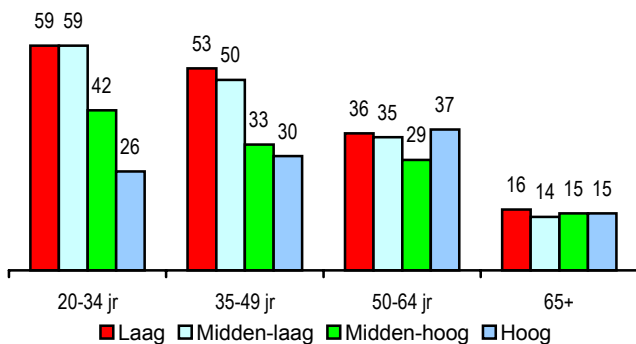
Figuur 3 Historisch rookgedrag
naar leeftijd (%)



Roken en opleiding

Het gebruik van tabakswaren toont een duidelijke samenhang met de opleidingsniveau (die vaak als indicator wordt gebruikt voor de zogeheten 'sociaal-economische status', waarmee ook zaken als aanzien, welvaart, maatschappelijke invloed en beroep worden verstaan). Figuur 4 toont, voor vier leeftijdsgroepen afzonderlijk, het percentage rokers voor verschillende opleidingsniveaus.

Figuur 4 Roken naar leeftijd en opleiding (%)

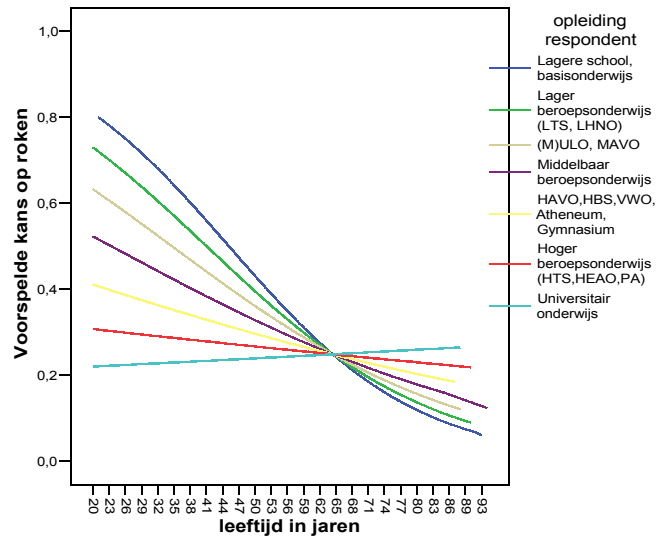


Laag=basisonderwijs; Midden-laag=LBO, MAVO;
Midden-hoog=HAVO, MBO; Hoog=HBO, universiteit

Onder personen tot 50 jaar wordt door mensen met een laag en midden-laag opleidingsniveau duidelijk meer gerookt dan door personen met een midden-hoge of hoge opleiding. Boven de genoemde leeftijd is er bijna geen verschil meer.

Leeftijd en opleiding blijken van invloed te zijn op al dan niet roken, maar ook burgerlijke staat (alleenstaanden roken vaker), sporten (niet-sporters roken vaker) en alcoholgebruik (overmatig alcoholgebruikers roken vaker) spelen een belangrijke rol. Uit figuur 5 blijkt dat met name jonge lager opgeleiden een grote kans hebben te (gaan) roken. Opmerkelijk is dat de kans op roken voor de lagere opleidingsniveaus geleidelijk afneemt met de leeftijd, terwijl deze kans voor hoger opgeleiden (universitair geschoolden) juist iets toeneemt.

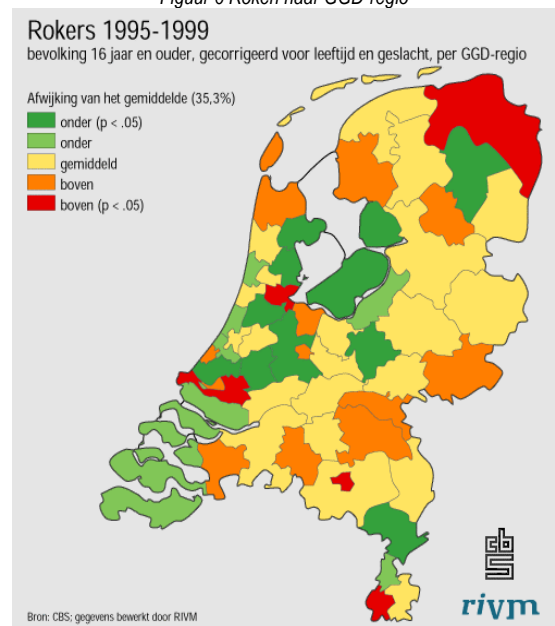
Figuur 5 Kans op roken naar leeftijd en opleiding



Roken naar regio

Tabel 1 (zie achterblad) laat verder zien dat er zich grote verschillen in roken naar regio voordoen. In 2002 rookt in de regio Noord-Oost 41% van de bevolking tegenover 19% in Haren. Verder wordt in de stad Groningen, het Westerkwartier en Hoogezand relatief veel gerookt. Uit figuur 6 blijkt het percentage rokers in de provincie Groningen significant boven het landelijk gemiddelde ligt. Overigens was dat begin jaren negentig ook al zo.

Figuur 6 Roken naar GGD-regio



Het roken

Tabel 2 laat, uitgesplitst naar geslacht, zien wat men zoal rookt. Sigaretten worden veruit het meest opgestoken: van de Groningers vanaf 20 jaar rookt 26 procent uitsluitend sigaretten. Pijp roken en het roken van sigaren komt vrijwel alleen onder mannen voor.

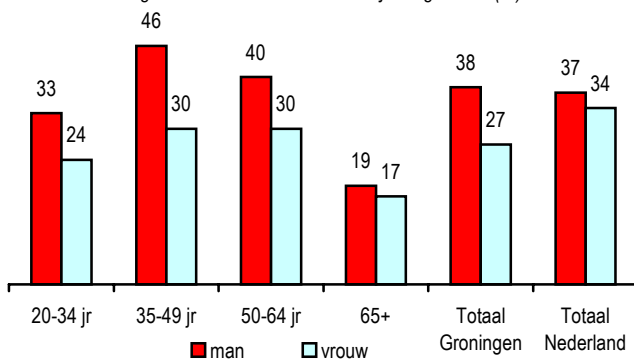
Tabel 2: Aard van de rookwaar naar geslacht, in percentages van de Groninger bevolking

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Rookt, rookwaar onbekend	3	2	2
Rookt alleen pijp of sigaren	6	1	3
Rookt sigaretten en sigaren en/of pijp	3	2	2
Rookt alleen sigaretten	26	27	26
Totaal percentage rokers	37	32	34

Intensiteit en afhankelijkheid

Personen die *meer* dan een pakje sigaretten (20 stuks) per dag roken worden als zware roker beschouwd. In de provincie Groningen rookt 32% van de rokers meer dan 20 sigaretten per dag tegenover 35% landelijk. Met name in de leeftijdscategorie 35-49 jaar bevinden zich veel zware rokers. Uit figuur 7 blijkt dat in elk van de leeftijdscategorieën meer mannen zware roker zijn dan vrouwen. Uit tabel 3 blijkt dat de regio Hoogezand de meeste zware rokers telt (44%), terwijl in Zuid-Oost 22% van de rokers als zware roker moet worden beschouwd.

Figuur 7 Zware rokers naar leeftijd en geslacht (%)



Een indicator voor de mate van nicotineverslaving is de tijd tussen het ontwaken en het opsteken van de eerste rookwaar. Gevraagd is hoeveel tijd na het ontwaken men de eerste sigaret opsteekt. De helft van de rokers (51%) steekt binnen 30 minuten na het ontwaken een sigaret op (tabel 3).

Tevens is nagegaan of men moeite heeft met het niet roken in publiek gebouwen waar roken niet is toegestaan. 15% Van de rokers in de provincie Groningen geeft aan moeite te hebben niet te roken waar dat verboden is.

Tabel 3 Afhankelijkheid van tabak naar regio (%)

REGIO	% zware rokers (>20 sigaretten per dag)	% roken binnen 30 minuten na ontwaken	% moeite niet roken waar verboden
Stad	31	44	15
Westerkwartier	34	50	11
Noord-West	28	42	12
Noord-Oost	38	54	19
Haren	29	19	12
Hoogezand	44	61	20
Centrum-Oost	40	58	20
Oldambt	27	49	19
Zuid-Oost	22	60	10
Totaal Groningen	32	51	15

Stoppen met roken?

Uit het oogpunt van preventie is het niet alleen interessant na te gaan wie wanneer onder welke omstandigheden beginnen met roken, maar ook naar het stopgedrag te kijken.

Tabel 4 laat zien dat 22% van de rokers de afgelopen 12 maanden een serieuze stoppoging heeft gedaan. Van alle rokers geeft 58% aan dat ze er wel mee zouden willen stoppen. Daarbij heeft ruim eenderde (37%) behoefte aan ondersteuning bij het stoppen met roken. Deze steun zou vooral uit de directe omgeving moeten komen of uit deskundige begeleiding moeten bestaan.

Tabel 4 Stopgedrag en stopintentie van rokers (%)

Serieuze stoppoging gedaan in de afgelopen 12 maanden	22
Zou willen stoppen	58

Ondersteuningsbehoefte van degenen die willen stoppen (%)

Wenst een vorm van ondersteuning bij het stoppen	37
... uit de directe omgeving	16
... deskundige begeleiding	15
... doe het zelf cursus	4
... groepscursus	2
... andersoortige ondersteuning	5

Jongeren en roken

In Groningen is het aandeel jongeren dat rookt groter dan in de rest van Nederland. Ruim de helft van hen (54%) heeft wel eens gerookt, terwijl 45% van de Nederlandse jongeren wel eens heeft gerookt. In het basisonderwijs geeft 15% van de leerlingen aan wel eens te hebben gerookt tegenover 11% landelijk.

Een kwart van de Groninger jeugd (24%) in de leeftijd van 12-18 jaar geeft aan de maand voorafgaand aan het onderzoek nog te hebben gerookt tegenover 19% van de Nederlandse jongeren (figuur 8).

Figuur 8 Afgelopen maand gerookt (%)

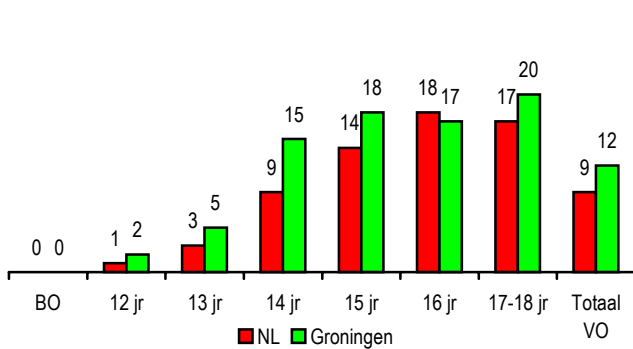


In groep 7 en 8 van het basisonderwijs rookt geen enkele leerling dagelijks. In het voortgezet onderwijs rookt 12% van de leerlingen dagelijks (figuur 9). Onder jongeren in het VO rookt 14% van de meisjes dagelijks tegenover 11% van de jongens. Indien deze trend doorzet zullen ook onder volwassenen meer vrouwen roken dan mannen.

Verder valt op dat in de provincie Groningen meer jongeren dagelijks roken dan het landelijk gemiddelde (12% respectievelijk 9%). De meeste rokers beginnen op jeugdige leeftijd. Uit landelijk onderzoek blijkt dat ruim de helft van de rokende jongeren (52%) in het voortgezet onderwijs al voor hun 15^e de eerste sigaret te hebben gerookt (Trimbos, 2003).

Het aantal rokers in Groningen neemt onder volwassenen af met de leeftijd (figuur 4), terwijl onder leerlingen in het voortgezet onderwijs het roken juist toeneemt met de leeftijd. Van de 12-jarigen rookt 2% dagelijks, terwijl in de leeftijdscategorie 17-18 jaar een vijfde van de jongeren dagelijks rookt (20%).

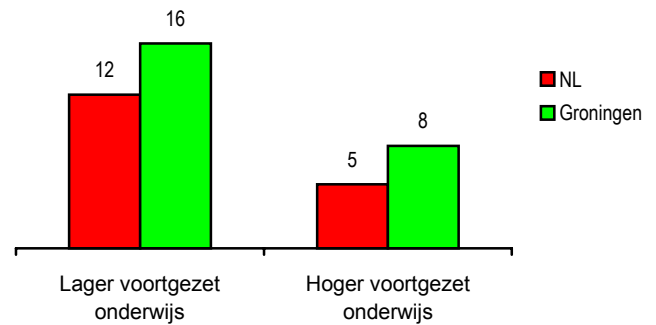
Figuur 9 Dagelijks roken naar leeftijd (%)



Bo=Basisonderwijs, VO=Voortgezet Onderwijs

Het verschil tussen de opleidingsniveaus is, evenals landelijk, groot (figuur 10). In het lager voortgezet onderwijs (VMBO) wordt beduidend meer gerookt dan in het hoger voortgezet onderwijs (HAVO/VWO). In het VWO wordt meer gerookt dan op de HAVO. Dit heeft te maken met de leeftijd; op het VWO zitten oudere leerlingen in de hoogste klassen en roken neemt toe met de leeftijd.

Figuur 10 Dagelijks roken naar onderwijsniveau (%)



Roken en regelgeving

Tabel 5 laat zien hoe inwoners van de provincie Groningen denken over de rol van de gemeente als het gaat om het beperken van het gebruik van tabak. Een ruime meerderheid van de Groningers voorziet een belangrijke rol voor de gemeente in het beperken van het gebruik van tabak. Met name het geven van voorlichting op scholen wordt als een belangrijke taak beschouwd. Het opstellen van regelgeving met betrekking tot het roken in openbare ruimten wordt het minst belangrijk gevonden, hoewel nog steeds 72% van de mensen hiervoor een belangrijke rol voor de gemeente ziet weggelegd. De in tabel 5 genoemde maatregelen a en c worden zowel door rokers als niet rokers onderschreven. Rokers zijn het (significant) minder vaak eens met de maatregelen b en d.

Tabellen

Tabel 1 Regio-indelingen en het percentage rokers (20 jaar en ouder) per regio in Groningen (2002) en Nederland

INDELING REGIO'S		GEMEENTE	PERCENTAGE ROKERS			
			1990	1994	1998	2002
I	Stad	Groningen	36	37	37	37
II	Westerkwartier	Grootegast, Leek, Marum, Zuidhorn	39	37	37	37
III	Noord-West	Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum	37	32	36	34
IV	Noord-Oost	Appingedam, Delfzijl	41	36	36	41
V	Haren	Haren	27	26	26	19
VI	Hoogezand	Hoogezand-Sappemeer	38	34	33	37
VII	Centrum-Oost	Menterwolde, Pekela, Veendam	37	37	36	31
VIII	Oldambt	Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten	37	39	34	28
IX	Zuid-Oost	Stadskanaal, Vlagtwedde	37	33	33	32
		provincie Groningen	39	35	35	34
		Nederland ¹	35 ¹	33 ¹	34 ¹	31 ¹

¹ De cijfers van Nederland (bron: Stivoro) hebben betrekking op personen vanaf 15 jaar

Tabel 5 Roken en de rol van de gemeente volgens de respondenten

"Welke rol heeft de gemeente volgens u in het beperken van het gebruik van tabak?"	% eens
a. Voorlichting geven op scholen over het gebruik van tabak	93%
b. Opstellen van regelgeving m.b.t. roken in horecagelegenheden	72%
c. Toezicht houden op de minimumleeftijd van kopers van tabak	88%
d. Opstellen van regelgeving m.b.t. het roken in openbare ruimten	88%

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door de
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Alcoholgebruik

Samenvatting

Het drinken van alcohol is maatschappelijk veel meer geaccepteerd dan bijvoorbeeld roken en het gebruik van softdrugs. Onterecht, want rekening houdend met de gezondheidseffecten kan alcohol zonder meer tot de harddrugs worden gerekend. Overmatig gebruik kan, naast het ontstaan van lichamelijke en psychische afhankelijkheid, leiden tot ernstige gezondheidsklachten. Ruim driekwart van de Groninger bevolking drinkt wel eens alcohol, waarvan 18% van hen als overmatige drinkers kunnen worden beschouwd. Zij drinken minimaal één keer per week meer dan zes glazen alcohol per dag. Bijna een derde van de overmatige gebruikers is van mening dat ze niet te veel drinken en slechts 18% van hen geeft aan te willen minderen. Een kwart wenst ondersteuningsbehoefte bij het minderen. Mannen drinken vaker en meer dan vrouwen. Ook drinken meer hoger dan lager opgeleiden alcohol. Voornamelijk jongeren en jong volwassenen in de leeftijdscategorie 15-25 jaar binge-drinken (grote hoeveelheden op één avond) nogal eens. Zo geeft een vijfde van de ondervraagde leerlingen in het voortgezet onderwijs aan de afgelopen maand minimaal één keer dronken te zijn geweest. Bij de 17-18-jarigen is dat de helft. Eén op de zes inwoners van Groningen vindt dat de gemeente onvoldoende doet om het gebruik van alcohol te beperken.

De gegevens in dit feitenblad zijn gebaseerd op de Gezondheidsenquête 2002 onder volwassenen en ouderen. Voor de gegevens van jongeren is gebruik gemaakt van het Peilstation 2003 van het Trimbos instituut, waaraan de GGD Groningen met 27 scholen heeft deelgenomen.

Feitenblad 6

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, gezondheidsinstanties en bevolking. Verder is voor dit feitenblad gebruik gemaakt van gegevens uit het Peilstationsonderzoek 2003 van het Trimbos-instituut.

Onderwerpen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en ervaren kwaliteit van zorg
3. Kennis over SOA en seksueel gedrag
4. Folder over tand- en mondverzorging
5. Roken
6. Alcoholgebruik
7. Tand- en mondverzorging
8. Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
9. Ouderen: functiestoornissen, woonsituatie, vervoer en mantelzorg & informatiebehoefte

Inleiding

Het jaarlijks alcoholgebruik per hoofd van de bevolking op basis van de verkoopcijfers schommelt in Nederland al sinds eind jaren tachtig rond de acht liter pure alcohol per jaar. Desondanks ligt het Nederlandse alcoholgebruik met 8,2 liter per persoon in 2000 lager dan in de meeste andere West-Europese landen, waarin het gebruik varieert van 8,4 liter in België tot 12,1 liter in Luxemburg.. Het EU-gemiddelde bedraagt 8,6 liter.

Het stellen van leeftijdsgrenzen, het beïnvloeden van alcoholreclame en heffen van accijns zijn de belangrijkste beleidsinstrumenten van de overheid om (overmatig) alcoholgebruik tegen te gaan. Zo moet men in Nederland 16 jaar zijn voor het kopen van bier of wijnen en 18 jaar voor sterke drank. In Nederland bestaat geen wetgeving op het gebied van alcoholreclame. Wel zijn er afspraken gemaakt met de alcoholbranche. Deze liggen vast in de Code voor alcoholhoudende dranken. Alcoholgebruik is een belangrijke inkomstenbron voor de Nederlandse staat. De accijns op alcohol is vergeleken met andere EU-landen gemiddeld. Verder heeft de Nederlandse regering beperkingen opgelegd aan de maximaal toegestane hoeveelheid alcohol waarmee men achter het stuur mag. In Nederland en de meeste andere EU-landen geldt een maximale 'bloed alcohol concentratie' van vijf promille (0.05%).

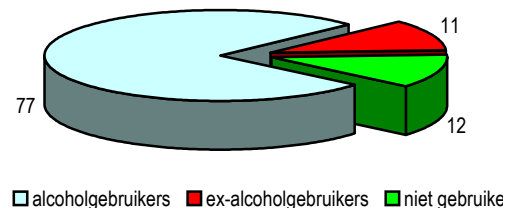
Overmatig gebruik van alcohol heeft negatieve effecten op de gezondheid. Lange termijn effecten zijn aandoeningen en ziekten van de lever, (slok)darm, keel, maag, hersenafwijkingen, borstkanker, hartklachten en psychisch-mentale effecten als alcoholafhankelijkheid, dat kan uitmonden in verslaving. Andere bekende neven-effecten zijn geweldpleging, mishandeling en

problemen in de relationele sfeer. Naast negatieve effecten op de gezondheid zijn er ook positieve effecten te noemen. Zo verkleint matig gebruik van 1 à 2 glazen alcoholhoudende drank per dag bij gezonde volwassen vanaf 40 jaar de kans op hart- en vaatziekten. Dit effect treedt alleen op bij een verantwoord een evenwichtig drinkpatroon en geldt niet voor iedereen.

Alcoholgebruik in de provincie Groningen

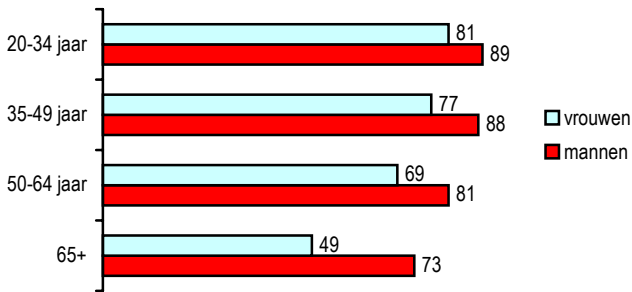
Het percentage volwassen mensen dat in de provincie Groningen alcohol gebruikt is met 77% nagenoeg gelijk aan 1998 (76%). Verder geeft 11% van de bevolking aan vroeger wel alcohol te hebben gebruikt maar tegenwoordig niet meer (figuur 1) en één op de acht Groningers geeft aan nooit alcohol houdende dranken te hebben gebruikt. Kortom, 23% van de Groningers drinkt geen alcohol. Ondanks dat het aantal alcoholgebruikers onverminderd hoog is steekt Groningen positief af bij het Nederlands gemiddelde dat op 86% ligt (CBS, 2000). Daarmee wordt nog eens onderstreept dat alcoholgebruik een algemeen sociaal geaccepteerd verschijnsel is in onze samenleving.

Figuur 1 Alcoholgebruik in de provincie Groningen (%)



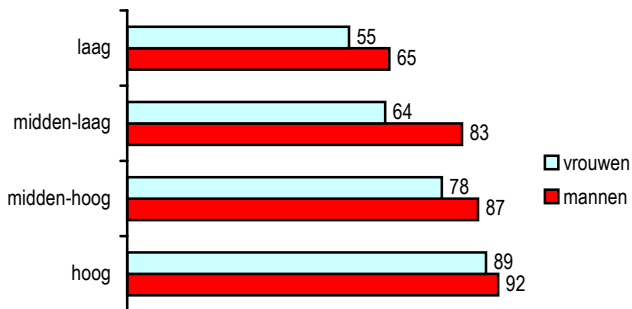
Uit figuur 2 komt naar voren dat meer mannen dan vrouwen alcohol gebruiken. Van de Groninger mannen drinkt gemiddeld 84%, terwijl 72% van de vrouwen alcohol consumeert. Verder blijkt dat het aantal alcoholgebruikers afneemt met de leeftijd. Onder personen van 65 jaar en ouder drinkt 73% van de mannen alcohol tegenover 49% van de vrouwen.

Figuur 2 Alcoholgebruik naar geslacht (%)



Er doen zich eveneens verschillen voor naar opleidingsniveau (figuur 3). Zo drinkt 59% van de lager opgeleiden wel eens alcohol, terwijl van de hoger opgeleiden 91% alcohol drinkt. Het percentage drinkers neemt toe met het opleidingsniveau. Voor elk van de opleidingsniveaus geldt dat meer mannen dan vrouwen alcohol drinken.

Figuur 3 Alcoholgebruik naar opleiding (%)



Laag=basisonderwijs; midden-laag=LBO, MAVO; midden-hoog=HAVO, MBO; hoog=HBO, universiteit

Daarnaast drinken Groningers die in Nederland zijn geboren vaker alcohol dan Groningers van buitenlandse afkomst (allochtonen).

Verschillen naar regio

Het aantal personen dat wel eens alcohol gebruikt verschilt per regio. Uit tabel 1 (op de achterzijde van dit feitenblad) blijkt dat in de gemeente Groningen en Haren het meest alcohol wordt gedronken (83% respectievelijk 84%). In de regio's Oldambt en Centrum-Oost drinkt twee derde van de bevolking alcohol. Het alcoholgebruik in de verschillende leeftijdscategorieën komt nagenoeg overeen met 1998. De verschillen per regio kunnen deels worden toegeschreven aan de verschillen in opleiding en leeftijd. Verder blijkt dat wel eens alcohol drinken meer onder alleenstaande mannen voor komt dan onder gehuwde en samenwonende mannen. Burgerlijke staat, geslacht, leeftijd en opleiding zijn de factoren die bepalend zijn voor alcoholgebruik. (Alleenstaande) mannen, jong volwassenen en hoger opgeleiden gebruiken vaker alcoholische dranken.

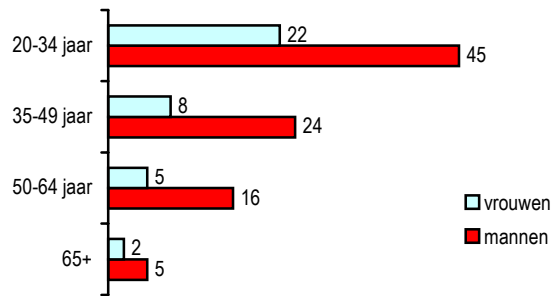
Overmatig alcoholgebruik

In navolging van het CBS spreken we van overmatig alcoholgebruik indien men één keer per week of vaker 6 glazen alcohol per dag consumeert. Van Groningers die wel eens alcohol drinken heeft 18% in de voorafgaande week minstens één keer of vaker meer dan zes glazen gedronken (figuur 4). Een kwart van de mannen (25%) drinkt

overmatig alcohol tegenover 11% van de vrouwen (tabel 2). Onder de alleenstaanden bevinden zich meer overmatige gebruikers dan onder personen die met een partner samenleven (respectievelijk 30% en 13%). Dit betreft voornamelijk alleenstaande mannen, 45% van hen drinkt overmatig ten opzichte van 19% van de alleenstaande vrouwen. Omdat oudere vrouwen vaker alleenstaand zijn en weinig alcohol drinken verdwijnt het verband indien voor leeftijd en geslacht wordt gecorrigeerd.

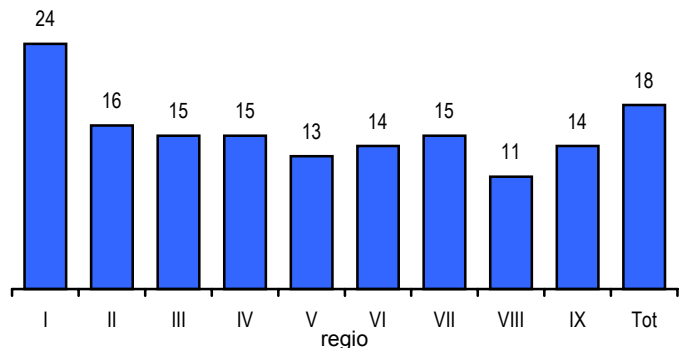
Uit figuur 4 blijkt dat in de leeftijdscategorieën 35-49 jaar en 50-64 jaar drie keer zoveel mannen als vrouwen overmatig alcohol drinken. Verder laat figuur 4 zien dat het aantal overmatige drinkers afneemt met de leeftijd. De meeste overmatige gebruikers bevinden zich onder jong volwassenen.

Figuur 4 Overmatig alcoholgebruik naar leeftijd en geslacht (%)



Net als alcoholgebruik verschilt ook het overmatige alcoholgebruik per regio (figuur 5). In de gemeente Groningen drinkt een kwart (24%) van de bevolking één keer per week of vaker 6 glazen alcohol per dag tegen één op tien (11%) in het Oldambt. Dit is te verklaren door het hoge aantal jongeren en studenten in de stad Groningen.

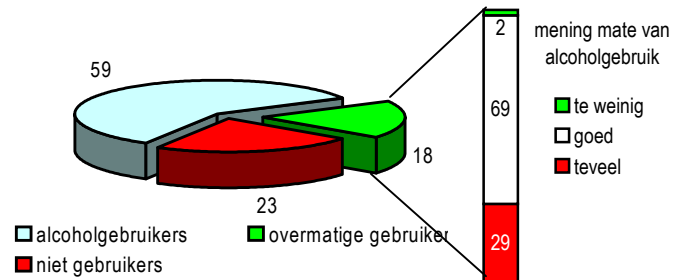
Figuur 5 Overmatig alcoholgebruik naar regio (%)



Mening over eigen alcoholgebruik

Van alle alcoholgebruikers vindt 8% dat ze teveel alcohol drinken en van de overmatig gebruikers is 29% deze mening toegedaan. Echter, uit figuur 6 blijkt dat 69% van de overmatig drinkers de mate waarin ze drinken als "goed" beschouwen.

Figuur 6 Alcoholgebruik en overmatig alcoholgebruik (%)



Van alle alcoholgebruikers is 7% van plan te minder te gaan drinken, terwijl één op de vijf overmatige drinkers (18%) voornemens is de alcoholconsumptie te gaan minderen (tabel 3).

Personen die van plan zijn minder te gaan drinken is gevraagd of zij daarbij ondersteuningsbehoefte hebben. Ruim een vijfde van de alcoholgebruikers (21%) geeft aan persoonlijke ondersteuning, informatie of (andere) hulpmiddelen nodig te zijn bij het minderen van het alcoholgebruik. Van de overmatige gebruikers heeft een kwart ondersteuningsbehoefte bij het minderen van hun alcoholgebruik.

Tabel 3 Minderen alcoholgebruik en ondersteuningsbehoefte (%)

	wil minderen	ondersteuningsbehoefte
alcoholgebruikers	7	21
overmatige drinkers	18	25

Alcoholgebruik en gezondheid

Bij de analyses die hieronder worden besproken is gecorrigeerd voor de invloed van de volgende achtergrondvariabelen: leeftijd, opleiding en geslacht.

Alcoholgebruik in het algemeen lijkt zo op het oog een aantal aspecten van gezondheid positief te beïnvloeden (tabel 4). Niet alleen rapporteren alcoholgebruikers een betere ervaren gezondheid, maar zij scoren ook hoger op lichamelijk en hun psychisch welbevinden. Wanneer gekeken wordt naar de manier waarop men met zijn omgeving omgaat lijken gebruikers van alcohol eveneens in het voordeel; personen die wel eens alcohol gebruiken hebben vaker sociale contacten en zijn minder vaak eenzaam.

In het geval van *overmatig* alcoholgebruik zijn deze verbanden niet meer aanwezig. Behoudens psychisch functioneren bestaat er overigens geen significant negatief verband – zoals voorstelbaar zou zijn – tussen overmatig alcoholgebruik en aspecten van lichamelijk en sociaal welbevinden. Overmatige alcoholgebruikers scoren dus slechter op psychisch functioneren, terwijl het gematigd gebruik van alcohol positief met de psychische gezondheid blijkt samen te hangen.

Tabel 3 Relatie (overmatig) alcoholgebruik en welbevinden

	matig alcohol-gebruik	overmatig gebruik
Lichamelijk functioneren	+	♣
Rolvervulling	+	♣
Sociaal functioneren	+	♣
Eenzaamheid	-	♣
Psychisch functioneren	+	-
Ervaren gezondheid	+	♣

+ significant positief verband; - significant negatief verband; ♣ geen verband

Alcohol in relatie tot (on)gezond gedrag

Het gebruik van genotsmiddelen als alcohol en tabak vindt vaak plaats in een sociale setting. Uit tabel 5 komt naar voren dat mensen die wel eens alcohol gebruiken vaker roken (37% versus 25% van de niet drinkers). Van de niet gebruikers doet bijna driekwart niet aan sport. Alcoholgebruikers sporten vaker en hebben, mogelijk in samenhang daarmee, minder vaak overgewicht en bewegingsarmoede.

Tabel 5 Verband tussen (al dan niet) alcoholgebruik en leefstijl (%)

	niet gebruikers	alcoholgebruiker
rookt	25	37
sport niet	73	52
bewegingsarmoede	51	46
overgewicht	55	47

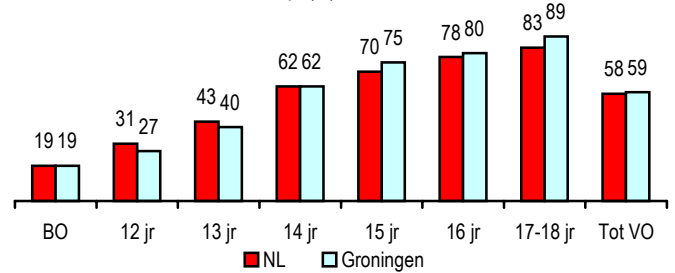
Alcoholgebruik onder jongeren

Het gebruik van alcohol onder jongeren in het voortgezet onderwijs in Groningen verschilt niet van de landelijke gegevens. In het basisonderwijs geeft 46% van de leerlingen *wel eens* alcohol te hebben gedronken tegenover 50% landelijk (tabel 6). Behoudens de 16-jarigen doen zich nauwelijks verschillen voor naar geslacht. Een

ruime meerderheid van de jongeren in het voortgezet onderwijs in Groningen (86%) heeft *wel eens* alcohol gedronken.

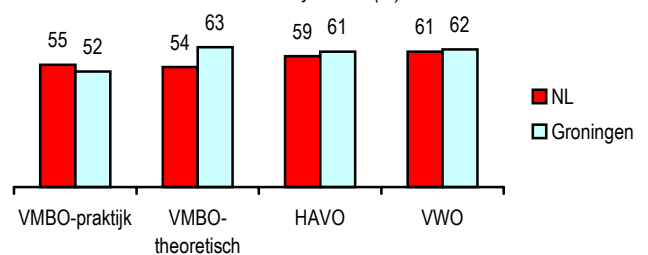
Uit figuur 8 blijkt dat een vijfde van de basisschoolleerlingen (19%) in de *afgelopen maand* alcohol heeft gedronken tegenover drievijfde (59%) van de jongeren in het voortgezet onderwijs. De percentages zijn in overeenstemming met het landelijke gemiddelde. In de leeftijd van 12 en 13 jaar wordt in de provincie Groningen minder gedronken dan het landelijke gemiddelde. Vanaf 15 jaar en ouder is het percentage drinkers onder de Groningse jeugd hoger dan in de rest van Nederland.

Figuur 8. Afgelopen maand alcohol gedronken naar leeftijd (%)



De helft van de leerlingen van het VMBO-praktijkonderwijs heeft de afgelopen maand alcohol gedronken tegenover drie vijfde van de leerlingen in de overige onderwijsrichtingen (figuur 9).

Figuur 9 Afgelopen maand alcohol gedronken naar onderwijsniveau (%)



Voorts geeft een vijfde (21%) van de jongeren in voortgezet onderwijs in Groningen aan de afgelopen maand minstens één keer dronken te zijn geweest (tabel 7). In de leeftijdscategorie 17-18 jarigen geeft de helft van de ondervraagde jongeren aan dat ze de afgelopen maand wel eens dronken zijn geweest. Opvallend is dat het aantal meisjes in deze leeftijdscategorie dat de afgelopen maand dronken is geweest in Groningen (52%) aanzienlijk hoger is dan het landelijke gemiddelde (36%).

Alcoholgebruik en regelgeving

Inwoners van de provincie Groningen denken over de rol van de gemeente als het gaat om het beperken van het gebruik van alcohol. Een ruime meerderheid van de Groningers voorziet een belangrijke rol voor de gemeente in het beperken van het alcoholgebruik. Met name het geven van voorlichting op scholen en het toezicht houden op de minimumleeftijd van kopers wordt als een belangrijke taak van de gemeente beschouwd (tabel 8). Eén op de zes Groningers vindt dat de gemeente niet voldoende doet om het gebruik van alcohol te beperken.

Tabellen

Tabel 1 Percentage alcoholgebruikers per regio naar leeftijd in Groningen (1998 en 2002) en Nederland (CBS; 2000)

Indeling regio's	Gemeente	20-34 jaar	35-49 jaar	50-64 jaar	65 +	Totaal
I Stad	Groningen	90	88	79	62	83
II Westerkwartier	Groetegast, Leek, Marum, Zuidhorn	76	80	75	62	75
III Noord-West	Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum	81	88	75	62	79
IV Noord-Oost	Appingedam, Delfzijl	86	86	78	57	79
V Haren	Haren	100	91	84	67	84
VI Hoogezand	Hoogezand-Sappemeer	87	69	68	53	70
VII Centrum-Oost	Menterwolde, Pekela, Veendam	79	68	71	57	69
VIII Oldambt	Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten	70	76	66	60	68
IX Zuid-Oost	Stadskanaal, Vlagtwedde	83	74	78	58	74
Totaal Groningen 2002		84	82	75	60	77
Totaal Groningen 1998		82	81	74	57	76

Tabel 2 (Overmatig) alcoholgebruik naar geslacht, werksituatie, burgerlijke staat en kerkelijke gezindte in de provincie Groningen (%)

	Geslacht		Werksituatie		Burgerlijke staat		Kerkelijk gezindte	
	man	vrouw	betaald werk*	geen betaald werk	gehuwd/samenwonend	alleenstaand	wel	geen
alcoholgebruik	84	72	86	73	78	76	74	80
overmatig alcoholgebruik	25	11	21	15	13	30	14	21

* betaald werk meer dan 12 uur per week

Tabel 6 Lifetime-prevalentie (ooit gebruik) van alcohol naar onderwijstype, leeftijd¹ en geslacht (in %)

	Jongens		Meisjes		Totaal	
	NL	Provincie Groningen	NL	Provincie Groningen	NL	Provincie Groningen
BaO	56	46	44	45	50	46
12 jaar	73	68	68	58	71	64
13 jaar	81	83	78	78	80	80
14 jaar	88	89	87	86	87	87
15 jaar	91	93	89	98	90	96
16 jaar	93	100	90	94	92	97
17-18 jaar	95	100	94	100	94	100
Totaal VO	86	87	83	86	85	86

¹ Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus.

Tabel 7 Maand-prevalentie van dronkenschap naar leeftijd¹ en geslacht (in %)

	Jongens		Meisjes		Totaal	
	NL	Provincie Groningen	NL	Provincie Groningen	NL	Provincie Groningen
12 jaar	3	4	3	0	3	2
13 jaar	7	5	8	4	8	4
14 jaar	16	20	21	19	18	20
15 jaar	33	36	33	34	33	34
16 jaar	41	52	37	35	39	42
17-18 jaar	54	48	36	52	45	50
Totaal VO	21	21	21	21	21	21

¹ Tot en met 16 jaar zijn de cijfers representatief voor Nederlandse jongeren, door meer leerjaren op HAVO en VWO bestaat de groep 17-18 jarigen voornamelijk uit deze hogere schoolniveaus.

Tabel 8 Alcoholgebruik en de rol van de gemeente volgens de respondenten

"Welke rol heeft de gemeente volgens u in het beperken van het gebruik van alcohol?"	% eens
a. Voorlichting geven op scholen over het gebruik van alcohol	94%
b. Opstellen van regelgeving m.b.t. alcohol in horecagelegenheden	81%
c. Toezicht houden op de minimumleeftijd van kopers van alcohol	92%
d. Opstellen van regelgeving m.b.t. het alcohol in openbare ruimten	89%
"Vindt u dat uw gemeente voldoende doet om het gebruik van alcohol te beperken?"	
Ja	10%
Nee	17%
Weet niet	72%

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door de
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Tand- en mondverzorging

Samenvatting

Het percentage Nederlanders dat minstens één keer per jaar een bezoek brengt aan de tandarts is tussen 1981 en 2002 met twintig procentpunt gestegen van 60 naar bijna 80 procent. Tandartsenzorg is voor bijna iedereen beschikbaar gekomen. Dit is terug te zien in de gebitsstoestand van de bevolking. Ruim een vijfde (22%) van de volwassen Groninger bevolking heeft een volledig kunstgebit en 7% heeft een kunstgebit boven of onder. Hoe ouder hoe vaker een gebitsprothese. Van de jong volwassenen heeft vrijwel niemand een gebitsprothese (1%). Onder de 65-plussers daarentegen draagt 74% een gebitsprothese. Verbetering in de gebitsstoestand is, behalve aan de verbeterde tandheelkundige zorgverlening, voornamelijk te danken aan beter poetsgedrag en verbeterde mogelijkheden tot gebitsverzorging. Kinderen wordt geadviseerd het gebit minimaal twee keer daags te poetsen. Voor volwassenen geldt dat ze hun gebit minimaal één keer daags twee minuten lang reinigen. Van de Groningers (met een eigen gebit) poetst 85% dagelijks zijn of haar gebit. Ook wordt aanbevolen dagelijks stokers of ragers te gebruiken en/of te flossen voor het reinigen van de ruimtes tussen de tanden. Door 37% wordt dagelijks stokers, ragers en/of flossdraad gebruikt. Het verdient aanbeveling om via brede publieksvoorlichting het gebruik van stokers en flossdraad te stimuleren.

Feitenblad 7

Eens in de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, zorginstanties en bevolking.

Onderwerpen voor de interne feitenbladen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en ervaren kwaliteit van zorg
3. Kennis over SOA en seksueel gedrag
4. Mishandeling, ongewenste intimiteiten, sociale contacten en eenzaamheid
5. Tabaksgebruik
6. Alcoholgebruik
7. Tand- en mondverzorging

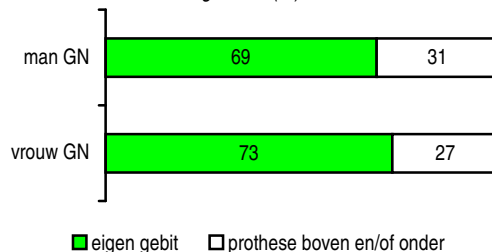
Thema's feitenbladen:

- Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
- Leefomgeving
- Lawaai & stankhinder

Gebitsstoestand

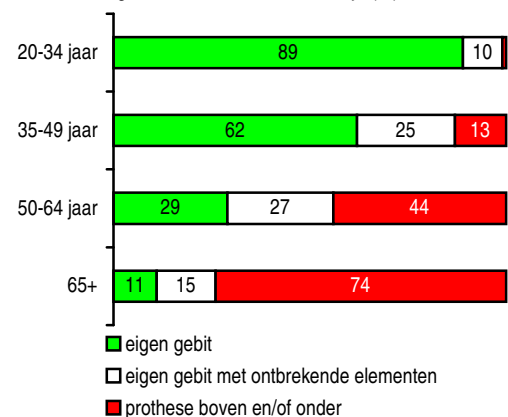
In de GGD-Gezondheidsenquête 2002 is gevraagd naar de staat van het gebit. Groningers hebben vaker een kunstgebit dan mensen elders in Nederland. Van de bevolking in de leeftijd vanaf 20 jaar heeft ruim de helft van de Groningers een volledig eigen gebit (52%) al dan niet met vullingen, kronen of bruggen. Een vijfde van de bevolking (19%) heeft een eigen gebit waarvan één of meer tanden of kiezen ontbreken. De overige 29% heeft een gebitsprothese, waarvan 22% een volledig kunstgebit en 7% alleen boven of onder een kunstgebit heeft. Van de mannen heeft 31% een gebitsprothese tegenover 27% van de vrouwen (figuur 1). Met inachtneming van leeftijd doen zich in Groningen geen significante verschillen voor naar geslacht. Van de Nederlandse vrouwen heeft 36% een gebitsprothese.

Fig. 1 Gebitsstoestand in 2002 in Groningen naar geslacht (%)



Vanzelfsprekend doen zich grote verschillen voor naar leeftijd (figuur 2). Zo heeft van de 20-34-jarigen 1% een gebitsprothese tegenover driekwart (74%) van de 65-plussers.

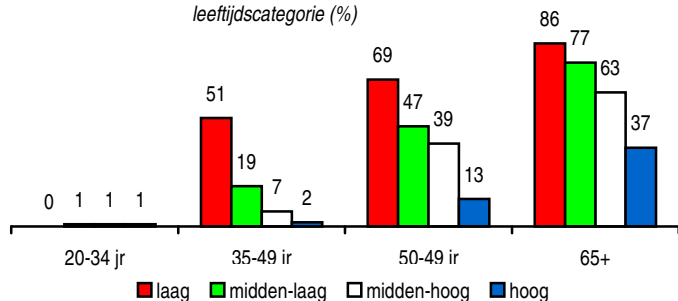
Fig. 2 Gebitsstoestand naar leeftijd (%)



In tabel 2 (op de achterzijde) is de gebitsstoestand naar leeftijd en type ziektekostenverzekering uitgewerkt. Personen die particulier tegen ziektekosten zijn verzekerd hebben minder vaak een gebitsprothese dan ziekenfondsverzekerden. Zowel de leeftijd als het opleidingsniveau is een belangrijk factor die de gebitsstoestand bepaalt. Hoger opgeleiden hebben minder vaak een gebitsprothese dan lager opgeleiden. Echter, in de leeftijdscategorie 20-34 jaar zijn er geen verschillen naar opleidingsniveau (zie figuur 3 op de achterzijde). In de overige leeftijdscategorieën zijn de verschillen statistisch significant*. Dit betekent dat jong volwassenen met een laag opleidingsniveau niet vaker een kunstgebit hebben dan hoger opgeleiden. Op latere leeftijd kiezen lager opgeleiden vaker voor een kunstgebit.

* Verschil kan niet aan het toeval worden toegeschreven

Fig. 3 Percentage met kunstgebit naar opleiding en leeftijdscategorie (%)



Uit tabel 3 blijkt dat in de regio Zuid-Oost de meeste personen (39%) een gebitsprothese hebben. In de gemeente Groningen daarentegen heeft slechts 18% een gebitsprothese (veel jongeren). Ondanks de vergrijzing hebben in Haren veel mensen een compleet eigen gebit (79%). Dit kan goeddeels worden verklaard door het grote aantal hoger opgeleiden onder de Harense bevolking.

Gebitsverzorging

Het gebit kan op verschillende wijzen worden verzorgd. De meest bekende middelen zijn: (1) het poetsen van de tanden met tandpasta, (2) het gebruik van flossdraad (tandzijde), (3) gebruik van stokers en ragers voor het reinigen van interdentaal ruimtes en (4) het gebruik van mondspoelmiddelen om plaque te voorkomen. In de Gezondheidsenquête 2002 is respondenten gevraagd waarmee en hoe vaak zij hun gebit verzorgen. In tabel 1 is te zien dat 85% van de ondervraagden met een eigen gebit dagelijks de tanden poetst. Stokers en ragers worden veel minder gebruikt: 29% ge-

bruikt ze dagelijks. Eén op de zeven respondenten (14%) met een compleet eigen gebit flost dagelijks.

Uit nadere analyse blijkt dat 37% dagelijks stokers, ragers en/of flossdraad gebruikt, hetgeen betekent dat 63% niet dagelijks de ruimtes tussen de tanden reinigt.

Tabel 1 Mond- en tandverzorging (%)*

Middel:	dagelijks	1-6x p.w.	1-3x p.m.	<1x p.m.
(electrische) tandenborstel	85	8	1	6
stokers/ragers	29	26	14	31
flossdraad	14	21	15	50

* exclusief prothesedragers

Het poetsen van een gebitsprothese is eveneens belangrijk. Ruim vier vijfde van de ondervraagden met een gebitsprothese poetst deze dagelijks.

Mond- en gebitsklachten

Het onvoldoende zorgvuldig reinigen van het gebit kan leiden tot tandvlees- en gebitsklachten zoals cariës en bloedend tandvlees (veelal) als gevolg van tandvleesontsteking. Gezond tandvlees bloedt niet tijdens het poetsen of tijdens het eten. Ruim een vijfde van de bevolking heeft wel eens last van bloedend tandvlees: 22% bij het reinigen van het gebit en 2% heeft wel eens spontaan bloedend tandvlees. Van de personen zonder gebitsprothese heeft 30% wel eens bloedend tandvlees tegenover 7% van diegenen met gebitsprothese. Klachten over een onfrisse adem komen bij 20% van de Groninger bevolking voor. Mensen zonder gebitsprothese hebben vaker klachten over een onfrisse adem dan mensen met een gebitsprothese (24% respectievelijk 12%).

Tabellen

Tabel 2 Gebitstoestand naar leeftijd en type ziektekostenverzekering (%)

Leeftijd	Verzekeringstype	Eigen gebit	Kunstgebit boven en/of onder
20-34 jaar	ziekenfonds	99	1
	particulier	99	1
35-49 jaar*	ziekenfonds	82	18
	particulier	95	5
50-64 jaar*	ziekenfonds	47	53
	particulier	72	28
65 jaar en ouder*	ziekenfonds	19	81
	particulier	45	55
Totaal*	ziekenfonds	67	33
	particulier	82	18

* Verschillen zijn significant (kunnen niet aan het toeval worden toegeschreven)

Tabel 3 Gebitstoestand naar 9 Groninger regio's (%)

Regio	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	Provincie
Compleet eigen gebit	64	53	48	42	60	44	41	46	44	52
Eigen gebit met ontbrekende elementen	18	18	19	22	19	23	24	21	17	19
Gebitsprothese (boven en/of onder)	18	29	33	36	21	33	35	33	39	29

Indeling regio's

Indeling regio's	Gemeente
I Stad	Groningen
II Westerkwartier	Grootegeast, Leek, Marum, Zuidhorn
III Noord-West	Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum
IV Noord-Oost	Appingedam, Delfzijl
V Haren	Haren
VI Hoogezand	Hoogezand-Sappemeer
VII Centrum-Oost	Menterwolde, Pekela, Veendam
VIII Oldambt	Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten
IX Zuid-Oost	Stadskanaal, Vlagtwedde

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door:
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht

Samenvatting

De helft van de Groninger bevolking heeft overgewicht. Sedert 1990 is de toename in overgewicht 1% per jaar (van 37% in 1990 tot 49% in 2002). Groningers zijn zwaarder en hebben vaker ernstig overgewicht dan gemiddeld in Nederland. Groningers met een laag opleidingsniveau hebben vaker overgewicht en dit patroon is reeds op jonge leeftijd aanwezig. In 2002 is het bewustzijn van een te hoog lichaamsgewicht bij personen die overgewicht hebben toegenomen. Echter nog steeds denkt 1 op de 3 mensen met overgewicht dat ze een normaal gewicht hebben (verkeerde inschatting vooral bij ouderen, mannen en mensen met een laag opleidingsniveau).

De helft van de bevolking beweegt te weinig. Minder vrouwen dan mannen voldoen aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen (minimaal een half uur per dag matig intensief bewegen). Een kwart van de mensen die te weinig bewegen is zich hiervan niet bewust. Vergeleken met 1998 zijn in 2002 Groningers die te weinig bewegen zich méér bewust van hun bewegingsarmoede. Sportbeoefening is sterk afhankelijk van leeftijd en sociaal-economische status. Hoe ouder hoe minder vaak er aan sport wordt gedaan. Personen met een laag opleidingsniveau nemen beduidend minder vaak deel aan sport.

De helft van de Groningers eet voldoende groente. Minder dan de helft eet voldoende fruit (44%) en slechts een kwart van de Groningers eet voldoende (vette) vis. Slechts 9% van de Groninger eet conform de Richtlijnen Gezonde Voeding: 200 gram groente en 2 stuks fruit en 2x per week vette vis. Groningers denken gunstiger over hun voedingspatroon dan de zelf gerapporteerde feiten aangeven.

De stijgende trend in overgewicht zal bij ongewijzigd beleid doorgaan. Gunstig is dat het bewustzijn van overgewicht en bewegingsarmoede onder Groningers is toegenomen. Dit biedt perspectief voor het ontwikkelen van nieuwe initiatieven om het gebruik van fruit en groente en lichaamsbeweging te verbeteren.

Feitenblad ⑧

Om de vier jaar organiseert de GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de bevolking. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, gezondheidsinstanties en bevolking.

Onderwerpen zijn:

1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en ervaren kwaliteit van zorg
3. Kennis over SOA en seksueel gedrag
4. Mishandeling, ongewenste intimiteiten en sociale contacten en eenzaamheid
5. Roken
6. Alcoholgebruik
7. Tand- en mondverzorging
8. Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
9. Ouderen: functiestoornissen, woonsituatie, vervoer en mantelzorg & informatiebehoefte

Leefwijze en lichaamsgewicht

In Groningen is het voedingspatroon in de laatste jaren ingrijpend veranderd. Door een toename in besteedbaar inkomen en het aanbod van voedingsmiddelen is het makkelijker geworden om meer te eten dan goed is voor de gezondheid. Ook is de hoeveelheid beweging geleidelijk verminderd. Door automatisering wordt lichamelijk inspannend werk uit handen genomen. Door brede beschikbaarheid van gemotoriseerd vervoer is het makkelijk om vaker de fiets te laten staan.

Wat is overgewicht

Of iemand te licht of te zwaar is wordt bepaald door de lichaamslengte en het lichaamsgewicht. De Quetelet-index (gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meter) geeft hiervoor een makkelijk te interpreteren maat. Dus iemand van 81 kilo en 1,80 meter lang heeft een quetelet-index van 25 kg/m^2 ($81 \text{ gedeeld door } 1,80 \times 1,80 = 25$). De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert voor volwassenen een indeling in vier categorieën: ondergewicht queteletindex < 18,5 normaal gewicht queteletindex = 18,5 tot 25 overgewicht queteletindex = 25 tot 30 ernstig overgewicht queteletindex = 30+.

In tabel 1 is te zien bij welke lichaamslengte er sprake is van overgewicht of vetzucht. Het is niet zo dat Nederlanders meer zijn gaan eten. In tegendeel, de gemiddelde energie-inname is van 1988-1998 met 5% verminderd. De oorzaak van de toename in overgewicht ligt dus in de verhouding van de hoeveelheid eten in relatie tot de hoeveelheid lichaamsbeweging.

Groningers zijn zwaarder

In figuur 1 en 2 valt te zien dat overgewicht toeneemt met de leeftijd. Bij mannen treedt overgewicht op jongere leeftijd op. Op 40-jarige leeftijd is reeds meer dan de helft van de mannen te zwaar (bij vrouwen na de overgang).

Groningers zijn zwaarder dan de landelijke referentiecijfers. Groningers hebben ook vaker ernstig overgewicht (vetzucht). De GGD is in 1990 begonnen met monitoren van het lichaamsgewicht. Vanaf 1990 is overgewicht met 1%-punt per jaar is toegenomen (figuur 3). Met uitzondering van de gemeenten Groningen (veel jongeren) en Haren (veel welgestelden) heeft meer dan de helft van de Groninger bevolking overgewicht. De sterkste toename van overgewicht is opgetreden bij jong volwassenen. De leefwijze (voedingspatroon, energieverbruik) en sociale omgeving (gedrag van andere mensen in de buurt) dragen bij aan het ontstaan van overgewicht. Personen met een laag opleidingsniveau hebben vaker ernstig overgewicht (tabel 2). Dit patroon manifesteert zich reeds op jonge leeftijd. In alle leeftijdsgroepen hebben personen met een hoge sociaal-economische status minder vaak overgewicht. Behalve gedrag en omgeving zijn ook genetische invloeden van belang voor het ontstaan van overgewicht.

Verkeerde inschatting van overgewicht

Overgewicht ontstaat zeer geleidelijk en wordt vaak te laat of helemaal niet opgemerkt. Een derde van de Groningers met overgewicht vindt dat ze een normaal gewicht hebben. Vrouwen maken een beduidend betere inschatting van overgewicht dan mannen. Door ouderen en door mannen wordt vaker een verkeerde inschatting gemaakt: ongeveer de helft van deze twee groepen denkt dat ze een "normaal" gewicht hebben terwijl ze feitelijk te zwaar zijn (tabel 3). Overigens is de juiste inschatting van het lichaamsgewicht in 2002 verbeterd ten opzichte van 1998. Mensen met een laag opleidingsniveau maken vaker een foute inschatting bij overgewicht. Ook van personen met vetzucht (ernstig overgewicht) denkt 15% een normaal gewicht te hebben (vooral misvattingen bij ouderen).

Voldoende bewegen

Het lichaamsgewicht wordt bepaald door de inname (voeding) en de verbranding (hoeveelheid beweging). Wie te veel eet of te weinig beweegt wordt dikker. De *Nederlandse Norm Gezond Bewegen* adviseert om minimaal een half uur per dag matig intensief te bewegen. Minimaal 5 dagen en het liefst 6 of 7 dagen per week. Matig intensief betekent dat je hart sneller klopt en dat je vaker moet ademen. Het is ingewikkeld om nauwkeurig te meten hoeveel beweging mensen verrichten. Bij zelfgerapporteerde beweging kan een element van positieve vertekening optreden. Het is aannemelijk dat zowel de hoeveelheid als de intensiteit van beweging feitelijk iets minder zijn dan gerapporteerde cijfers. Daarnaast is het jaargetijde bepalend voor de hoeveelheid beweging. 's Winters bewegen mensen minder dan in zomer. In de gezondheidsenquête, die in het voorjaar is afgenomen, is gevraagd naar de hoeveelheid actieve lichaamsbeweging en of sport.

Groningers in beweging

De helft van de Groninger bevolking (59% van de mannen en 49% van de vrouwen) beweegt voldoende. Dit is een lichte verbetering t.o.v. 1998. De landelijke cijfers voor het winterseizoen (niet beschikbaar voor Groningers) tonen aan dat dan slechts 40% van de zelfstandig wonende bevolking voldoende beweegt. De hoeveelheid beweging is afhankelijk van geslacht en leeftijd. Vrouwen bewegen minder dan mannen (figuur 4). Opvallend is dat jong volwassenen meer bewegingsarmoede vertonen dan personen van middelbare leeftijd. Op hoge leeftijd is er ook meer bewegingsarmoede. Bij vrouwen treedt het omslagpunt naar te weinig bewegen vroeger op (vanaf 65 jaar) dan bij mannen (vanaf 75 jaar). Personen met een laag opleidingsniveau bewegen het minst (figuur 5). Dertig procent van de personen die te weinig bewegen is zich daarvan niet bewust (dat is een verbetering ten opzichte van 1998).

In tabel 4 wordt per regio een overzicht gegeven van lichaamsgewicht, lichaamsbeweging en voedingspatroon. Het relatief lage percentage overgewicht in de gemeente Groningen en het hoge percentage sporters wordt vooral bepaald door het grote aantal jongeren dat in de stad woonachtig is.

Sportbeoefening

Een derde van de volwassen bevolking sport 2x per week. Meer dan de helft (57%) doet nooit aan sport (tabel 5). Sporten is sterk afhankelijk van leeftijd en sociaal-economische status. In de gemeenten Groningen en Haren wordt veel vaker aan sport gedaan. Hoe ouder hoe minder vaak er aan sport wordt gedaan. Laag opgeleide personen nemen beduidend minder deel aan sport dan hoger opgeleide personen. Op jonge en middelbare leeftijd wordt door personen met een laag opleidingsniveau twee keer zo weinig sport beoefend (tabel 2). Van de personen die te weinig bewegen heeft de helft het goede voornemen om meer te gaan bewegen. Daar ligt een uitdaging om deze mensen te stimuleren en voorwaarden te scheppen om die stap ook te zetten.

Alle kleine beetjes tellen

Mensen met overgewicht bewegen per week ongeveer een half uur minder. Hoe zwaarder hoe minder beweging en dat geldt in het bijzonder voor vrouwen (figuur 6). Uit het oogpunt van volksgezondheid is bewegingsarmoede bij zwaarlijvigen een gemiste kans. Mensen met overgewicht kunnen namelijk een belangrijk deel van het hoge risico op functiestoornissen en ziekten voorkómen door voldoende (matig intensief) te bewegen. Om voldoende lichaamsbeweging te krijgen is een bewuste instelling nodig en ook vastbeslotenheid om het tekort aan beweging te compenseren. Juist bij inactieve mensen is iedere extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen. Als het soms niet lukt om voldoende te bewegen kan dat op andere dagen gecompenseerd worden door dan extra veel te bewegen. Het is dus niet nodig om in één keer een half uur achter elkaar te bewegen. Per dag drie keer 10 minuten is ook goed.

Omgevingsfactoren

Een gezonde omgeving zou dienen uit te nodigen tot meer bewegen en gezond eten. Door automatisering, mechanisering en welvaart wordt echter veelal een tegengestelde ontwikkeling bevorderd. De ruimtelijke ordening in veel woonkernen voorziet lang niet altijd in voldoende speelruimte voor kinderen. Veilige fietsroutes naar werk en school zijn niet vanzelfsprekend. Het aanbod van sport- en beweefaciliteiten in de eigen woonbuurt is vaak beperkt. Nabijheid, gemak en flexibiliteit spelen een belangrijke rol. Mensen willen zelf het tijdstip van beweging kunnen bepalen en zouden zo min mogelijk afhankelijk moeten zijn van openingstijden. De inrichting van de openbare ruimte kan ook uitnodigen tot meer bewegen. Een ruim aanbod van wandel- en fietspaden en goede verlichting bevordert het gebruik van deze faciliteiten. Om een actief bewegingspatroon in stand te houden is ook sociale steun van familie en vrienden erg belangrijk.

Trends in (on)gezonde voeding

In de landelijke Richtlijnen Gezonde Voeding (RGV) wordt geadviseerd om iedere dag 3 maaltijden te eten, twee vruchten, 200 gram groente (dat is 4 opscheplepels groente of rauwkost) en 1-2x per week (vette) vis te eten. Verder weinig verzadigd vet te eten (maximaal 10 energie%) en maximaal 3x per dag iets tussen de maaltijden te gebruiken. Uit de landelijke Voedsel Consumptie Peilingen (VCP) blijkt dat er in de jaren negentig successen zijn geboekt door verbetering van het kennisniveau (m.b.v. voorlichtingscampagnes) en een beter aanbod van gezonde producten. Hierdoor is de inname van verzadigd vet met 5% gedaald en het gebruik van vette vis is met 17% toegenomen. Echter er was ook ongunstig nieuws. In de negentiger jaren is de groente- en fruitconsumptie met 15%-20% gedaald. Er is sprake van een sterke toename is het gebruik van gemaksvoeding. Inmiddels gebruikt een kwart van de bevolking af en toe kant en klaarmaaltijden die vaak meer zout en meer verzadigd (=on gezond) vet bevatten.

Voedingsgedrag Groningers

Slechts 8% van de Groningers slaat 1x of 2x per week een warme maaltijd over. Het zijn vooral ouderen die af en toe een warme maaltijd overslaan. Dagelijks ontbijten past in een evenwichtig voedingspatroon. Echter 22% van de Groningers slaat vaker dan 1x-2x per week het ontbijt over. Vooral jong volwassenen slaan wel eens een ontbijt over (tabel 5). Minder dan de helft van de Groningers (44%) eet voldoende fruit. Vrouwen eten meer fruit dan mannen. Met het toenemen van de leeftijd neemt de consumptie van fruit toe. Tweederde van de 65-plussers eet voldoende fruit en slechts 29% van de jong volwassenen (tabel 5). De helft van de Groningers eet voldoende groente. Dit lukt duidelijk niet bij een gebruikelijk voedingspatroon van Groningers waarin alleen bij de hoofdmaaltijd groente bereid wordt. Dat betekent dat bij voedingsvoorlichting meer aandacht gegeven dient te worden aan het gebruik van groenten bij twee maaltijden per dag. Dat zou onder andere kunnen door als vaste regel rauwkost bij de broodmaaltijd te gebruiken. Het voedingspatroon is het meest gezond in de gemeente Haren en het minst gezond in de regio Westerkwartier (tabel 4). Voldoende kennis, een gepast bewustzijn en bereidwilligheid zijn de belangrijkste voorwaarden voor een gezond voedingspatroon. Daarnaast zijn omgevingsfactoren van belang voor het voedingsgedrag (voedingsgewoonten in de sociale omgeving, steun op het thuisfront, aanbod in bedrijfskantines, productaanbod in winkels, prijsstelling gezonde producten, etc). De gunstige effecten van het regelmatig eten van vis (liefst vette vis) wordt in toenemende mate onderkend. De RGV geeft aan dat per week twee keer vis gegeten dient te worden. Slechts 1 op de 5 Groningers voldoet aan deze richtlijn. Slechts 9% van de bevolking eet voldoende fruit én groente én vis (tabel 5). Slechts 14% van de Groningers vindt dat de gemiddelde hoeveelheid vet die gegeten wordt te hoog is terwijl de gemiddelde inname van verzadigd vet 45% boven de geadviseerde richtlijn (RGV) ligt.

Tabel 1: Grenswaarden voor overgewicht en ernstig overgewicht (vetzucht)

Lengte meter →	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
centimeters →	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	86
<i>Vanaf welk gewicht heeft u:</i>																							
- overgewicht →	68	69	70	71	71	72	73	74	75	76	77	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	86	86
- vetzucht →	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	102	103	104	104

Tabel 2: Lichaamsgewicht en sportbeoefening naar leeftijd en sociaal-economische status (kolom%)

Leeftijd	20-34 jaar			35-49 jaar			50-64 jaar			65 jaar en ouder			Totaal
Opleidingsniveau →	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog	
Te licht	2	2	4	1	1	3	2	1	3	1	0	1	2
Normaal	60	67	72	49	46	63	34	36	49	34	39	48	49
Overgewicht	25	23	19	31	38	29	46	47	42	47	45	40	35
Vetzucht	13	8	5	19	15	6	19	16	6	17	17	0	14
Géén sportdeelname	59	40	25	69	54	37	66	61	49	83	76	70	57

Tabel 3: Mening over eigen lichaamsgewicht naar leeftijd en geslacht (kolom%)

Leeftijd →	Mening ↓	20-34 jaar		35-49 jaar		50-64 jaar		65 jaar en ouder		Totaal		
		man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	M	V	M + V
Normaal gewicht	normaal	80	73	80	75	86	88	89	85	83	78	80
	“te zwaar”	7	25	14	24	7	10	5	8	9	20	15
Overgewicht	“normaal”	40	14	42	17	41	36	61	47	45	29	37
	te veel	57	86	58	83	59	61	39	51	54	70	62
Ernstig overgewicht	“normaal”	20	15	21	5	13	8	34	25	20	11	15
	te zwaar	73	85	78	95	86	90	63	74	77	88	84

QI = Quetelet-index in kg/m²: overgewicht (QI 25-29), ernstig overgewicht (QI ≥30).

Tabel 4: Lichaamsgewicht, beweging en voedingspatroon naar regio (kolom%) (indeling regio's staat op achterpagina)

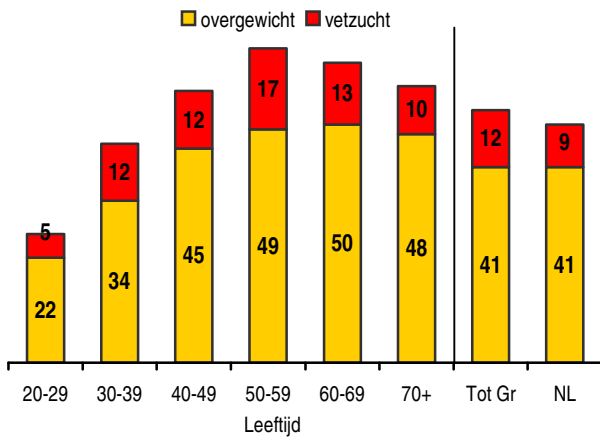
Regio →	I	II	III	IV	V	VI	VII	VII	IX	Totaal
Lichaamsgewicht										
Overgewicht (licht + matig)	28	38	39	38	39	35	38	36	42	35
Vetzucht (ernstig)	10	14	13	15	9	19	16	19	15	14
Overgewicht (totaal)	38	52	52	53	48	54	54	55	57	49
Lichaamsbeweging										
Ik sport wel	53	36	37	37	52	34	34	39	40	42
Te weinig lichaamsbeweging of sport	46	52	49	53	42	52	43	39	46	47
Voedingspatroon conform RGV*										
Voldoende fruit	40	39	46	47	53	44	48	47	48	44
Voldoende groente en rauwkost	50	47	51	50	48	46	50	52	55	51
Voldoende vis	24	14	18	23	24	22	22	26	22	22
Voldoende fruit & groente & vis	9	5	8	9	12	9	11	11	10	9

Tabel 5: Sportbeoefening en voedingspatroon naar leeftijd (kolom%)

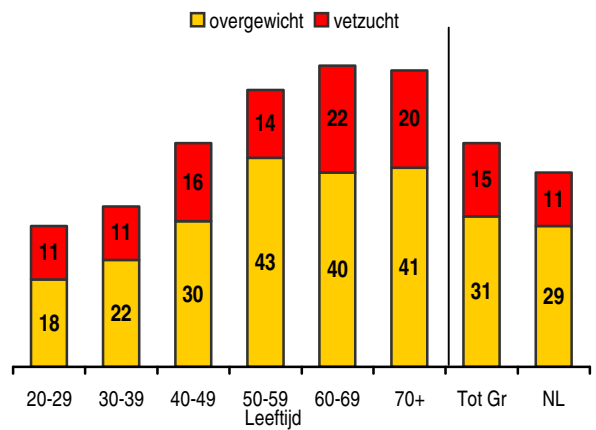
Leeftijd →	20-34 jaar	35-49 jaar	50-64 jaar	65+ jaar	Totaal
Sportbeoefening					
nooit	40	56	62	81	57
1x per week	12	9	5	2	8
2x per week	47	35	32	18	35
Voedingspatroon					
Ontbijt	71	80	81	81	78
Warme maaltijd	93	95	90	83	92
Fruit	17	14	9	4	12
1 stuk per dag	54	49	36	31	44
RGV ≥ 2 stukken per dag	29	37	55	65	44
Groente + Rauwkost	6	3	2	5	4
100-150 gram per dag	46	40	40	44	42
RGV ≥ 200 gram per dag	48	57	58	51	54
Vis	40	30	20	18	28
1 keer per week	46	50	51	56	50
RGV ≥ 2 keer per week	14	20	29	26	22
Totaal RGV: onvoldoende fruit, groente en vis	0 van de 3	37	27	20	27
onvoldoende fruit, groente of vis	1 van de 3	39	41	34	38
onvoldoende fruit, groente of vis	2 van de 3	20	24	32	26
genoeg fruit én groente én vis	3 van de 3	4	8	15	9

* RGV = Richtlijnen Goede Voeding

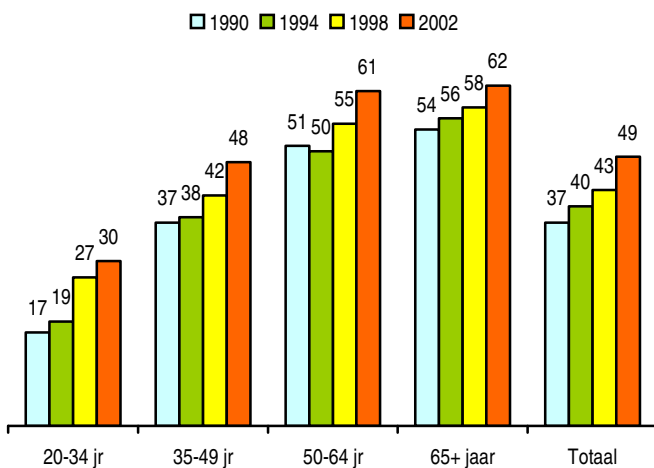
Figuur 1. Overgewicht naar leeftijd mannen (2002)
in Groningen, Nederland alleen totaal (%)



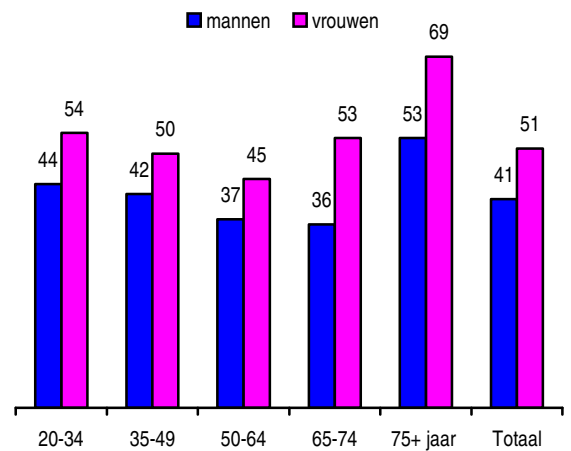
Figuur 2. Overgewicht naar leeftijd vrouwen (2002)
in Groningen, Nederland alleen totaal (%)



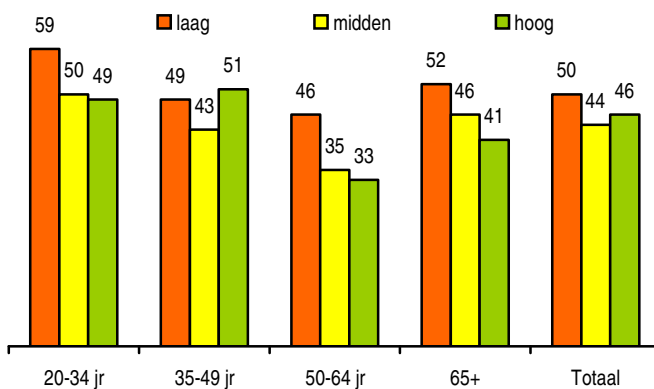
Figuur 3: Trend overgewicht 1990-2002 naar leeftijd (%)



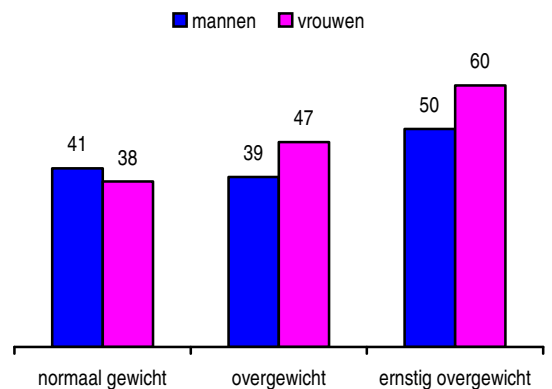
Figuur 4. Onvoldoende lichaamsbeweging of sport
naar geslacht (%)



Figuur 5. Te weinig lichaamsbeweging en/of sport
naar leeftijd en opleidingsniveau (%)



Figuur 6. Te weinig lichaamsbeweging en/of sport
naar lichaamsgewicht (%)



Indeling regio's

- I Stad
- II Westerkwartier
- III Noord-West
- IV Noord-Oost
- V Haren
- VI Hoogezand
- VII Centrum-Oost
- VIII Oldambt
- IX Zuid-Oost

Gemeente

- Groningen
- Groote gast, Leek, Marum, Zuidhorn
- Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum
- Appingedam, Delfzijl
- Haren
- Hoogezand-Sappemeer
- Menterwolde, Pekela, Veendam
- Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten
- Stadskanaal, Vlagtwedde

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door de
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Ouderen

beperkingen, woonsituatie, mobiliteit en mantelzorg

Samenvatting

Beperkingen in algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven en het aantal neemt toe met de leeftijd: driekwart van de 65-plussers heeft last van beperkingen in het functioneren. De meeste 65-plussers wonen desondanks zelfstandig. Vanaf 85 jaar woont een substantieel deel in een speciale woonvoorziening. Ouderen die zelfstandig wonen gebruiken minder vaak hulpmiddelen dan ouderen die in een woonvoorziening wonen. Traplopen (binnen en/of buiten de eigen woning) kan lastig zijn voor ouderen met beperkingen, maar is voor bijna de helft van de 65-plussers een dagelijkse noodzaak. De auto (al dan niet zelf bestuurd) is het meest gebruikte vervoermiddel van ouderen. 8% van de ouderen –veelal met gezondheidsproblemen– maakt wekelijks gebruik van deeltaxi of WVG-vervoer. De behoefte aan mantelzorg neemt toe met het vorderen van de leeftijd. Niet alle ouderen ontvangen echter de mantelzorg waar zij behoefte aan hebben (bijv. hulp bij kleine reparaties in huis). Een kwart van de 65-plussers heeft het afgelopen jaar gebruik gemaakt van zorgverlening in huis (voornamelijk huishoudelijke hulp en maaltijdvoorziening).

Feitenblad 9

Eens in de vier jaar organiseert GGD Groningen een gezondheidsenquête. In 2002 is een vragenlijst voorgelegd aan een doorsnee van de zelfstandig wonende bevolking. Personen woonachtig in een verzorgings- of verpleeghuis hebben geen vragenlijst ontvangen. Er zijn 6.764 Groningers (van 20 jaar en ouder) benaderd met een vragenlijst. Door 57% is een ingevulde vragenlijst teruggestuurd, waarvan een kwart 65 jaar en ouder is. Door een serie feitenbladen worden diverse onderwerpen gepresenteerd aan bestuur, zorginstanties en bevolking. Onderwerpen voor de interne feitenbladen zijn:

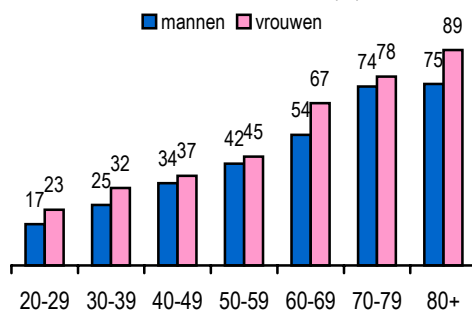
1. Demografische kenmerken en responsanalyse
2. Zorggebruik, dienstverlening door huisartsen en ervaren kwaliteit van zorg
3. Kennis over SOA en seksueel gedrag
4. Mishandeling, ongewenste intimiteiten, sociale contacten en eenzaamheid
5. Tabaksgebruik
6. Alcoholgebruik
7. Tand- en mondverzorging
8. Lichaamsbeweging, voeding & overgewicht
9. Ouderen

In dit onderzoek zijn ouderen gedefinieerd als personen die 65 jaar of ouder zijn. Aan hen zijn een aantal specifieke vragen gesteld. De resultaten hiervan zijn hieronder beschreven.

Beperkingen ADL

Beperkingen in algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals boodschappen dragen, douchen, trappen lopen en tillen hebben een negatieve uitwerking op de kwaliteit van leven. Het aantal personen met beperkingen neemt toe met de leeftijd (figuur 1). Een vijfde van de 20- tot 29-jarigen rapporteert één of meer ADL-beperkingen, terwijl 84% van de 80-plussers aangeeft één of meer ADL-beperkingen te hebben. De meest voorkomende beperking is moeite hebben met zeer inspannende activiteiten zoals het tillen van zware voorwerpen, hardlopen of deelname aan inspannende sporten.

Figuur 1: Één of meer ADL-beperkingen naar leeftijd en geslacht (%)

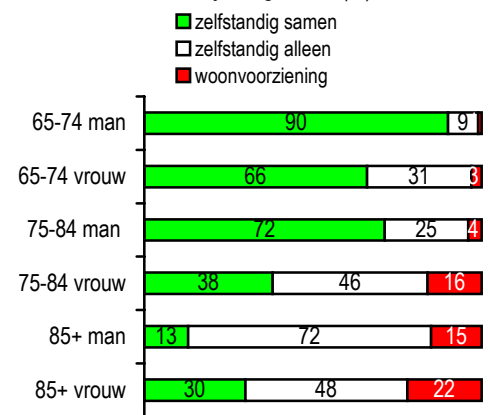


Vrouwen hebben op alle leeftijden vaker moeite met zeer inspannende activiteiten (bijv. zware voorwerpen tillen), minder inspannende activiteiten (bijv. boodschappen dragen) en trappen lopen dan mannen (tabel 2, op de achterzijde).

Woonsituatie, trappen lopen en hulpmiddelgebruik

Het percentage ouderen dat zelfstandig met iemand anders woont neemt af naarmate de leeftijd toeneemt: van 78% bij 65-74-jarigen tot 24% bij 85-plussers (figuur 2). Vrouwen tot 85 jaar wonen vaker zelfstandig alleen dan mannen (vooral omdat vrouwen ouder worden dan mannen).

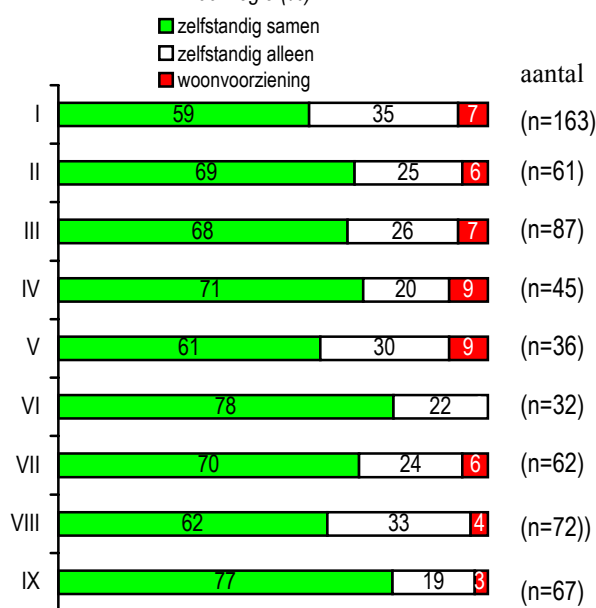
Figuur 2: Woonsituatie van ouderen naar leeftijd en geslacht (%)



In vergelijking met 1998 wonen er in 2002 minder 65-plussers in een woonvoorziening voor ouderen zoals een aanleunwoning (11% in 1998, 6% in 2002). Deze afname heeft vooral betrekking op personen van 85 jaar en ouder.

De woonsituatie van ouderen verschilt per regio. In de regio Noord-Oost en de gemeente Haren wonen verhoudingsgewijs veel ouderen in een woonvoorziening (aanleun- cq ouderenwoning) (figuur 3, z.o.z.). Evenals in 1998 wonen er in de gemeente Groningen meer ouderen zelfstandig alleen dan in de overige regio's.

Figuur 3: Woonsituatie van ouderen naar regio (%)



Trappen lopen kan bezwaarlijk zijn voor ouderen met beperkingen of lichamelijke klachten. 71 % van de ouderen woont op de begane grond (max. 6 treden of minder) en 21% van de ouderen kan de woning met behulp van een lift bereiken. Zoals uit tabel 3 (op de achterzijde) blijkt, kan 8% van de ouderen de eigen woning slechts bereiken via een trap van 7 treden of meer. In de gemeente Groningen ligt dit percentage beduidend hoger (16%) dan in de overige regio's, maar is in vergelijking met 1998 (22%) afgenomen. Het lijkt erop dat het hierop gerichte beleid van deze gemeente effect heeft.

Binnen de eigen woning is trap lopen voor bijna de helft van de 65-plussers een dagelijkse noodzaak (tabel 3). De noodzaak om binnen trappen te lopen neemt af wanneer men ouder wordt. Eén op de drie personen van 75 jaar en ouder geeft aan dagelijks trap te moeten lopen.

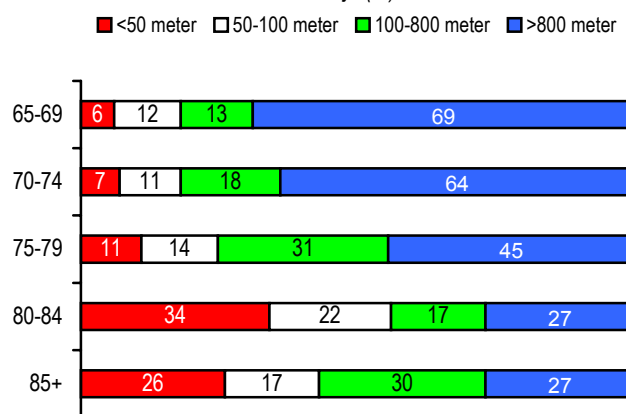
Zeventig procent van de ouderen is niet van plan om te verhuizen (in 1998 was dit 75%), 5% wil binnen een jaar verhuizen, 9% over 1-2 jaar en 16% over 3 jaar of later. Ouderen zijn vaker voornemens (over 3 jaar of later) te verhuizen wanneer zij tussen 65 en 74 jaar oud zijn, woonzaam zijn in de regio's II, VI of VII en wanneer zij genoodzaakt zijn dagelijks trap te lopen. De meest genoemde redenen om te verhuizen zijn dan ook: 'uit voorzorg voor later' (gebreken oude dag, 40%), 'het huis is te groot en te bewerkelijk' (18%) en 'de tuin is te bewerkelijk' (15%).

Vanzelfsprekend neemt het gebruik van hulpmiddelen in huis toe met de leeftijd (tabel 4, achterzijde). Zo gebruikt 15 % van de mannen in de leeftijd van 65-74 jaar handgrepen in de douche of een douchestoel tegenover 44% van de mannen van 85 en ouder. Vrouwen gebruiken vaker hulpmiddelen in huis dan mannen. Ouderen die zelfstandig wonen gebruiken minder vaak hulpmiddelen (38%) dan degenen die in een woonvoorziening voor ouderen wonen (78%). Zestien procent van de ouderen heeft aangegeven meer informatie te wensen over hulpmiddelen en voorzieningen voor ouderen.

Mobiliteit en vervoermiddelgebruik

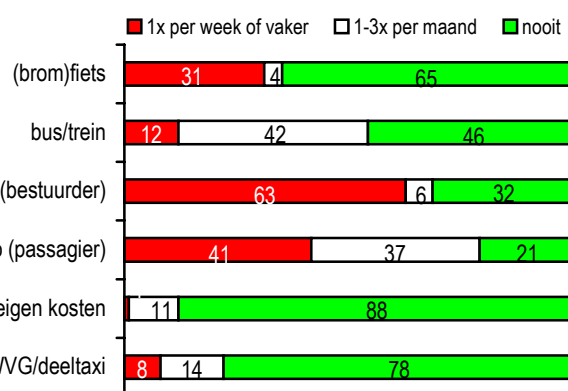
Een eenvoudige maat voor de mobiliteit van ouderen is de loopafstand. De loopafstand, zonder tussentijds uit te hoeven rusten, is één van de criteria voor het toekennen van WVG-voorzieningen. Het uitgangspunt hierbij is dat een bushalte binnen 800 meter van een woning aanwezig zou moeten zijn. Het niet meer dan 50 meter kunnen lopen kan een indicatie zijn voor een zogenoemde scootmobiel. Zoals uit figuur 4 blijkt kan ongeveer één derde van de personen van 80 jaar en ouder niet meer dan 50 meter lopen. Het niet meer dan 800 meter kunnen lopen, kan een indicatie zijn voor WVG-vervoer bij afwezigheid van een bushalte. Driekwart van de 80-plussers in de provincie kan geen 800 meter lopen. De loopafstand die men kan afleggen wordt beperkt door ziekten van hart, longen en gewrichten. De loopafstand is echter ook gerelateerd aan de mate van overgewicht: hoe zwaarder men is, hoe minder ver men kan lopen. 62% van de 65-plussers heeft overgewicht. Overgewicht is een veelvuldig voorkomende risicofactor en behoeft vroegtijdige, populatiebrede preventie.

Figuur 4: Loopafstand zonder uitrusten naar leeftijd (%)



De meest voorkomende manier van vervoer voor ouderen is als passagier meerijden met de auto (ruim driekwart van de ouderen geeft aan hier wel eens gebruik van te maken, figuur 5). Ook verplaatsen veel ouderen zich door zelf auto te rijden (69%).

Figuur 5: Gebruik vervoermiddelen door ouderen (%)

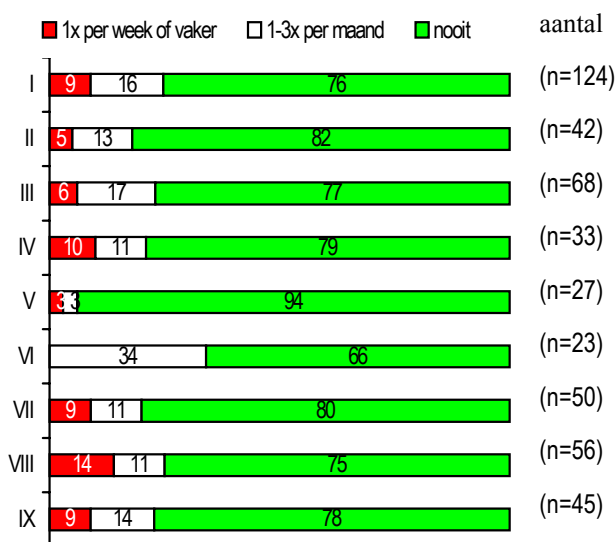


Slechts 12% van de ouderen gebruikt het openbaar vervoer wekelijks om zich te verplaatsen. Men is daar niet zo tevreden over: een kwart van de ouderen rapporteert moeite te hebben met instappen in bus en trein. Eenderde van de

ouderen vindt dat er niet voldoende overdekte bushaltes in de eigen omgeving zijn en maar liefst 41% is van mening dat er te weinig zitplaatsen bij de bushaltes zijn. Opvallend is dat 65% van de ouderen nooit fietst. Het beperkte gebruik van de fiets komt de lichamelijke conditie en in het verlengde daarvan de gezondheidstoestand niet ten goede.

Vrouwen verplaatsen zich vaker met bus of trein, rijden vaker als passagier mee en gebruiken vaker de deeltaxi/WVG-vervoer. Vrouwen zijn minder vaak dan mannen bestuurders van een auto. Hoe ouder men wordt, hoe minder vaak men zelf een auto bestuurt en hoe vaker men deeltaxi/WVG-vervoer gebruikt (dit laatste gebruik neemt overigens weer af wanneer men 85 jaar of ouder is). In de regio VIII gebruikt 14% van de ouderen wekelijks een deeltaxi of WVG-vervoer, terwijl in regio V hier nauwelijks gebruik van wordt gemaakt (figuur 6). In de regio's V en I wordt door ouderen vaker de bus/trein gebruikt dan in andere regio's.

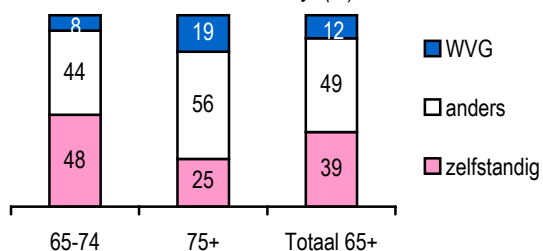
Figuur 6: Gebruik van deeltaxi/WVG-vervoer naar subregio (%)



De meerderheid van de ouderen weet waar men informatie kan krijgen over WVG-vervoer (62%). Negentien procent van de 65-plussers heeft aangegeven meer informatie te wensen over vervoersvoorzieningen voor ouderen.

Wanneer specifiek wordt gekeken naar hoe ouderen zich verplaatsen wanneer zij vanwege gezondheidsproblemen niet met eigen vervoer kunnen, blijkt dat de deeltaxi/WVG-vervoer voornamelijk wordt gebruikt door personen ouder dan 75 jaar (figuur 7).

Figuur 7: Vervoer bij gezondheidsproblemen naar leeftijd (%)



Bijna alle ouderen vinden dat zij voldoende vervoersmogelijkheden hebben (90%). Alleenstaanden zijn vaker ontevreden over de eigen vervoersmogelijkheden. De ontevredenheid in de verschillende regio's is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 1. Ontevredenheid over eigen vervoersmogelijkheden naar regio (percentages)

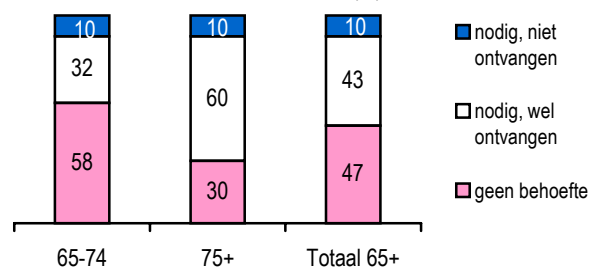
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
% ontevreden	10	4	7	13	0	3	9	11	20
N* ontevreden	15	2	6	5	-	1	5	7	12

* aantal respondenten

Mantelzorg en zorgverlening

Uit figuur 8 blijkt dat de behoefte aan mantelzorg toeneemt met de leeftijd. Vrouwen, alleenstaanden en ouderen die alleen (of in een woonvoorziening) wonen hebben eveneens vaker behoefte aan één of meerdere vormen van mantelzorg. De behoefte aan mantelzorg verschilt nauwelijks per regio.

Figuur 8: Behoeft aan mantelzorg naar leeftijd (%)



Tien procent van de ouderen ontvangt niet de mantelzorg die men nodig heeft. Het gaat daarbij vooral om hulp bij kleine reparaties in huis (10%), zwaar huishoudelijk werk (8%) en de tuin (8%). Bij ouderen die mantelzorg ontvingen, werd dit voornamelijk gegeven door (een combinatie van) familie (41%), partner of huisgenoot (33%) en Thuiszorg-organisatie (30%) (tabel 5). Ouderen zijn niet alleen hulpbehoevend; het merendeel verleent ook mantelzorg, alhoewel dit afneemt wanneer men ouder wordt. De verleende hulp bestaat meestal uit zieken/ouderenbezoek (22%), oppassen, het doen van boodschappen en kleine reparaties in huis (elk 17%).

Driekwart van de 65-plussers geeft aan het afgelopen jaar geen *zorgverlening* thuis te hebben gehad. Hoe ouder men is, hoe vaker men één of meer vormen van zorgverlening heeft gehad. Vrouwen, alleenstaanden en personen die zelfstandig alleen (of in een woonvoorziening) wonen hebben vaker zorgverlening gehad. Het gaat hierbij meestal om huishoudelijke hulp (21%) en maaltijdvoorzieningen (8%). De huishoudelijke hulp wordt veelal uitgevoerd door Thuiszorg Groningen (in 67% van de gevallen), de maaltijdvoorziening door een verpleeg-/verzorgingshuis of een andere organisatie (elk 14%). Het merendeel van de ouderen weet waar men informatie kan krijgen over maaltijdvoorziening (81%), woningaanpassing (65%), personenalarm (58%). Minder ouderen weten waar informatie is te verkrijgen over het persoonsgebonden budget (bij ziekte of zorgbehoefte) (43%).

Tabellen

Tabel 2. Beperkingen in functie vanwege gezondheid naar leeftijd en geslacht (percentages)

Type ADL-beperking	Leeftijd →		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80+	
	Geslacht →		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Zeer inspannende activiteiten			15	22	23	30	31	35	39	41	53	64	72	77	73	88
Minder inspannende activiteiten			3	7	9	10	10	18	14	17	12	33	31	50	40	78
Enkele trappen lopen			4	8	10	10	12	17	19	21	26	39	46	60	57	82
Buigen, tillen, bukken			5	8	8	13	17	17	22	19	24	27	42	48	52	72
Blokje om lopen			0	2	5	2	4	6	9	7	17	18	26	31	51	62
Eten, aankleden, douchen, toilet gaan			2	1	5	2	2	6	6	3	5	7	12	12	24	39
Somscore beperking (range 0-6)	Gemiddeld →		0,3	0,5	0,6	0,6	0,7	1,0	1,0	1,0	1,2	1,6	1,9	2,2	2,6	3,1

Tabel 3. De noodzaak van trappen lopen voor personen van 65 jaar en ouder naar regio (percentages)

	Regio →											Totaal					
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX								
Woning bereikbaar via 7 treden of meer																	
Trappen lopen nodig binnen de woning																	
Noodzaak trappen lopen (binnen en/of buiten) 65-74 jr																	
Noodzaak trappen lopen (binnen en/of buiten) 75+																	
Totaal: noodzaak trappen lopen (binnen en/of buiten) 65+																	

Tabel 4. Gebruik van hulpmiddelen in huis (percentages)

Type hulpmiddel	Leeftijd →		65-74		75-84		85 +		Totaal		
	Geslacht →		M	V	M	V	M	V	M	V	M+V
Handgrepen bij bad/douche, douchestoel			19		33		37		21	27	25
Aangepast toilet			16		27		23		16	24	20
Stok of elleboog kruk			8		17		23		11	13	12
Looprek			2		7		17		3	6	5
Rolstoel			3		5		2		2	5	4
Alarmeringsapparaat			3		12		23		4	10	7

Tabel 5. De relatie met mantelzorgverleners en wijze van betaling (percentages)

Mantelzorgverlener	Bekostiging →			Via verzekering (incl PGB)	
		Geen betaling	Eigen geld		
Familie	41	86	13		1
Partner/huisgenoot	33	91	8		1
Thuiszorg organisatie	30	17	39		44
Werkster	28	12	79		10
Buren/vrienden	23	83	16		1
Via andere organisatie	8	30	58		12

Indeling regio's

I	<i>Stad</i>	Groningen
II	<i>Westerkwartier</i>	Grootegast, Leek, Marum, Zuidhorn
III	<i>Noord-West</i>	Bedum, Ten Boer, Eemsum, Loppersum, De Marne, Slochteren, Winsum
IV	<i>Noord-Oost</i>	Appingedam, Delfzijl
V	<i>Haren</i>	Haren
VI	<i>Hoogezand</i>	Hoogezand-Sappemeer
VII	<i>Centrum-Oost</i>	Menterwolde, Pekela, Veendam
VIII	<i>Oldambt</i>	Bellingwedde, Reiderland, Scheemda, Winschoten
IX	<i>Zuid-Oost</i>	Stadskanaal, Vlagtwedde

Colofon

Uitgave: GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door de
sectie epidemiologie

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Afdeling Voorlichting
Tel: 050 – 367 40 00

Ongezonde lucht in Groninger schoollokalen

De afgelopen jaren heeft de GGD Groningen een aantal malen het binnenmilieu van schoolgebouwen in Groningen onderzocht. Hieruit blijkt dat de kwaliteit van de binnenlucht vaak ongunstig is. Een slecht binnenmilieu leidt tot meer ziekte en verminderde leerprestaties. In de koude jaargetijden is de ventilatie vaak onvoldoende en 's zomers is het binnen gauw te warm. Adviezen aan docenten helpen, maar niet voldoende. Krachtige en stille mechanische ventilatie geeft een aanzienlijke verbetering.

Inleiding

Diverse onderzoekers hebben aangetoond dat kinderen minder goed leren en presteren in een slecht geventileerde of een te warme klas. Luchtverversing draagt bij aan een gezond en behaaglijk binnenmilieu. En dat bevordert het leerproces. Ook het ziekteverzuim onder zowel de leerlingen als de leerkrachten is lager in een goed geventileerde school. Dit is deels toe te schrijven aan een vermindering van het aantal ziektekiemen als er meer geventileerd wordt.

Het aantal kinderen met astma is de laatste jaren enorm toegenomen. Er is veel discussie over het ontstaan van astma en allergieën. Duidelijk is wel dat astmatische of allergische kinderen gebaat zijn bij een schone en gezonde omgeving zonder prikkelende stoffen in de lucht. Een goede ventilatie is daarbij onmisbaar.

Binnenmilieufactoren

Bronnen

Een oorzaak van de problemen in schoollokalen is dat er relatief veel personen in een beperkte ruimte aanwezig zijn. Zij verspreiden onder andere ziektekiemen, zwevend fijn stof, allergenen en geurtjes. Daarnaast komen er verontreinigingen uit aanwezige voorwerpen, zoals beeldbuizen (tv, pc), vloerbedekking en bouwmaterialen. De binnenlucht in de schoollokalen is hierdoor meer verontreinigd dan de buitenlucht.

Ventilatie

Verontreiniging van de binnenlucht is te verminderen door een goede ventilatie. Een goede ventilatie gaat gepaard met een lage concentratie kooldioxide (CO₂). Om de lucht in een klaslokaal fris te houden, moet het CO₂-gehalte lager zijn dan 1000 ppm¹.

Temperatuur

In een goed geïsoleerd lokaal zijn de kinderen en de elektronische apparatuur een belangrijke bron van warmte. De centrale verwarming is niet overal per lokaal goed regelbaar. Daardoor wordt het gauw te warm. Dit gebeurt ook als de zon flink schijnt. Een optimale temperatuur ligt rond de 20°C. Als de temperatuur snel oploopt naar meer dan 25°C wordt het leerproces minder effectief. Gewoon lesgeven heeft dan weinig zin meer.

Gebouwen

De problemen zijn vaak het gevolg van de constructie van het gebouw en de voorzieningen erin en eraan. Daarnaast is uiteraard ook het gedrag van gebruikers van invloed. Ze moeten de voorzieningen goed gebruiken, bijvoorbeeld om de lucht te verversen. Maar dat kan veelal niet zonder tocht of lawaai.

¹ ppm = parts per million: aantal volumedelen CO₂ per miljoen delen lucht

Feitenblad 1

De GGD Groningen doet al vele jaren signalerend onderzoek in opdracht van de gemeente Groningen. De resultaten hiervan zijn in rapporten, artikelen en dergelijke vastgelegd. Met een serie milieufeitenbladen presenteren wij de opgedane kennis aan bestuur en bevolking van alle Groninger gemeenten.

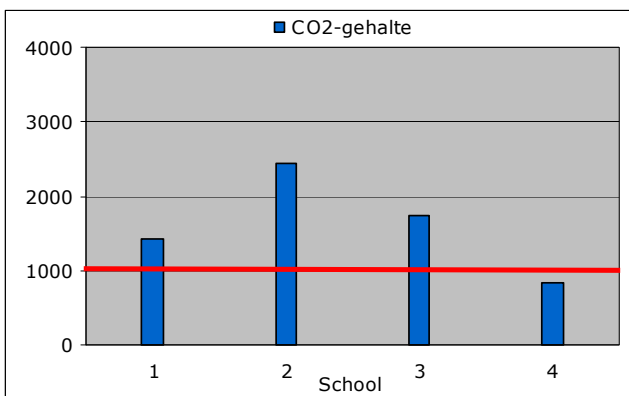
Volgende onderwerpen:

- Ongezonde lucht in Groninger kinderdagverblijven
- Binnenmilieu in woningen
- Diverse binnenmilieuthema's:
 - houtkachels
 - afvoerloze geisers
 - gastoestellen
 - andere verbrandingsprocessen
 - wonen boven bedrijven
 - huisdieren
 - kwik
 - bouwmaterialen
 - loden waterleidingen
 - zwembaden

Resultaten onderzoek GGD Groningen

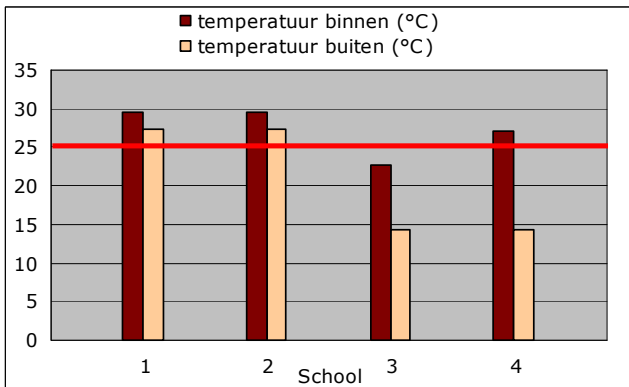
De lucht in lokalen is niet fris

In de jaren negentig zijn door de GGD voor het eerst metingen verricht in 4 basisscholen in de stad Groningen. De meetperiode was eind april en begin mei. De maximale buitentemperatuur in de eerste meetweek was vrij hoog voor de tijd van het jaar (20,0 tot 27,2°C). In de tweede meetweek was het aanzienlijk kouder (maxima 12,2 tot 14,2°C). De eerste week is in school 1 en 2 in elk één lokaal gemeten; in de tweede week in school 3 en 4. De ventilatie was in 3 van de 4 scholen onvoldoende, zelfs in de lente. De CO₂-gehalten waren in 3 van de 4 scholen te hoog (zie figuur 1).



Figuur 1: Hoogste CO₂-gehalte; toetswaarde is 1000 ppm.

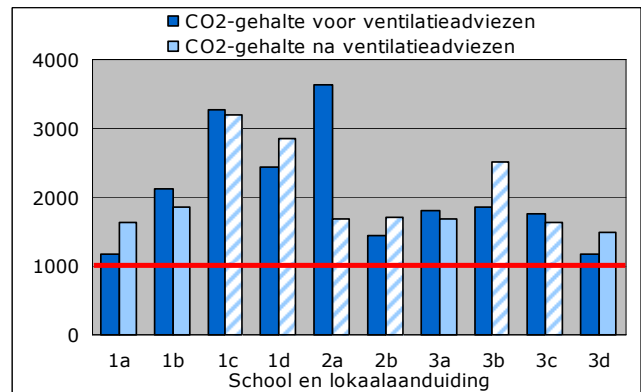
De temperatuur liep in 3 van de 4 lokalen op tot boven de 25°C (zie figuur 2). Zoals eerder aangegeven is een temperatuur van ongeveer 20°C optimaal.



Figuur 2: Hoogste temperatuur in het klaslokaal en hoogste temperatuur buiten.

Adviezen helpen nauwelijks

Wat later is een soortgelijk onderzoek gedaan in 10 lokalen van 3 scholen in Appingedam en de stad Groningen. Na de eerste meting in oktober zijn de resultaten door de schoolverpleegkundige besproken met de leerkracht. Daarbij zijn mondeling en schriftelijk algemene ventilatieadviezen gegeven. Vervolgens is nogmaals een week in november gemeten. In een deel van de lokalen was er een directe terugkoppeling aan de leerkracht: bij een te hoog CO₂-gehalte knipperde een rood lampje. De verwachting was dat de ventilatieadviezen en de directe terugkoppeling van het CO₂-gehalte zou leiden tot verbetering van de ventilatie. Dit bleek niet het geval. In het algemeen werd in de lokalen nauwelijks of geen verbetering bereikt. De gemeten CO₂-gehalten kwamen in alle onderzochte lokalen boven de toetswaarde van 1000 ppm en soms ver erboven (tot 3600 ppm). De lokalen met een knipperlampje hadden geen lagere CO₂-gehalten dan de lokalen zonder directe terugkoppeling (zie figuur 3).

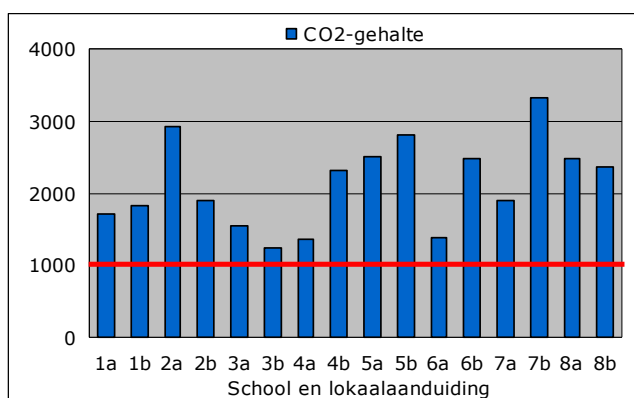


Figuur 3: Hoogste CO₂-gehalte voor en na ventilatieadviezen; toetswaarde is 1000 ppm. Arcering geeft aan in welke klaslokalen directe terugkoppeling met een knipperlampje is gegeven.

Geen enkel lokaal voldoet aan de richtlijn

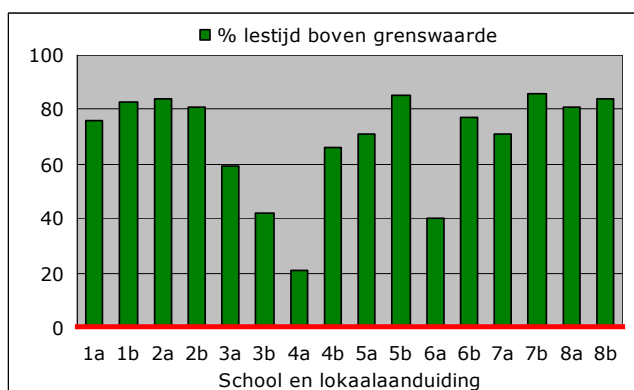
In de winter van 2003 zijn in 8 basisscholen in de stad Groningen twee lokalen beoordeeld aan de hand van de destijds geldende landelijke richtlijn van GGD Nederland: 'Ventilatie van scholen en de kwaliteit van het binnenmilieu'. De meetperiode was februari en begin maart.

Er zijn in de onderzochte lokalen CO₂-metingen gedaan. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat geen van de lokalen volledig aan die richtlijn voldeed. Wel bleek dat lokalen die meer voldoen aan de richtlijn een betere binnenmilieu-kwaliteit hebben. Het CO₂-gehalte overschreed ook in dit onderzoek in elk lokaal op enig moment de 1000 ppm grens (zie figuur 4).



Figuur 4: Hoogste CO₂-gehalte (P98)²; toetswaarde is 1000 ppm.

Het percentage van de lestijd met een te hoog CO₂-gehalte is berekend (zie figuur 5). De meeste lokalen hadden meer dan de helft van de lestijd gehalten boven de toetswaarde van 1000 ppm.



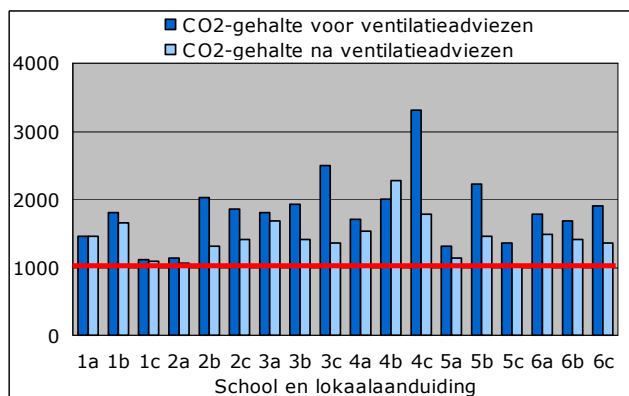
Figuur 5: Percentage lestijd met overschrijding van de toetswaarde van 1000 ppm CO₂.

Zicht op CO₂ is onvoldoende

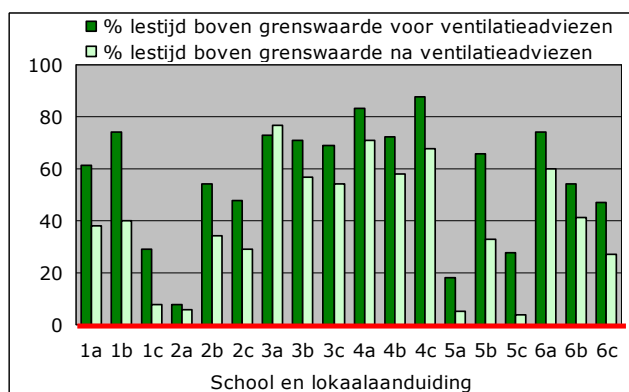
In 2004 is in Oost-Groningen in 6 scholen tweemaal een week gemeten, per school drie lokalen. Na de eerste week zijn algemene ventilatieadviezen gegeven. In de tweede week is het CO₂-gehalte zichtbaar gemaakt voor de leerkracht.

De eerste week bleek het CO₂-gehalte in alle lokalen de toetswaarde van 1000 ppm regelmatig te overschrijden.

Na de ventilatieadviezen was het binnenmilieu in de meeste lokalen verbeterd (zie figuur 6 en 7). Sommige leerkrachten vonden het al aangenamer in hun lokaal en merkten dat leerlingen beter bij de les bleven. Maar de toetswaarde werd nog steeds veelvuldig overschreden.



Figuur 6: Hoogste CO₂-gehalte (P98) voor en na ventilatieadviezen; toetswaarde is 1000 ppm.

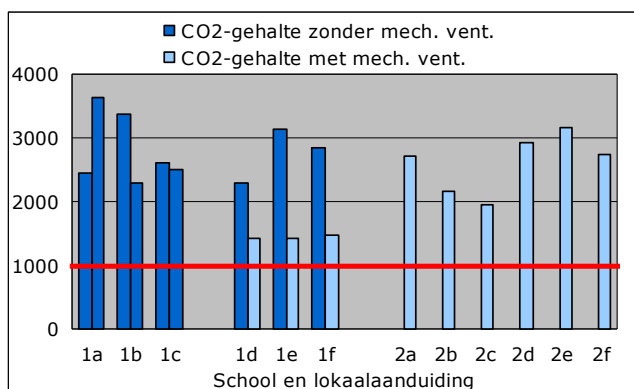


Figuur 7: Percentage lestijd met overschrijding van de toetswaarde van 1000 ppm CO₂ voor en na ventilatieadviezen.

² P98 (98-percentiel) is de waarde waarvoor geldt dat 98% van de waarnemingen kleiner of gelijk aan die waarde is; Dit komt overeen met het maximum zonder de piekwaarden.

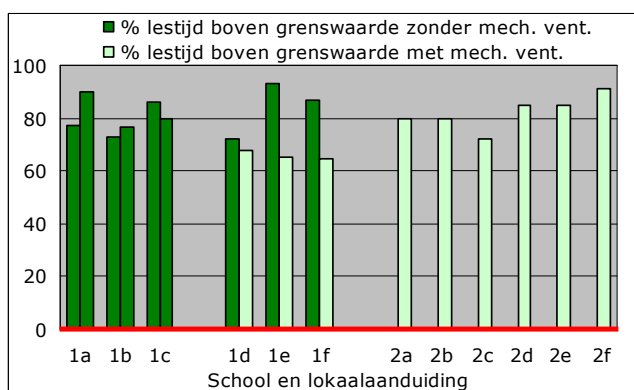
Mechanische ventilatie werkt niet altijd goed

In het stookseizoen van 2005/2006 heeft de GGD onderzoek gedaan in een school (1) die zelf aangaf problemen te hebben met de ventilatie. In drie van zes ongunstige lokalen (d-f) van school 1 is na een voormeting mechanische ventilatie aangebracht. Ook is de kwaliteit van het binnenmilieu onderzocht in 6 lokalen van een school (2) die zelf vond dat de ventilatie goed geregeld was door de aanleg van een ander type mechanische ventilatie. De luchtverversing is in de lokalen 1d, 1e en 1f door mechanische ventilatie sterk verbeterd, maar nog steeds onvoldoende. In school 2 bleek het CO₂-gehalte veel te hoog ondanks de mechanische ventilatie (zie figuur 8).



Figuur 8: Hoogste CO₂-gehalten (P98) zonder en met mechanische ventilatie; toetswaarde is 1000 ppm

Het percentage lestijd waarin het CO₂-gehalte de grenswaarde van 1000 ppm overschrijdt, was in alle lokalen veel te hoog (figuur 9).

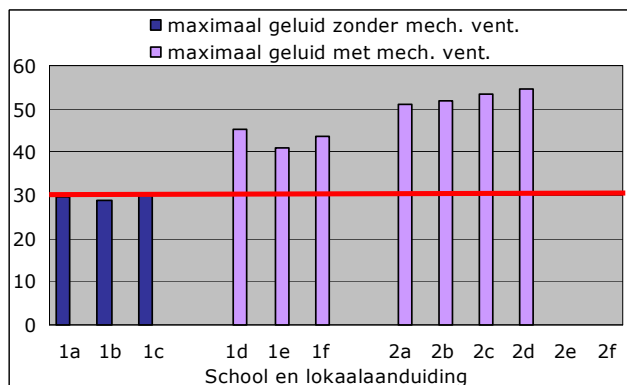


Figuur 9: Percentage lestijd met overschrijding van de toetswaarde van 1000 ppm CO₂ zonder en met mechanische ventilatie.

Nieuwe richtlijn

GGD Nederland heeft in april 2006 gezondheidskundige toetswaarden vastgesteld voor ventilatie in scholen en kindercentra. Deze toetswaarden zijn nog strikter dan die in dit feitensblad zijn gebruikt. De nieuwe richtlijn ('Toetswaarden voor ventilatie in scholen en kindercentra') is te vinden op www.ggd Kennisnet.nl.

Ook het geluidniveau is gemeten. Zoals weergegeven in figuur 10 ligt het maximaal gemeten geluidniveau in de lege lokalen met mechanische ventilatie boven de 40 dB(A) en in sommige gevallen zelfs boven de 50 dB(A). In de lokalen zonder mechanische ventilatie was het geluidniveau lager dan 30dB(A). Meer dan 30dB(A) wordt vaak als storend ervaren. Inmiddels heeft de leverancier het ventilatiesysteem in school 1 aangepast. De GGD onderzoekt in het stookseizoen van 2006/2007 of dit leidt tot een betere ventilatie met een acceptabel geluidniveau.



Figuur 10: Maximaal gemeten geluidniveau in dB(A) in lege lokalen zonder en met mechanische ventilatie (lokale 2e en 2f geen meting)

Binnenmilieuvorlichting

Voor meer informatie over gezondheid en binnenmilieu kan men terecht bij het Informatie Centrum Gezondheid van de GGD Groningen. De GGD beschikt over folders op het gebied van binnenmilieu. Speciaal voor scholen is ontwikkeld:

- Frisse lucht in schoollokalen;
- De school en kinderen met astma;
- Aanschaf van vloerbedekking in scholen

Informatie is ook te vinden op internet:

www.ggdgroningen.nl

(kies: gezondheid; milieu en gezondheid)

www.lekkerfris.nu

Colofon

GGD Groningen
Postbus 584
9700 AN Groningen

Samengesteld door
het Kenniscentrum
Milieu & Gezondheid
G. Meijer, F. Duijm,
U. Hendriks

2e versie, juni 2006

Inlichtingen bij:
Hulpverleningsdienst
Groningen
Informatie Centrum
Gezondheid
Tel: 050 367 41 77

