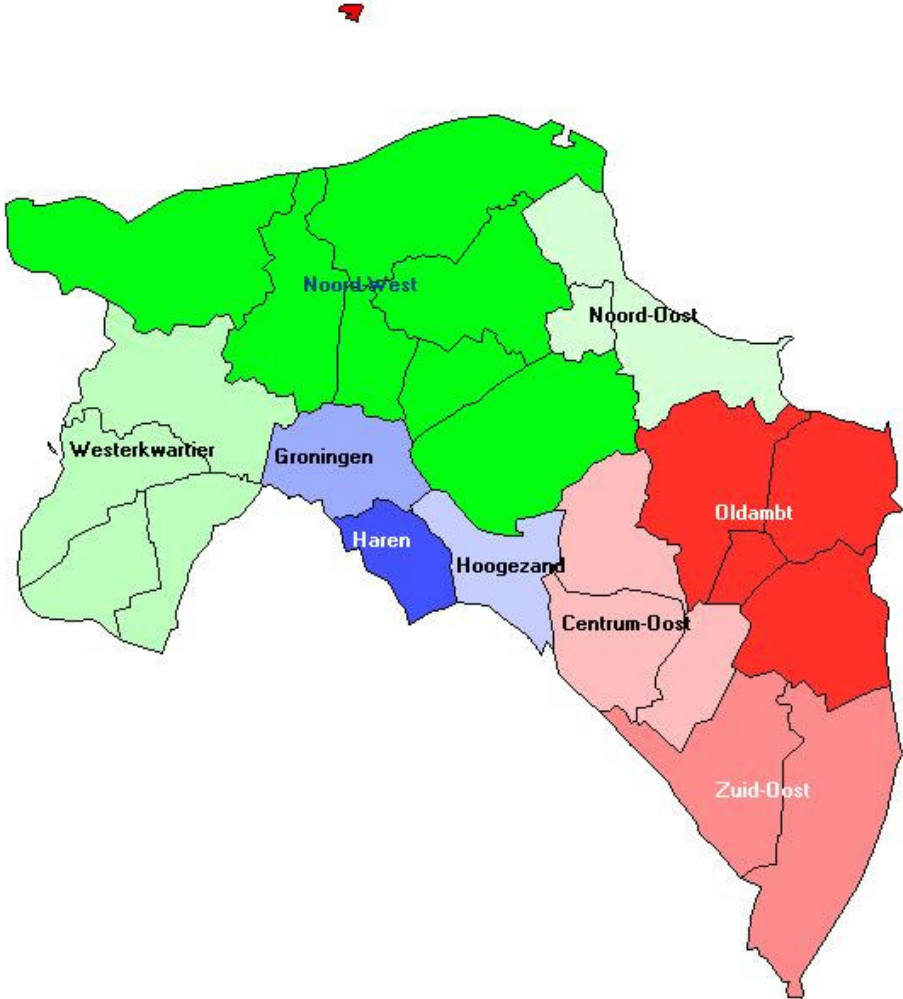


**GEZONDHEIDSPROFIEL GRONINGEN 2006**





# INHOUDSOPGAVE

<b>INLEIDING</b> .....	<b>5</b>
<b>1. WERKWIJZE, REGIOINDELING EN RESPONS</b> .....	<b>7</b>
<b>2. BEVOLKING</b> .....	<b>9</b>
2.1. BEVOLKINGSSTRUCTUUR .....	9
2.2. BEVOLKINGSSAMENSTELLING .....	12
<b>3. GEBOORTE EN STERFTE</b> .....	<b>15</b>
3.1 GEBOORTE- EN STERFTECIJFERS .....	15
3.2. LEVENSVERWACHTING EN GEZONDE LEVENSVERWACHTING .....	16
3.3. VOOR BEPERKINGEN AANGEPASTE LEVENSJAREN .....	17
3.4. OORZAKEN VAN STERFTE .....	18
<b>4. LICHAAMELIJKE EN PSYCHISCHE GEZONDHEID</b> .....	<b>21</b>
4.1. ERVAREN GEZONDHEID .....	21
4.2. INFECTIEZIEKTEN .....	26
4.3. KANKER .....	29
<b>5. ZORG</b> .....	<b>33</b>
5.1. CONSULTATIE HULPVERLENERS GEZONDHEIDSZORG EN MEDICIJNGEBRUIK .....	33
5.2. CONTACTEN MET DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN VERSLAVINGSZORG .....	34
5.2.3. OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (OGGZ) .....	38
5.3. TEVREDENHEID OVER HULPVERLENERS .....	38
5.4. MANTELZORG .....	39
5.5. VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN .....	42
<b>6. LEEFWIJZE</b> .....	<b>43</b>
6.1. ROKEN .....	43
6.2. CANNABIS .....	45
6.3. ALCOHOL .....	46
6.4. LICHAAMSGEWICHT .....	47
6.5. LICHAAMSBEWEGING .....	49
6.6. GEZONDE VOEDING .....	50
6.7. SEKSUALITEIT .....	51
6.8. PESTEN OP SCHOOL .....	51
<b>7. MAATSCHAPPELIJK MILIEU</b> .....	<b>53</b>
7.1. SOCIALE CONTACTEN EN EENZAAMHEID .....	53
7.2. VOORZIENINGEN EN VERVOER .....	54
7.3. HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING .....	55
<b>8. LEEFOMGEVING</b> .....	<b>57</b>
8.1. WAARDERING WONING EN WONINGOMGEVING .....	57
8.2. OVERLAST .....	58
8.3. MILIEUPROBLEMEN .....	59
<b>9. BESCHOUWING</b> .....	<b>61</b>

### *Colofon*

Gezondheidsprofiel Groningen 2006 is een uitgave van GGD Groningen

Redactie: Stafafdeling, sectie epidemiologie  
Jan Broer  
050 – 367 41 26 [j.broer@hvd.groningen.nl](mailto:j.broer@hvd.groningen.nl)

Edwin Spijkers  
050 – 367 41 27 [e.spijkers@hvd.groningen.nl](mailto:e.spijkers@hvd.groningen.nl)

Beschouwing: Edward Mackenzie m.m.v. Hermien Bazuin, René van der Most

Vormgeving: GGD Groningen

Druk: Repro HVD, november 2006

Correspondentie: GGD Groningen  
Stafafdeling sectie epidemiologie  
Postbus 584  
9700 AN Groningen

## INLEIDING

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor preventief volksgezondheidsbeleid, en moeten daartoe elke vier jaar hun beleidvoornemens in een nota vastleggen. Daarvoor hebben ze inzicht nodig in de gezondheidstoestand van de bevolking. De GGD Groningen maakt eens per vier jaar een gezondheidsprofiel waarin een actueel beeld van de volksgezondheid wordt geschetst. De gegevens daaruit zijn basis voor de keuzes in de nota lokaal gezondheidsbeleid (LGB). Het gaat hierbij om maatwerk binnen regionale en landelijke beleidskaders; juist door de uitwerking op gemeentelijk niveau kan een gemeente, op basis van specifieke omstandigheden, een eigen gezicht geven aan het lokale gezondheidsbeleid.

Het Gezondheidsprofiel Groningen 2006 is opgesteld op grond van lokaal verzamelde gegevens en diverse landelijke gegevensbronnen. De meeste cijfers zijn afkomstig uit gezondheidsenquêtes voor volwassenen en voor ouderen van 2006, en uit de jeugdenuquête van 2004 van de GGD Groningen. Verder is gebruik gemaakt van gegevens van het periodiek onderzoek van kinderen in de jeugdgezondheidszorg. Waar mogelijk wordt vergeleken met eerdere door de GGD gehouden enquêtes.

Bij de keuze van de onderwerpen van de gezondheidsenquête 2006 is rekening gehouden met de prioriteiten uit de preventienota van het ministerie van VWS. Vooraf zijn ook de beleidsmedewerkers volksgezondheid van de Groninger gemeenten gevraagd de voor hen belangrijke thema's aan te geven. Ook een aantal koepelorganisaties in de provincie Groningen, zoals het CMO Groningen, GGz Groningen, Verslavingszorg Noord-Nederland, maar ook samenwerkende ouderenorganisaties Groningen en de Samenwerkende Patiënten en Consumentenorganisaties (SPC) zijn geraadpleegd. Menzis zorgverzekeraar heeft, in samenwerking met SPC, er aan bijgedragen dat enkele onderwerpen over kwaliteit van zorg zijn opgenomen in de vragenlijst (co-financiering). Door de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), waarbij gemeenten per 2007 nieuwe taken toebedeeld krijgen, zijn onderwerpen toegevoegd, waardoor de vragenlijst uitgebreider is dan in 2002.

In dit gezondheidsprofiel wordt een deel van de beschikbare informatie uit de gezondheidsenquête gepresenteerd. Afhankelijk van de behoefte en beleidsprioriteiten kunnen in een later stadium belangrijke thema's in de volksgezondheid in feitenbladen nader worden uitgewerkt (bijvoorbeeld roken, alcoholgebruik, lichaamsbeweging, overgewicht, voeding, psychosociale problemen). Een deel van de met de gezondheidsenquête verzamelde gegevens zal gepresenteerd worden in het Sociaal Rapport dat in december 2006 door het CMO Groningen zal worden afgerond en gepresenteerd aan de provincie Groningen. Over het onderdeel van de vragenlijst met vragen over buitenmilieu (ervaren hinder door geur en geluid) zal door de GGD aan de provincie Groningen een thematisch rapport worden aangeboden.

De in dit rapport gepresenteerde gegevens worden in het najaar 2006 voorgelegd aan het ambtelijk overleg volksgezondheid en de bestuurscommissie GGD. Vervolgens wordt een werkconferentie georganiseerd voor vertegenwoordigers van gemeenten en zorginstellingen in de provincie Groningen, met als doel een nadere verkenning en analyse van gezondheidsproblemen in de gemeenten in de provincie.



## 1. WERKWIJZE, REGIOINDELING EN RESPONS

De vragenlijsten<sup>1</sup> zijn in maart 2006 (1<sup>e</sup> uitnodiging) en april 2006 (herinneringsuitnodiging) toegestuurd aan een representatieve steekproef van 2% van de bevolking van 19 jaar en ouder in de provincie Groningen (n=9.000). Bij de verwerking zijn de 25 Groninger gemeenten, net als in 2002, geclusterd in negen regio's (zie tabel 1.1). Bij dit gezondheidsprofiel is een bijlage gemaakt met meer gedetailleerde informatie naar gemeente, regio, geslacht of leeftijd (deze tabellen en figuren hebben de letter 'b' voor de nummering). In dit gezondheidsprofiel worden referentiecijfers uit 2002 alleen vermeld indien er duidelijke veranderingen zijn opgetreden ten opzichte van de uitkomsten in 2006.

*Tabel 1.1. Indeling van gemeenten in 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

Voor volwassenen van 19-64 jaar en voor personen van 65 jaar en ouder zijn aparte vragenlijsten gebruikt. De vragenlijsten komen voor ongeveer 75% overeen. De vraag over het gebruik van (verdovende) middelen is alleen aan personen van 19-64 jaar voorgelegd. Alleen bij personen van 65 jaar en ouder is een serie aanvullende vragen gesteld over de volgende onderwerpen: duurzame functiestoornissen van zintuigen, functiestoornissen bij algemeen dagelijkse levensbehoeften (ADL), mantelzorg ontvangen, mantelzorg geven, informatiebehoefte, vervoersmiddelen, gebruik van diensten, verhuishwensen en kenmerken van de woning en bezuinigingen door onvoldoende inkomen.

In totaal hebben 8.952 personen een vragenlijst ontvangen (7.379 personen 19-64 jaar en 1.573 personen van 65 jaar en ouder een vragenlijst ontvangen). Het percentage deelname bij 19-64 jarigen bedroeg 54% (n=4.004) en bij 65-plussers 60% (n=944). In de bijlage staat de deelname naar leeftijd en geslacht per regio.

<sup>1</sup> Waar mogelijk is gebruik gemaakt van landelijk gestandaardiseerde vragenmodules zoals afgebakend in het project Monitor Volksgezondheid uitgevoerd (GGD-NL, RIVM, TNO). GGD'en committeren zich aan het gebruik van landelijk uniforme vraagstellingen in gezondheidsenquêtes waardoor vergelijkbaarheid mogelijk is. Op termijn komen de Groninger gegevens zo ook ter beschikking voor landelijk gebruik (RIVM database).





## 2. BEVOLKING

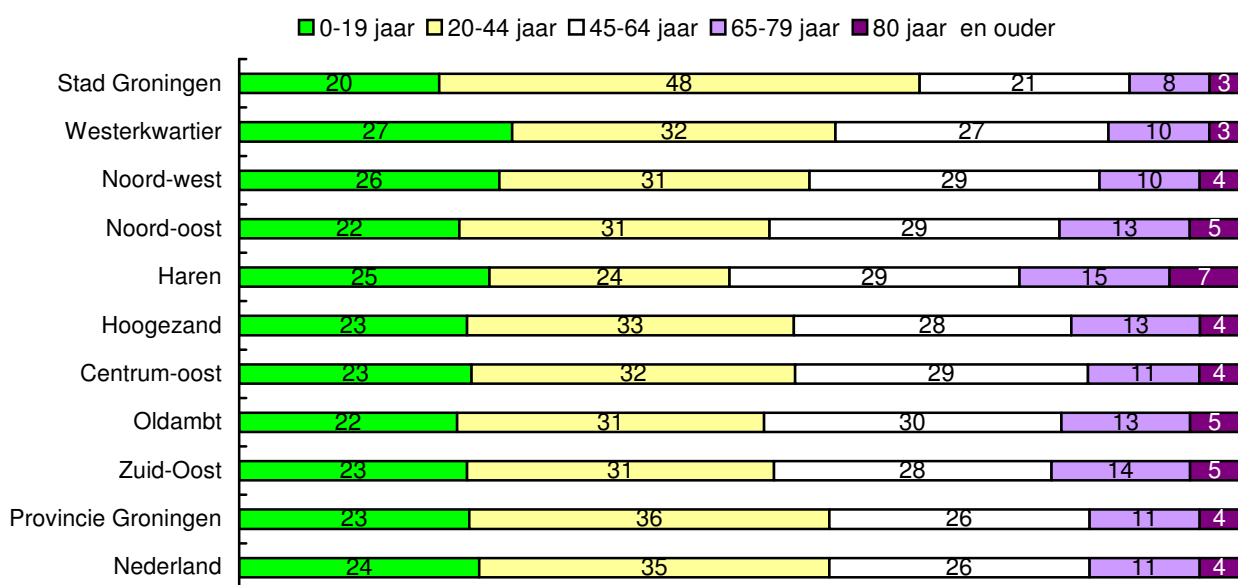
Leeftijd, geslacht en burgerlijke staat zijn belangrijke voorspellers van de gezondheid en zorgbehoefte. Daarom wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de leeftijdsstructuur, geslacht en burgerlijke staat van de bevolking. Daarnaast is de sociaaleconomische status van de bevolking van belang (opleidingsniveau, inkomenssituatie). Het bestaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) is een belangrijk aanknopingspunt voor lokaal gezondheidsbeleid. Regionale gezondheidsverschillen worden voor een belangrijk deel verklaard door sociale en economische factoren. Het verkleinen van SEGV overstijgt daarmee dus het beleidsterrein van de volksgezondheid. Daarvoor zijn met name ook andere beleidsterreinen nodig (arbeid, huisvesting, uitkeringen, onderwijs, welzijn, etc.). Verder wordt etniciteit van de bevolking beschreven.

### 2.1. Bevolkingsstructuur

#### 2.1.1. Leeftijdsopbouw

Het bevolkingsaantal van de Groninger gemeenten verschilt sterk (zie bijlage figuur b2.1). De bevolkingsopbouw van de provincie Groningen is vergelijkbaar met het Nederlandse patroon. Tussen regio's in de provincie Groningen zijn er verschillen. In het Westerkwartier en Noordwest Groningen wonen relatief veel jongeren. In de stad Groningen zijn de jongeren oververtegenwoordigd, voornamelijk te herleiden op de studenten. In de regio's Haren, Noordoost, Oldambt en Zuidoost Groningen wonen verhoudingsgewijs veel ouderen (zie hieronder figuur 2.1.1. en in de bijlage figuur b2.2 voor leeftijdsopbouw per gemeente).

Figuur 2.1.1. Leeftijdsopbouw bevolking naar regio in de provincie Groningen in 2006 (%)

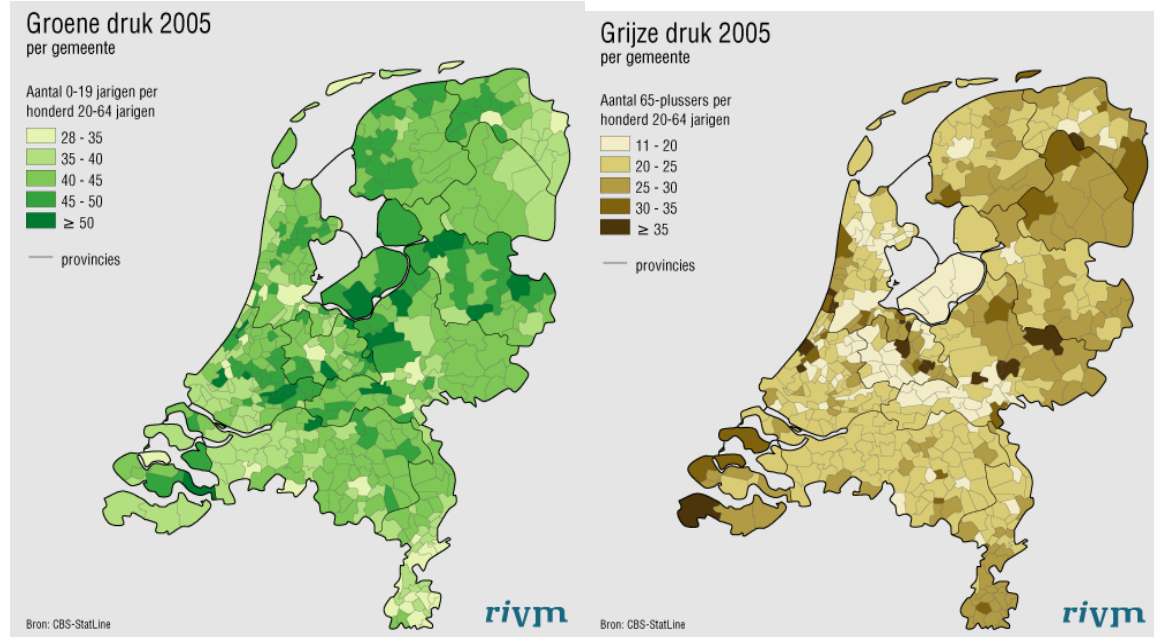


Op grond van de bevolkingsprognose 2003 van het Primos<sup>2</sup> groeit het aantal 0-14 jarigen in provincie Groningen nog door tot 2010. Daarna zal het aantal jongeren gaan dalen. Vanaf 2010 zal de zogenaamde babyboomgeneratie de leeftijd van 65 jaar gaan bereiken waardoor het aantal ouderen sterk zal gaan toenemen. In het jaar 2020 zal het aantal ouderen in de provincie Groningen met 35-40% zijn toegenomen. Het aantal éénpersoonshuishoudens van ouderen zal rond 2020 nog sterker toenemen (Demos, 2005). In de bijlage (tabel b2.1) is het aantal personen van 65 jaar en ouder per gemeente weergegeven zoals verwacht in de jaren 2010, 2015 en 2020 op basis van de bevolkingsprognose (Primos-Abf, 2004).

<sup>2</sup> PRognose-, Informatie en MOonitoring Systeem, ABF Research

De demografische druk is een maat voor de verhouding tussen het aantal personen in de zogenoemde 'productieve' (20-64 jaar) en de 'niet-productieve' leeftijdsgroep jonger dan 20 jaar (groene druk) en 65 jaar en ouder (grijze druk). De bevolking van 20-64 jaar wordt wel de productieve leeftijdsgroep genoemd. De groene druk is hoger in gemeenten in het noordwesten en de grijze druk is hoger in gemeenten in het noorden en oosten van de provincie (zie hierboven figuur 2.1.2. hieronder en in de bijlage figuur b2.3 staat de demografische druk per gemeente afgebeeld). Met het ouder worden nemen functiestoornissen toe en ontstaat vaker ziekte. Met name in de laatste levensfase wordt de zorgbehoefte groter.

*Figuur 2.1.2. Groene en grijze druk naar regio in Nederland*

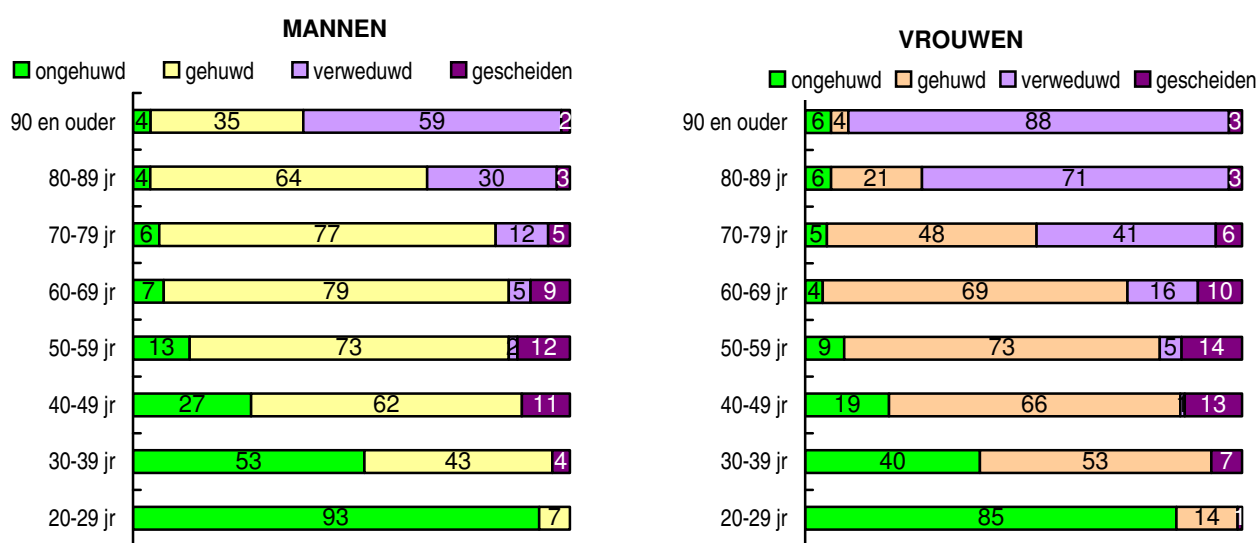


In de provincie Groningen wonen veel alleenstaanden, vooral ongehuwden. Dit komt door het grote aantal alleenstaande studenten in de gemeente Groningen (zie bijlage tabel b2.3). Het percentage gehuwden ligt in alle Groninger gemeenten (m.u.v. gemeente Groningen) iets hoger dan het landelijk referentiecijfer. Het aantal verweduwden in de provincie Groningen (7.1%) ligt iets hoger dan het landelijk gemiddelde (6.6%). Vooral in de sterk vergrijsde gemeenten Haren, Winschoten en Vlagtwedde wonen verhoudingsgewijs veel verweduwden. Het percentage gescheiden mensen is in de provincie Groningen (6,8%) iets lager dan het landelijke referentiecijfer (7,3%).

### 2.1.2. Burgerlijke staat

De burgerlijke staat geeft een indicatie voor sociale steun die mensen kunnen ervaren. Vooral op hogere leeftijd staan mensen vaker alleen door het verlies van een levenspartner (scheiding, overlijden). Het verlies van een levenspartner heeft zowel direct (verlieservaring, rouw) als indirect (verlies aan sociale steun) nadelige gevolgen voor de gezondheid. Door de stress van verlies en rouw kunnen over een langere periode kwetsbaarder zijn. In figuur 2.1.3. is de ontwikkeling van de burgerlijke staat naar leeftijd en geslacht weergegeven voor de provincie Groningen. Omdat vrouwen ouder worden dan mannen zijn (reeds vanaf 50- en 60-jarige leeftijd) veel meer vrouwen verweduwd. Tot de leeftijd van 90 jaar heeft de meerderheid van de mannen steun binnen de huwelijkse staat. Vrouwen zijn reeds op veel jongere leeftijd vaker alleenstaand (niet gehuwd, verweduwd of gescheiden). Zie in de bijlage figuur b2.1 voor corresponderende aantallen inwoners van de provincie Groningen).

*Figuur 2.1.3. Burgerlijke staat naar leeftijd en geslacht provincie Groningen 2006 (% , bron CBS)  
Personen die een geregistreerd partnerschap zijn aangegaan worden in de burgerlijke stand geteld als gehuwden*

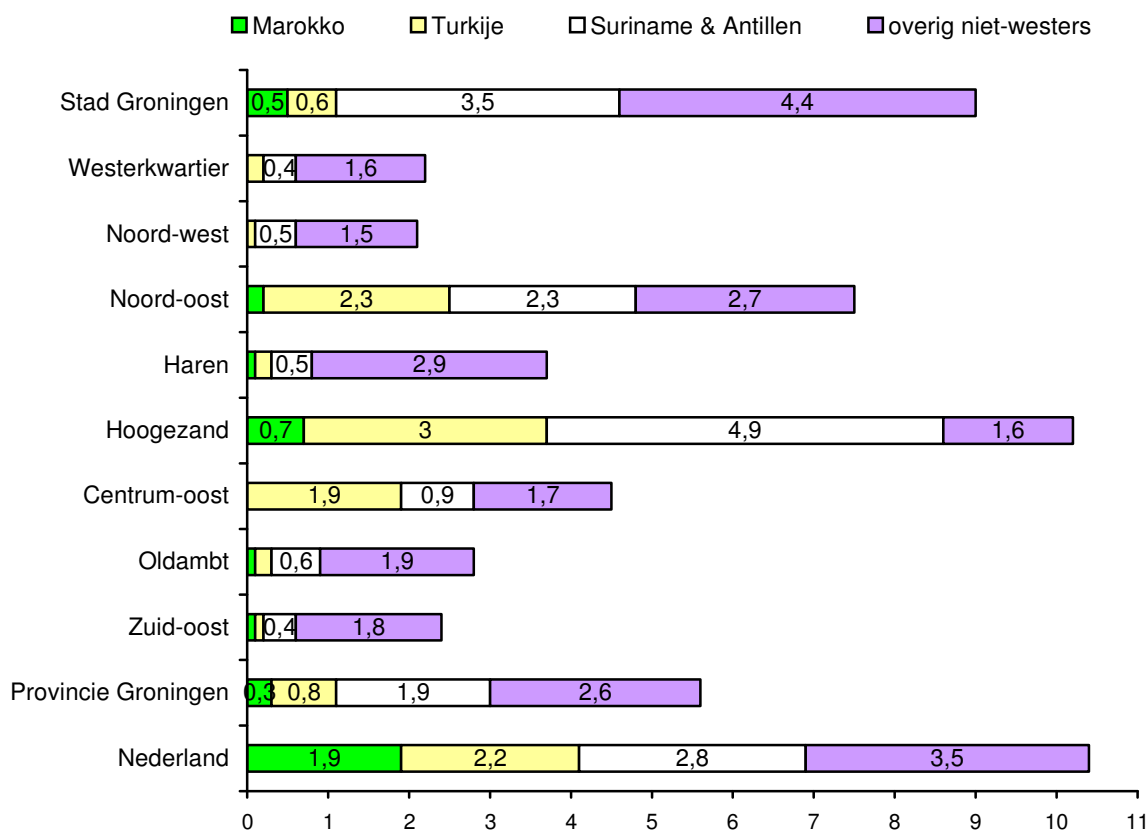


## 2.2. Bevolkingssamenstelling

### 2.2.1. Herkomstland

Door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) wordt iemand tot de groep allochtonen gerekend indien één of beide van zijn/haar ouders niet in Nederland geboren is. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in eerste en tweede generatie allochtonen. De eerste generatie bestaat uit personen die zelf in het buitenland geboren zijn en de tweede generatie uit personen die in Nederland zijn geboren met tenminste één in het buitenland geboren ouder. Van belang is ook het onderscheid tussen niet-westerse en westerse allochtonen: tot de niet-westerse allochtonen worden gerekend personen die hun herkomst hebben in Turkije, Afrika, Azië en Latijns-Amerika. De gezondheidstoestand van niet-westerse allochtonen kan door diverse redenen verschillen van de westerse allochtonen en autochtonen. De leeftijdsopbouw van deze bevolkingsgroepen is relatief jong. Door de emigratie, belaste voorgeschiedenis (geweldservaringen), de nieuwe omgeving, een andere levenswijze, culturele verschillen en maatschappelijke achterstand staat de gezondheidstoestand van allochtonen onder druk. Om voornoemde redenen vergt de medische zorg voor allochtonen en niet-Nederlanders meer inspanning. In figuur 2.2. is de omvang de groep niet-westerse allochtonen weergegeven (bron CBS, 2005). Het percentage niet-westerse allochtonen in de provincie Groningen is de helft van het landelijk gemiddelde (5,5% versus 10,4%). De hoogste concentraties van niet-westerse allochtonen zijn te vinden in de gemeenten Hoogezand-Sappemeer, Groningen en Delfzijl. Het aantal inwoners van Marokkaanse en Turkse afkomst is in de provincie Groningen beduidend lager dan de landelijke referentiecijfers.

Figuur 2.2.1. Niet westerse allochtonen naar regio in de provincie Groningen (%)

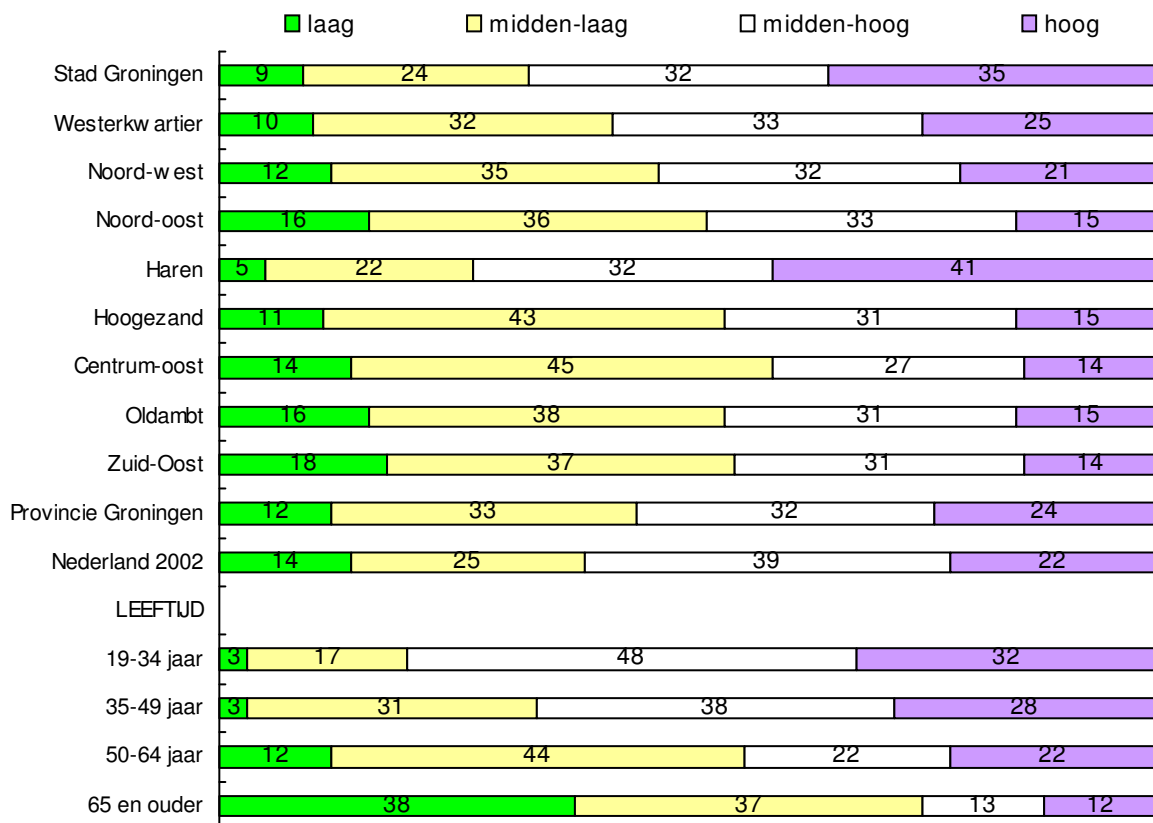


### 2.2.2. Sociaaleconomische status en (volks)gezondheid

De sociaaleconomische status (SES) van personen wordt bepaald door de positie die mensen innemen in de maatschappij. Daarbij kan een klasse- en statuscomponent worden onderscheiden. De klassencomponent reflecteert de materiële hulpbronnen waarover iemand beschikt (inkomen, woning, bezit) en de statuscomponent reflecteert vooral de verschillen in kennis, houding en gedrag (leefwijze, risicofactoren). In dit profiel hanteren wij voor een indeling naar SES de statuscomponent. De sociaaleconomische positie van de bevolking weerspiegelt zich ook in de ziekte- en sterftecijfers. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen berusten op twee verschillende mechanismen: oorzakelijk (een ongezonde leefwijze leidt op termijn tot een slechte gezondheid) en sociale selectie (personen met een slechte gezondheid en lagere opleiding hebben minder kans op de arbeidsmarkt). De oorzakelijke bijdrage is de verreweg belangrijkste oorzaak van gezondheidsverschillen<sup>3</sup>.

Het gebruik van zorgvoorzieningen wordt vooral bepaald door leeftijd en geslacht. Ouderen en vrouwen gebruiken meer zorgvoorzieningen. Daarnaast hebben groepen met een lage sociaaleconomische status een minder gezonde leefwijze (meer risicogedrag) en een hogere medische consumptie. Dit hogere gebruik van medische voorzieningen wordt vooral bepaald doordat betreffende groepen meer functiestoornissen hebben, zich zieker voelen, meer chronische ziekten hebben, een slechtere kwaliteit van leven hebben en korter leven. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat de zorgconsumptie van lager opgeleide mensen beduidend hoger is dan hoger opgeleide mensen (VTV, 2006). Alleen tandartsbezoek is lager bij personen met een lagere sociaaleconomische status. In figuur 2.2.2. is de sociaaleconomische status per regio en naar leeftijd weergegeven aan de hand van het voltooide opleidingsniveau (helaas zijn er geen actuele Nederlandse referentiecijfers beschikbaar).

Figuur 2.2.2. Onderwijsniveau in 2006 (hoogst voltooide opleiding) naar regio en naar leeftijd (%)



Laag = Basisonderwijs  
Bron: CBS 2006, Data 2002.

Midden-laag = LBO-MAVO

Midden-hoog = HAVO-MBO Hoog = HBO-universiteit

<sup>3</sup> Programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen. ZON 2001. W.Albeda (voorzitter), JP Mackenbach (secretaris), K.Stronks (coördinator), e.a..

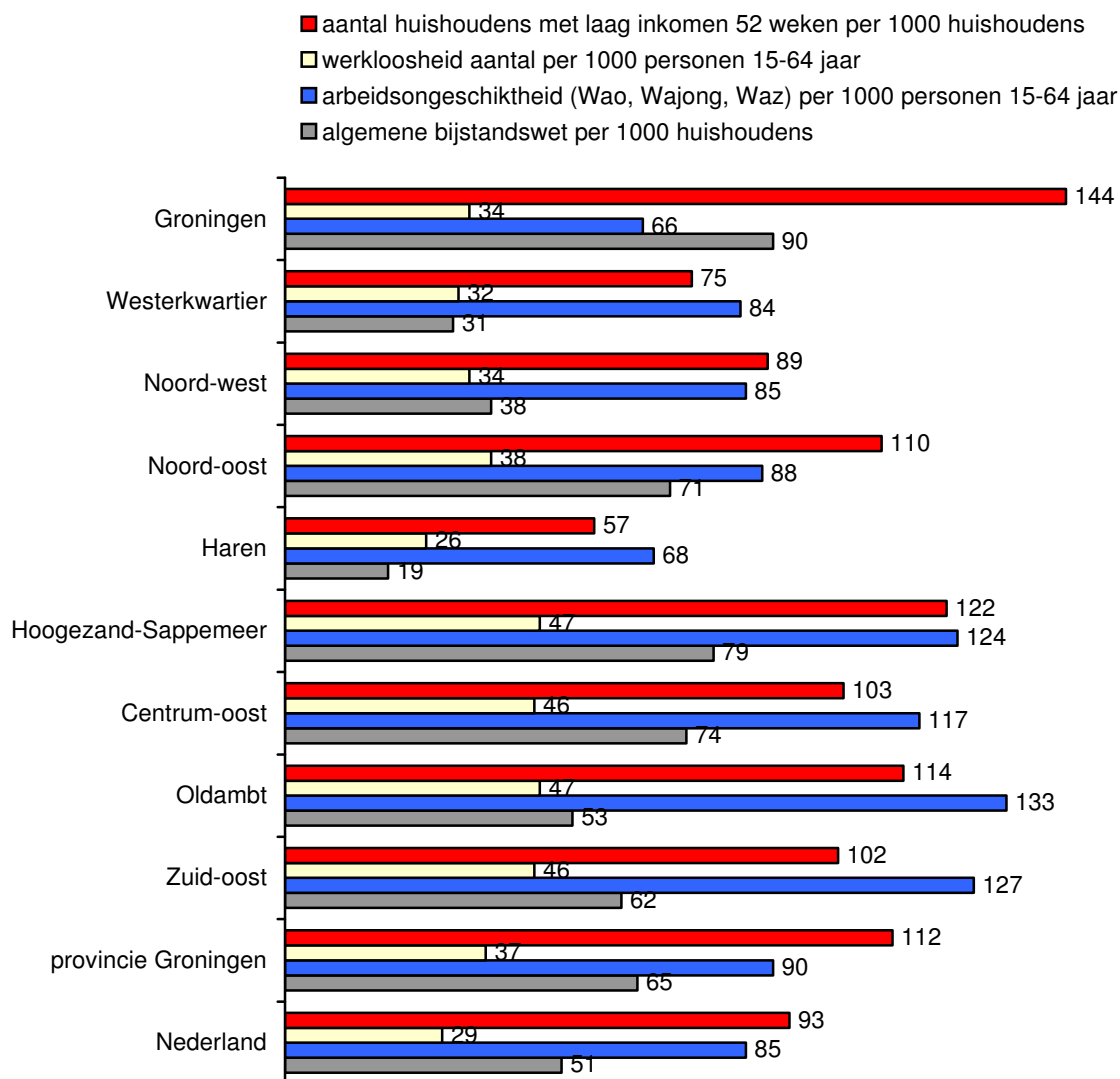
### 2.2.3. Werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, bijstand en besteedbaar inkomen

Het gemiddelde besteedbare inkomen van particulier huishouden (*exclusief* studentenhuishoudens; CBS 2003) in de provincie Groningen is 9% lager dan het landelijk gemiddelde (per gemeente weergegeven in bijlage figuur b2.4). Het percentage huishoudens met een laag inkomen in de voorafgaande 52 weken in de provincie Groningen bedraagt 11,2% en is hoger dan het landelijk referentiecijfer van 9,3% (figuur 2.2.3. hieronder en bijlage figuur b2.4 per gemeente).

De werkloosheid onder de beroepsbevolking 15-64 jaar in de provincie Groningen bedraagt 3,9% en is hoger is dan het landelijk gemiddelde van 2,9% (CBS, 2004). Groningen is de provincie met de hoogste werkloosheid van Nederland (CBS, 2006). In de bijlage (figuur b2.5) zijn de percentages werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en bijstandsuitkeringen per gemeente weergegeven. De regionale Centra voor Werk en Inkomen (CWI-arbeidsbureaus) hanteren een andere maat voor werkloosheid namelijk niet-werkende werkzoekenden (NWW) en dat cijfer is bijna drie keer zo hoog als het cijfer dat door het CBS wordt berekend op basis van de enquête beroepsbevolking.

Het aantal arbeidsongeschikten is in de provincie Groningen (9% van de 15-64 jarigen) is iets hoger dan het landelijk referentiecijfer (8,5%). Vooral in Oost-Groningen is er meer arbeidsongeschiktheid. Het aantal bijstandsgerechtigden in de provincie Groningen bedraagt 8,5% en is hoger dan het landelijk gemiddelde van 5,1% van de huishoudens (bijlage figuur b2.5 per gemeente).

Figuur 2.2.3. Indicatoren voor sociaaleconomische positie per regio en Nederland<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Bron: CBS, 2004

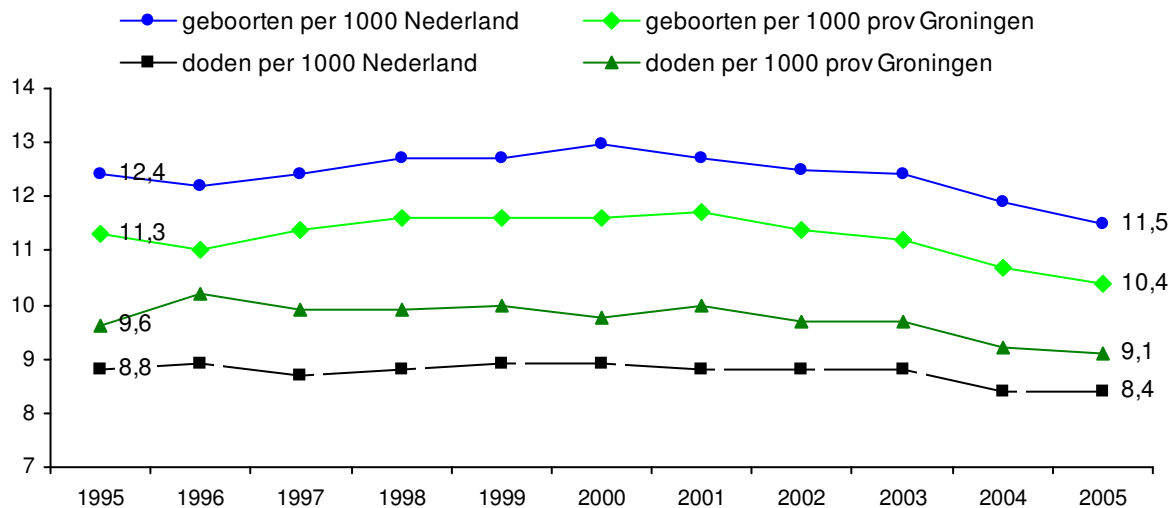
### 3. GEBOORTE EN STERFTE

In de laatste decennia is het aantal geboortes afgenomen en de levensverwachting sterk toegenomen. Dit wordt verklaard door een combinatie van factoren waarvan een verbetering in levensomstandigheden, hoger opleidingsniveau, hoger inkomen, verbetering van verkeersveiligheid en gezondere leefwijze de belangrijkste zijn. De levensverwachting is een maat voor de lengte van het leven. Omdat de rol van acute ziekten op jonge/middelbare leeftijd afneemt wordt de rol van chronische ziekten belangrijker. Daarom is informatie over de levensverwachting niet meer voldoende. De gezonde levensverwachting is het aantal jaren dat de gemiddelde persoon kan verwachten te leven in een goede gezondheid.

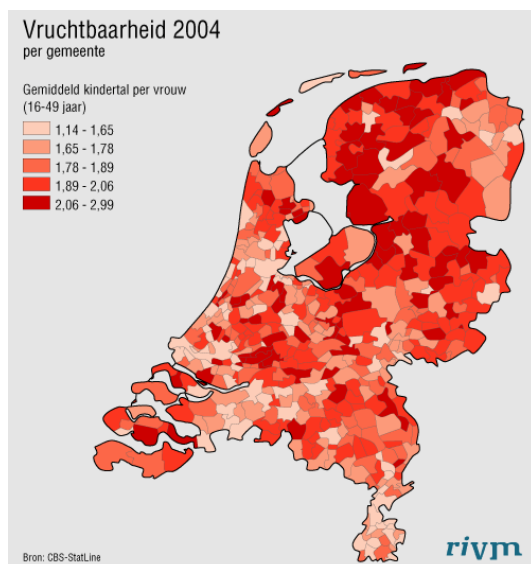
#### 3.1 Geboorte- en sterftcijfers

Het aantal geboortes in Nederland en Groningen daalt al jaren geleidelijk. Het aantal geboorten in de provincie Groningen ligt medio 2005 10% lager dan het landelijk gemiddelde. In figuur 3.1. zijn bruto geboorte- en sterftcijfers per 1000 inwoners afgebeeld (niet gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van de bevolking). Het aantal overlijdensgevallen daalt geleidelijk zowel in Nederland als in Groningen. De bruto sterfte is hoger in de provincie Groningen en het bruto geboortecijfer is lager dan in Nederland (in alinea 3.4. wordt nader ingegaan op voor leeftijdsopbouw gecorrigeerde sterfte).

Figuur 3.1. Bruto geboorte- en sterftcijfers per 1000 inwoners in Groningen en Nederland



Figuur 3.1.2. Vruchtbaarheid per gemeente

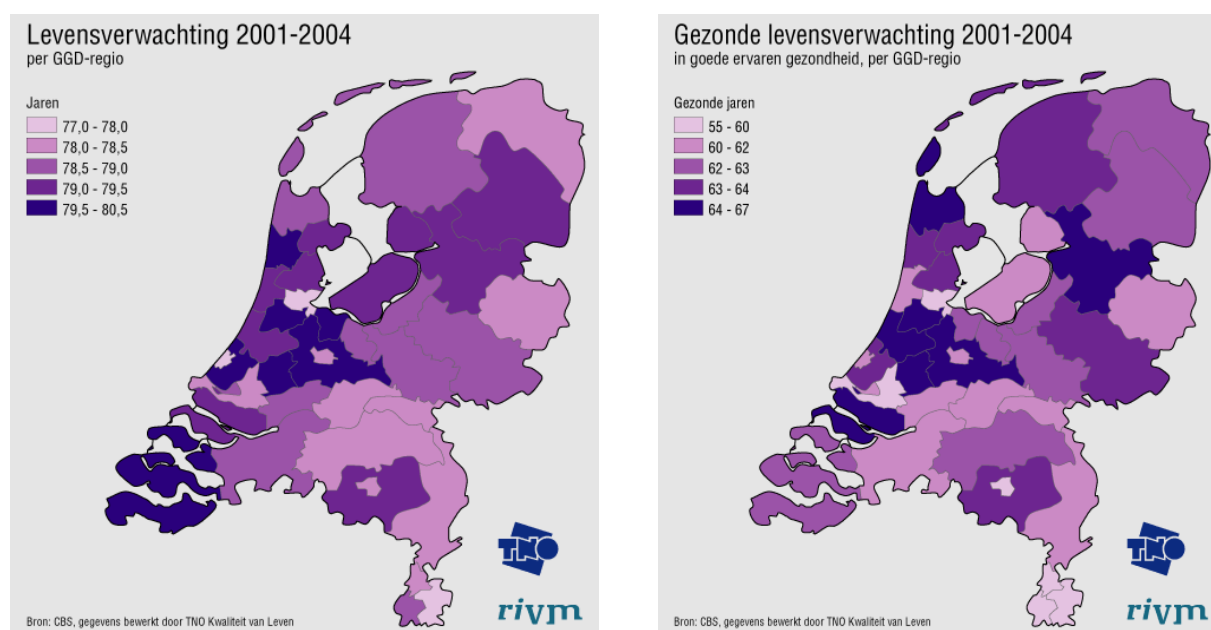


Om een bevolking op peil te houden is gemiddeld 2,1 kind per vrouw nodig (vervangingsniveau). Tussen gemeenten bestaan grote verschillen in het aantal kinderen per vrouw. In Nederland bedraagt het gemiddeld kindertal per vrouw momenteel 1,7. In de provincie Groningen is het vruchtbaarheidscijfer vooral in de gemeente Groningen laag (1,3).

### 3.2. Levensverwachting en gezonde levensverwachting

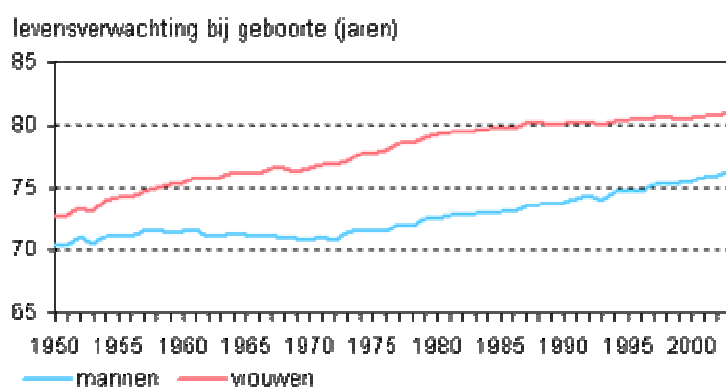
De gemiddelde levensverwachting in Nederland bedroeg in 1950 nog 71,5 jaar en in 1990 77 jaar. De gemiddelde levensverwachting in Nederland is sinds 1990 verder toegenomen tot 78,8 jaar in de periode 2000-2004. Hoewel de levensverwachting de afgelopen decennia gestaag is toegenomen stijgt de levensverwachting van Nederlandse mannen minder snel als elders in Europa. Voor Nederlandse vrouwen is de trend nog ongunstiger. Sinds eind jaren tachtig stagneert de levensverwachting van Nederlandse vrouwen (t.g.v. minder gezonde leefwijze). Rond 1980 werden de Nederlandse vrouwen nog het oudst van Europa maar na 2000 is de levensduur van Nederlandse vrouwen gedaald tot onder het Europese gemiddelde. De gemiddelde levensverwachting in de provincie Groningen (2000-2004) is 78 jaar (iets lager dan het landelijk gemiddelde van 78,5 jaar). De levensverwachting in goede ervaren gezondheid in de provincie Groningen is gelijk aan het landelijk gemiddelde (62-63 jaar).

Figuur 3.2.1 en 3.2.2. Levensverwachting en gezonde levensverwachting in Nederland (2001-2004)



In 1950 werden vrouwen gemiddeld 2,3 jaar ouder dan mannen. In 1980 was dit verschil toegenomen tot 6,7 jaar waarna het verschil tussen mannen en vrouwen geleidelijk weer minder groot is geworden. In de periode 2000-2004 werden vrouwen nog 4,8 jaar ouder dan mannen. De belangrijkste verklaring van de afname van dit gezondheidsverschil is dat mannen minder en vrouwen meer zijn gaan roken. Het CBS verwacht dat de levensverwachting in de periode 2006-2050 verder zal toenemen, voor mannen van 76,2 tot 79,6 jaar en voor vrouwen van 80,9 tot 82,6 jaar. Volgens deze prognose worden meer mensen oud en geldt in mindere mate dat oude mensen nog ouder worden.

Figuur 3.2.3. Ontwikkeling van de levensverwachting in Nederland





Regionale sterfteverschillen worden voor een belangrijk deel verklaard door de sociaaleconomische status (SES) en de daaraan gerelateerde leefwijze. Onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne toont aan dat de levensverwachting van groepen met een lage SES 3,5 jaar korter is dan die van personen met een hoge SES. Het verschil in levensverwachting tussen SES-groepen is groter bij mannen (5 jaar) dan bij vrouwen (2,5 jaar). Het verschil in gezonde levensverwachting is nog veel groter. Laagopgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 15,8 en 14,0 jaar korter in goede 'ervaren gezondheid' (bron: RIVM).

### 3.3. Voor beperkingen aangepaste levensjaren

De ziektelast ('burden of disease') wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'), een concept afkomstig van de WHO (wereld gezondheids organisatie). Het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door ziekten. Een DALY is een optelsom van het aantal verloren levensjaren door een vroege dood en het aantal jaren dat iemand niet gezond is als gevolg van een ziekte. In de berekening van DALY's worden vier belangrijke aspecten van ziekten meegenomen: het aantal mensen dat aan de ziekte lijdt, de ernst van de ziekte, de sterfte eraan, en de leeftijd waarop de sterfte optreedt. Met behulp van DALY's kunnen ziekten onderling goed vergeleken worden als het gaat om hun invloed op de volksgezondheid. De meeste ziektelast wordt veroorzaakt door hartvaatziekten, kanker en psychische stoornissen.

*Tabel 3.3. Rangorde van ziektelast in Nederland volgens drie maatstaven (bron RIVM VTV-2006)*

	<i>Doodsoorzaak sterfte in verloren levensjaren (aantal afgerond)</i>	<i>Kwaliteit van leven (meeste verlies)</i>	<i>Ziektelast (hoogste verlies in DALY's)</i>
1	Ziekte kransslagader hart (164.000)	Angststoornissen	Ziekte kransslagader hart
2	Longkanker (122.500)	Ziekten kransslagader hart	Angststoornissen
3	Beroerte (101.000)	Depressie	Beroerte
4	Borstkanker (61.000)	Beroerte	Depressie en neerslachtigheid
5	COPD longemfyseem, chron bronchitis (56.600)	Artrose	COPD
6	Dikke darmkanker (56.500)		Diabetes
7	Zelfdoding (46.700)		Longkanker
8	Hartfalen (43.600)		Alcohol afhankelijkheid
9	Longontsteking (43.000)		Artrose
10	Dementie (39.900)		Dementie

Bij kwaliteit van leven gaat het onder andere om lichamelijke beperkingen, pijn en sociaal functioneren. In Nederland gaat heel veel kwaliteit van leven verloren aan angststoornissen en depressie. Angst en depressie zijn niet terug te vinden in de sterftestatistiek maar veroorzaken veel leed. Veel mensen lijden aan angst en depressie en het ziektebeloop is ook langdurig (vaak recidiverend). Ziekten van de kransslagader van het hart (coronaire hartziekten zoals hartinfarct en instabiele angina pectoris) hebben nadelige gevolgen voor hun lichamelijk functioneren waardoor men beperkt is bij dagelijkse bezigheden. Verder veroorzaken coronaire hartziekten vaak psychische klachten (onzekerheid, angst). Het aantal mensen met een beroerte is, in het rijtje 'kwaliteit van leven' lager maar de consequenties zijn verstrekkender. Een half jaar na een beroerte kan meer dan de helft niet meer zelfstandig leven. Artrose komt veel voor (zie alinea 4.1.2) en veroorzaakt doorlopend en langdurig veel klachten.

### 3.4. Oorzaken van sterfte

In de provincie Groningen overleden in de periode 1999-2003 gemiddeld 5.577 mensen per jaar. Naar hoofdgroep was de onderdeling als volgt: hart- en vaatziekten (36%), kanker (28%), longziekten (9%), uitwendige doodsoorzaken (4%) en overig (23%). Het voor leeftijdsopbouw gecorrigeerde sterftcijfer in de provincie Groningen was 103 voor mannen en 101 voor vrouwen in de 5-jaarsperiode 1999-2003 (waarbij het Nederlandse referentiegetal 100 is). De drie belangrijkste hoofdgroepen van doodsoorzaken zijn hart en vaatziekten, kanker en longziekten. In de provincie Groningen is de voor leeftijd gecorrigeerde sterfte door hart en vaatziekten is 6,5% hoger en kanker 6% hoger dan het Nederlands gemiddelde (zie bijlage tabel b3.1). De hogere sterfte aan kanker is in overeenstemming met de gegevens van het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland (IKN) die aangeven dat in de provincie Groningen iets vaker kanker wordt vastgesteld in vergelijking met het landelijke referentiecijfer (zie alinea 4.3). In onderstaande tabel staan de belangrijkste ziekten waaraan de inwoners van de provincie Groningen zijn overleden in de 5-jaarsperiode 1999-2003.

Tabel 3.4. Belangrijkste doodsoorzaken in de provincie Groningen 1999-2003 (aantalen en SMR)

Doodsoorzaak	SMR a man	SMR a vrouw	gemiddeld aantal overleden mannen per jaar	gemiddeld aantal overledenen vrouwen per jaar	totaal aantal per jaar
1 coronaire hartziekten hartinfarct/angina pectoris	115 *	114 *	414	326	740
2 beroerte	93	93	171	273	444
3 longkanker	117 *	112 *	275	90	365
4 copd (longemfyseem en chronische bronchitis)	91 *	101	143	100	243
5 longontsteking	86 *	76 *	89	105	194
6 kanker dikke en endeldarm	101	109	82	92	174
7 diabetes (suikerziekte)	104	106	60	94	154
8 borstkanker	57	97	1	125	126
9 lymfeklier en bloedkanker	108	114*	65	60	125
10 prostaatkanker	105	-	96	-	96
11 maagkanker	139 *	109	62	23	85
12 zelfdoding	123 *	133 *	45	23	68
Alle doodsoorzaken	103 *	101	2702	2875	5577

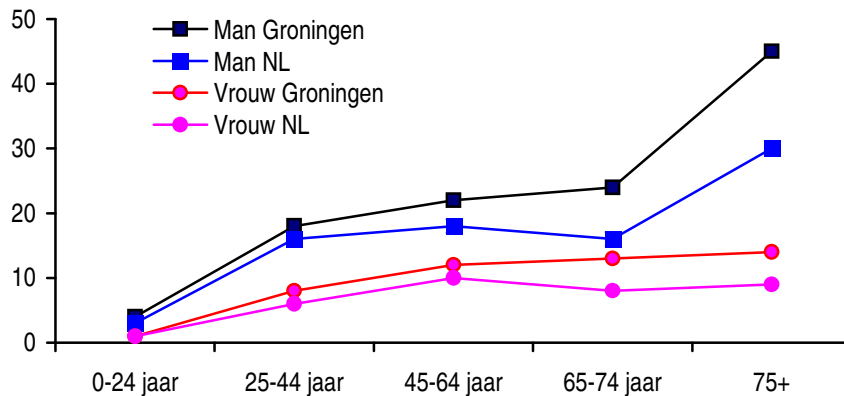
<sup>a</sup> SMR (standardised mortality ratio): verhoudingsgetal waarbij Nederland als referentie de waarde 100 heeft.

\* dit getal wijkt statistisch significant af ( $p < 0.05$ ) van Nederlands gemiddelde.

De sterfte is significant lager voor: COPD (chronisch obstructieve longziekten bij mannen) en longontsteking. Onder Groningers is de sterfte significant hoger voor de volgende ziekten: coronaire hartziekten (hartinfarct+angina pectoris), longkanker, maagkanker (mannen), bloed/lymfklierkanker (vrouwen) en zelfdoding.

De hogere sterfte door coronaire hartziekten (hartinfarct+angina pectoris) bestaat in de provincie Groningen reeds vanaf 1980. Sedert 1989 is de sterfte aan coronaire hartziekten in Nederland en Groningen met 50% gedaald. De achterstand ten opzichte van de landelijke referentiecijfers wordt niet ingelopen. Erkende risicofactoren voor coronaire hartziekten zijn roken, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte in het bloed, overgewicht en bewegingsarmoede. De hoge sterfte door longkanker werd het vorige gezondheidsprofiel (in 2002 alleen bij Groninger mannen) gesignaleerd. De hogere sterfte aan longkanker in dit profiel, voor zowel mannen als vrouwen, past in het beeld van een hoger incidentiecijfer van longkanker zoals geregistreerd door de kankerregistratie (IKN). Dit beeld komt niet als verrassing aangezien het percentage rokers in de provincie Groningen reeds vanaf het begin jaren negentig verhoogd waren ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Het is bekend dat de nadelige gezondheidsconsequenties van tabaksgebruik zich pas na 30 tot 40 jaar manifesteren in de kankerregistratie en kort daarop in de sterftestatistiek. De hogere maagkankersterfte (vooral mannen) in Groningen is reeds vele decennia bekend. De landelijke trend en ook in Groningen is dat het aantal nieuwe gevallen van maagkanker afneemt waardoor de sterfte aan maagkanker daalt.

Figuur 3.4. Sterfte door zelfdoding in de provincie Groningen 1999-2003 (aantal per 100.000)



De hogere sterfte door zelfdoding in Groningen is reeds in eerdere gezondheidsprofielen beschreven. Per jaar overlijden in de provincie Groningen hieraan ongeveer 68 personen. Het risico op suïcide wordt beïnvloed door diverse factoren: individueel (psychische problematiek, relatieproblemen), sociaaleconomisch (economische tegenslag), cultureel (religie, subcultuur) en de organisatie van de zorg. In de stad Groningen is sterfte door zelfdoding beduidend hoger dan in het ommeland (vermoedelijk doordat bepaalde risicogroepen vaker in de stad wonen of verblijven). Zelfdoding komt vaker voor bij mannen en neemt toe met de leeftijd. Hoewel het leeftijds specifieke aantal zelfdodingen het hoogst is bij personen van 75 jaar en ouder is de omvang van deze bevolkingsgroep relatief klein. In feitelijke aantallen uitgedrukt doen de meeste suïcides zich voor bij 20- en 30-jarigen. In de meeste gevallen van zelfdoding is sprake van voorafgaande contacten met de geestelijke gezondheidszorg. Bij diegenen die vlak voor de zelfdoding onder behandeling waren in de GGz heeft meer dan de helft ruchtbaarheid gegeven aan de wens er een einde aan te willen maken. Het aantal pogingen tot zelfdoding is vier tot vijf keer zo hoog als het aantal geslaagde zelfdodingen.

In de bijlage (tabel b3.2) staat het voor leeftijd gecorrigeerde verhoudingsgetal voor de totale sterfte per gemeente. De sterfte is significant *lager* in de gemeenten Appingedam (vrouwen), Bedum, Eemmond, Haren (mannen), Leek, de Marne (vrouwen), Marum (vrouwen) en Slochteren (mannen). De totale sterfte is significant *hoger* in de gemeenten Groningen, Pekela (mannen), Reiderland, Stadskanaal, Vlagtwedde, Winschoten en Winsum.



## 4. LICHAMELIJKE EN PSYCHISCHE GEZONDHEID

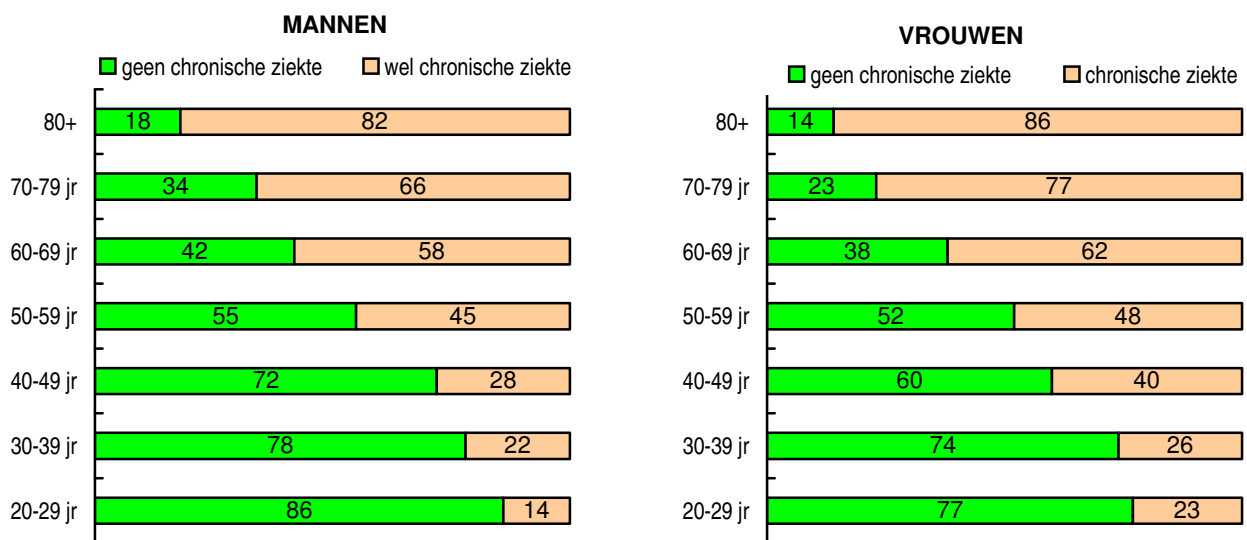
### 4.1. Ervaren gezondheid

De gezondheidstoestand van de bevolking kan in beeld worden gebracht aan de hand van subjectieve en objectieve indicatoren. In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht gegeven van ziekten en aandoeningen en de subjectief ervaren gezondheid. Vervolgens wordt een beknopt overzicht gegeven van enkele aspecten van de registratie van infectieziekten, het Rijksvaccinatieprogramma, de kankerregistratie, GGz casusregister Noord-Nederland en de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker.

#### 4.1.1. Chronische ziekten en aandoeningen in voorafgaande jaar

In de gezondheidsenquête is gevraagd om in een lijst een of meer aandoeningen aan te kruisen die men op dat moment of in de voorafgaande 12 maanden heeft gehad. Leeftijd en geslacht zijn de belangrijkste voorspellers van het hebben van een chronische ziekte (figuur 4.1.1.a.). Bij volwassenen geeft 38% van de mannen en 43% van de vrouwen aan een door een arts vastgestelde chronische ziekte te hebben. Indien 'niet door een arts vastgesteld' wordt meegeteld respectievelijk 49% van de mannen en 58% van de vrouwen. Vrouwen hebben vaker een chronische aandoening dan mannen. In de bijlage (tabel b4.1) staat een overzicht van gerapporteerde chronische ziekten naar geslacht.

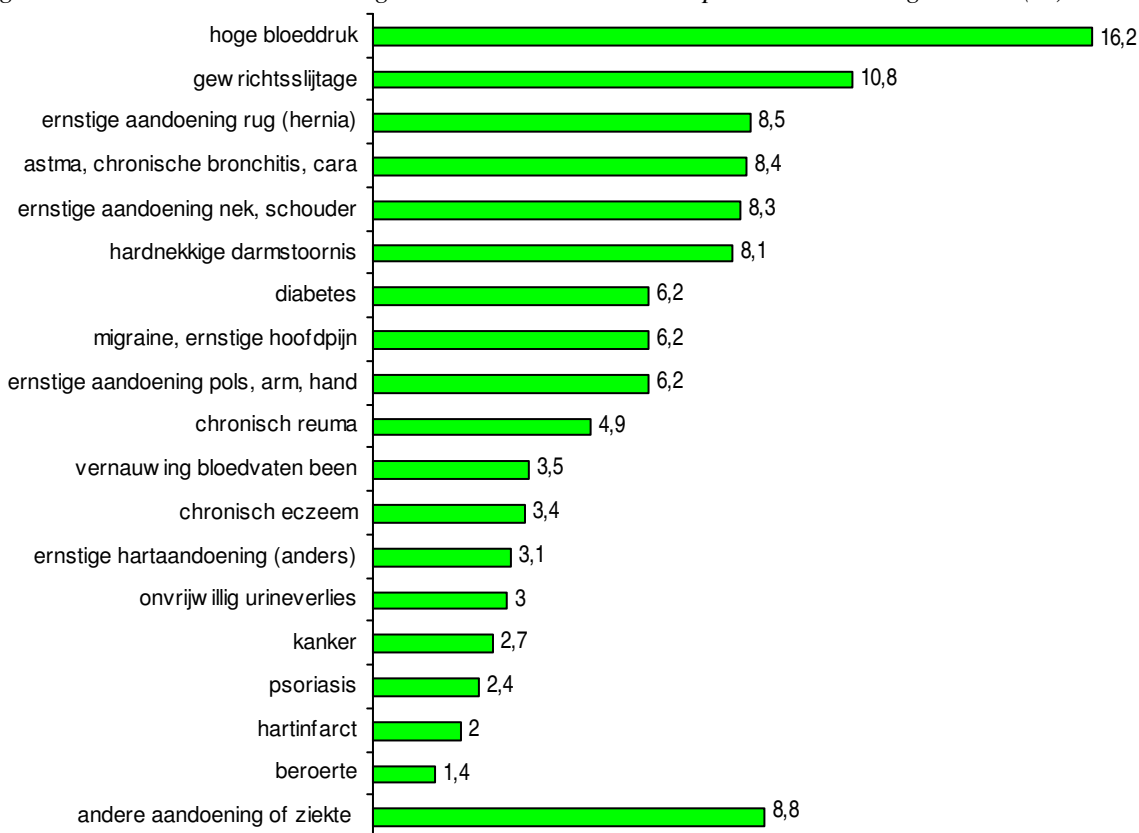
Figuur 4.1.1.a. Chronische ziekte (door arts vastgesteld) in voorafgaande jaar naar leeftijd en geslacht provincie Groningen



De gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen is slechter dan die van autochtone Nederlanders. Het gaat daarbij om de ervaren gezondheid, het aantal chronische aandoeningen (bewegingsapparaat) en psychische problemen (Ned Tijdschr Geneeskd 2006;150:1983-1989).

In figuur 4.1.1.b. staan de gerapporteerde chronische ziekten in rangorde van voorkomen afgebeeld. Hoge bloeddruk, gewrichtsklachten en longproblemen worden het meest gerapporteerd.

*Figuur 4.1.1.b. Door een arts vastgestelde chronische ziekten provincie Groningen 2006 (%)*



#### 4.1.2. Subjectief ervaren gezondheid

In gezondheidsenquêtes wordt vaak gevraagd naar de ervaren gezondheid (ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd). Deze indicator weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de persoon in kwestie. De uitkomst geeft een robuuste voorspelling van de algemene gezondheid. Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op overlijden. Dit lijkt een open deur. Maar er zijn weinig maten die zo sterk voorspellend zijn voor sterfte. Bovendien blijft deze sterke relatie tussen ervaren gezondheid en sterfte bestaan nadat rekening gehouden is met een groot aantal andere factoren waarvan bekend is dat ze sterfte voorspellen. Veelal wordt een tweedeling aangebracht (tabel 4.1.2). De ervaren gezondheid in de provincie Groningen is vergelijkbaar met de landelijke referentiecijfers. Een minder goede ervaren gezondheid hangt samen met een leeftijd (ouder worden), geslacht (vrouwen), sociaaleconomische status (lager opleidingsniveau) en voorgeschiedenis van asielzoeker of vluchteling zijn geweest.

*Tabel 4.1.2. Ervaren gezondheid naar leeftijd en geslacht (%).*

	19-34 jaar		35-49 jaar		50-64 jaar		65 jaar en ouder		Totaal Groningen		Nederland	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Goed, zeer goed of uitstekend	94	92	91	85	77	76	69	58	83	79	83	78
Matig-slecht	6	8	9	15	23	24	31	42	17	21	17	22

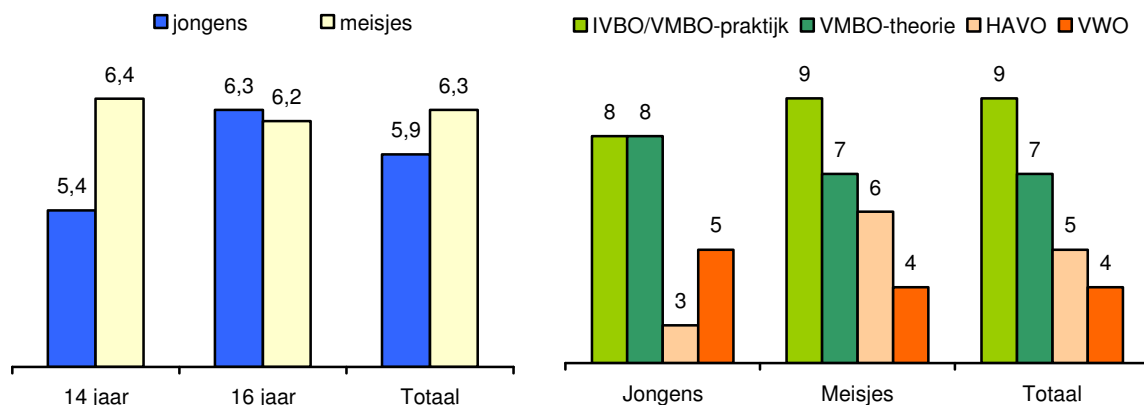
#### 4.1.3. Psychische gezondheid

Uit een groot landelijk onderzoek (Nemesis) blijkt dat twee op de vijf volwassenen ooit in hun leven een of andere psychische stoornis heeft gehad. Bijna een kwart van de volwassenen heeft in het afgelopen jaar een psychische stoornis gehad (zie bijlage tabel b4.5). Naar diagnosegroep ging het op bevolkingsniveau om de volgende stoornissen in het voorafgaande jaar: angststoornis 12%, stemmingsstoornis 8%, stoornis i.v.m. alcohol of drugs 9% (alcohol 8% en drugs 1%). Psychische stoornissen komen relatief vaker voor bij de volgende bevolkingsgroepen: jongvolwassenen, bewoners grote stad, alleenstaanden, mensen met een lage opleiding, werklozen en arbeidsongeschikten.

Uit Nemesis blijkt dat jaarlijks 15% van de bevolking enigerlei hulp voor ernstige psychische problemen (11% in de eerste lijn, 6% ambulante GGz, 0.3% intramurale GGz en 5% zoekt informele zorg). Er is een onvervulde hulpbehoefte voor GGz. Een kwart van de vrouwen met 1 of meer psychiatrische diagnoses geeft aan niet op zoek te zijn gegaan naar hulp, terwijl zij er wel behoefte aan hadden. Bij mannen is dit 10%. De onvervulde hulpbehoefte doet zich vooral voor bij stemmingsstoornissen. Mensen met psychiatrische stoornissen hebben naast een psychiatrische zorgbehoefte, ook behoefte aan steun op andere maatschappelijke terreinen (huisvesting, sociale ondersteuning, aangepast werk). Om die reden zijn er in de GGz in de afgelopen jaren budgetten beschikbaar gemaakt voor zorgvernieuwing en rehabilitatie.

Door de GGD is in het voortgezet onderwijs de ‘Strengths and Difficulties Questionnaire’ (SDQ) aan de leerlingen van klas 2 en klas 4 voorgelegd. Dit is een vragenlijst bestaande uit 25 vragen die inzicht geeft in de sterke kanten van kinderen en ook de moeilijkheden die de ondervraagden ervaren. De score op deze vragenlijsten bepaalt of leerlingen met psychosociale problematiek ervaren of niet. Bij één op de twintig leerlingen in het voortgezet onderwijs (6%) is sprake van psychosociale problematiek. Helaas zijn er in Nederland weinig vergelijkbare gegevens voorhanden. Uit een studie van het Sociaal Cultureel Planbureau (Kinderen in Nederland, 2005) blijkt dat 6% van de kinderen in de leeftijd tot 12 jaar met psychosociale problematiek te maken heeft. Ondanks dat meisjes in Groningen slechter scoren op psychosociale problematiek dan jongens zijn de verschillen niet (statistisch) significant. In het VMBO heeft één op de tien leerlingen psychosociale problematiek tegenover één op de twintig in het HAVO en het VWO. Voor zowel de jongens als de meisjes geldt hoe hoger het opleidingsniveau hoe minder psychosociale problematiek (figuur 4.1.3.a.).

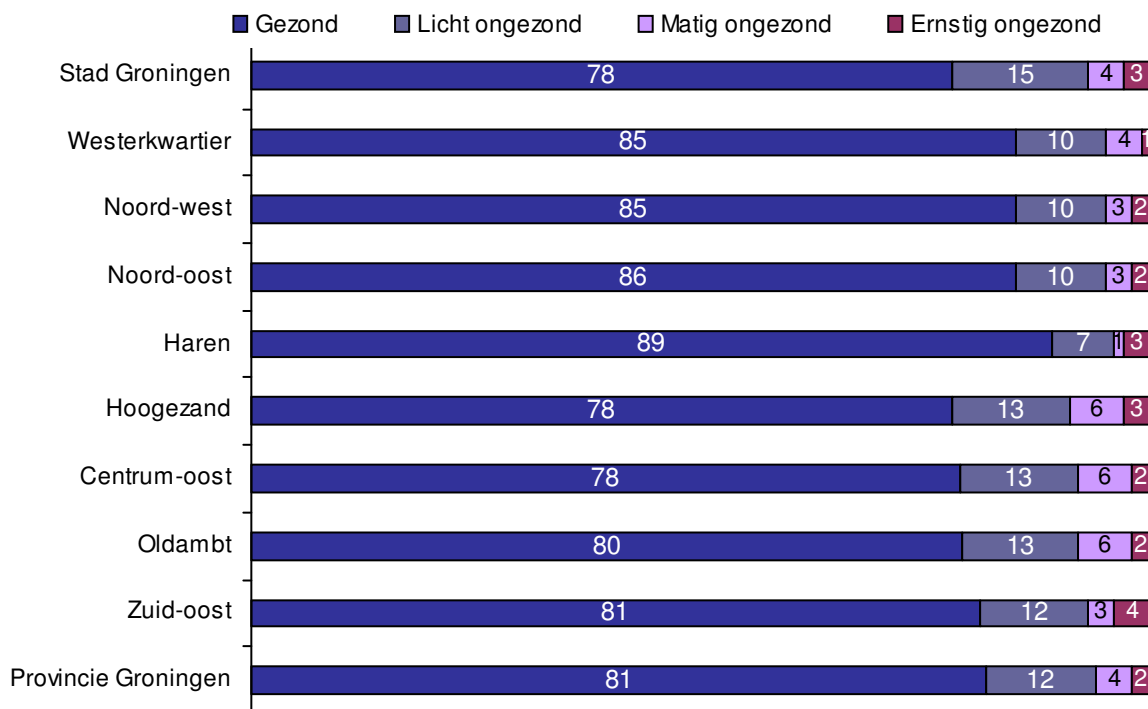
Figuur 4.1.3.a. Psychosociale problemen naar leeftijd, geslacht en onderwijstype (%)



In de dagelijkse praktijk wordt door medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus en de periodiek geneeskundige onderzoeken op scholen) frequent gesignaleerd dat er bij ouders sprake is van ervaren onmacht in de opvoeding. Deze problematiek is niet eenvoudig te classificeren. In de jaarlijkse gemeenterapportages die de stichting JGZ en de GGD maakt is hierover aanvullende informatie te vinden.

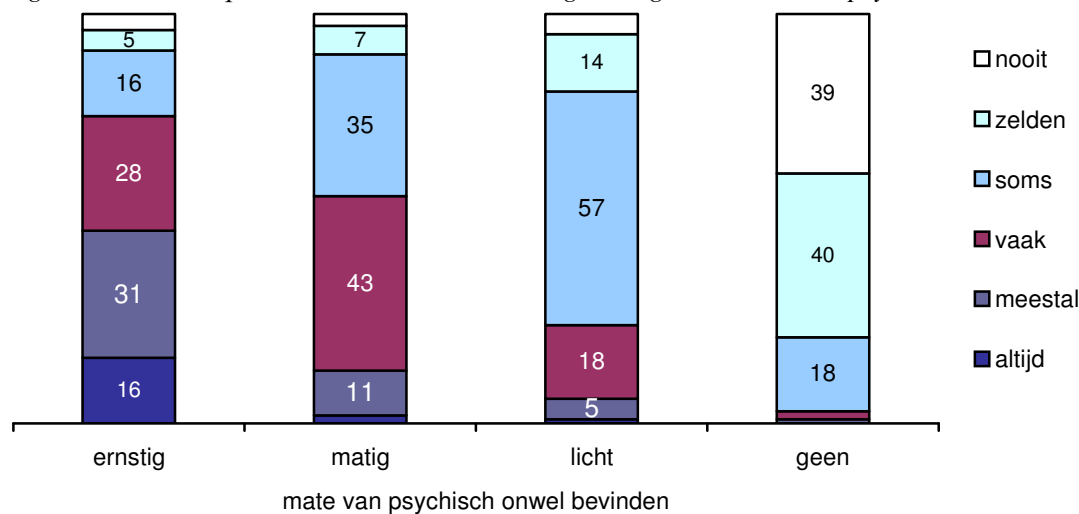
Aan de volwassenen en ouderen in de gezondheidsenquête van 2006 de 'mental health inventory' (MHI) voorgelegd. De MHI is een onderdeel van de veel gebruikte RAND-36-vragenlijst die inzicht in het psychisch welbevinden van de respondenten geeft. De MHI geeft een indicatie voor zowel angst, maar vooral ook depressie. Uit figuur 4.1.3.b. blijkt dat de personen in de regio's Hoogezand (9%), Centrum-Oost (8%) en Oldambt (8%) het laagst scoren op psychisch welbevinden. De regio Haren scoort het hoogst op psychisch welbevinden (4% is matig tot ernstig psychisch ongezond).

Figuur 4.1.3.b. Psychisch welbevinden in de afgelopen 4 weken naar regio (%)



Uit figuur 4.1.3.c. blijkt dat mensen die psychisch niet goed in hun vel zitten last hebben van verlies aan belangstelling om dingen te doen. De wens om daarbij hulp te ontvangen is als volgt: bij ernstige psychische klachten 60% en bij matige ernst van psychisch onwel bevinden 44%.

Figuur 4.1.3.c. Frequentie van verlies van belangstelling naar mate van psychisch onwel bevinden (%)



Asielzoekers en vluchtelingen hebben meer psychische problemen die samenhangen met geweldservaringen in het land van herkomst en moeilijkheden met acculturalisatie in Nederland.



#### 4.1.4. Dementie

Dementie bestaat uit een verzameling van verschijnselen. Bij dementie wijzen deze verschijnselen er allemaal op dat denkprocessen niet meer goed verlopen. Het gaat om geheugenverlies, moeite met aangeleerde vaardigheden en veranderingen in het gedrag. In het begin van deze chronische ziekte vergeten mensen vooral gebeurtenissen die net zijn gebeurd, wat net is gezegd, wat men ging doen. Later ontwikkelen zich stoornissen in de oriëntatie, planningsvaardigheden, algemeen dagelijkse handelingen (aankleden), administratie en rekenen. Karaktereigenschappen kunnen veranderen en gedragsstoornissen kunnen optreden. Patiënten met dementie worden ongedurig, vaak 's nachts onrustig, soms achterdochtig of agressief. Naarmate de ziekte vordert, wordt de patiënt steeds meer van anderen afhankelijk voor de dagelijkse verzorging. Uiteindelijk moeten veel patiënten in een verpleeghuis worden opgenomen. Voordat het zover komt is er al jaren sprake van een toenemende zorgbehoefte in de thuissituatie. Er is behoefte aan een vernieuwd zorgaanbod om mantelzorgers en patiënten met (beginnende) dementie thuis zo lang als mogelijk te ondersteunen.

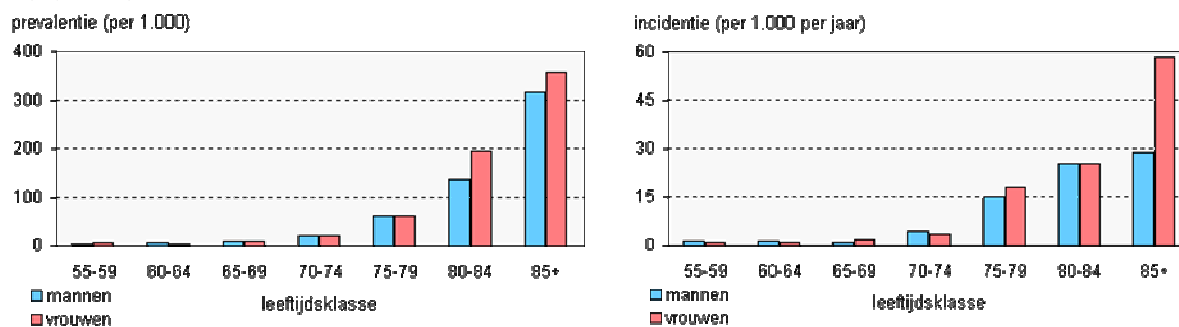
Dementie komt vooral voor bij oudere mensen. Het optreden van dementie is sterk afhankelijk van leeftijd. Van de mensen boven de 80 jaar is bijna een derde te maken met dementiesymptomen. Met de stijgende vergrijzing wordt dementie dan ook een steeds groter wordend probleem. De voor leeftijd gestandaardiseerde prevalentie van dementie (op basis van het ERGO-onderzoek) voor het jaar 2000 wordt geschat op 6,7 per 1.000 mannen en 15,7 per 1.000 vrouwen. Uit tabel 4.1.4. wordt duidelijk dat het om een omvangrijk volksgezondheidsprobleem gaat dat in de nabije toekomst, door de komende vergrijzing, sterk zal toenemen (zie hoofdstuk 2).

Tabel 4.1.4. Raming van het aantal mensen met dementie in de provincie Groningen<sup>a</sup>

	2000	2001	2002	2003	2004
Mannen	1751	1802	1849	1899	1952
Vrouwen	4250	4327	4405	4477	4550
Totaal	6008	6135	6261	6382	6509

<sup>a</sup> Gebaseerd op gegevens Gezondheidsraad, 2002

Figuur 4.1.4. Bestaande (prevalentie) en nieuwe gevallen (incidentie) van dementie in Nederland naar leeftijd en geslacht



Bron: Ott et al., 1996.

Op basis van het ERGO-onderzoek in Rotterdam is geschat dat in het jaar 2000 het aantal nieuwe gevallen van dementie (incidentie) 1,1 per 1.000 mannen en 2,7 per 1.000 vrouwen was. Net als het totaal aantal gevallen, stijgt ook het aantal nieuwe gevallen van dementie sterk met de leeftijd. In het jaar 2000 is volgens een voorzichtige schatting bijna 35 procent van alle dementiepatiënten opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis (Gezondheidsraad, 2002). Door de Gezondheidsraad is berekend dat bij 53% van de verpleeghuisbewoners in Nederland de diagnose dementie is gesteld. Uit het combineren van gegevens uit epidemiologische onderzoeken en verpleeghuiscijfers blijkt dat 18% van alle patiënten met dementie in een verpleeghuis verblijft, 17% in een verzorgingshuis en 65% zelfstandig woont (Gezondheidsraad, Dementie, 2002).

## 4.2. Infectieziekten

Nadat de sterfte door infectieziekten decennia lang sterk afgenomen was door betere hygiënische omstandigheden, betere woningen en goede voeding, werd gedacht dat ziekten veroorzaakt door infecties tot het verleden zouden gaan behoren. Het tegendeel blijkt echter waar.

“Nieuwe” infectieziekten zoals SARS, ziekte van Lyme, legionella staken de kop op. Een toename van de behoefte om in water te recreëren, leidde tot een sterke toename van zwemwateren die gezondheidsklachten bij mens en dier opleveren als gevolg van bacteriële verontreiniging, blauwalgen en zwemmersjeuk. Ziekten waarvan gedacht werd dat ze door vaccinatieprogramma's geëlimineerd zouden worden bleken zich aan te passen en toch weer te gaan verspreiden zoals kinkhoest, mazelen en polio. Anthrax (poederbrieven) en pokken werden door bioterroristische dreigingen weer actueel. Als gevolg van het sterk toegenomen internationale verkeer van zowel mens als dier blijken infectieziekten zich veel sneller over de wereld te verspreiden, waardoor ook in Groningen reële verdenkingen en dreigingen van nieuwe influenzatypen, vogelgriep en SARS voordeden. Landelijke en internationale ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat centraal – via het ministerie van VWS en het RIVM – steeds meer eisen worden gesteld aan de kwaliteit van de regionale infectieziektebestrijding. Een van de missies van de GGD is om de verspreiding van infectieziekten te voorkomen, zowel in de algemene bevolking als in specifieke risicogroepen. Om dat te kunnen doen is een goed inzicht nodig van de verspreiding van infectieziekten in de diverse Groninger gemeenten en het evalueren van diverse interventies in het kader van de bestrijding van infectieziekten. De GGD zal zich moeten voorbereiden op uitbraken van nieuwe, nu nog onbekende infectieziekten.

### 4.2.1. Registratie infectieziekten

Om vroegtijdig te kunnen signaleren welke infectieziekten een dreiging (kunnen gaan) vormen voor de bevolking, is een goede registratie van infectieziekten nodig. Vervolgens kunnen acties worden ondernomen naar de bevolking om verdere verspreiding te voorkomen en naar “centraal”(RIVM) om landelijke tendensen bij te kunnen houden. In de Infectieziektenwet staan een aantal met name genoemde ziekten die artsen bij de GGD moeten melden, zoals legionella, meningitis, kinkhoest en malaria. Minstens zo belangrijk is de registratie en reactie op niet in de wet vastgelegde infectieziekten, zoals zwemwater gerelateerde klachten, schurft, prikaccidenten, en het registreren van nog niet “benoemde” klachten vanuit de bevolking, zoals huidklachten en onbegrepen luchtwegklachten. Om meer inzicht in landelijke ontwikkelingen op het gebied van de verspreiding van infectieziekten te krijgen werkt de GGD mee aan meerdere landelijke projecten van onder anderen het RIVM. De GGD rapporteert meldingsplichtige infectieziekten aan de Inspectie Gezondheidszorg en RIVM. De GGD organiseert ook spreekuren voor tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Voor soa bestaat overigens geen meldingsplicht.

#### 4.2.2. Tuberculose

Het jaarlijks aantal nieuw vastgestelde tuberculose gevallen is de afgelopen decennia meer dan gehalveerd. Toch werden er in Nederland in 2005 nog 1.124 nieuwe patiënten opgespoord (7 per 100.000 per jaar). Tweederde van de nieuwe gevallen wordt vastgesteld bij (vooral 1<sup>e</sup> generatie) allochtonen. Daarom worden alle asielzoekers kort na aanmelding in Nederland gescreend op tbc. Per jaar werden in de provincie Groningen gemiddeld over de periode 2002-2005 62 nieuwe tuberculose patiënten en daarnaast 128 nieuwe besmettingen (nog geen patiënt maar veel wel preventief behandeld) gevonden (tabel 4.2.2). De incidentie (aantal nieuwe patiënten) is hoger dan het landelijke referentiecijfer en wordt verklaard door het relatief grote aantal risicogroepen (asielzoekers in het aanmeldcentrum Ter Apel) dat door de GGD wordt gescreend. De meeste patiënten worden door de GGD gedurende lange tijd behandeld.

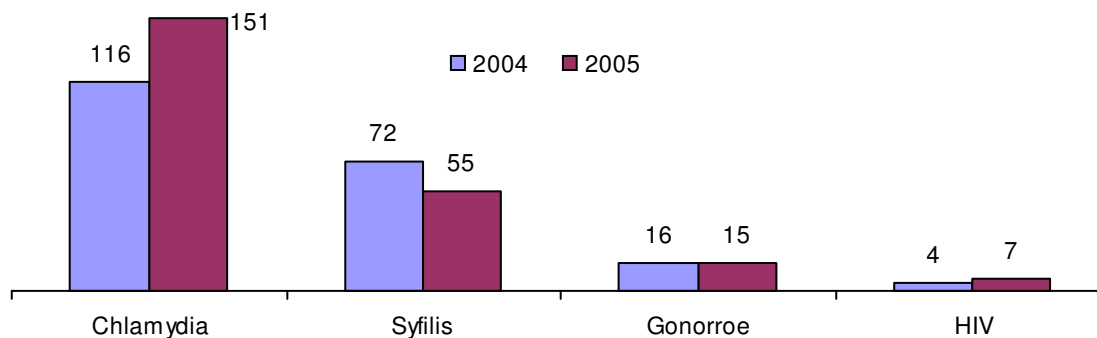
Tabel 4.2.2. Nieuwe besmettingen en patiënten tuberculose in de provincie Groningen per jaar

Jaartal	aantal bezoekers TBC onderzoek	aantal nieuwe TBC-patiënten	incidentie TBC per 100.000	aantal gevonden besmettingen (nog geen patiënt)	nieuwe besmettingen per 100.000
2002	8.535	85	15	152	27
2003	11.819	59	10	132	23
2004	10.175	43	8	92	16
2005	13.392	50	10	134	23

#### 4.2.3. Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (soa)

Een soa-besmetting kan worden opgelopen (en weer overgedragen) zonder dat iemand dat in de gaten heeft. Door veilig te vrijen is de kans op het oplopen van soa minimaal. In Nederland stijgt het aantal vastgestelde soa (chlamydia, HIV, sifylis) sedert enkele jaren. Deze toename van soa wordt verklaard door diverse factoren zoals een grotere alertheid (patiënten vragen vaker om een test), actiever testen door artsen, een toename in onveilig vrijen (vooral bij mannen die vrijen met mannen). Van de mensen met klachten die kunnen passen bij een seksueel overdraagbare aandoening (soa) gaat ongeveer tweederde naar een huisarts. Een huisarts kan eerst een soa-test doen maar ook direct behandelen zonder diagnostiek. Er is geen meldingsplicht in het kader van de infectieziektenwet. De GGD organiseert soa-sprekuren voor personen die mogelijk met een soa besmet zijn (en die niet naar een huisarts kunnen of willen gaan). Deze spreekuren worden gehouden in het GGD-gebouw en in het UMCG. Ook risicogroepen zoals bijvoorbeeld prostituees worden aangemoedigd om deze spreekuren voor soa-screening preventief te bezoeken. In de provincie Groningen werden in 2005 op de soa-sprekuren 1.824 consulten gedaan (1.755 in 2004). In 2005 werd in 1.670 gevallen materiaal afgenomen voor soa-diagnostiek. In de onderstaande tabel wordt het aantal vastgestelde soa van de soa-poliklinieken weergegeven. Het percentage positieve testen verschilt per type soa: chlamydia (9%), syfilis (3,3%), gonorroe (0,9%) en hiv (0,5%). De cijfers uit onderstaande figuur geven géén beeld van het werkelijk aantal soa omdat betrouwbare gegevens van de huisartsen over soa niet voorhanden zijn.

Figuur 4.2.3. Aantal positieve SOA-testen op soa-poli's in de provincie Groningen (2004-2005)



#### 4.2.4. Rijksvaccinatieprogramma

Door vaccinatie tegen besmettelijke ziekten is in de afgelopen decennia grote gezondheidswinst geboekt. Momenteel wordt in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma ingeënt tegen:

- DKTP: difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis op 2,3,4 en 11 maanden, 4 en 9 jaar (DTP-aK);
- HiB: hersenvliesontsteking t.g.v. van haemophilus influenzae type-B op 2,3,4 en 11 maanden;
- BMR: bof, mazelen en rode hond op 14 maanden en 9 jaar.

Het vaccinatiepercentage in de provincie Groningen was in 2004 prima: 98% van de 4-jarigen was voldoende gevaccineerd tegen difterie-tetanus-polio en HiB en 95% tegen kinkhoest en bij 9-jarigen was het voor BMR zelfs 99%. De beschermingsgraad in de provincie Groningen ligt daarmee 2% hoger dan het landelijk gemiddelde (bron Stenn, 2004).

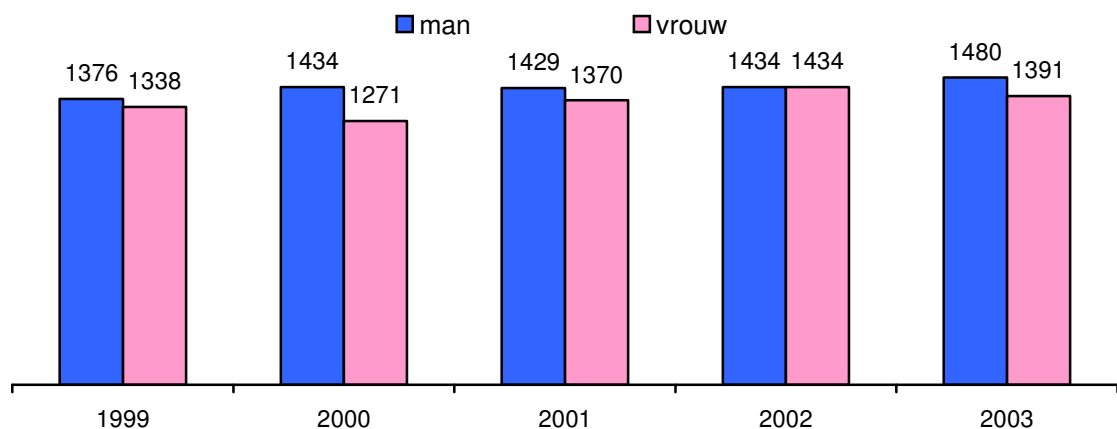
### 4.3. Kanker

Kanker is de verzamelnaam voor een aantal verschillende ziekten. Verschillende vormen van kanker hebben veelal verschillende oorzaken. Er zijn voor sommige vormen van kanker (combinaties van ) risicofactoren bekend maar soms is dat niet het geval. Over het algemeen wordt aangenomen dat roken verantwoordelijk is voor ongeveer een derde van alle gevallen van kanker. Ook factoren in de voeding zouden voor ongeveer een derde van de gevallen een rol spelen (maar het is niet geheel duidelijk om welke bestanddelen in de voeding het gaat). Andere risicofactoren zijn overmatig alcoholgebruik, bepaalde virussen, chronische ontsteking, straling (ultraviolet, radioactief), asbest en chemische stoffen. Erfelijke factoren spelen in 5 tot 20 procent van de gevallen een rol. Op grond van de huidige gegevens krijgen in Nederland ongeveer 4 van de 10 mannen en 3,5 van de 10 vrouwen kanker in de loop van hun leven. Kanker komt vooral voor bij ouderen. Tweederde van de vrouwen die voor het eerst met kanker geconfronteerd worden is 60 jaar of ouder en bij mannen is dat zelfs driekwart (bron: Vereniging van Integrale Kankercentra, Feiten & Fabels, 2005). De kans op het ontstaan en ontdekking van kanker neemt toe met het ouder worden. De behandelingsmogelijkheden verschillen sterk tussen kankersoorten en zijn afhankelijk van het soort kanker (waar is die ontstaan) en hoe vroeg een bepaald soort kanker wordt ontdekt. In onderstaande alinea worden gegevens gepresenteerd over de meest voorkomende vormen van kanker in de provincie Groningen zoals die zijn geregistreerd en geanalyseerd door Integraal Kankercentrum Noord-Nederland.

#### 4.3.1. Gegevens van de kankerregistratie

Het aantal gevallen van kanker is in de provincie Groningen van 1999 tot -2003 met 6% toegenomen. In 2003 werden 2.871 nieuwe gevallen van kanker geregistreerd in Groningen. Na standaardisatie voor leeftijdsopbouw was de incidentie van alle soorten (nieuwe gevallen) van kanker voor mannen en vrouwen respectievelijk 4,8 en 3,9 per 1000 personen per jaar. Dat is iets hoger dan het landelijk referentiecijfer. Aangezien bij 1<sup>e</sup> generatie allochtonen het optreden van kanker lager is dan bij autochtonen kan het relatieve lage aantal allochtonen in de provincie Groningen een gedeeltelijke verklaring geven. Het hogere percentage rokers in de provincie Groningen in de afgelopen decennia zal ongetwijfeld ook hebben bijgedragen aan de hogere kankerincidentie.

Figuur 4.3.1. Aantal nieuwe gevallen kanker per jaar provincie Groningen 1999-2003 (bron: IKN)



In de provincie Groningen (1999-2003) ziet de top-5 van nieuwe patiënten met kanker er als volgt uit.

*Man:* (1) prostaat (2) long (3) dikke darm (4) huid (5) blaas.

*Vrouw:* (1) borst (2) dikke darm (3) long (4) baarmoederlichaam (5) huid .

Deze rangorde wijkt af van de sterfteoorzaken door kanker omdat bepaalde vormen van kanker beter te behandelen zijn (borstkanker, huidkanker, prostaat, darmkanker) dan andere soorten kanker (long, maag). In de bijlage (tabel b4.6) staat gedetailleerde informatie over het aantal kankergevallen naar geslacht en hoe deze aantallen zich verhouden ten opzichte van landelijke referentiecijfers. Hieruit blijkt dat, na standaardisatie voor leeftijd, in de provincie Groningen (1999-2003) ten opzichte van Nederlandse referentiecijfers, de volgende soorten kanker significant vaker optreden: long, borst (zie alinea 4.3.2), huidkanker en baarmoederlichaam.

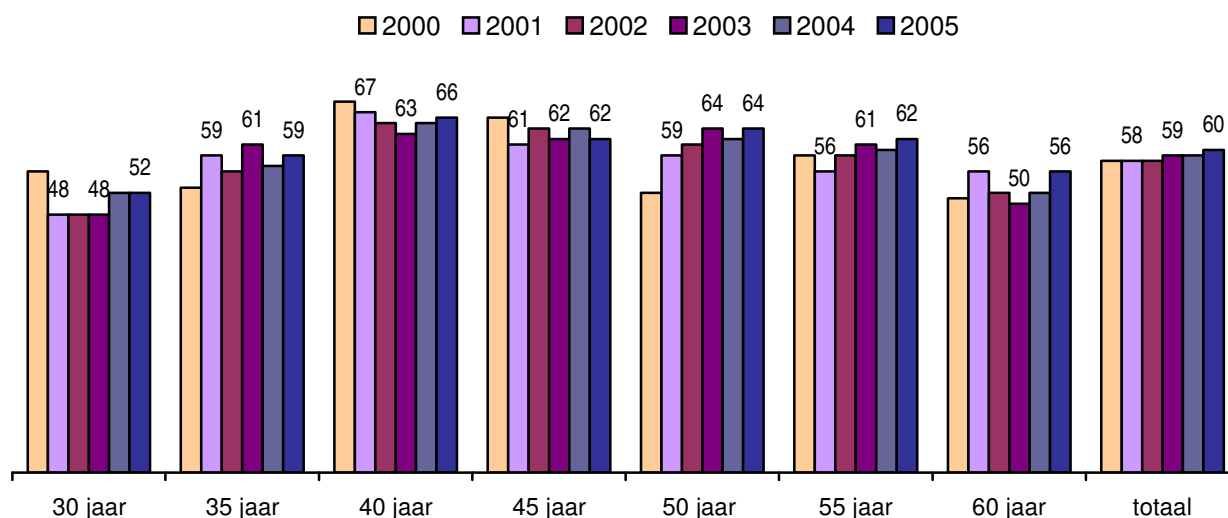
#### 4.3.2. *Bevolkingsonderzoek borstkanker*

In de provincie Groningen overleden in de periode 1999-2003 gemiddeld 125 vrouwen per jaar door borstkanker. Dit komt overeen met het landelijke referentiecijfer. Een op de acht vrouwen krijgt borstkanker. Bekende risicofactoren kunnen minder dan de helft van alle gevallen verklaren. Bekende risicofactoren voor borstkanker zijn borstkanker in de familie (5% van alle borstkankergevallen wordt hierdoor verklaard), kinderloosheid, 1<sup>e</sup> voldragen zwangerschap op latere leeftijd, 1<sup>e</sup> menstruatie op jongere leeftijd, late overgang en overgewicht na de overgang. Ook hormoongebruik (o.a. de pil) verhoogt de kans maar het aantal vrouwen dat hierdoor kanker krijgt is zeer gering. Verder verhoogt het drinken van 3 of meer glazen alcohol per dag het risico en naar schatting 7,5% van de borstkankergevallen is hierop herleidbaar. Borstvoeding en voldoende lichaamsbeweging verlagen de kans op het ontstaan van borstkanker. In Nederland krijgt 1 op de 3 baby's borstvoeding tot 3 maanden en minder dan 1 op de 5 krijgt borstvoeding tot 6 maanden (advies WHO). In Nederland wordt het bevolkingsonderzoek georganiseerd om borstkanker vroegtijdig op te sporen. Door dit bevolkingsonderzoek is de sterfte aan borstkanker geleidelijk gedaald. Om de twee jaar worden vrouwen van 50-74 jaar uitgenodigd om een mammografie te laten maken. Het bevolkingsonderzoek borstkanker wordt uitgevoerd door stichting BBNN (Bevolkingsonderzoek Borstkanker Noord-Nederland). De deelname is hoog, 82% (2003-2004) (zie deelname per gemeente bijlage tabel b4.8). Uit CBS-gegevens blijkt dat de deelname in de provincie Groningen gelijk is aan het landelijk referentiecijfer. In 2002-2003 werd bij 1,3% van de deelnemers een verdachte uitslag gevonden. Bij deze verdachte uitslagen werd in minder dan de helft van de gevallen (in 2003 bij 33% en in 2004 in 42%) borstkanker vastgesteld. Uit landelijke cijfers blijkt dat vijf jaar na ontdekking van borstkanker 85% van de patiënten nog in leven is. De invoering van screening op borstkanker in de provincie Groningen onder vrouwen van 70 jaar en ouder gebeurde iets later dan elders in Nederland. Bij de invoering van het screeningsprogramma worden altijd meer nieuwe gevallen ontdekt. Dit is weerspiegeld in de het hogere referentiecijfer van borstkanker bij Groninger vrouwen in de periode 1999-2003 (zie alinea 4.3.1.).

#### 4.3.3. Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

In de provincie Groningen overleden in de periode 1999-2003 jaarlijks gemiddeld 10 vrouwen door baarmoederhalskanker (zie bijlage tabel b3.1). Dat is iets hoger dan landelijke referentiecijfers maar dit verschil kan door toevalsschommelingen verklaard worden. Door periodiek een uitstrijkje te maken van de baarmoederhals kunnen voorstadia van kanker vroegtijdig opgespoord worden. Daarom wordt in heel Nederland sedert 1990 het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker georganiseerd. Het duurt lang voordat afwijkingen in de baarmoederhals zich ontwikkelen tot een kwaadaardige kanker. Uit oogpunt van kosteneffectiviteit worden vrouwen vanaf de leeftijd van 30 jaar één keer per vijf jaar opgeroepen voor deelname aan dit bevolkingsonderzoek. In de provincie Groningen wordt de coördinatie van de uitvoering gedaan door de Stichting Preventieve Gezondheidszorg Groningen (SPGG). De GGD Groningen vraagt bij de Groninger gemeenten persoonsgegevens aan uit de gemeentelijke basisadministratie. Door de GGD worden vrouwen in de doelgroep (30, 35, 40, 45, 50, 55 en 60 jaar) opgeroepen voor het maken van een uitstrijkje van de baarmoederhals. Dit uitstrijkje wordt gemaakt door de eigen huisarts of de doktersassistente. Het percentage deelname in de provincie Groningen (59%) is iets lager dan het landelijk gemiddelde (63%). In 2005 werden in de provincie Groningen 27.827 vrouwen uitgenodigd voor deelname waarna 16.702 vrouwen deelnamen. De ervaring in de afgelopen jaren heeft uitgewezen dat minder dan de helft van de vrouwen gehoor geven aan de 1<sup>e</sup> schriftelijke oproep tot deelname aan dit bevolkingsonderzoek. Daarom worden vrouwen die niet verschijnen bij hun huisarts nog één keer uitgenodigd (ditmaal vanuit de administratie van de huisartspraktijk). In onderstaande tabel wordt de deelname naar leeftijd weergegeven (bron SPGG). In de provincie Groningen werd in 2005 door 60% van de doelgroep deelgenomen. Het deelnamepercentage per gemeente varieert van 50%-69% (zie bijlage tabel b4.9). Zeven procent van de doelgroep stuurde een antwoordkaart terug met reden van niet deelname. Op basis daarvan is een beschermingsgraad van 65% berekend. Dat is 5% lager dan het landelijke referentiecijfer (bron: CVZ, Preventie in cijfers, 2006). In de provincie Groningen werden per 1.000 deelnemers 6 vrouwen doorverwezen naar de gynaecoloog voor vervolgonderzoek en/of behandeling (bron gegevens Stichting Preventieve Gezondheidszorg Groningen). Bij 30-jarige vrouwen (1<sup>e</sup> uitstrijkje) worden verhoudingsgewijs de meeste afwijkingen gevonden (1,2% versus 0,2% bij 60-jarige vrouwen).

Figuur 4.3.3. Deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker provincie Groningen (%)





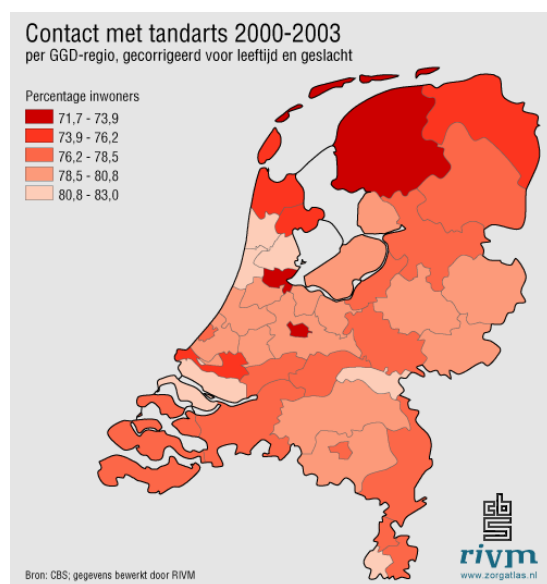


## 5. ZORG

In de gezondheidsenquête is gevraagd naar gebruik van diensten van hulpverleners. Tevens is gevraagd in hoeverre men tevreden is over de dienstverlening en deskundigheid van hulpverleners.

### 5.1. Consultatie hulpverleners gezondheidszorg en medicijngebruik

In de voorafgaande 2 maanden heeft 39% van de respondenten een huisartsbezoek gemaakt (waarvan viervijfde eenmalig). In het voorafgaande jaar heeft 73% van de Groningers contact gehad met een huisarts (vergelijkbaar met landelijke cijfers). Tweederde van de Groningers heeft in het voorafgaande jaar contact gehad met een tandarts en dat is veel lager dan (gedateerde) landelijke referentiecijfers.



Reeds in de periode 2000-2003 was het tandartsbezoek van Groningers 4% lager dan landelijk. GGD's hebben zich, in het kader van de Monitor Volksgezondheid (GGD-NL, RIVM, TNO), gecommitteerd aan landelijk uniforme vraagstellingen in gezondheidsenquêtes. Vergelijking van de zorgconsumptie met eerdere Groninger gezondheidsenquêtes is daarom niet goed mogelijk omdat in vroegere vragenlijsten is gevraagd naar de contactfrequentie in de voorafgaande 3 maanden (en in 2006 naar contact in het afgelopen jaar). Het bezoek aan een tandarts is lager bij personen met een laag opleidingsniveau. Een mogelijke verklaring is de wijziging in de polisvoorwaarden van de zorgverzekering in 2003-2004 (geen vergoeding diagnostische foto's, geen vergoeding tandartskosten voor volwassenen in basispakket). Ook de kosten voor een aanvullende verzekering zijn gestegen.

Verder hebben Groningers vaker een kunstgebit wat betekent er minder behoefte is aan periodiek controle bij een tandarts. Hoewel de polisvoorwaarden voor het gebruik van fysiotherapie in de basisverzekering tegen ziektekosten zijn verslechterd is het gebruik van de fysiotherapie niet veranderd ten opzichte van de gedateerde landelijke referentiecijfers. Beneden de leeftijd van 50 jaar gebruiken vrouwen meer zorg dan mannen. Vanaf de leeftijd van 50 jaar is het zorggebruik van mannen en vrouwen vergelijkbaar. Het hogere gebruik van thuiszorg en fysiotherapie door vrouwen ouder dan 65 jaar kan worden verklaard door twee factoren: (i) vrouwen worden ouder dan mannen en (ii) bejaarde vrouwen zijn veel vaker dan mannen alleenstaand (zie ook burgerlijke staat alinea 2.1.2). Verder valt op dat vrouwen vaker gebruik maken van alternatieve genezers. In de bijlage (tabel b5.1) staat de zorgconsumptie naar regio weergegeven.

Tabel 5.1. Contact met medische hulpverleners in de afgelopen 3 maanden (%)

Type hulp	19-34 jaar		35-49 jaar		50-64 jaar		65 jaar en ouder		Totaal Groningen	Nederland 2000-2003
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw		
huisarts	55	76	61	74	77	77	82	86	73	75
doktersdienst (buiten kantooruren)	10	14	7	7	8	9	9	9	9	onbekend
tandarts	76	84	79	84	62	68	39	39	65	78
medisch specialist	21	31	25	32	40	41	55	54	35	38
fysiotherapeut	12	16	17	22	15	23	18	24	16	17
ggz	5	4	6	5	2	3	2	3	4	onbekend
thuiszorg	2	4	2	3	1	5	12	23	4	onbekend
alternatief genezer	3	6	4	9	4	6	3	5	8	7

Met het ouder worden stijgt het gebruik van medicijnen op doktersrecept en daalt het gebruik van zelf gekochte medicijnen. Tot de leeftijd van 65 jaar krijgen vrouwen vaker medicijnen voorgeschreven door een arts dan mannen. In de provincie Groningen heeft tweederde van de bevolking in de voorafgaande jaar medicijnen op voorschrift van de arts gebruikt. Eveneens tweederde van de respondenten heeft in het voorafgaande jaar geneesmiddelen zonder recept gebruikt. Vrouwen gebruiken vaker zelf gekochte geneesmiddelen dan mannen.

Tabel 5.1.1. Medicijngebruik naar leeftijd en geslacht in het afgelopen jaar provincie Groningen (%)

Medicijnen	19-34 jaar		35-49 jaar		50-64 jaar		65 jaar en ouder		Totaal
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	
door arts voorgeschreven	40	55	48	63	68	71	79	79	63
zelf gekocht	52	72	57	77	45	58	35	47	66

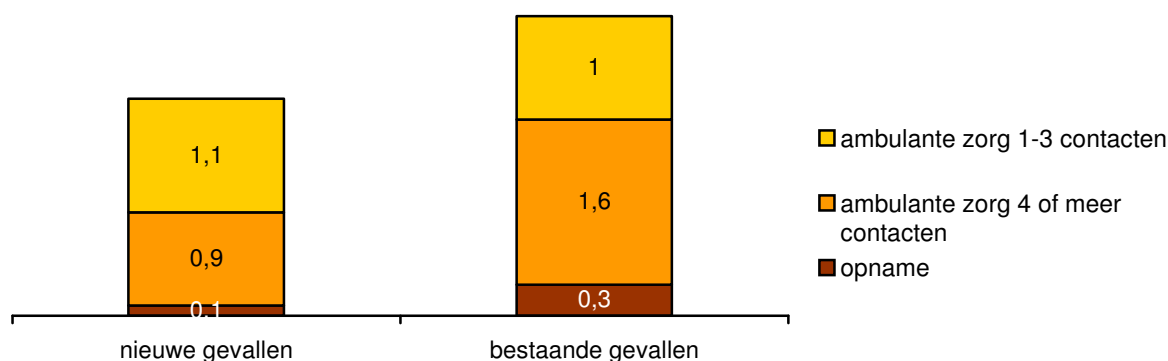
Acht procent van de Groningers heeft in de voorafgaande 2 weken, op voorschrift van een arts, een slaap- of kalmeringsmiddel gebruikt. Het gebruik neemt toe van 2% bij 19-34 jarigen tot 16% bij personen van 65 jaar en ouder. Het gebruik van kalmerende middelen komt overeen met het jaar 2002. Er bestaan geringe verschillen tussen regio's (zie bijlage figuur b5.2).

## 5.2. Contacten met de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg

### 5.2.1. Geestelijke gezondheidszorg (GGz)

In het psychiatrisch Casus Register Noord-Nederland (PCRN) worden anoniem alle contacten van patiënten met de geestelijke gezondheidszorg (alle GGz-instellingen), verslavingszorg of forensische psychiatrie geregistreerd. Binnen het PCRN worden nog onvoldoende systematisch diagnoses vastgelegd maar de verwachting is dat dit vanaf 2006 zal verbeteren door de gewijzigde financieringssysteem van de zorgverzekeraars. Door koppeling op persoonsniveau worden dubbeltellingen voorkomen en ontstaat er een beeld van de behandelde psychiatrische ziektelast. Op persoonsniveau en type behandeling zijn wel betrouwbare gegevens beschikbaar. In het jaar 2003 had 5,1% van de Groninger bevolking een of andere vorm GGz-zorg. In 2003 werd 2,1% van de Groninger bevolking als nieuwe cliënt bij de GGz met een behandeling begonnen en 2,9% had reeds een behandelcontact. In 2003 ontving 0,4% van de bevolking intramurale GGz-zorg waaronder inbegrepen beschermde woonvormen (RIBW-zorg). In de bijlage worden de percentages en aantallen per gemeente weergegeven (tabel b5.2 en tabel b5.3).

Figuur 5.2.1. GGz-zorggebruik (aantal per 100 inwoners) provincie Groningen in 2003 (bron PCRN)

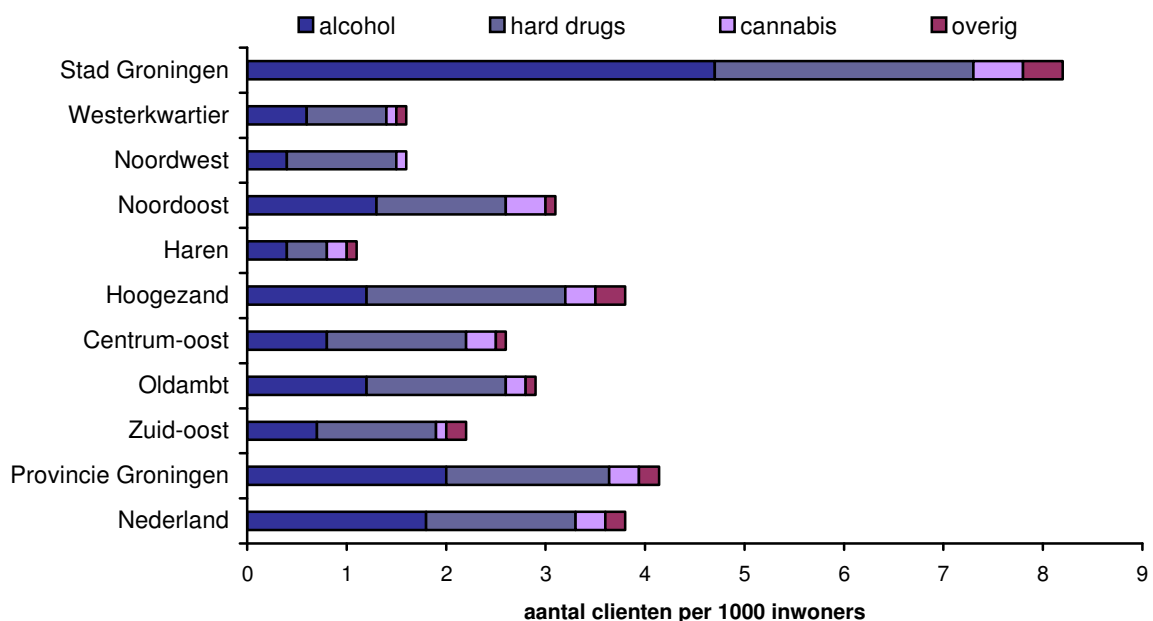


### 5.2.2. Verslavingszorg

Veel mensen drinken alcohol of gebruiken drugs. Bij de meesten is het gebruik gematigd, maar bij een deel is het gebruik langzaam aan overgegaan in overmatig gebruik, misbruik of zelfs afhankelijkheid (verslaving). De grenzen zijn niet altijd even duidelijk. Bij *misbruik* is er een patroon van onaangepast gebruik van een middel waardoor er herhaaldelijk problemen op het werk/school of thuis ontstaan, er herhaaldelijk problemen met politie of justitie ontstaan, er voortdurend problemen op sociaal of relationeel gebied ontstaan of waarbij het middel in situaties waarin dat gevaarlijk is of kan zijn, gebruikt wordt (autorijden). Er is dan nog geen sprake van afhankelijkheid. Bij *verslaving* heeft de betrokkene de controle over het gebruik van het middel verloren of er is sprake van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Verslaving is een chronische ziekte waaraan een biologische kwetsbaarheid ten grondslag ligt. Door een combinatie van biologische, psychische en sociale factoren ontwikkelt verslaving zich geleidelijk tot een chronische ziekte en dat gaat gepaard met (veelal duurzaam) verlies van autonomie. Er is sprake van een verstoord beloningssysteem in de hersenen waarbij normale patronen van beloning en bekrachtiging van 'gezond' gedrag verloren zijn gegaan. Verslaafden worden daardoor zorgafhankelijk en de uitdaging voor de maatschappij (en de verslavingszorg in het bijzonder) is om passende zorgprogramma's te ontwikkelen en aan te bieden. In preventief opzicht kan belangrijke winst geboekt worden wanneer individuen een beter inzicht kan worden geboden in hun individuele kwetsbaarheid en risicofactoren.

Het bereik van de verslavingszorg wisselt per soort verslaving. Het bereik van de verslavingszorg wordt geschat op 50% voor opiaten, 18% voor cocaïne, 4% voor gokken, 3% voor alcohol en 1% voor cannabis. Het gecombineerde gebruik van middelen wordt gezien als problematisch druggebruik. Van nieuw ingeschreven gebruikers die contact zoeken met de verslavingszorg gebruikt 61% 1 middel, 26% 2 middelen en 13% 3 of meer middelen (bron Ladis, 2004). Het aantal probleemdruggebruikers (3 per 1000 inwoners 15-64 jaar) is in Nederland relatief laag vergeleken met andere Europese landen (EMCDDA 2005/VTV 2006). In 2005 hadden 4,1 per 1000 Groningers contact met Verslavingszorg Noord-Nederland (2.378 cliënten). De onderverdeling naar type verslaving was harddrugs zoals cocaïne/heroïne/speed die veelal door gecombineerd worden gebruikt (49%, n=1.158), alcohol (40%, n=942), cannabis (7%, n=173) en overig (5%, n=106). Het aantal verslaafden in contact met de verslavingszorg is het hoogst in de stad Groningen. Ten opzichte van 10 jaar geleden is de sterkste toename van de hulpvraag bij cocaïnegebruikers (3,5x) en cannabis (2x) terwijl de hulpvraag van opiaatverslaafden met 7% is afgenomen.

Figuur 5.2.2. Aantal cliënten in contact met verslavingszorg per 1000 inwoners in 2005

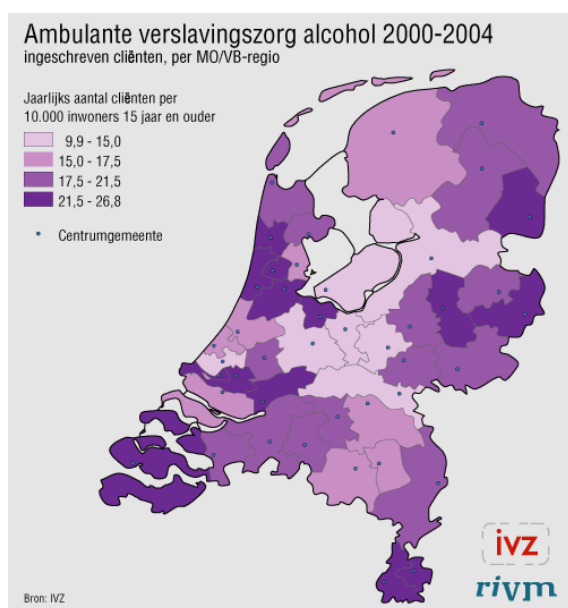


De gemiddelde leeftijd van cliënten in de verslavingszorg is de afgelopen jaren toegenomen. De gemiddelde leeftijd van cliënten in zorg verschilt per middel. Uit landelijke gegevens blijkt dat het precieze midden van de leeftijd per middel als volgt is: cannabis (25 jaar), cocaïne (30 jaar), gokken (32 jaar), opiaten (35 jaar) en alcohol (43 jaar). Met name de groep opiaatverslaafden wordt gemiddeld ouder doordat er minder jonge mensen aan opiaten verslaafd raken.

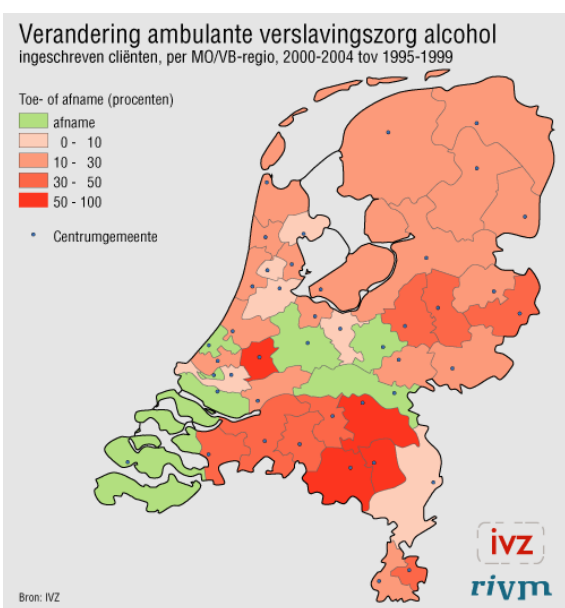
Het aantal personen die vanwege hun alcoholgebruik in contact zijn met de verslavingszorg is in de provincie Groningen vergelijkbaar met landelijke referentiecijfers (figuur 5.2.3.a). Alcoholcliënten in Groningen zijn gemiddeld 44 jaar oud en zoeken relatief laat contact met zorgverleners (harddrugs gemiddeld 40 jaar en cannabis gemiddeld 28 jaar). Gegeven het feit dat overmatig alcoholgebruik op bevolkingsniveau veel voorkomt, duurt het lang voordat personen die overmatig drinken de ingang naar de verslavingszorg weten te vinden. Geschat wordt dat ongeveer 3% van de problematische alcoholgebruikers contact heeft met de verslavingszorg. Dit heeft deels met de culturele context te maken en deels met ontkenning en/of onderschatting van deze problematiek. Bij Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) is de hulpvraag van Groningers met een alcoholprobleem in de afgelopen jaren met 16% toegenomen (figuur 5.2.3.b). Uit onderzoek is bekend dat personen die afhankelijk zijn van alcohol twee tot drie keer zo vaak last hebben van angst- en stemmingsstoornissen. In die zin kan het overmatige gebruik van alcohol opgevat worden als een vorm van zelfmedicatie. Voor hulpverleners is het zaak om voldoende aandacht te geven aan de onderliggende psychologische en psychiatrische problemen zodat daarvoor deskundige hulp gezocht kan worden.

Het aantal cliënten die opiaten (methadon, heroïne) gebruiken in contact met de verslavingszorg is in de provincie Groningen hoog in vergelijking met landelijke referentiecijfers (figuur 5.2.3.c.). Het gegeven dat relatief veel Groningers methadon gebruiken kan opgevat worden als een indicatie dat er veel kwetsbare personen in Groningen zijn. Dit gegeven kan ook verklaard worden door een goed bereik van de verslavingszorg. Uit gegevens van het landelijk informatiesysteem alcohol en drugs blijkt dat het aantal opiaatcliënten in de provincie Groningen in de periode 2000-2004 t.o.v. 1995-1999 met 7% afgenomen. De piek in het aantal opiaatcliënten lag in Groningen in het jaar 1998 met 1321 cliënten (ten opzichte van 941 opiaatcliënten in 2005). Verslaving komt nooit alleen. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat heel veel opiaatgebruikers een leven met chronische stress leiden en last hebben van andere ziekten (schizofrenie, depressie, ADHD, posttraumatische stress stoornis).

Figuur 5.2.2.a.

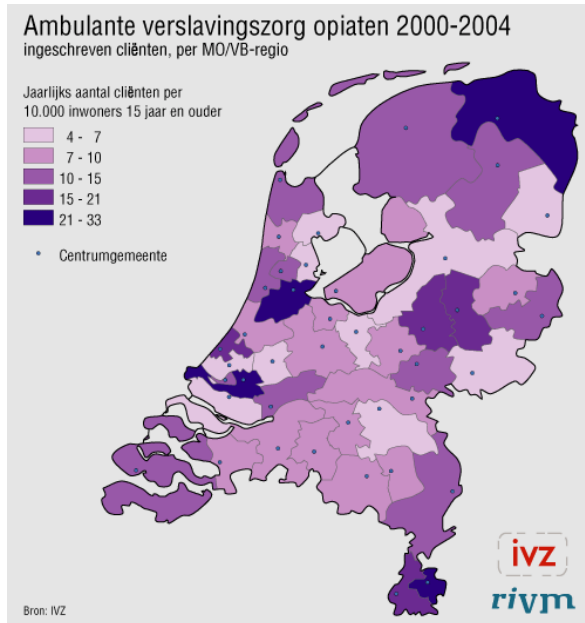


Figuur 5.2.2.b.

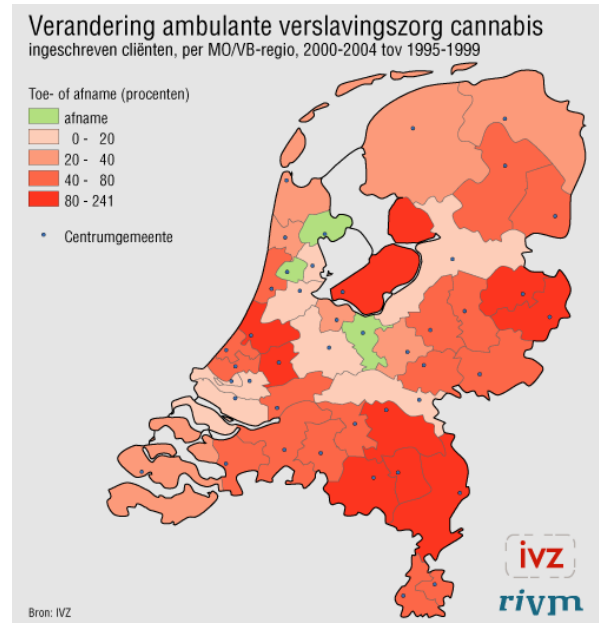


De meeste opiaatgebruikers (73%) roken hun middelen, 11% injecteert drugs (en loopt daarbij extra risico's (besmettingsrisico met HIV- en hepatitis). De overige 16% gebruiken andere methoden (slikken, snuiven). Het percentage problematische opiaatgebruikers (gecombineerd gebruik van middelen, spuiten van drugs, e.d.) in Nederland is lager dan in omliggende landen.

*Figuur 5.2.2.c.*



*Figuur 5.2.2.d.*



Cannabis is de meest gebruikte drug in Nederland. Vooral adolescenten en jong volwassenen roken cannabisproducten (33% in het voorafgaande jaar). In 2006 Groningen gebruikt 3% van de Groninger bevolking 19-64 jaar cannabis in de voorafgaande maand (specifieke gegevens over cannabis gebruik zie alinea 6.2). In de verslavingszorg in de provincie Groningen was in 2005 7% van de cliënten in zorg vanwege gebruik van cannabis als primair probleem. De hulpvraag om van een cannabisverslaving af te komen is in de periode 2000-2004 met 37% toegenomen (figuur 5.2.3.d.).

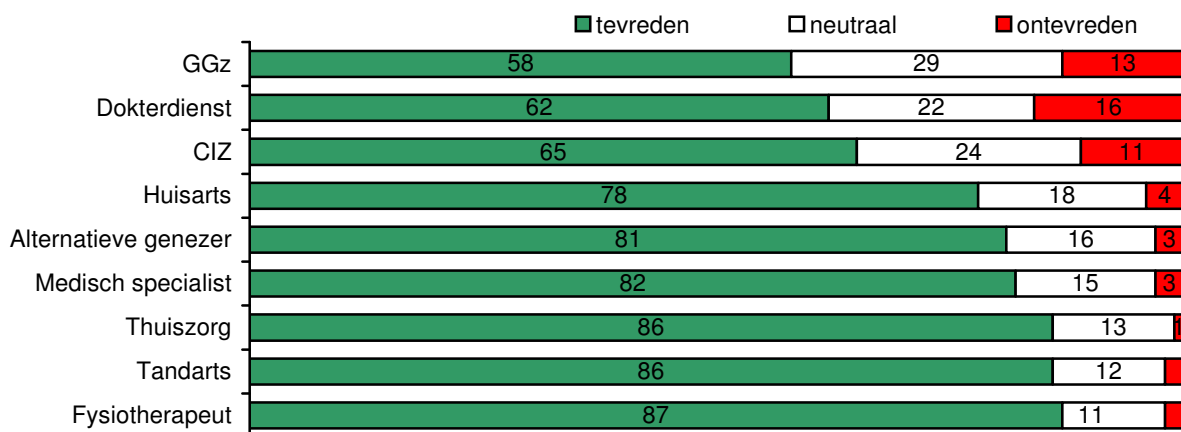
### 5.2.3. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

Een aantal maatschappelijke ontwikkelingen hebben bijgedragen aan de toenemende aandacht voor OGGZ. Vermeldenswaard zijn de frequente aanwezigheid psychische problemen (zie alinea 4.1.3), toename kwetsbare groepen (allochtonen, asielzoekers), extramuralisering waardoor zorg aan GGz – doelgroep dichter aan huis wordt aangeboden, meer moeilijk bereikbare mensen met complexe problemen, geleidelijke afname mantelzorg en onderkenning van het belang van vroegtijdige signalering. De overheid (gemeenten en rijk) is wettelijk verantwoordelijk voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz). De geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg zijn verantwoordelijk voor het behandelen van individuele (psychiatrische) patiënten. Deze taken overlappen elkaar, zeker waar het om preventieve OGGz gaat. Daarom zijn goede afspraken nodig om te komen tot zorgketens deze doelgroep van sociaal kwetsbare mensen te kunnen ondersteunen. De OGGz-doelgroep bestaat uit mensen met geestelijke problemen, die gezien hun omstandigheden zorg of opvang nodig hebben, maar er geen of onvoldoende gebruik van maken. Verschillende (samenwerkingsverbanden van) Groninger gemeenten hebben een speciaal OGGz-meldpunt (Groningen, Leek, Delfzijl en Hoogezand-Sappemeer, Grootegast-Marum-Zuidhorn). Hier kunnen organisaties en instellingen, maar ook burgers, hun zorgen melden. Op het moment dat een melding bij het OGGz-team binnenkomt, inventariseert de OGGz-medewerker of betrokkene bekend is bij een hulpverleningsinstelling. Wanneer de betrokkene geen lopend hulpverleningscontact heeft, probeert de OGGz-medewerker contact te leggen met de betrokkene en/of diens omgeving. De OGGz-medewerker brengt de situatie in kaart en inventariseert ter plaatse de problemen. Daar waar de betrokkene contact mijdt zal de OGGz-medewerker een actieve houding aannemen om contact te krijgen. Omdat het vaak langdurige problematiek betreft, wordt de betrokkene uiteindelijk verwezen naar een hulpverlenende instelling (veelal binnen het samenwerkingsverband) die hem kan ondersteunen in het vinden van oplossingen voor zijn problemen. Er bestaat bij de OGGz-netwerken in de provincie Groningen nog geen uniforme registratie van cliënten waardoor kenmerken en eventuele overlap van de doelgroep nog niet goed bekend is. Ook worden door de OGGz-netwerken verschillende werkwijzen gehanteerd waardoor de aantallen besproken cliënten onderling moeilijk vergelijkbaar zijn. Het aantal cliënten per 1000 inwoners varieert van 2 tot 4 per 1000 inwoners.

### 5.3. Tevredenheid over hulpverleners

In de gezondheidsenquête is gevraagd aan mensen, die in het voorafgaande jaar contact hadden gehad met een zorgverlener of instantie, in hoeverre men tevreden was over de dienstverlening. Uit figuur 5.3. blijkt dat het niveau van tevredenheid hoog was. In vergelijking met 2002 is de tevredenheid over thuiszorg verbeterd. Ook de tevredenheid over huisartsenzorg buiten kantooruren (DDG) is toegenomen (2x zo veel personen tevreden en een lager percentage ontevreden). Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is de instantie die mensen die door ziekte, handicap of ouderdom afhankelijk worden van anderen indicaties voor zorg beoordelen (zelfstandig blijven wonen of indicatie voor een verpleeg- of verzorgingshuis; wie doet het huishouden, thuiszorg, etc.).

Figuur 5.3. Mate van tevredenheid over dienstverlening zorgverleners bij patiënten (%)



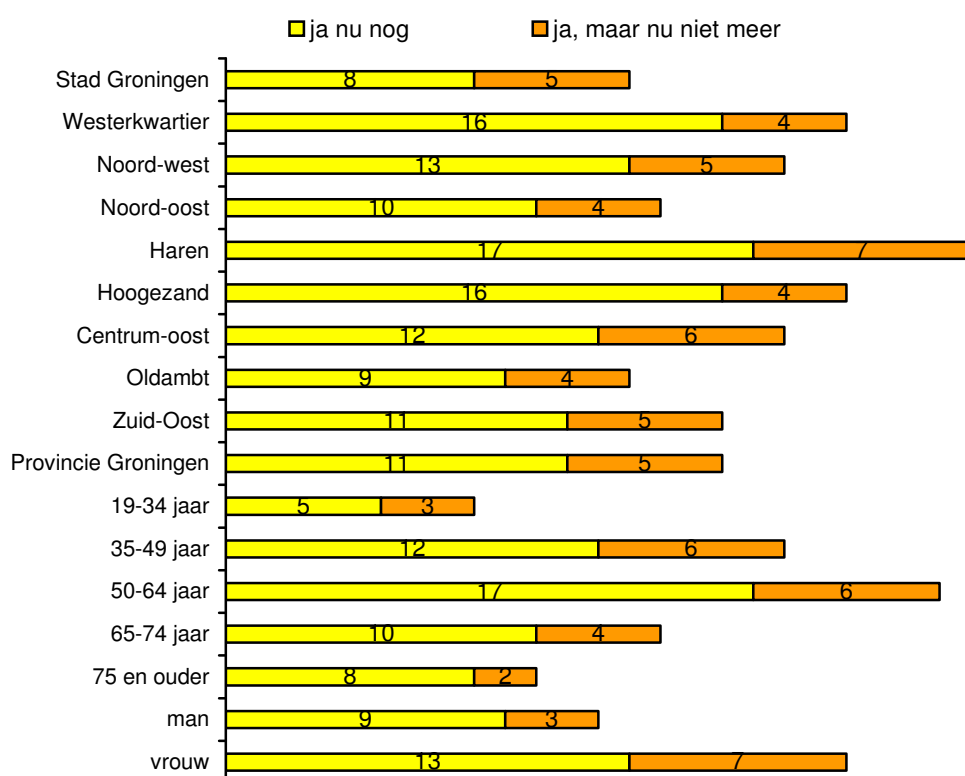
## 5.4. Mantelzorg

Mantelzorg is de zorg die men geeft aan een bekende (partner, familie, buren of vrienden) als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit helpen bij het huishouden doen, wassen/aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoort. Mantelzorg is een vanzelfsprekende, onbetaalde en vrijwillige zaak.

### 5.4.1. Mantelzorg geven

Schattingen van het aantal mantelzorgers lopen, afhankelijk van de definitie, sterk uiteen. In de gezondheidsenquête is aan personen van 19 jaar en ouder gevraagd of en in welke mate men mantelzorg geeft. Vrijwilligers uit een vrijwilligerscentrale worden niet meegeteld als mantelzorger. Vrouwen geven veel vaker mantelzorg dan mannen (20% versus 12%). De meeste mantelzorg wordt verleend door personen van 50-64 jaar (23%). Tussen regio's zijn er grote verschillen in verleende mantelzorg.

Figuur 5.4.1. Mantelzorg geven in afgelopen 12 maanden naar regio leeftijd en geslacht (%)



Een derde van de verleende mantelzorg is incidenteel en 64% geeft wekelijks mantelzorg. De tijdsbesteding van personen die wekelijks mantelzorg verlenen is als volgt: 1-4 uur per week (42%), 5-8 uur per week (26%), 9-16 uur (17%) en 20 uur of meer (15%). Alles bij elkaar genomen voelt de helft (48%) van de mantelzorgers zich niet of nauwelijks belast, 40% voelt zich enigszins belast en 12% voelt zich tamelijk of zeer zwaar belast. Dit is vergelijkbaar met landelijke referentiecijfers. Een als zwaar ervaren belasting door het geven van mantelzorg doet zich iets vaker voor bij personen jonger dan 50 jaar (15%). Doordat Nederlandse vrouwen op steeds hogere leeftijd kinderen krijgen (meer dan de helft bij vrouwen van 30 jaar en ouder) betekent dat zorgtaken voor kinderen gecombineerd moeten worden met het zorg dragen voor eigen ouders. Dat mensen van middelbare leeftijd zowel voor hun eigen kinderen als voor hun ouders moeten zorgen wordt ook wel met 'sandwich-generatie' aangeduid. Voor ouderen die mantelzorg geven aan andere ouderen geldt dat dit gecombineerd moet worden met hun eigen gezondheidsproblemen. Vooral als het gaat om intensieve mantelzorg valt die combinatie zwaar.

Het type zorg is gelijk voor mannen en vrouwen (alleen meer administratieve ondersteuning door mannen). Het bieden van gezelschap, troost en afleiding wordt door bijna de helft van de mantelzorgers genoemd.

*Tabel 5.4.1.a. Type verleende mantelzorg in Groningen (meerkeuze vraag; %)*

Type hulp	mantelzorg door mannen	mantelzorg door vrouwen
Gezelschap troost, afleiding	46	46
Hulp in de huishouding	33	31
Klaar maken van de warme maaltijd	12	11
Hulp bij de persoonlijke verzorging (wassen)	8	8
Hulp bij de medische verzorging	7	5
Begeleiding of vervoer (bezoek aan arts, kapper, enz)	34	34
Regelen administratie en geldzaken	38	28
Andere zaken	12	7

Mantelzorg wordt vooral verleend aan (schoon)ouders en verder aan burens, vrienden of kennissen.

*Tabel 5.4.1.b. Aan wie wordt mantelzorg verleend in provincie Groningen (meerkeuze vraag; %)*

Type hulp	mantelzorg van mannen	mantelzorg van vrouwen	totaal
(schoon)ouders	3,9	7,1	5,7
burens, vrienden of kennissen	1,9	2,6	2,3
partner	1,9	1,8	1,9
andere familieleden	1,3	2,0	1,7
kinderen	1,0	1,5	1,3
anderen	0,4	0,8	0,6
niet ingevuld aan wie	1,2	4,1	2,7
Totaal	11,6	19,9	16,2

De meeste mantelzorgers (85%) hebben, naast eventuele hulp die men reeds ontvangt, geen behoefte aan informatie in verband met hun werkzaamheden als mantelzorger. Bij overigen bestaat belangstelling voor aanvullende informatie en advies (4%), een vervanger zodat men zelf een vrije dag of vakantie kan nemen (2%), emotionele steun (2%), ontspannende activiteiten (2%) en belangenbehartiging (2%). Een derde van de respondenten is, op basis van bereidwilligheid, bereid tot het ondersteunen van mensen die hulp nodig hebben bij het doen van boodschappen doen of huishoudelijke activiteiten. Er bestaat nog een potentieel voor vrijwillige hulp onder de bevolking. Opvallend is dat personen die nu reeds mantelzorg geven vaker bereid zijn anderen te ondersteunen (39%) vergeleken met 32% van diegenen die geen mantelzorg verleenden in het afgelopen jaar.

#### 5.4.2. Mantelzorg ontvangen

Alleen aan zelfstandig wonende personen van 65 jaar en ouder zijn in de gezondheidsenquête voor ouderen vragen gesteld over het ontvangen van mantelzorg (bewoners van verpleeghuizen kregen geen vragenlijst toegezonden; personen in verzorgingshuizen wel). Vanzelfsprekend wordt met het ouder worden vaker mantelzorg ontvangen (in het voorafgaande jaar): 65-69 jaar (5%), 70-74 jaar (7%), 75-79 jaar (18%), 80-84 jaar (31%) en 85 en ouder (54%). Het is aannemelijk dat de feitelijk ontvangen mantelzorg nog hoger is omdat regelmatig lege vragenlijsten niet werden ingevuld vanwege zorgbehoefte of 'te hoge leeftijd'. Ook was het aantal 'missende antwoorden' in de vragenlijst voor ouderen voor dit onderdeel hoog omdat het bijna de laatste pagina van de vragenlijst was.

*Tabel 5.4.2. Type ontvangen mantelzorg (% teller is actuele zorg; noemer is totale populatie 65+)*

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Totaal
Hulp in de huishouding	4	4	14	24	35	10
Klaarmaken warme maaltijden	2	2	3	8	10	3
Hulp bij de persoonlijke verzorging (wassen, aankleden)	1	1	5	8	10	3
Hulp bij medische verzorging	1	1	3	10	10	3
Gezelschap, troost, afleiding	2	3	5	16	21	5
Begeleiding en/of vervoer (bij bezoek arts, kapper, enz.)	1	3	6	15	29	6
Regeling geldzaken en/of andere administratie	1	3	9	15	35	7
Anders	1	1	1	2	8	1



### 5.4.3. Informatie behoefte ouderen

Aan personen van 65 jaar en ouder is gevraagd over welke onderwerpen zij graag meer informatie zouden ontvangen. Een kwart van de ouderen (26%) heeft de vraag beantwoord door één of meer onderwerpen in de vragenlijst aan te kruisen.

Informatie over vervoersvoorzieningen voor ouderen is het meest gewenst (28%) gevolgd door informatie over gezonde voeding (26%). Verder is lichaamsbeweging een thema waarover één op de vijf ouderen meer informatie zou willen.

*Tabel 5.4.3. Informatiebehoefte onder personen van 65 jaar en ouder (%)*

Thema	% van de ouderen die de vraag hebben beantwoord	% van totaal aantal ouderen
Vervoersvoorzieningen voor ouderen	28	14
Gezonde voeding voor ouderen	26	13
Gezellige activiteiten voor ouderen	23	11
Meer bewegen voor ouderen	22	11
Lichaamsbeweging voor ouderen	20	10

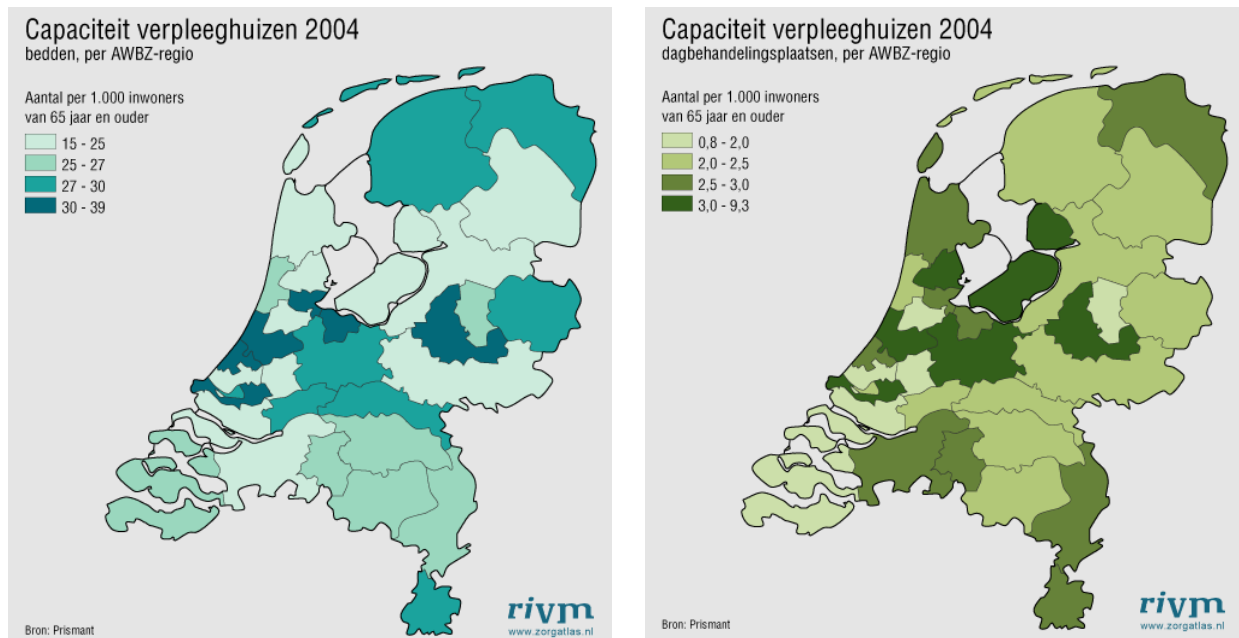
## 5.5. Verpleeg- en verzorgingshuizen

De zorgvraag neemt toe met het ouder worden. Uiteindelijk worden vrijwel alle ouderen afhankelijk van (mantel)zorg. Een zorgvraag manifesteert zich voordat iemand daadwerkelijk hulp zoekt. Voor de beschrijving van de potentiële zorgvraag kunnen vier criteria worden gebruikt:

- gezondheidstoestand: aandeel ouderen in bevolking, gezonde levensverwachting (hoofdstuk 2, 3);
- subjectieve behoefte (subjectief ervaren gezondheidstoestand (zie alinea (4.1));
- aantal personen met lichamelijke beperkingen, aantal mensen met dementie (zie alinea 4.1.4) en uitgesproken behoefte (aantal indicatieaanvragen bij de CIZ);
- geobjectieerde behoefte, aantal afgegeven indicaties (CIZ zie hieronder).

In de periode 2000-2004 is het aantal toegekende indicaties voor verpleging en verzorging door de regionale indicatie organen (RIO) met 54% toegenomen (bron Brancherapport verpleging en verzorging, ministerie VWS). In 2005 zijn RIO's de Centra Indicatiestelling Zorg (CIZ) gevormd. Hierdoor zal het in de toekomst mogelijk zijn om regionale vergelijkingen te maken van zorgvraag. In onderstaande afbeeldingen is de capaciteit van verpleeghuizen weergegeven. Het aanbod van verpleeghuiszorg in Groningen ligt hoger dan het landelijk gemiddelde.

Figuur 5.5. Bedden capaciteit in verpleeghuizen



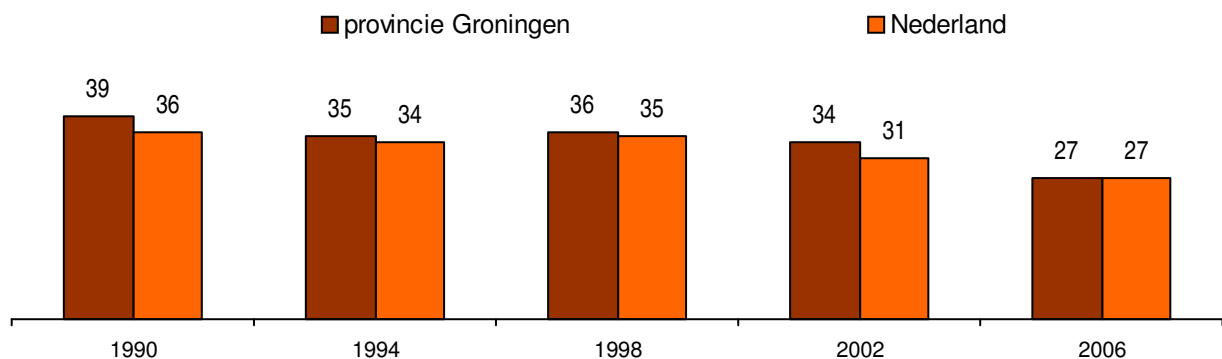
## 6. LEEFWIJZE

Gedrag is een belangrijke voorspeller van gezondheid en ziekte in de toekomst. Gezond gedrag kenmerkt zich door niet-roken, licht alcoholgebruik, voldoende lichaamsbeweging, voldoende consumptie van groente en fruit en veilig seksueel gedrag. Met name een combinatie van risicofactoren verhoogt het risico op het ontstaan van ziekte. Ongezond gedrag is soms te herleiden op gebrek aan feitenkennis, soms door een vertekend zicht op het eigen gedrag en soms door het ontbreken van gedragsalternatieven. Door doelmatig preventief beleid kan gezond gedrag gestimuleerd worden. Gezond gedrag leidt in de toekomst tot gezondheidswinst. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM blijkt dat 13% van de ziektelast herleidbaar is op roken, 10% op overgewicht en 4,5% op afhankelijkheid van alcohol.

### 6.1. Roken

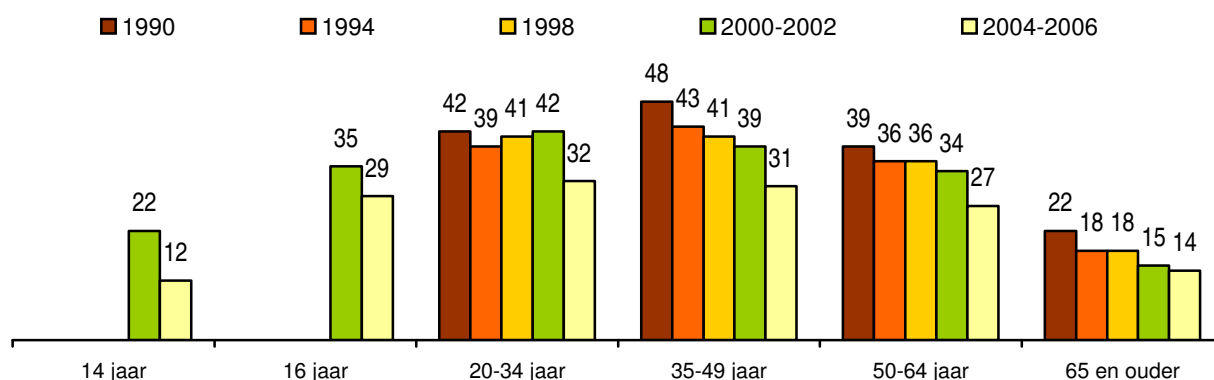
Roken veroorzaakt veel vroegtijdige sterfte en heeft daarnaast een nadelige invloed op de kwaliteit van leven. Roken is verantwoordelijk voor ongeveer een derde van de totale kankersterfte, voor 30% van de sterfte door een hartinfarct en 14% van de sterfte door een beroerte. Verder verhoogt roken het risico op astma, chronische longziekte (COPD) en oogziekten. Vergeleken met andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast hoog. Door passief roken (blootstelling aan omgevingstabaksrook) neemt het risico op longkanker bij personen in de omgeving met circa 20% toe en is meeroken ook nog verantwoordelijk voor veel gevallen door hart- en vaatziekten en verder ook luchtwegaandoeningen bij kinderen. Ruim een kwart van de volwassen Groninger bevolking (27%) rookt (zie bijlage tabel b6.1 voor rokers naar gemeente). Het percentage rokers in de provincie Groningen lag altijd boven het landelijk gemiddelde maar in 2006 is het percentage rokers vergelijkbaar met het landelijk referentiecijfer (Stivoro over het jaar 2005). Het is echter mogelijk (en aannemelijk) dat het landelijke percentage rokers iets verder is gedaald in 2006.

Figuur 6.1.1. Trend in roken (bevolking 20 jaar en ouder) Groningen en Nederland 1990-2006 (%)



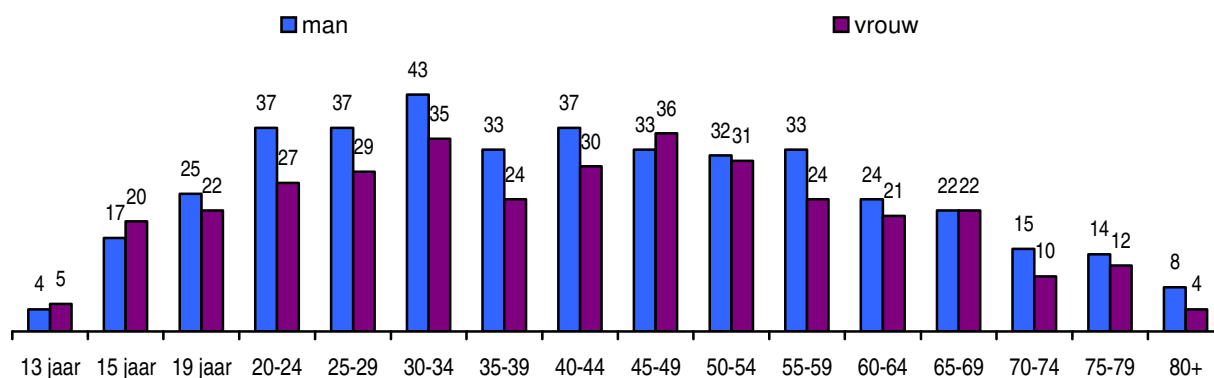
Experimenteren met roken begint in de hoogste klas van de basisschool. In groep 8 van de basisschool zegt 1 op de 6 leerlingen wel eens gerookt te hebben. In het voortgezet onderwijs rookt neemt het percentage rokers snel toe. In het voortgezet onderwijs roken meer meisjes dan jongens. Bij de volwassenen is dat in 2006 in alle leeftijdsgroepen andersom: mannen roken meer dan vrouwen. Het percentage niet-rokers is in 2006 bij Groninger mannen 70% en bij vrouwen 75%.

Figuur 6.1.2. Trend roken naar leeftijd provincie Groningen in de periode 1990-2006 (%)



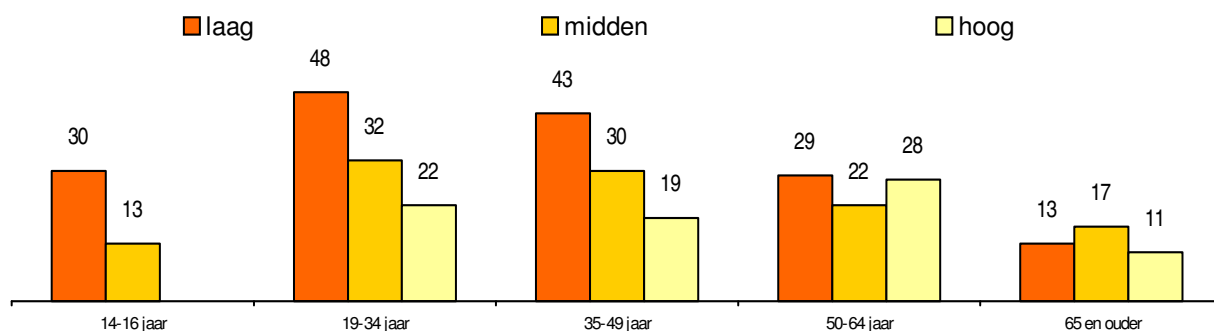
Uit figuur 6.1.3. blijkt dat vrouwen (26% rokers) minder roken dan mannen (30%). Verder dat vanaf het 20<sup>e</sup> levensjaar nog veel jong volwassen beginnen met roken. Vanaf de leeftijd 35 jaar en ouder gaan mensen geleidelijk en beduidend minder roken. Zowel het eigen opleidingsniveau als dat van ouders van is belang voor rookgedrag. Meer lager dan hoger opgeleide mensen beginnen met roken. Lager opgeleide mensen stoppen ook minder vaak met roken. Als een van de ouders rookt is de kans dat kinderen gaan roken groter. Vergelijken met 2002 is het aantal rokers in Groningen fors gedaald.

Figuur 6.1.3. Roken naar leeftijd en geslacht in de provincie Groningen in 2006 (%)



Er wordt meer gerookt door personen met een lager opleidingsniveau<sup>4</sup>, vooral op jonge en volwassen leeftijd (figuur 6.1.4). Bij kinderen in het vmbo wordt vaker thuis gerookt dan bij havo-vwo-kinderen.

Figuur 6.1.4. Roken naar leeftijd en opleidingsniveau provincie Groningen 2004-2006 (%)



<sup>4</sup> Gegevens jeugd uit 2004 volwassenen uit 2006. Opleidingsniveau hoogst voltooide onderwijstype: laag=basisonderwijs/of vmbo midden=mbo/havo/vwo hoog=hbo of universiteit

Er worden slechts geringe verschillen gevonden in het percentage rokers naar herkomstland (autochtoon versus allochtoon). De helft van de sigarettenrokers zegt lichte roker te zijn (1-10 sigaretten per dag). Twee procent van alle volwassenen kan als zware roker (21 of meer sigaretten per dag) worden getypeerd. Iets meer dan de helft van de rokers wil stoppen met roken (54%). Een kwart van de (voormalige) rokers heeft in het voorafgaande jaar een serieuze stoppoging gedaan. Tussen regio's bestaan verschillen in het percentage niet-rokers. Opvallend is het hogere percentage niet-rokers bij jonge stadjes. Dit wordt verklaard door het grote aantal studenten in het hoger beroepsonderwijs en de universiteit.

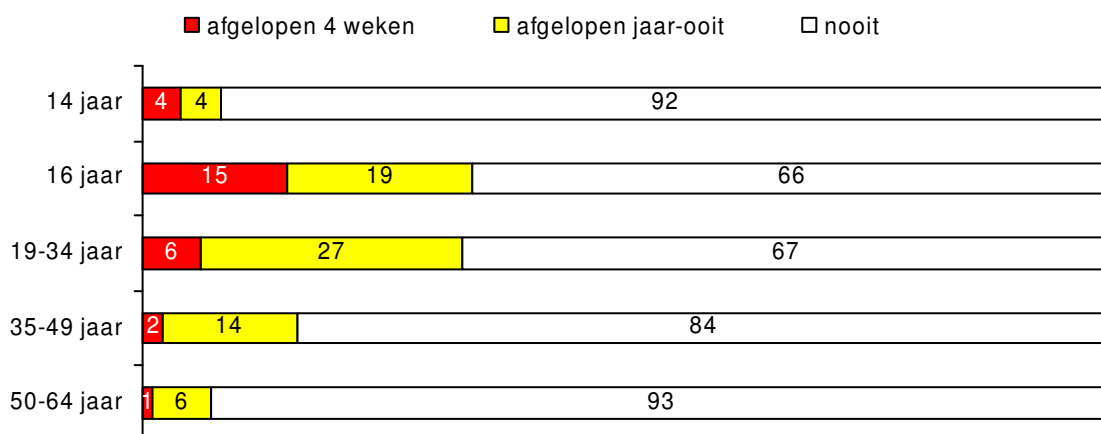
Tabel 6.1. Niet roken naar leeftijd per regio in 2006 ( %)

	19-34 jaar	35-49 jaar	50-64 jaar	65 en ouder	Totaal
Stad Groningen	72	67	73	84	73
Westerkwartier	58	75	74	84	73
Noord-West	68	69	75	91	75
Noord-Oost	67	63	66	81	69
Haren	79	71	73	91	79
Hoogezand-Sappemeer	67	75	77	86	77
Centrum-Oost	60	64	72	84	70
Oldambt	56	61	69	94	67
Zuid-Oost	65	75	76	87	77
Provincie Groningen	68	69	73	86	73
Nederland (2005)	68	67	73	86	73

## 6.2. Cannabis

Cannabis is feitelijk een samengestelde stof die meerdere werkzame bestanddelen bevat. Medicinale toepassingen voor cannabis zijn bestrijden van misselijkheid (bij chemotherapie), multiple sclerose, pijnbestrijding en tics. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 1 op de 5 personen die in de voorafgaande maand cannabis gebruikten probleemblowers zijn. Een probleemblower heeft een negatieve motivatie (depressief gevoel, psychische afhankelijkheid, ervaren leegte; bron: TSG 2001;79:420-426). De nadelige effecten van cannabis zijn zowel lichamelijk (teer in de longen en trage reactiesnelheid) als psychisch. De psychische gevolgen zijn het uitlokken van psychoses (bij psychiatrische patiënten), depressie en initiatiefloosheid bij regelmatig gebruik. Regelmatig cannabisgebruik bij jongeren is geassocieerd met meer probleemgedrag en minder schoolprestaties (Trimbos, Monshouwer 2006). Van de respondenten die aangaven in het afgelopen jaar of ooit cannabis gebruikt te hebben had dat voor het overgrote deel betrekking op gebruik langer dan een jaar geleden (85%). Het experimenteel gebruik van cannabis onder jongeren was in 2004 (21%) was hoger dan in 2000 (15%). De trend van cannabisgebruik onder volwassenen is dalend. Het recent gebruik van cannabis (in de afgelopen 4 weken) is voor personen ouder dan 35 jaar lager dan in 2002.

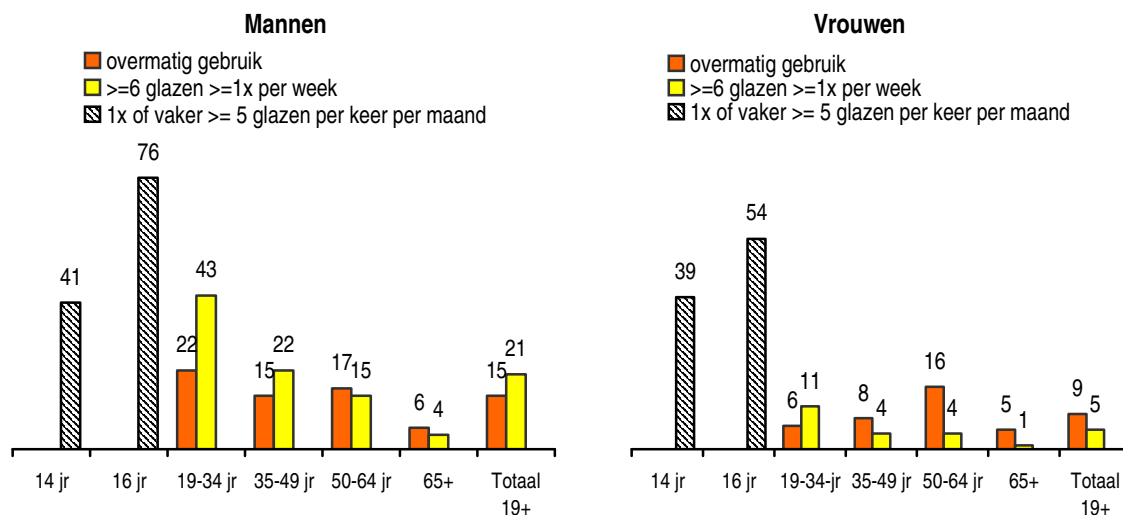
Figuur 6.2. Cannabisgebruik naar leeftijd provincie Groningen in 2004-2006 (%)



### 6.3. Alcohol

Alcohol is een genotsmiddel dat bij matig gebruik positieve gezondheidseffecten kan geven op de stemming en draagt bij aan een goede conditie van de bloedvaten. De richtlijn voor verantwoord gebruik van alcohol verschilt per geslacht. Bij mannen worden 1-2 consumpties per dag aanbevolen en bij vrouwen 1 consumptie per dag. De term ‘overmatig’ alcoholgebruik heeft betrekking op personen die gemiddeld per dag meer alcoholconsumpties drinken dan goed is voor de gezondheid (mannen meer dan 3 en vrouwen dan 2 alcoholconsumpties per dag). Uit figuur 6.3.1. blijkt dat 15% van de volwassen mannen en 9% van de volwassen vrouwen overmatig alcohol gebruiken (percentages berekend over hele bevolking inclusief geheelonthouders). Overmatig alcoholgebruik in Groningen in 2006 komt overeen met Nederlandse referentiecijfers uit 2003 (met dien verstande dat bij jong volwassenen het gebruik iets hoger is en bij ouderen iets lager dan de landelijke referentiecijfers uit 2003). Het patroon en de mate van alcoholgebruik in Groningen in 2006 is vergelijkbaar met 2002. Een andere manier om ‘niet verantwoord’ alcoholgebruik te typeren is om regelmatig gebruik (minimaal 1x per week) van veel (6 of meer consumpties per dag) te benoemen. Uit figuur 6.3.1. blijkt dat vooral jonge mannen zwaar drinken (43% van de 19-34 jarigen).

Figuur 6.3.1. Overmatig alcoholgebruik in 2006 naar leeftijd en geslacht provincie Groningen (%)



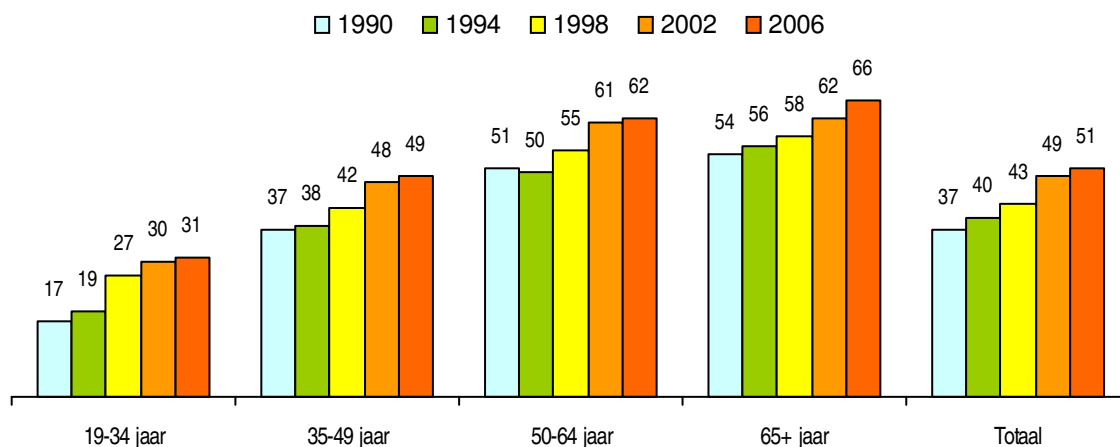
Bij jongeren is een andere vraagstelling gebruikt en wordt de lat iets lager gelegd. Er is gevraagd naar alcoholgebruik in de afgelopen 4 weken en hoeveel keer in die periode 5 glazen of meer per keer is gedronken. In 2006 werd door het Trimbos-instituut gemeld dat de Nederlandse jeugd bijna het hoogste alcoholgebruik heeft binnen de Europese Unie (alleen de Ierse jeugd dronk iets meer). Het alcoholgebruik onder Groninger jongeren komt overeen met de landelijke referentiecijfers (Trimbos, 2003).

Bij volwassenen komt overmatig alcoholgebruik het meest voor in de leeftijdsgroep van 50-64 jaar. Het patroon van overmatig alcoholgebruik verschilt naar regio (zie bijlage figuur b6.1 en tabel b6.2). In regio's waar veel ouderen wonen is het overmatig alcoholgebruik lager en het percentage geheel onthouders hoger.

## 6.4. Lichaamsgewicht

Overgewicht is een te hoog lichaamsgewicht. Het ontstaat doordat het verbruik van energie (stofwisseling lichaamsbeweging) te laag is in verhouding tot de energie-inname (voeding). Personen met overgewicht hebben vaak een minder goede lichamelijke conditie, bewegen daardoor minder en daardoor ontstaan functiestoornissen. Vele jaren later is de kans op het ontwikkelen van ziekten verhoogd. Met name vetzucht (ernstig overgewicht) vormt een risicofactor voor het ontstaan van diabetes, hart- en vaatziekten, gewrichtsklachten, galziekten en bepaalde vormen van kanker. Daarnaast komen bij vrouwen met overgewicht menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor. Overgewicht en vetzucht zijn verantwoordelijk voor de helft van de nieuwe patiënten met diabetes. Als maat voor overgewicht is de Body Mass Index (BMI) gebruikt. De BMI, ook wel Quetelet Index genoemd, is een index voor het gewicht in verhouding tot lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht in kilo's te delen door het kwadraat van de lichaamslengte (lengte keer lengte, uitgedrukt in meters). De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. De BMI vertoont een relatie met de hoeveelheid lichaamsvet, maar de BMI-waarden geven niet het percentage lichaamsvet aan. BMI-waarden tussen de 25 en 30 duiden op overgewicht. Bij een BMI-waarde van 30 of hoger is sprake van vetzucht. Overgewicht komt vaker voor bij personen met een laag opleidingsniveau. In Groningen is het percentage personen met overgewicht in afgelopen jaren sterk toegenomen. Deze stijgende trend doet zich overigens ook nationaal en internationaal voor in welvarende landen. Het evenwicht tussen voeding en beweging is verstoord. Op bevolkingsniveau heeft in 2006 51% van de Groningers overgewicht. Vanaf 1990 betekent dat een toename van bijna 1% per jaar (figuur 6.4.1).

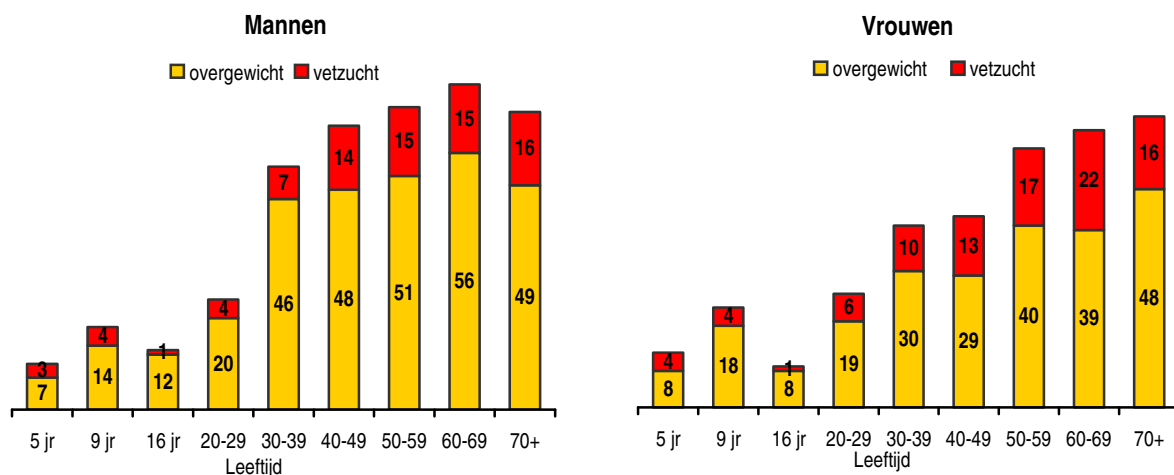
Figuur 6.4.1. Trend in overgewicht bij volwassenen in de provincie Groningen 1990-2006 (%)



Voor het berekenen van de BMI bij kinderen (tot 18 jaar) wordt, naast de lengte en het gewicht, rekening gehouden met het geslacht en de leeftijd van het kind. Bij kinderen hangen lengte en gewicht namelijk sterk af van de leeftijd omdat ze nog in de groei zijn. Meisjes mogen bijvoorbeeld iets zwaarder zijn voor hun leeftijd dan jongens.

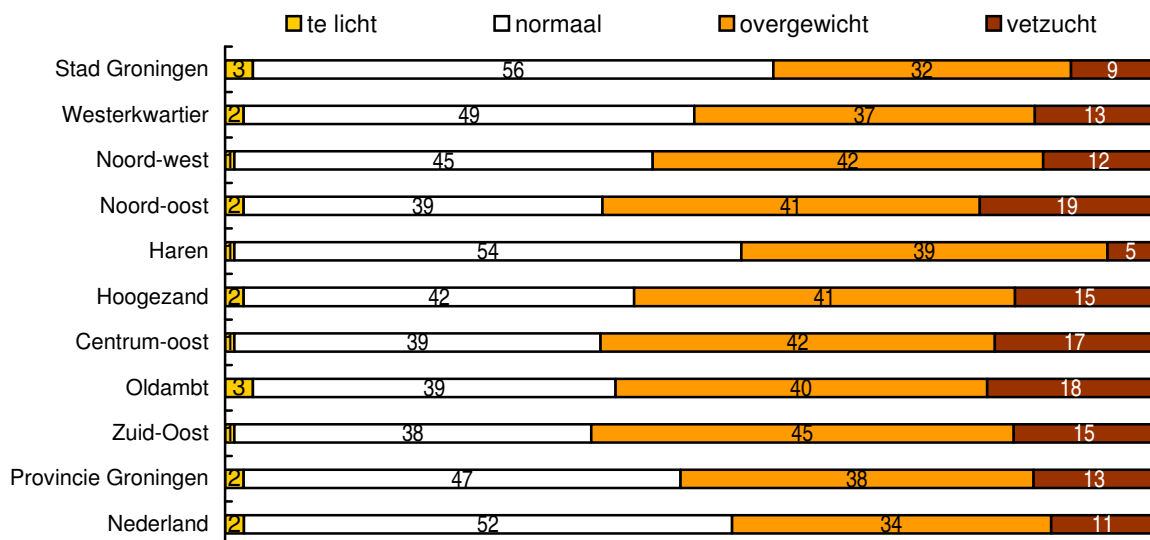
Bij de jeugd is overgewicht in de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen. Uit de Landelijke Groeistudie blijkt dat tussen 1980 en 1997 een verdubbeling is van het aantal kinderen met overgewicht. In Groningen heeft één op de acht kinderen van 5 jaar (12%) overgewicht, terwijl onder de 9-jarigen al één op de vijf kinderen (20%) overgewicht heeft. In de puberteit (16 jaar) is het percentage overgewicht lager door de groeispurt. Uit figuur 6.4.2. blijkt dat overgewicht en vetzucht bij mannen toeneemt na het 30-ste jaar en bij vrouwen na het 30-ste jaar en na de overgang.

Figuur 6.4.2. Overgewicht naar leeftijd en geslacht provincie Groningen in 2006 (%)  
(informatie 5-9 jarigen gebaseerd op metingen Jeugdgezondheidszorg in schooljaar 2005-2006; volwassenen zelfrapportage)

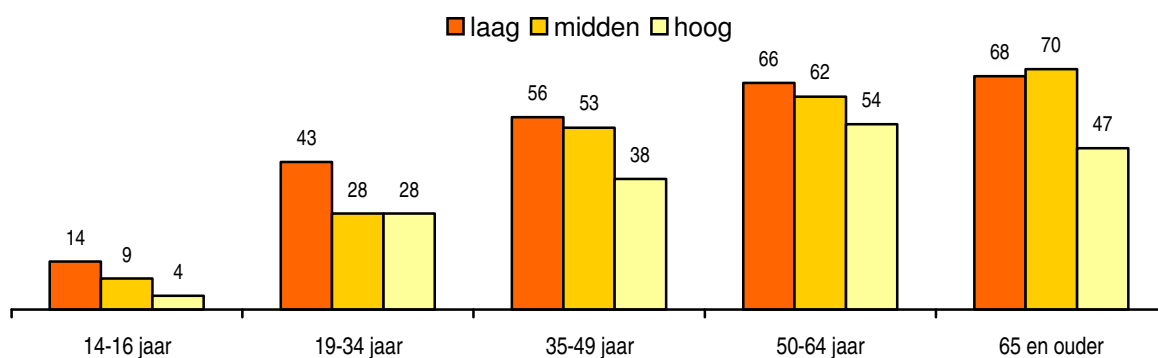


In tabel 6.4.3 is de mate van overgewicht per regio weergegeven. De verschillen tussen regio's zijn deels op leeftijdsopbouw en deels door sociaaleconomische status te herleiden. In Nederland was in het jaar 2005 45% van de bevolking 20 jaar en ouder te zwaar (bron CBS). In de bijlage (tabel b6.3 en tabel b6.4) staan gegevens per gemeente.

Figuur 6.4.3. Mate van overgewicht naar regio (%)



Figuur 6.4.4. Overgewicht naar opleidingsniveau (%)





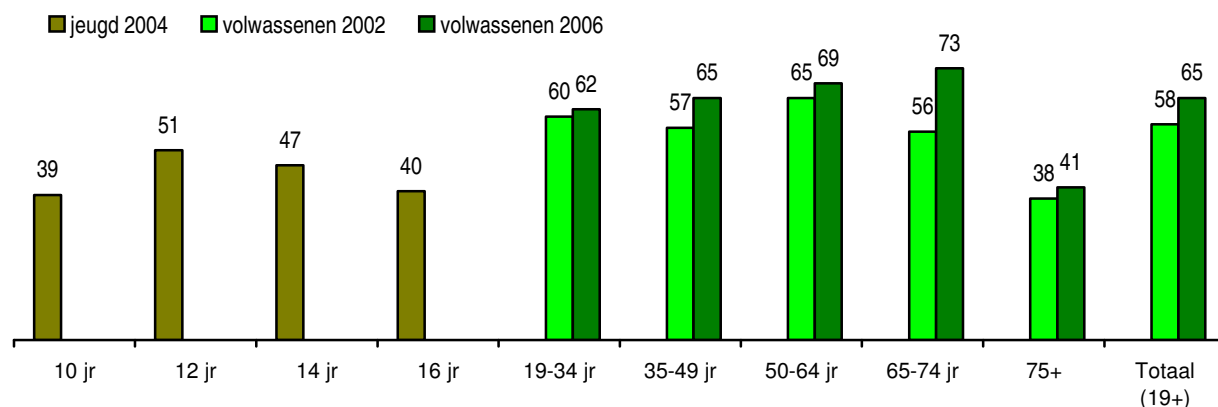
## 6.5. Lichaamsbeweging

Matig intensieve activiteit heeft een gunstig effect op de gezondheid, mits deze regelmatig wordt verricht. Voorbeelden van matig intensieve activiteiten zijn sport, fietsen van en naar het werk of school, stevig wandelen en tuinieren. Ook kan men lichamelijk actief zijn op het werk of door het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden. Onvoldoende lichamelijke activiteit verhoogt de kans op vroegtijdig overlijden en kan het risico op het ontstaan van ziekten verhogen. Het betreft ziekten zoals coronaire hartziekten (CHZ), diabetes, beroerte, botontkalking, dikke darmkanker en borstkanker. Ook zijn er steeds meer aanwijzingen voor een risicoverhogend effect van onvoldoende bewegen op dementie en depressie. Voldoende lichamelijke activiteit zorgt behalve voor behoud van gezondheid ook voor een gunstiger beloop van ziekten. Dit laatste is vooral het geval voor CHZ, beroerte, diabetes, botontkalking en depressie.

Het lichaamsgewicht wordt bepaald door de inname van voeding en de hoeveelheid beweging. Wie te veel eet of te weinig beweegt wordt dikker. En dat is precies wat er in Nederland in de afgelopen jaren is gebeurd. De Nederlandse norm gezond bewegen (NNGB) adviseert om minimaal een half uur per dag matig intensief te bewegen. Minimaal 5 dagen en het liefst 6 of 7 dagen per week. Kinderen hebben meer beweging nodig. Daarom ligt bij kinderen de NNGB de lat hoger: 1 uur per dag matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen betekent in de praktijk dat men het hart sneller voelt kloppen en dat men vaker moet ademen. Naast de NNGB is er ook de fitnorm dat betekent minimaal 3x per week intensieve lichaamsbeweging gericht op conditieverbetering.

In 2006 voldoet tweederde van de Groninger bevolking van 19 jaar en ouder aan de NNGB. Minder dan de helft van de jongeren voldoen aan de NNGB. Dit komt omdat de NNGB strenger is voor jongeren (1 uur per dag i.p.v. een half uur per dag bij volwassenen). Feitelijk bewegen jongeren meer dan volwassenen omdat ze zich vaker per fiets en te voet verplaatsen en vaker spelen en sporten. Bij volwassenen is bewegingsarmoede is duidelijk afgenomen. Vergeleken met 2002 zijn vooral personen ouder dan 35 jaar meer gaan bewegen. De grootste toename is zichtbaar bij mensen van 65-74 jaar (figuur 6.5). De sterkste afname van lichaamsbeweging treedt pas op bij mensen van 80 jaar en ouder. Verder bewegen oudere vrouwen minder dan mannen. Ook tussen regio's bestaan verschillen in lichaamsbeweging (zie bijlage tabel b6.5).

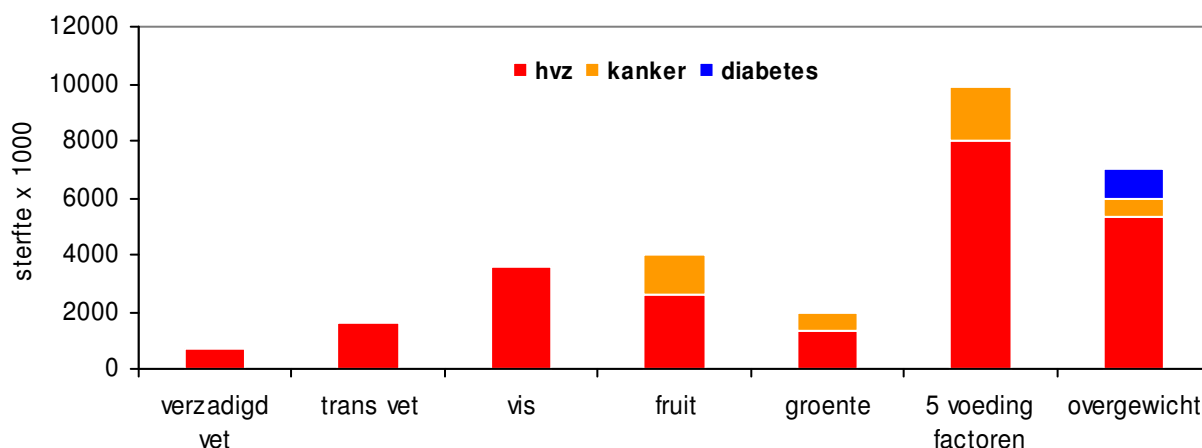
Figuur 6.5. Voldoen aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen in de provincie Groningen (%)



## 6.6. Gezonde voeding

Een goede voeding draagt bij aan een goede gezondheid. Bij een gezonde voeding is de hoeveelheid calorieën in overeenstemming met de hoeveelheid lichaamsbeweging. Zo is het eten van voldoende fruit en groente goed voor hart en bloedvaten. Een lage consumptie van fruit en groente verhoogt, op de lange termijn, het risico op het ontstaan van hartvaatziekten en verhoogt de kans op het ontstaan van bepaalde vormen van kanker (borst, long, maag). Een kwart van de nieuwe hartvaatziekten en sterfte daaraan wordt toegeschreven aan een ongunstige samenstelling van de voeding. Aan de totale sterfte draagt een ongezonde samenstelling van de voeding twee keer zo veel bij dan overgewicht, respectievelijk 10% en 5% (bron 'Ons eten gemeten, RIVM 2004). Vanuit het oogpunt van preventie biedt een gezonde en evenwichtige voeding meer mogelijkheden voor gezondheidswinst dan eenzijdige gerichtheid op preventie van overgewicht.

*Figuur 6.6. Berekend gezondheidsverlies (levensjaren) voeding versus overgewicht (bron RIVM)*



In de meest recente landelijke voedselconsumptiepeiling (1998 t.o.v. 1988) had de grootste verandering in productkeuze betrekking op een toename van 'samengestelde' producten (kant- en klaar maaltijden zoals pizza's e.d.: +40%). Tegelijkertijd was het gebruik van fruit en groente het meest afgenomen (-17%). De Richtlijn Gezonde Voeding (RGV) adviseert om per dag minstens 200 gram groente of rauwkost te eten (4 opscheplepels), minstens 2 stuks fruit per dag, 1-2x per week (vette) vis te eten en maximaal 10 energie% verzadigd vet. Een kwart van de Groningers (24%) eet voldoende groente/rauwkost. Hoewel de jeugd iets gezonder eet dan volwassenen (iets meer fruit) voldoet een ruime meerderheid van volwassenen niet aan de RGV. Van de volwassenen consumeert tweederde te weinig fruit/vruchtensap en driekwart gebruikt te weinig groente of rauwkost (zie bijlage figuur b6.3 en figuur b6.4). Vier op de vijf volwassenen (22%) eet te weinig vis.

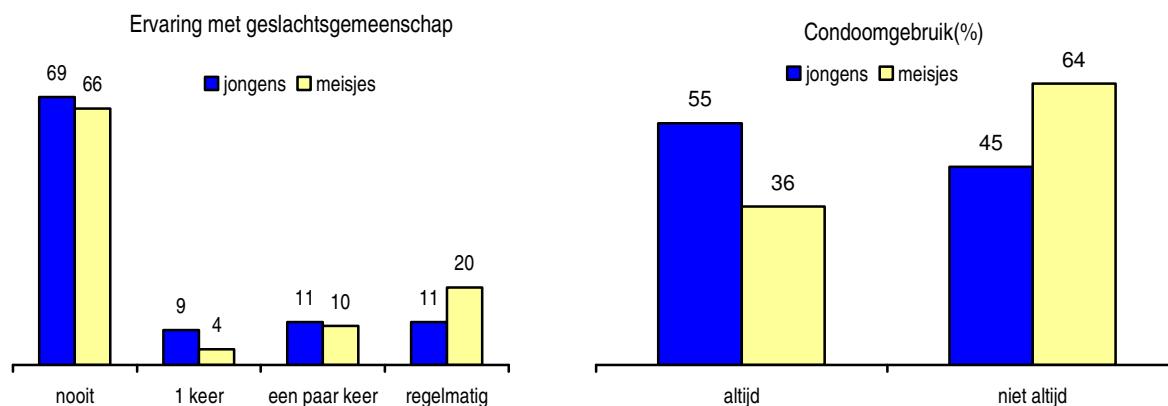
*Tabel 6.6. Eten volgens richtlijnen gezonde voeding (jeugd 2004, volwassenen 2006 (%))*

	10 jaar	16 jaar	19-34 jr	35-49 jr	50-64 jr	65+	totaal 19+
ontbijt (5 tot 7x per week)	90	78	78	80	85	91	83
2 stukken fruit of glazen vruchtensap per dag	50	77	23	29	40	53	35
voldoende rauwkost/groente	55	60	18	24	28	25	24
vis eten >=2x per week (gegevens 2002)	-	-	14	20	29	26	22

## 6.7. Seksualiteit

In de jeugd gezondheidsenquête van de GGD zijn in 2004 aan jongeren van 14 en 16 jaar vragen gesteld over seksualiteit: over (veilig) vrijen, condoomgebruik en kennis over Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (soa). Zowel met vrijen met als vrijen zonder geslachtsgemeenschap hebben meer meisjes ervaring dan jongens (figuur 6.7). Verder hebben leerlingen in het vmbo vaker ervaring met vrijen (zowel met als zonder geslachtsgemeenschap) dan de vwo-leerlingen.

Figuur 6.7.1. Seksueel gedrag bij jongeren 14-16 jaar naar geslacht in 2004 (%)

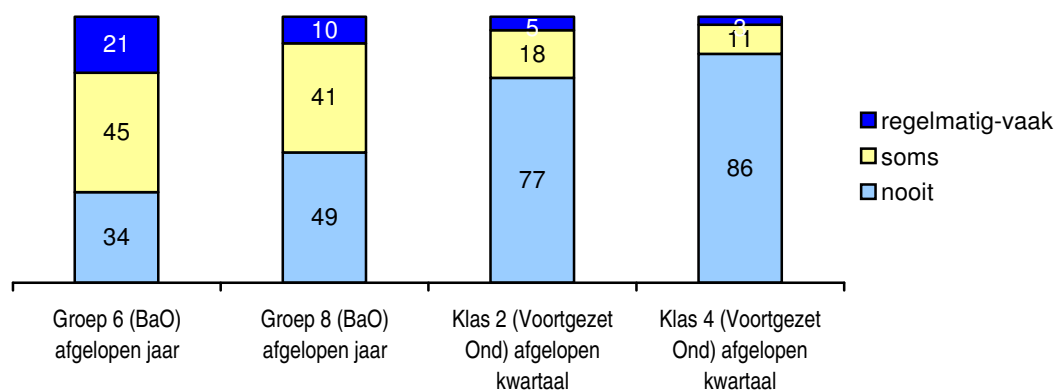


Twee vijfde (42%) van de jongeren gaf aan bij de laatste keer géén condoom te hebben gebruikt bij de geslachtsgemeenschap. Minder dan de helft van de jongeren zei altijd een condoom te gebruiken en zij lopen dus een kleinere kans op overdracht van een seksueel overdraagbare aandoening (soa). De meest genoemde redenen om geen condoom te gebruiken waren: de pil of een ander voorbehoedsmiddel werd gebruikt (47%), 'we hadden vaste verkering' (34%) en 'we vertrouwden elkaar' (30%). Over soa bestaan bij de jeugd veel misverstanden zijn: 38% van de jongeren dachten dat door gebruik van de 'pil' de kans op het krijgen van een SOA wordt verkleind; 21% dat de meeste soa vanzelf weer overgaan; 11% dat als je geen soa hebt zonder dat je het zelf ook weet. De kennis over soa is lager in het vmbo.

## 6.8. Pesten op school

In de jeugdgezondheidsenquête 2004 is aan kinderen in groep 6 en 8 van het basisonderwijs en in klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs gevraagd of en hoe vaak ze gepest zijn. In het basisonderwijs (BaO) is 61% van de leerlingen het *afgelopen schooljaar* gepest. In het voortgezet onderwijs (VO) is een iets andere vraagstelling gebruikt (termijn afgelopen 3 maanden). Aangezien gepest worden veelal betrekking heeft op dezelfde slachtoffers blijkt dat pesten vaker voorkomt in het basisonderwijs.

Figuur 6.8. Pesten in het basis en voortgezet onderwijs (%)





## 7. MAATSCHAPPELIJK MILIEU

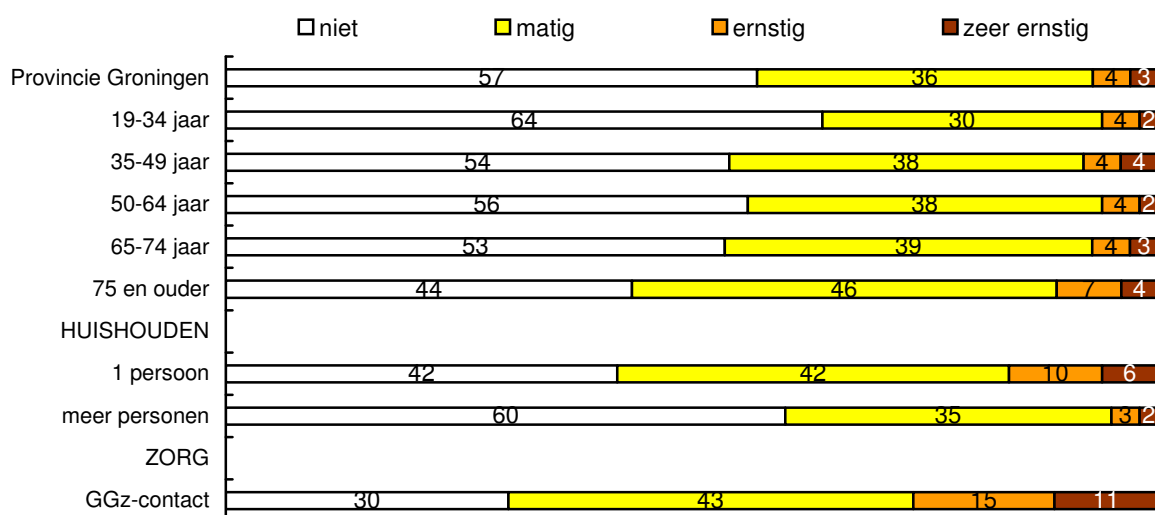
### 7.1. Sociale contacten en eenzaamheid

Sociale contacten en eenzaamheid zijn belangrijke determinanten van gezondheid en welzijn. Het aantal contacten in het sociale netwerk is van belang voor de mate van welzijn. Daarnaast draagt het frequent hebben van sociale contacten in hoge mate bij aan het tot stand komen van mantelzorg. In de gezondheidsenquête is een 5-tal stellingen opgenomen over de mensen in de buurt waar men woont (de mensen in de buurt helpen elkaar, etc.). Uit de somscore over hoe men denkt over andere mensen in de buurt blijkt het sociale kapitaal in het ommeland hoger te liggen dan in het grootstedelijke Groningen (zie bijlage figuur b7.2).

#### 7.1.1. Eenzaamheid

Eenzaamheid verwijst naar een negatieve beleving. Het subjectief ervaren van een onplezierig gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het gaat om een verschil tussen de gerealiseerde contacten met andere mensen en de contacten die men voor zichzelf zou wensen. De mate van eenzaamheid is bepaald met gevalideerde vragen (schaal de Jong-Gierveld). In 2002 is een identieke vraagstelling gebruikt maar een andere rekenwijze. Op grond van landelijke afspraken is de rekenwijze van eenzaamheid aangepast. Hierdoor worden er in 2006 meerdere gradaties van eenzaamheid onderscheiden, wat leidt tot ogenschijnlijk hogere percentages eenzaamheid ten opzichte van de vroegere methodiek (43% in 2006; figuur 7.1). Eenzaamheid in 2006 is in vergelijking met 2002 niet toegenomen. Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd en komt vaker veel vaker voor bij alleenstaanden. Mensen die in het voorafgaande jaar in contact waren met de geestelijke gezondheidszorg (GGz) voelen zich vaker ernstig eenzaam dan mensen die niet in contact waren met de GGz. De mate van eenzaamheid vertoont relatief weinig verschillen tussen regio's (zie bijlage figuur b7.1). Mensen die ontevreden zijn over hun woonomgeving voelen zich vaker eenzaam.

Figuur 7.1. Mate van eenzaamheid naar leeftijd en achtergrondkenmerken (%)



## 7.2. Voorzieningen en vervoer

Bevordering van zelfstandigheid, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met een handicap, chronisch zieken en ouderen zijn breed gedragen beleidsdoelstellingen in Nederland. Daarnaast vindt er een accentverschuiving plaats van intramurale naar extramurale zorg en van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Bij deze ontwikkelingen spelen hulpmiddelen een belangrijke rol. De vraag naar hulpmiddelen zal de komende jaren dan ook verder toenemen. Naast deze beleidsdoelstellingen spelen de vergrijzing van de bevolking en de toegenomen technologische mogelijkheden een rol bij de verwachte verdere stijging in het volume en kosten van met name extramurale (medische) hulpmiddelen bekostigd krachtens de Ziekenfondswet. Daarnaast worden aan chronisch zieken en gehandicapten ook voorzieningen toegekend door gemeenten (Wvg).

### 7.2.1. Indicatiestelling Wvg en Wmo

Vanaf 1 januari 2007 gaat de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg) op in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Dan worden de individuele voorzieningen uitgebreid met de Huishoudelijke Verzorging. Deze voorzieningen worden toegekend na onderzoek en indicatiestelling. Indicatiestelling is het besluitvormingsproces waarbij, binnen de kaders van de Wvg (vanaf 1-1-2007 Wmo) wordt onderzocht of een individuele cliënt voldoet aan de criteria om voor een bepaalde voorziening in aanmerking te komen. Naast dat indicatiestelling een functie heeft als toegangsbewaking (verdeling van de schaarse middelen) is het ook een uitstekend instrument om signalen van de doelgroep om te zetten in preventieve maatregelen. Dit kan bereikt worden door een integraal onderzoek van de cliënt, in tegenstelling tot een claimgerichte afhandeling. Een integraal onderzoek naar de noodzaak van voorzieningen en hulpmiddelen bevordert een snelle verstrekking en hiermee een vergroting van de zelfredzaamheid van de cliënt. Gegevens over indicatiestelling zijn bekend bij gemeenten.

### 7.2.2. Vervoer

Een vervoersvoorziening is één van de huidige Wvg-voorzieningen (naast rolstoelen en woningaanpassingen). Een ruime meerderheid van de 65-plussers (94%) geeft aan over voldoende vervoersmogelijkheden te beschikken om voorzieningen in de buurt te bereiken. Eén op de twaalf ouderen (8%) geeft aan onvoldoende vervoersmogelijkheden te hebben om ziekenbezoek af te leggen. Vervoersmogelijkheden nemen af met de leeftijd; zo heeft een kwart van de vrouwen van 85 jaar en ouder (24%) onvoldoende vervoersmogelijkheden om voorzieningen in de buurt te bereiken.

Tabel 7.2. Vervoersmiddelen van ouderen naar leeftijd en geslacht (%)

	mannen				vrouwen			
	>= 1x week	1-3x per maand	minder 1x per maand	nooit	>= 1x week	1-3x per maand	minder 1x per maand	nooit
(Snor)fiets	57	3	4	36	42	4	4	51
Openbaar vervoer	7	14	23	56	16	16	23	46
Auto	83	7	4	7	66	12	4	17
WVG-vervoer of deeltaxi	5	6	6	83	14	13	12	62

Bijna driekwart van de personen van 65 jaar en ouder (71%) maakt nooit gebruik van WVG-vervoer. Het percentage ouderen dat *nooit* gebruik maakt van WVG-vervoer is per regio als volgt: Stad (62%), Westerkwartier (73%), Noordwest (74%), Noordoost (90%), Haren (68%), Hogezeand-Sappemeer (68%), Centrum-Oost (73%), Oldambt (60%) en Zuidoost (85%).

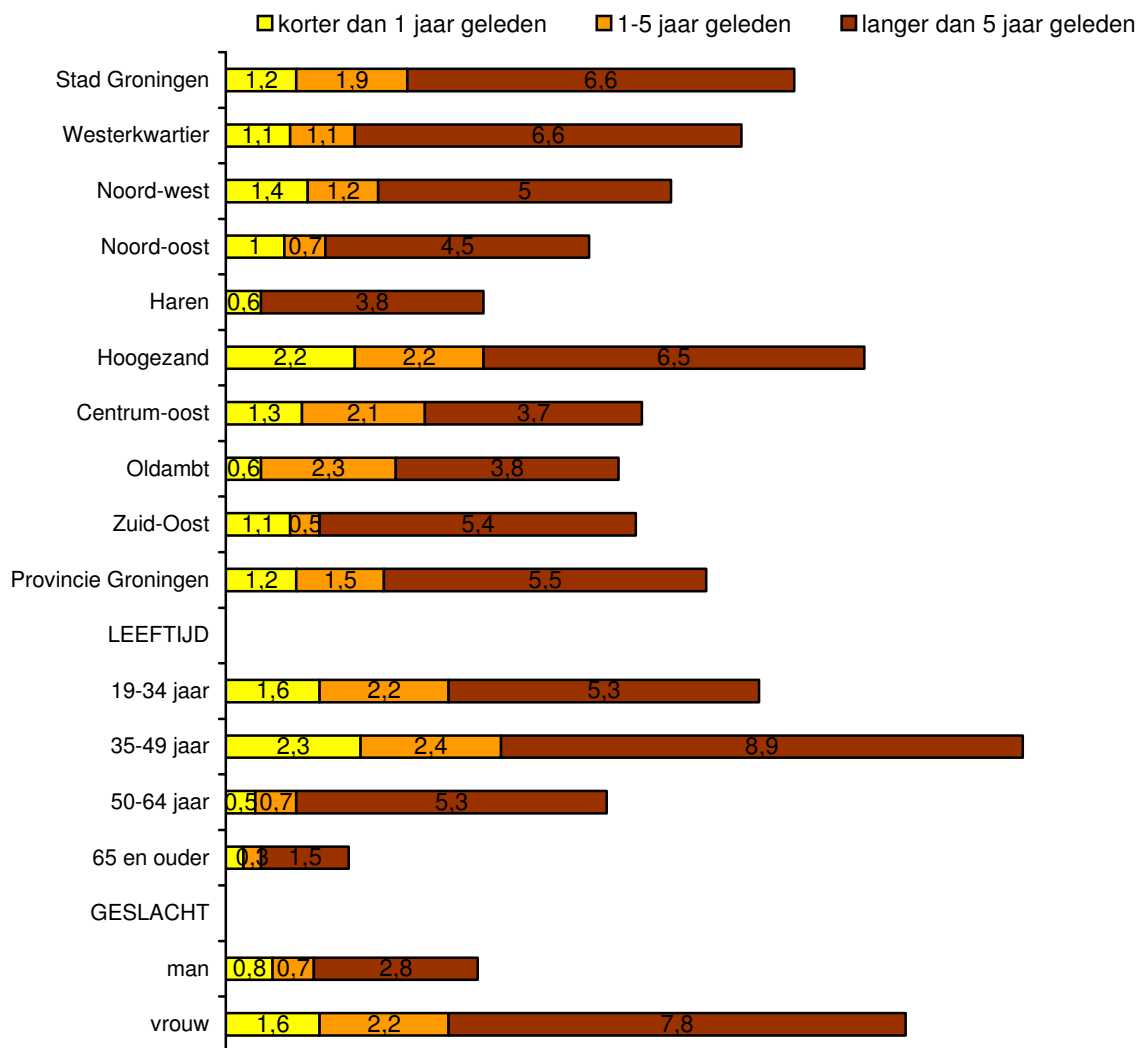
### 7.3. Huiselijk geweld en kindermishandeling

Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring wordt gepleegd (gezinsleden, familieleden, (ex)partners, vrienden). Slachtoffers en daders van geweld kunnen zowel vrouwen, kinderen als mannen zijn. Het kan gaan om:

- Psychisch of emotioneel geweld (getreiterd, gekleineerd of uitgescholden worden, etc.);
- Lichamelijk geweld (mishandeld, schoppen, slaan, etc.);
- Ongewenste seksuele toenadering (seksueel getinte opmerkingen, ongewenst aangeraakt, etc.);
- Seksueel misbruik (aanranding of verkrachting).

In de provincie Groningen had 1,2% van de bevolking in het afgelopen jaar met één van bovengenoemde vormen van huiselijk geweld te maken. Eén op de twaalf inwoners van Groningen heeft ooit met huiselijk geweld te maken gehad, waarbij 10% van de vrouwen in het verleden het slachtoffer is geweest tegenover 4% van de mannen.

Figuur 7.3.1. Slachtoffer van huiselijk geweld naar regio, leeftijd en geslacht (%)



In de gezondheidsenquête is, als onderdeel van de vraag over huiselijk geweld, gevraagd naar ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik. Omdat het om gevoelige informatie gaat is het mogelijk (en aannemelijk) dat er sprake is van onderrapportage. Wat gemeld wordt vormt een ondergrens van een frequenter fenomeen. Het blijkt uit tabel 7.3.1. dat ongewenste seksuele toenadering en seksueel misbruik (in de huiselijke situatie) 10x vaker wordt genoemd door vrouwen (2,3% ooit) dan bij mannen (0,2% ooit). Met toenemende leeftijd neemt het gerapporteerde percentage af en omdat het hier over ‘ooit’ illustreren deze cijfers ook dat mensen in de loop van de tijd voorvallen vergeten.

*Tabel 7.3.1. Typering van huiselijk geweld naar leeftijd en geslacht provincie Groningen in 2006 ( %)*

	19-34 jaar	35-49 jaar	50-64 jaar	65 en ouder	Totaal
Mannen					
- psychisch of emotioneel	4,9	4,8	1,6	0,5	2,9
- lichamenlijk	4,0	3,5	1,6	0,9	2,5
- ongewenste seksuele toenadering	0	0,5	0	0	0,1
- seksueel geweld	0,2	0,7	0	0	0,2
Vrouwen					
- psychisch of emotioneel	7,3	12,0	6,4	2,1	7,4
- lichamenlijk	5,5	8,7	5,2	1,9	5,7
- ongewenste seksuele toenadering	1,3	4,8	1,6	0,6	2,3
- seksueel geweld	1,9	3,8	2,7	0,2	2,3

In 2005 is een provinciaal advies- en steunpunt huiselijk geweld ingericht bij de Stichting Toevluchtsoord Groningen (STG). Deze organisatie richt zich op het voorkomen van huiselijk geweld in de provincie Groningen via een telefonische hulpdienst en (het toeleiden naar) een traject voor hulpverlening voor slachtoffers én daders. Er was in 2005 sprake van een sterke toename van telefonische hulpvragen (n=1.183 t.o.v. 731 in 2004). In 2005 was een derde van de telefonische vragen afkomstig uit de provincie Groningen (20% uit de stad Groningen en 12% uit het ommeland). De helft van de vragen is afkomstig van hulpverleners en 40% van slachtoffers. In 13% van de hulpvragen (n=148) is toeleiding naar hulpverlening geslaagd.

### 7.3.2. Kindermishandeling

Veel gevallen van kindermishandeling worden door problematiek bij de ouders/in de gezinssituatie veroorzaakt. Bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) kunnen vermoedens van kindermishandeling worden voorgelegd. Kindermishandeling wordt meestal gemeld door iemand in de omgeving van het kind. Als iemand zijn zorgen over een kind – meestal telefonisch – aan het AMK voorlegt, leidt dat tot (1) een melding, (2) een consult of (3) een advies. Het gaat om (verdenkingen van) gevallen die bij het AMK worden gemeld. Geschatte prevalentie van kindermishandeling voor de provincie Groningen, op basis van landelijk onderzoek, is ongeveer 1.500 gevallen per jaar (bron: Ned Tijdschr Geneeskunde 1998; 142:2515-2518). Grofweg kan worden gesteld dat veel gevallen (driekwart) van kindermishandeling nog niet worden gemeld. In de bijlage (tabel b7.1) staat het aantal gemelde gevallen per gemeente voor het jaar 2005. Een hoger aantal gevallen kan zowel wijzen op een grotere alertheid, een grotere aangiftebereidheid als op het vaker voorkomen van kindermishandeling.

*Tabel 7.3.2. Meldingen in de provincie Groningen 2000, 2003 en 2005 bij het AMK*

	Meldingen	0 t/m 17 jarigen	aantal per 1000 kinderen 0 t/m 17 jaar
provincie Groningen 2000	292	114.123	2,6
provincie Groningen 2003	501	116.387	4,3
provincie Groningen 2005	343	115.312	3,0

bron: AMK jaarverslagen 2005



## 8. LEEFOMGEVING

De leefomgeving heeft een grote invloed op de gezondheid, zowel rechtstreeks als via de beleving van omgevingsfactoren. Van invloed zijn onder andere ervaren veiligheid, geur- en geluidhinder maar ook de hoeveelheid groen(voorzieningen) in directe leefomgeving. Zo bleek uit een groot Nederlands onderzoek dat mensen zich gezonder voelen naarmate er in een straal van 3 km rond hun huis meer groen is. Al vaker geconstateerde gezondheidsverschillen tussen platteland en stad zijn voor een deel toe te schrijven aan het verschil in groen tussen beide gebieden. Oftewel: mede omdat er minder groen is in steden, voelen mensen die daar wonen zich ongezonder dan mensen die buiten de stad wonen (Maas et al in J Epi C Health, 2006).

Gemeenten zijn medeverantwoordelijk voor het inrichten van de leefomgeving met bedrijven, wegen, woningen, scholen, speelterreinen en recreatiegebieden. Het gaat daarbij om ruimtelijke planning, openbare werken, verlening van milieu- en bouwvergunningen, en handhaving.

Luchtverontreiniging en externe veiligheid krijgen aandacht in het kader van het Besluit

Luchtkwaliteit respectievelijk de risicokaart. Het geluidsbeleid is in ontwikkeling door de invoering van het MIG-programma (Modernisering Instrumentarium Geluidsbeleid). Bij voornoemde beleidsterreinen geldt dat communicatie met burgers van groot belang is en dat adequate voorlichting nodig is.

### 8.1. Waardering woning en woningomgeving

Een ruime meerderheid van de bevolking is tevreden over de veiligheid in de woonbuurt. In de provincie geeft 97% aan zich overdag veilig te voelen en voelt 86% zich ook 's nachts veilig in eigen woonbuurt. De woonbuurt wordt met gemiddeld een 7,8 ruim voldoende beoordeeld. Het gemiddelde rapportcijfer voor de eigen woning is een 8. Inwoners van de gemeente Groningen waarderen zowel hun woonbuurt als de eigen woning het laagst. Nochtans zijn de inwoners van de gemeente Groningen het meest positief over de ontwikkeling van hun woonbuurt; 19% is van mening dat deze er in het afgelopen jaar op vooruit is gegaan. Inwoners van de gemeente Haren zijn het meest tevreden over hun woonbuurt en eigen woning.

Tabel 8.1. Tevredenheid over woonbuurt en eigen woning (%)

	Woonbuurt veilig overdag (%)	Woonbuurt veilig 's nachts (%)	Woonbuurt leef-klimaat vooruit (%)	Rapportcijfer woonbuurt	Rapportcijfer eigen woning
Stad Groningen	97	80	19	7,5	7,6
Westerkwartier	97	90	11	8,0	8,3
Noord-West	98	91	12	7,9	8,2
Noord-Oost	97	89	16	7,9	8,1
Haren	98	86	4	8,2	8,3
Hoogezand-Sappemeer	98	86	18	7,8	8,2
Centrum-Oost	98	85	12	7,7	8,0
Oldambt	98	87	15	7,9	8,2
Zuid-Oost	97	90	9	7,8	8,1
Provincie Groningen	97	86	14	7,8	8,0

## 8.2. Overlast

De rangorde van de door ervaren overlast in de provincie Groningen is in tabel 8.2. weergegeven. In de bijlage (tabel b8.1) staat een meer gedetailleerde tabel waarin type en mate van overlast per regio wordt weergegeven.

Tabel 8.2. Ervaren overlast in de provincie Groningen (%)

Omschrijving ervaring overlast	soms + vaak gecombineerd	vaak	soms	(bijna) nooit	weet niet geen mening
Te hard rijden	56	20	36	31	13
Vernieling van telefooncellen, bushokjes	34	9	26	47	19
Inbraak in woningen	31	2	29	46	23
Fietsendiefstal	28	4	23	56	17
Overlast van groepen jongeren	27	6	22	49	24
Beschadiging/vernieling aan auto en diefstal vanaf auto	24	3	21	51	24
Parkeeroverlast	24	8	16	55	20
Bekladding van muren en/of gebouwen	21	3	17	57	22
Overlast door omwonenden	20	3	17	60	21
Dronken mensen op straat	18	3	15	61	20
Diefstal uit auto	17	1	16	54	30
Bedreiging	8	1	8	57	34
Drugsoverlast	7	1	6	62	31
Gewelddelicten	7	1	6	61	33
Mensen die op straat worden lastig gevallen	6	1	5	66	28
Brandstichting	5	0	5	63	31
Tasjesroof	4	0	3	62	34

### 8.3. Milieuproblemen

#### 8.3.1. Buitenmilieu

Aan het eind van de vragenlijst werd deelnemers gevraagd om uit een lijst met 13 onderwerpen de drie belangrijkste milieuproblemen aan te kruisen. Door 61% van de deelnemers werd 1 tot 3 problemen aangekruist (tabel 8.3.1). De top-5 (hondenpoep, rommel op straat, geluidsoverlast, slecht onderhoud en geuroverlast) komt overeen met soortgelijke rapportages uit voorgaande gezondheidsenquêtes. Voor de overige onderwerpen waren de frequenties (in provinciale rangorde): te weinig groen (8%), luchtvervuiling (4%), straling door zendmasten GSM of UMTS (4%), lichtoverlast (3%), risico door industriële bedrijven (3%), watervervuiling (3%) en bodemverontreiniging (2%).

Tabel 8.3.1. Meest genoemde milieuproblemen in de buurt (top-6) per regio (%)

	<i>Honden poep</i>	<i>Rommel op straat</i>	<i>Geluids-overlast</i>	<i>Slecht onderhoud wegen/groen</i>	<i>Geur overlast</i>	<i>Milieuhinder verkeer</i>
Stad Groningen	52	42	44	16	10	14
Westerkwartier	58	30	28	18	15	14
Noord-West	66	24	20	33	13	8
Noord-Oost	64	32	20	29	18	4
Haren	45	27	37	18	9	15
Hoogezand-Sappemeer	62	40	32	27	9	7
Centrum-Oost	65	27	27	30	10	6
Oldambt	67	28	25	39	6	8
Zuid-Oost	50	28	31	32	8	7
Provincie Groningen	58	34	32	24	11	10

Uit ander onderzoek is bekend dat hinder van geluid en geur negatieve effecten heeft op de gezondheid. De gegevens uit de enquête worden nog nader geanalyseerd. Een nog groter effect heeft luchtverontreiniging. Het meest schadelijk zijn verbrandingsproducten (verkeer, industrie) waarvan fijn stof de meeste gezondheidsschade veroorzaakt. Aan drukke straten bevat de lucht veel verbrandingsproducten. Maar ook elders is de lucht niet veilig. Deze verontreiniging veroorzaakt jaarlijks in de provincie Groningen honderden doden (die in statistieken geclassificeerd worden als hart-vaatziekten en longziekten). De blootstelling aan verbrandingsproducten in Noord-Nederland is lager dan elders in Nederland.

#### 8.3.2. Binnenmilieu

Ook het binnenmilieu heeft grote invloed op de gezondheid. Door bronnen binnen is de binnenlucht meestal meer verontreinigd dan de buitenlucht. Lucht is een belangrijke route van blootstelling. Mensen consumeren dagelijks 10 kilo lucht, dus heel wat meer dan voedsel en drank tezamen. De meeste mensen zijn maar 10% van de tijd buiten. Gemiddeld verblijven mensen 70% van de tijd in hun eigen huis. Dit heeft grote voordelen voor comfort en gezondheid, maar ook meer nadelen dan men vaak denkt. Zowel in de zomer als in de winter worden grote aantallen mensen ziek door het binnenmilieu. Dit leidt in de provincie Groningen tot meer dan honderd extra sterfgevallen per jaar. In de zomer is het binnen te warm en in de winter is er onvoldoende luchtverversing. Om de verontreiniging van binnen naar buiten af te voeren zijn goede ventilatievoorzieningen nodig. Maar deze blijken verre van optimaal te zijn. Veel ventilatievoorzieningen hebben al bij oplevering te weinig capaciteit. In 80% van de nieuwe woningen die de GGD Groningen heeft onderzocht blijkt de maximale afzuiging in de keuken, het toilet en/of de badkamer ondermaats te zijn. Bij luchtverversingsinstallaties loopt daarna de capaciteit terug door een gebrek aan onderhoud en reiniging. Bovendien gebruiken veel mensen de bestaande ventilatievoorzieningen niet optimaal. De GGD Groningen heeft de klachten van bewoners van nieuwe woningen met balansventilatie in kaart gebracht. Het bleek dat 20% van de bewoners met balansventilatie ontevreden waren, tegen 10% in woningen zonder balansventilatie. Mechanische luchttoevoer leidt tot klachten zoals tocht, droogte, stoffigheid, warmte en hinder van geuren van buiten. Bewoners melden meer gezondheidsklachten zoals prikkeling van ogen, neus, keel en luchtpijp, hoofdpijn en moeheid. Ze wijten ook allerlei ziektes aan de ingeblazen lucht.

Een ventilatiegebrek bestaat niet alleen in woningen maar ook in scholen. Doordat de leerlingen dicht bij de ramen zitten, hebben ze gauw last van tocht. Dan gaan de ramen dicht en de luchtverversing is lang niet voldoende voor het grote aantal personen in een beperkte ruimte. Uit onderzoek in basisscholen door de GGD Groningen blijkt dat gedurende meer dan de helft van de lestijd de luchtkwaliteit onacceptabel is. Dit heeft gevolgen voor de gezondheid en de leerprestaties van de kinderen. In de provincie Groningen leidt dit naar schatting tot 1000 zieke leerlingen en 100 zieke leerkrachten op een gemiddelde schooldag. Landelijk ontstaat een toenemende aandacht voor problemen in het binnenmilieu en hun oplossingen. De GGD Groningen speelt daarbij een bovenregionale rol.

## 9. BESCHOUWING

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor preventief volksgezondheidsbeleid, en moeten daartoe elke 4 jaar hun beleidvoornemens in een nota vastleggen. Daarvoor is inzicht nodig in de gezondheids-toestand van de bevolking. De GGD Groningen maakt eens per vier jaar een gezondheidsprofiel waarin een actueel beeld van de volksgezondheid wordt geschetst.

Het Gezondheidsprofiel Groningen 2006 berust voor een belangrijk deel op de GGD gezondheids-enquête 2006. De vraagstelling voor deze enquête is geformuleerd op basis van door de gemeenten aangereikte thema's en landelijke prioriteiten. In verband met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), waarbij gemeenten per 2007 nieuwe taken toebedeeld krijgen, zijn onderwerpen toegevoegd op het snijvlak tussen gezondheidsbeleid, sociaal beleid en welzijnsbeleid. In deze notitie worden de belangrijkste bevindingen uit het gezondheidsprofiel nader beschouwd.

### *Determinanten van gezondheid*

In het (preventieve) gezondheidsbeleid wordt algemeen uitgegaan van het gezondheidsmodel met vier invloedssferen die samen gezondheid bepalen: biologisch/erfelijke factoren, de zorgvoorzieningen, leefomgeving en leefstijl (gedrag). Het gezondheidsprofiel 2006 bevat op al deze invloedssferen een schat aan informatie. Daarbij moet worden opgemerkt dat de determinanten soms sterk op elkaar kunnen inwerken; zo kan de (collectieve) leefstijl van invloed zijn op de kwaliteit van de leefomgeving, en is een factor als sociale cohesie weer van invloed op de aard en omvang van het zorgaanbod.

### *Bevolkingssamenstelling*

Leeftijd en geslacht zijn belangrijke voorspellers van de gezondheidstoestand. Door de toenemende welvaart, verbetering van hygiënische omstandigheden en een goede gezondheidszorg worden inwoners van Nederland steeds ouder. De behoefte aan- en het gebruik van zorgvoorzieningen wordt vooral bepaald door leeftijd en geslacht: ouderen en vrouwen doen een relatief groot beroep op de zorg. Daarom wordt in het gezondheidsprofiel veel aandacht besteed aan de leeftijdsstructuur van de bevolking.

De bevolkingsopbouw van de provincie Groningen is vergelijkbaar met het Nederlandse patroon. Het aantal verweduwden in Groningen ligt wat hoger dan het landelijke gemiddelde, vooral oudere vrouwen zijn vaak alleenstaand. Tussen de regio's in de provincie Groningen zijn er echte grote verschillen. In het Westerkwartier en in Noordwest Groningen wonen relatief veel jongeren. In de regio's Haren, Noordoost, Oldambt en Zuidoost Groningen wonen verhoudingsgewijs veel ouderen. Opvallend is vooral ook dat het tempo van de ontgroening en vergrijzing verschilt tussen regio's binnen provincie Groningen. Zo is in Haren en enkele gemeenten in Oost Groningen de 'grijze druk' hoog, terwijl in gemeenten in het Westerkwartier juist de 'groene druk' heel hoog is.

Naast leeftijd en geslacht kan ook de allochtone herkomst van de inwoners een gezondheidsfactor zijn. De gezondheidstoestand van niet-westerse allochtonen kan door diverse redenen (leeftijdsopbouw, specifieke aandoeningen etc.) verschillen van de westerse allochtonen en autochtonen. Niet minder is de 'match' tussen zorgbehoefte en zorgaanbod van belang; hier spelen cultuurspecifieke factoren soms een belangrijke rol, zowel bij het voorkomen van ziekten als bij het verlenen van zorg.

Het percentage niet-westerse allochtonen in de provincie Groningen is de helft van het landelijk gemiddelde (5,5% versus 10,4%). De hoogste concentraties van niet-westerse allochtonen zijn te vinden in de gemeenten Hoogezand-Sappemeer, Groningen en Delfzijl. Surinamers en Antillianen vormen met 1,9% van de totale bevolking (Nederland 2,8%) de relatief grootste groep. Het aantal inwoners van Marokkaanse en Turkse afkomst is in de provincie Groningen met 1,1% beduidend lager dan de landelijke referentiecijfers (4,1%). De ziektelast van allochtonen is lager dan gemiddeld als gevolg van gezondere voeding en lager alcoholgebruik. Behoudens enkele specifieke problemen zoals SOA/HIV en de genoemde cultuurbepaalde drempel naar de zorg wordt daarmee in het profiel geen aanleiding gevonden om voor de groep allochtonen apart gezondheidsbeleid te ontwikkelen.

Hierbij geldt echter één belangrijke uitzondering: de psychische nood en de psychiatrische problematiek is bij (ex) vluchtelingen en asielzoekers beduidend hoger dan bij autochtone Groningers.

### *Sociaal-economische status*

Een tweede cruciale factor voor gezondheid is de sociaal-economische status (SES), kort gezegd de mix tussen opleiding en inkomen. Regionale gezondheidsverschillen worden voor een belangrijk deel verklaard door sociale en economische factoren, waarmee het ontstaan en bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) een belangrijk aanknopingspunt vormt voor lokaal gezondheidsbeleid. De sociaaleconomische positie van de bevolking weerspiegelt zich in de ziekte- en sterftcijfers. Groepen met een lage sociaal-economische status vertonen over het algemeen een minder gezonde leefwijze (meer risicogedrag) en een hogere medische consumptie. Dit hogere gebruik van medische voorzieningen wordt vooral bepaald doordat betreffende groepen meer functiestoornissen hebben, zich zeker voelen, meer chronische ziekten hebben, een slechtere kwaliteit van leven hebben en korter leven.

Uit het gezondheidsprofiel blijkt dat de provincie Groningen op vier indicatoren voor de SES lager scoort dan het Nederlandse gemiddelde: huishoudens met een laag inkomen, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en het beroep op de algemene bijstandswet. Op de vier meetpunten scoort de provincie Groningen respectievelijk 20%, 27%, 6% en 27% ongunstiger dan het Nederlands gemiddelde; alleen de regio's Haren, Westerkwartier en Noord-West Groningen onderscheiden zich in gunstige zin van het landelijke referentiecijfer. Met name in Hoogezand-Sappemeer en Oost-Groningen is sprake van een duidelijk ongunstiger sociaal-economische situatie.

Overigens is de relatie tussen armoede en gezondheid niet altijd één-op-één: ook met weinig financiële middelen is een gezond leven mogelijk. De omgeving waarin men verkeert en het toekomstperspectief dat men voor zichzelf ziet zijn in dit verband indicatoren die medebepalend zijn. De dominante invloed van de SES-factor op gezondheid impliceert dat interventies het beleidsterrein van de volksgezondheid ver overstijgen. Gezondheid wordt voor een belangrijk deel 'gemaakt' op andere beleidsterreinen, zoals arbeid, huisvesting, uitkeringen, onderwijs, welzijn, etc.. Werken aan een betere gezondheidstoestand impliceert daarom bovenal het voeren van integraal, intersectoraal beleid.

### *Levensverwachting en sterfte*

De gemiddelde levensverwachting ligt in Groningen met 78 jaar iets lager dan het landelijk gemiddelde, maar de levensverwachting in goede ervaren gezondheid doet daarvoor niet onder. Onderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne toont aan dat de levensverwachting van groepen met een lage SES 3,5 jaar korter is dan die van personen met een hoge SES. Het verschil in levensverwachting tussen de hoge- en de lage SES-groepen is groter bij mannen (5 jaar) dan bij vrouwen (2,5 jaar). Het verschil in gezonde levensverwachting is nog veel groter. Laagopgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 15,8 en 14,0 jaar korter in goede 'ervaren gezondheid' (bron: RIVM 2006). Ook hier is weer een duidelijk verband te leggen met ongezonde leefpatronen, waarbij vooral overgewicht en roken de hoofdrol spelen.

Overigens is de gemiddelde levensverwachting in Nederland de afgelopen decennia minder snel gestegen dan elders in Europa. Voor vrouwen geldt zelfs dat de levensverwachting sinds de jaren '80 stagneert, met name als gevolg van een 'inhaaleffect': vrouwen maakten zich in de periode daaraan voorafgaande steeds meer 'mannelijke' leefgewoonten, zoals roken, eigen.

Een nieuwe bedreiging voor de (gezonde) levensverwachting heeft zich inmiddels aangediend: overgewicht. Er zijn signalen dat de gemiddelde leeftijd van overlijden voor de huidige generatie lager kan worden dan voor de voorgaande. Om dit te voorkomen is een forse beleidsinspanning nodig. De totale sterfte is alleen bij Groninger mannen significant hoger ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Buiten de stad Groningen is er nog steeds een duidelijk hogere sterfte door hartinfarcten, terwijl in de gehele provincie longkanker, bloedkanker, maagkanker en zelfdoding vaker voorkomen dan landelijk. Deze doodsoorzaken kunnen (deels) verklaard worden de SES-factor en de daaraan gerelateerde risicofactoren. Anders gezegd: de ongezondere leefwijze in combinatie met maatschappelijke problematiek die hiermee samenhangt. Ook hier geldt dat er kansen liggen om de gezonde levensverwachting te doen stijgen. Een positief geluid om deze paragraaf mee af te sluiten: mogelijk door de relatief schone lucht in de provincie Groningen ligt de sterfte aan longziekten (exclusief longkanker) al decennia significant lager dan het landelijke referentiecijfer.

### *Gezondheid en ziekte*

Ondanks dat twee vijfde van de Groningers aangeeft het afgelopen jaar een (door een arts vastgestelde) chronische ziekte of aandoening te hebben (gehad), voelt een ruime meerderheid van hen zich gezond. Dat mag dan zo zijn, in Groningen is het aantal nieuw ontdekte gevallen van kanker hoger dan landelijke referentiecijfers. Dit kan grotendeels worden verklaard door het feit dat Groningers vaker hebben gerookt (al kan dat tientallen jaren geleden zijn) en door een laag percentage allochtonen (bij wie verschillende vormen van kanker minder voorkomen). Het vaker voorkomen van borstkanker houdt met name verband met de late invoering van screening van de groep 70+, waardoor meer nieuwe gevallen werden ontdekt.

Zowel bij de jongeren als de volwassenen is er bij één op de twintig Groningers sprake van een (sterk) verminderd psychosociaal welbevinden. Van de 16-jarigen heeft 6% problemen op dit vlak; dit geldt meer voor vmbo-leerlingen dan havo/vwo-leerlingen. Bij volwassenen blijkt uit landelijk onderzoek dat een kwart het afgelopen jaar enige vorm van psychische problematiek ervaart. Het gezondheidsprofiel Groningen spreekt van 18% respondenten die zichzelf matig tot ernstig psychisch ongezond vindt. De regio's Hoogezand-Sappemeer, Centrum-Oost en Oldambt laten een hogere score zien dan het provinciaal gemiddelde.

### *Prioritaire gezondheidsproblemen*

Voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid is het zaak bij het stellen van prioriteiten haalbare keuzes te maken. Waar liggen de kansen om lokaal iets te doen aan het verbeteren van de gezondheid van de burgers, en welke instrumenten zijn daarvoor beschikbaar?

Hierboven is duidelijk geworden dat de sociaal-economische status een dominante speler is op het terrein van de (volks)gezondheid, waarbij met name de leefstijl-gerelateerde risico's in het oog springen. Ook de leefomgeving speelt een rol: in fysieke zin (milieufactoren) en in de sociale betekenis (het omgaan met elkaar). Waar de mogelijkheden voor de gemeente op het terrein van de zorg zich beperken tot vooral regie, coördinatie en subsidiëring, worden de domeinen 'leefstijl' en 'leefomgeving' de speelvelden voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. Preventie is hier het sleutelbegrip, en juist op dat terrein heeft de gemeente (o.m. op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid) instrumenten voor interventies voorhanden. Daarnaast biedt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning nieuwe kansen voor het werken aan een gezond(er)makende sociale leefomgeving, en biedt de milieuregelgeving mogelijkheden voor gezondheidswinst op dat terrein.

Als de onderzoeksgegevens uit het gezondheidsprofiel worden gelegd naast de kansen wordt duidelijk dat de grootste winst kan worden behaald door te investeren in de bevolkingsgroepen waar de problemen het grootst zijn, met effectieve instrumenten die voor een gemeente goed hanteerbaar zijn. Uit de analyse komt dan een aantal thema's naar voren. Wij behandelen deze kort, en verwijzen voor meer details naar het Gezondheidsprofiel Groningen 2006 en de bijlage. De thema's komen voor het grootste deel overeen met de 'Top-9 ziektelast' naar risicofactoren uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen RIVM (VTV-2006). Roken wordt hier genoemd als belangrijkste risicofactor voor ongezondheid, gevolgd door respectievelijk hoge bloeddruk, overgewicht, alcohol, hoog cholesterol, weinig beweging, weinig groente en fruit, druggebruik en onveilig vrijgedrag. Deze thema's worden nader uitgewerkt, m.u.v. hoge bloeddruk en hoog cholesterol. Deze factoren hangen samen met de wél benoemde risicogedragingen (roken, ongezonde voeding, bewegingsarmoede en alcoholgebruik). Het beïnvloeden van risicogedrag is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de overheid (via collectieve preventieve programma's) en de het gezondheidszorgsysteem (via risicosignalering en advisering).

### *Roken*

De belangrijkste veroorzaker van verloren levensjaren en ziektelast is het inademen van tabaksrook. Dit betreft niet alleen de groep rokers, maar ook degenen die (regelmatig) deze rook ongewild inademen, bijvoorbeeld kinderen waarvan de ouders roken en deelnemers in het uitgaansleven.

Ten opzichte van 2002 is weliswaar een duidelijke trendbreuk in het voorkomen van roken te zien (het gemiddelde percentage rokers neemt in vier jaar af van 34% naar 27%), gekeken naar de verschillende leeftijdsklassen ontstaat een genuanceerder beeld. Het blijkt dat het lagere percentage vooral te maken heeft met de toename van het aantal 'stoppers' op latere leeftijd. Van de groep 19-34-jarigen rookt in de provincie Groningen 32%, met regionale uitschieters tot 44%. Juist in deze leeftijdscategorie levert stoppen met roken een gegarandeerde gezondheidswinst op. Het niet beginnen met roken is natuurlijk nog effectiever; in dat verband is het een verontrustend signaal dat van de leerlingen in groep 4 van het Voortgezet Onderwijs 33% van de meisjes, en 25% van de jongens aangeeft soms tot dagelijks te roken. De verschillen tussen de lagere- en de hogere opleidingsniveaus zijn groot: lager opgeleiden roken ruim twee maal zo vaak als hoger opgeleiden. Roken is verantwoordelijk voor ongeveer een derde van de totale kankersterfte, 30% van de sterfte door een hartinfarct en 14% van de sterfte door een beroerte. Verder verhoogt roken het risico op astma, chronische longziekte (COPD) en oogziekten. Vergeleken met andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast het hoogst. Door passief roken (blootstelling aan omgevingstabaksrook) neemt het risico op longkanker bij personen in de omgeving met circa 20% toe. Bovendien is meer roken ook nog verantwoordelijk voor luchtweg- en ooraandoeningen bij kinderen en groeivertraging van ongeboren baby's. Niet beginnen met roken, maar ook tijdig stoppen met roken kan een enorme gezondheidswinst opleveren.

### *Overgewicht*

Het aantal mensen met licht tot ernstig overgewicht neemt nog steeds toe. Sommigen spreken van een dramatische ontwikkeling die op termijn de gemiddelde levensverwachting kan doen afnemen. Onomstreden is dat met het voorkomen van overgewicht en omgaan met overgewicht veel gezondheidswinst te behalen valt. De preventie van overgewicht lijkt eenvoudig: meer bewegen en gezonder eten laat het risico dalen. Aan overgewicht gerelateerde ziekten zijn onder meer diabetes, hart- en vaatziekten, gewrichtsklachten, galziekten en bepaalde vormen van kanker. Op termijn verhoogt overgewicht en vooral vetzucht de kans op eerdere sterfte. Een belangrijk deel van deze gezondheidsrisico's kan afgewend worden als te zware personen voldoende bewegen.

Op bevolkingsniveau heeft in 2006 51% van de Groningers overgewicht, waarvan 13% ernstig overgewicht. Dat is een weer een toename ten opzichte van het vorige gezondheidsprofiel 2002. Vanaf 1990 gaat het om een toename van bijna 1% per jaar. De Groningse cijfers van volwassenen steken ongunstig af met het landelijk gemiddelde. In 2006 heeft ruim één op de tien kinderen van 5 jaar heeft overgewicht, terwijl onder de 9-jarigen al één op de vijf kinderen aan overgewicht heeft. Hoopvol is dat de stijgende trend in overgewicht en de aandacht hiervoor er wellicht toe heeft geleid dat in de periode tussen 2002 en 2006 meer Groningers matig intensief zijn gaan bewegen; kennelijk is er bereidheid om zelf iets te doen aan de leefwijze. Uit de gezondheidsenquête blijkt echter ook dat veel personen met overgewicht zich hier nog niet bewust van zijn. Actieve signalering en advisering vanuit de gezondheidszorg is daarom van levensbelang.

Het Groninger Sport Model (samenwerkingproject Huis van de Sport, Hanzehogeschool Groningen, GGD Groningen en Menzis Zorgverzekeraar) is een voorbeeld van een veelbelovende interventie gericht op jongeren. Soortgelijke benaderingen voor andere doelgroepen (volwassenen, ouderen, allochtonen, chronisch zieken) kunnen belangrijke gezondheidswinst genereren. Naast voldoende bewegen is een uitgebalanceerd voedingspatroon van belang om gezond te zijn en te blijven. Uit de gezondheidsenquête blijkt dat een ruime meerderheid van de Groninger niet voldoet aan de Richtlijn Gezonde Voeding (RGV). Met name de consumptie van fruit en groente is (nog steeds) erg laag.



### *Alcoholgebruik*

Geen leefstijlthema is zo algemeen maatschappelijk geaccepteerd als de consumptie van het genotmiddel alcohol. Daar is uit gezondheidsoogpunt op zich weinig bezwaar tegen, mits met mate genuttigd. En juist daar ontstaan de problemen: het percentage mensen (en vooral jongeren) dat regelmatig overmatig alcoholische drank nuttigt ligt in sommige bevolkingsgroepen verontrustend hoog. Zo is 43% van de mannen tussen 19 en 34 jaar te typeren als zware drinker. Van de leerlingen in groep 4 van het Voortgezet onderwijs drinkt 33% op twee of drie dagen van elk weekend, en vaak fors: ruim een kwart drinkt dan 5 tot 10 glazen op een dag, en 12% zelfs meer dan 10 glazen.

Ook hier geldt dat de verschillen per schooltype groot zijn, zoals ook de verschillen tussen de lagere- en de hogere sociaal-economische groepen weer zichtbaar zijn. Bij de 16-jarigen valt op dat ruim de helft van de meisjes en driekwart van de jongens minstens 1x per maand meer dan 5 glazen per keer inneemt. Hoewel deze cijfers globaal overeenkomen met de landelijke cijfers, en de totale alcoholconsumptie onder volwassenen de laatste jaren niet toeneemt, is er reden tot zorg, met name met betrekking tot jongeren. Waar matig alcoholgebruik zelfs positieve gezondheidseffecten kan sorteren, levert overmatig gebruik op de lange termijn ernstige gezondheidsschade op. Behalve fysieke schade zoals functieverlies van de lever en hart- en vaatziekten kan op latere leeftijd ook depressie en dementie het gevolg blijken te zijn van jeugdig overmatig alcoholgebruik, veelal begonnen op jonge leeftijd. Naast gezondheidsklachten op de korte termijn moet ook de maatschappelijke overlast en schade niet worden onderschat. Hierbij kan worden gedacht aan ongevallen, relatieproblematiek, huiselijk- en seksueel geweld, (huis)vervuiling en meer in het algemeen de 'maatschappelijke teloorgang'. Als breed geaccepteerd sociaal verschijnsel is het voorkómen van alcoholgebruik niet een speerpunt van beleid. Hier is het met name van belang de eigen verantwoordelijkheid te stimuleren en jongeren te leren voor zichzelf grenzen te stellen. Belangrijkste doelgroep zijn in dit verband de jongeren uit de lagere SES-groepen. Dit vraagt om een intersectorale aanpak en om nieuwe allianties. Alleen voorlichting geven is niet voldoende; ook regelgeving, handhaving en andere intersectorale bijdragen zijn onmisbaar. Wat dit betreft kan veel worden geleerd van de aanpak van het rookprobleem. Er zijn verschillende succesvolle interventies voorhanden, gebaseerd op deze 'empowerment'-benadering. Een voorbeeld daarvan is het Groninger 'K wait wat ik dou'-project.

### *Seksualiteit*

Het blijft, met name voor jongeren, worstelen met het thema seksualiteit. Hoewel het aantal gevallen van SOA (Seksueel Overdraagbare Aandoeningen) niet langer sterk stijgt, neemt het aantal abortussen in Nederland (en ook in Groningen) de laatste jaren toe. Dit heeft ongetwijfeld ook te maken met een bevinding uit het gezondheidsprofiel: minder dan de helft gebruikt bij het vrijen altijd een condoom, en loopt dus risico. Tweevijfde geeft aan de laatste keer geen condoom gebruikt te hebben. De kennis over SOA is, met name in het VMBO, beperkt. Zo denkt 38% van de jongeren dat door gebruik van de 'pil' de kans op het krijgen van een SOA wordt verkleind, en meent 21% dat de meeste SOA vanzelf weer overgaan. Opvallend is de toename van het aantal positief gediagnosticeerde gevallen van SOA bij sommige allochtone groepen, met name Surinamers en Antillianen. Waar reguliere gezondheidsvoorlichting zonder meer heeft bijgedragen aan de afname van het aantal nieuwe gevallen, worden deze groepen kennelijk onvoldoende bereikt en dient de voorlichting op deze groepen te worden afgestemd.

Een ander aspect van seksualiteit vraagt in toenemende mate de aandacht. Er is met name op dit gebied sprake van een groeiende groepsdruk, waardoor gemakkelijk de eigen grenzen van het individu kunnen worden overschreden. Deze normverschuiving wordt voor een belangrijk deel gevoed door onrealistische beeldvorming in de media. Bij het thema seksualiteit verdient dit aspect, naast dat van kennistekort met betrekking tot SOA, de aandacht. Hoewel hier geen direct oorzakelijk verband te leggen is, valt verder de toename van het aantal meldingen van seksueel geweld op. Zo kreeg het Toevluchtsoord het afgelopen jaar te maken met 60% meer telefonische hulpvragen, en rapporteert 2,3% van de Groninger vrouwen in de gezondheidsenquête 2006 ooit ongewenst seksueel geweld (waarbij waarschijnlijk rekening moet worden gehouden met onderrapportage). Reden genoeg om naast kennisvermeerdering aandacht voor vaardigheden verder in te zetten op het thema seksuele relaties. Ook hier biedt de 'empowerment'-benadering de grootste kansen.

### *Maatschappelijk milieu*

Sociale contacten en eenzaamheid zijn belangrijke determinanten van gezondheid en welzijn. Het aantal contacten in het sociale netwerk is van belang voor de mate van welzijn. Daarnaast draagt het frequent hebben van sociale contacten in hoge mate bij aan het tot stand komen van mantelzorg. Eenzaamheid in 2006 is in vergelijking met 2002 niet toegenomen. Eenzaamheid is sterk gerelateerd aan leeftijd en woonsituatie, en komt vaker voor bij alleenstaanden, ouderen en risicogroepen (o.a. psychiatrisch patiënten). Bijna de helft van de 75+-groep geeft zelf aan zich in meerdere of mindere mate eenzaam te voelen. Bij alleenstaande ouderen is dat percentage nog hoger. De mate van eenzaamheid vertoont relatief weinig verschillen tussen regio's. Hoewel de sociale cohesie in woonwijken en buurten in de Ommelanden hoger lijkt dan in de stad Groningen komt eenzaamheid in de stad niet vaker voor dan in de overige regio's. Goede vervoersmogelijkheden voor ouderen dragen bij aan de zelfstandigheid van deze groep van de bevolking. Tussen de regio's doen zich verschillen voor in het benutten van de mogelijkheden van WVG-vervoer; in de stad Groningen wordt hiervan het meest gebruik gemaakt.

In dit verband is het interessant om het vóórkomen van eenzaamheid te relateren aan het geven van mantelzorg, de zorg die men geeft aan een bekende (partner, familie, buren of vrienden) als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Het bieden van gezelschap, troost en afleiding wordt door bijna de helft van de mantelzorgers genoemd als vorm van de verleende zorg. Tussen regio's zijn er grote verschillen in verleende mantelzorg; het Westerkwartier, Noord-West Groningen, Haren en Hoogezand laten op dit punt een gunstig beeld zien. Voor de andere regio's is er goed nieuws: er bestaat nog een redelijk groot potentieel voor vrijwillige hulp onder de bevolking. Een derde van de respondenten in de gezondheidsenquête is bereid tot het ondersteunen van mensen die hulp nodig hebben bij het doen van boodschappen doen of huishoudelijke activiteiten. Hoewel dit geen garantie biedt voor het tegengaan van eenzaamheid liggen hier ook voor gemeenten, zeker in het kader van de WMO mogelijkheden. Zeker in een samenleving waarin de zorg steeds meer wordt geprivatiseerd zal de behoefte aan- en het belang van mantelzorg alleen maar toenemen.

### *Psychosociale gezondheid*

Bijna een kwart van de volwassenen heeft in het afgelopen jaar een vorm van psychische stoornis gehad. De belangrijkste vormen daarvan zijn angststoornissen, stemmingsstoornissen en stoornissen i.v.m. alcohol- of druggebruik. Jongvolwassenen, alleenstaanden, mensen met een lage opleiding, werklozen en arbeidsongeschikten rapporteren relatief vaak problemen op dit vlak. Bij de ernstiger psychosociale en psychiatrische problematiek bestaat een reële suïcidekans; de (vroegtijdige) signalering verdient de volle aandacht. Het gegeven dat in Groningen verhoudingsgewijs veel cliënten in de verslavingszorg bekend zijn betekent ook dat er grote behoefte is aan flankerende voorzieningen. Deze groep, veelal chronische, cliënten heeft aanvullende steun nodig bij wonen en welzijn (dagbesteding, toeleiding naar werk, etc.).

Ook bij de psychosociale gezondheid tekent zich een sterke relatie met de sociaal-economische status af; de regio's Hoogezand (met 9%), Centrum-Oost (8%) en Oldambt (8%) het laagst scoren op psychisch welbevinden. Bijzondere aandacht verdient te groep jongeren. Bij gemiddeld 6% van de leerlingen in het basis- en voortgezet onderwijs is sprake van psychosociale problematiek: 10% van de vmbo-leerlingen tegenover één op de twintig leerlingen van HAVO en VWO. Voor zowel de jongens als de meisjes geldt hoe hoger het opleidingsniveau hoe minder psychosociale problematiek. Pesten als oorzaak van psychosociale problematiek verdient speciale aandacht. Zowel de slachtoffers als de daders behoren tot de probleemgroepen. In het basisonderwijs is 16% van de leerlingen het afgelopen schooljaar regelmatig tot vaak gepest, en 59% wel eens. In groep 2 van het Voortgezet Onderwijs is 5% van de leerlingen in het voorgaande kwartaal regelmatig gepest, en 18% soms. Bij met name kinderen en jongeren leidt langdurig gepest worden vaak tot langdurige psychische schade; gepest worden is een belangrijke voorspeller van latere problematiek. Van de pesters glijdt een deel later af naar grensoverschrijdend gedrag, vandalisme en criminaliteit; dat zijn dan de pesters die niet tijdig worden gecorrigeerd in hun gedrag. Er zijn geen aanwijzingen dat pesten in lagere SES-groepen meer voorkomt dan in hogere; wel kan worden gesteld dat het zelfherstellend vermogen in de verschillende groepen verschilt. Ook hier is een 'empowerment'-benadering, waarbij zowel daders als slachtoffers worden toegerust met de benodigde emotionele 'skills' de aangewezen oplossingsrichting.

### *Leefomgeving*

Groningers zijn erg tevreden over hun fysieke leefomgeving. Vrijwel alle Groninger voelen zich overdag veilig in hun woonbuurt en een ruime meerderheid heeft ook 's nachts geen last van onveiligheidsgevoelens in de eigen woonbuurt. Dit vertaalt zich eveneens in de (gemiddelde) cijfers die men voor eigen huis en woonbuurt geeft. Ondanks interregionale verschillen, worden deze aspecten van de leefomgeving als ruim voldoende beoordeeld. In gemeente Groningen waarderen de burgers zowel hun woonbuurt als de eigen woning het lager dan in de Ommelanden, maar de stadjes geven wél vaker aan dat hun buurt er op vooruit gaat. Dat neemt niet weg dat er in het kader van het lokale gezondheidsbeleid in elk geval één belangrijk aandachtspunt te benoemen is: binnenmilieu. Het binnenmilieu heeft grote invloed op de gezondheid. Gemiddeld verblijven mensen 70% van de tijd in hun huis. De nadelen hiervan zijn groter dan men geneigd is te denken: zowel in de zomer als in de winter worden grote aantallen mensen ziek door het binnenmilieu, hetgeen leidt tot veel vermijdbare sterfte. De oorzaak van deze ongezondheid wordt met name gevormd door fijnstof. Dit ontstaat door het verbranden van onder andere gas, kaarsen en (soms) tabak, en komt daarnaast in het binnenmilieu door de aanvoer van vervuilde buitenlucht. Een andere ziekmaker binnenshuis is radongas (verantwoordelijk voor 10% van de gevallen van longkanker).

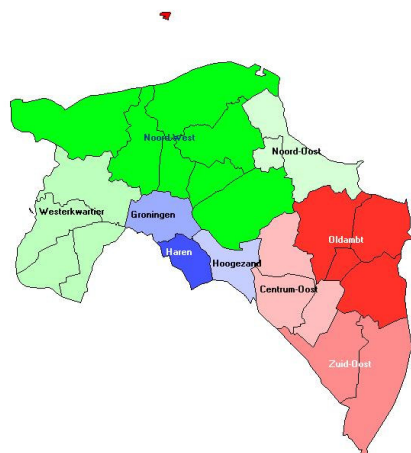
Veel ventilatievoorzieningen zijn ontoereikend om de schadelijke bestanddelen van het binnenmilieu af te voeren, en bovendien wordt er door bewoners en gebruikers vaak slecht geventileerd, iets wat zeker geldt voor scholen. Landelijk ontstaat een toenemende aandacht voor problemen in het binnenmilieu en hun oplossingen. De GGD Groningen speelt daarbij een bovenregionale rol.

### *Conclusie*

Het gezondheidsprofiel bevat niet alleen maar zorgelijke gegevens. Over de hele linie (maar niet voor sommige, met name jongere leeftijdsgroepen!) daalt het aantal rokers, mensen gaan meer bewegen, zijn tevreden over hun woonomgeving en met de mantelzorg zit het in de provincie Groningen beter dan elders. Toch blijft de gezondheid van de Groninger bevolking op een groot aantal punten minder goed dan het landelijk gemiddelde. Verklarende factoren hiervoor zijn de bevolkingssamenstelling en vooral de lagere sociaal-economische status en de daaraan gerelateerde ongezonde leefwijze en leefomgeving. Dat levert voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid niet alleen uitdagingen op, maar ook kansen. Relatief veel gezondheidswinst valt te behalen door te investeren in een gezonde leefstijl voor jongeren, meer sociale cohesie en een gezonder leefmilieu. Daartoe zijn effectieve instrumenten beschikbaar, die ingezet kunnen worden op alle (beleids)terreinen waar de determinanten van gezondheid worden gevonden. Gezondheidsbeleid is immers bij uitstek integraal beleid!

# BIJLAGE TABELLEN & GRAFIEKEN

## GEZONDHEIDSPROFIEL GRONINGEN 2006



oktober 2006

GGD Groningen  
stafafdeling sectie epidemiologie  
Postbus 584 9700 AN Groningen

Voor vragen:  
050 367 4126 j.broer@hvd.groningen.nl  
050 367 4127 e.spijkers@hvd.groningen.nl



Hulpverleningsdienst Groningen

**GGD**



# INHOUD

1. INLEIDING .....	5
Tabel b1.1. Deelname GGD-Gezondheidsenquête 2006 naar leeftijd en geslacht (%).....	6
Tabel b1.2 Deelname gezondheidsenquête 2006 per gemeente (% en aantallen per leeftijdsgroep) .....	6
2. BEVOLKING.....	7
Figuur b2.1 Aantal inwoners per gemeente (CBS, 2006) .....	7
Figuur b2.2 Leeftijdsopbouw per gemeenten (%) (CBS 2006) .....	8
Figuur b2.3 Demografische druk per gemeente (CBS, 2006).....	9
Tabel b2.1 Prognose aantal personen 65 jaar en ouder in 2005, 2010, 2015 en 2020 .....	10
Tabel b2.2 Indexcijfers (jaar 2005=100) personen 65 jaar en ouder in 2005, 2010, 2015 en 2020 .....	10
Tabel b2.3 Burgerlijke staat naar leeftijd en geslacht provincie Groningen 2006 (%).....	11
Tabel b2.4 Wel/niet alleenstaand o.b.v. burgerlijke staat naar leeftijd/ geslacht Groningen 2006 (%).....	11
Figuur b2.4 Huishoudens met laag inkomen (%) en besteedbaar gezinsinkomen gemeente (CBS, 2003).....	12
Figuur b2.5 Sociale zekerheid: bijstand, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid per gemeente (CBS, 2004).....	13
3. STERFTE.....	15
Tabel b3.1 Belangrijke doodsoorzaken prov Groningen t.o.v. Nederland (gemiddeld 1999-2003).....	15
Tabel b3.2 Verhoudingsgetallen totale sterfte 2000-2004 per gemeente t.o.v. Nederland .....	16
4. LICHAAMELIJKE EN PSYCHISCHE GEZONDHEID.....	17
Tabel b4.1 Type chronische ziekte zelf gerapporteerd en door een arts vastgesteld naar geslacht (%).....	17
Tabel b4.2 Ervaren, fysieke en psychische gezondheid naar geslacht, leeftijd en regio.....	17
Tabel b4.3 Ervaren gezondheid personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%).....	18
Tabel b4.4 Psychisch welbevinden personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%) .....	18
Tabel b4.5 Vóórkomen psychiatrische diagnoses en 12-maand zorggebruik (18-64 jaar) (%).....	19
Tabel b4.6 Incidentie aantal nieuw ontdekte gevallen per 100.000 in de provincie Groningen 1999-2003.....	19
Tabel b4.7 Verhoudingsgetal incidentie kanker provincie Groningen 1999-2003 (SIR) <sup>1</sup> # .....	20
Tabel b4.8 Deelname bevolkingsonderzoek borstkanker 2003-2004 (%).....	20
Tabel b4.9 Oproep en deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker per gemeente 2005 .....	21
5. ZORG.....	23
Figuur b5.1 Zorgconsumptie in voorafgaande jaar naar regio in 2006 (%) .....	23
Tabel b5.1 Medicijngebruik in voorafgaande 12 maanden per gemeente in 2006 (%) .....	24
Figuur b5.2 Gebruik slaap- en kalmerende middelen in afgelopen 2 weken naar leeftijd / regio (%) .....	24
Tabel b5.2 Contacten geestelijke gezondheidszorg provincie Groningen 2003 (aantallen patiënten) .....	25
Tabel b5.3 Contacten geestelijke gezondheidszorg provincie Groningen 2003 (%).....	26
Tabel b5.4 Aantal contacten verslavingszorg naar type primaire verslaving per gemeente 2004 (%) .....	27
Figuur b5.3 Mantelzorg gegeven in voorafgaande 12 maanden naar regio en leeftijd (%).....	28
6. LEEFWIJZE .....	29
Tabel b6.1 Rookt u wel eens (personen 19 jaar en ouder) per gemeente in 2006 (%).....	29
Figuur b6.1 Overmatig alcoholgebruik naar leeftijd per regio in 2006 (%) .....	30
Tabel b6.2 Mate van alcoholgebruik personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%) .....	30
Tabel b6.3 Mate van overgewicht bij kinderen per gemeente in 2006 (%).....	31
Tabel b6.4 Mate van onder/overgewicht personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%).....	31
Figuur b6.2 Voldoen aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen (19 jaar en ouder) in 2006 (%).....	32
Tabel b6.5 Lichaamsbeweging (19 jaar en ouder) per gemeente in 2006 (%) .....	32
Figuur b6.3 Eten voldoende fruit /vruchtensap (minimaal 2 per dag) naar leeftijd/regio (%).....	33
Figuur b6.4 Eten van voldoende groente en rauwkost per dag naar leeftijd per regio in 2006 (%) .....	33
7. MAATSCHAPPELIJK MILIEU.....	35
Figuur b7.1 Mate van eenzaamheid naar leeftijd en regio .....	35
Figuur b7.2 Somscore sociaal kapitaal naar regio.....	35
Tabel b7.1 Meldingen Advies en Meldpunt Kinder mishandeling (AMK) naar gemeente (2005).....	36
8. FYSIEK MILIEU .....	37
Tabel b8.1 Type en mate van overlast naar regio.....	37



## 1. Inleiding

Dit is een bijlage met figuren en tabellen behorend bij het rapport Lokale Gezondheidsprofielen Groningen. De meeste gegevens zijn afkomstig uit de GGD-Gezondheidsenquête 2006.

Daarnaast zijn veel gegevens afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Verder hebben andere zorgorganisaties bereidwillig gegevens ter beschikking gesteld. Het gaat daarbij om:

- Integraal Kankercentrum Noord-Nederland (IKN)
- Nationaal Zorgkompas (RIVM)
- Nationale Atlas Volksgezondheid (RIVM)
- Psychiatrisch Casusregister Noord-Nederland (GGz en verslavingzorg)
- Landelijk Alcohol en Drugs Informatie System (Ladis)
- Verslavingszorg Noord Nederland (VNN)



**Tabel b1.1. Deelname GGD-Gezondheidsenquête 2006 naar leeftijd en geslacht (%)**

	20 – 34 jaar		35 – 49 jaar		50 – 64 jaar		65 +		Totaal	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Stad Groningen	39	55	47	59	57	65	70	61	48	59
Westerkwartier	45	66	49	64	65	74	61	49	55	65
Noord-West	47	67	51	70	63	69	61	63	55	68
Noord-Oost	38	52	49	60	62	66	62	51	53	58
Haren	44	50	52	54	73	64	71	60	64	56
Hoogezand-Sappemeer	39	49	44	57	57	67	69	54	51	57
Centrum-Oost	27	54	45	53	59	66	63	56	47	58
Oldambt	36	52	47	53	47	59	67	49	47	54
Zuid-Oost	36	47	44	58	61	64	63	51	52	55
Provincie Groningen	39	56	47	60	59	66	65	56	51	60

**Tabel b1.2 Deelname gezondheidsenquête 2006 per gemeente (% en aantallen per leeftijdsgroep)**

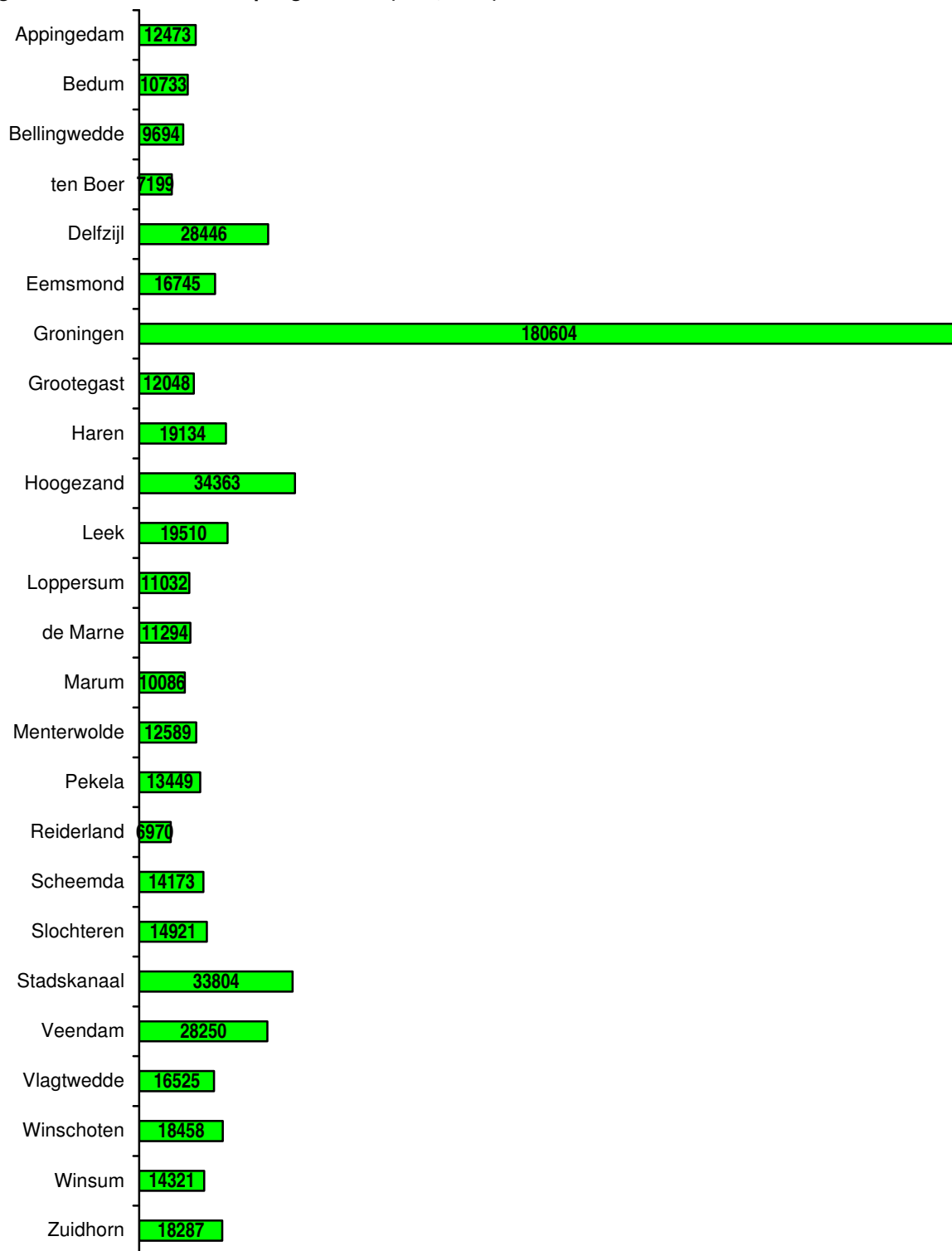
Gemeente	deelname (%)	aantal 19-64 jaar	aantal 65 +	totaal (n)
Appingedam	56%	84	21	105
Bedum	56%	68	14	82
Bellingwedde	52%	60	17	77
ten Boer	57%	47	10	57
Delfzijl	55%	166	50	216
Eemsmond	66%	119	26	145
Groningen	53%	1213	248	1461
Grootegast	59%	86	12	98
Haren	61%	101	55	156
Hoogezand-Sappemeer	54%	195	55	250
Leek	55%	120	22	142
Loppersum	66%	101	18	119
de Marne	65%	80	25	105
Marum	56%	65	12	77
Menterwolde	61%	91	15	106
Pekela	50%	75	11	86
Reiderland	44%	36	9	45
Scheemda	56%	84	25	109
Slochteren	57%	89	29	118
Stadskanaal	54%	185	72	257
Veendam	50%	148	50	198
Vlagtwedde	54%	96	29	125
Winschoten	48%	129	*	129
Winsum	58%	101	14	115
Zuidhorn	67%	145	22	167
Provincie Groningen	55%	3684	861	4545

\* onvolledig oproepbestand gemeente Winschoten ontvangen (alleen personen 19 -64 jaar)

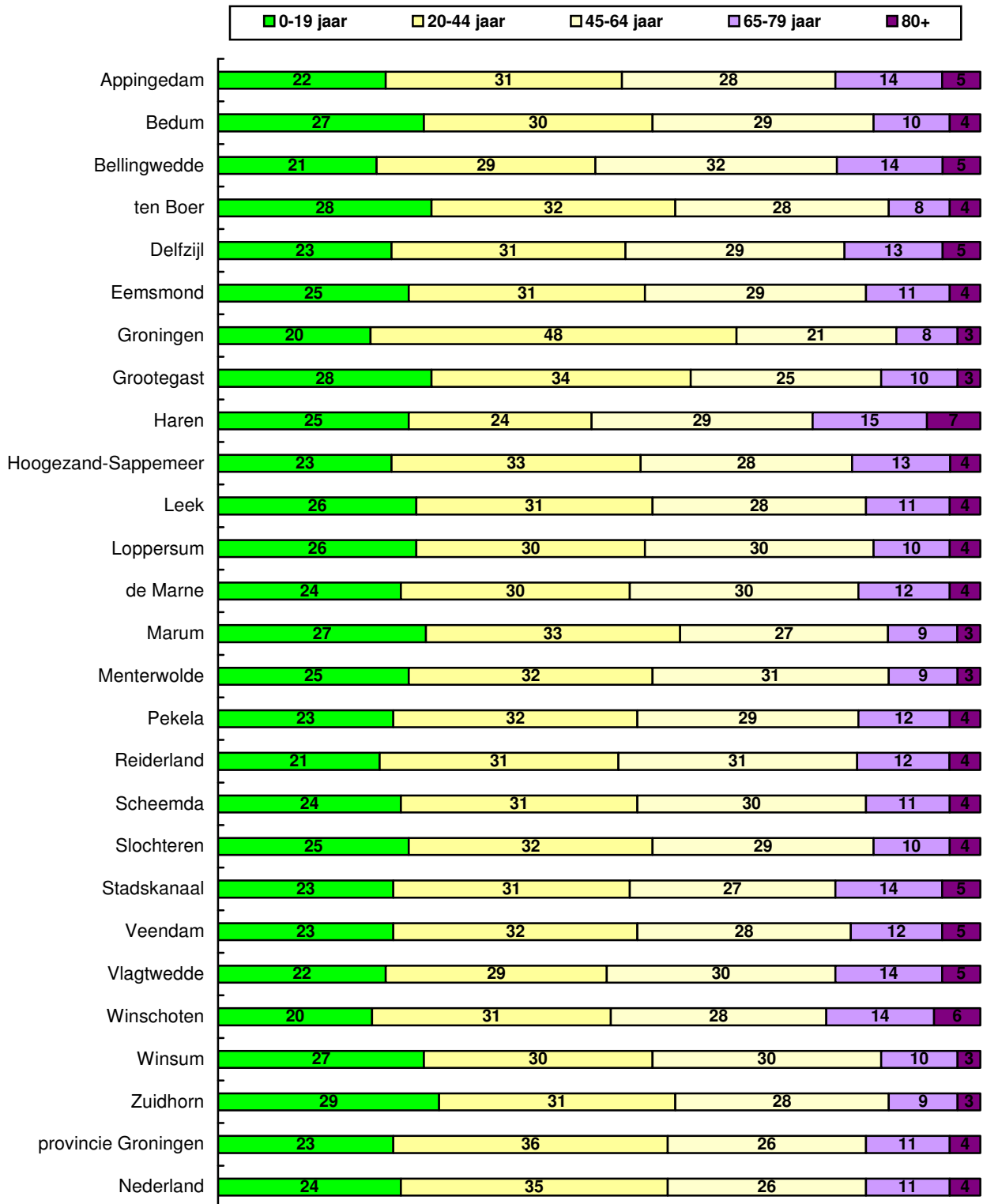
## 2. Bevolking

Op 1 januari 2006 waren in de provincie Groningen 575.072 personen ingeschreven in het bevolkingsregister. Gemeente Groningen is veruit de grootste gemeente en Reiderland en Ten Boer waren de gemeenten met het kleinste aantal inwoners.

**Figuur b2.1 Aantal inwoners per gemeente (CBS, 2006)**

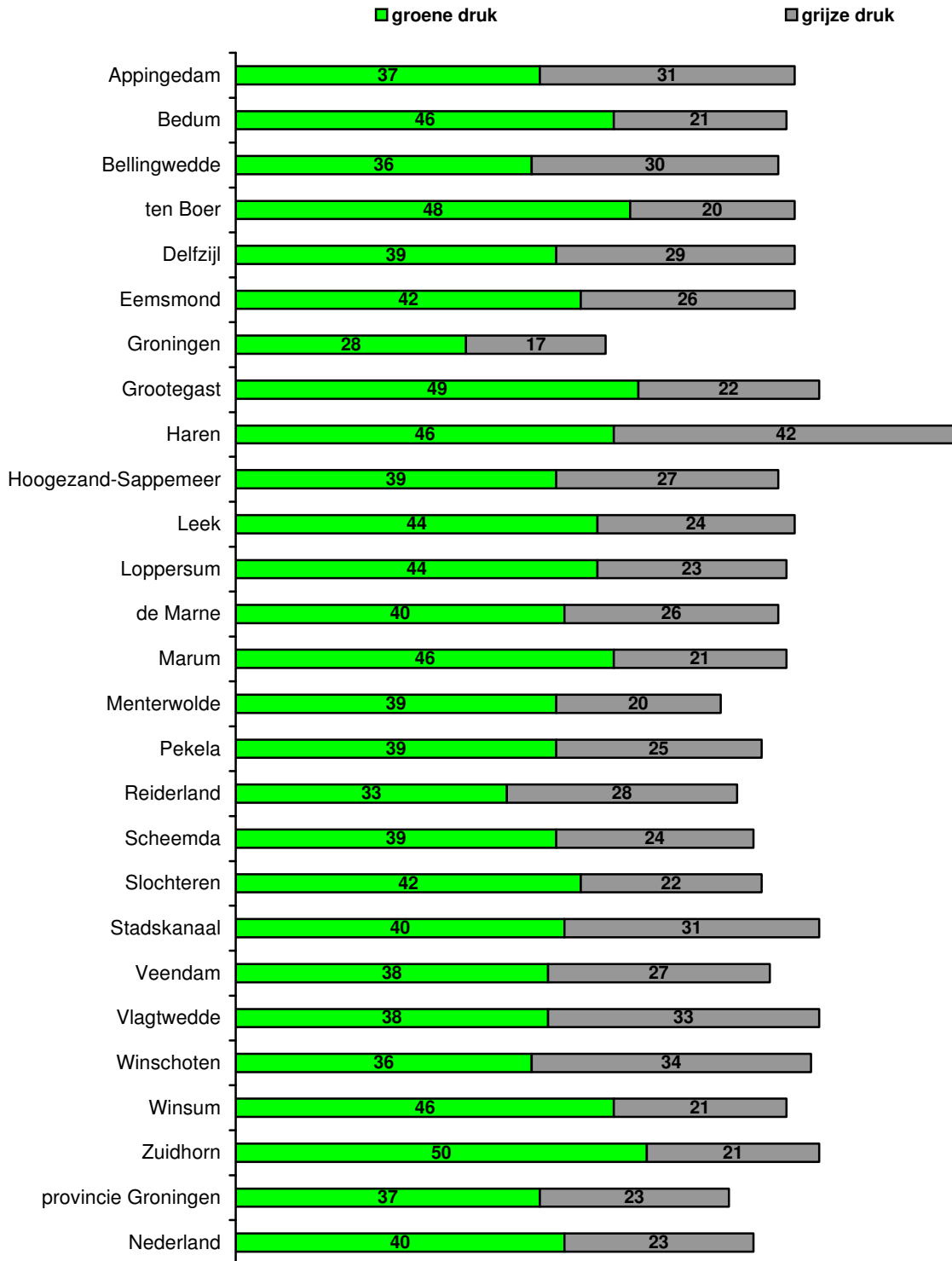


Figuur b2.2 Leeftijdopbouw per gemeenten (%) (CBS 2006)



De demografische druk is een maat voor de verhouding tussen het aantal personen in de zogenoemde 'productieve' (20-64 jaar) en de 'niet-productieve' leeftijdsgroep jonger dan 20 jaar (groene druk) en 65 jaar en ouder (grijze druk). De formule berekening is als volgt:  $((\text{aantal } 0-19) + (\text{aantal } 65+)) / (\text{aantal } 20-64) * 100$ . Een hoge demografische druk betekent dat er relatief veel personen in de 'niet-productieve' leeftijdsgroep zijn. De demografische druk in de provincie Groningen is iets lager dan het landelijk gemiddelde doordat er iets minder jongeren wonen dan het landelijke referentiecijfer (het aandeel ouderen is conform het landelijk gemiddelde). In het jaar 2006 is de demografische druk in de gemeente Haren het hoogst en in de gemeente Groningen het laagst. In de gemeenten Haren, Vlagtwedde en Winschoten wonen veel ouderen (grijze druk).

**Figuur b2.3 Demografische druk per gemeente (CBS, 2006)**



**Tabel b2.1 Prognose aantal personen 65 jaar en ouder in 2005, 2010, 2015 en 2020**

<i>Gemeente</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>	<i>2020</i>
Appingedam	2279	2224	2380	2418
Bedum	1367	1545	1931	2184
Bellingwedde	1740	1874	2156	2298
ten Boer	815	902	1141	1338
Delfzijl	4862	5290	5884	6103
Eemsum	2521	2750	3300	3778
Groningen	21191	21605	24395	27165
Grootegast	1500	1670	2006	2224
Haren	4178	4202	4452	4571
Hoogezand-Sappemeer	5469	5994	6782	7425
Leek	2740	3024	3495	3940
Loppersum	1461	1643	2061	2447
de Marne	1788	2021	2355	2602
Marum	1253	1459	1755	2050
Menterwolde	1597	1867	2321	2718
Pekela	2121	2290	2682	2922
Reiderland	1272	1312	1458	1575
Scheemda	2127	2463	3136	3601
Slochteren	2044	2298	2818	3279
Stadskanaal	5999	6267	6885	7287
Veendam	4606	4874	5464	5940
Vlagtwedde	3175	3268	3534	3702
Winschoten	3589	3583	3866	4153
Winsum	1683	1819	2285	2548
Zuidhorn	2280	2646	3193	3653
Provincie Groningen	85662	90900	103750	113941
Nederland	2,9 miljoen	3,1 miljoen	3,5 miljoen	3,9 miljoen

Bronnen: Primos bevolkingsprognose 2004 -Abf - bewerking). De Nederlandse samenleving 2004. Sociale Trends. CBS, 2004.

**Tabel b2.2 Indexcijfers (jaar 2005=100) personen 65 jaar en ouder in 2005, 2010, 2015 en 2020**

<i>Gemeente</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2015</i>	<i>2020</i>
Appingedam	100	98	104	106
Bedum	100	113	141	160
Bellingwedde	100	108	124	132
ten Boer	100	111	140	164
Delfzijl	100	109	121	126
Eemsum	100	109	131	150
Groningen	100	102	115	128
Grootegast	100	111	134	148
Haren	100	101	107	109
Hoogezand-Sappemeer	100	110	124	136
Leek	100	110	128	144
Loppersum	100	112	141	167
de Marne	100	113	132	146
Marum	100	116	140	164
Menterwolde	100	117	145	170
Pekela	100	108	126	138
Reiderland	100	103	115	124
Scheemda	100	116	147	169
Slochteren	100	112	138	160
Stadskanaal	100	104	115	121
Veendam	100	106	119	129
Vlagtwedde	100	103	111	117
Winschoten	100	100	108	116
Winsum	100	108	136	151
Zuidhorn	100	116	140	160
Provincie Groningen	100	106	121	133
Nederland	100	107	121	134

**Tabel b2.3 Burgerlijke staat naar leeftijd en geslacht provincie Groningen 2006 (%)**

Leeftijdsgroep	aantal		ongetrouwd (%)		getrouwd (%)		verzuimd (%)		gescheiden (%)	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
0 t/m 9 jaar	32429	30848	100	100	-	-	-	-	-	-
10 t/m 19 jaar	34012	33326	100	99,9	0	0,1	-	-	-	-
20 t/m 29 jaar	42618	40207	93	85	7	14	0	0	0,3	0,7
30 t/m 39 jaar	42208	39725	53	40	43	53	0,1	0,3	4	7
40 t/m 49 jaar	42506	41859	27	19	62	66	0,4	1,3	11	13
50 t/m 59 jaar	40581	38960	13	9	73	73	1,8	4,9	12	14
60 t/m 69 jaar	26885	27303	7	4	79	69	5	16	9	10
70 t/m 79 jaar	16461	20845	6	5	77	48	12	41	5	6
80 t/m 89 jaar	6622	13362	4	6	64	21	30	71	3	3
90 of ouder	767	2518	4	6	35	4	59	88	2	3
<b>Totaal</b>	<b>285089</b>	<b>288953</b>	<b>52</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

bron CBS. Bovenstaande percentages zijn per gemeente beschikbaar op de website van het CBS.

Desgewenst zijn zowel absolute aantallen en percentages per gemeente ook op te vragen bij GGD Groningen, sectie epidemiologie.

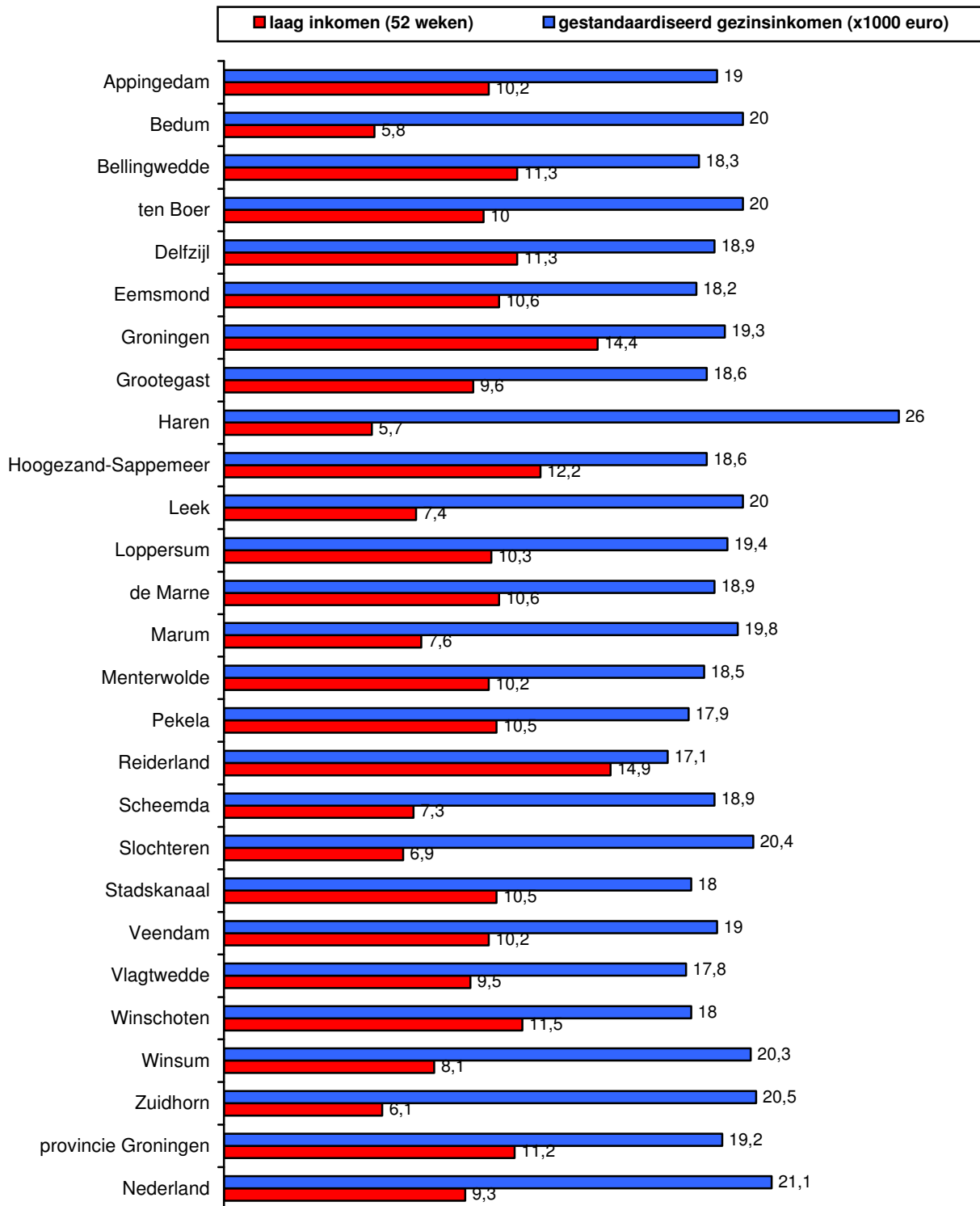
Personen die een geregistreerd partnerschap zijn aangegaan worden in de burgerlijke stand geteld als getrouwd.

**Tabel b2.4 Wel/niet alleenstaand o.b.v. burgerlijke staat naar leeftijd/ geslacht Groningen 2006 (%)**

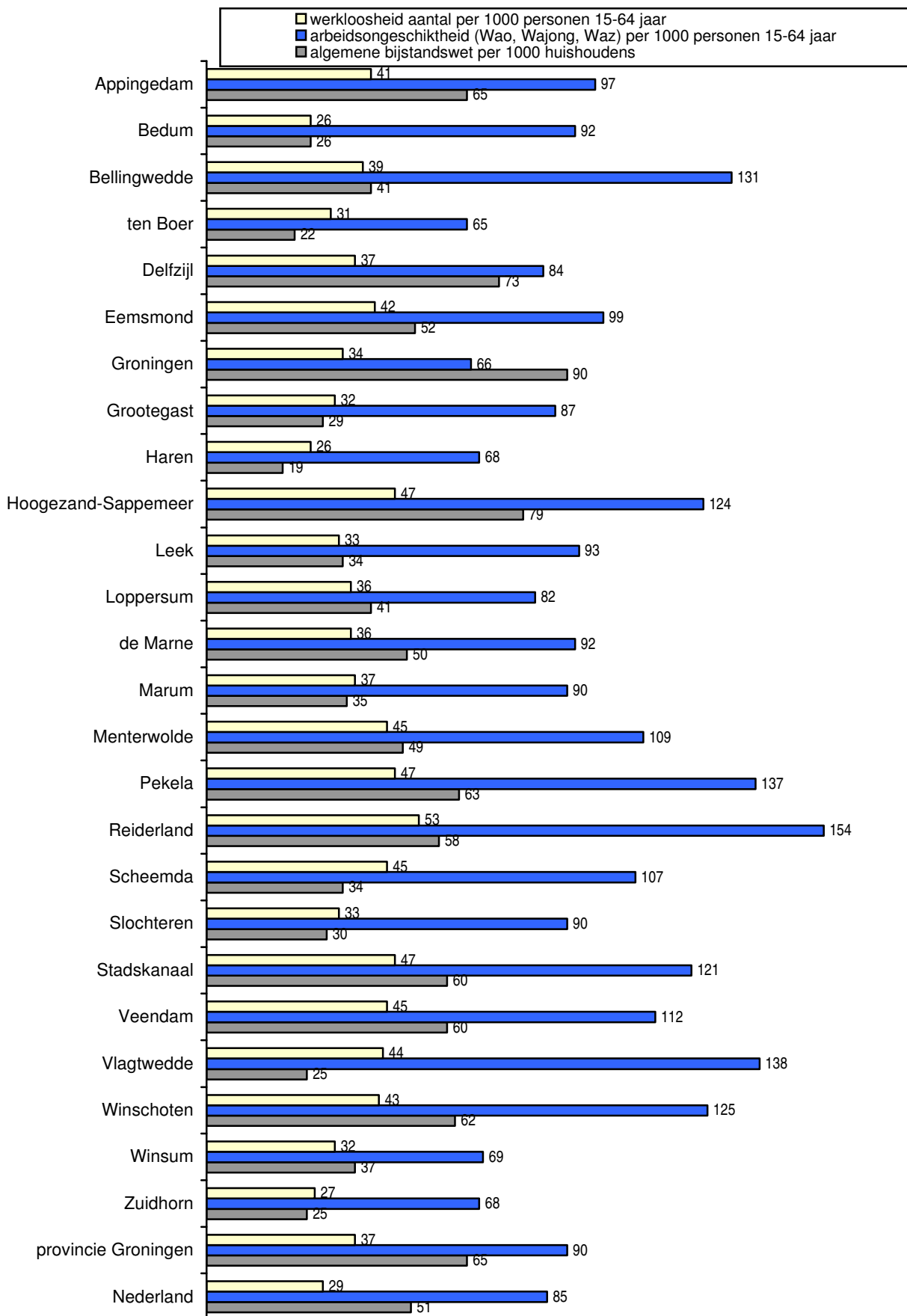
Leeftijdsgroep	aantal		getrouwd		niet getrouwd (alleenstaand)	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
0 t/m 9 jaar	32429	30848	0	0	100	100
10 t/m 19 jaar	34012	33326	0	0,1	100	99,9
20 t/m 29 jaar	42618	40207	7	14	93	86
30 t/m 39 jaar	42208	39725	43	53	57	47
40 t/m 49 jaar	42506	41859	62	66	38	34
50 t/m 59 jaar	40581	38960	73	73	27	27
60 t/m 69 jaar	26885	27303	79	69	21	31
70 t/m 79 jaar	16461	20845	77	48	23	52
80 t/m 89 jaar	6622	13362	64	21	36	79
90 of ouder	767	2518	35	4	65	96
<b>Totaal</b>	<b>285089</b>	<b>288953</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

bron CBS. Deze tabel is samengesteld op basis van bovenstaande tabel.

Figuur b2.4 Huishoudens met laag inkomen (%) en besteedbaar gezinsinkomen gemeente (CBS, 2003)



**Figuur b2.5 Sociale zekerheid: bijstand, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid per gemeente (CBS, 2004)**







### 3. Sterfte

**Tabel b3.1 Belangrijke doodsoorzaken prov Groningen t.o.v. Nederland (gemiddeld 1999-2003)**

Doodsoorzaak naar hoofdgroep (ICD)	SMR*	SMR*	aantal overleden per jaar		
	man	vrouw	mannen	vrouwen	totaal
Ziekten van hart- en vaatstelsel	108*	105*	965	1047	2012
- waaronder acuut hartinfarct	120*	121*	311	255	566
- waaronder beroerte	93	93	171	273	444
Kanker	108*	104*	863	701	1564
- waaronder long	117*	112*	275	90	365
- waaronder dikke- en endeldarm	101	109	82	92	174
- waaronder borstkanker	57	97	1	125	126
- waaronder lymfatisch- en bloedvormend weefsel	108	114*	65	60	125
- waaronder prostaat	105	-	96	-	96
- waaronder maag	139*	109	62	23	85
- waaronder blaas	108	110	33	14	47
- waaronder eierstok	-	97	-	34	34
- waaronder melanoom (huid)	87	116	9	10	19
- waaronder baarmoederlichaam	-	103	-	16	16
- waaronder baarmoederhals	-	115	-	10	10
Ziekten van ademhalingsorganen	89	89	258	239	497
- waaronder c.o.p.d.(chron. obstructieve longziekten)	91 *	101	143	100	243
- waaronder longontsteking	86 *	76 *	89	105	194
- waaronder influenza	112	108	3	6	9
- waaronder astma	100	79	1	2	3
Niet natuurlijke doodsoorzaken (ongevallen, zelfdoding, moord)	108*	108	122	93	215
- waaronder zelfdoding	123*	133*	45	23	68
- waaronder ongevallen wegverkeer	113	122	31	12	43
- waaronder accidentele val	86	97	23	46	69
- moord	95	116	4	2	6
Psychische stoornissen	96	89*	64	150	214
- waaronder t.g.v. alcohol	119	167	8	4	12
Ziekten van spijsverteringsorganen	103	98	92	121	213
- waaronder chronische leveraandoeningen o.i.v. alcohol	130*	132	15	8	23
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten (w.o. diabetes)	109	106	74	121	195
- waaronder diabetes mellitus (suikerziekte)	104	106	60	94	154
Ziekten van urinewegen en geslachtorganen	112	124*	51	85	136
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	93	95	50	70	120
Infectieziekten	85	95	26	33	59
- waaronder AIDS	103	109	3	1	4
- waaronder tuberculose	64	119	1	2	3
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	70*	92	7	23	30
Aandoeningen van de perinatale periode	103	121	11	10	21
Aangeboren afwijkingen	107	100	11	9	20
Ziekten van bloed/bloedbereidende organen en immuniteitsstoornissen	95	99	6	11	17
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	80	79	4	11	15
Ziekten van zwangerschap, bevalling en kraambed	-	180	-	1	1
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	74*	92*	99	151	250
- waaronder wiegendood	183	144	1	1	2
<b>Totaal</b>	<b>103*</b>	<b>101</b>	<b>2702</b>	<b>2875</b>	<b>5577</b>

\* statistisch significant

SMR= Standardised Mortality Ratio (verhoudingsgetal met 100 als referentie in Nederland)

**Tabel b3.2 Verhoudingsgetallen totale sterfte 2000-2004 per gemeente t.o.v. Nederland**

<i>Gemeente</i>	<i>mannen</i> <i>SMR*</i>	<i>95% BI</i> <i>ondergrens</i>	<i>95% BI</i> <i>bovengrens</i>	<i>vrouwen</i> <i>SMR*</i>	<i>95% BI</i> <i>ondergrens</i>	<i>95% BI</i> <i>bovengrens</i>
Appingedam	92	82	102	90*	81	100
Bedum	84*	72	97	85*	74	100
Bellingwedde	100	89	113	91	80	103
ten Boer	88	73	104	93	78	109
Delfzijl	100	93	107	105	98	113
Eemsmond	90*	81	99	81*	73	91
Groningen	107*	104	111	103*	100	107
Groote gast	108	96	123	112	99	126
Haren	85*	78	93	98	91	106
Hoogezand-Sappemeer	103	96	111	99	92	106
Leek	90*	81	100	89*	80	100
Loppersum	97	85	110	102	90	115
de Marne	98	87	110	79*	69	91
Marum	94	81	108	86*	74	100
Menterwolde	106	94	119	94	82	107
Pekela	116*	105	129	109	98	120
Reiderland	124*	109	141	116*	101	132
Scheemda	100	90	111	94	84	105
Slochteren	88*	78	99	108	97	120
Stadskanaal	115*	107	122	111*	104	118
Veendam	103	95	110	103	96	110
Vlagtwedde	113*	103	122	100	92	110
Winschoten	120*	111	130	106	98	114
Winsum	117*	105	130	142*	129	156
Zuidhorn	99	89	109	107	97	117
Provincie Groningen	103*	101	105	101	99	103
Nederland	100			100		

\* statistisch significant

SMR = Standardised Mortality Ratio

95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval

## 4. Lichamelijke en psychische gezondheid

**Tabel b4.1 Type chronische ziekte zelf gerapporteerd en door een arts vastgesteld naar geslacht (%)**

<i>Aandoening</i>	<i>19-34 jaar</i>	<i>35-49 jaar</i>	<i>55-64 jaar</i>	<i>65 jaar en ouder</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>totaal</i>
Hoge bloeddruk	1,1	7,3	24,3	38,7	15,8	16,6	16,2
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma)	0,9	4,9	15,6	26,1	7,1	13,7	10,8
Ernstige, hardnekkige aandoening van de rug (hernia)	2,3	7,4	11,0	15,2	8,6	8,4	8,5
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	4,9	6,9	10,2	12,9	8,0	8,7	8,4
Andere ernstige aandoening van nek of schouder	2,7	7,8	11,3	12,7	6,3	9,9	8,3
Hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maand	2,1	2,4	3,6	4,1	2,1	3,1	8,1
Diabetes	0,8	2,1	9	15,4	6,8	5,7	6,2
Migraine, ernstige hoofdpijn	4,2	7,4	7,2	6,2	4,2	7,9	6,2
Andere ernstige aandoening van elleboog, pols, hand	2,2	5,0	8,8	9,8	4,7	7,4	6,2
Chronische gewrichtsontsteking (chronisch reuma)	0,7	3,4	6,4	10,8	3,2	6,3	4,9
Vernauwing bloedvaten in de benen	0,6	0,7	4,1	10,6	4,0	3,1	3,5
Chronisch eczeem	3,6	2,9	4,1	2,8	2,2	4,3	3,4
Andere ernstige hartaandoening	0	0,6	3,8	9,9	3,7	2,5	3,1
Onvrijwillig urineverlies	0,6	0,9	3,5	8,6	1,6	4,1	3,0
Kanker	0,6	0,8	3,1	8,0	2,7	2,7	2,7
Psoriasis	1,1	2,5	3,1	2,9	2,5	2,3	2,4
Hartinfarct	0	0,2	2,4	7,0	3,3	1	2
Beroerte	0,2	0,2	1,3	4,7	1,6	1,1	1,4
Andere langdurige aandoening / ziekte	7,7	8,4	10,4	9,0	7,7	9,8	8,8
<b>Totaal</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>72</b>	<b>38</b>	<b>43</b>	<b>41</b>

**Tabel b4.2 Ervaren, fysieke en psychische gezondheid naar geslacht, leeftijd en regio**

	<i>Ervaren gezondheid *</i>	<i>95% BI **</i>	<i>Fysieke gezondheid (schaalscore)</i>	<i>95% BI **</i>	<i>Psychische gezondheid (schaalscore)</i>	<i>95% BI **</i>
<b>Geslacht</b>						
Man	83	81,1 – 84,3	49,4	49,0 – 49,8	53,7	53,3 – 54,0
Vrouw	79	77,8 – 80,1	48,1	47,7 – 48,5	52,0	51,7 – 52,4
<b>Regio</b>						
Groningen	82	80,2 – 84,1	49,4	48,9 – 49,8	51,9	51,5 – 52,4
Westerkwartier	82	79,1 – 85,7	48,8	47,9 – 49,7	53,0	52,2 – 53,7
Noord-West	84	81,3 – 86,5	49,3	48,7 – 50,0	53,3	52,7 – 54,0
Noord-Oost	81	77,0 – 85,4	48,1	47,0 – 49,2	53,9	53,0 – 54,7
Haren	87	81,5 – 91,9	48,8	47,3 – 50,4	53,8	52,5 – 55,2
Hoogezand	79	74,2 – 84,0	48,7	47,6 – 49,8	52,5	51,3 – 53,6
Centrum-Oost	74	69,4 – 77,9	47,5	46,4 – 48,5	52,8	51,9 – 53,7
Oldambt	78	73,9 – 82,2	47,8	46,7 – 48,9	52,6	51,7 – 53,5
Zuid-Oost	77	72,4 – 81,0	47,2	46,2 – 48,2	53,4	52,6 – 54,3
<b>Leeftijd</b>						
19-34 jaar	93	91,2 – 94,2	52,4	52,0 – 52,8	51,7	51,2 – 52,2
35-49 jaar	88	85,9 – 89,4	50,6	50,2 – 51,1	52,1	51,6 – 52,6
50-64 jaar	76	74,1 – 78,7	47,8	47,2 – 48,3	53,6	53,1 – 54,1
65 en ouder	63	60,2 – 66,4	42,3	41,6 – 43,1	53,9	53,3 – 54,5
<b>Totaal Groningen</b>	<b>81</b>	<b>79,7 – 82,0</b>	<b>48,7</b>	<b>48,4 – 49,0</b>	<b>52,8</b>	<b>52,5 – 53,0</b>

\* = goed/zeer goed/uitstekend \*\* BI= 95% betrouwbaarheidsinterval

**Tabel b4.3 Ervaren gezondheid personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%)**

<i>Gemeente</i>	<i>Uitstekend tot goed</i>	<i>Matig tot slecht</i>
Appingedam	83	17
Bedum	86	14
Bellingwedde	77	23
ten Boer	78	22
Delfzijl	80	20
Eemsmond	79	21
Groningen	82	19
Grootevast	79	21
Haren	87	13
Hoogezand-Sappemeer	79	21
Leek	83	17
Loppersum	90	10
de Marne	81	19
Marum	81	19
Menterwolde	72	28
Pekela	67	33
Reiderland	72	28
Scheemda	77	23
Slochteren	83	17
Stadskanaal	76	24
Veendam	78	22
Vlagtwedde	79	21
Winschoten *	81	19
Winsum	89	11
Zuidhorn	85	15
Provincie Groningen	81	19
Nederland	85	15

\* Winschoten alleen personen 19-64 jaar

**Tabel b4.4 Psychisch welbevinden personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%)**

<i>Gemeente</i>	<i>Psychisch gezond</i>	<i>Psychisch licht ongezond</i>	<i>Psychisch matig ongezond</i>	<i>Psychisch ongezond</i>
Appingedam	86	10	3	3
Bedum	80	14	5	1
Bellingwedde	84	9	6	1
ten Boer	83	10	2	5
Delfzijl	85	9	4	2
Eemsmond	81	13	5	2
Groningen	78	15	4	3
Grootevast	80	17	1	2
Haren	89	7	1	3
Hoogezand-Sappemeer	78	13	6	3
Leek	88	7	5	1
Loppersum	91	6	2	1
de Marne	80	14	4	2
Marum	90	9	1	-
Menterwolde	76	16	5	3
Pekela	80	9	9	3
Reiderland	74	15	9	2
Scheemda	81	12	6	1
Slochteren	89	8	2	2
Stadskanaal	80	14	3	4
Veendam	79	13	6	2
Vlagtwedde	83	9	4	4
Winschoten *	79	14	5	2
Winsum	87	9	3	1
Zuidhorn	83	10	6	1
Provincie Groningen	81	12	4	2
Nederland	?	?	?	?

\* Winschoten alleen personen 19-64 jaar

**Tabel b4.5 Vóórkomen psychiatrische diagnoses en 12-maand zorggebruik (18-64 jaar) (%).**

	<i>Psychiatrische diagnose (prevalentie)</i>	<i>Enigerlei hulp gezocht</i>	<i>Eerste lijn</i>	<i>GGz ambulant</i>	<i>GGz intramuraal</i>	<i>Informele zorg</i>
Totale populatie		15	11	6	0.3	5
Géén stoornis	77	9	6	3	0.1	9
Aantal stoornissen $\geq 1$	23	34	27	15	1	34
1 stoornis	16	23	19	8	0.2	23
$\geq 2$ stoornissen	8	56	44	30	2.8	56
Stemmingsstoornis	8	64	54	34	2	64
Angststoornis	12	41	32	18	1.6	41
Alcoholafhankelijkheid/misbruik	8	18	12	9	1.2	18
Drugsafhankelijkheid/misbruik	1.3	37	30	26	8	37
Eetstoornis	0.4	64	50	35	12	64
Schizofrenie	0.2	47	36	40	7	47

Bron: Nemesis prospectief bevolkingsonderzoek in 1996; n=7076 personen 12 maand prospectief (TSG 1998;76:446-457).

Enigerlei zorg: eerste lijn, GGz of informele zorg.

Eerste lijn: huisarts, thuiszorg, bedrijfsarts, maatschappelijk werk.

GGz ambulant: Riagg, poli psychiatrie, CAD, vrijgevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut.

Informele zorg: alternatieve hulpverleners, zelfhulpgroep, dominee, pastoor, imam, haptonoom, telefonische hulpdienst.

Het aantal nieuwe psychische stoornissen dat per jaar optreedt bij volwassen Nederlanders die nog niet eerder last van hebben gehad (incidentie) naar diagnose is angststoornis (2,9%), stemmingsstoornis (2,2%), stoornis i.v.m. alcohol of drugs (1,9%). Bron Bijl e.a. Nemesis-onderzoek, Soc Psych and Psych Epidemiology (2002) in GGz in tabellen 2005 (Ginneken en Schoemaker).

**Tabel b4.6 Incidentie aantal nieuw ontdekte gevallen per 100.000 in de provincie Groningen 1999-2003**

<i>Type kanker (lokalisatie)</i>	<i>incidentie (ESR *)</i>					
	1999	2000	2001	2002	2003	1999-2003 gemiddeld per jaar
<b>Man</b>						
Prostaat	88	90	90	83	97	90
Long	90	95	90	79	86	88
Dikke darm (colon+rectum)	62	61	60	54	66	61
Huid	29	33	33	27	31	31
Blaas	24	27	23	26	24	25
Totaal alle kanker man	477	485	479	475	482	480
<b>Vrouw</b>						
	<i>incidentie (ESR *)</i>		<i>gemiddeld per jaar</i>			
Borst	141	127	147	138	123	135
Dikke darm (colon+rectum)	45	47	39	44	43	44
Long	29	35	32	38	34	34
Baarmoederlichaam	20	20	19	20	19	20
Huid	11	11	16	17	20	15
Totaal alle kanker vrouw	390	364	395	407	380	387

\* ESR = European Standardised Rate = aantal per 100.000 o.b.v. Europese referentiebevolking (bron IKN, 2006)

**Tabel b4.7 Verhoudingsgetal incidentie kanker provincie Groningen 1999-2003 (SIR)<sup>#</sup>**

	<i>SIR t.o.v. Nederland</i>	<i>95% BI ondergrens</i>	<i>95% BI bovengrens</i>
<b>Man</b>			
Prostaat	102	96	108
Long	112	106	119
Dikke darm	102	95	109
Huid	115	105	127
Blaas	111	100	124
Totaal	107	104	110
<b>Vrouw</b>			
Borst	108	104	113
Dikke darm	102	95	111
Long	119	109	130
Baarmoederlichaam	121	107	136
Huid	117	102	134
<b>Totaal vrouw</b>	109	106	112

<sup>#</sup> SIR = Standardised Incidence Ratio d.w.z. voor leeftijd gestandaardiseerd aantal nieuwe gevallen van kanker (bron IKN, 2006)  
<sup>\*</sup> 95% BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

**Tabel b4.8 Deelname bevolkingsonderzoek borstkanker 2003-2004 (%)**

<i>Gemeente</i>	<i>aantal uitnodigingen</i>	<i>aantal onderzoeken</i>	<i>deelname %</i>
Appingedam	1905	1615	85
Bedum	1469	1253	85
Bellingwedde	1634	1339	82
ten Boer	893	780	87
Delfzijl	4438	3697	83
Eemsmond	2294	1945	85
Groningen	19890	15639	79
Grootegast	1472	1267	86
Haren	3336	2752	83
Hoogezand-Sappemeer	5169	4277	83
Leek	2698	2335	87
Loppersum	1462	1222	84
de Marne	1590	1322	83
Marum	1280	1113	87
Menterwolde	2965	2477	84
Pekela	2011	1665	83
Reiderland	1112	895	80
Scheemda	2020	1705	84
Slochteren	2053	1750	85
Stadskanaal	5255	4399	84
Veendam	4167	3347	83
Vlagtwedde	2676	2258	84
Winschoten	2958	2395	81
Winsum	1950	1674	86
Zuidhorn	2433	2103	86
Provincie Groningen	79130	65224	82

Bron: BBNN, jaarverslag 2004

Uit steekproefcijfers van het Periodiek Onderzoek Leef Situatie (POLS) van het CBS wordt over de periode 2001-2004, na standaardisatie voor leeftijd, gevonden dat 76% van de Groninger vrouwen van 50 jaar en ouder een mammografie heeft laten maken en dat is gelijk aan het landelijk referentiecijfer.

**Tabel b4.9 Oproep en deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker per gemeente 2005**

<i>Gemeente</i>	<i>Uitgenodigd (aantal)</i>	<i>Deelname (aantal) *</i>	<i>Deelname (%)</i>
Appingedam	599	318	53
Bedum	524	349	67
Bellingwedde	512	285	56
Ten Boer	333	230	69
Delfzijl	1300	720	55
Groningen	8352	4893	59
Grootegast	587	388	66
Haren	887	580	65
Hoogezand-Sappermeer	1763	1049	60
Leek	1017	671	66
Loppersum	577	333	58
De Marne	549	344	63
Marum	525	334	64
Menterwolde	606	410	68
Pekela	642	378	59
Reiderland	346	172	50
Scheemda	720	438	61
Slochteren	782	535	68
Veendam	1438	876	61
Vlagtwedde	853	469	55
Winschoten	952	577	61
Winsum	734	468	64
Eemsmond	800	461	58
Stadskanaal	1547	838	54
Zuidhorn	882	586	66
<b>Provincie Groningen</b>	<b>27.827</b>	<b>16.702</b>	<b>61</b>

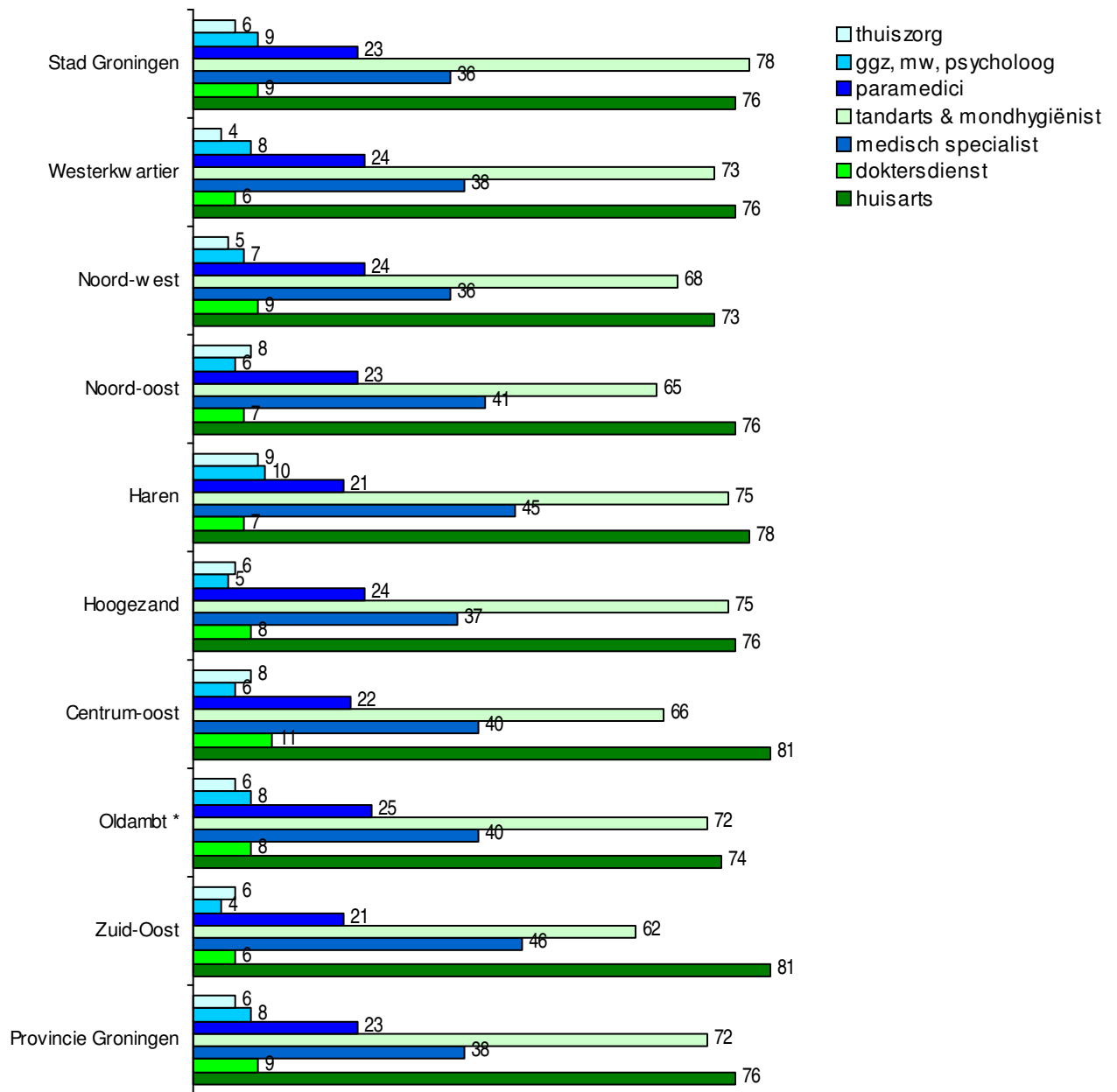
\* Opkomst van vrouwen, die in 2005 een uitnodiging hebben gekregen en hebben deelgenomen aan het onderzoek in de periode 1 januari 2005 tot en met 31 maart 2006.





## 5. Zorg

Figuur b5.1 Zorgconsumptie in voorafgaande jaar naar regio in 2006 (%)



\* paramedici = fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, oefentherapeut.

\*\* Oldambt (in Winschoten zijn 65-plussers niet in steekproef opgenomen waardoor onderschatting medische consumptie)

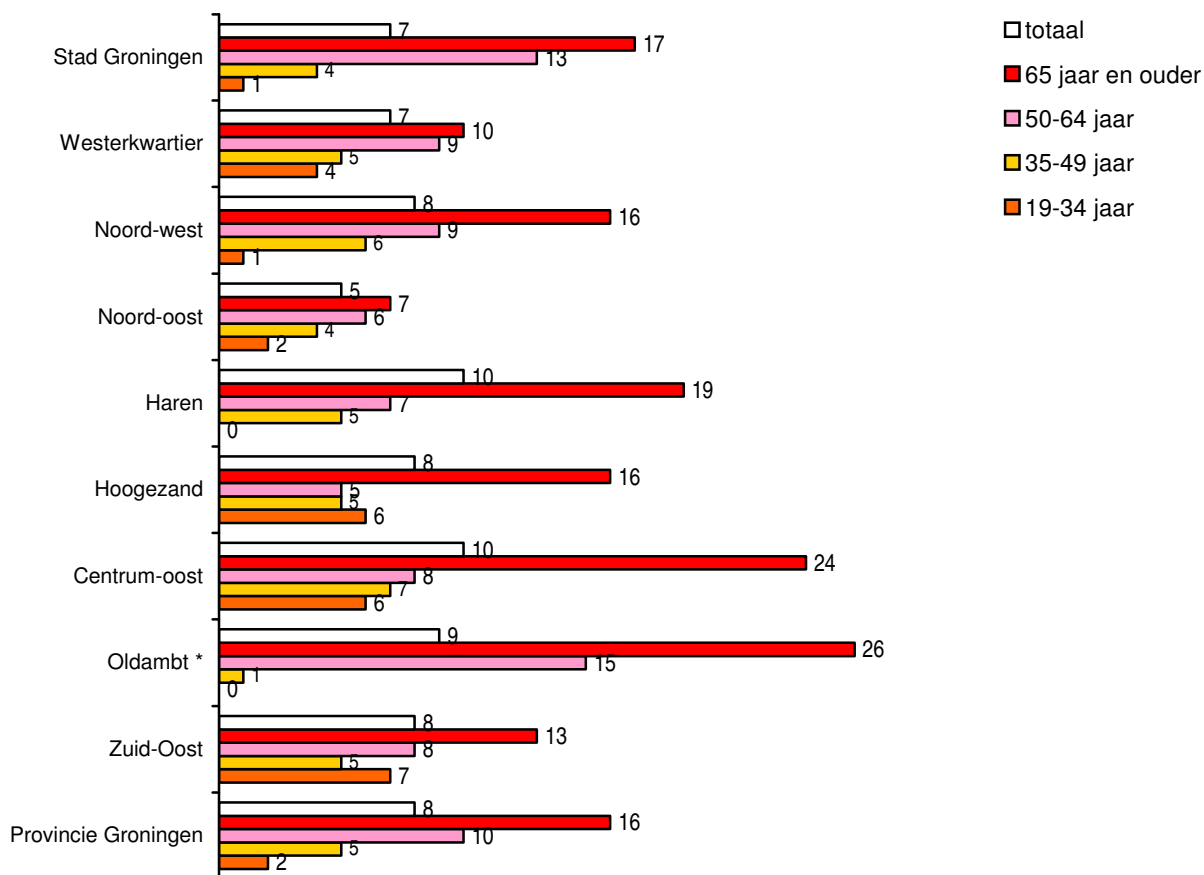
**Tabel b5.1 Medicijngebruik in voorafgaande 12 maanden per gemeente in 2006 (%)**

Gemeente	op voorschrift arts	medicijngebruik zonder recept
Appingedam	62	49
Bedum	59	58
Bellingwedde	61	47
ten Boer	69	61
Delfzijl	71	51
Eemsum	64	54
Groningen	58	62
Grootegast	65	59
Haren	68	60
Hoogezand-Sappemeer	70	56
Leek	73	63
Loppersum	66	63
de Marne	58	54
Marum	49	57
Menterwolde	65	50
Pekela	69	63
Reiderland	68	44
Scheemda	66	53
Slochteren	59	54
Stadskanaal	72	53
Veendam	67	54
Vlagtwedde	70	52
Winschoten	52	59
Winsum	57	58
Zuidhorn	57	60
Provincie Groningen	63	58

Bron: Gezondheidsenquête 2006

\* Winschoten alleen personen 19-64 jaar in de steekproef

**Figuur b5.2 Gebruik slaap- en kalmerende middelen in afgelopen 2 weken naar leeftijd / regio (%)**



\* Oldambt in Winschoten alleen 19-64 jaar in steekproef

**Tabel b5.2 Contacten geestelijke gezondheidszorg provincie Groningen 2003 (aantallen patiënten)**

	<i>Nieuwe patiënten</i>			<i>Bestaande patiënten</i>			<i>Totaal</i>
	Type zorg in 2003			Type zorg in 2003			
	Klinische opname incl RIBW	Ambulant 4 of meer contacten	Ambulant 1 tot 3 contacten	Klinische opname incl RIBW	Ambulant 4 of meer contacten	Ambulant 1 tot 3 contacten	
Appingedam	7	156	144	40	220	107	674
Bedum	12	58	106	11	158	108	453
Bellingwedde	5	102	100	43	185	106	541
ten Boer	2	55	64	11	100	86	318
Delfzijl	19	296	357	106	477	313	1568
Eemsum	14	179	237	90	289	201	1010
Groningen	195	1471	1852	689	3217	1748	9172
Grootegast	3	77	124	18	125	146	493
Haren	11	138	166	36	250	168	769
Hoogeveen	27	306	377	83	534	350	1677
Leek	18	146	210	35	265	219	893
Loppersum	2	95	102	21	143	112	475
de Marne	4	104	115	30	148	115	516
Marum	7	96	104	21	119	112	459
Menterwolde	15	121	110	26	206	138	616
Pekela	12	166	232	39	239	153	841
Reiderland	9	77	112	16	148	62	424
Stadskanaal	24	376	381	76	559	410	1826
Scheemda	14	125	115	66	190	109	619
Slochteren	6	111	113	38	250	195	713
Veendam	15	285	349	77	492	334	1552
Vlagtwedde	9	157	173	29	225	178	771
Winschoten	16	199	262	83	430	165	1155
Winsum	7	128	134	20	193	155	637
Zuidhorn	12	146	199	25	242	216	840
Totaal	465	5170	6238	1729	9404	6006	29012

bron: Psychiatrisch Casus Register Noord-Nederland (PCRN)

**Tabel b5.3 Contacten geestelijke gezondheidszorg provincie Groningen 2003 (%)**

	<i>Nieuwe patiënten</i>			<i>Bestaande patiënten</i>			<i>Totaal</i>
	Type zorg in 2003			Type zorg in 2003			
	Klinische opname incl RIBW	Ambulant 4 of meer contacten	Ambulant 1 tot 3 contacten	Klinische opname incl RIBW	Ambulant 4 of meer contacten	Ambulant 1 tot 3 contacten	
Appingedam	0,1%	1,3%	1,2%	0,3%	1,8%	0,9%	5,4%
Bedum	0,1%	0,5%	1,0%	0,1%	1,5%	1,0%	4,2%
Bellingwedde	0,1%	1,1%	1,0%	0,4%	1,9%	1,1%	5,6%
Ten Boer	0,0%	0,8%	0,9%	0,2%	1,4%	1,2%	4,4%
Delfzijl	0,1%	1,0%	1,2%	0,4%	1,7%	1,1%	5,4%
Eemsmond	0,1%	1,0%	1,4%	0,5%	1,7%	1,2%	5,9%
Groningen	0,1%	0,8%	1,0%	0,4%	1,8%	1,0%	5,1%
Grootegast	0,0%	0,6%	1,0%	0,1%	1,0%	1,2%	4,1%
Haren	0,1%	0,7%	0,9%	0,2%	1,3%	0,9%	4,0%
Hoogezand	0,1%	0,9%	1,1%	0,2%	1,6%	1,0%	5,0%
Leek	0,1%	0,8%	1,1%	0,2%	1,4%	1,1%	4,6%
Loppersum	0,0%	0,9%	0,9%	0,2%	1,3%	1,0%	4,3%
de Marne	0,0%	0,9%	1,0%	0,3%	1,3%	1,0%	4,6%
Marum	0,1%	0,9%	1,0%	0,2%	1,1%	1,1%	4,4%
Menterwolde	0,1%	1,0%	0,9%	0,2%	1,6%	1,1%	4,9%
Pekela	0,1%	1,2%	1,7%	0,3%	1,8%	1,1%	6,2%
Reiderland	0,1%	1,1%	1,6%	0,2%	2,1%	0,9%	6,0%
Stadskanaal	0,1%	1,1%	1,1%	0,2%	1,7%	1,2%	5,4%
Scheemda	0,1%	0,9%	0,8%	0,5%	1,3%	0,8%	4,3%
Slochteren	0,0%	0,7%	0,8%	0,3%	1,7%	1,3%	4,7%
Veendam	0,1%	1,0%	1,2%	0,3%	1,7%	1,2%	5,5%
Vlagtwedde	0,1%	0,9%	1,0%	0,2%	1,3%	1,1%	4,6%
Winschoten	0,1%	1,1%	1,4%	0,4%	2,3%	0,9%	6,2%
Winsum	0,0%	0,9%	0,9%	0,1%	1,4%	1,1%	4,5%
Zuidhorn	0,1%	0,8%	1,1%	0,1%	1,3%	1,2%	4,6%
Totaal	0,1%	0,9%	1,1%	0,3%	1,6%	1,0%	5,1%

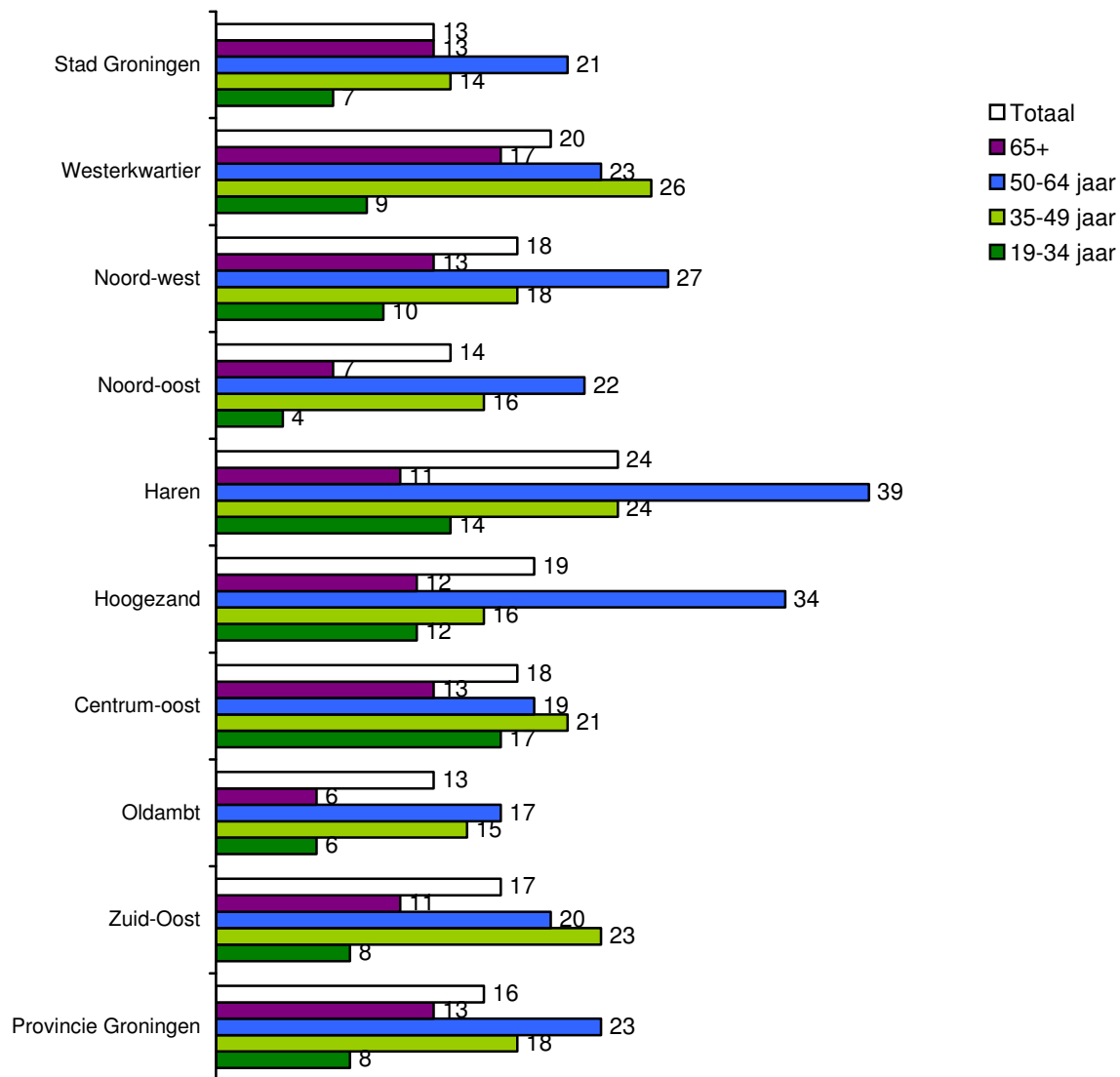
bron: Psychiatrisch Casus Register Noord-Nederland (PCRN)

**Tabel b5.4 Aantal contacten verslavingzorg naar type primaire verslaving per gemeente 2004 (%)**

	<i>alcohol</i>	<i>hard drug</i>	<i>cannabis</i>	<i>rest</i>	<i>alcohol</i>	<i>hard drug</i>	<i>cannabis</i>	<i>rest</i>	<i>Totaal</i>
	aantal	aantal	aantal	aantal	rij%	rij%	rij%	rij%	aantal per 1000 inwoners
Appingedam	12	18	7	2	41%	50%	5%	5%	2,3
Bedum	2	8	1	0	18%	73%	9%	0%	1,0
Bellingwedde	9	11	1	1	41%	50%	5%	5%	2,3
Ten Boer	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Delfzijl	41	36	11	2	46%	40%	12%	2%	3,2
Eemsmond	8	11	2	1	36%	50%	9%	5%	1,3
Groningen	853	467	92	66	58%	32%	6%	5%	8,2
Grootegast	5	9	3	1	28%	50%	17%	6%	1,5
Haren	7	8	3	1	37%	42%	16%	5%	1,0
Hoogezand	42	70	12	11	31%	52%	9%	8%	3,9
Leek	19	22	3	3	40%	47%	6%	6%	2,4
Loppersum	3	16	2	0	14%	76%	10%	0%	1,9
de Marne	8	19	1	1	28%	66%	3%	0%	2,6
Marum	4	4	0	0	50%	50%	0%	0%	0,8
Menterwolde	5	10	4	1	25%	50%	20%	5%	1,6
Pekela	18	15	5	2	45%	38%	13%	5%	3,0
Reiderland	6	11	0	0	35%	65%	0%	0%	2,4
Scheemda	9	15	2	1	33%	56%	7%	4%	1,9
Slochteren	7	10	2	0	37%	53%	11%	0%	1,3
Stadskanaal	28	41	3	5	36%	53%	7%	7%	2,3
Veendam	21	49	10	4	25%	58%	12%	5%	3,0
Vlagtwedde	9	18	1	3	29%	58%	3%	10%	1,9
Winschoten	33	32	5	1	47%	45%	7%	1%	3,9
Winsum	3	31	1	0	9%	89%	3%	0%	2,4
Zuidhorn	6	10	2	0	33%	56%	11%	0%	1,0
Provincie Groningen	1158	941	173	106	49%	40%	7%	5%	4,1
<b>Nederland</b>	29518	23928	5456	3225	46%	37%	8%	9%	2,9

bron: Verslavingszorg Noord-Nederland kengetallen 2005 (VNN) en Nederland Ladis 2004

**Figuur b5.3 Mantelzorg gegeven in voorafgaande 12 maanden naar regio en leeftijd (%)**



## 6. Leefwijze

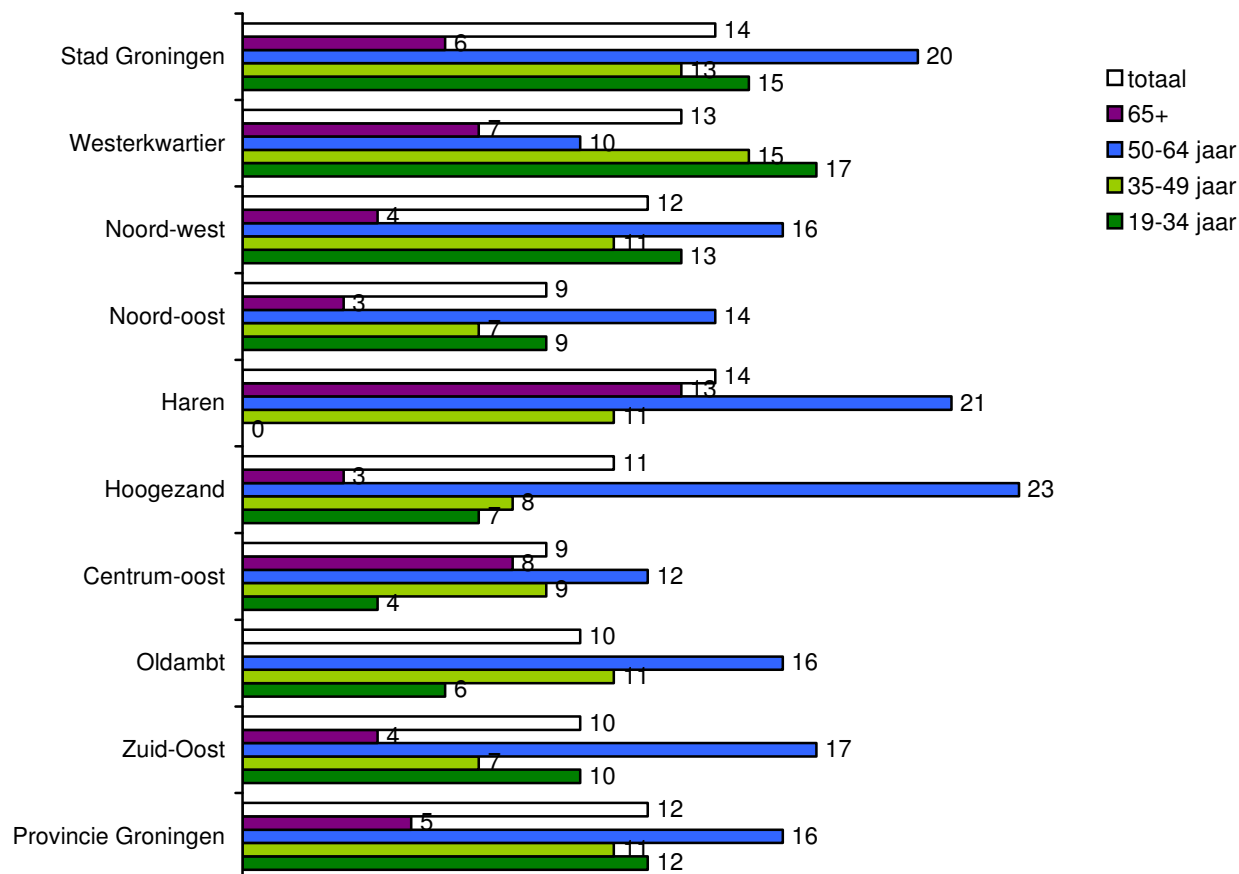
**Tabel b6.1 Rookt u wel eens (personen 19 jaar en ouder) per gemeente in 2006 (%)**

<i>Gemeente</i>	<i>ja</i>	<i>nee maar vroeger wel</i>	<i>nee, nooit</i>
Appingedam	29	41	30
Bedum	25	34	41
Bellingwedde	23	40	37
ten Boer	25	43	32
Delfzijl	33	34	33
Eemsmond	23	38	39
Groningen	28	31	41
Grootegast	25	38	37
Haren	21	43	36
Hoogezand-Sappemeer	24	37	39
Leek	23	45	32
Loppersum	26	39	35
de Marne	29	35	36
Marum	33	34	33
Menterwolde	24	35	41
Pekela	45	19	36
Reiderland	36	32	32
Scheemda	25	37	38
Slochteren	27	36	37
Stadskanaal	22	38	40
Veendam	27	36	37
Vlagtwedde	26	41	34
Winschoten *	46	27	27
Winsum	26	42	32
Zuidhorn	31	35	33
Provincie Groningen	28	35	37
Nederland	28	31	41

\* Winschoten alleen personen 19-64 jaar



**Figuur b6.1 Overmatig alcoholgebruik naar leeftijd per regio in 2006 (%)**



**Tabel b6.2 Mate van alcoholgebruik personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%)**

Gemeente	overmatig	niet overmatig alcoholgebruik	geen alcoholgebruik
Appingedam	5	67	28
Bedum	13	67	20
Bellingwedde	7	69	24
ten Boer	16	65	19
Delfzijl	10	65	25
Eemsmond	6	67	27
Groningen	14	71	15
Grootegast	16	55	29
Haren	14	70	16
Hoogezand-Sappemeer	11	66	23
Leek	11	78	11
Loppersum	16	62	22
de Marne	12	64	23
Marum	13	75	13
Menterwolde	12	58	30
Pekela	8	66	27
Reiderland	5	71	24
Scheemda	10	62	28
Slochteren	12	64	24
Stadskanaal	8	68	24
Veendam	8	71	21
Vlagtwedde	14	60	26
Winschoten *	14	62	24
Winsum	11	74	15
Zuidhorn	13	70	18
Provincie Groningen	12	68	20
Nederland	12	69	19

\* Winschoten alleen personen 19-64 jaar

**Tabel b6.3 Mate van overgewicht bij kinderen per gemeente in 2006 (%)**

Gemeente	groep 2 (5 jaar oud)		groep 6 (9 jaar oud)	
	overgewicht	ernstig overgewicht	overgewicht	ernstig overgewicht
Appingedam	6	4	7	4
Bedum	5	4	10	3
Bellingwedde	5	14	18	6
ten Boer	4	-	10	6
Delfzijl	5	2	14	4
Eemsum	7	4	23	3
Groningen	8	2	15	3
Groetegast	5	4	14	5
Haren	4	1	13	1
Hoogezand-Sappemeer	7	4	23	4
Leek	6	3	11	3
Loppersum	7	4	17	5
de Marne	9	1	19	2
Marum	9	2	14	4
Menterwolde	7	3	24	6
Pekela	9	7	24	9
Reiderland	20	2	20	8
Scheemda	9	2	20	4
Slochteren	8	5	10	6
Stadskanaal	9	4	16	6
Veendam	7	10	12	5
Vlagtwedde	13	4	25	6
Winschoten *	13	6	20	3
Winsum	9	1	12	3
Zuidhorn	3	3	14	3
Provincie Groningen	7	4	16	4

\* gebaseerd op gegevens van de GGD jeugdgezondheidszorg o.b.v. screening schooljeugd schooljaar 2005-2006

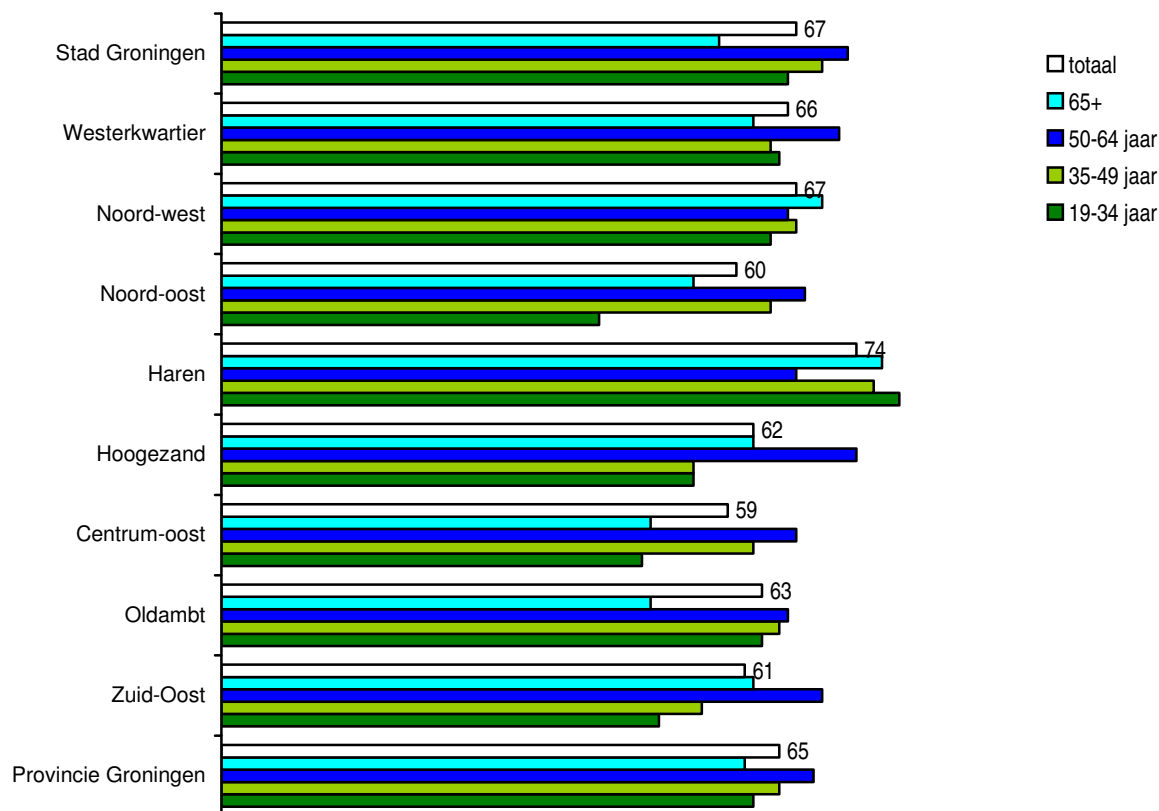
**Tabel b6.4 Mate van onder/overgewicht personen 19 jaar en ouder per gemeente in 2006 (%)**

Gemeente	te licht	normaal	overgewicht	ernstig overgewicht
Appingedam	-	38	43	19
Bedum	-	60	32	8
Bellingwedde	4	38	42	15
ten Boer	-	35	53	13
Delfzijl	2	39	40	19
Eemsum	1	39	47	12
Groningen	3	56	32	9
Groetegast	2	49	38	11
Haren	1	54	39	5
Hoogezand-Sappemeer	2	42	41	15
Leek	2	44	37	17
Loppersum	1	41	43	15
de Marne	3	55	36	6
Marum	-	41	47	12
Menterwolde	1	32	49	19
Pekela	2	37	45	16
Reiderland	2	34	39	24
Scheemda	3	40	40	17
Slochteren	1	36	48	15
Stadskanaal	1	39	43	17
Veendam	1	45	38	17
Vlagtwedde	-	36	50	15
Winschoten *	2	40	41	18
Winsum	1	49	36	14
Zuidhorn	1	57	31	10
Provincie Groningen	2	47	38	13
Nederland	2	52	34	11

Bron: gezondheidsenquête 2006

\* Winschoten alleen personen 19-64 jaar

**Figuur b6.2 Voldoen aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen (19 jaar en ouder) in 2006 (%)**

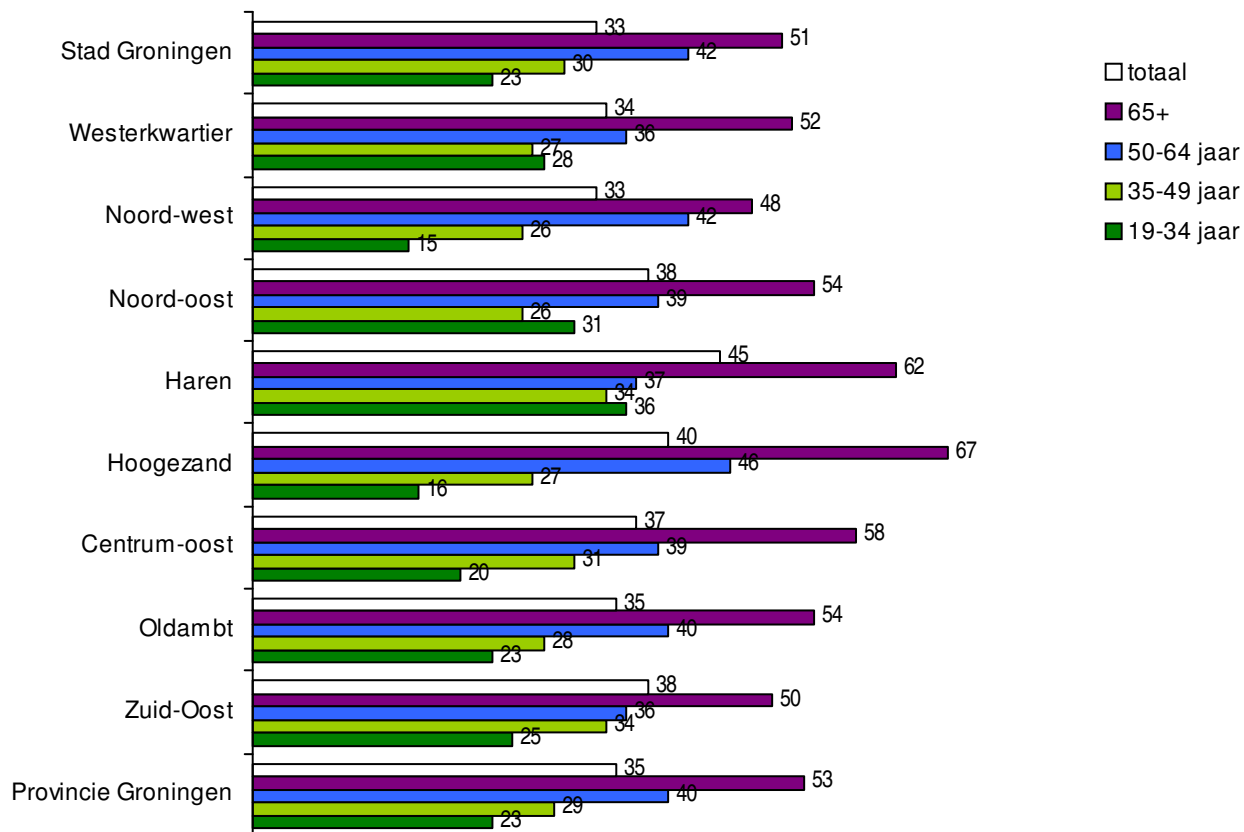


**Tabel b6.5 Lichaamsbeweging (19 jaar en ouder) per gemeente in 2006 (%)**

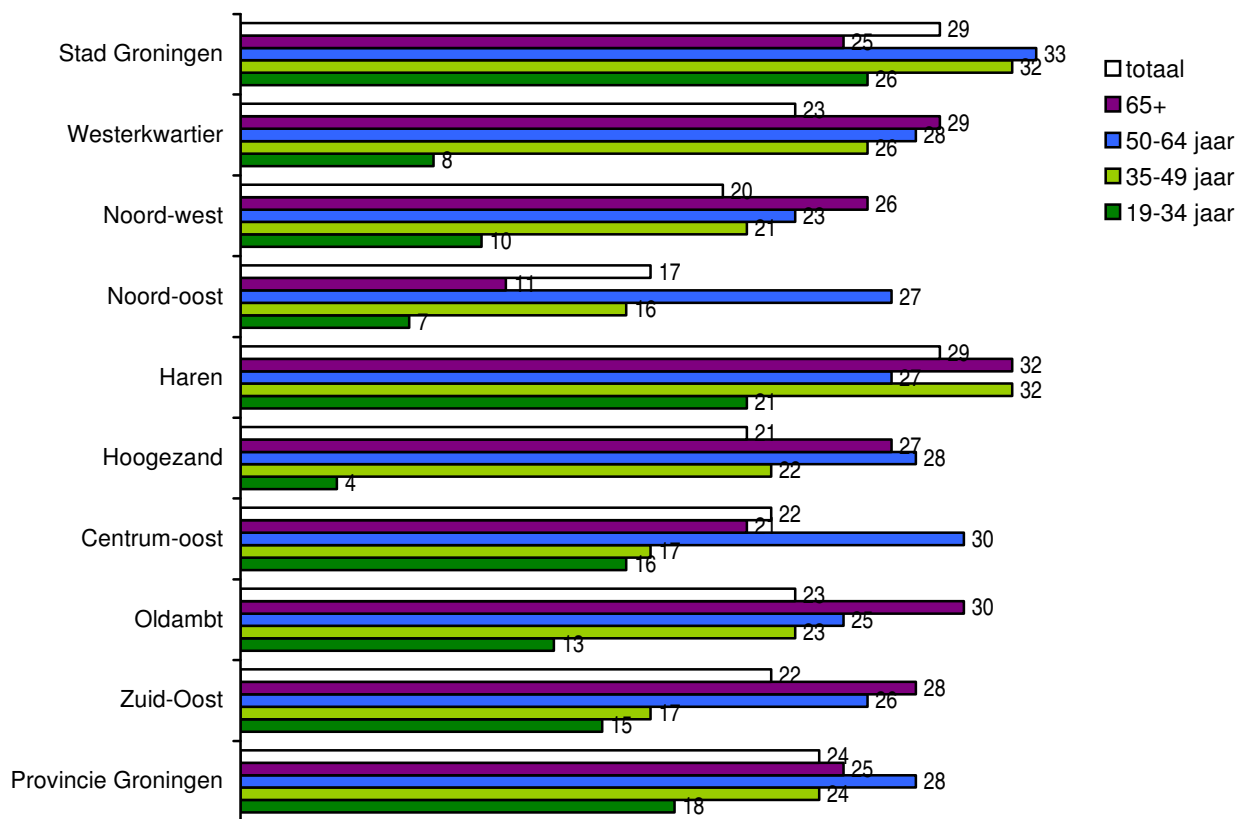
Gemeente	voldoet niet	voldoet wel aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen
Appingedam	38	62
Bedum	35	65
Bellingwedde	39	61
ten Boer	37	63
Delfzijl	42	58
Eemsum	36	64
Groningen	33	67
Grootegast	36	62
Haren	26	74
Hoogezand-Sappemeer	38	62
Leek	31	69
Loppersum	38	62
de Marne	29	71
Marum	33	67
Menterwolde	39	61
Pekela	40	60
Reiderland	47	53
Scheemda	33	67
Slochteren	31	69
Stadskanaal	38	62
Veendam	43	57
Vlagtwedde	41	59
Winschoten *	36	64
Winsum	27	73
Zuidhorn	36	64
Provincie Groningen	35	65
Nederland **		

\* Winschoten personen 19-64 jaar      \*\* Nederlands referentiecijfer heeft betrekking op personen 18-54 jaar  
 NNGB= half uur per dag matig intensief bewegen, minimaal 5 dagen per week.

**Figuur b6.3 Eten voldoende fruit /vruchtensap (minimaal 2 per dag) naar leeftijd/regio (%)**



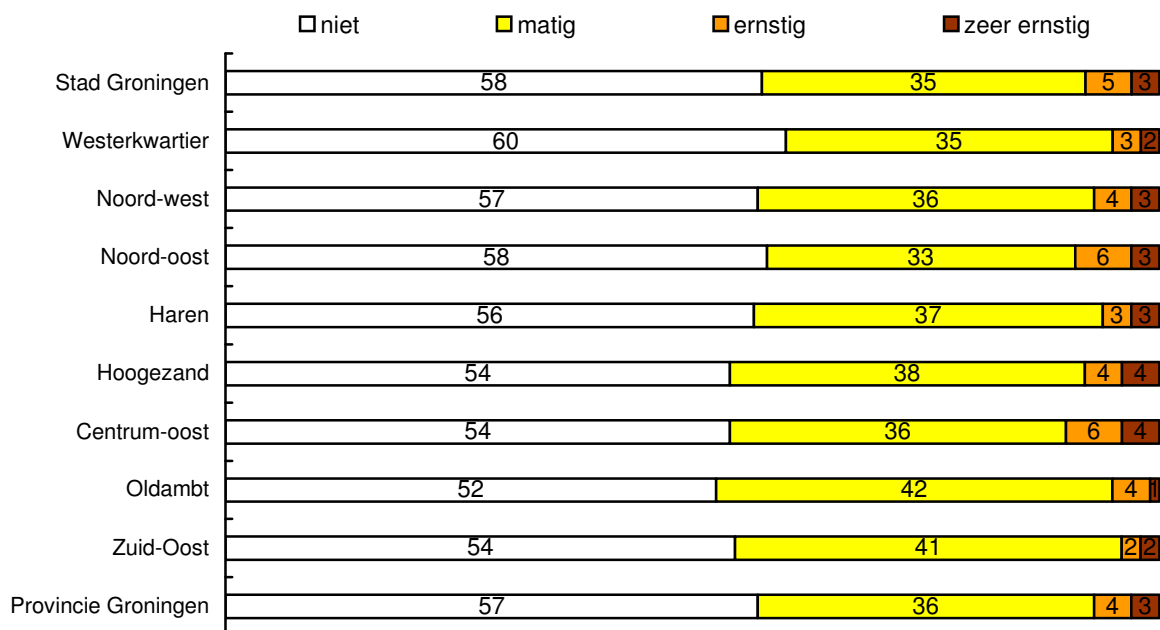
**Figuur b6.4 Eten van voldoende groente en rauwkost per dag naar leeftijd per regio in 2006 (%)**





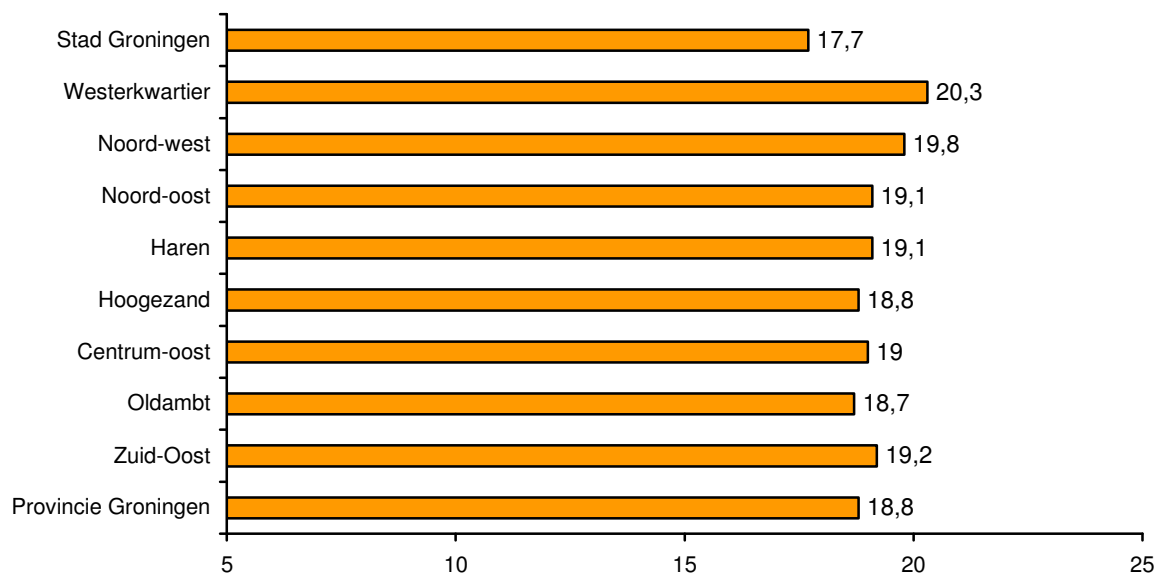
## 7. Maatschappelijk Milieu

**Figuur b7.1 Mate van eenzaamheid naar leeftijd en regio**



In de gezondheidsenquête is een 5-tal stellingen opgenomen over de mensen in de buurt waar men woont (de mensen in de buurt helpen elkaar, ... buurt voelen zich met elkaar verbonden, de mensen in de buurt zijn te vertrouwen, ... kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten en ik ga liever niet om met mensen die in mijn buurt wonen.). De mogelijke score ligt tussen 5 en 25. In onderstaande figuur zijn gemiddelden per regio weergegeven.

**Figuur b7.2 Somscore sociaal kapitaal naar regio**



**Tabel b7.1 Meldingen Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) naar gemeente (2005)**

<i>Gemeente</i>	<i>aantal meldingen</i>	<i>aantal per 1000 kinderen 0 t/m 17 jaar</i>
Appingedam	3	1,2
Bedum	1	0,4
Bellingwedde	5	2,7
ten Boer	0	0,0
Delfzijl	12	2,0
Eemsmond	14	3,6
Groningen	132	4,7
Grootegast	9	2,9
Haren	5	1,2
Hoogezand-Sappemeer	25	3,4
Leek	9	2,0
Loppersum	5	1,9
de Marne	8	3,2
Marum	3	1,2
Menterwolde	8	2,9
Pekela	7	2,4
Reiderland	10	7,6
Scheemda	7	2,3
Slochteren	6	1,7
Stadskanaal	24	3,4
Veendam	16	2,7
Vlagtwedde	12	3,6
Winschoten	8	2,3
Winsum	4	1,1
Zuidhorn	10	2,1
Provincie Groningen	343	3,0

\* bron AMK Groningen 2005

## 8. Fysiek milieu

**Tabel b8.1 Type en mate van overlast naar regio**

<i>Voorval</i>	<i>Mate</i>	<i>Groningen</i>	<i>Westerkwartier</i>	<i>Noord-West</i>	<i>Noord-Oost</i>	<i>Haren</i>	<i>Hoogezand</i>	<i>Centrum-Oost</i>	<i>Oldambt</i>	<i>Zuid-Oost</i>	<i>Totaal</i>
Fietsendiefstal	Vaak	13%	2%	1%	3%	3%	5%	2%	1%	4%	6%
	Soms	33%	14%	14%	17%	22%	22%	17%	11%	21%	22%
	(Bijna) nooit	30%	67%	64%	54%	51%	43%	54%	57%	52%	49%
	Weet niet /geen mening	24%	18%	20%	26%	25%	31%	27%	30%	23%	24%
Diefstal uit auto	Vaak	3%	1%	0%			1%	1%	0%	2%	1%
	Soms	23%	14%	10%	7%	13%	12%	13%	10%	18%	16%
	(Bijna) nooit	37%	66%	68%	64%	58%	50%	55%	63%	53%	54%
	Weet niet /geen mening	37%	19%	22%	29%	28%	38%	32%	27%	26%	30%
Beschadiging of vernieling aan auto en diefstal vanaf auto	Vaak	6%	1%	1%	1%	3%	3%	3%	2%	6%	3%
	Soms	27%	15%	18%	16%	21%	19%	20%	18%	23%	21%
	(Bijna) nooit	37%	66%	64%	59%	55%	50%	51%	56%	51%	51%
	Weet niet /geen mening	31%	17%	18%	23%	21%	29%	26%	24%	20%	24%
Bedreiging	Vaak	2%	0%	1%	0%		0%	1%	1%	0%	1%
	Soms	11%	4%	5%	6%	2%	7%	7%	6%	10%	8%
	(Bijna) nooit	47%	69%	69%	59%	62%	52%	56%	61%	58%	57%
	Weet niet /geen mening	41%	27%	26%	35%	36%	40%	36%	32%	31%	34%
Bekladding van muren en/of gebouwen	Vaak	6%	1%	1%	3%	1%	2%	2%	2%	3%	3%
	Soms	26%	12%	12%	14%	15%	12%	12%	14%	12%	17%
	(Bijna) nooit	45%	71%	69%	58%	62%	58%	59%	59%	59%	57%
	Weet niet /geen mening	23%	16%	18%	25%	22%	27%	27%	24%	25%	22%



<i>Voorval</i>	<i>Mate</i>	<i>Groningen</i>	<i>Westerkwartier</i>	<i>Noord-West</i>	<i>Noord-Oost</i>	<i>Haren</i>	<i>Hoogezand</i>	<i>Centrum-Oost</i>	<i>Oldambt</i>	<i>Zuid-Oost</i>	<i>Totaal</i>
Overlast van groepen jongeren	Vaak	6%	2%	3%	5%	1%	4%	5%	4%	3%	4%
	Soms	27%	19%	24%	22%	19%	20%	23%	20%	20%	23%
	(Bijna) nooit	49%	67%	60%	59%	64%	54%	53%	60%	58%	56%
	Weet niet /geen mening	18%	11%	14%	15%	16%	22%	19%	16%	18%	17%
Dronken mensen op straat	Vaak	7%	1%	1%	3%		2%	1%	2%	2%	3%
	Soms	20%	12%	12%	12%	8%	13%	18%	12%	15%	15%
	(Bijna) nooit	52%	72%	70%	65%	68%	61%	57%	65%	63%	61%
	Weet niet/geen mening	22%	15%	17%	20%	24%	24%	23%	21%	20%	20%
Mensen die op straat worden lastig gevallen	Vaak	1%	0%	1%	1%			1%		1%	1%
	Soms	10%	2%	2%	6%	2%	5%	4%	2%	4%	5%
	(Bijna) nooit	58%	78%	75%	64%	69%	61%	63%	70%	68%	66%
	Weet niet /geen mening	32%	20%	22%	29%	29%	34%	32%	28%	28%	28%
Vernieling van telefooncellen, bus- of tramhokjes	Vaak	13%	5%	7%	5%	11%	7%	7%	5%	7%	9%
	Soms	28%	26%	28%	20%	30%	21%	26%	22%	18%	26%
	(Bijna) nooit	38%	54%	52%	54%	47%	43%	46%	55%	53%	47%
	Weet niet /geen mening	21%	14%	13%	21%	13%	30%	21%	19%	22%	19%
Inbraak in woningen	Vaak	4%	0%	1%	1%	1%	3%	1%	2%	3%	2%
	Soms	33%	29%	26%	18%	43%	26%	28%	27%	28%	29%
	(Bijna) nooit	33%	57%	56%	56%	41%	44%	47%	49%	47%	46%
	Weet niet /geen mening	30%	14%	17%	25%	15%	28%	24%	22%	22%	23%

<i>Voorval</i>	<i>Mate</i>	<i>Groningen</i>	<i>Westerkwartier</i>	<i>Noord-West</i>	<i>Noord-Oost</i>	<i>Haren</i>	<i>Hoogezand</i>	<i>Centrum-Oost</i>	<i>Oldambt</i>	<i>Zuid-Oost</i>	<i>Totaal</i>
Geweldsdelicten	Vaak	1%	0%	0%	1%			1%	0%	0%	1%
	Soms	9%	5%	5%	4%	1%	8%	7%	4%	5%	6%
	(Bijna) nooit	49%	73%	71%	63%	65%	53%	59%	66%	65%	61%
	Weet niet /geen mening	41%	22%	23%	32%	34%	39%	34%	30%	29%	33%
Overlast door omwonenden	Vaak	5%	1%	1%	2%		3%	4%	3%	2%	3%
	Soms	24%	12%	14%	14%	8%	15%	13%	15%	14%	17%
	(Bijna) nooit	49%	71%	67%	62%	72%	57%	61%	62%	62%	60%
	Weet niet /geen mening	22%	16%	18%	22%	21%	24%	23%	21%	22%	21%
Drugsoverlast	Vaak	3%	0%		1%		3%	1%		1%	1%
	Soms	11%	2%	3%	5%	1%	4%	3%	5%	4%	6%
	(Bijna) nooit	52%	75%	73%	62%	69%	56%	59%	63%	66%	62%
	Weet niet/geen mening	34%	24%	25%	32%	30%	36%	37%	32%	29%	31%
Tasjesroof	Vaak	1%	0%			1%	0%	1%	0%	1%	0%
	Soms	5%	1%	1%	1%	4%	5%	3%	2%	3%	3%
	(Bijna) nooit	51%	74%	75%	65%	67%	55%	61%	64%	63%	62%
	Weet niet /geen mening	43%	24%	25%	34%	28%	40%	35%	33%	33%	34%
Parkeeroverlast	Vaak	14%	3%	4%	5%	3%	10%	5%	5%	6%	8%
	Soms	23%	11%	12%	13%	14%	18%	15%	12%	13%	16%
	(Bijna) nooit	41%	71%	68%	57%	67%	50%	56%	62%	59%	55%
	Weet niet /geen mening	22%	15%	16%	24%	16%	23%	24%	21%	22%	20%

<i>Voorval</i>	<i>Mate</i>	<i>Groningen</i>	<i>Westerkwartier</i>	<i>Noord-West</i>	<i>Noord-Oost</i>	<i>Haren</i>	<i>Hoogezand</i>	<i>Centrum-Oost</i>	<i>Oldambt</i>	<i>Zuid-Oost</i>	<i>Totaal</i>
Te hard rijden	Vaak	18%	22%	16%	15%	15%	24%	26%	27%	24%	20%
	Soms	34%	35%	42%	34%	41%	33%	35%	35%	37%	36%
	(Bijna) nooit	31%	36%	33%	37%	35%	29%	25%	28%	27%	31%
	Weet niet /geen mening	16%	7%	10%	14%	9%	14%	14%	10%	12%	13%
Brandstichting	Vaak	0%	0%	0%	1%		0%	1%	0%	0%	0%
	Soms	6%	2%	3%	2%	1%	5%	4%	6%	13%	5%
	(Bijna) nooit	54%	74%	75%	65%	73%	58%	61%	67%	60%	63%
	Weet niet /geen mening	39%	24%	22%	32%	26%	36%	34%	27%	26%	31%

