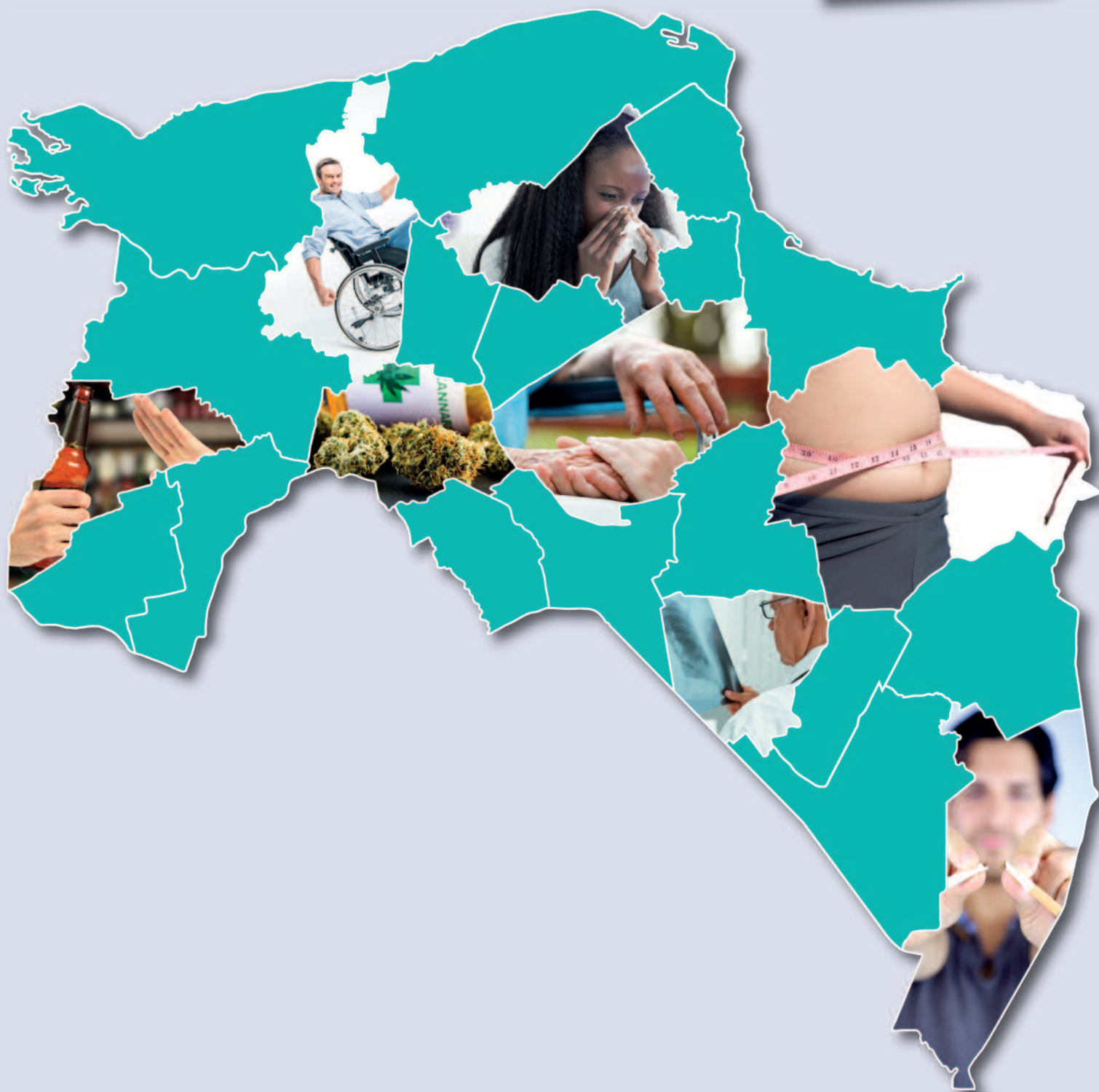


Samen werken aan gezondheid



Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Methode	5
3.	Leefwijze	
3.1	Overgewicht en beweging	7
3.2	Alcoholgebruik	11
3.3	Roken	15
3.4	Cannabisgebruik en harddugsgebruik	17
4.	Kwaliteit van leven	
4.1	Ervaren geluk	19
4.2	Ervaren gezondheid	20
5.	Mentaal welbevinden	
5.1	Psychische gezondheid	22
5.2	Eenzaamheid	24
5.3	Eigen regie	26
6.	Dagelijks functioneren	
6.1	Chronische ziekten en beperkingen	28
6.2	Zorggebruik	30
7.	Sociaal maatschappelijk functioneren	
7.1	Mantelzorg	31
7.2	Vrijwilligerswerk	34
8.	Literatuurlijst	35

1 | Inleiding

Hoe gezond voelen de Groningse volwassenen zich? Welk percentage van hen rookt en hoe staat het met het gebruik van alcohol? Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en hoeveel bewegen er voldoende? Zijn er veranderingen vergeleken met het onderzoek van vier jaar geleden? Hoe zit het met de landelijke cijfers en met de cijfers van andere gemeenten? Dit rapport geeft antwoord op deze en andere vragen.

Gemeenten hebben de wettelijke taak om de gezondheid van hun inwoners in kaart te brengen, zoals is vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid. GGD Groningen voert deze taak uit door een vierjaarlijkse enquête, de Gezondheidsmonitor, af te nemen.

GGD Groningen verzamelt via deze gezondheidsenquête informatie over de verschillende aspecten van gezondheid:

- lichamelijke gezondheid; o.a. gezondheidsbeleving, chronische aandoeningen en beperkingen;
- psychosociale gezondheid; o.a. eenzaamheid, angst en depressie en het ervaren geluk;
- het gebruik en verlenen van zorg; o.a. huisartsenbezoek en het geven van mantelzorg;
- leefstijl; o.a. roken, alcoholgebruik, overgewicht en beweging;
- leefomgeving; o.a. geluidshinder en tevredenheid over de woonomgeving.

Dit onderzoek leidt tot cijfers die de gezondheidstoestand van de bevolking en factoren die daarop van invloed zijn in beeld brengen. De resultaten van het onderzoek kunnen gemeenten gebruiken bij het formuleren van hun gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Bij dit grootschalige onderzoek werken alle GGD'en in Nederland samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). Bij dit landelijke onderzoek zijn de GGD gezondheidsenquête en de CBS gezondheidsenquête op elkaar afgestemd. In totaal kregen ruim 1,1 miljoen inwoners van 19 jaar en ouder in Nederland een gezondheidsenquête van de GGD in de brievenbus. Hiervan waren 36.284 volwassenen woonachtig in de provincie Groningen. Door deze samenwerking leverde het onderzoek ook landelijke gegevens op waarmee de provincie Groningen zich kan vergelijken.

Leeswijzer

Na het eerste hoofdstuk over de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd, wordt in de volgende hoofdstukken diverse onderwerpen van belang voor de gezondheid gepresenteerd. Deze hoofdstukken kennen een gelijke opbouw: eerst wordt achtergrondinformatie gegeven over het thema en vervolgens worden de uitkomsten met betrekking tot het thema besproken. In de infographics worden patronen en relaties weergegeven voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Voor zover mogelijk zijn de resultaten uit 2016 vergeleken met de gegevens uit eerdere rondes van de Gezondheidsmonitor (2012 en eerder) en met landelijke gegevens. In deze editie van de Gezondheidsmonitor zijn er ook nieuwe onderwerpen geïntroduceerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de vraag over 'eigen regie'. De gemeentelijke cijfers in dit rapport worden weergegeven in de vorm van een geografische kaart.

2 | Methode

Steekproef en vragenlijst

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen is in het najaar van 2016 uitgevoerd via een (schriftelijke) vragenlijst die per post of via het internet kon worden ingevuld. De Groningers die waren uitgenodigd om deel te nemen aan de Gezondheidsmonitor, hebben daarnaast maximaal twee keer een herinneringsbrief ontvangen.

Middels een willekeurige steekproef zijn er in totaal 36.284 inwoners van 19 jaar en ouder en woonachtig in de provincie Groningen geselecteerd. Van hen hebben 16.340, oftewel 45% van de Groningers die waren uitgenodigd, de vragenlijst ingevuld. In 2016 was de respons gelijk aan die van de vorige meting in 2012.

Voor het opstellen van de vragenlijst is er zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de landelijke standaardvraagstellingen van de Lokale en Nationale Gezondheidsmonitor Volwassenen (GGD GHOR NL, RIVM en TNO). GGD'en gebruiken in de gezondheidsenquête waar mogelijk landelijke uniforme vraagstellingen. Voor de groep volwassenen van 19 tot en met 64 jaar en voor de groep van 65 jaar en ouder zijn er kleine verschillen in de vragenlijst. Ze komen voor ongeveer 90% overeen. Zo is de vraag over het drugsgebruik alleen aan personen van 19 tot en met 64 jaar gesteld. Personen van 65 jaar en ouder kregen aanvullende vragen over het ontvangen van mantelzorg, een vraag over beperkingen in alledaagse activiteiten en een vraag over nare gebeurtenissen in de thuis-situatie.

Deelname

Het CBS heeft in het kader van het Permanent Leefstijl Onderzoek Leefsituatie (POLS) gelijktijdig met GGD Groningen vragen voorgelegd aan de Groningers die identiek zijn aan de vragen in de Gezondheidsmonitor. Deze aanvullende gegevens van 251 Groningers zijn eveneens gebruikt voor deze rapportage, waardoor we in totaal gebruik gemaakt hebben van de antwoorden van 16.591 respondenten.

In het databestand zijn bepaalde subgroepen over- of ondervertegenwoordigd. Om die reden heeft GGD Groningen de uitkomsten gewogen voor non-respons. Dit betekent dat er per gemeente wordt gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw, het geslacht en andere factoren. Groepen die in de data onder- of oververtegenwoordigd zijn, worden zodanig gewogen dat ze overeenkomen met de feitelijke samenstelling van de bevolking van de 23 afzonderlijke gemeenten in het jaar 2016. Op deze manier zijn de resultaten representatief voor de provincie Groningen.

Ten aanzien van de deelname in de verschillende leeftijdsgroepen kunnen we aangeven dat vooral onder 35-minners uit de provincie Groningen de respons van dit onderzoek laag is: drie op de tien volwassenen in de jongste leeftijdscategorie stuurde de vragenlijst ingevuld terug (zie tabel 2.1). Onder 65-plussers was de deelname twee keer zo hoog.

Gemeente	19-34 jaar		35-49 jaar		50-64 jaar		65-74 jaar		75+		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Appingedam	60	26%	102	35%	175	46%	95	63%	230	59%	662	46%
Bedum	75	32%	92	33%	193	49%	66	52%	160	57%	586	44%
Bellingwedde	43	24%	89	31%	209	49%	103	66%	170	56%	614	46%
Delfzijl	65	27%	97	34%	159	42%	129	62%	288	58%	738	46%
Eemsmond	78	32%	107	36%	181	50%	122	61%	256	57%	744	48%
Groningen	534	28%	263	30%	363	46%	132	54%	281	60%	1573	37%
Grootegast	79	30%	110	32%	144	48%	77	64%	160	57%	570	44%
Haren	63	34%	120	36%	185	49%	111	58%	319	61%	798	49%
Hoogezand	58	23%	95	31%	145	43%	117	56%	275	55%	690	43%
Leek	59	27%	99	33%	184	49%	122	58%	295	59%	759	47%
Loppersum	58	28%	96	34%	198	49%	89	64%	160	62%	601	47%
De Marne	68	29%	83	32%	215	54%	97	65%	192	63%	655	49%
Marum	66	28%	105	35%	166	45%	58	54%	133	55%	528	42%
Menterwolde	59	28%	80	28%	184	45%	87	56%	187	64%	597	44%
Oldambt	65	31%	91	29%	174	46%	129	61%	284	57%	743	46%
Pekela	62	24%	80	28%	164	47%	77	48%	195	54%	578	41%
Slochteren	57	30%	104	33%	171	49%	111	58%	216	58%	659	47%
Stadskanaal	69	30%	120	39%	172	48%	111	56%	285	57%	757	47%
Ten Boer	59	33%	102	34%	159	47%	68	68%	101	63%	489	46%
Veendam	59	26%	81	28%	172	44%	131	58%	272	58%	715	44%
Vlagtwedde	63	31%	92	31%	196	49%	143	60%	292	62%	786	49%
Winsum	50	23%	104	36%	207	53%	134	67%	224	65%	719	50%
Zuidhorn	89	39%	122	37%	181	53%	141	64%	286	61%	819	52%
Provincie	1938	29%	2434	33%	4297	48%	2450	60%	5261	59%	16380	45%

Tabel 2.1. Deelname naar gemeente en leeftijd, 2016 (aantallen en %)

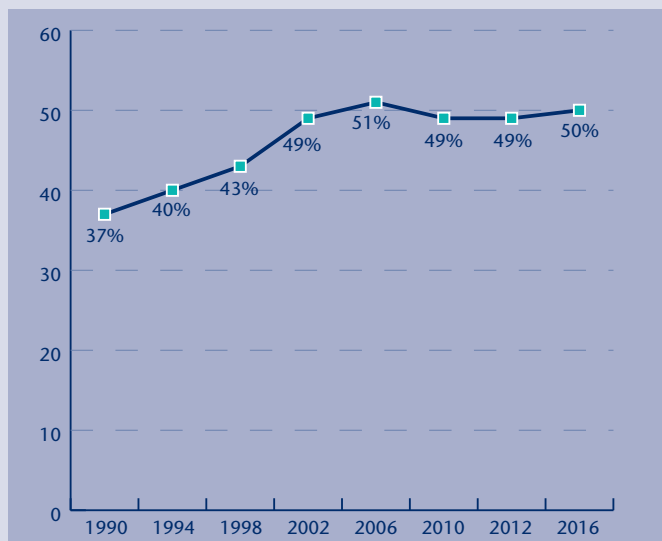
3.1 | Overgewicht en beweging



Overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) kunnen leiden tot verschillende ziekten en aandoeningen, waaronder diabetes, hart- en vaatziekten, hartfalen en een beroerte (in't Panhuis-Plasmans et al., 2012; Gezondheidsraad, 2003). Ook een hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte kunnen veroorzaakt worden door overgewicht (Voedingscentrum, 2016). Doordat overgewicht een sterke relatie heeft met ziekten, zorgt overgewicht voor een relatief groot verlies van gezonde jaren (5,1 jaar) (Visscher & Seidell, 2001; Hoeymans et al., 2010).

De kans op overgewicht wordt kleiner als mensen regelmatig bewegen. Volwassenen die voldoende bewegen voelen zich fitter, hebben minder kans op verschillende ziekten en hebben een gezondere levensverwachting (US DHHS, 1996; PAGAC, 2008). Voldoende bewegen kan ook het verloop van een aantal chronische aandoeningen zoals hartziekten, diabetes, botontkalking, of een beroerte gunstig beïnvloeden (Stiggelbout et al., 1998; PAGAC, 2008). Er wordt geadviseerd om minimaal een half uur per dag gedurende 5 dagen per week matig-intensief te bewegen (Nederlandse Norm Gezond Bewegen). Om te voldoen aan de Fitnorm moet iemand minimaal 3 keer per week 20 minuten zwaar-intensief bewegen (Stiggelbout et al., 1998; PAGAC, 2008).

Tussen 1990 en 2006 is het percentage volwassenen met overgewicht in de provincie Groningen sterk toegenomen; van 37% in 1990 naar 51% in 2006 (zie grafiek 3.1.1). Sinds 2002 is het aandeel volwassen Groningers met overgewicht nauwelijks veranderd.



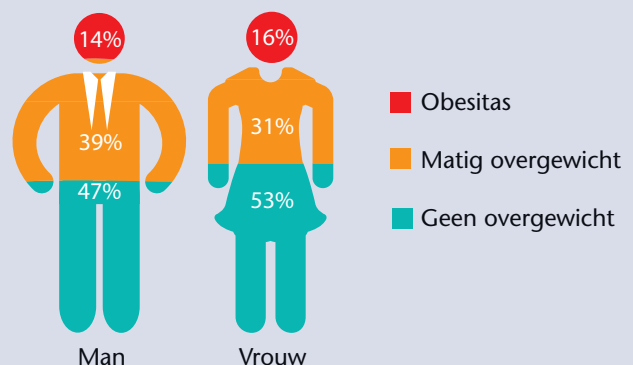
Grafiek 3.1.1. Trend in overgewicht onder volwassenen in de provincie Groningen, in de periode 1990-2016 (%)

In 2016 had gemiddeld 35% van de volwassenen in Nederland matig overgewicht en 14% had obesitas. Ook in Nederland is de trend van overgewicht vergelijkbaar met het beeld in de provincie Groningen: de stijging van het aantal

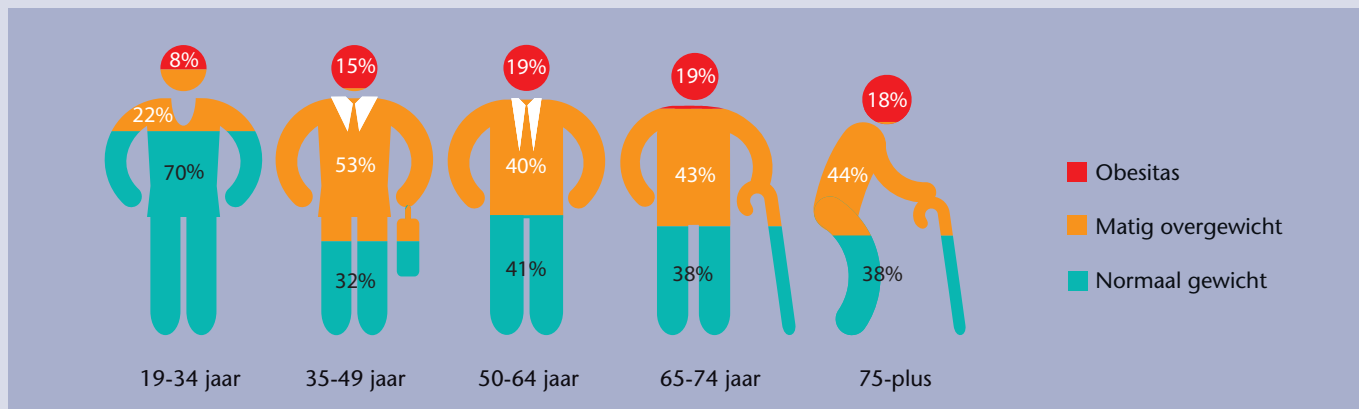
Nederlanders met overgewicht is in de laatste jaren afgevlakt. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde hebben volwassenen in de provincie Groningen even vaak matig overgewicht (35%) en obesitas (15%).

In de leeftijd van 19 tot en met 34 jaar is het percentage volwassenen met overgewicht veel lager in vergelijking met de oudere groep volwassenen (zie grafiek 3.1.3). Overgewicht komt het vaakst voor onder volwassenen van 35 tot en met 49 jaar.

Mannen hebben vaker overgewicht dan vrouwen. Daarentegen komt obesitas vaker voor onder vrouwen (zie grafiek 3.1.2).



Grafiek 3.1.2. Overgewicht en obesitas naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 3.1.3. Overgewicht en obesitas naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

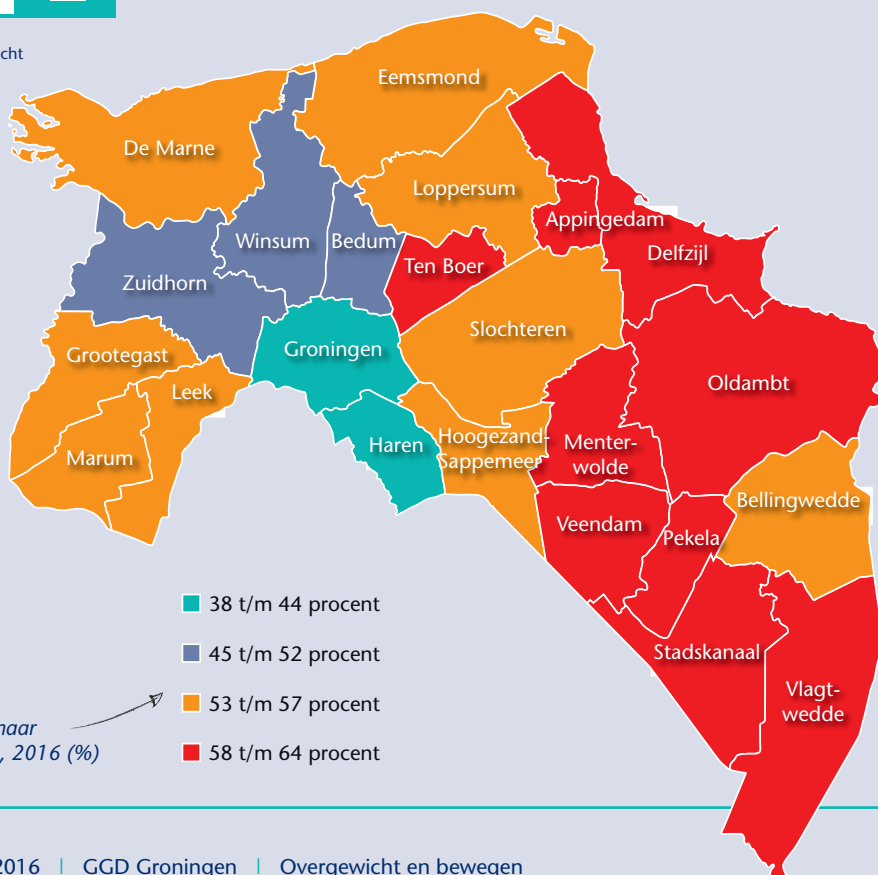
Laagopgeleiden (lager onderwijs) hebben vaker overgewicht (67%) dan volwassenen die hbo, wo hebben afgerond (38%) (zie grafiek 3.1.4). Obesitas komt onder laagopgeleiden 4 keer zo vaak voor als onder hoogopgeleiden.



Grafiek 3.1.4. Overgewicht en obesitas naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)

Vooraf in het oosten van de provincie Groningen hebben relatief veel volwassenen overgewicht. In de gemeente Groningen hebben naar verhouding weinig volwassenen overgewicht (zie afbeelding 3.1.5).

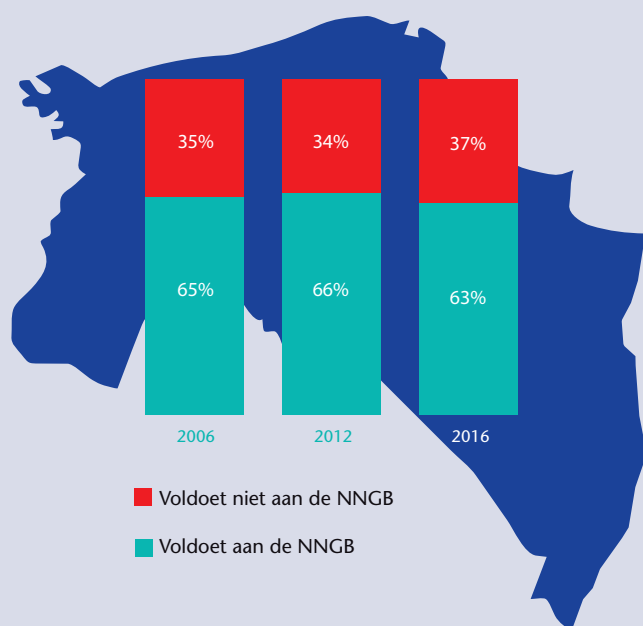
Obesitas komt het vaakst voor in de gemeente Appingedam en Pekela (25%) en het minst vaak in de gemeente Haren en Groningen (9%).



Afbeelding 3.1.5. Volwassenen met overgewicht naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

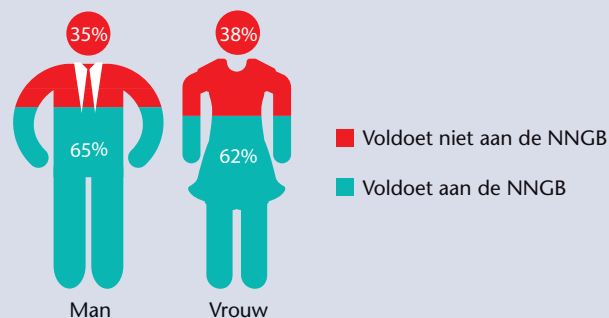
Landelijk voldoet gemiddeld 63% van de volwassenen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en 26% voldoet aan de Fitnorm in 2016. Volwassen Groningers bewegen even vaak als de gemiddelde Nederlander; 63% beweegt voldoende en 25% voldoet aan de Fitnorm in 2016.

In de afgelopen vier jaar zijn Groningers minder gaan bewegen; in 2012 bewoog nog 66% van de volwassenen in de provincie Groningen voldoende volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie grafiek 3.1.6). In 2012 voldeed evenals in 2016 een kwart van de volwassen Groningers aan de Fitnorm.



Grafiek 3.1.6. Trend in beweging onder volwassenen in de provincie Groningen in 2006, 2012 en 2016 (%)

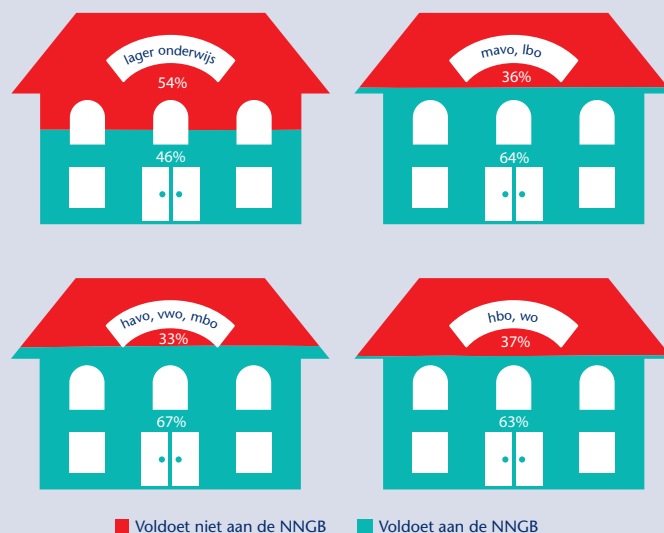
Het percentage volwassenen dat voldoende beweegt is het laagst in de leeftijdscategorie van 35 tot en met 49 jaar (zie grafiek 3.1.8). Volwassenen in de leeftijd van 65 tot en met 74 jaar voldoen het vaakst aan de beweegnorm.



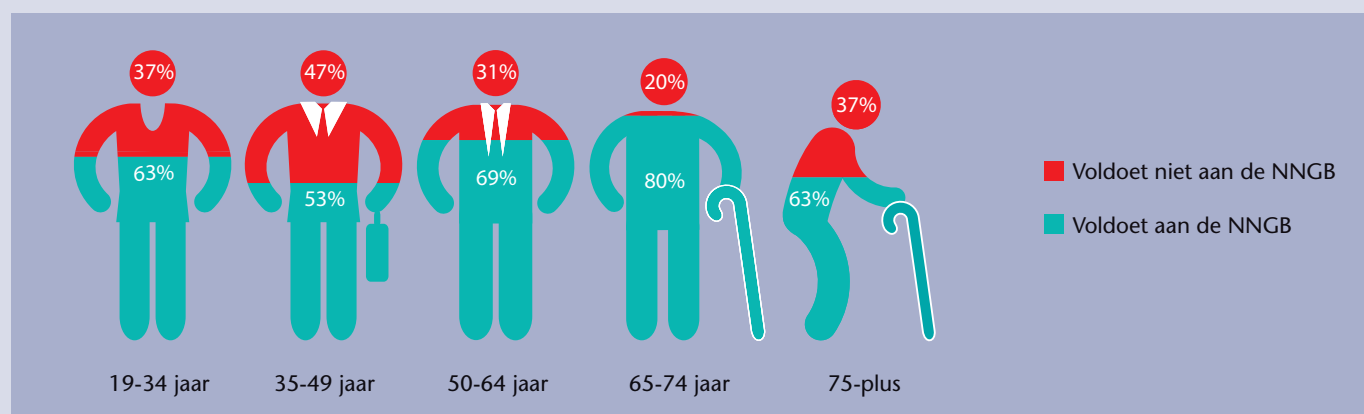
Grafiek 3.1.7. Volwassenen die voldoen aan de NNGB naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)

Mannen bewegen iets vaker dan vrouwen (zie grafiek 3.1.7).

Laagopgeleiden (lager onderwijs) voldoen minder vaak aan de NNGB (46%) dan volwassenen die een hogere opleiding hebben afgerond (63-67%) (zie grafiek 3.1.9).



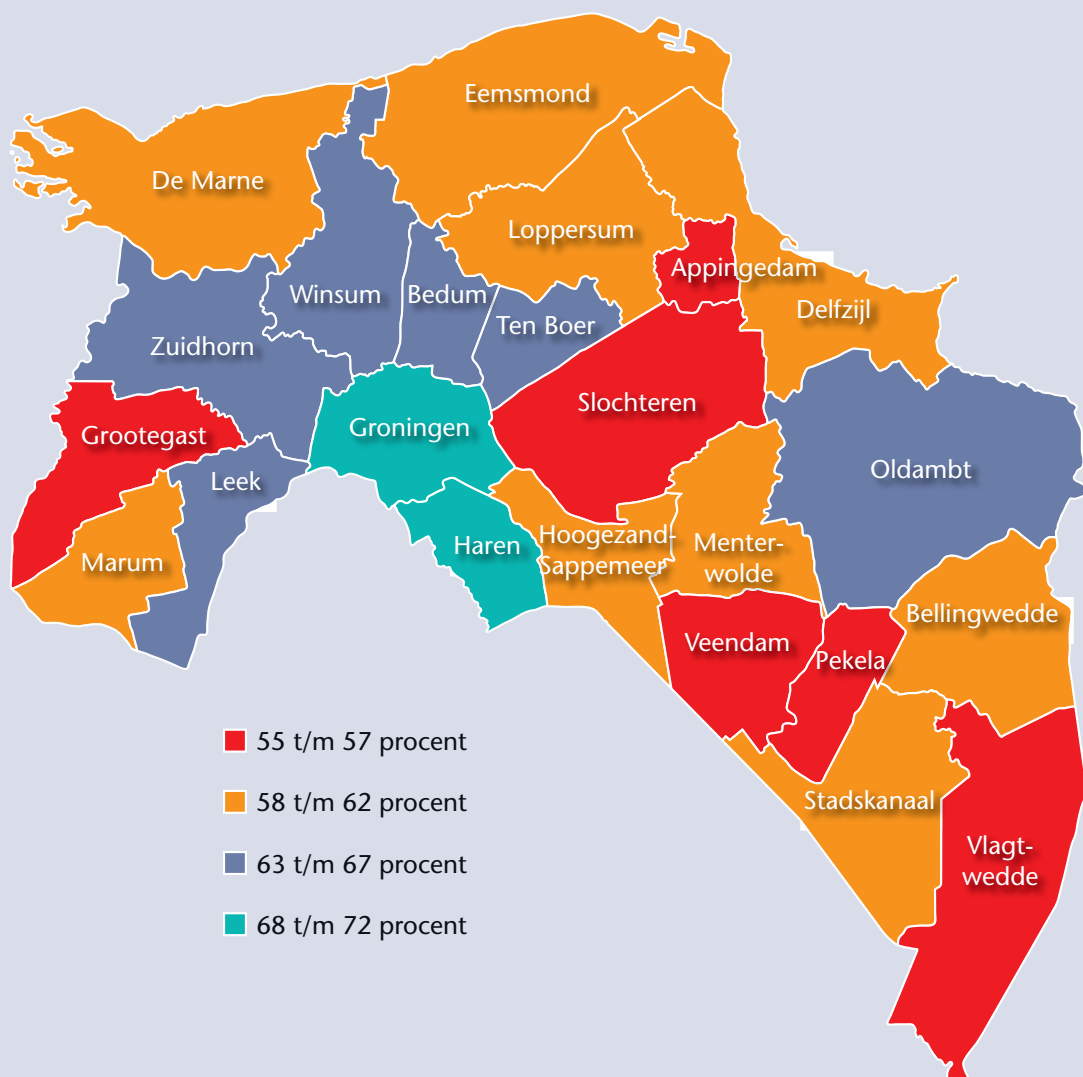
Grafiek 3.1.9. Volwassenen die voldoen aan de NNGB naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 3.1.8. Volwassenen die voldoen aan de NNGB naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

In de gemeente Haren voldoen relatief veel volwassenen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (72%) en in de gemeente Pekela en Vlagtwedde voldoen relatief weinig volwassenen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (55%) (zie afbeelding 3.1.10).

Volwassenen in de gemeente Haren voldoen het vaakst aan de Fitnorm (33%) en volwassenen in de gemeente Grootegast voldoen het minst vaak aan de Fitnorm (18%).



Afbeelding 3.1.10. Volwassenen die voldoen aan de NNGB naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

3.2 | Alcoholgebruik



Alcoholgebruik hangt samen met ongeveer zestig verschillende aandoeningen (RIVM, 2016). Zo verhoogt alcohol het risico op verschillende soorten kanker en heeft het invloed op bijna alle organen in het lichaam. Over het algemeen geldt: 1) Hoe hoger de gebruikelijke consumptie van alcohol, hoe groter het risico op schade, 2) Hoe meer alcohol per keer wordt gedronken, des te ernstiger de schade (de aandoening of verwonding).

Alcoholgebruik heeft niet alleen invloed op de gebruiker zelf. Naar schatting is 20% van de verkeersdoden gerelateerd aan alcohol (SWOV, 2016). Ook speelt alcohol vaak een rol bij uitgaansgeweld en bij huiselijk geweld (OM, 2017).

Overmatig drinken

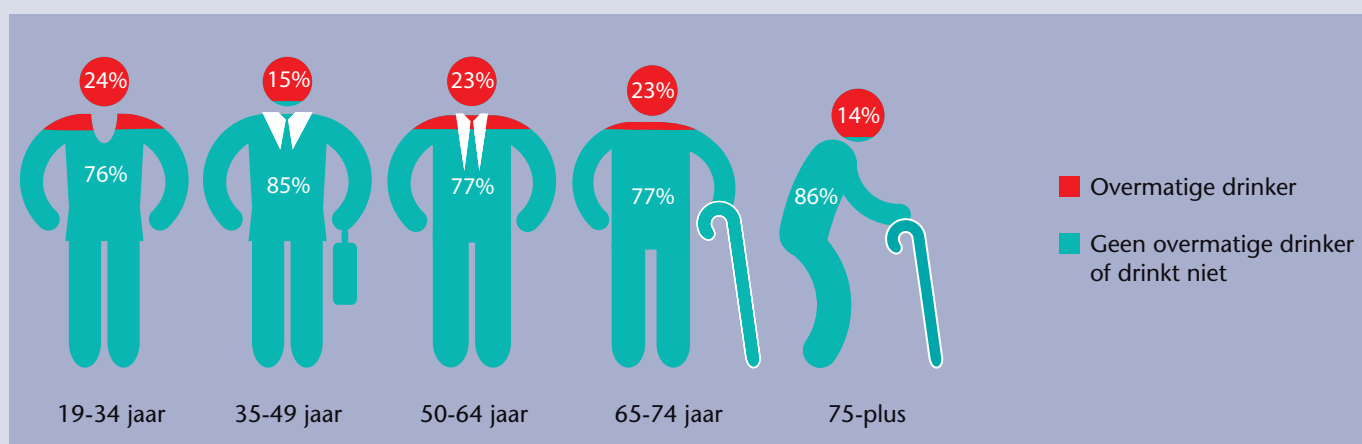
Ruim 80% van de Groningers heeft het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken. Van de volwassenen drinkt 20% overmatig. Overmatig drinken betekent: gemiddeld meer dan 14 glazen alcohol per week voor mannen en meer dan 7 glazen per week voor vrouwen. Het verschil met Nederland is klein (19%).

Meer mannen (21%) dan vrouwen (19%) drinken overmatig alcohol. Ook zijn er verschillen naar leeftijd. Naar verhouding drinken weinig 75-plussers en 35- tot en met 49-jarigen overmatig alcohol (zie grafiek 3.2.1).

Naarmate het opleidingsniveau hoger is, neemt het overmatig alcoholgebruik toe (zie grafiek 3.2.2). Een kanttekening daarbij is dat onder lager opgeleiden naar verhouding veel ouderen voorkomen en ouderen drinken minder overmatig dan jongere volwassenen.

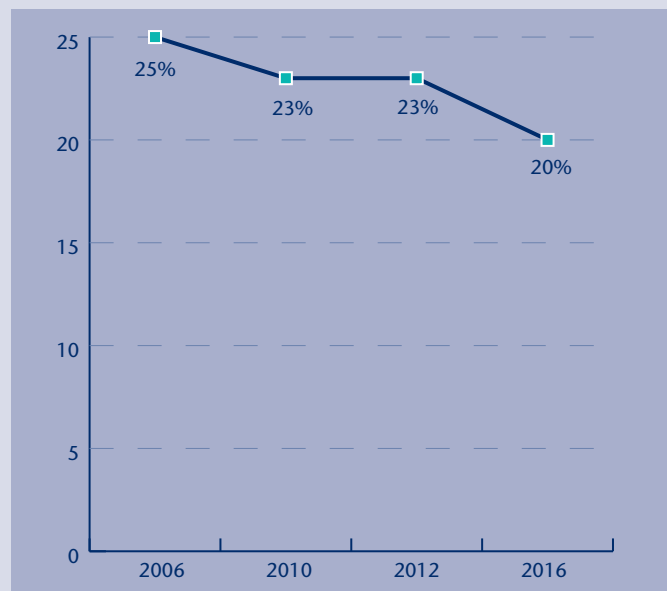


Grafiek 3.2.2. Overmatig alcohol naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



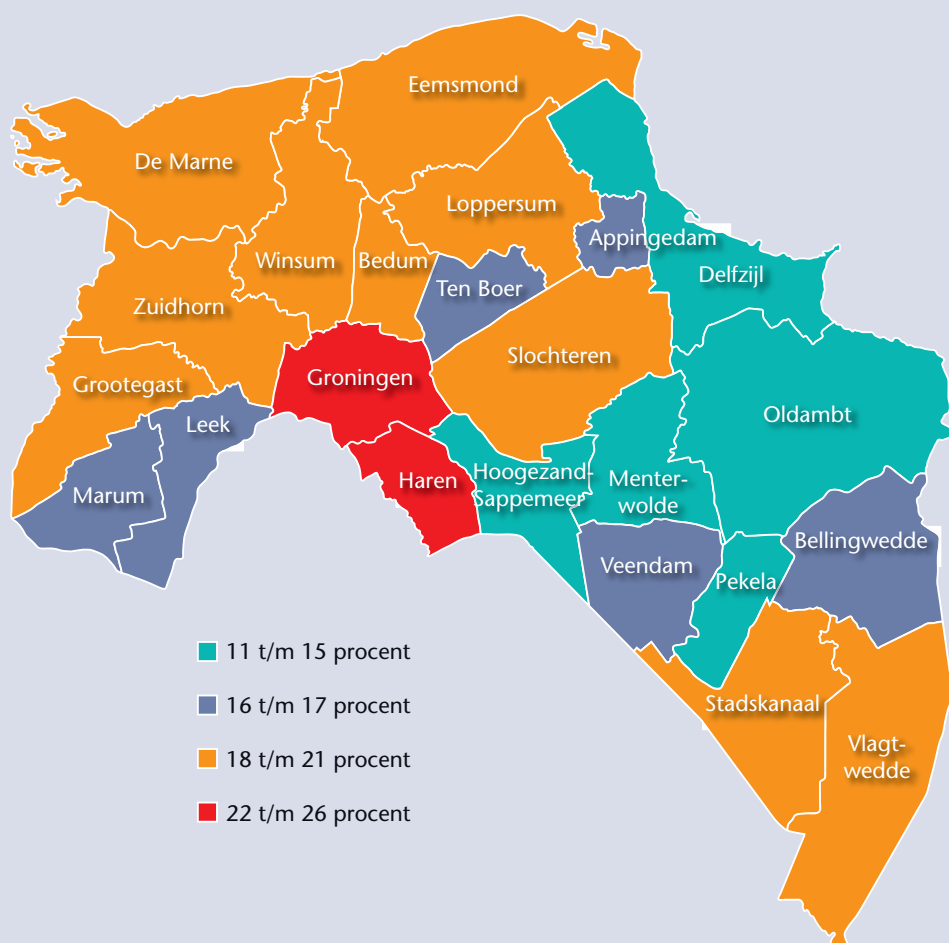
Grafiek 3.2.1. Overmatig alcohol drinken naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

In de afgelopen 10 jaar is het overmatig alcoholgebruik onder volwassenen in de provincie afgenomen van 25% in 2006 tot 20% in 2016 (zie grafiek 3.2.3). Mogelijk speelt de vergrijzing in de provincie Groningen hier deels een rol in. Naarmate de bevolking ouder wordt, wordt er minder overmatig gedronken.



Vooraf in de gemeenten Groningen (26%) en Haren wordt veel overmatig gedronken (23%). In de gemeente Hoogezand-Sappemeer wordt het minst overmatig gedronken (13%) (zie afbeelding 3.2.4).

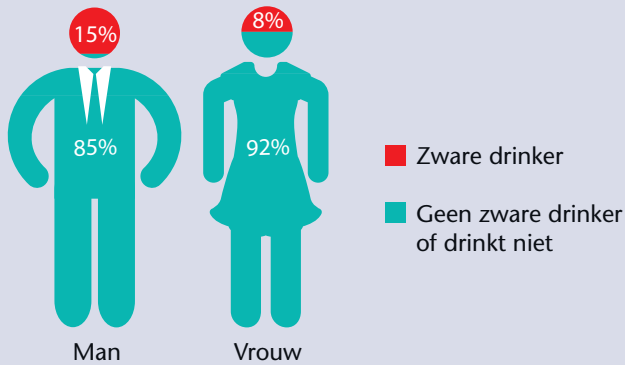
Grafiek 3.2.3. Volwassenen die overmatig alcohol drinken in de provincie Groningen, in de periode 2006-2016 (%)



Afbeelding 3.2.4. Volwassenen die overmatig alcohol drinken naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

Zware drinker

In de provincie Groningen is 11% van de bevolking van 19 jaar en ouder een zware drinker. Gemiddeld in Nederland is 10% een zware drinker. Dit zijn personen die gemiddeld minstens 1 keer per week 6 of meer (voor mannen) of 4 of meer (voor vrouwen) glazen alcohol drinken op één dag.



Grafiek 3.2.5. Zwaar drinken naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)

Twee keer zoveel mannen als vrouwen drinken zwaar (zie grafiek 3.2.5). Vooral in de leeftijd van 19 tot en met 34 jaar wordt veel gedronken. Onder 75-plussers wordt nauwelijks zwaar gedronken (zie grafiek 3.2.6).

Naar verhouding drinken veel volwassenen die alleen lager onderwijs hebben afgerond zwaar (zie grafiek 3.2.7).

Ten opzichte van 2006 is het percentage zware drinkers onder de volwassen bevolking in de provincie Groningen licht toegenomen (zie grafiek 3.2.8).

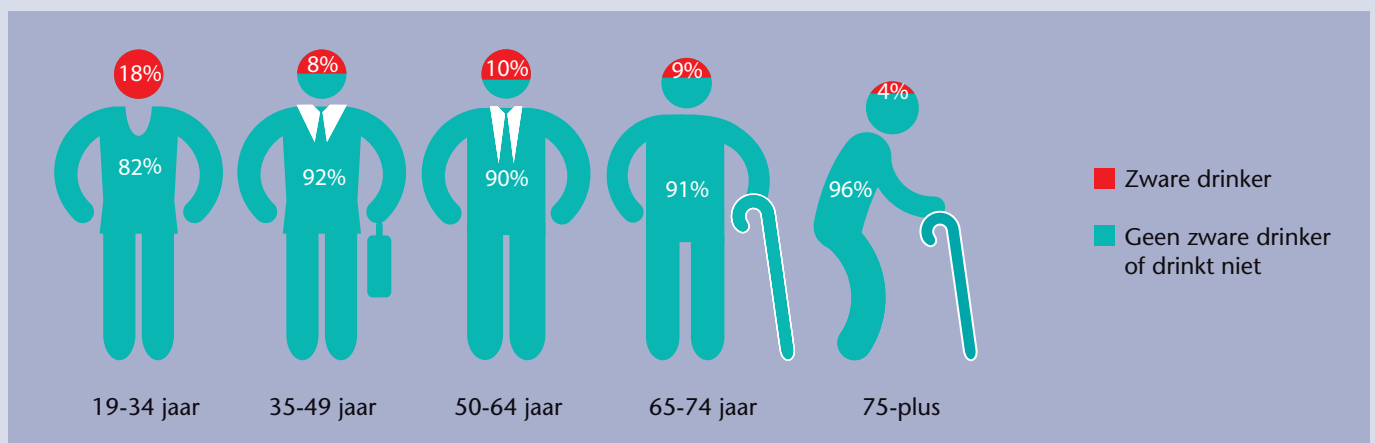
Vooral in de gemeente Groningen wordt door de volwassenen naar verhouding veel zwaar gedronken (16%). In de gemeente Ten Boer wordt door volwassenen het minst zwaar gedronken (zie afbeelding 3.2.9).



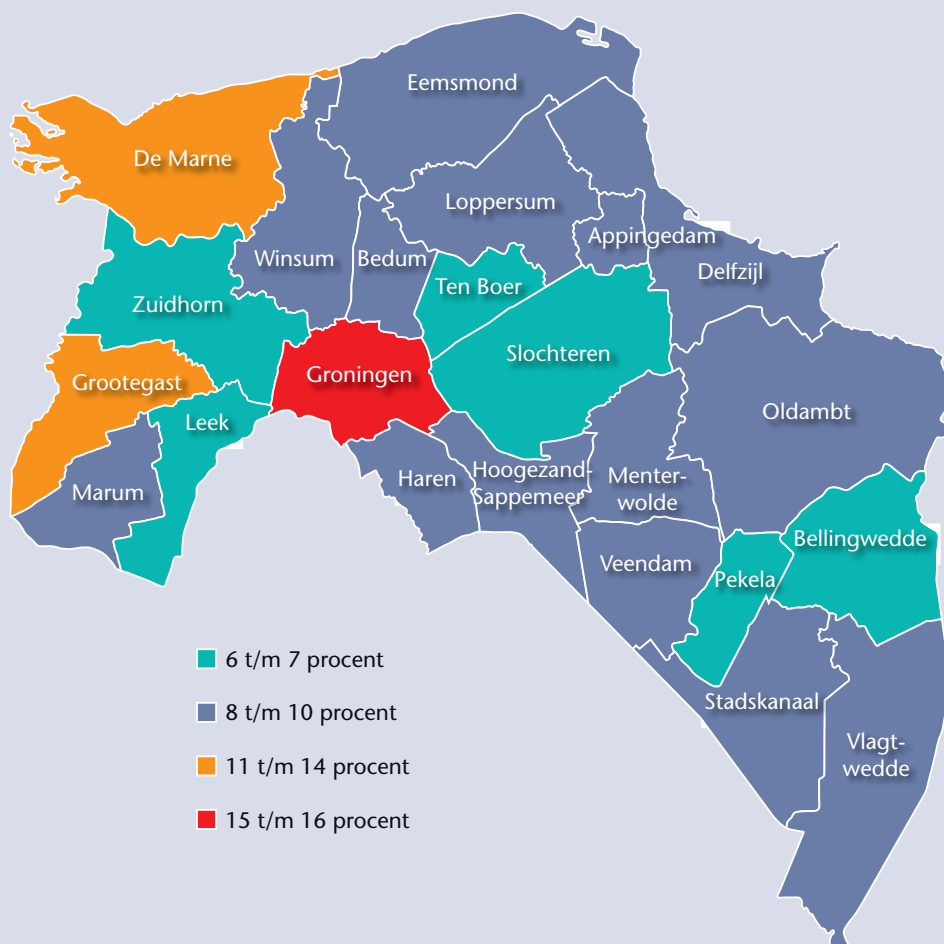
Grafiek 3.2.7. Zwaar alcohol naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



Grafiek 3.2.8. Volwassenen die zwaar alcohol drinken in de provincie Groningen, in de periode 2006-2016 (%)



Grafiek 3.2.6. Zwaar drinken naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



Afbeelding 3.2.9. Volwassenen die zwaar alcohol drinken naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

3.3 | Roken

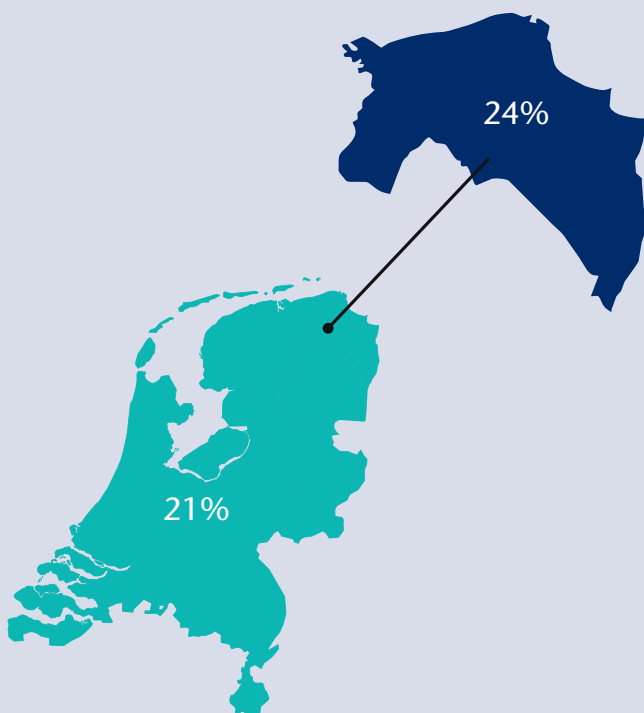


Roken verhoogt het risico op verschillende ziekten, zoals longkanker, mondholte- en keelkanker en hart- en vaatziekten RIVM, 2016). Longkanker wordt bij 91% van de gevallen veroorzaakt door roken; bij 85% van de gevallen van COPD is roken de oorzaak. Roken tijdens de zwangerschap veroorzaakt een laag geboortegewicht, verhoogt de kans op vroeggeboorte, aangeboren afwijkingen en sterfte rond de geboorte (Hofhuis et al., 2016).

Ook voor de omgeving heeft roken schadelijke gevolgen. Naar schatting wordt 18% tot 40% van de niet-rokende bevolking boven de 15 jaar dagelijks blootgesteld aan tabaksrook van anderen (meeroken) (Gezondheidsraad 2003). Dit is niet zonder gevaren: bij meerokers neemt het risico op longkanker met ongeveer 30% toe.

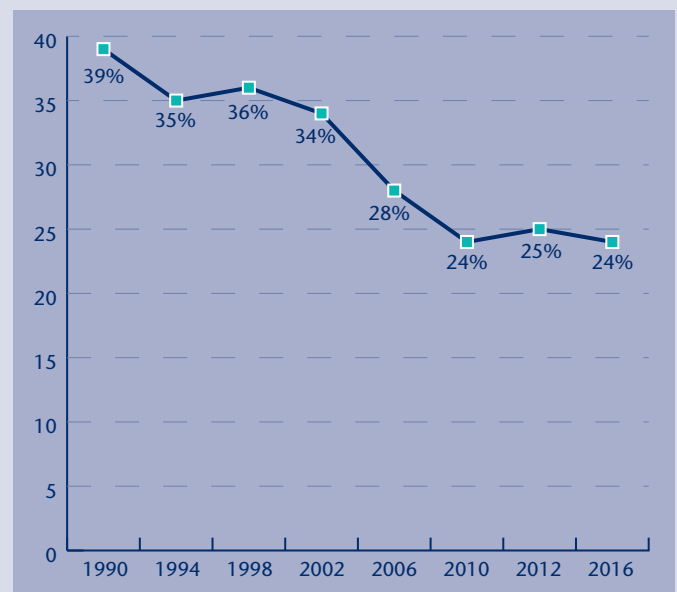
Ten opzichte van niet-rokers verliezen rokers in Nederland gemiddeld 4,1 levensjaren en 4,6 gezonde levensjaren. Stoppen met roken is dus zowel voor de mensen in de leefomgeving als de ex-roker zelf zeer gunstig. Na 10 jaar is het verhoogde risico op longkanker gehalveerd en na 15 jaar is het risico op hart- en vaatziekten gelijk aan de nooit-roker.

Tussen 1990 en 2010 is het aandeel volwassen rokers in de provincie Groningen gestaag gedaald; van 40% in 1990 naar 24% in 2010 (zie grafiek 3.3.2). Sinds 2010 is het percentage volwassen Groningers dat rookt nauwelijks veranderd.

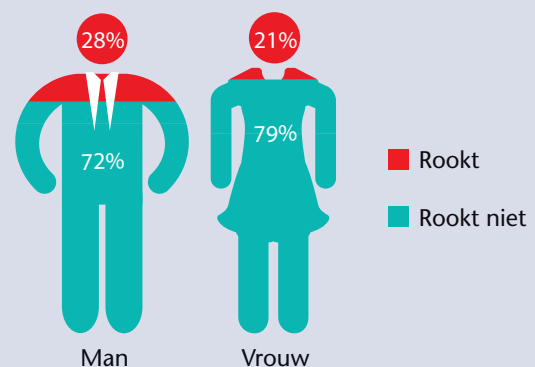


Grafiek 3.3.1. Volwassenen die roken in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)

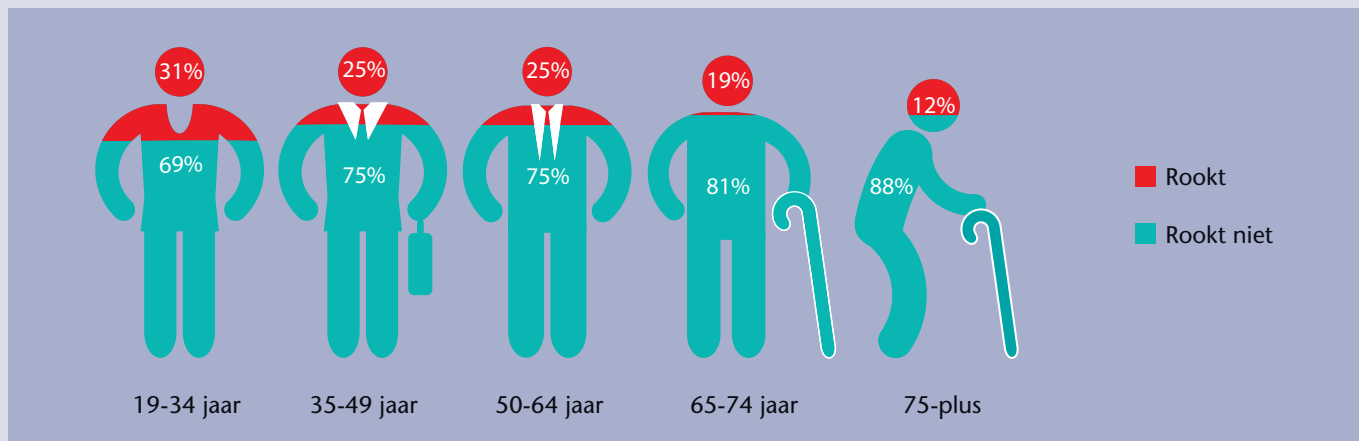
In 2016 rookte gemiddeld 21% van de volwassenen in Nederland. In tegenstelling tot de provincie Groningen, is het percentage volwassenen dat rookt in Nederland in de afgelopen vier jaar wel gedaald.



Grafiek 3.3.2. Volwassenen die roken in de provincie Groningen, in de periode 1990-2016 (%)



Grafiek 3.3.3. Roken naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)



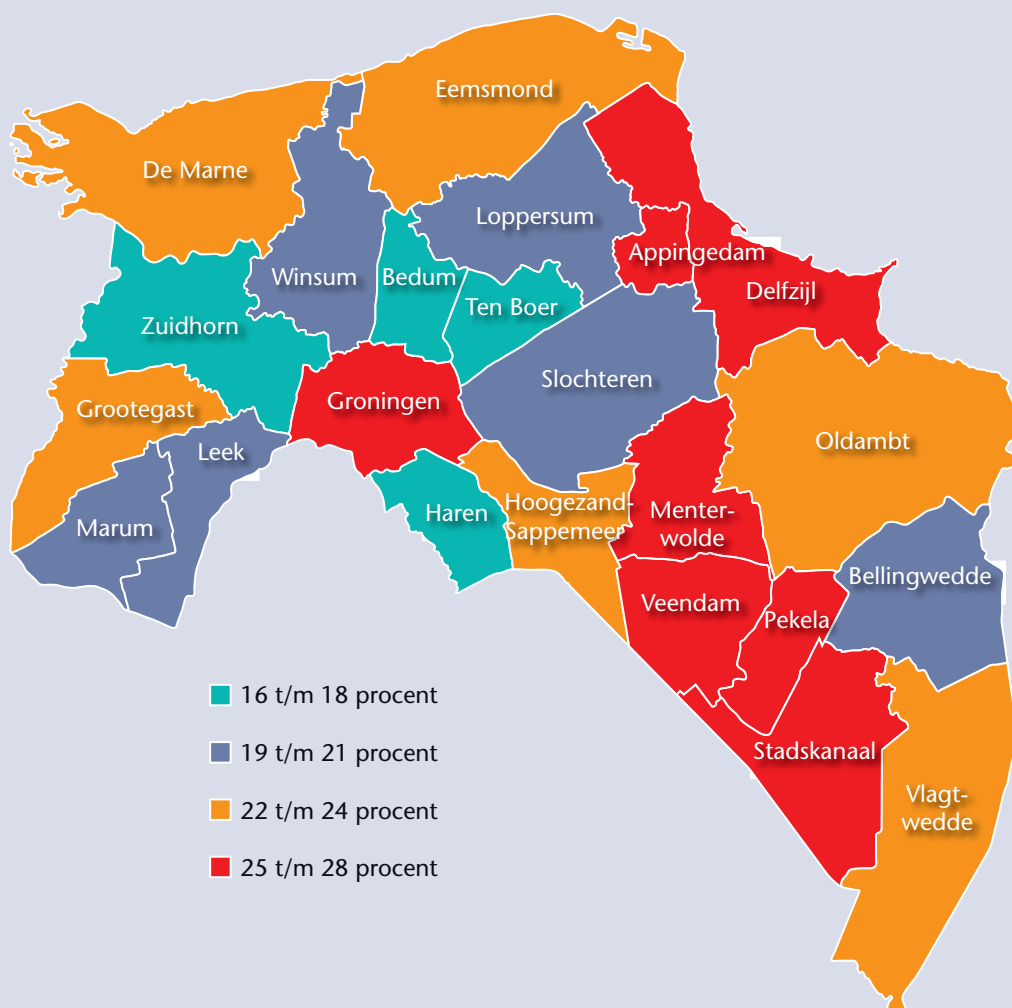
Grafiek 3.3.4. Roken naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

In de leeftijd van 19 tot en met 34 jaar wordt er veel gerookt in vergelijking met de andere volwassenen. Onder 65-plussers wordt relatief weinig gerookt.

Mannen roken meer dan vrouwen (zie grafiek 3.3.3), maar het verschil is wel kleiner vergeleken met ruim 25 jaar geleden. Toen rookte 43% van de mannen en 33% van de vrouwen.

Onder hoogopgeleiden (WO en HBO) wordt er minder gerookt (19%) dan onder volwassenen die een lagere opleiding hebben afgerond ($\pm 27\%$).

In de gemeente Groningen en Veendam roken relatief veel volwassenen (zie afbeelding 3.3.5) en in de gemeente Haren roken relatief weinig volwassenen (16%).



Afbeelding 3.3.5. Roken naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

3.4 | Cannabisgebruik en harddruggebruik



Het risico van cannabisgebruik neemt toe bij frequent en/of langdurig gebruik. Voorbeelden van gevolgen van cannabisgebruik zijn: vermindering van het reactie- en concentratievermogen en het kortetermijngeheugen (RIVM, 2016). Daardoor worden school- en werkprestaties en het verkeersgedrag negatief beïnvloed. Bij het roken van cannabis komen veel kankerverwekkende stoffen in het lichaam terecht, wat schadelijk is voor de longen. Er is wetenschappelijk bewijs dat cannabis psychotische symptomen kan uitlokken, met name bij personen die veel gebruiken en een aanleg hebben voor psychosen. De afstand tussen woonplaats en coffeeshop is een voorspeller van vroeger beginnen met cannabisgebruik.

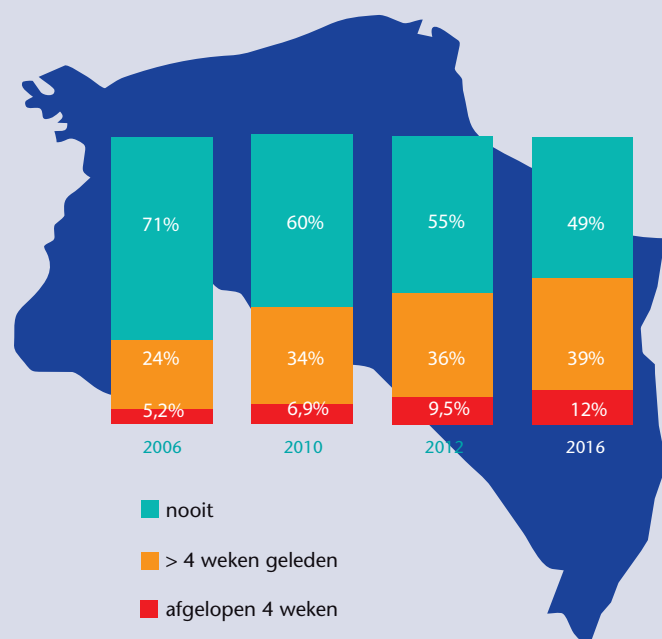
De meeste harddrugs kunnen leiden tot afhankelijkheid en vervolgens tot verslaving. Dit is afhankelijk van gebruikspatronen, kenmerken van de gebruiker en omgevingsfactoren (RIVM, 2016). Belangrijke gezondheidseffecten van harddrugs zijn intoxicaties en het gelijktijdig optreden van verslaving en psychische stoornissen.

Cannabisgebruik

Onder volwassenen in de leeftijd van 19 tot en met 64 jaar heeft 11% het afgelopen jaar cannabis gebruikt (vergeleken met Nederland 8%).

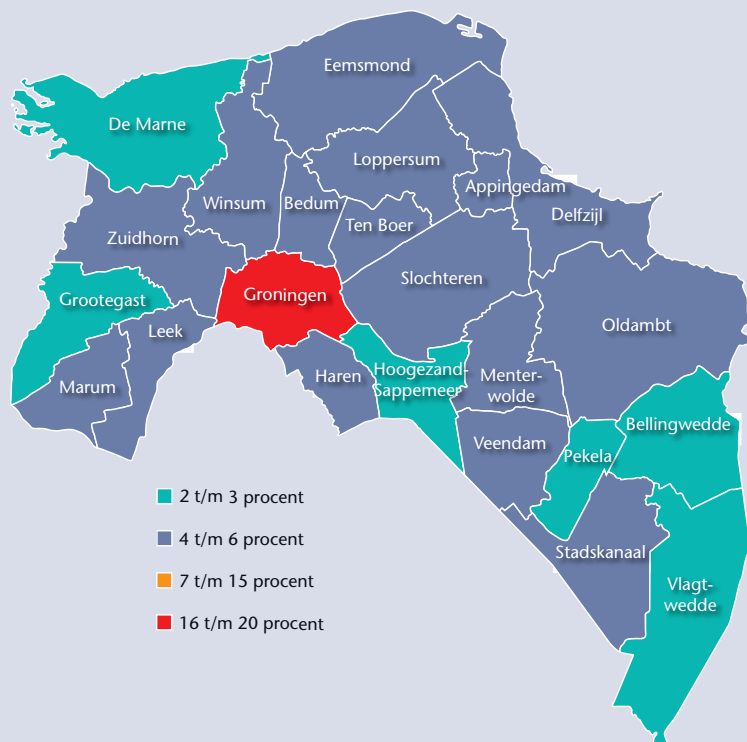
Van de volwassen Groningers gebruikt 6% maandelijks cannabis. In de provincie Groningen heeft 32% van de 19-64-jarigen ooit cannabis gebruikt vergeleken met 26% als gemiddelde in Nederland (Trimbos, 2016).

Het percentage cannabisgebruikers in de provincie Groningen is de laatste 10 jaar duidelijk toegenomen, met name onder de volwassenen van 19 tot en met 34 jaar (zie grafiek 3.4.1). In het afgelopen decennium is het maandelijks gebruik verdubbeld in die leeftijdsgroep. Vooral jonge mannen gebruiken cannabis (mannen 18%, vrouwen 5%).



Grafiek 3.4.1. Cannabisgebruik 19-34 jaar tussen 2006-2016, provincie Groningen, 2016 (%)

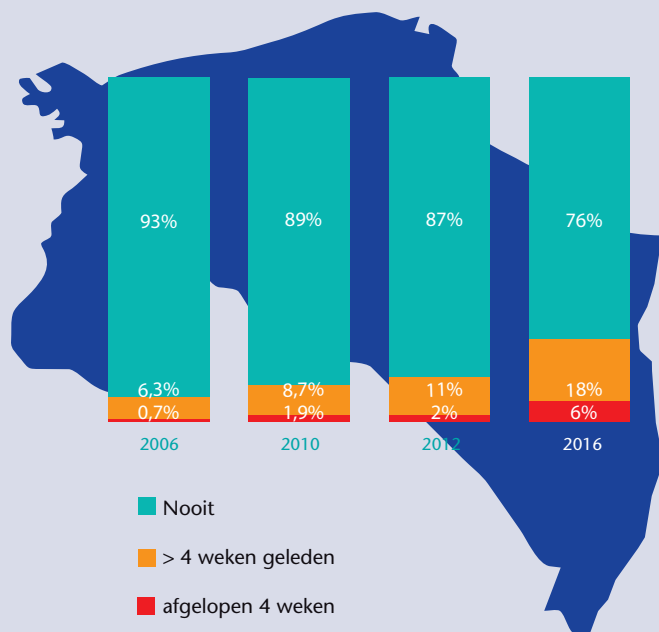
In de gemeente Groningen wordt veruit het meeste cannabis gebruikt: 20% van de volwassen bevolking heeft het afgelopen jaar gebruikt (zie afbeelding 3.4.2). De jonge bevolking, die naar verhouding veel cannabis gebruikt, is hier deels een verklaring voor. Ook in andere grote steden wordt ongeveer twee keer zo veel cannabis gebruikt dan in de ommelanden. Het percentage recente gebruikers van cannabis in Nederland is zowel bij jongeren als bij volwassenen hoger dan het Europese gemiddelde (Trimbis/WODC, 2016).



Afbeelding 3.4.2. Volwassenen die cannabis gebruiken naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

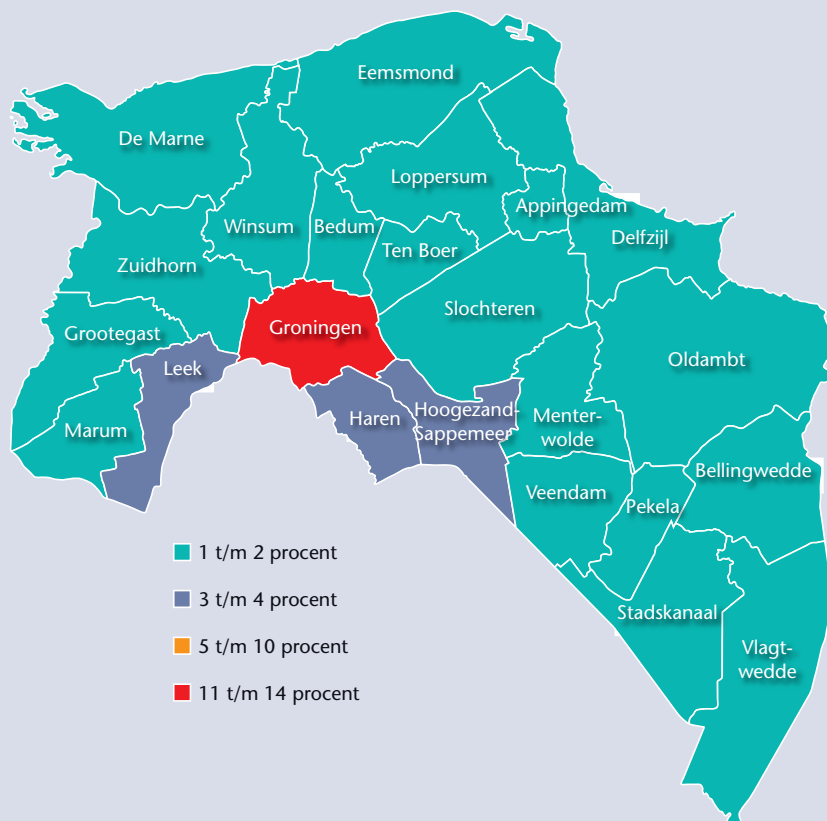
Harddrugsgebruik

Bijna 3 procent van de volwassenen jonger dan 65 jaar heeft de afgelopen maand harddrugs gebruikt. Onder 19- tot en met 34-jarigen is het gebruik het hoogst (6%) (zie grafiek 3.4.3). Opvallend is dat het gebruik (zelf gerapporteerd) met name bij jong volwassenen sterk is toegenomen in de afgelopen vier jaar. Vooral het gebruik van speed, cocaïne en xtc is de afgelopen vier jaar sterk toegenomen onder 19- tot en met 34-jarigen.



In onderstaande afbeelding wordt het harddrugsgebruik in het afgelopen jaar per gemeente weergegeven (zie afbeelding 3.4.4). Uit onderstaande afbeelding blijkt dat veel inwoners (van 19 tot en met 34 jaar) uit de gemeente Groningen harddrugs gebruiken.

Grafiek 3.4.3. Harddrugs gebruik 19-34 jaar tussen 2006-2016, provincie Groningen, 2016 (%)



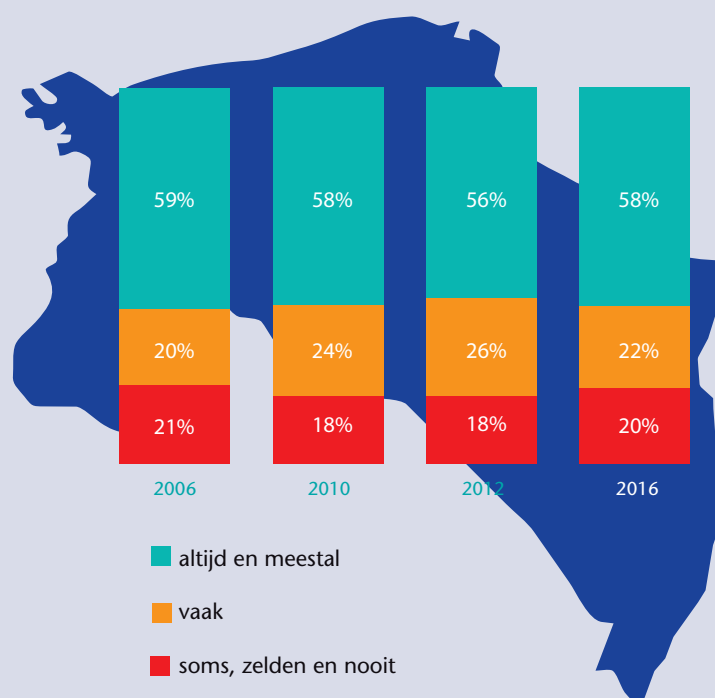
Afbeelding 3.4.4. Volwassenen 19-64 jaar die harddrugs gebruiken naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

4.1 | Ervaren geluk



Geluk heeft betrekking op hoe mensen het leven ervaren (SCP, 2013). Geluk kan daarmee gedefinieerd worden als een gevoel van levensvoldoening of levenstevredenheid (Veenhoven, 1984, 2000). Het geluksgevoel heeft een sterke relatie met iemands gezondheid. Van degenen die hun gezondheid als (zeer) slecht beoordelen, noemt 58 procent zichzelf gelukkig en is 16 procent ongelukkig. Een als zeer goed ervaren gezondheid gaat veel vaker samen met geluk: 94 procent is gelukkig en 1 procent is ongelukkig (CBS, 2016).

Van 2006 tot en met 2010 is het aandeel volwassenen dat zich gelukkig voelt vrijwel stabiel gebleven in de provincie Groningen. In 2016 voelden iets meer volwassen Groningers zich altijd of meestal gelukkig vergeleken met 2012. Echter, ook het percentage volwassenen dat zich soms, zelden of nooit gelukkig voelt is licht gestegen.



Grafiek 4.1.1. Ervaren geluk onder volwassenen in de provincie Groningen, 2006-2016 (%)

4.2 | Ervaren gezondheid

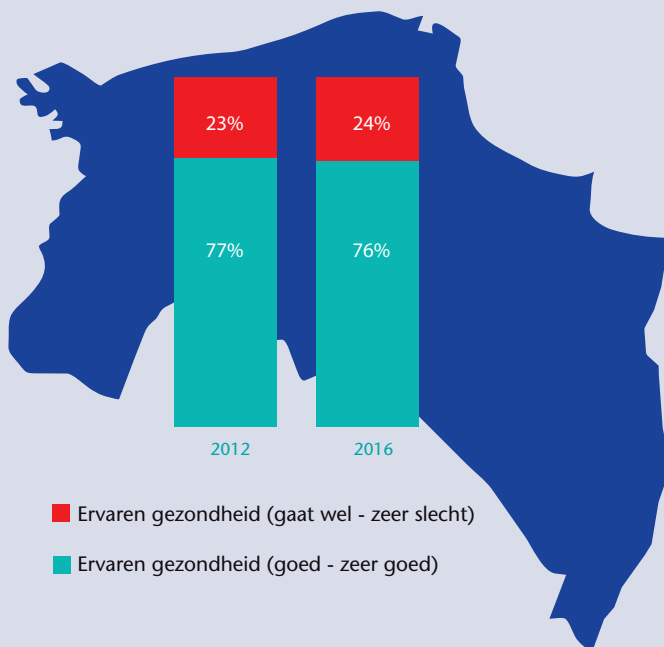


Ervaren gezondheid wordt ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd. Het weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid (RIVM, 2016). Dit oordeel is gebaseerd op veel verschillende gezondheidsaspecten, namelijk de aanwezigheid van ziekten als (gezonde) leefstijl- en psychosociale factoren (Peersman et al., 2012).

Het belang dat iemand hecht aan verschillende gezondheidsaspecten is afhankelijk van geslacht, leeftijd, tijdsperiode, sociaal-economische status en cultuur. Bij jongeren zijn bijvoorbeeld vooral fitheid en leefstijl van belang om zich gezond te voelen. Bij mensen van middelbare leeftijd zijn dit lichamelijke en psychische klachten en bij ouderen chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen en zorggebruik (Peersman et al., 2012; Simon et al., 2005).

In totaal is 71% van de ervaren ongezondheid toe te schrijven aan het hebben van een chronische ziekte (RIVM, 2016). Hoe slechter iemand zijn of haar eigen gezondheid ervaart, hoe groter de kans op overlijden (Benyamini & Idler, 1999, DeSalvo et al., 2006).

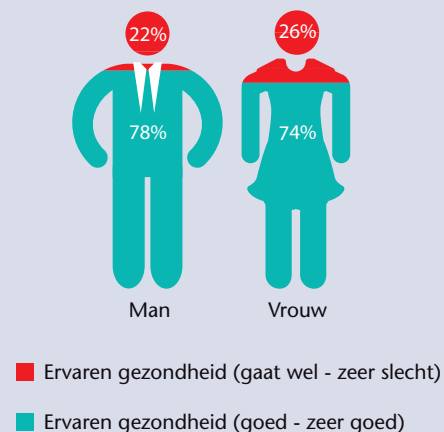
Tussen 2012 en 2016 is het percentage volwassen Groningers dat hun gezondheid als (zeer) goed ervaart nauwelijks veranderd (zie grafiek 4.2.1).



Grafiek 4.2.1. Ervaren gezondheid onder volwassenen in de provincie Groningen, 2012-2016 (%)

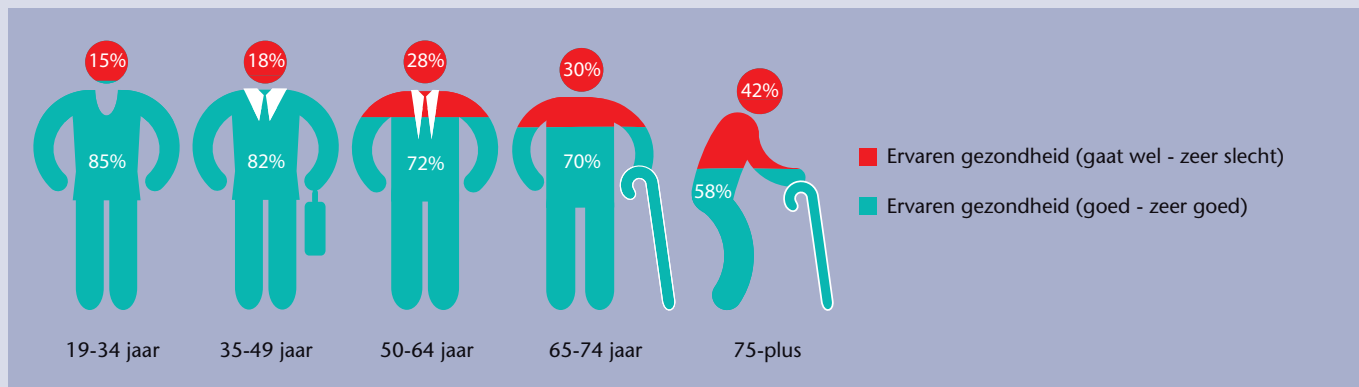
In Nederland ervoer gemiddeld 76% van de volwassenen hun gezondheid als (zeer) goed in 2016. Ook in Nederland is de subjectieve gezondheid van volwassenen ten opzichte van 2012 niet veranderd. Volwassen Groningers voelen zich net zo gezond als gemiddeld in Nederland.

Mannen voelen zich iets gezonder dan vrouwen.



Grafiek 4.2.2. Ervaren gezondheid onder volwassenen naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de ervaren gezondheid af. Van de volwassenen jonger dan 35 jaar ervaart 85% hun gezondheid als (zeer) goed (zie grafiek 4.2.3). Van de 75-plussers ervaart 58% hun gezondheid als (zeer) goed.



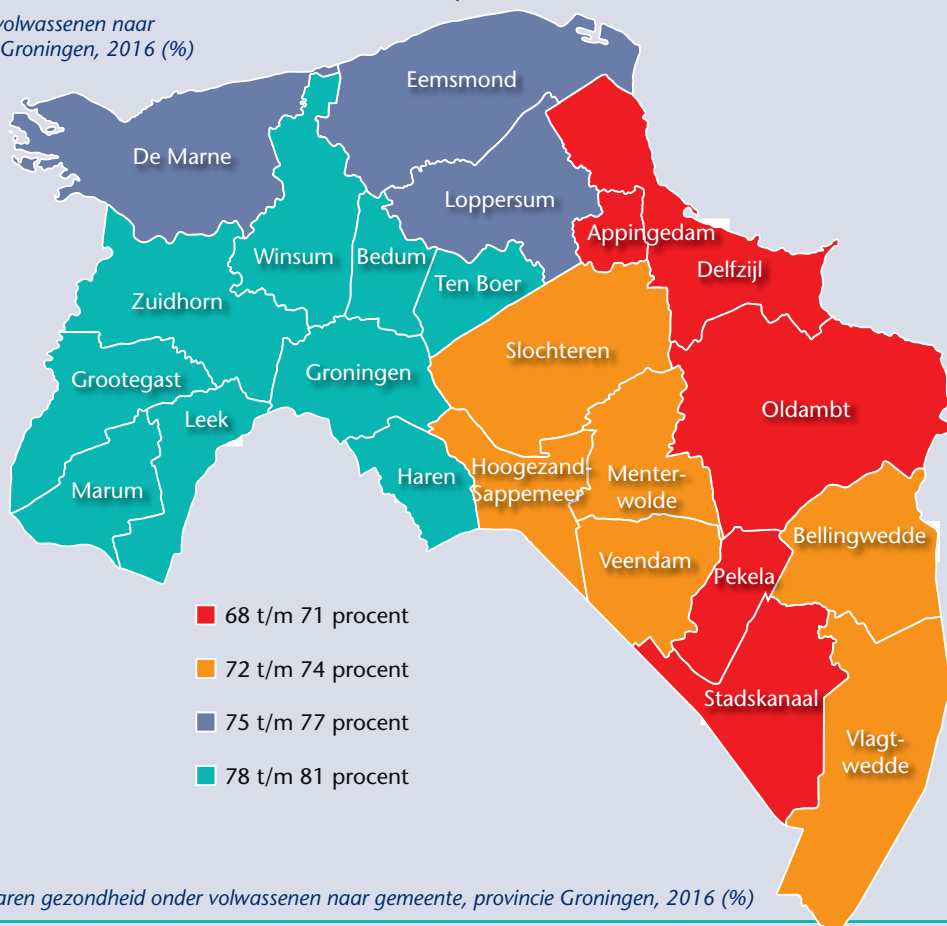
Grafiek 4.2.3. Ervaren gezondheid onder volwassenen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



De helft van de volwassenen die alleen lager onderwijs hebben afgerond heeft een goede gezondheid (zie grafiek 4.2.4). Van de hoger opgeleiden (hbo, wo) heeft 86% een goede ervaren gezondheid.

In het oostelijke deel van de provincie, en vooral in de gemeente Appingedam, ervaren relatief weinig volwassenen hun gezondheid als goed (zie afbeelding 4.2.5). In het westelijk deel van de provincie is het beeld tegenovergesteld. Daar ervaren relatief veel volwassenen hun gezondheid als goed. Dit wordt gedeeltelijk verklaard doordat oudere mensen een lager opleidingsniveau hebben.

Grafiek 4.2.4. Ervaren gezondheid onder volwassenen naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



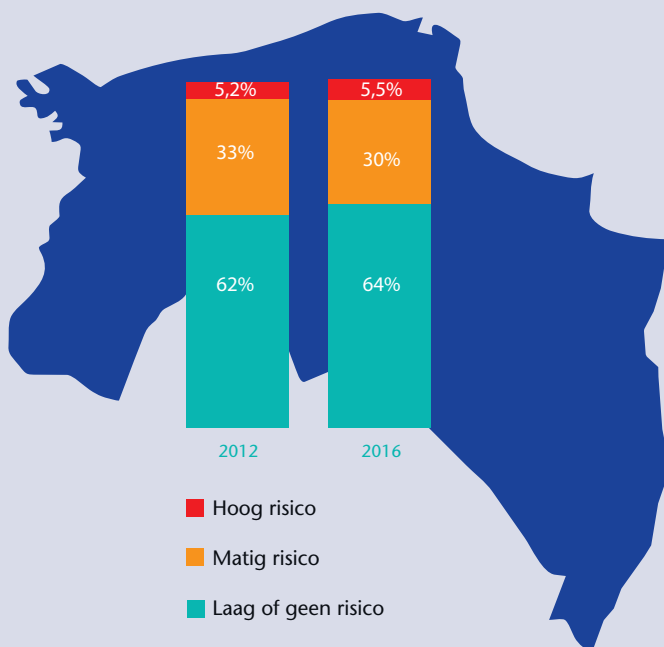
Afbbeelding 4.2.5. Ervaren gezondheid onder volwassenen naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

5.1 | Psychische gezondheid



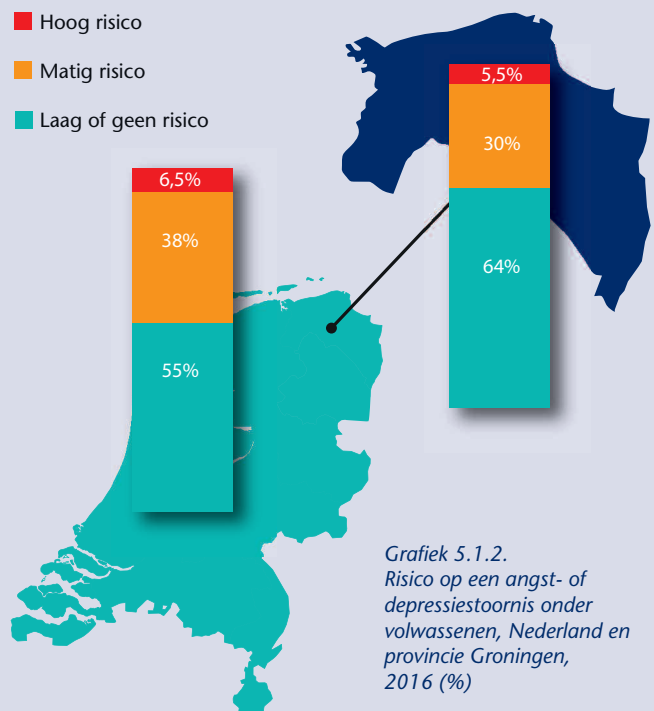
Psychische klachten omvatten gevoelens van angst, depressie, slaapproblemen en stress. Mensen met een depressie- of angststoornis hebben een slechtere kwaliteit van leven, ervaren hun gezondheid als minder goed en voelen zich minder vitaal. Ook zijn ze minder in staat hun dagelijkse bezigheden uit te voeren (Olatunji et al., 2007; Kessler et al., 2005).

Ten opzichte van 2012 is het percentage volwassenen met een hoog risico op angst- of een depressiestoornis in de provincie Groningen nauwelijks veranderd.



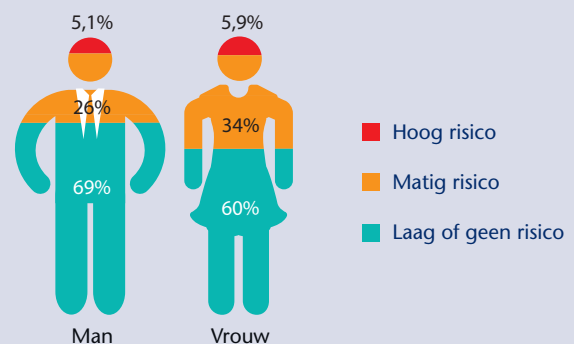
Grafiek 5.1.1. Risico op een angst- of depressiestoornis onder volwassenen in de provincie Groningen, 2012-2016 (%)

In de provincie Groningen hebben volwassenen een iets minder hoog risico op een angst- of depressiestoornis dan gemiddeld in Nederland. In 2016 had 6,5% van de volwassenen in Nederland een hoog risico op een angst- of depressiestoornis. Ten opzichte van 2012 (5,7%) is het percentage volwassen Nederlanders met een hoog risico op een angststoornis of een depressie licht toegenomen.

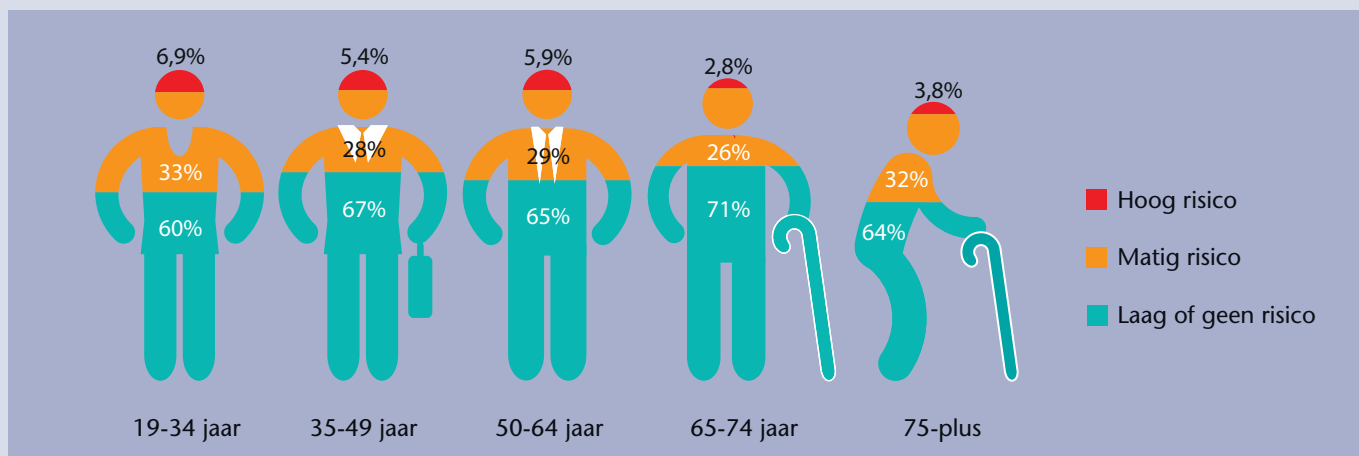


Grafiek 5.1.2. Risico op een angst- of depressiestoornis onder volwassenen, Nederland en provincie Groningen, 2016 (%)

In de leeftijd van 19 tot en met 34 jaar is het risico op een angst- of depressiestoornis het grootst. Volwassenen van 65 tot en met 74 jaar hebben het laagste risico op een angst- of depressiestoornis. In vergelijking met 2012 is het percentage volwassenen met een hoog risico op een angst- of depressiestoornis alleen onder de 19-34 jarigen toegenomen.



Grafiek 5.1.3. Hoog risico op een angst- of depressiestoornis naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)



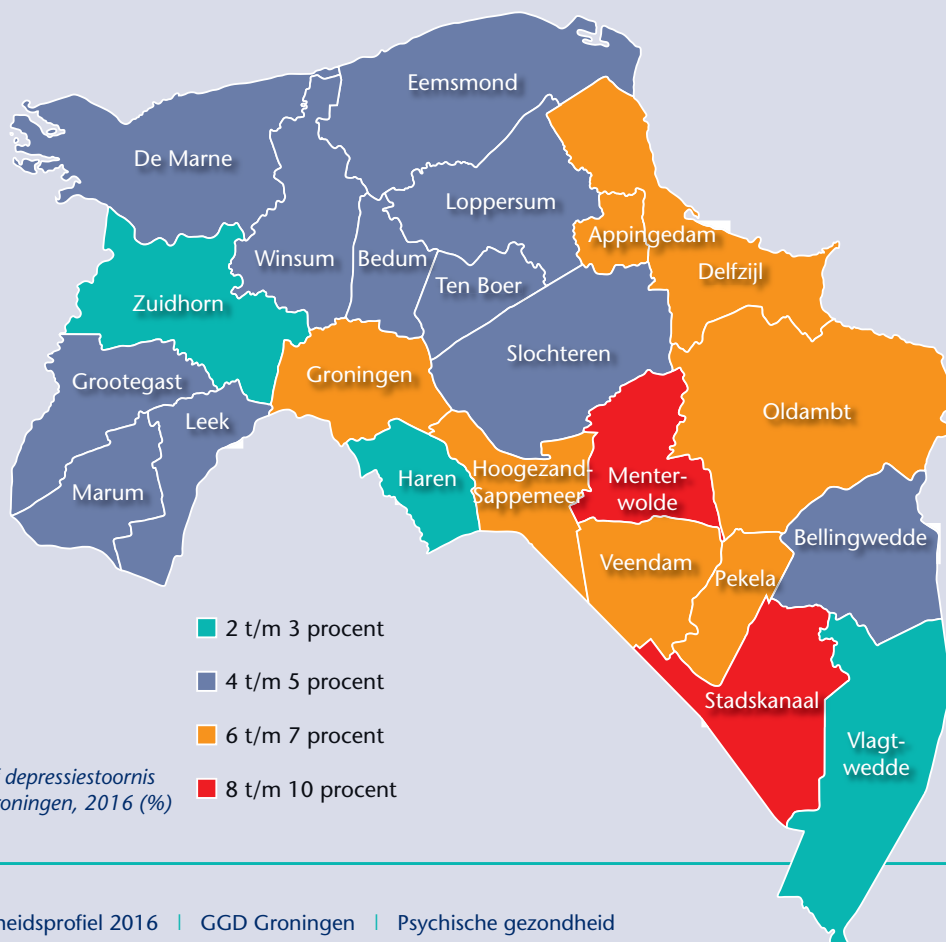
Grafiek 5.1.4. Risico op een angst- of depressiestoornis naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Laagopgeleiden (alleen lager onderwijs gevolgd) hebben twee tot vier keer zo vaak een hoog risico op een angst- of depressiestoornis als volwassenen die een hogere opleiding hebben afgerond. Ten opzichte van 2012 is het aandeel volwassenen met een hoog risico op een angst- of depressiestoornis alleen fors gestegen onder laagopgeleiden.

In de gemeente Stadskanaal en Menterwolde hebben relatief veel volwassenen een hoog risico op een angststoornis of een depressie. In de gemeenten Zuidhorn, Haren en Vlagtwedde hebben relatief weinig volwassenen een hoog risico op een angststoornis of een depressie.



Grafiek 5.1.5. Risico op een angst- of depressiestoornis naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



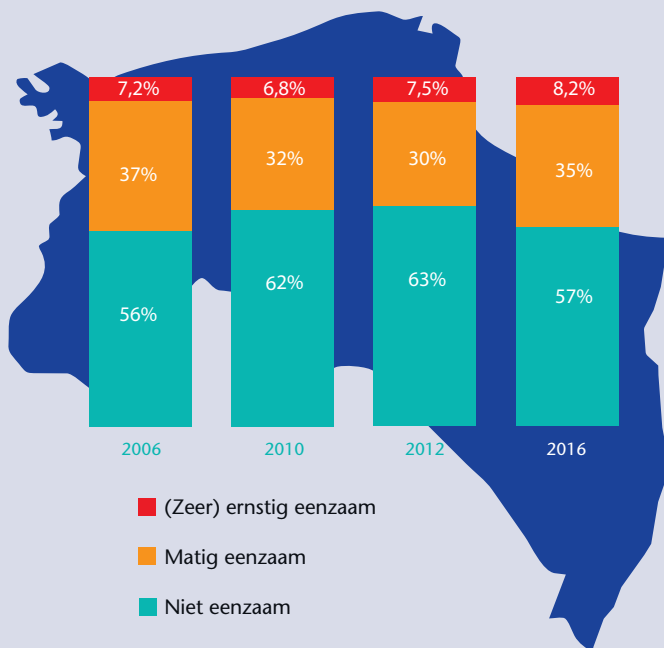
Afbelding 5.1.6. Hoog risico op een angst- of depressiestoornis naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

5.2 | Eenzaamheid



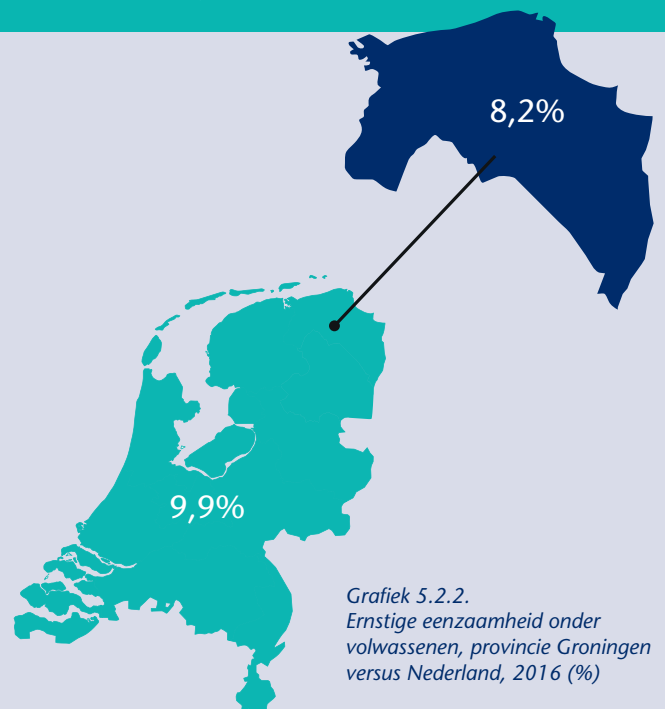
Eenzaamheid is een negatieve situatie, die gekenmerkt wordt door de ervaring van gemis en teleurstelling. Gevoelens van eenzaamheid kunnen leiden tot mentale gezondheidsklachten (zoals een depressie) en fysieke klachten (waaronder hart- en vaatziekten) (Gierveld-de Jong & van Tilburg, 2007). Uit onderzoek blijkt dat eenzame mensen intensiever gebruik maken van ons zorgsysteem. Aan de ene kant omdat ze daadwerkelijk meer klachten hebben, aan de andere kant omdat ze de zorg gebruiken als vervanging voor andere contacten (Schoenmakers, Van Tilburg, & Fokkema, 2013).

Sinds 2010 is het percentage (zeer) ernstig eenzame volwassenen in de provincie Groningen licht gestegen (zie grafiek 5.2.1). In 2016 is het percentage Groningers dat matig eenzaam is 35% en dat (zeer) ernstig eenzaam is 8,2%.



Grafiek 5.2.1. Mate van eenzaamheid onder volwassenen in de provincie Groningen, 2006-2016 (%)

Volwassen Groningers voelen zich minder vaak ernstig eenzaam dan de gemiddelde Nederlander (zie grafiek 5.2.2). In Nederland voelde gemiddeld 9,9% van de volwassenen zich ernstig eenzaam in 2016. Ten opzichte van 2012 (8,4%) is eenzaamheid onder Nederlanders toegenomen.

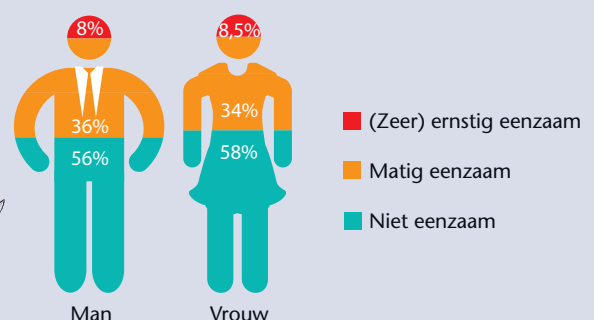


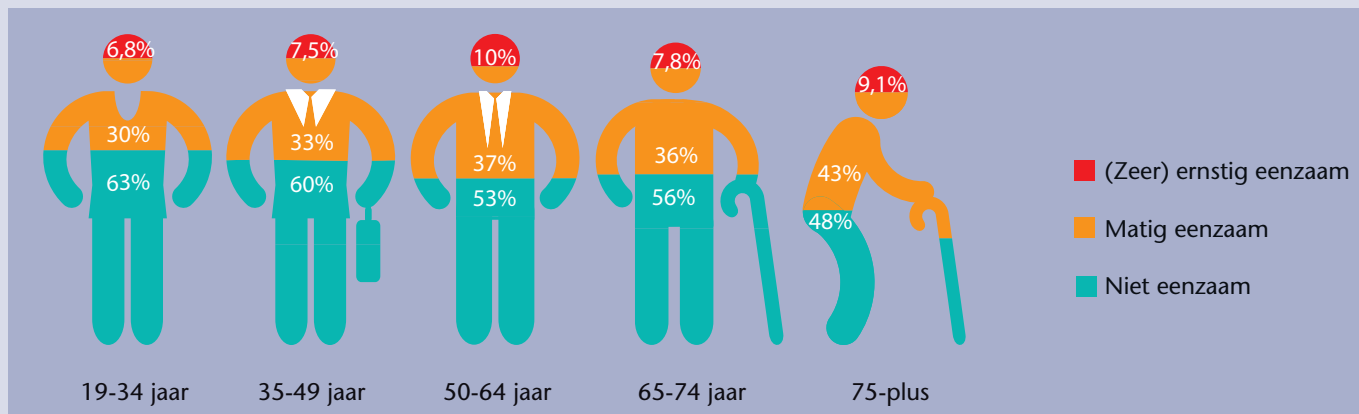
Grafiek 5.2.2. Ernstige eenzaamheid onder volwassenen, provincie Groningen versus Nederland, 2016 (%)

Het verschil in eenzaamheid tussen mannen en vrouwen is zeer klein (zie grafiek 5.2.3).

Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de kans op eenzaamheid toe (zie grafiek 5.2.4). Van de 75-plussers is 9,1% ernstig eenzaam in 2016. Van de volwassenen jonger dan 35 jaar is 6,8% ernstig eenzaam. In vergelijking met 2012 is de eenzaamheid onder alle leeftijdscategorieën toegenomen.

Grafiek 5.2.3. Mate van eenzaamheid naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)





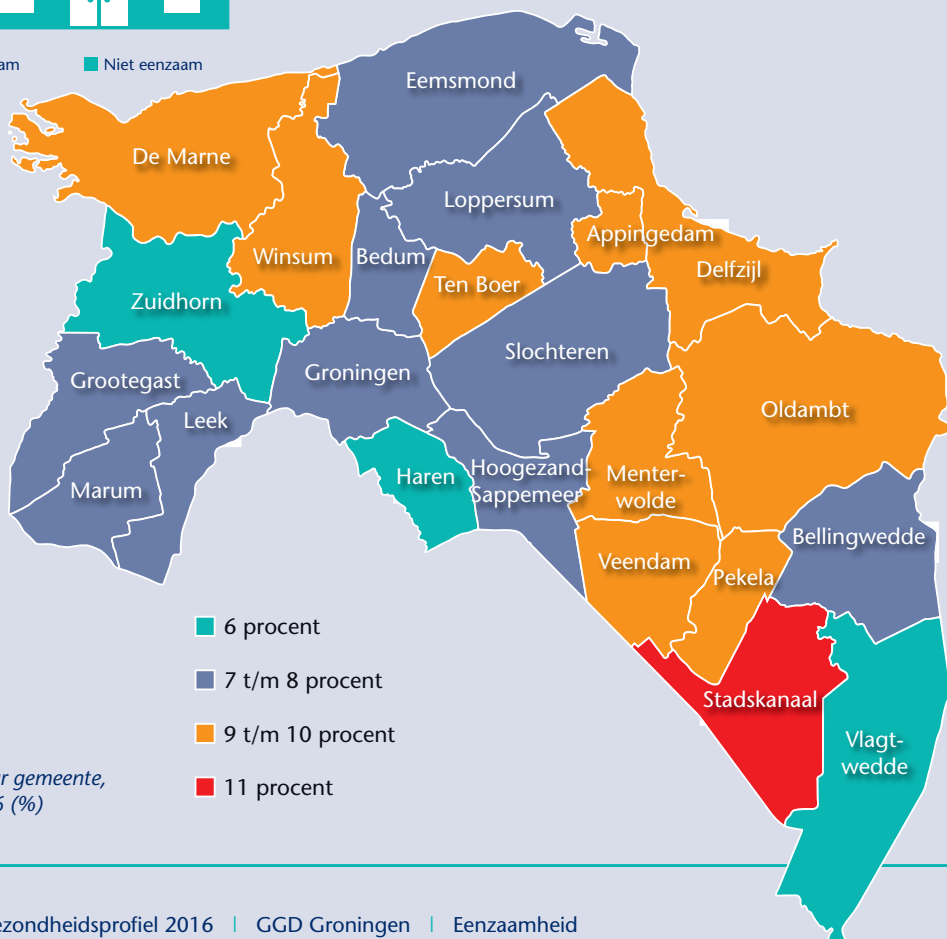
Grafiek 5.2.4. Mate van eenzaamheid naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Laagopgeleiden (lager onderwijs) zijn twee keer zo vaak ernstig eenzaam als volwassenen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 5.2.5). Ten opzichte van 2012 voelen laagopgeleiden zich wel minder vaak ernstig eenzaam.



In de gemeente Stadskanaal voelen relatief veel volwassenen zich ernstig eenzaam (11%). In de gemeente Haren, Vlagtwedde en Zuidhorn voelen relatief weinig volwassenen zich ernstig eenzaam (6%) (zie afbeelding 5.2.6).

Grafiek 5.2.5. Mate van eenzaamheid naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)



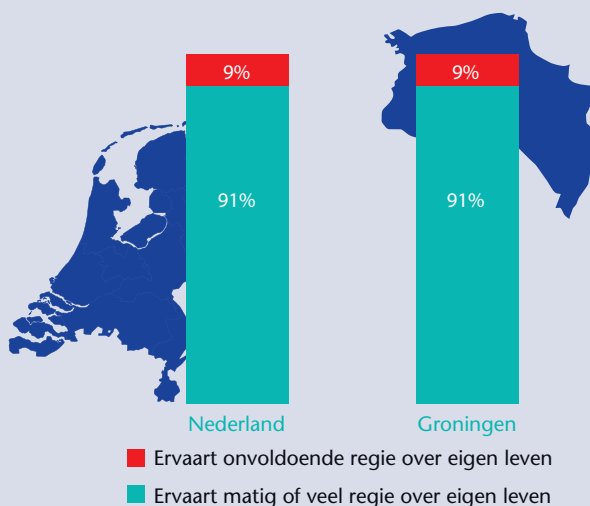
Afbeelding 5.2.6. Ernstige eenzaamheid naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

5.3 | Eigen regie



Eigen regie is het vermogen om je eigen leven en noodzakelijke ondersteuning te regelen en het praktische vermogen om jezelf te redden in lichamelijk, sociaal en psychisch opzicht (Zorgverbeter, 2016). Van Nederlandse burgers en patiënten wordt steeds meer verwacht dat zij een actieve rol op zich nemen in de zorg voor hun eigen gezondheid en die van hun naasten. Veel Nederlanders hebben echter moeite om hierin zelf de regie te voeren. Volgens het Nivel komt dit door een gebrek aan kennis, motivatie en zelfvertrouwen (Nivel, 2014).

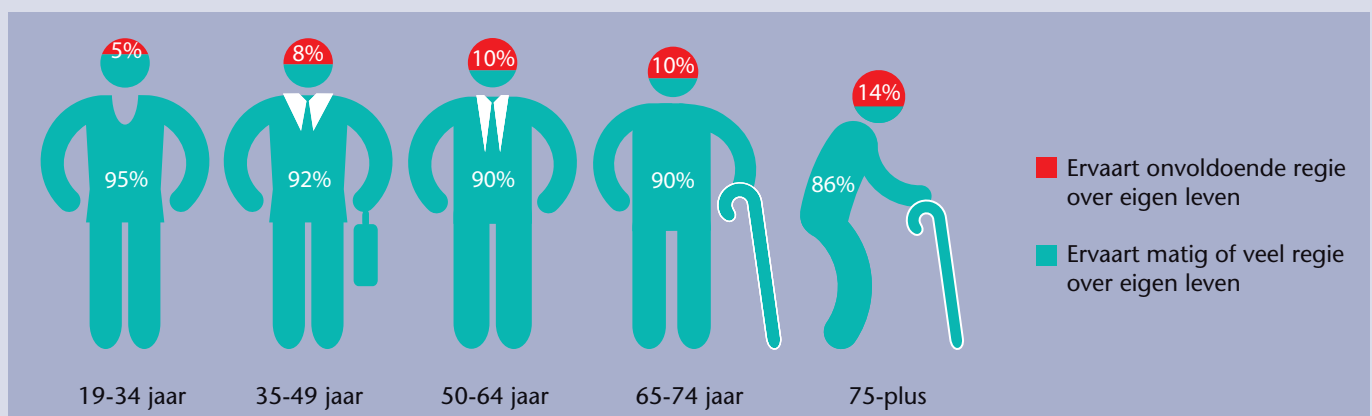
Ten opzichte van Nederland ervaren naar verhouding evenveel volwassenen in de provincie Groningen onvoldoende regie over zijn of haar leven (zie grafiek 5.3.1). Het gaat om bijna 1 op de 10 volwassenen. Het percentage mannen en vrouwen dat onvoldoende regie ervaart is identiek (9%).



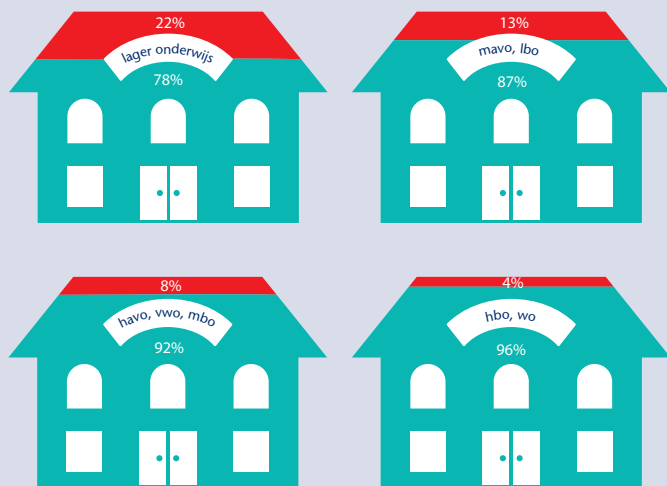
Grafiek 5.3.1. Volwassenen die onvoldoende regie over hun eigen leven ervaren, Nederland en provincie Groningen, 2016 (%)

Voorals ouderen ervaren onvoldoende regie over hun eigen leven (14%) (zie grafiek 5.3.2). Het percentage 75-plussers dat onvoldoende regie ervaart is 3 keer zo hoog als het percentage 19- tot en met 34-jarigen.

Ruim een vijfde van de laagopgeleiden (alleen lager onderwijs afgerond) ervaart onvoldoende regie over zijn of haar leven (zie grafiek 5.3.3). Van de hoogopgeleiden ervaart nog geen 1 op de 20 volwassenen onvoldoende regie. Naast opleiding heeft ook de gemiddelde leeftijd invloed op onderstaand beeld. Naar verhouding hebben veel ouderen alleen lager onderwijs afgerond.



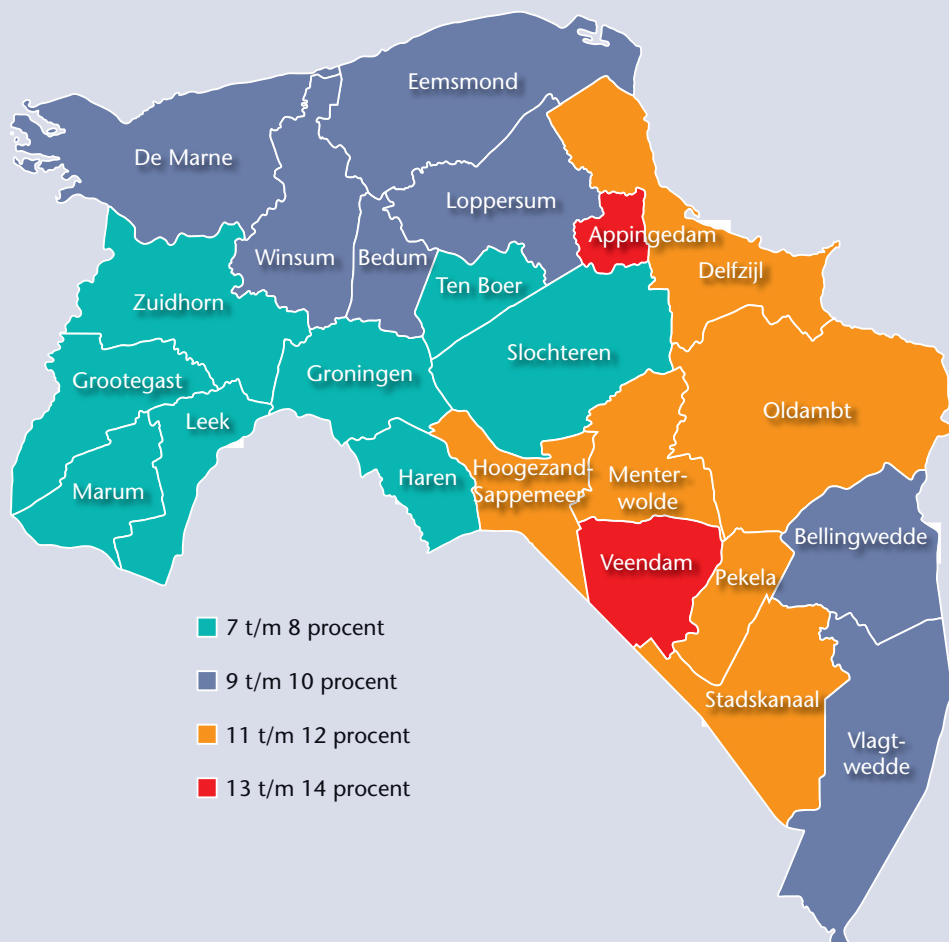
Grafiek 5.3.2. Volwassenen die onvoldoende regie over hun eigen leven ervaren naar geslacht en leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



■ Ervaart onvoldoende regie over eigen leven
 ■ Ervaart matig of veel regie over eigen leven

Grafiek 5.3.3. Volwassenen die onvoldoende regie over hun eigen leven ervaren naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)

Vooral in het oostelijk deel van de provincie, met name in de gemeente Appingedam en Veendam, ervaren relatief veel volwassen onvoldoende regie over hun eigen leven (zie afbeelding 5.3.4).



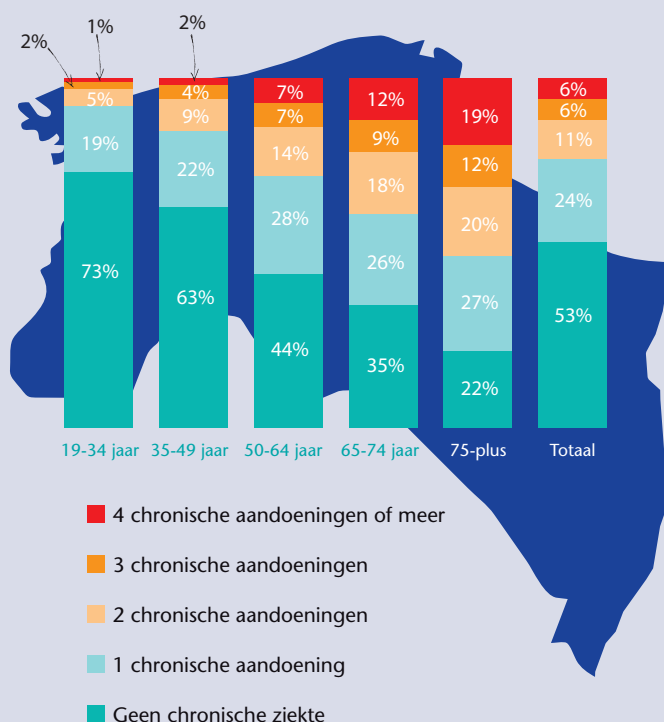
Afbeelding 5.3.4 Volwassenen die onvoldoende regie ervaren over hun eigen leven naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

6.1 | Chronische ziekten en beperkingen



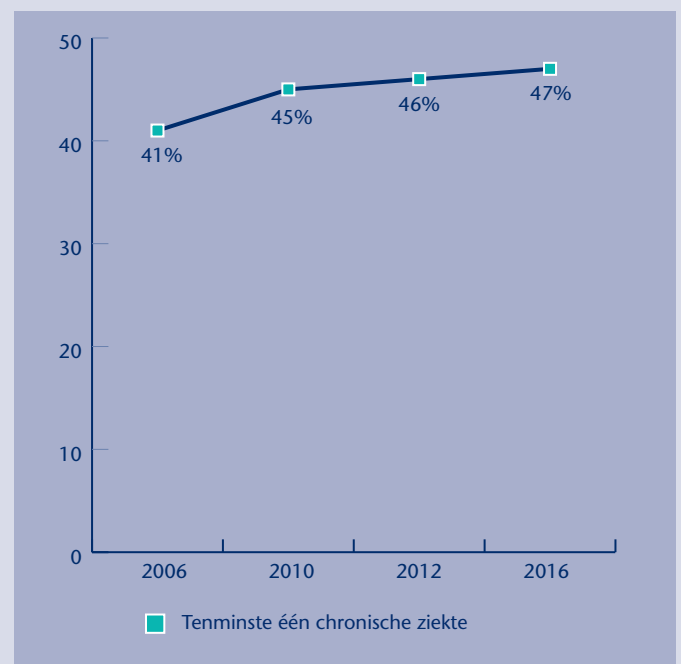
Een 'chronische ziekte' is een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel (RIVM, 2016). Mensen met één of meer chronische ziekten hebben een verminderde kwaliteit van leven in vergelijking met mensen zonder een chronische ziekte (RIVM, 2013). Chronische ziekten kunnen zich uiteindelijk vertalen in beperkingen in activiteiten met betrekking tot bewegen.

In de provincie Groningen heeft 47% van de volwassenen minimaal 1 chronische ziekte; bijna een kwart (23%) heeft er 2 of meer. Chronische ziekten komen op alle leeftijden voor (zie grafiek 6.1.1). Het percentage mensen met één of meer chronische ziekten neemt echter toe met de leeftijd. Bijna 80% van 75-plussers in de provincie Groningen heeft ten minste één chronische ziekte. Onder de 19 tot en met 34-jarigen heeft bijna 30% een chronische ziekte.



Grafiek 6.1.1. Aantal chronische ziekten onder volwassenen in de provincie Groningen, naar leeftijd, 2016 (%)

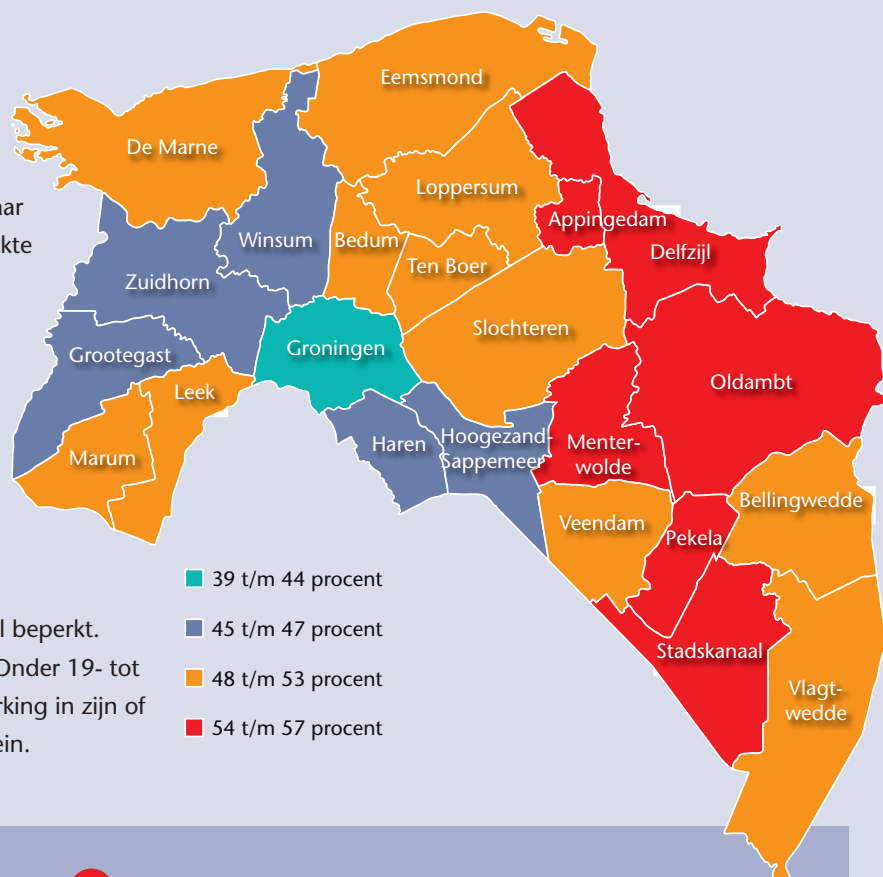
De afgelopen tien jaar is het percentage volwassenen met minimaal één chronische aandoening gestaag toegenomen van 41% in 2006 tot 47% in 2016 (zie grafiek 6.1.2). Deze ontwikkeling lijkt deels een gevolg te zijn van de verdere vergrijzing die is opgetreden in de provincie Groningen.



Grafiek 6.1.2. Chronische ziekten onder volwassenen in de provincie Groningen, 2006-2016 (%)

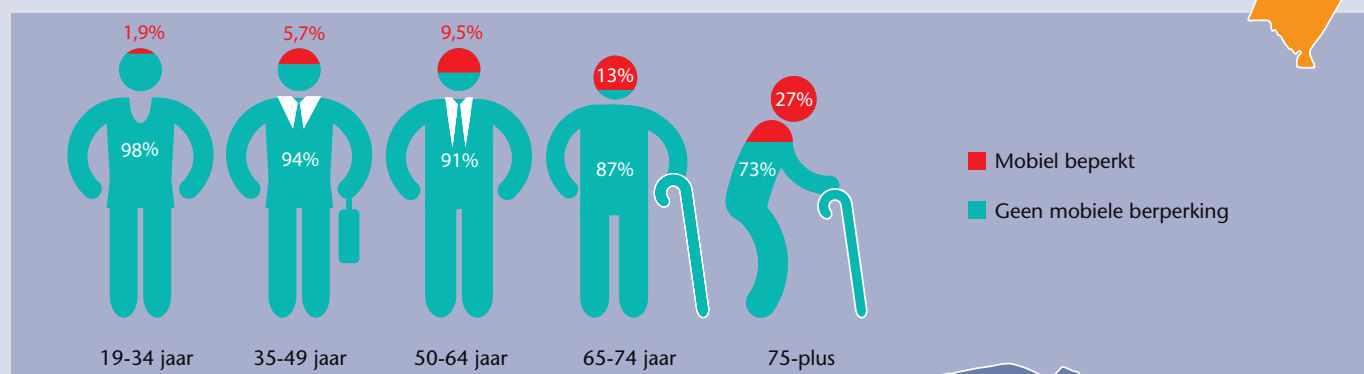
Vooral in het oosten van de provincie hebben naar verhouding veel volwassenen een chronische ziekte (zie afbeelding 6.1.3).

Afbeelding 6.1.3. Tenminste één chronische ziekte onder volwassenen naar gemeente, 2016 (%)

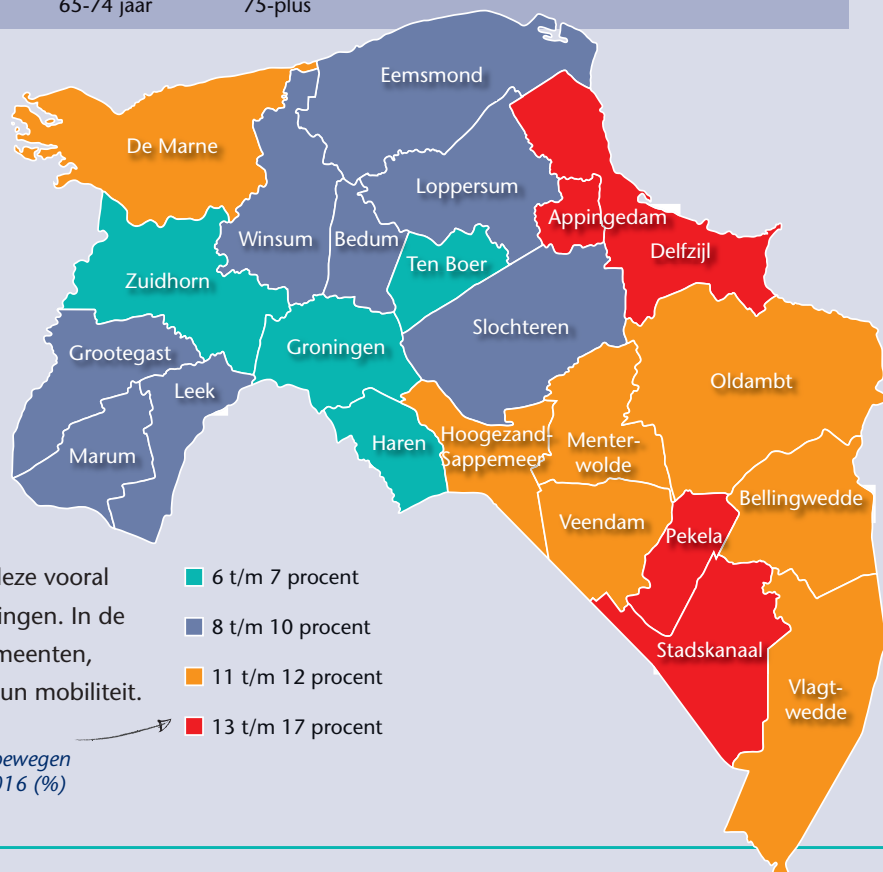


Beperkingen

Meer dan een kwart van de 75-plussers is mobiel beperkt. Deze beperkingen zijn sterk leeftijdsafhankelijk. Onder 19- tot en met 34-jarigen heeft nog geen 2% een beperking in zijn of haar mobiliteit. Het verschil met Nederland is klein.



Grafiek 6.1.4. Volwassenen met een beperking m.b.t. bewegen naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)



Ook voor beperkingen qua bewegen geldt dat deze vooral voorkomen in het oosten van de provincie Groningen. In de gemeente Groningen, maar ook in haar buurgemeenten, worden volwassenen relatief weinig beperkt in hun mobiliteit.

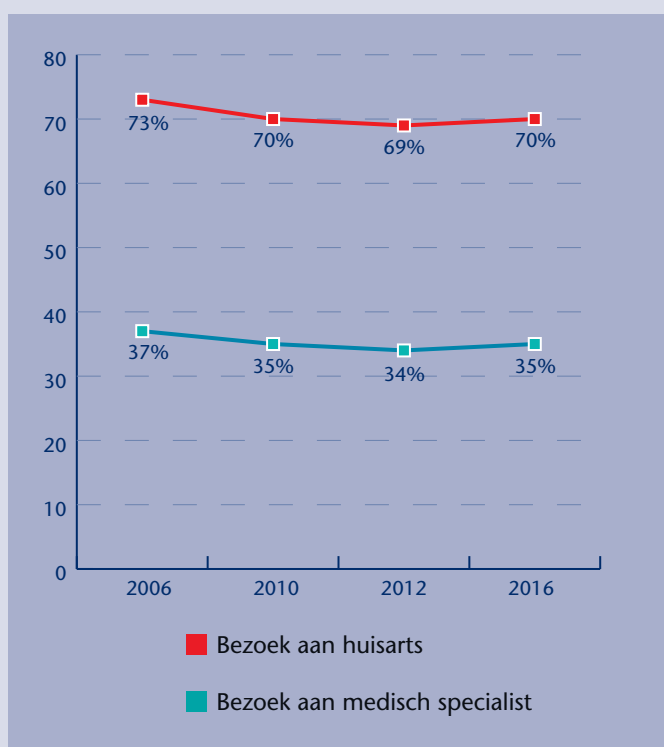
Grafiek 6.1.5. Volwassenen met een beperking m.b.t. bewegen naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

6.2 | Zorggebruik



De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen over of problemen met de gezondheid. Huisartsen hebben ook een belangrijke poortwachtersrol in het zorgsysteem, zij kunnen patiënten doorverwijzen naar bijvoorbeeld de medisch specialist (Cardol et al., 2004). Ook helpen ze patiënten vaak op weg naar de overige (eerstelijns)zorgverlening (NHG, 2002). Het aantal contacten met de huisarts geeft tevens een indicatie van het gebruik van eerstelijnszorg.

In 2016 ging 7 op de 10 volwassenen de voorgaande 12 maanden naar een huisarts. Ruim 1 op de 3 volwassenen ging naar een medisch specialist. In 2006 bezochten meer volwassen Groningers de huisarts en/of medisch specialist. Sinds 2010 is het percentage volwassen Groningers dat een huisarts of een medisch specialist niet tot nauwelijks veranderd.

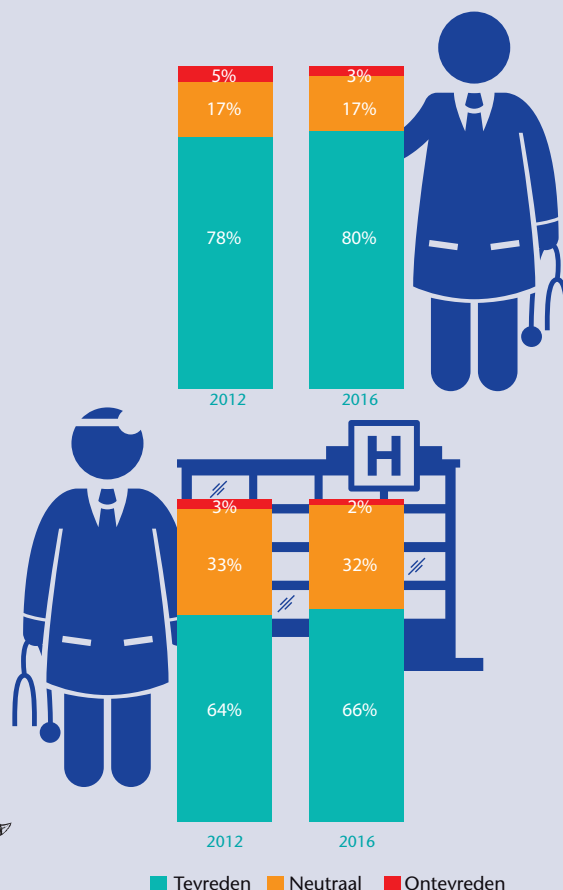


Grafiek 6.2.1. Bezoek aan een huisarts of medisch specialist in het afgelopen jaar, provincie Groningen, 2006-2016 (%)

Grafiek 6.2.2. Tevredenheid over de bereikbaarheid van de huisarts (boven) en medisch specialist (onder), provincie Groningen, 2012-2016 (%) (volgens de deelnemers van de gezondheidsenquête)

Tevredenheid bereikbaarheid zorgverleners

Vergeleken met 2012 is de bereikbaarheid van de huisarts licht verbeterd. Acht op de tien volwassen Groningers is tevreden over de bereikbaarheid van de huisarts in 2016. Over de bereikbaarheid van de medisch specialist zijn volwassenen in Groningen minder tevreden. Toch is de bereikbaarheid wel iets verbeterd ten opzichte van 2012. In 2016 was twee derde van de volwassen Groningers tevreden over de bereikbaarheid van de medisch specialist.

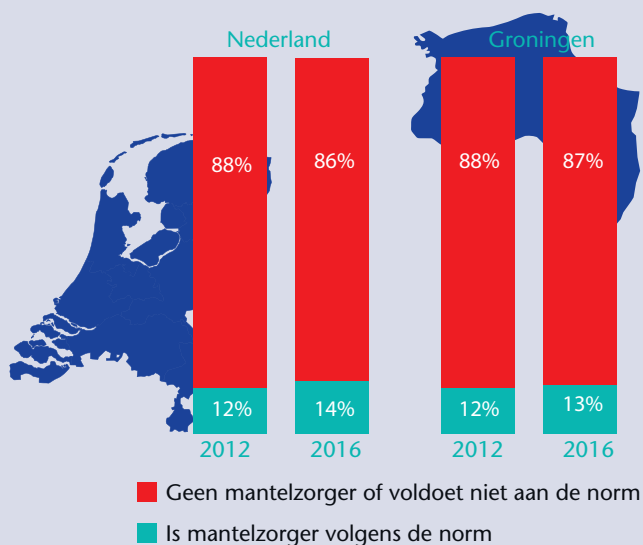


7.1 | Mantelzorg geven



Mantelzorg is onbetaalde zorg die iemand geeft aan familie of bekenden die een hulpbehoefte hebben vanwege een langdurige ziekte, handicap of aandoening (Zantinge et al., 2011; De Boer & De Klerk, 2013). Iemand is mantelzorger als de zorg al minimaal 3 maanden duurt of zorg biedt voor minimaal 8 uur per week (RIVM, 2016). Door de wijzigingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning blijven mensen langer thuis wonen en wordt er een groter beroep gedaan op het sociale netwerk van mensen en andere vormen van vrijwillige zorg. Dit brengt een risico op overbelasting van mantelzorgers met zich mee. Op het moment dat mantelzorgers zich (zeer) overbelast voelen is de behoefte aan ondersteuning groter (Sociaal Planbureau, 2015).

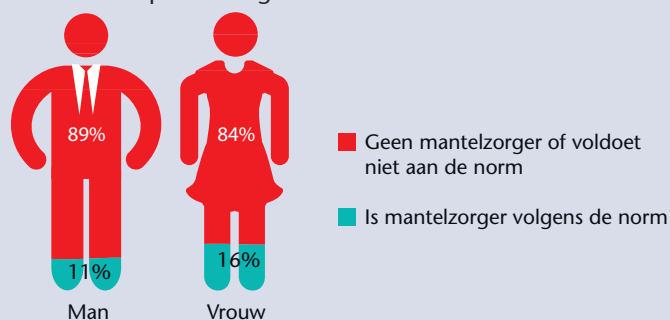
Ten opzichte van 2012 is het percentage volwassen mantelzorgers in de provincie Groningen vergelijkbaar (zie grafiek 7.1.1). Evenals vier jaar geleden geven vooral vrouwen mantelzorg (zie grafiek 7.1.3).



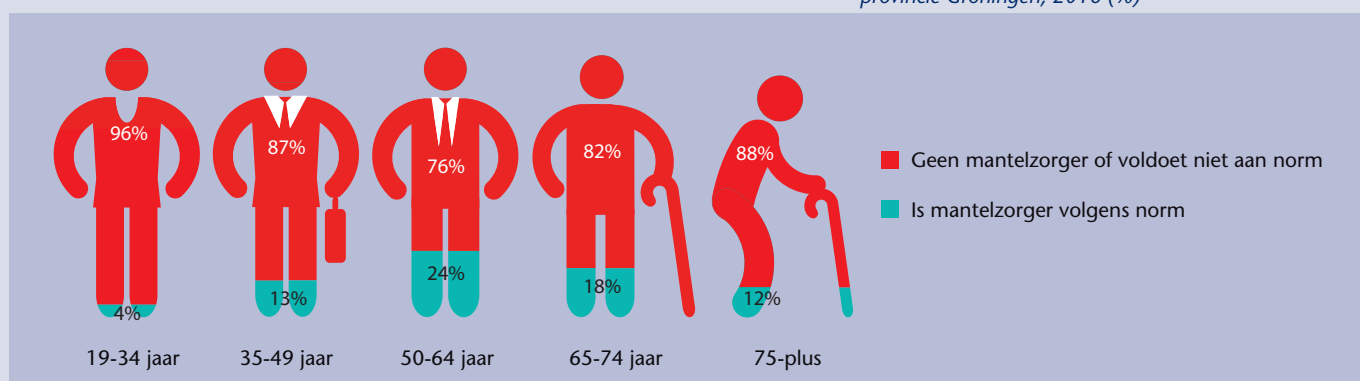
Grafiek 7.1.1. Volwassen mantelzorgers in de provincie Groningen, 2012-2016 (%)

In 2016 was 14% van de volwassenen in Nederland een mantelzorger. Ten opzichte van 2012 (12%) is het percentage volwassen Nederlanders dat mantelzorg geeft licht toegenomen. Er zijn procentueel bijna evenveel volwassen mantelzorgers in de provincie Groningen als gemiddeld in Nederland.

In de leeftijdscategorie 19- tot en met 34-jaar geven naar verhouding weinig volwassenen mantelzorg (zie grafiek 7.1.2). Volwassenen van 50-64 jaar zijn het vaakst mantelzorger. In vergelijking met 2012 is het percentage volwassenen dat mantelzorg geeft onder de 65-74 jarigen toegenomen en onder de 75-plussers afgenomen.

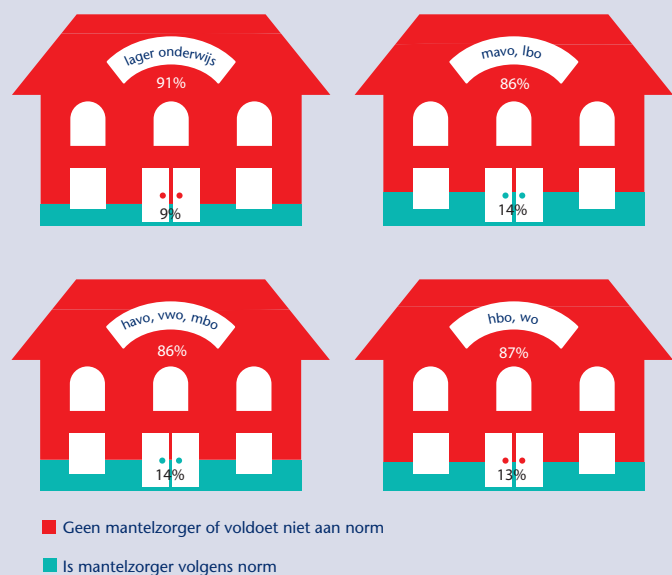


Grafiek 7.1.3. Volwassen mantelzorgers naar geslacht, provincie Groningen, 2016 (%)



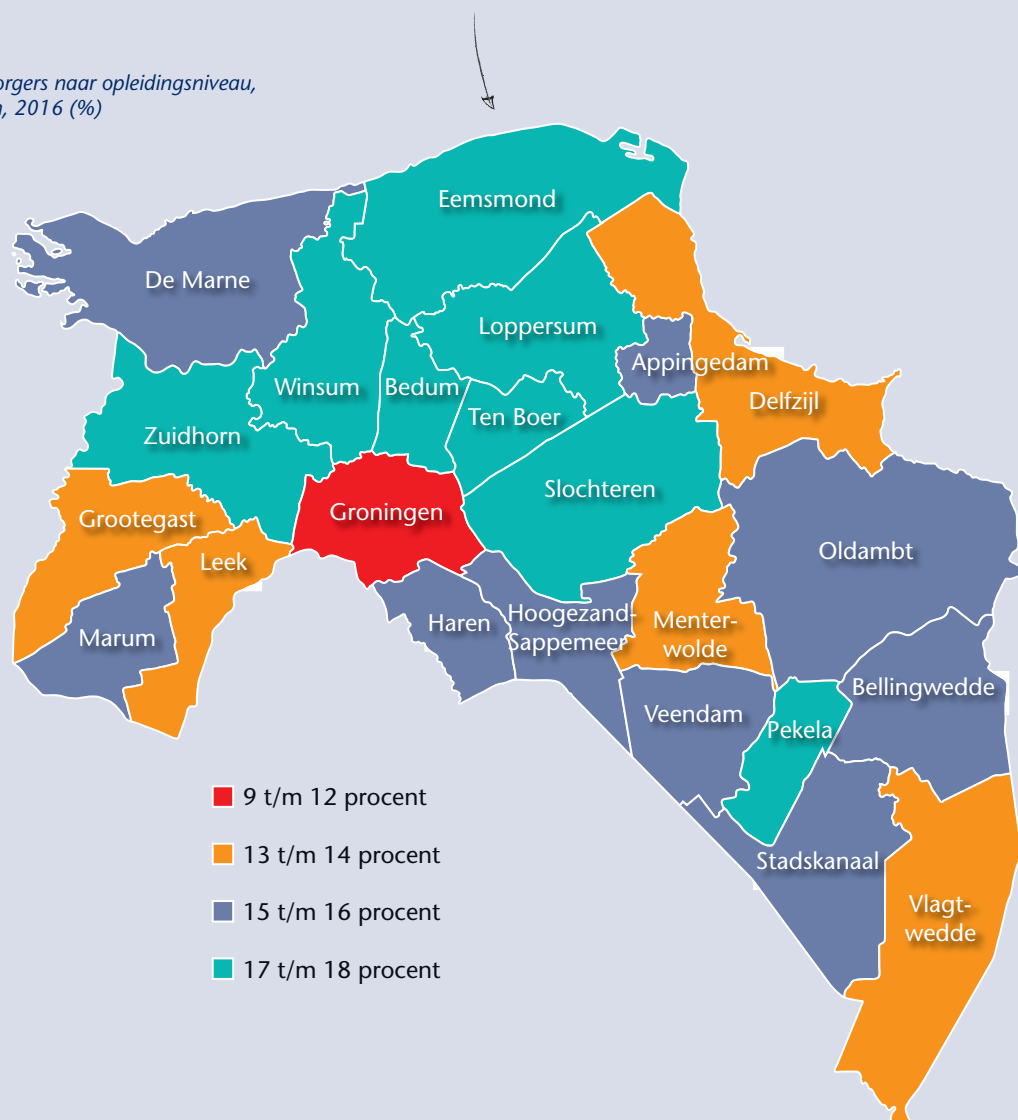
Grafiek 7.1.2. Volwassen mantelzorgers naar leeftijd, provincie Groningen, 2016 (%)

Laagopgeleiden (alleen lager onderwijs afgerond) zijn minder vaak mantelzorger vergeleken met volwassenen die een hogere opleiding hebben afgerond (zie grafiek 7.1.4).



Grafiek 7.1.4. Volwassen mantelzorgers naar opleidingsniveau, provincie Groningen, 2016 (%)

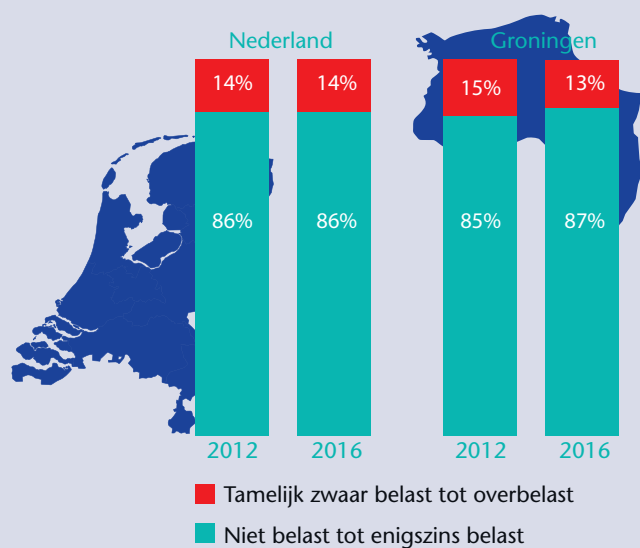
In de gemeenten in het noorden van de provincie Groningen wordt door relatief veel volwassenen mantelzorg gegeven (zie afbeelding 7.1.5). In de gemeente Groningen wordt, onder andere vanwege de relatief jonge bevolking, naar verhouding weinig mantelzorg gegeven (9%)



Afbeelding 7.1.5. Volwassen mantelzorgers naar gemeenten, provincie Groningen, 2016 (%)

Mate van belasting van mantelzorgers

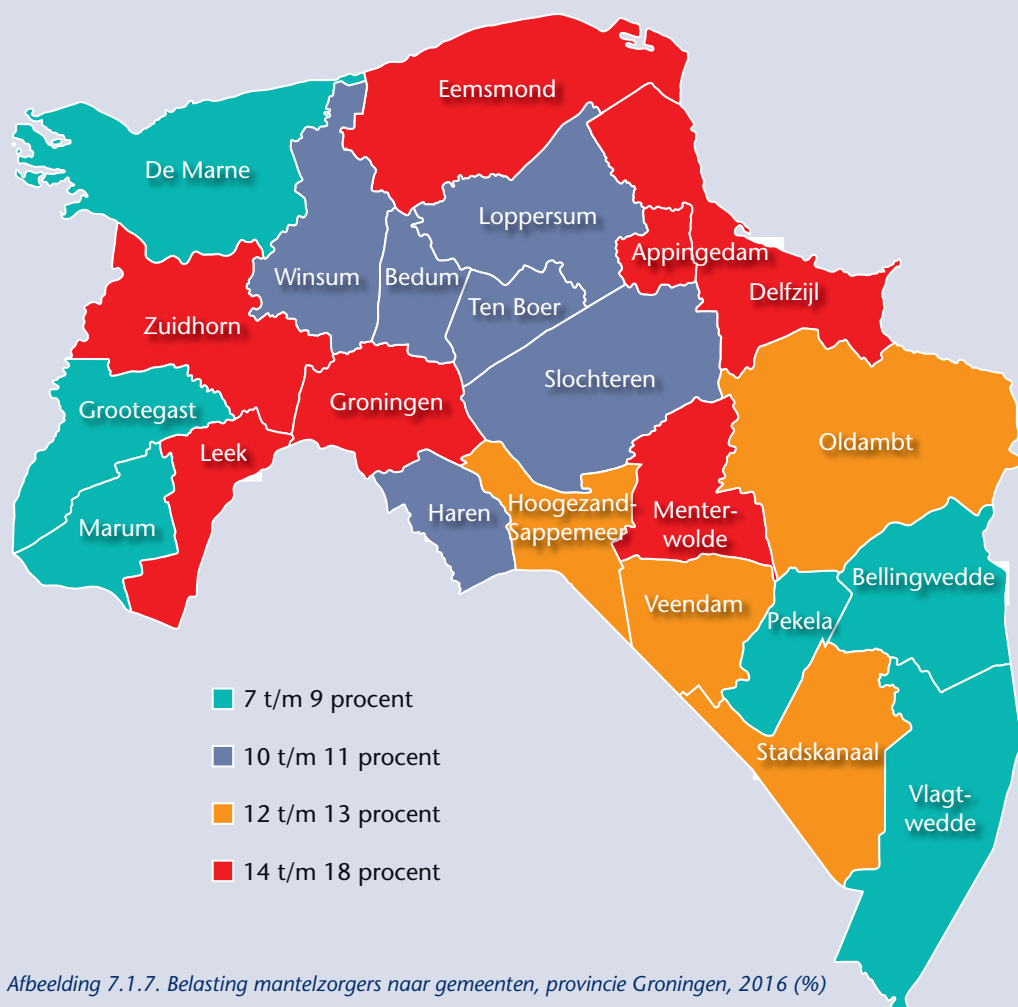
Ten opzichte van 2012 (15%) is het percentage volwassenen dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is als mantelzorger in de provincie Groningen licht gedaald (13%).



In 2016 was 14% van de volwassenen in Nederland tamelijk belast tot overbelast als mantelzorger. Ten opzichte van 2012 is het percentage volwassen Nederlanders dat zich overbelast voelt als mantelzorger niet veranderd. In de provincie Groningen zijn volwassenen iets minder vaak overbelast als mantelzorger ten opzichte van 2012.

In de gemeente Eemsum zijn relatief veel volwassenen die zich overbelast voelen als mantelzorger (18%) en in de gemeente Bellingwedde en Vlagtwedde zijn relatief weinig mantelzorgers die zich overbelast voelen (7%).

Grafiek 7.1.6. Belasting mantelzorger onder volwassenen in de provincie Groningen en Nederland, 2012-2016 (%)



Afbeelding 7.1.7. Belasting mantelzorgers naar gemeenten, provincie Groningen, 2016 (%)

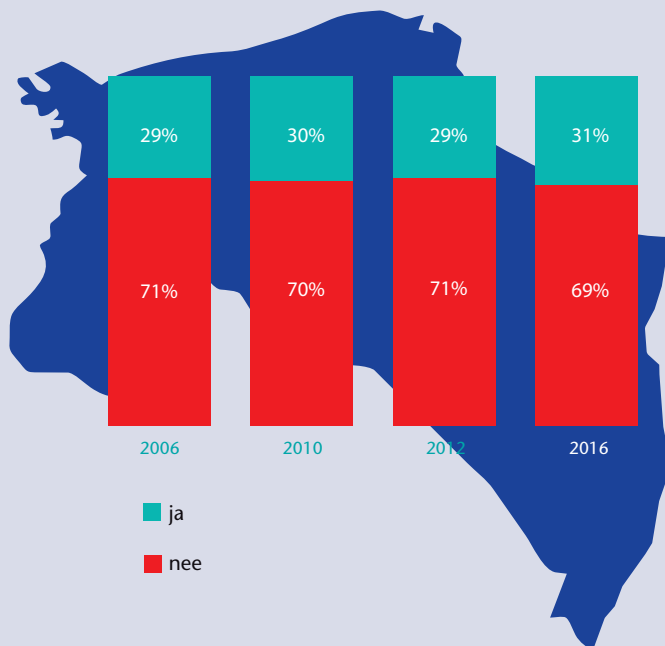
7.2 | Vrijwilligerswerk



Voor de betrokkenheid bij de bredere samenleving wordt onder andere gekeken naar het doen van vrijwilligerswerk. Vrijwilliger zijn kan een positief effect hebben op de gezondheid. Door het doen van vrijwilligerswerk vergroot iemand zijn sociaal netwerk, waardoor sociale steun ervaren kan worden.

Daarnaast doet iemand kennis en vaardigheden op, wordt de persoonlijkheid van iemand versterkt en geeft het een gevoel van voldoening (Harbers & Hoeymans, 2013; Bekkers et al., 2013).

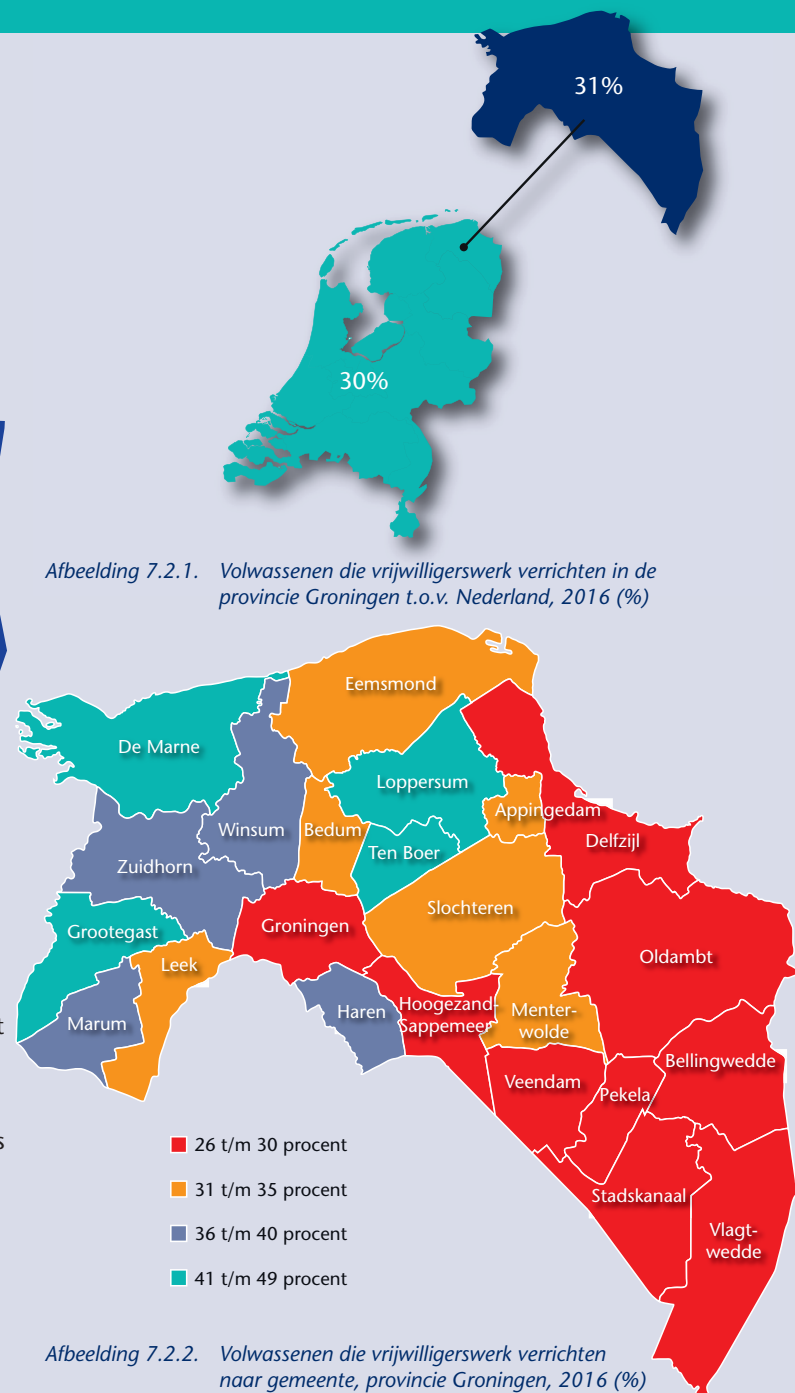
Ten opzichte van 2006 is het percentage vrijwilligers onder volwassen Groningers licht gestegen.



Grafiek 7.2.1. Volwassenen die vrijwilligerswerk verrichten in de provincie Groningen, 2006-2016 (%)

In 2016 verrichtte 31% van de volwassenen in Groningen vrijwilligerswerk (zie grafiek 7.2.1). Dit is vergelijkbaar met het percentage vrijwilligers in Nederland (30%).

Bijna de helft van de inwoners van de gemeente Loppersum is vrijwilliger (49%). In het oostelijk deel van de provincie Groningen en in de gemeente Groningen wordt naar verhouding weinig vrijwilligerswerk verricht (zie afbeelding 7.2.2).



Afbeelding 7.2.1. Volwassenen die vrijwilligerswerk verrichten in de provincie Groningen t.o.v. Nederland, 2016 (%)

Afbeelding 7.2.2. Volwassenen die vrijwilligerswerk verrichten naar gemeente, provincie Groningen, 2016 (%)

8 | Literatuurlijst

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

Bekkers, R. H. F. P., De Wit, A., & Broese, M. I. (2013). Vitamine V: Waarom Oudere Vrijwilligers Langer en Gezonder Leven. *Tijdschrift voor gezondheids-wetenschappen (TSG)*, 91.

Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting associations between self-rated health and mortality. Additional studies, 1995-1998. *Research on Aging*, 21, 392-401.

Cardol, M., Dijk, L. van, Jong, J. D. de, Bakker, D. H. de, & Westert, G. P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht: NIVEL.

Cargiulo T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64, S5-S11.

CBS (2017): <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/12/bijna-90-procent-zegt-zich-gelukkig-te-voelen>

De Boer, A., & De Klerk, M. (2013). *Informele zorg in Nederland*. Den Haag: SCP.

De Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.

DeSalvo K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 267-75.

Gezondheidsraad (2003). *Volksgezondheidsschade door passief roken*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2003). *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad.

GGD Groningen (2006). *Gezondheidsprofiel Groningen 2006*.

GGD Groningen (2010). *Gezondheidsprofiel Groningen 2010*.

GGD Groningen (2012). *Gezondheidsprofiel Groningen 2012*.

Harbers, M.M., & Hoeymans, N. (2013). *Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Heinrich L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 295-718.

Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter: deelrapport Gezondheid en determinanten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Hofhuis, W., Merkus, P. J. F. M., & de Jongste, J. C. (2002). Nadelige effecten van passief roken op het (on)geboren kind. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 356-9.

In't Panhuis-Plasmans, M., Luijben, A. H. P., & Hoogenveen, R. T. (2012). *Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012-2*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Kessler, R. R. C., Chiu, W.T. at, Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG; 2002b). Toekomstvisie Huisartsenzorg. Utrecht: NHG. Cargiulo T. (2007) Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64, s5-s11.

Openbaar Ministerie: <https://www.om.nl/onderwerpen/alcohol-geweld/>

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.

PAGAC (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

Peersman, W., Cambier, D., de Maeseneer, J., & Willems, S. (2012). Gender, educational and age differences in meanings that underlie global self-rated health. *International Journal of Public Health*, 57, 513-523.

Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/drugsgebruik/cijfers-context/gevolgen#node-gevolgen-van-gebruik-cannabis>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/drugsgebruik/cijfers-context/gevolgen#node-gevolgen-van-gebruik-harddrugs>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-ziekte-en-ziektelast-van-roken>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/oorzaken-gevolgen#definities>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/oorzaken-gevolgen#node-relatie-tussen-ziekten-en-ervaren-gezondheid>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/participatie/cijfers-context/inleiding#definities>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/prevalentie#definities>

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_ziekten_neemt_toe

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sport-en-bewegen/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#definitie--node-definities-en-domeinen-van-sport-en-bewegen>

Schoenmakers E. C., Van Tilburg, T. G., & Fokkema, T. (2013). *Awareness of risk factors for loneliness among third agers*. Aging & Society, online publication, 1-17.

SCP (Sociaal Cultureel Planbureau) : www.scp.nl/geluk. Sociaal Planbureau Groningen (2015). *Feitenblad Zorgmonitor Groningen: Ondersteuning van mantelzorgers*.

Simon, S. R., Majumdar, S. R., Prosser, L. A., Salem-Schatz, S., Warner, C., Kleinman, K., et al. (2005). Group versus individual academic detailing to improve the use of antihypertensive medications in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *American Journal of Medicine*, 118, 521-8.

Houwing, S., Bijleveld, F. D., Commandeur, J. J. F., & Vissers, L. (2014). Het werkelijk aandeel verkeersdoden als gevolg van alcohol. Den Haag: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV).

Stiggelbout, M., Westhoff, M. H., Mulder, Y. M., Ooijendijk, W. T. M., Hildebrandt, V. H., & Baken, W. (1998). *De gezondheidswaarde van lichamelijke activiteit; een literatuurstudie*. Leiden: TNO.

Surgeon General's Health Report (2004). *The Health Consequences of Smoking: A report of the Surgeon General 2004*. Atlanta: CDC.

Surgeon General (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General 2006*. Atlanta: CDC.

US DHHS (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

Van Laar, M. J., & Van Ooyen-Houben, M. M. J. (2016). Nationale drugmonitor - jaarbericht 2016 – pagina 84. Utrecht: Wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum & Trimbosinstituut.

Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht/Boston: Kluwer Academic.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. In: *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Voedingscentrum: <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx>

Visscher, T. L. S., & Seidell, J. C. (2001). The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health*, 22, 355-375.

Website: <http://www.eenzaam.nl/de-samenleving-en-eenzaamheid/blogs/mijn-eenzaamheid-doet-pijn-pleister-of-preventie>

WHO (2014). Fact sheet about health benefits of smoking cessation. Geneva: World Health Organization.

Zantinge, E. M., van der Wilk, E. A., van Wieren, S., & Schoemaker, C. G. (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Zorg voor beter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zelfredzaamheid-zelfmanagement-ouderen.html>

Gezondheidsprofiel 2016

In de Wet publieke gezondheid staat dat het college van burgemeester en wethouders van een gemeente inzicht moet verwerven in de gezondheidssituatie van de bevolking. GGD Groningen voert deze taak namens de Groninger gemeenten uit, door elke vier jaar op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over de gezondheidssituatie te verzamelen en te analyseren.

In dit rapport worden de uitkomsten van de Gezondheidsmonitor 2016 gepresenteerd. De nadruk ligt vooral op de resultaten voor de provincie als geheel.

De demografie, de sociaaleconomische status en de urbanisatiegraad van een gemeente hebben een grote invloed op de gezondheidssituatie van een populatie. Tussen regio's in de provincie zijn de verschillen groot.

Om gemeenten inzicht te geven in de gezondheidssituatie van hun burgers is dus maatwerk vereist.

In de komende maanden vindt er, in samenspraak met de gemeenten, een gemeentelijke verdieping plaats van de resultaten. Met behulp van deze informatie kunnen speerpunten van lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd worden.

Hanzeplein 120

Postbus 584

9700 AN Groningen

ggd.groningen.nl

T 06-52565168 of 06-11531667

E jeroen.kuiper@ggd.groningen.nl of

danielle.van.de.kamp@ggd.groningen.nl