

Groeien in gezondheid

Groeien in gezondheid

Gezondheid en zorg in Midden-Holland, nu en in de toekomst

HF Treurniet, DCM Fiolet, PED Eysink,
MJJC Poos, JAM van Oers



Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Transmuraal Netwerk Midden-Holland en in samenwerking met de GGD Hollands Midden, vestiging Gouda.

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden

© 2006, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever. Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270644001/2006

VOORWOORD

Hoe zal de zorgvraag in Midden-Holland zich gaan ontwikkelen? Dat wilden de zorgaanbieders in de regio graag weten. Hoe wordt de verhouding tussen jongeren en ouderen, tussen gezond en ongezond? Komen bepaalde ziekten meer voor dan elders? Welke soorten zorg moeten in de buurt beschikbaar zijn? Wat kunnen we met preventie? Allemaal vragen van zorgaanbieders om een passend aanbod voor de regio te kunnen realiseren. Zij verzochten het RIVM om analoog aan de landelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenningen en in samenwerking met GGD Hollands Midden een onderzoek uit te voeren.

Voor u ligt het resultaat: Groeien in gezondheid. Het is voor de eerste keer dat zoveel beschikbare kennis en actuele informatie over de gezondheid en zorg in Midden-Holland bijeen is gebracht en is geanalyseerd. Het rapport is daarmee een waardevol document voor de bestuurders van Midden-Holland. Het vormt een fundament voor nieuw beleid, maar biedt ook een mogelijkheid om het huidige beleid te evalueren.

Goed nieuws is natuurlijk dat de inwoners van Midden-Holland relatief gezond zijn. Toch staat de regio voor een uitdaging. De zorgvraag zal in de toekomst sterk toenemen met name voor verpleging en verzorging, huisartsen en apothekers. De groei houdt deels verband met nieuwbouwplannen ten westen van Gouda. Het rapport meldt een stijging van staar, coronair lijden, artrose, beroerte en COPD. Ongezonde leefgewoonten zoals overmatig alcoholgebruik nemen ook in Midden-Holland zorgwekkend toe. Wil de regio de huidige, relatief gunstige gezondheidssituatie handhaven, dan is het nodig om te anticiperen op de toekomstige volumegroei in zorggebruik. Daarnaast is een brede aanpak met preventieprogramma's nodig.

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van bestaande data, beschikbaar gesteld via het RIVM. Als belangrijkste bron van regionale gegevens ontpopte zich GGD Hollands Midden. Beide organisaties hebben hun epidemiologische deskundigheid ingezet. Conceptrapportages werden steeds voorgelegd aan een begeleidingsgroep uit de regio. De brede samenstelling daarvan is opgenomen in *bijlage 1*.

Behalve de zorgaanbieders verenigd in het Transmuraal Netwerk Midden-Holland heeft ook Zorgverzekeraar Trias de realisatie van dit rapport financieel mogelijk gemaakt.

Het Transmuraal Netwerk wil al deze mensen van harte dankzeggen voor hun inzet. Een dergelijke gezamenlijke inspanning maakt dit onderzoek tot een unieke onderneming in de regio Midden-Holland en in Nederland.

We hopen dat dit rapport voldoende bouwstenen aandraagt voor een goed regionaal beleid om de gezondheid en zorg in Midden-Holland op een hoog peil te houden.

Gouda, september 2006

A handwritten signature in dark ink, consisting of a stylized, cursive 'L' followed by a horizontal line extending to the right.

Lia Donkers, arts Maatschappij & Gezondheid
Directeur Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

KERNBOODSCHAPPEN 9

1 INLEIDING 13

- 1.1 Waarom dit rapport? 13
- 1.2 Indeling van het rapport; het model 14

2 DE MENSEN IN MIDDEN-HOLLAND 17

3 GEZONDHEID EN ZIEKTE 23

- 3.1 Inleiding 23
- 3.2 Levensverwachting 25
- 3.3 Gezonde levensverwachting 25
- 3.4 Sterfte 26
- 3.5 Zelfgerapporteerde (on)gezondheid 28
 - 3.5.1 Psychische gezondheid 30
 - 3.5.2 Lichamelijke aandoeningen 32
 - 3.5.3 Lichamelijke beperkingen 35
- 3.6 Ziekten en aandoeningen 36
- 3.7 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid 39
- 3.8 Gezondheid in één maat 41
- 3.9 Ontwikkelingen in de tijd 43

4 OORZAKEN VAN ONGEZONDHEID 47

- 4.1 Inleiding 47
- 4.2 Roken 49
- 4.3 Alcoholgebruik 51
- 4.4 Lichamelijke activiteit 54
- 4.5 Voeding 56
- 4.6 Druggebruik 58
- 4.7 Overgewicht 59
- 4.8 Seksueel gedrag 62
- 4.9 Oorzaken van ongezondheid in één maat 63

5 PREVENTIE EN ZORG 67

- 5.1 Inleiding 67
- 5.2 Preventie 68
- 5.3 Thuiszorg 72
- 5.4 Verpleging en verzorging 74
- 5.5 Ziekenhuiszorg 77
- 5.6 Huisartsenzorg 79

5.7	Verloskundige zorg	81
5.8	Algemeen Maatschappelijk Werk	82
5.9	Fysiotherapie	83
5.10	Gehandicaptenzorg	84
5.11	Geestelijke gezondheidszorg	86
5.12	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	87
5.13	Spoedeisende hulp (SEH)	90
5.14	Geneesmiddelengebruik	91
5.15	Mantelzorg	92
6	DE TOEKOMST	95
6.1	De bevolking in 2015	95
6.2	Het effect van demografische ontwikkelingen	97
6.3	Het effect van epidemiologische ontwikkelingen	99
6.4	Andere relevante ontwikkelingen	101
6.5	Enkele implicaties voor beleid	104
LITERATUUR		107
BIJLAGEN		109

KERNBOODSCHAPPEN

De mensen in Midden-Holland

- De regio Midden-Holland heeft verhoudingsgewijs een jonge bevolking. Gouda is de grootste gemeente in de regio, met relatief veel inwoners van Marokkaanse afkomst (8,5%). De regio is weinig stedelijk, enkele gemeenten hebben relatief veel orthodox protestantse inwoners. Er zijn veel grote gezinnen en weinig éénoudergezinnen.
- Verder heeft de regio iets meer laagopgeleiden dan gemiddeld in Nederland. Het gemiddelde besteedbare inkomen in de regio is weer iets hoger dan het Nederlands gemiddelde. Twee wijken in Gouda (Oost en Korte Akkeren) behoren tot de wijken in Nederland met de laagste sociaal-economische status.

Gezondheid en ziekte

- De inwoners van de regio Midden-Holland zijn relatief gezond. De sterfte is significant lager, en de levensverwachting (daarmee) hoger dan het Nederlands gemiddelde. Alleen de sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen vormt een uitzondering: die is in Midden-Holland significant hoger dan het Nederlands gemiddelde.
- Ziekten van het hart- en vaatstelsel zijn de grootste boosdoeners: ruim een kwart van alle inwoners overlijdt hieraan. De top-5 van doodsoorzaken komt nagenoeg overeen met de Nederlandse top-5.
- Ook de gezonde levensverwachting en het oordeel van mensen over hun eigen gezondheid is in de regio verhoudingsgewijs gunstig. Zo rapporteren inwoners van Midden-Holland significant minder vaak chronische luchtwegklachten, bewegingsbeperkingen en lichamelijke beperkingen. Wat mensen over hun psychische gezondheid zeggen wijkt niet af van wat in Nederland gemiddeld is.
- Zorgregistraties wijzen uit dat nek- en rugaandoeningen, contacteczeem en coronaire hartziekten in Midden-Holland vaak voorkomen. Omdat de vaccinatiegraad relatief laag is, komen infectieziekten als kinkhoest en rode hond juist vaker voor dan gemiddeld.
- In een aantal gemeenten binnen de regio (waaronder Bodegraven, Vlist, Waddinxveen) is de sterfte significant lager dan gemiddeld. Verder oordeelt men in Gouda en Nederlek significant minder goed over de eigen gezondheid dan in de andere gemeenten. Andere gezondheidsindicatoren, zoals zelfgerapporteerde psychische en lichamelijke ongezondheid, laten geen significante verschillen tussen gemeenten zien.

Oorzaken van ongezondheid

- Ongezonder gedrag is in Midden-Holland een belangrijke oorzaak van ongezondheid. Zo rookt 27% van de mensen in Midden-Holland, een percentage dat overigens lager ligt dan het landelijk gemiddelde. Het percentage rokers verschilt tussen gemeenten. Onder hoog opgeleiden is het aantal rokers de laatste jaren gedaald, onder laag opgeleiden niet.

- Het percentage mensen dat alcohol drinkt (71% van de mensen boven de 12 jaar) is in de regio vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde, ook onder jongeren. Dat laatste is een achteruitgang ten opzichte van een paar jaar geleden, toen er in de regio relatief weinig jongeren dronken. Het percentage drinkers verschilt per gemeente: In Moordrecht is 10% een zware drinker, in Zevenhuizen-Moerkapelle zelfs 20%.
- Iets meer dan de helft van alle volwassenen voldoet niet aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen. In Gouda is de situatie relatief het gunstigst, vergeleken met de andere gemeenten. Overigens is de mate waarin men beweegt in de regio vergelijkbaar met het Nederlandse gemiddelde.
- De meerderheid van de mensen in Midden-Holland eet naar de huidige maatstaven te weinig groente en fruit en hier is de laatste jaren ook weinig verandering in gekomen. Het aantal mensen met overgewicht is in de regio ongeveer gelijk aan dat van Nederland. Het overgewicht onder kinderen is de laatste 15 jaar verdrievoudigd. Gouda heeft de minste inwoners met overgewicht (40%), Nederlek de meeste (48%).
- Ongeveer een kwart van de jongeren in Midden-Holland gebruikt geen condoom bij de eerste partner. Meisjes in Midden-Holland vrijen vaker onveilig dan leeftijdsgenoten elders in het land.

Aanbod en gebruik van preventie en zorg

- De regio kent een breed aanbod aan voorzieningen en zorgverleners en er wordt in uiteenlopende mate gebruikgemaakt van de beschikbare preventie en zorg.
- Bij preventie zijn diverse partijen betrokken, waaronder de GGD, de GGZ, Vierstroom, Parnassia en de eerstelijnszorg.
- Bijna anderhalf miljoen mensen komt in de regio jaarlijks bij de huisarts, de verloskundigen doen ruim 3.000 bevallingen per jaar, er zijn jaarlijks ruim 4.000 contacten met het algemeen maatschappelijk werk en de sector verpleging en verzorging 'maakt' alles bij elkaar meer dan 650.000 verpleegdagen.
- Van een aantal zorgsectoren is ook bekend voor welke ziekten en aandoeningen mensen er gebruik van maken. Zo zijn dementie en beroerte de meest voorkomende aandoeningen in het verpleeghuis. Coronaire hartziekten, hartritmestoornissen en artrose zijn de belangrijkste aanleiding voor ziekenhuisopname. De huisarts ten slotte raadpleegt men voor een breed scala aan aandoeningen, maar vooral voor infectieziekten, chronische lichamelijke ziekten en diverse lichamelijke klachten (zoals bloedarmoede, netvliesloslating, hartgeruis).

De toekomst

- De bevolking van Midden-Holland zal snel groeien, sneller dan gemiddeld in Nederland. Belangrijke factor daarbij is de verwachte woningbouw in onder andere Waddinxveen, Zevenhuizen-Moerkapelle, Nieuwerkerk aan den IJssel, Gouda en Moordrecht. Ook het aantal ouderen zal sterk toenemen.

- Als gevolg van deze bevolkingsontwikkelingen zullen ziekten als staar, coronaire hartziekten, artrose, beroerte en COPD naar verwachting sterk gaan toenemen in de regio. In het zorggebruik wordt de sterkste toename verwacht voor verpleging, verzorging en thuiszorg. Maar ook huisartsen en apothekers moeten een toenemende vraag tegemoet zien.
- Naast deze veelbepalende demografische ontwikkelingen bepalen ook andere, soms minder goed kwantificeerbare factoren het toekomstig zorggebruik. Zo is er sprake van veranderende ziektepatronen (los van vergrijzing en groei van de bevolking), veranderingen in beleid, veranderend zorgaanbod (met een eigenstandig effect op vraag en gebruik) en veranderend zorgvraaggedrag van mensen.
- De in het rapport gepresenteerde informatie kan gebruikt worden door diverse partijen in de zorg. Te denken valt aan de verzekeraar (onder meer bij vaststelling van het zorginkoopkader), het ziekenhuis (bij het opstellen van het beleidsplan), de huisartsen, de apothekers, de verplegings- en verzorgingssector, de thuiszorg en de GGD. Bij het vaststellen en de uitvoering van beleidsinterventies zal intensief samengewerkt en afgestemd moeten worden met andere actoren, zoals woningcorporaties, bedrijven, scholen en gemeenten.

1 INLEIDING

1.1 Waarom dit rapport?

De Stichting Transmuraal Netwerk Midden-Holland, een samenwerkingsverband van zorgaanbieders, heeft als doel te komen tot een gezamenlijke, onderling afgestemde en kwalitatief hoogstaande zorgverlening (www.transmuraalnetwerk.nl). Om dat te realiseren is er een transmuraal bestuur en een klein bureau dat fungeert als aanjager. Kerntaak van het Transmuraal Netwerk is het initiëren, ontwikkelen en borgen van zorgketens en zorgnetwerken, waarbij men zich op alle zorgvormen richt. Het is een open Netwerk en omvat in feite alle ruim 10.000 zorgverleners die werkzaam zijn in de regio Midden-Holland.

Het Transmuraal Netwerk functioneert in een sterk veranderende omgeving. Allereerst verandert de bevolking: Nederlanders worden steeds ouder, hebben (daardoor) meer chronische ziekten en zullen in de toekomst een groter beroep doen op de zorg. Er zijn de afgelopen twee jaar ook stevige ingrepen gedaan in de organisatie en financiering van de zorg. Zo is er een nieuw systeem ingevoerd om de prestaties van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra te verantwoorden en te bekostigen. Daartoe registreren specialisten sinds 1 januari 2005 DBC's (diagnose-behandelingcombinaties). Verder krijgt de patiënt/cliënt een steeds centralere rol. Een goed geïnformeerde patiënt kan de zorgverlener kiezen die de beste zorg biedt voor zijn ziekte. Dit stimuleert zorgaanbieders ((huis)artsen, ziekenhuisdirecties) tot betere prestaties en het optimaliseren van het aanbod. Samenwerking tussen zorgverleners wordt daarbij steeds belangrijker. In 2007 krijgen ook de gemeenten een grotere rol in het ondersteunen van burgers, zoals vastgelegd in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Om op deze en andere ontwikkelingen te kunnen anticiperen heeft men in de regio Midden-Holland behoefte aan een goed gefundeerd beeld van de gezondheid en het zorggebruik van de inwoners, en de ontwikkelingen daarin. Het Transmuraal Netwerk heeft daarom aan het RIVM gevraagd om dit in kaart te brengen. De verwachting daarbij is dat het zorggebruik afwijkt van het gemiddelde Nederlandse beeld, zoals beschreven in de nationale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (De Hollander et al., 2006), omdat de regio Midden-Holland op diverse relevante aspecten afwijkt van het gemiddelde. Zo is de regio relatief jong, maar neemt het aantal ouderen in de regio tegelijkertijd sterker toe dan gemiddeld. Verder neemt het aantal mensen onder de 55 jaar af. De regio ontgroent en vergrijsd dus. Verder wonen er in het zuidelijke deel van de regio relatief veel orthodox protestantse mensen, die bijvoorbeeld weerstand hebben tegen de (volledige) uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. Kenmerkend voor Midden-Holland is ook dat de inwoners voor alle zorg in de eigen regio terecht kunnen.

Het voorliggende rapport bevat de onderzoeksresultaten, die in nauwe samenwerking tussen het RIVM en de GGD Hollands Midden, vestiging Gouda, tot stand zijn gebracht.

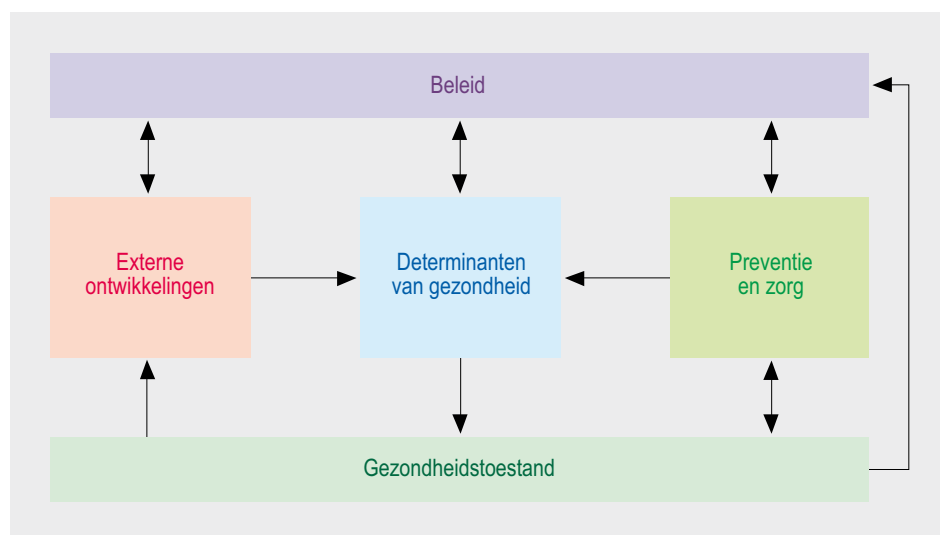
De vraagstelling voor het onderzoek is als volgt geformuleerd:

1. Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen in 2005?
2. Wat zijn de belangrijkste determinanten van ziekten en aandoeningen in 2005?
3. Wat is het (ziektespecifieke) zorggebruik in 2005?
4. Hoe ontwikkelen zich naar verwachting de gezondheidsproblematiek, de determinanten en het zorggebruik tussen 2005 en 2015?

1.2 Indeling van het rapport; het model

Het rapport begint met een beschrijving van de bevolking van Midden-Holland (*hoofdstuk 2*). Zo wordt onder meer helder welke gemeenten er in de regio Midden-Holland liggen (zie *binnenflap*), wat de leeftijds- en geslachtsopbouw is en hoeveel allochtonen er in de regio wonen. Na *hoofdstuk 2* volgen de hoofdstukken met informatie over de gezondheid en het zorggebruik van de mensen in Midden-Holland. Deze informatie structureren we volgens een model, waarop ook de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM gebaseerd is (*figuur 1.1*). Het model is een uitwerking van het model van de Canadese minister Marc Lalonde (Lalonde, 1974). De elementen uit dit model zijn in de diverse hoofdstukken terug te vinden.

Hoofdstuk 3 gaat in op de vraag hoe gezond de populatie van Midden-Holland is (*figuur 1.1*; donkergroen). Welke ziekten komen veel voor? In hoeverre beïnvloedt dat de kwaliteit van leven van de inwoners? Waar overlijden ze aan? En hoe verhouden deze getallen zich tot de rest van Nederland?



Figuur 1.1: Het conceptuele model uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM).

Of mensen gezond of ziek zijn, wordt deels bepaald door de determinanten van gezondheid (*figuur 1.1*; blauw). Voorbeelden van zulke determinanten zijn de leeftijd van mensen, hun geslacht, erfelijke aanleg, overgewicht, sociale en fysieke omgeving. *Hoofdstuk 4* gaat in op het vóórkomen van deze determinanten in de regio Midden-Holland, en de verhouding hierin tussen Midden-Holland en de rest van Nederland. Preventie en zorg (*figuur 1.1*; lichtgroen) kunnen ingezet worden om de gezondheid in gunstige zin te beïnvloeden. Dat is het onderwerp van *hoofdstuk 5*. Vragen die daar onder andere beantwoord worden zijn: Wat wordt er aan preventie aangeboden in de regio? Hoeveel mensen maken gebruik van huisartsenzorg? Hoeveel mensen komen er in het ziekenhuis, en waarvoor? Hoeveel mensen zijn afhankelijk van verpleging en verzorging?

Hoofdstuk 6 geeft een doorkijk naar de toekomst. Hoe zullen gezondheid en zorggebruik zich in de toekomst ontwikkelen? We houden daarin rekening met diverse ‘externe’ ontwikkelingen, oftewel ontwikkelingen die zich buiten het domein van de volksgezondheid afspelen (*figuur 1.1*; oranje). Voorbeelden daarvan zijn demografische ontwikkelingen (hoe ontwikkelt de bevolking zich), macro-economische ontwikkelingen, sociaal-culturele trends (de toenemende mondigheid van patiënten bijvoorbeeld, en daarmee de veranderende vraag naar zorg), en medisch-technologische ontwikkelingen.

Samenvattend geeft het rapport dus informatie over de gezondheidstoestand, determinanten en zorggebruik in Midden-Holland. Deze informatie is nodig om invulling te kunnen geven aan het gezondheidsbeleid (*figuur 1.1*; lichtpaars). Dit ‘gezondheidsbeleid’ is hier op te vatten als de koers die de zorgaanbieders van het Transmuraal Netwerk willen varen. Wat is de strategie voor de toekomst? Wat is er (meer) nodig aan preventie? Welke ingrepen zijn nodig in de zorgstructuur in de regio? Waar kan afgebouwd worden, waarin dient geïnvesteerd te worden? We hopen dat de in dit rapport beschreven informatie het Transmuraal Netwerk behulpzaam is bij de beantwoording van deze vragen.

2 DE MENSEN IN MIDDEN-HOLLAND

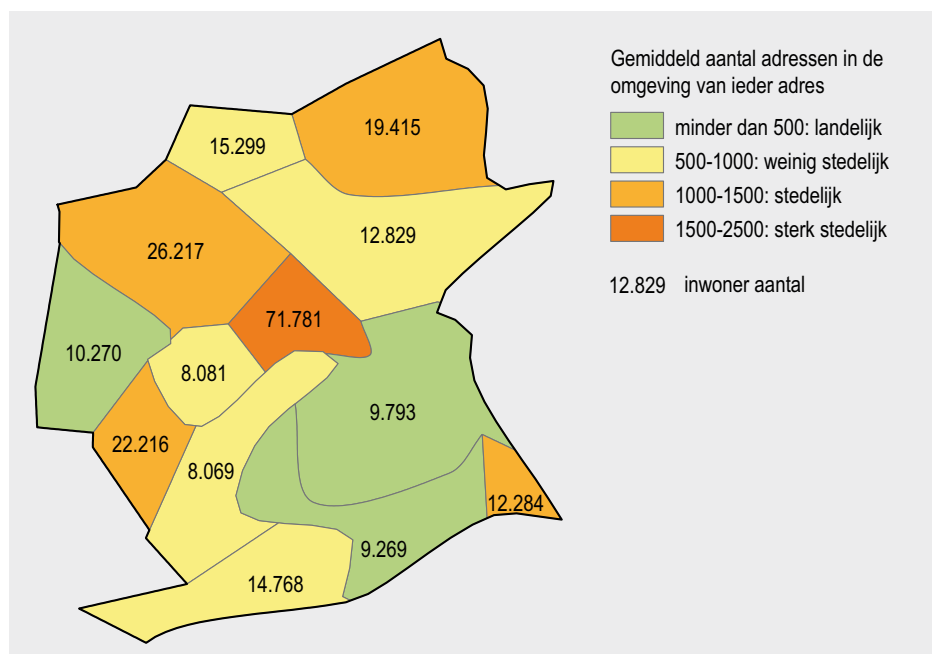
De regio heeft een kwart miljoen inwoners

De regio Midden-Holland heeft rond de 240.000 inwoners (*figuur 2.1*). Gouda is met ruim 70.000 inwoners de grootste regiogemeente en is letterlijk centraal gelegen in de regio (*figuur 2.1*). Waddinxveen en Nieuwerkerk aan den IJssel zijn na Gouda de grootste gemeenten in de regio (beide meer dan 20.000 inwoners). Het gebied ten zuiden van de IJssel (de Krimpenerwaard) daarentegen is relatief uitgestrekt en dunbevolkt.

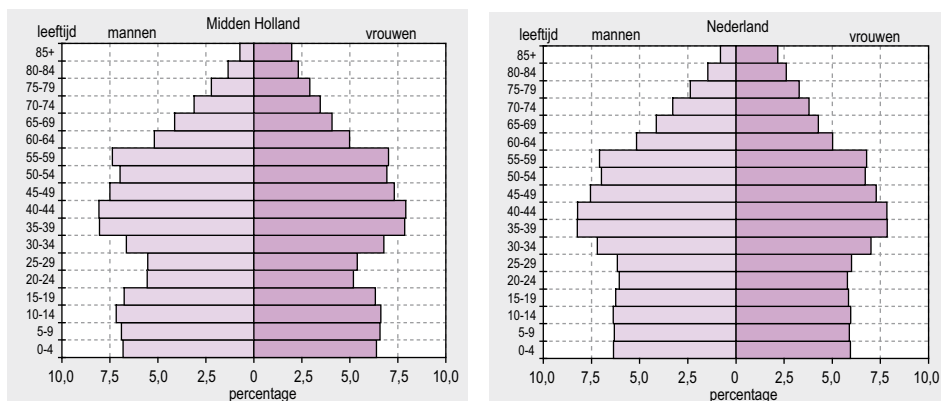
Bevolking Midden-Holland is relatief jong

De leeftijdsopbouw in Midden-Holland wijkt op enkele punten af van het gemiddelde in Nederland (zie *figuur 2.2*):

- het aantal kinderen en jongeren tot 20 jaar is in Midden-Holland relatief groot (26,0% ten opzichte van 23,6%).
- de omvang van de leeftijdsgroep van 20 tot 30 jaar (jongvolwassenen) is kleiner dan elders (10,8% ten opzichte van 12,2%). Jongeren uit de regio trekken relatief vaak weg om elders te studeren of te gaan wonen ('ontgroening').
- het aantal 65-plussers in Midden-Holland is kleiner dan gemiddeld in Nederland (13,0% ten opzichte van 14,2%). De bevolking is in Midden-Holland dus enigszins jonger dan gemiddeld in Nederland.



Figuur 2.1: Stedelijkheid en inwoneraantal per gemeente in Midden-Holland (per 1-1-2005). Bron: CBS-Statline.

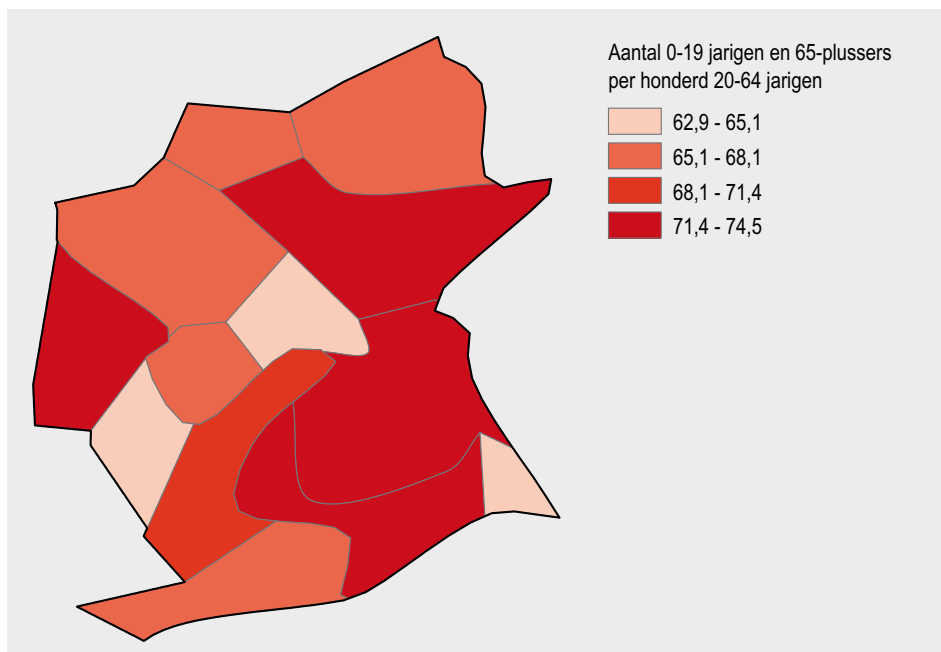


Figuur 2.2. Demografische opbouw in Midden-Holland en in Nederland, 2005. Bron: CBS-Statline.

De leeftijdsamenstelling van de bevolking is mede bepalend voor de gezondheidstoestand van de bevolking. Een oudere bevolking heeft gemiddeld meer gezondheidsproblemen en het zorggebruik zal ook hoger zijn.

Demografische druk in de regio is hoog

‘Demografische druk’ is een maat voor de verhouding tussen de beroepsbevolking (20-65 jaar) en niet-productieve bevolkingsgroepen (0-19-jarigen en 65-plussers). In het kader van dit rapport is deze maat relevant omdat die de verhouding aangeeft tussen



Figuur 2.3: De demografische druk per gemeente in Midden-Holland, 2005. Bron: CBS-Statline.

het potentieel aan ‘verzorgenden’ (mantelzorgers, werkenden in de zorg) ten opzichte van zorgbehoevenden.

De demografische druk in Midden-Holland is 65,8. Tegenover 100 personen uit de potentiële beroepsbevolking staan dus 66 mensen uit niet-productieve bevolkingsgroepen. Vergeleken met Nederland als geheel (62,3) is de demografische druk in de regio Midden-Holland hoog. Dit wordt onder meer veroorzaakt door het relatief grote aantal kinderen en jongeren tot 20 jaar.

De demografische druk is de afgelopen 3 jaar, met 2%, in de regio sterker gestegen dan in heel Nederland (met 1%). Deze toename is het gevolg van een afnemend aantal 20 tot 44-jarigen. Tussen de regiogemeenten bestaan grote verschillen in de demografische druk (zie *figuur 2.3*). Deze is het hoogst in de gemeente Zevenhuizen-Moerkapelle.

Relatief veel allochtonen in Gouda

Op 1 januari 2005 telde Midden-Holland 32.673 allochtonen. Dit is 14% van de totale bevolking, lager dan gemiddeld in Nederland (19%). Iets meer dan de helft van de allochtonen is van niet-westerse afkomst¹; 7,3% van de totale bevolking in Midden-Holland. In Gouda wonen meer allochtonen dan elders in de regio: 13,4% van de bevolking is van niet-westerse afkomst, het merendeel Marokkaans. Gouda heeft na Amsterdam en Utrecht het hoogste percentage inwoners van Marokkaanse afkomst (8,5%). De gezondheidssituatie van allochtonen is minder goed dan die van autochtonen. Ze ervaren hun gezondheid als minder goed en hebben vaker langdurige aandoeningen en psychische klachten.

Veel inwoners protestants christelijk

In de regio Midden-Holland noemt 61% van de volwassen bevolking zichzelf religieus. Bijna de helft van de bevolking is protestants christelijk (47,1%). In het zuidelijke gedeelte van de regio (de Krimpenerwaard) en in Zevenhuizen-Moerkapelle wonen relatief veel orthodox protestantse inwoners. Het percentage SGP-stemmers geeft hiervan een goed beeld (*tabel 2.1*). Deze gemeenten maken deel uit van de zogenaamde ‘bible-belt’, die globaal loopt van de Zeeuwse eilanden en het rivierengebied in Zuid-Holland naar de Betuwe, de Veluwe en de kop van Overijssel. Binnen de streng gereformeerde gemeenschappen in dit gebied, bestaat om religieuze redenen weerstand tegen de (volledige) uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. Door een lagere vaccinatiegraad in de ‘bible-belt’ is het risico op een epidemie verhoogd.

¹ Tot de westerse landen worden door het CBS gerekend: alle landen in Europa (uitgezonderd Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Japan, Indonesië (inclusief voormalig Nederlands-Indië) en de Aziatische landen van de voormalige Sovjetunie. Overige landen zijn niet-westers.

Tabel 2.1: Percentage mensen per gemeente in Midden-Holland dat SGP stemde bij de Tweede Kamerverkiezingen in 2003. Bron: CBS-Statline.

Gemeente	%
Bergambacht	9,2
Bodegraven	4,2
Boskoop	2,7
Gouda	2,7
Moordrecht	3,2
Nederlek	4,9
Nieuwerkerk aan den IJssel	2,6
Ouderkerk	10,6
Reeuwijk	5,8
Schoonhoven	2,1
Vlist	6,9
Waddinxveen	4,9
Zevenhuizen-Moerkapelle	9,8

Naar verhouding weinig éénpersoonshuishoudens en éénoudergezinnen

Op 1 januari 2004 telde de regio Midden-Holland 95.889 huishoudens. Hiervan is 28% een éénpersoonshuishouden. In Nederland is dit percentage hoger: 34%.

In Midden-Holland zijn procentueel meer grote gezinnen dan gemiddeld in Nederland; 21% van de gezinnen met kinderen heeft drie of meer kinderen ten opzichte van 18% in Nederland. Het aantal éénoudergezinnen in de regio Midden-Holland was 4.789 in 2004, 7% van het totaal aantal gezinnen². Dit ligt iets onder het landelijke percentage van 9%.

Sociaal-economische status relatief hoog

Opleiding en inkomen vormen een indicatie van de sociaal-economische status van een regio. Het percentage laagopgeleiden in de regio (37,1%, op basis van de gemeenten met meer dan 10.000 inwoners) is iets hoger dan gemiddeld in Nederland (35,4%). De gemeenten Nederlek en Zevenhuizen-Moerkapelle hebben het hoogste aantal laag opgeleide inwoners; de gemeenten Gouda en Nieuwerkerk aan den IJssel het hoogste percentage hoogopgeleiden (zie *tabel 2.2*).

² De volgende typen gezinnen worden onderscheiden: echtparen met of zonder kinderen, samenwoners met kinderen en éénoudergezinnen.

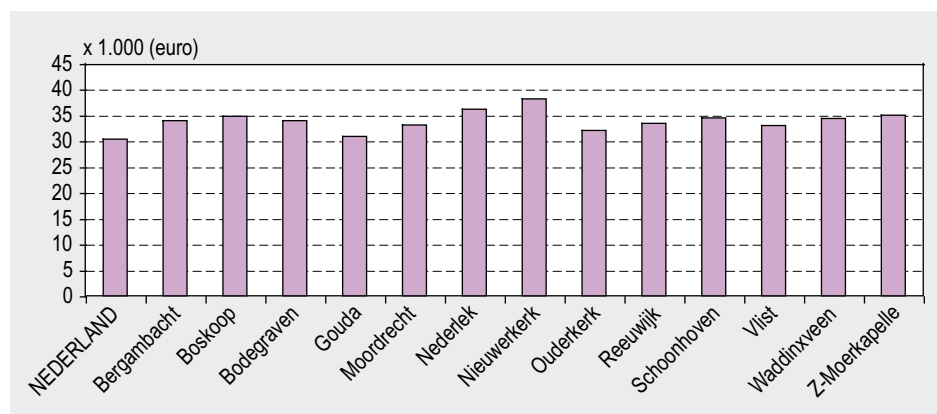
Tabel 2.2: Verdeling van opleiding onder inwoners van 15-64 jaar per gemeente in Midden-Holland met meer dan 10.000 inwoners. Bron: CBS-Statline.

Gemeente	% laag	% midden	% hoog
Bodegraven	34,9	42,0	23,0
Boskoop	36,4	43,0	20,6
Gouda	36,3	37,1	26,6
Nederlek	44,0	41,2	13,9
Nieuwerkerk aan den IJssel	32,0	43,0	25,0
Reeuwijk	37,9	41,7	20,4
Schoonhoven	39,4	49,0	11,5
Waddinxveen	36,7	42,9	20,4
Zevenhuizen-Moerkapelle	44,1	39,7	16,2
Midden-Holland	37,1	41,1	21,7
Nederland	35,4	40,8	23,5

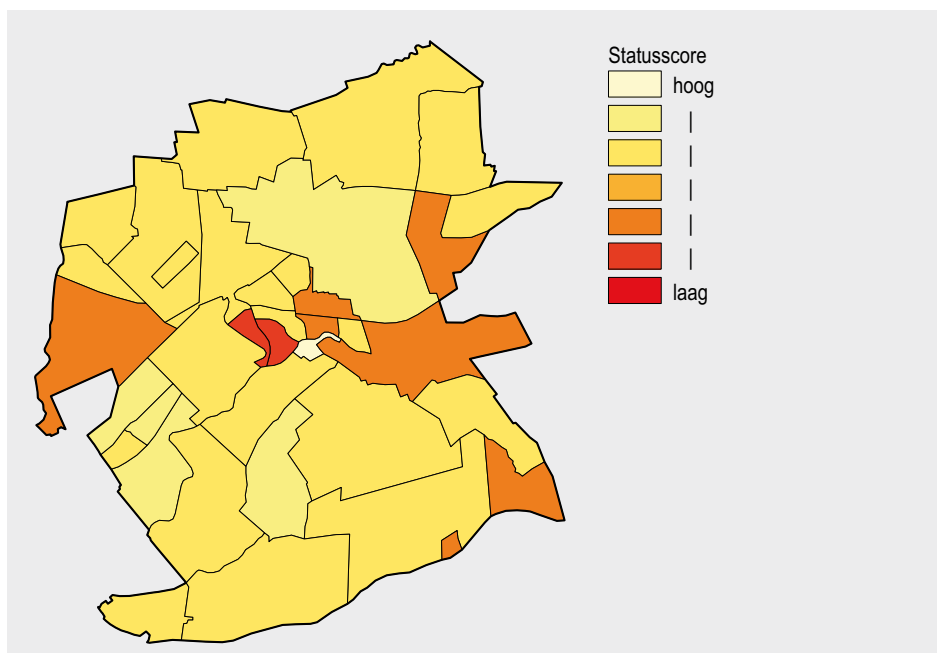
Het gemiddeld besteedbaar inkomen in de regio is ook hoger dan gemiddeld in Nederland (figuur 2.4). In de regio Midden-Holland heeft 5,8% van de huishoudens die 52 weken per jaar werken, een laag inkomen. Dit is lager dan gemiddeld in Nederland (9,3%). Wel zijn er verschillen tussen gemeenten: Gouda heeft het hoogste percentage lage inkomens (9,0%); Nederlek het laagste (4,0%).

In Nederland worden postcodegebieden door het Sociaal Cultureel Planbureau voorzien van een sociaal-economische statusscore (op basis van gemiddeld inkomen, aantal huishoudens met laag inkomen, aantal mensen zonder betaalde baan, aantal mensen met een lage opleiding) (figuur 2.5). In Midden-Holland behoren twee postcodegebieden tot de laagste statusscores in Nederland: Korte Akkeren en Kort Haarlem in Gouda.

Op basis van kenmerken op het gebied van opleiding, beroep en inkomen hebben mensen in een samenleving een bepaalde sociaaleconomische positie, ook wel soci-



Figuur 2.4: Gemiddeld besteedbaar inkomen van particuliere huishoudens in Nederland en per gemeente in Midden-Holland, 2002. Bron: CBS-Statline.



Figuur 2.5: Verdeling van sociaal-economische status per vierpositie-postcodegebied in Midden-Holland. Bron: www.scp.nl.

aaleconomische status (SES) genoemd. SES en gezondheid zijn aan elkaar gerelateerd: mannen en vrouwen met een lage SES leven gemiddeld respectievelijk 4,9 jaar en 2,6 jaar korter dan mannen en vrouwen met een hoge SES. Ook leven ze 15 jaar minder lang in goede gezondheid (www.nationaalkompas.nl).

3 GEZONDHEID EN ZIEKTE

3.1 Inleiding

Om lokaal en regionaal gezondheidsbeleid te kunnen vormgeven, is kennis over de gezondheidstoestand in de regio noodzakelijk. Het gaat dan om vragen als: hoe lang leven we en hoe lang leven we in goede gezondheid? Wat zijn de belangrijkste, meest voorkomende ziekten? Zijn de mensen in Midden-Holland gezonder dan in andere regio's in Nederland? Zijn er verschillen tussen de gemeenten?

In dit hoofdstuk geven we antwoord op deze vragen aan de hand van een aantal indicatoren (zie *tekstblok 3.1*). Twee algemene maten die iets zeggen over de gezondheid zijn de levensverwachting (*paragraaf 3.2*) en de gezonde levensverwachting (*paragraaf 3.3*). De gezonde levensverwachting geeft aan welk deel van de levensverwachting in goede gezondheid wordt doorgebracht. Om na te gaan waardoor de levensverwachting beperkt wordt, presenteren we cijfers over sterfte naar doodsoorzaak (*paragraaf 3.4*). Om inzicht te krijgen in de (on)gezondheid van de mensen in Midden-Holland, kijken we vervolgens naar zelfgerapporteerde gegevens over functioneren en ziekten en aandoeningen (*paragraaf 3.5*), naar gegevens over ziekten en aandoeningen zoals die worden vastgelegd in zorgregistraties (*paragraaf 3.6*) en gegevens over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (*paragraaf 3.7*). Per indicator beschrijven we de situatie in Midden-Holland. Tevens maken we, indien mogelijk, vergelijkingen tussen geografische gebieden (gemeenten onderling, Midden-Holland vergeleken met Nederland). In *paragraaf 3.8* presenteren we een samenvattende maat, die een overall indruk geeft van de gezondheidssituatie in Midden-Holland. We sluiten af met informatie over trends in ziekte en gezondheid (*paragraaf 3.9*).

De gegevens over (on)gezondheid komen voornamelijk uit de Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005, de gezondheidsenquête POLS van het CBS en zorgregistraties in Nederland (voor meer informatie over de gebruikte bronnen, zie *bijlage 2*). Meer informatie over een deel van deze bronnen en indicatoren is ook te vinden op www.nationaalkompas.nl.

Tekstblok 3.1: Gebruikte gezondheidsindicatoren

Levensverwachting

De levensverwachting voor personen die in 2005 geboren zijn is het aantal jaren dat zij kunnen verwachten te leven, onder voorwaarde dat de leeftijdspecifieke sterftekansen gelijk blijven. Voor dit rapport is de levensverwachting berekend op basis van de sterftekansen in 2005.

Gezonde levensverwachting

De gezonde levensverwachting is het aantal levensjaren dat iemand kan verwachten in goede gezondheid door te brengen. Lengte en kwaliteit van het leven worden hierin gecombineerd. De 'kwaliteit van het leven' wordt bepaald door drie gezondheidsindicatoren die ieder een bepaald type gezonde levensverwachting opleveren:

- levensverwachting in goed ervaren gezondheid;
- levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen;
- levensverwachting in goede geestelijke gezondheid.

Voor de *levensverwachting in goed ervaren gezondheid* is het aantal 'gezonde' jaren bepaald op basis van het percentage personen dat op de vraag naar de ervaren gezondheid de antwoorden 'goed' of 'zeer goed' gaf.

Voor de berekening van de *levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen* zijn CBS-gegevens gebruikt over langdurige lichamelijke beperkingen in tien activiteiten op het terrein van horen, zien, mobiliteit en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Voor de *levensverwachting in goede geestelijke gezondheid* is gebruikgemaakt van vijf items over negatieve gevoelens (eenzaam, rusteloos, verveeld, depressief, van streek). Het aantal 'ongezonde' jaren is bepaald op basis van het percentage personen dat vaak of erg vaak last had van een of meer van deze vijf gevoelens.

Sterfte

Het aantal mensen dat overlijdt aan een bepaalde ziekte. Voor een vergelijking van Midden-Holland met andere regio's en met Nederland, wordt gekeken naar het aantal mensen per 10.000 inwoners dat per jaar overlijdt, waarbij gecorrigeerd wordt voor verschillen in bevolkingsomvang en samenstelling naar leeftijd.

Zelfgerapporteerde (on)gezondheid

Zelfrapportage wil zeggen dat mensen zelf, in

enquêtes, een oordeel geven over hun gezondheid. Informatie over ervaren gezondheid en kwaliteit van leven wordt gemeten met behulp van de SF-12 (Short Format 12). Dit is een internationale set van twaalf vragen met aandacht voor zowel fysieke als mentale aspecten van ervaren gezondheid.

Bij psychische gezondheid van mensen gaat het om psychische klachten zoals vermoeidheid, depressiviteit, somberheid, paniekaanvallen. Deze worden gemeten met de MHI-5 ('Mental Health Inventory'). Dit is een internationale standaard voor meting van de psychische gezondheid, bestaande uit vijf vragen. Specifieke psychische klachten als depressie en angststoornissen zijn verder nog gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10). Dit is een vragenstel met tien vragen die depressieve en/of angstklachten meten in de maand voor het onderzoek.

Om te bepalen of mensen lichamelijk beperkt zijn, is aan respondenten gevraagd van zeven activiteiten aan te geven of ze deze zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite of niet kunnen verrichten. Personen die tenminste één activiteit niet of alleen met grote moeite kunnen verrichten, beschouwen we als lichamelijk beperkt.

Prevalentie en incidentie

De *prevalentie* is het aantal personen dat een bepaalde ziekte heeft op een bepaald moment (*puntprevalentie*) of in een bepaalde periode heeft gehad (bijvoorbeeld *jaarprevalentie*).

De *incidentie* geeft het aantal nieuwe gevallen van of *nieuwe* personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode.

Voor deze studie zijn de cijfers die voor Nederland geschat zijn op basis van zorgregistraties geëxtrapoleerd naar de bevolking van Midden-Holland, door rekening te houden met verschillen in bevolkingsopbouw tussen Midden-Holland en Nederland. We gaan er daarbij impliciet vanuit dat de leeftijdspecifieke cijfers voor Nederland ook gelden voor Midden-Holland, dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn.

Arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim

Iemand is arbeidsongeschikt als hij/zij als gevolg van ziekte of gebreken niet meer in staat is om met passende arbeid hetzelfde te verdienen als gezonde personen met een soortgelijke opleiding en ervaring gewoonlijk verdienen.

3.2 Levensverwachting

Situatie in Midden-Holland en vergelijking met Nederland

Midden-Holland behoort tot de regio's met de hoogste levensverwachting in Nederland. In Midden-Holland is de levensverwachting gemiddeld 79,9 jaar (gemeten over 2001-2004), in Nederland 78,8 jaar. Mannen leven in de regio Midden-Holland gemiddeld 77,6 jaar (tegenover 76,3 jaar in Nederland), vrouwen gemiddeld 81,9 jaar (81,1 jaar in Nederland). Het is niet mogelijk om de significantie van deze verschillen te berekenen.

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

De levensverwachting tussen de gemeenten presenteren we hier niet vanwege te grote onbetrouwbaarheid in de cijfers. Deze onbetrouwbaarheid ontstaat omdat het binnen de gemeenten gaat om kleine aantallen in sterfte, vooral op jongere leeftijd.

3.3 Gezonde levensverwachting

Situatie in Midden-Holland

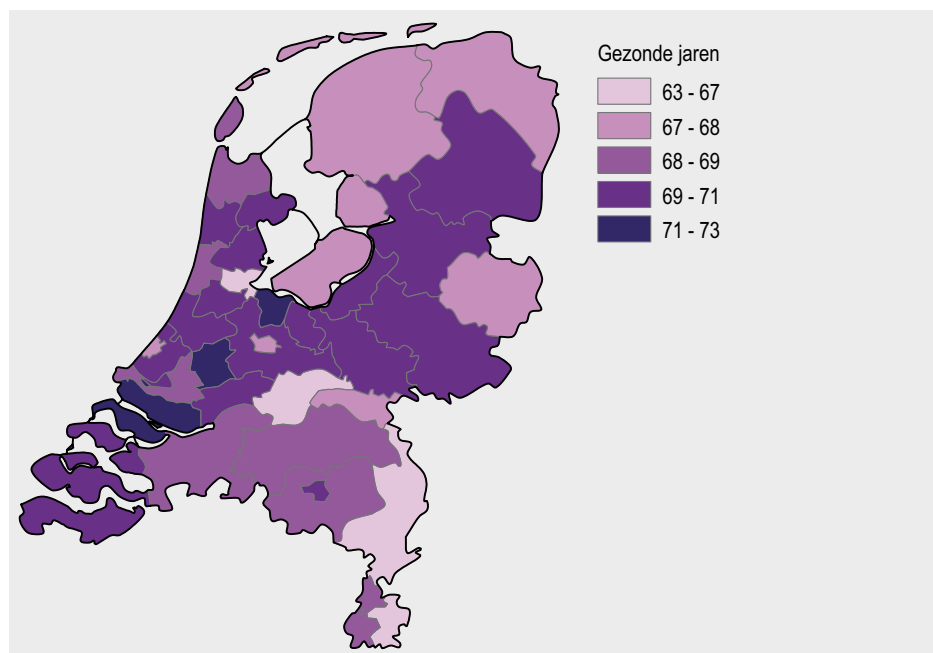
Evenals de levensverwachting is ook de gezonde levensverwachting in Midden-Holland relatief gunstig: de levensverwachting in goed ervaren gezondheid is 66,8 jaar (66,9 voor mannen en 66,5 voor vrouwen). De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is 72,7 jaar (72,2 voor mannen en 74,0 voor vrouwen) en de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid is gemiddeld 68,5 jaar (70,6 voor mannen en 66,6 voor vrouwen). Vrouwen leven dus langer dan mannen, maar hun gezonde levensverwachting is ongeveer gelijk aan die van de mannen. Het aantal jaren dat vrouwen langer leven, brengen ze dus gemiddeld genomen meer door met lichamelijke beperkingen en geestelijke ongezondheid.

Verschillen binnen de regio

Over de levensverwachting in goede ervaren gezondheid, zonder lichamelijke beperkingen en in goede geestelijke gezondheid zijn geen gegevens per gemeente beschikbaar.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Nederlanders leven gemiddeld 78,8 jaar waarvan 62 jaar in goede ervaren gezondheid. Van de 78,8 jaar leven ze bijna 69 jaar zonder lichamelijke beperkingen en ruim 68 jaar in goede geestelijke gezondheid. Vergeleken met Nederland zijn de levensverwachting in goede ervaren gezondheid, de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid gunstiger voor inwoners van Midden-Holland. De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is in Midden-Holland zelfs het hoogst van Nederland. Het is niet mogelijk om de significantie van deze verschillen te berekenen.



Figuur 3.1: Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen per GGD-regio, 2001-2004. Bron: CBS, gegevens bewerkt door TNO Kwaliteit van Leven; www.zorgatlas.nl.

3.4 Sterfte

Situatie in Midden-Holland

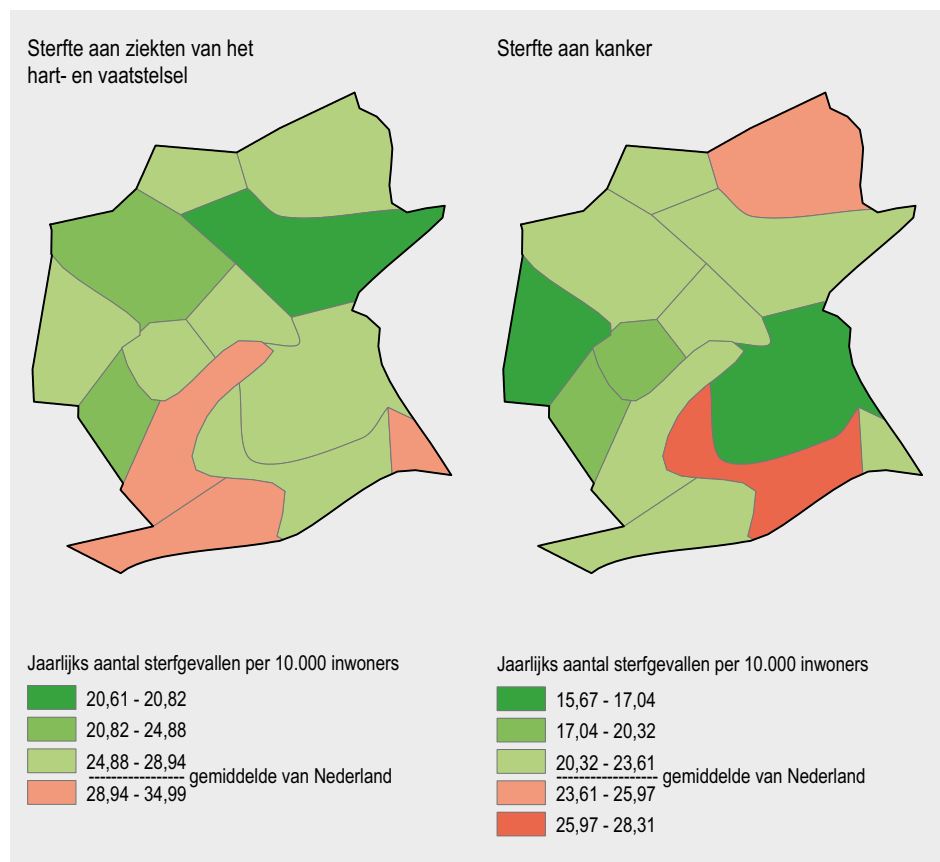
Ieder jaar overlijden in de regio Midden-Holland gemiddeld 1.784 mensen (gemeten over de periode 2001-2004). De belangrijkste doodsoorzaken zijn ziekten van het hart- en vaatstelsel, kanker en ziekten van het ademhalingsstelsel (zie *tabel 3.1* en *bijlage 3*). Meer detailinformatie over sterfte naar doodsoorzaak in de provincie Zuid-Holland is te vinden in een recent verschenen rapportage 'Sterfte in Zuid-Holland' (Van Lier, 2005).

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Voor de twee belangrijkste doodsoorzaken (ziekten van het hart- en vaatstelsel en kanker) is het mogelijk om een uitsplitsing naar gemeente te maken. Binnen de regio is de sterfte het hoogst in Ouderkerk en het laagst in Reeuwijk (zie *bijlage 4*); deze sterfte wordt voornamelijk bepaald door de sterfte aan ziekten van het hart- en vaatstelsel. De sterfte aan kanker is het hoogst in Bergambacht en het laagst in Zevenhuizen-Moerkapelle (zie *figuur 3.2*).

Tabel 3.1: De meest voorkomende doodsoorzaken in de regio Midden-Holland in absolute aantallen voor mannen en vrouwen apart over de periode 2001-2004. Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek.

doodsoorzaak	mannen	vrouwen
ziekten van het hart- en vaatstelsel	1.088	1.211
coronaire hartziekten	412	299
hartinfarct	285	211
beroerte	200	339
overige hartziekten	281	357
kanker	1.067	897
longkanker	336	116
ziekten van het ademhalingsstelsel	438	381
longontsteking (pneumonie)	160	219
chronische aandoeningen onderste luchtwegen (cara)	219	106



Figuur 3.2: Sterfte aan ziekten van het hart- en vaatstelsel en aan kanker per gemeente in Midden-Holland, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2001-2004. Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek

Tabel 3.2: Alle doodsoorzaken, en de meest voorkomende doodsoorzaken, in de regio Midden-Holland en Nederland (in aantal per 10.000 inwoners voor mannen en vrouwen samen). Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, gegevens bewerkt door het RIVM.

doodsoorzaak	Midden-Holland	Nederland
alle doodsoorzaken	80,6 *	86,8
ziekten van het hart- en vaatstelsel	26,2 *	28,9
coronaire hartziekten	8,1 *	9,6
hartinfarct	5,6 *	6,9
beroerte	6,2 *	7,2
overige hartziekten	7,3	7,7
kanker	21,7 *	23,6 *
longkanker	5,0 **	5,5
ziekten van het ademhalingsstelsel	9,4 *	8,3
longontsteking (pneumonie)	4,4 *	3,4
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	3,7	3,9

* $P < 0,05$: gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van Nederlands gemiddelde.

** $P < 0,01$: gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van Nederlands gemiddelde.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

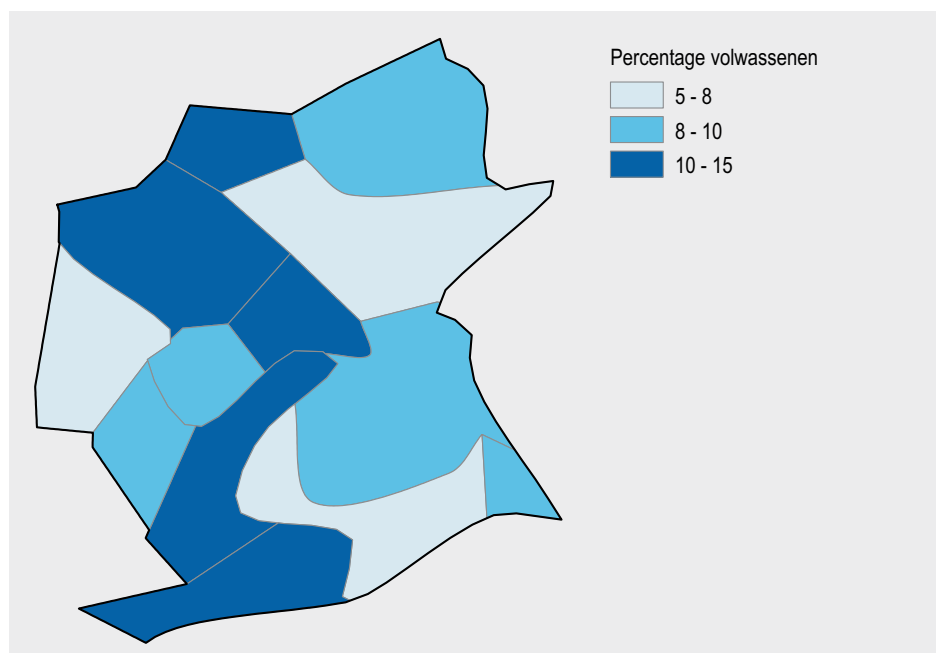
De sterfte is in Midden-Holland met 80,6 sterfgevallen per 10.000 inwoners significant lager dan gemiddeld in Nederland (*figuur 3.2*). Dat wil zeggen dat er in een jaar gemiddeld minder mensen per 10.000 inwoners overlijden dan in de rest van Nederland. Voor de genoemde doodsoorzaken steekt Midden-Holland bijna altijd gunstig af vergeleken met Nederland, behalve voor de sterfte aan ziekten van het ademhalingsstelsel. Die is significant hoger dan gemiddeld in Nederland (*tabel 3.2*). Deze hogere sterfte aan ziekten van de ademhalingswegen wordt veroorzaakt door een hogere sterfte aan longontstekingen.

3.5 Zelfgerapporteerde (on)gezondheid

Situatie in Midden-Holland

In Midden-Holland voelt 89% van de volwassenen van 18 tot 65 jaar en 70% van de 65-plussers zich goed gezond. Met de leeftijd neemt het percentage mensen dat positief is over de eigen gezondheid af. Van de ouderen boven de 75 voelt nog 59% zich gezond. Jongeren (10-18 jaar) in Midden-Holland oordelen min of meer gelijk over hun gezondheid als volwassenen: rond de 90% voelt zich goed gezond.

De vrouwen in Midden-Holland scoren significant lager dan de mannen op zowel fysieke als mentale gezondheid. Ouderen (ouder dan 50 jaar) scoren slechter op fysieke gezondheid, maar beter op mentale gezondheid dan jongvolwassenen. Mensen met een lage sociaal-economische status (SES) scoren slechter op fysieke gezondheid, maar verschillen niet met andere SES-klassen wat betreft mentale gezondheid (*bijlage 5*).



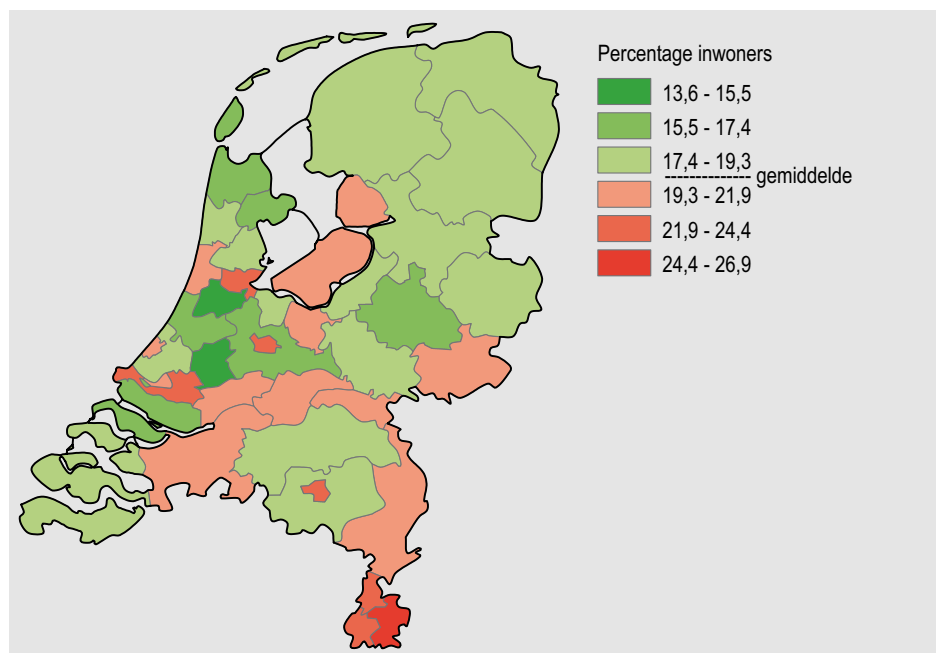
Figuur 3.3: Percentage volwassenen van 18-65 jaar met een minder goed ervaren gezondheid in 2005 per gemeente in Midden-Holland, 2005, gemeten met de SF-12. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

Verschillen binnen de regio

Het aantal volwassenen met een minder goed ervaren gezondheid is in de gemeenten Gouda en Nederlek significant hoger dan gemiddeld (*figuur 3.3*). Inwoners van de gemeenten Bergambacht en Vlist scoren significant beter dan de andere gemeenten op fysieke gezondheid. Inwoners van de gemeente Reeuwijk scoren significant beter op mentale gezondheid.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

De regio Midden-Holland behoort tot de regio's in Nederland met het hoogste percentage mensen dat zijn/haar gezondheid als goed ervaart (POLS-enquête (CBS)) (*figuur 3.4*). Dit geldt overigens voor meer regio's in de buurt van de grote steden (waar de ervaren gezondheid van inwoners juist lager is dan gemiddeld). Met 13,6% scoort Midden-Holland een significant lager percentage inwoners met een minder goede gezondheid.

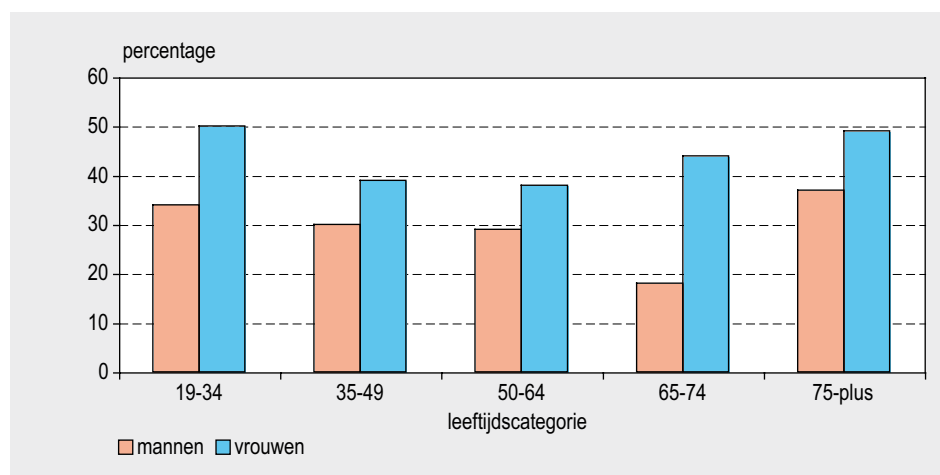


Figuur 3.4: Minder goed ervaren gezondheid per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2001-2003. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

3.5.1 Psychische gezondheid

Situatie in Midden-Holland

Van de volwassenen in de regio voelt 16% zich psychisch ongezond (gemeten met de MHI-5). Daarnaast rapporteert 37% van hen angst- en depressieklachten (gemeten met



Figuur 3.5: Percentage volwassenen dat een angststoornis of een depressie rapporteert, naar geslacht en leeftijd in Midden-Holland, 2005. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

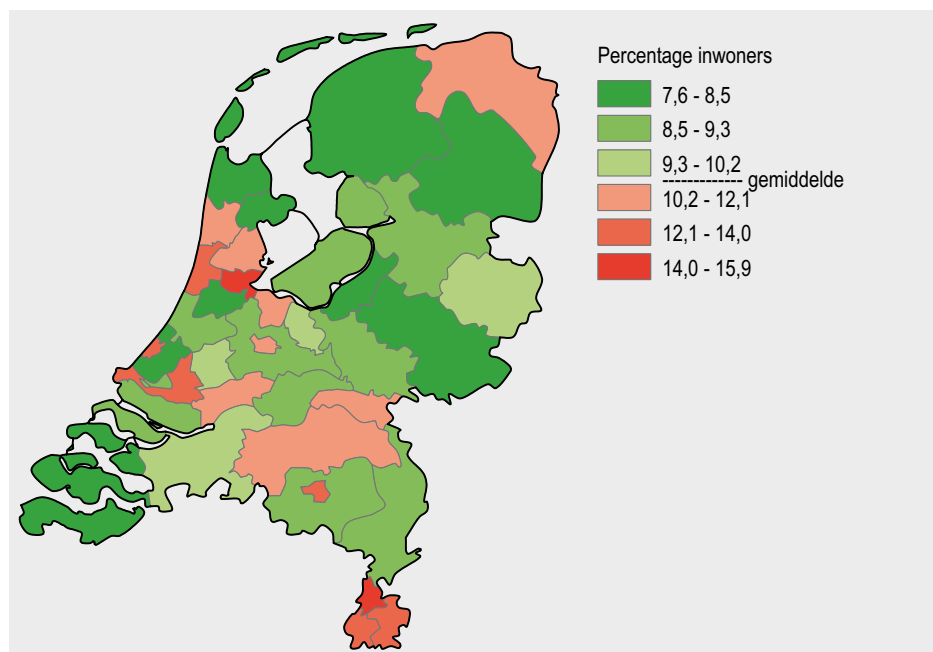
de K10): 32% van de bevolking rapporteert een matige depressie en/of angstklachten, 5% rapporteert ernstige klachten. Vrouwen rapporteren vaker een depressie en/of angststoornis dan mannen; met name jongere en oudere vrouwen (*figuur 3.5*). Ook lopen ouderen met een lage SES een significant groter risico dan ouderen met een hoge SES; 43% van hen heeft matige tot ernstige depressieve klachten of angstklachten terwijl dit voor hoog opgeleide ouderen 17% is.

Verschillen binnen de regio

Het percentage psychisch ongezonde inwoners varieert van 11% in Bergambacht tot 18% in Gouda en Zevenhuizen-Moerkapelle (gemeten met de MHI-5). Er zijn significante verschillen binnen de regio, zo rapporteren volwassen inwoners van Gouda de meeste angststoornissen en depressie (41%) en de mensen in de gemeenten Bergambacht en Vlist de minste (respectievelijk 29% en 31%) (K10). Meer detailinformatie over zelfgerapporteerde psychische gezondheid is te vinden in *bijlage 5*.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Inwoners van Midden-Holland zijn niet psychisch gezonder of ongezonder dan gemiddeld in Nederland (gemeten met de MHI-5, zie *tekstblok 3.1*). In Nederland rapporteert 10,2% van de bevolking van 12 jaar en ouder psychische klachten, voor Midden-Holland is dit 9,6% (*figuur 3.6*).



Figuur 3.6: Psychische klachten (MHI-5>60) in de bevolking van 12 jaar en ouder per GGD-regio, 2001-2004. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

Tabel 3.3: Top-5 van de zelfgerapporteerde aandoeningen onder 18-65-jarigen en onder 65-plussers in Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

18-65 jarigen		65-plussers	
	%		%
migraine	18	hoge bloeddruk	35
hoge bloeddruk	11	artrose	32
ernstige aandoening nek/schouder	11	spataderen, aambeien	22
ernstige aandoening rug	11	prostaatklachten (m)	21
artrose	10	osteoporose / diabetes	15

3.5.2 Lichamelijke aandoeningen

Situatie in Midden-Holland

In de regio Midden-Holland geeft ruim de helft (53%) van de volwassenen van 18 tot 65 jaar aan één of meer chronische aandoeningen te hebben³. Onder 65-plussers ligt dit percentage op 73%. Wanneer de lijst wordt uitgebreid met enkele voor ouderen relevante aandoeningen⁴ dan ligt dit percentage op 81%.

De meest voorkomende chronische aandoeningen onder 18-65-jarigen in Midden-Holland zijn migraine en hoge bloeddruk. Onder 65-plussers zijn een hoge bloeddruk en artrose de meest voorkomende chronische aandoeningen (tabel 3.3).

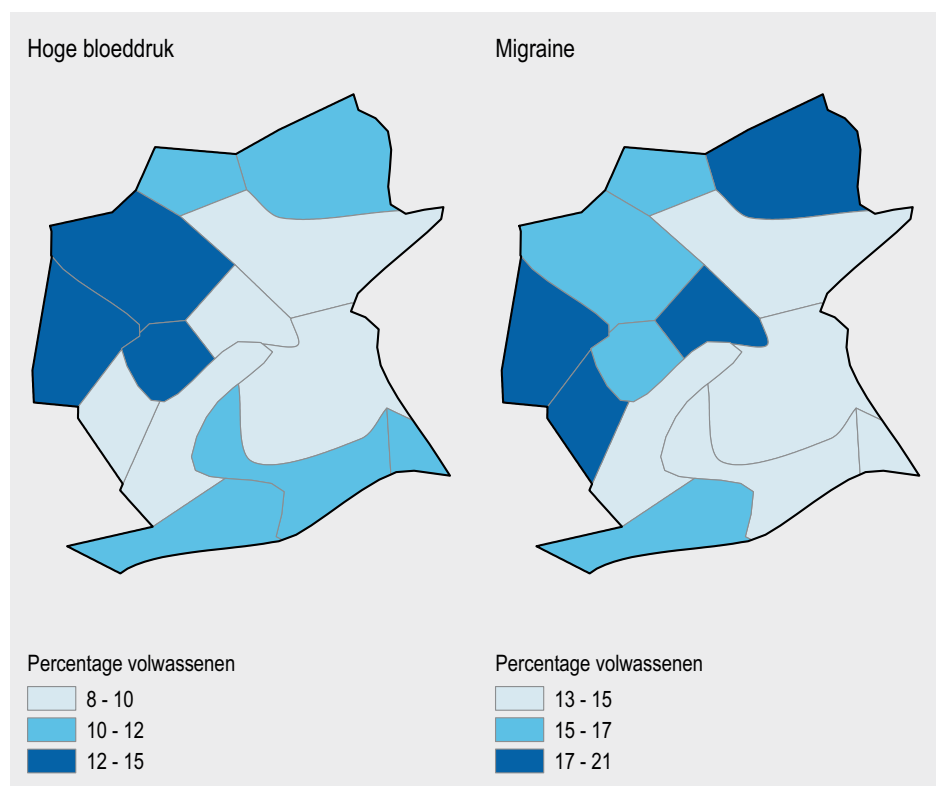
Van de 18-65-jarigen in Midden-Holland die één of meer chronische aandoeningen rapporteren, voelt 13% zich hierdoor sterk en 43% zich licht belemmerd bij bezigheden in het dagelijks leven. Onder ouderen liggen deze percentages respectievelijk op 17% en 41%.

Verschillen binnen de regio

In de gemeenten Nieuwerkerk aan den IJssel en Waddinxveen rapporteren volwassenen relatief vaker één of meer chronische aandoeningen dan in de andere gemeenten (zie bijlage 6). Volwassenen in Schoonhoven rapporteren significant vaker kanker dan gemiddeld in de regio (3,3% versus 1,3%) en in Waddinxveen significant vaker chronische gewrichtsaandoeningen dan gemiddeld (9,8% versus 3,8%).

³ Aandoening in de afgelopen 12 maanden; vragenlijst in overeenstemming met POLS-enquête (CBS): suikerziekte, beroerte (ooit), hartinfarct of andere ernstige hartaandoening, kanker (ooit), migraine of ernstige hoofdpijn, hoge bloeddruk, vernauwing bloedvaten buik of benen, astma, chronische bronchitis, emfyseem of CARA, psoriasis of chronisch eczeem, duizeligheid met vallen, ernstige of hardnekkige darmstoornis (>3 maanden), onvrijwillig urineverlies, artrose of chronische gewrichtsontsteking, ernstige of hardnekkige rugaandoening, ernstige of hardnekkige aandoening aan nek, schouder, elleboog, pols of hand, slechtziendheid.

⁴ Spataderen/aambeien, nierstenen/ernstige nierziekte, ziekten van het zenuwstelsel, osteoporose, verzakking, prostaatklachten.



Figuur 3.7: Percentage volwassenen per gemeente in Midden-Holland die een hoge bloeddruk of migraine rapporteren. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

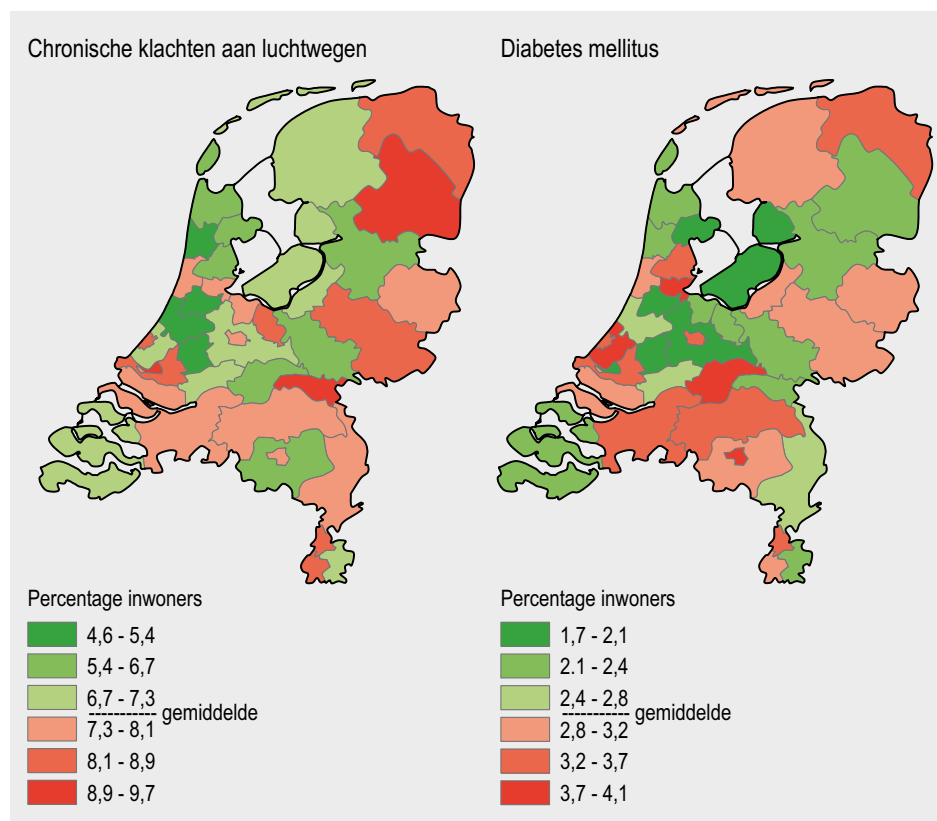
De meeste zelfgerapporteerde aandoeningen komen in Midden-Holland even vaak voor als gemiddeld in Nederland. Wel rapporteren de inwoners van Midden-Holland significant minder vaak chronische luchtwegklachten (5,3% ten opzichte van 7,3% in Nederland, zie *tabel 3.4*). Ook diabetes mellitus wordt in Midden-Holland minder vaak gerapporteerd, al is dit (net) niet significant. Verschillen kunnen niet worden verklaard door regionale variaties in leeftijd en geslacht, omdat voor deze factoren is gecorrigeerd.

Tabel 3.4: Zelfgerapporteerde ziekten en aandoeningen in Midden-Holland vergeleken met Nederland, in percentage inwoners, 2001-2004. Bron: CBS-POLS.

ziekte / aandoening	gemiddelde Nederland (% inwoners)	gemiddelde Midden-Holland (% inwoners)
chronische luchtwegklachten	7,3	5,3*
beroerte	1,5	0,9
beperkingen in bewegen	7,7	4,1**
artrose	9,0	7,9
hartinfarct	2,2	2,1
migraine of ernstige hoofdpijn	13,3	15,1
lichamelijke beperkingen	12,0	7,3**
rugaandoening	8,3	8,1
diabetes mellitus	3,0	1,9
slapeloosheid	21,2	18,7
moeheid	43,1	42,8
malaiseklachten	70,8	68,2
psychische klachten	10,2	9,6

* $P < 0,05$: gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van Nederlands gemiddelde.

** $P < 0,01$: gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van Nederlands gemiddelde.



Figuur 3.8: Chronische klachten aan de luchtwegen en diabetes mellitus in de totale bevolking, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, per GGD-regio, 2001-2004. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

Tabel 3.5: Beperkingen onder ouderen in Midden-Holland. Bron: Ouderenenquête Midden-Holland 2005.

	65-74-jarigen (%)	75 en ouder (%)
gehoor	2	7
gezicht	2	14
mobiliteit	9	34

3.5.3 Lichamelijke beperkingen

Situatie in Midden-Holland

In de regio Midden-Holland heeft 7,3% van de inwoners één of meer lichamelijke beperkingen⁵ (POLS-enquêtes (CBS)). Over de 65-plussers in de regio bestaan meer specifieke gegevens (Ouderenenquête 2005). Van hen heeft 4% een gehoorbeperking, 7% een gezichtsbeperking en 20% een mobiliteitsbeperking. Het percentage mensen met beperkingen is onder 75-plussers fors hoger dan onder 65-75-jarigen (tabel 3.5).

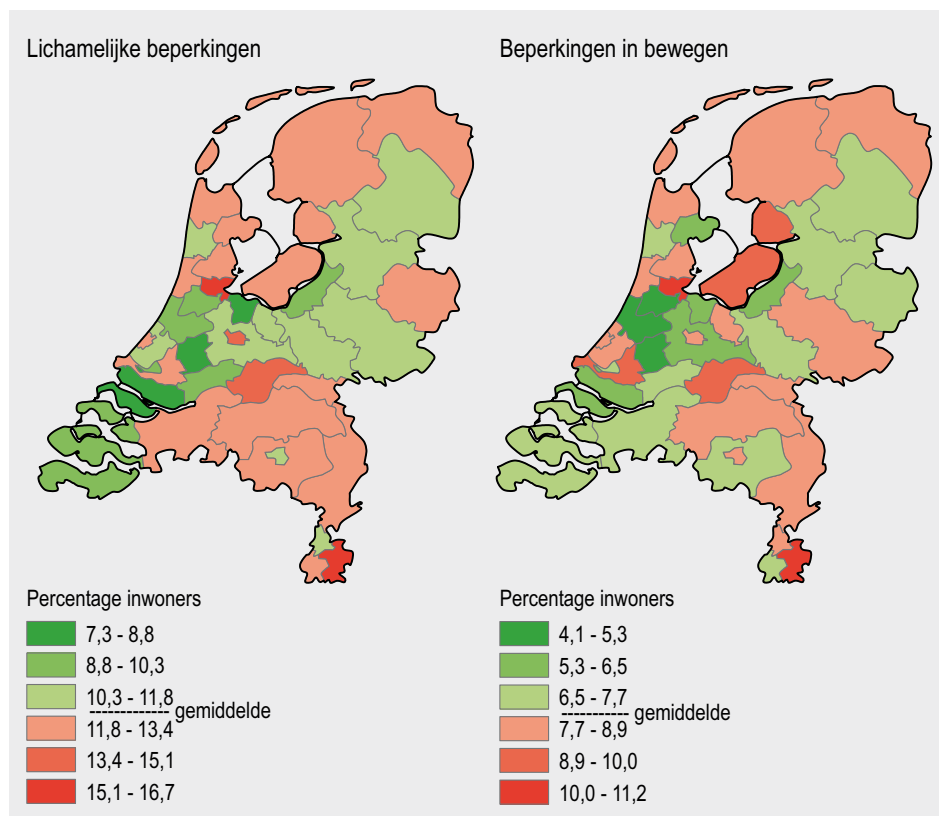
Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Op het niveau van gemeenten zijn geen gegevens beschikbaar over beperkingen.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

In Nederland heeft bijna 12% van de personen van 12 jaar en ouder één of meer lichamelijke beperkingen. De regio Midden-Holland springt er significant gunstig uit: met 7,3% heeft Midden-Holland het laagste percentage inwoners met een of meer lichamelijke beperkingen (figuur 3.9). Ook rapporteren inwoners van Midden-Holland significant minder vaak beperkingen in bewegen (4,1% ten opzichte van 7,7% in Nederland).

⁵ Mensen moesten van zeven activiteiten aangeven of ze deze zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite, of niet kunnen verrichten. Personen die tenminste één activiteit niet of alleen met grote moeite kunnen verrichten, worden als lichamenlijk beperkt beschouwd.



Figuur 3.9: Personen van 12 jaar en ouder met één of meer lichamelijke beperkingen en met beperkingen in bewegen per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2001-2004. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

3.6 Ziekten en aandoeningen

Op basis van zorgregistraties, zoals huisartsenregistraties en ziekenhuisregistraties kan worden geschat hoe vaak ziekten en aandoeningen voorkomen. Omdat cijfers uit zorgregistraties voor Midden-Holland niet op grote schaal beschikbaar zijn, hebben we het landelijk gemiddelde, zoals geschat in de nationale VTV (www.nationaalkompas.nl), omgerekend op grond van demografische cijfers uit de regio Midden-Holland. Kanttekeningen bij deze methode zijn beschreven in *tekstblok 3.2*. Meer informatie over de gebruikte bronnen is te vinden in *bijlage 2*.

Situatie in Midden-Holland

De meest voorkomende ziekten in de regio op basis van de zorgregistraties zijn nek- en rugklachten (zie *bijlage 7*). In *tabel 3.6* staan de ziekten en aandoeningen met de hoogste incidentie (aantal nieuwe ziektegevallen in 2005) en de hoogste jaarprevalentie (totaal aantal mensen dat de ziekte in 2005 had) in Midden-Holland. Aandoeningen met de hoogste incidentie zijn de infectieziekten (bovenste luchtwegen en urinewegen) en

Tabel 3.6: Top-10 van de meest voorkomende ziekten (per 1.000 inwoners) in Midden-Holland, 2005.
Bron: www.nationaalkompas.nl

jaarprevalentie	totaal	mannen	vrouwen
nek- en rugaandoeningen	98,0	84,6	111,2
contacteczeem	49,3	40,6	57,9
coronaire hartziekten	41,3	51,9	30,9
artrose	41,1	28,1	53,9
diabetes mellitus	37,3	37,1	37,4
astma	32,3	29,9	34,6
oudersdoms/lawaaidoofheid	32,3	35,1	29,5
depressie	22,1	14,4	29,6
cataract	20,2	14,9	25,4
chronische bronchitis/COPD	19,4	22,2	16,6

incidentie	totaal	mannen	vrouwen
bovenste luchtweginfecties	67,5	62,4	72,6
nek- en rugaandoeningen	63,1	54,7	71,4
sportblessures	47,7	66,2	29,6
urineweginfecties	45,3	11,3	78,6
privé-ongevallen	45,1	38,3	51,8
onderste luchtweginfecties	42,8	40,9	44,5
contacteczeem	24,8	19,7	29,8
infecties maagdarmkanaal	20,4	19,4	21,3
verkeersongevallen	16,3	16,1	16,4
influenza	10,2	10,2	10,1

letsels (sportblessures en privé-ongevallen). Omdat deze gezondheidsproblemen vaak van korte duur zijn, zijn dit niet de aandoeningen met de hoogste prevalentie. Nek- en rugklachten hebben ook een hoge incidentie en zijn gemiddeld genomen van wat langere duur. Dit zijn ook de aandoeningen met de hoogste prevalentie in Midden-Holland, gevolgd door contacteczeem, coronaire hartziekten, artrose en diabetes mellitus. Zowel voor mannen als voor vrouwen zijn dit de meest voorkomende aandoeningen, al verschilt de volgorde.

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het vóórkomen van ziekten in de verschillende gemeenten.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Aangezien de prevalentie- en incidentiecijfers zijn gebaseerd op een demografische omrekening van de nationale cijfers, is de top-5 van meest voorkomende ziekten in Midden-Holland nagenoeg hetzelfde als in Nederland. De kleine verschillen die er zijn (zie *bijlage 7*) ontstaan door de iets andere demografische opbouw van Midden-Holland.

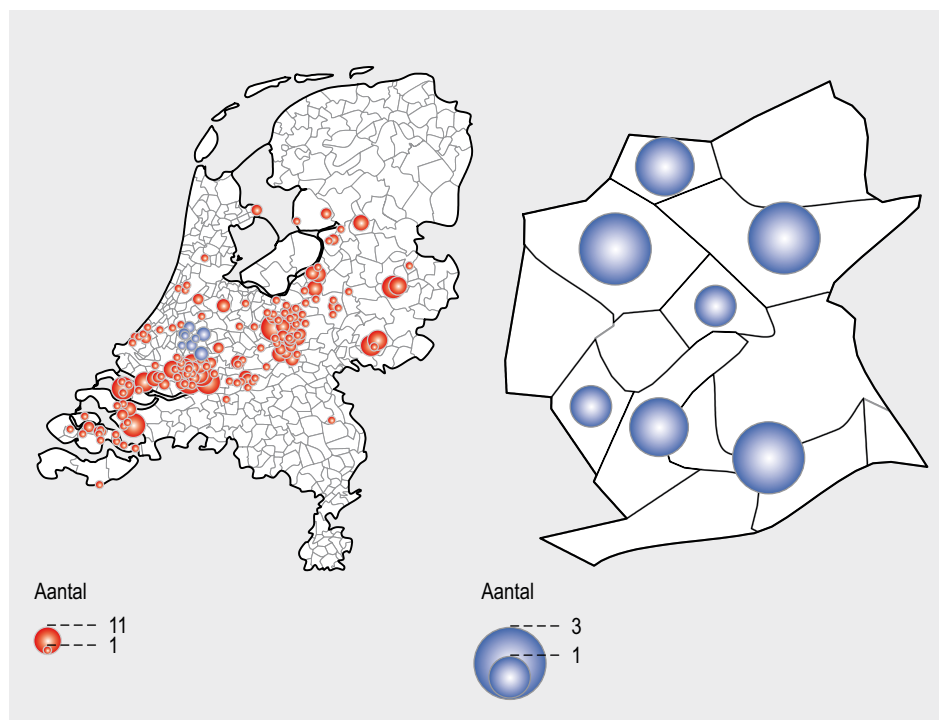
Tekstblok 3.2: Kanttekeningen bij extrapolatie van cijfers naar Midden-Holland

Voor VTV/www.nationaalkompas.nl worden verschillende zorgregistraties gebruikt om de prevalentie en incidentie van ziekten in de Nederlandse bevolking te schatten. Deze prevalentie- en incidentiecijfers hebben wij geëxtrapoléerd naar de bevolking van Midden-Holland, dat wil zeggen dat de bevolking van Midden-Holland is toegepast op deze cijfers. Dus alleen door verschillen in bevolkingsopbouw zien we verschillen in prevalentie- en incidentiecijfers. We gaan er hierbij vanuit dat de leeftijdspecifieke cijfers voor Nederland ook gelden

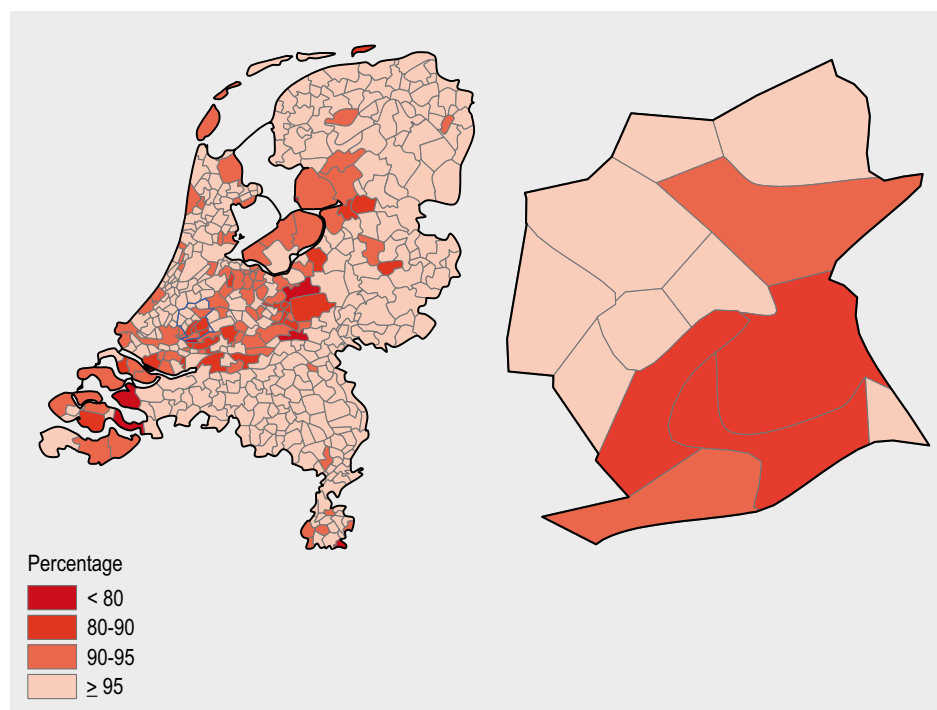
voor Midden-Holland. Voor de meeste ziekten, en zeker voor de in *tabel 3.4* genoemde ziekten, zal dat wel het geval zijn. Voor bepaalde ziekten hebben we de omrekening niet gemaakt, zoals voor aids of de ziekten uit het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). We weten dat aids voornamelijk voorkomt in de grote steden en dus niet representatief is voor Midden-Holland. En van de RVP-ziekten weten we op voorhand al dat ze meer dan gemiddeld voorkomen in Midden-Holland, vanwege de lagere vaccinatiegraad (zie hieronder).

Kinkhoest en rode hond

Infectieziekten nemen in Midden-Holland een bijzondere plaats in vergeleken met Nederland, vanwege de lagere vaccinatiegraad in Midden-Holland (zie *figuur 3.10* en *3.11*). De gemeenten Bergambacht, Ouderkerk en Vlist behoren tot de gemeenten met de laagste vaccinatiegraad in Nederland. In deze gemeenten zijn in 2005 minder dan 90% van de zuigelingen gevaccineerd. Voor kinkhoest treedt elke 2-3 jaar een epidemiologische verheffing op (1999, 2001, 2004). Sinds de vaccinatie voor rode hond voor zowel meisjes als jongens is ingevoerd, komt de ziekte nog nauwelijks voor in Nederland. In



Figuur 3.10: Het aantal laboratorium bevestigde gevallen van rode hond in de periode 1-9-2004 tot 13-9-2005. Bron: Osiris (RIVM).

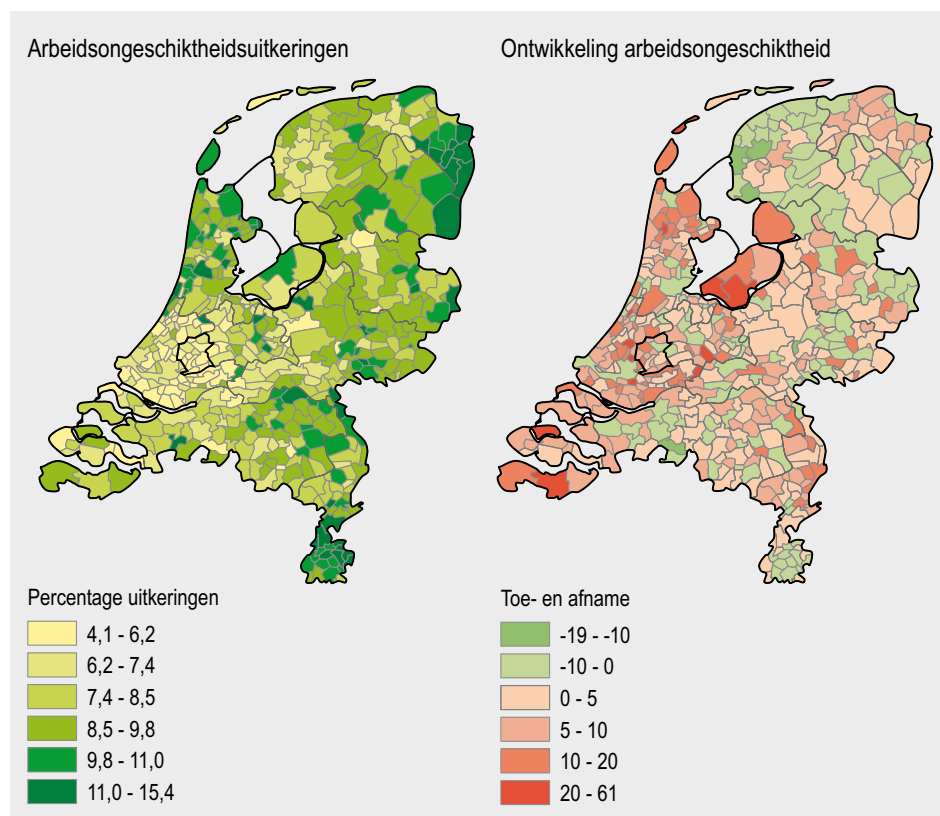


Figuur 3.11: Het percentage gevaccineerden voor DKTP op 1 januari 2005 in Nederland en per gemeente, cohort 2002, eerste revaccinatie zuigelingen. Bron: LVE.

september 2004 is echter een epidemie van rode hond gesignaleerd. Een vergelijking met de vaccinatiepercentages laat zien dat de epidemie (vooralsnog) beperkt blijft tot gemeenten met een relatief laag percentage gevaccineerde kinderen. Het aantal kinkhoest- en rode hondmeldingen in Midden-Holland is hoger dan het landelijk gemiddelde. Binnen de regio werden in 2004 de meeste kinkhoestgevallen gemeld in de gemeente Vlist (21 gevallen, dit komt overeen met 214,3 per 1.000 inwoners). De minste kinkhoestmeldingen (2 gevallen) kwamen uit de gemeente Moordrecht (24,8 per 1.000 inwoners).

3.7 Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Werknemers hebben over het algemeen een betere gezondheid dan mensen die niet werken. Dit heeft te maken met gezondheidsbevorderende aspecten van arbeid (van werken word je gezond) maar ook met selectie (juist gezonde mensen werken het vaakst). Aan de andere kant kan werken ook gezondheidsschade veroorzaken. Een flink deel van de werknemers loopt risico's op ongevallen of ziekten die worden veroorzaakt door blootstelling aan gevaren in de arbeidssituatie, zoals chemicaliën, lawaai en stress. Omdat we geen gegevens hebben van het aantal mensen met een arbeidsgerelateerde aandoening, gebruiken we ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Iemand



Figuur 3.12: Percentage arbeidsongeschiktheidsuitkeringen per gemeente in 2004 in de bevolking van 15 tot 65 jaar en de toe- of afname in arbeidsongeschiktheid per gemeente over de periode 1999-2004. Bron: UWV; www.zorgatlas.nl.

is arbeidsongeschikt als hij/zij als gevolg van ziekte of gebreken niet meer in staat is om met passende arbeid hetzelfde te verdienen als gezonde personen met een soortgelijke opleiding en ervaring gewoonlijk verdienen.

Situatie in Midden-Holland

Het aantal lopende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bedroeg in 2005 voor de regio Midden-Holland 9.670, dat komt overeen met 61 per 1.000 inwoners⁶. Reeuwijk heeft de minste uitkeringen (46 per 1.000 inwoners) en Gouda de meeste (72 per 1.000 inwoners).

⁶ onder lopende uitkeringen wordt verstaan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen krachtens de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) en de wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ).

Midden-Holland vergeleken met Nederland

In Nederland krijgt 8,5% van de bevolking van 15 tot en met 64 jaar een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De percentages variëren per gemeente van 4,1% tot 15,3%. Bijna alle gemeenten in de provincie Zuid-Holland hebben een laag percentage arbeidsongeschikten (significant). De sterke clustering over Nederland doet vermoeden dat naast gezondheid ook de situatie op de (regionale) arbeidsmarkt van invloed is op het percentage arbeidsongeschikten.

Het percentage mensen dat langdurig verzuimt vanwege arbeidsongeschiktheid is 4,7% in Nederland, de provincie Zuid-Holland wijkt hier niet vanaf met 4,8% (deze cijfers zijn alleen op provinciaal niveau beschikbaar).

3.8 Gezondheid in één maat

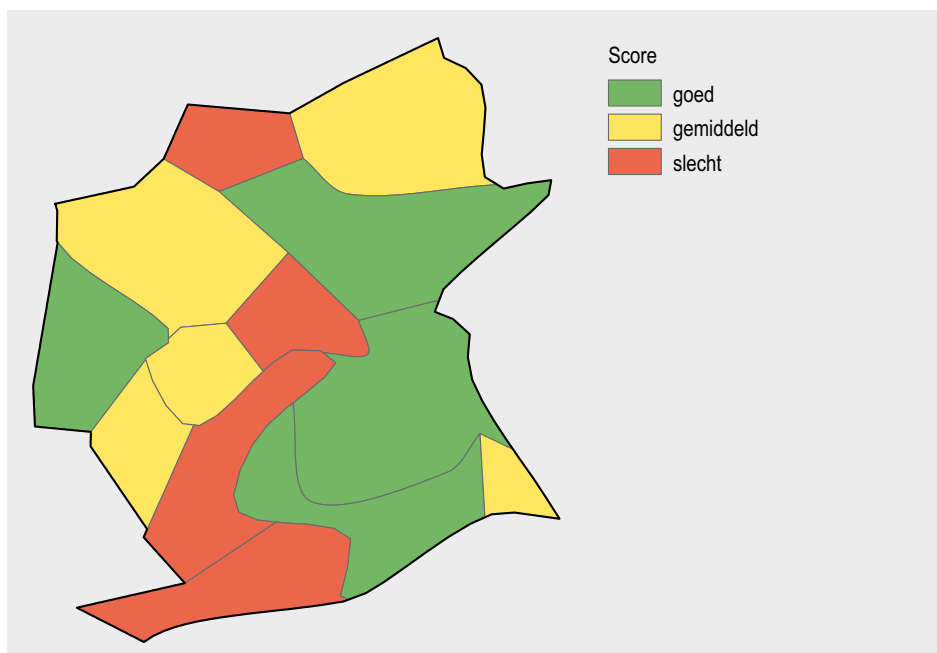
Gezondheidsverschillen tussen gemeenten

Er zijn gezondheidsverschillen tussen de gemeenten in Midden-Holland. Om na te gaan hoe de gemeenten zich qua gezondheid tot elkaar verhouden, hebben we een aantal gezondheidsindicatoren, waaronder sterfte, ervaren gezondheid, depressie en angst, per gemeente gerangschikt. Een gemeente kan voor een bepaalde aandoening als slechtste scoren (rangnummer 13), maar voor een andere aandoening juist als beste uit de bus komen (rangnummer 1) (*bijlage 6*). Naast deze rangordening per indicator hebben we ook een totaalscore berekend, de 'gezondheidsscore'. Dit is een samenvattende maat die een indruk geeft van 'de gezondheid' per gemeente en is gebaseerd op de rangordening van de indicatoren (*bijlage 6*).

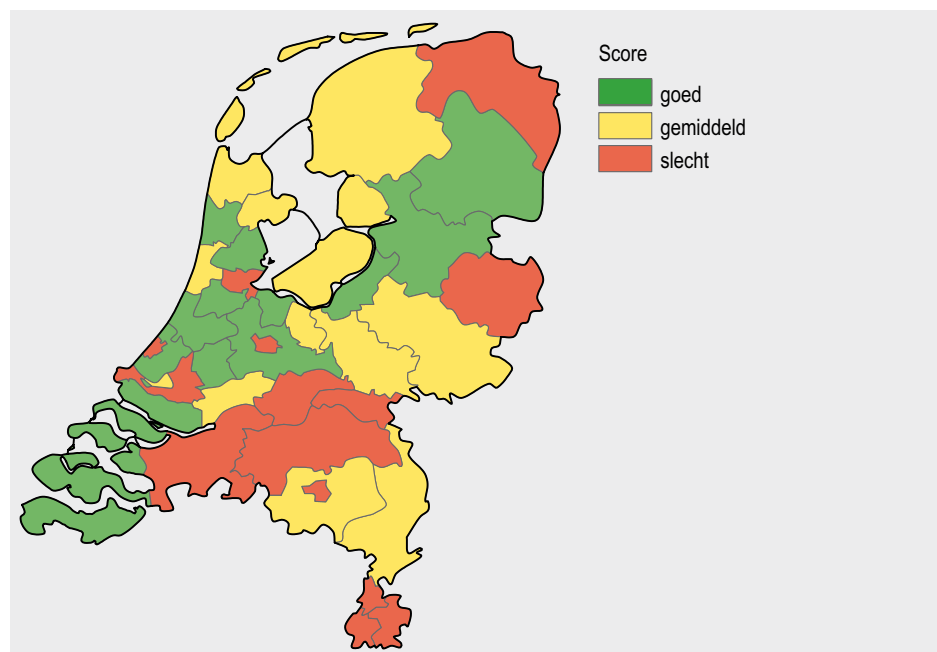
Samengevat komt voor deze indicatoren Vlist als beste gemeente uit de bus (zie *figuur 3.13*). Deze gemeente scoort op alle indicatoren goed, behalve op totale sterfte en sterfte aan hart- en vaatstelsel. De gemeente Reeuwijk doet niet veel onder voor Vlist. De gemeenten Nederlek en Gouda scoren het slechtst, hoewel Gouda op drie indicatoren (sterfte aan hartvaatziekten, hoge bloeddruk en artrose) goed scoort, samen met een aantal andere gemeenten. Nederlek scoort op geen enkele indicator goed.

Gezondheid in Midden-Holland vergeleken met Nederland

Ook voor heel Nederland zijn verschillende indicatoren van gezondheid en ziekte op een rij gezet en is een samenvattende gezondheidsscore beschikbaar (De Hollander et al., 2006). De indicatoren die voor deze score zijn gebruikt, is een andere set van indicatoren dan de set indicatoren die we hebben gebruikt voor de gemeenten in de regio Midden-Holland (zie *bijlage 8*). Dit komt door de wisselende beschikbaarheid van de indicatoren op regionaal en gemeentelijk niveau. In de landelijke samenvattende score zit bijvoorbeeld de levensverwachting, het vóórkomen van beperkingen, kanker en hart- en vaatziekten. Ook hier geldt dat Midden-Holland weliswaar niet op alle indicatoren even goed scoort, maar overall een goede derde plaats bezet (zie *figuur 3.14*).



Figuur 3.13: Samengestelde gezondheidsscore per gemeente in Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005; De Hollander et al., 2006.



Figuur 3.14: Samengestelde gezondheidsscore per GGD-regio. Bron: De Hollander et al., 2006.

3.9 Ontwikkelingen in de tijd

In voorgaande paragrafen is de huidige gezondheidssituatie in Midden-Holland geschetst. In deze paragraaf schetsen we enkele ontwikkelingen in gezondheid die we de laatste jaren hebben gezien. Alleen voor de levensverwachting is het mogelijk om dit voor Midden-Holland te doen, de andere ontwikkelingen zijn afgeleid van landelijke ontwikkelingen.

Trends in de (gezonde) levensverwachting

De levensverwachting bij geboorte in Midden-Holland anno 2004 is evenals in Nederland weer iets hoger dan de voorgaande jaren. Sinds 1950 is de levensverwachting in Nederland voor mannen met 5,8 jaar gestegen tot 76,2 jaar en die van vrouwen met 8,3 jaar tot 80,9 jaar. De grootste stijging in levensverwachting vond eerder plaats onder vrouwen (1950-1980) dan onder mannen (1970-2003). In Midden-Holland is de levensverwachting gestegen van 78,8 in de periode 1995-1999 tot 79,9 in de periode 2001-2004 (zie *tabel 3.8*).

De stijging in de levensverwachting in Nederland is vooral toe te schrijven aan de sterke daling in de sterfte aan hart- en vaatziekten. De sterfte aan kanker is ook gedaald, bij mannen veel sterker dan bij vrouwen.

Trends in ziekten en aandoeningen

Door de groei van de bevolking en vooral van het aantal ouderen, neemt het aantal mensen met ziekten toe. Maar los daarvan nemen patiëntenaantallen ook toe, bijvoorbeeld doordat steeds meer mensen te zwaar zijn en daardoor meer kans hebben op diabetes en hart- en vaatziekten. De belangrijkste verschuivingen in epidemiologische ziektepatronen zijn samengevat in *tabel 3.9* (De Hollander et al., 2006). Opvallende ontwikkelingen zijn de daling in de sterfte aan hart- en vaatziekten en de toename van de incidentie van een aantal vormen van kanker. Verder behoren de prevalentie van astma en diabetes tot de grootste stijgers. Op sommige gebieden staan de trends voor mannen en vrouwen diagonaal tegenover elkaar. Zo is de incidentie van longkanker bij vrouwen de grootste stijger en bij mannen de grootste daler. Ook de sterfte aan COPD neemt bij vrouwen toe en bij mannen af. Deze trends zijn direct gerelateerd aan de rooktrends uit het verleden. In de jaren zestig en zeventig is het percentage rokers onder mannen sterk gedaald (van 90% eind jaren vijftig naar 40% in 1982) terwijl het

Tabel 3.8: Levensverwachting en gezonde levensverwachting (in jaren) van de bevolking in Midden-Holland 1995-1999 en 2001-2004. Bron: CBS.

	totaal		mannen		vrouwen	
	95-99	01-04	95-99	01-04	95-99	01-04
levensverwachting	78,8	79,9	76,0	77,6	81,5	81,9
levensverwachting in goed ervaren gezondheid	63,8	66,8	63,6	66,9	63,9	66,5
levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen	67,4	72,7	68,7	72,2	67,3	74,0

Tabel 3.9: Rangordening van ziekten op basis van grootste, statistisch significante, veranderingen in de periode 1993-2003, na correctie voor leeftijd^a. Bron: CMR-Nijmegen, RNH, NKR, LIS.

	incidentie	prevalentie	sterfte
sterkste stijgers	longkanker (v)	astma	dementie
	borstkanker (v)	diabetes	longkanker (v)
	huidkanker	depressie	COPD (v)
	darmkanker	angststoornissen	slokdarmkanker (m)
	diabetes mellitus	beroerte	accidentele val
sterkste dalers	longkanker (m)	COPD	coronaire hartziekten
	influenza	zweren maag en 12-vingerige darm	longkanker (m)
	privé-ongevallen	slechthorendheid	beroerte
	maagkanker	hartfalen (v)	hartfalen
	sportblessures	ziekte van Parkinson	COPD (m)

COPD= chronisch obstructieve longziekten (chronic obstructive pulmonary diseases)

(v)= trend is significant voor vrouwen, (m)= trend is significant voor mannen; in alle overige gevallen is de trend zowel voor mannen als voor vrouwen significant.

^a Cijfers zijn verkregen door een lineaire regressieanalyse uit te voeren op gegevens over incidentie, prevalentie en sterfte voor de 53 VTV geselecteerde ziekten. Er is gecorrigeerd voor leeftijd.

onder vrouwen in deze periode juist iets toenam (van 29% naar 33%) (STIVORO, 2006). Sinds begin jaren tachtig daalt het percentage rokers licht en loopt deze trend voor mannen en vrouwen ongeveer parallel.

Gegevens over ziekte-trends zijn niet voor Midden-Holland apart beschikbaar. Voor dit moment gaan we er daarom vanuit dat de in *tabel 3.9* getoonde rangorde overeenkomt met die in Midden-Holland. De rangordening zou bijvoorbeeld sterk kunnen afwijken van die in Midden-Holland als de trends in ongezond gedrag in de regio sterk afwijken van het gemiddelde in Nederland. Er zijn op dit moment echter geen gegevens beschikbaar die in die richting wijzen (zie *hoofdstuk 4*).

Tekstblok 3.3: Trends in ziekten in Nederland

Verdere daling van sterfte aan hart- en vaatziekten

Sinds eind jaren tachtig daalt de sterfte aan coronaire hartziekten. Dit is zowel te danken aan een betere behandeling van de hartziekten zelf als aan het reduceren van de risicofactoren.

Ook voor beroerte is de sterfte al enige tijd dalende, dankzij de verbeteringen in de zorg. Maar omdat het aantal mensen dat getroffen wordt door een beroerte niet daalt (en bij vrouwen zelfs licht stijgt) zijn er meer mensen in leven die een beroerte hebben gehad (dus een hogere prevalentie). Opmerkelijk is dat voor het eerst ook de incidentie en de sterfte van hartfalen daalt. Zeer waarschijnlijk komt dit door een daling in de ernst van de coronaire hartziekten en de verbeterde behandeling van infarcten.

Stijging van kanker bij vrouwen en daling bij mannen

De incidentie van een aantal vormen van kanker is de afgelopen jaren gestegen. Opvallend is dat de incidentie van alle vormen van kanker samen in de afgelopen tien jaar is gestegen voor vrouwen en gedaald voor mannen. Grotendeels is dit te verklaren uit de tegengestelde ontwikkelingen in longkanker zoals beschreven in de tekst. Ook de stijging van de incidentie van borstkanker komt uiteraard volledig op het conto van vrouwen. De totale incidentie van kanker blijft overigens ongeveer gelijk. Tegelijkertijd daalt de sterfte aan kanker: in de periode 1993-2003 is de sterfte aan kanker bij mannen met 14% gedaald en bij vrouwen met 2%. De stijging in de incidentie van kankers is te wijten aan zowel veranderingen in de leefstijl (voeding,

lichamelijk activiteit, overgewicht) als aan het feit dat deze kankers nu eerder opgespoord worden. Een deel van de stijging blijft echter onverklaarbaar. De daling in de sterfte aan kanker is vooral te danken aan verbeteringen in de behandeling. Deels zijn deze verbeteringen mogelijk door de vroegere opsporing waardoor de behandeling in een eerder stadium kan worden gestart.

Diabetes neemt toe door stijging overgewicht en verbeterde opsporing

Het aantal mensen met diabetes mellitus type 2 was in de eerste helft van de jaren negentig vrij constant en is sindsdien fors gestegen. Een deel van deze stijging is toe te schrijven aan de toename van het aantal mensen met overgewicht. Een ander deel van de verklaring is dat huisartsen tegenwoordig meer alert zijn op de mogelijkheid van diabetes. Een actieve huisarts die bij oudere personen, personen met vage klachten of personen met risicofactoren als overgewicht, diabetes in de familie of hoge bloeddruk, relatief snel een bloed-glucosewaarde bepaalt, registreert meer patiënten. Behalve de huisarts zijn mensen zelf ook meer alert gemaakt door campagnes.

De stijging van het aantal diabetespatiënten bekend bij de huisarts betekent niet dat ook daadwerkelijk het aantal mensen met diabetes is gestegen; begin jaren negentig was er op elke bekende diabeet één onbekende. Door de verbeterde opsporing is deze verhouding veranderd, maar het is onbekend hoeveel mensen nu diabetes hebben, zonder dat zijzelf of hun huisarts dit weten. Een herhaling van de bevolkingsonderzoeken uit de jaren negentig zouden hier meer duidelijkheid over kunnen geven.

Prevalentie van astma stijgt niet langer en daalt zelfs bij kinderen

Sinds de jaren negentig is de prevalentie van astma sterk gestegen. In 2003 had ruim een half miljoen mensen in Nederland astma. De publicaties over een toename van de astmamorbiditeit worden de laatste jaren gevolgd door berichten die duiden op een stabilisatie van deze trend, vooral onder kinderen. In eerste instantie waren dit nog voornamelijk buitenlandse gegevens, maar sinds eind jaren negentig stijgt ook in Nederland de prevalentie van astma niet langer en is het aantal kinderen met astma zelfs licht gedaald.

De oorzaak van de wereldwijde stijging in de prevalentie van astma is nog steeds onderwerp van discussie. Een deel van de verklaring is een toegenomen bewustzijn van astma bij artsen en

patiënten. Een ander deel van de stijging hangt naar alle waarschijnlijkheid samen met veranderingen in leefstijl als gevolg van de toenemende welvaart, zoals veranderingen in voedingspatronen en leefomgeving en het doormaken van minder infecties. Men veronderstelt dat deze welvaartsfactoren vooral een rol spelen rond de geboorte. Dit zou verklaren waarom de stijging (en nu dus ook daling) vooral bij kinderen optrad.

Depressie en angst vaker gezien in de huisartsenpraktijk, geen bewijs voor toename in de bevolking

Het aantal mensen waarvan de huisarts weet dat ze lijden aan depressie of angststoornissen is de laatste tien jaar sterk toegenomen. Zo is het aantal bij de huisarts bekende patiënten met een depressie van 1994 tot 2004 ongeveer verdubbeld. Dit betekent niet automatisch dat het aantal mensen met deze psychische stoornissen in de bevolking is gestegen. De stijgende trend in de huisartsenregistraties kan ook wijzen op een verbeterde herkenning. Er zijn twee herhaalde bevolkingsonderzoeken - een regionaal en een internationaal - die heel voorzichtig in deze richting wijzen. Ze laten een stabilisatie zien van het aantal mensen met angst- of stemmingsstoornissen in de bevolking en een groei in het zorggebruik. Of dit beeld echt klopt, kan alleen met zekerheid gezegd worden als de landelijke bevolkingsonderzoeken uit de jaren negentig naar psychische stoornissen herhaald zouden worden.

Letsel door ongevallen lijkt te dalen

Over de hele linie is er sprake van een daling in het aantal behandelingen van letsels op de afdeling spoedeisende hulp in de periode 1993-2003. Dit geldt niet alleen voor letsels door privé-ongevallen en sportblessures maar ook voor verkeers- en arbeidsongevallen.

Voor de trends in ongevallen is niet één oorzaak te geven. Vele factoren spelen een rol. Vergiftigingen bij kinderen zijn bijvoorbeeld sterk gedaald, waarschijnlijk als gevolg van verbeteringen in de verpakking van giftige middelen. De afname van sportblessures loopt parallel met de afname van sportparticipatie. Voor takken van sport die toenemende populariteit genieten is juist sprake van een stijging in de blessures (bijvoorbeeld mountainbiken en skateboards). De daling van het aantal verkeersslachtoffers heeft naar alle waarschijnlijkheid vooral te maken met verdergaande verbeteringen in de verkeersveiligheid. Er is geen duidelijke verklaring voor de enorme daling na 2000.

4 OORZAKEN VAN ONGEZONDHEID

4.1 Inleiding

De manier waarop mensen hun leven leiden, heeft een grote invloed op de gezondheid en het ontstaan van ziekten. In het vorige hoofdstuk bespraken we de gezondheid van de mensen in Midden-Holland. In dit hoofdstuk gaan we in op de factoren die onze gezondheid bepalen (ook wel determinanten genoemd; zie ook *figuur 1.1*).

Welke oorzaken van ongezondheid zijn er?

Onze gezondheid is het resultaat van een dynamisch samenspel van persoonsgebonden factoren, leefstijl en omgevingsfactoren. Persoonsgebonden factoren kunnen genetisch zijn of verworven in de loop van het leven (bloeddruk, serumcholesterol, lichaamsgewicht). Bij leefstijl gaat het om het samenspel tussen voor de gezondheid gunstig en ongunstig gedrag, zoals lichaamsbeweging, tabaksgebruik en overmatig alcoholgebruik. Ook omgevingsfactoren, factoren die van buiten onszelf op ons inwerken, beïnvloeden de gezondheid. Hier onderscheiden we de fysieke omgeving, zoals geluid, straling, luchtverontreiniging en voedingsadditieven, maar ook de kwaliteit van de woning of van de lokale ruimtelijke ordening. Daarnaast onderscheiden we de sociale omgeving: de aanwezigheid van sociale steun, de mogelijkheid van personen om zich te ontplooiën of terloopse contacten te hebben op het werk, de gelegenheid om zich te ontspannen op vakantie, met een hobby of met een goed boek, de sociale samenhang of ‘mores’ van een buurt.

Het uiteindelijke risico op een ziekte wordt bepaald door een combinatie van persoonsgebonden factoren, leefstijl en omgevingsfactoren. Ons ongezonde gedrag is dus geen op zichzelf staand verschijnsel, maar vertoont sterke samenhang met de sociale en fysieke omgeving.

Ziektelast ten gevolge van enkele belangrijke determinanten van gezondheid

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 is een schatting gemaakt van de ziektebelasting die in Nederland wordt veroorzaakt door tien leefstijlfactoren en ongunstige persoonsgebonden factoren (De Hollander et al., 2006). Ziektebelasting is een maat voor gezondheidsverlies, waarin zowel verloren levensjaren als verlies aan kwaliteit van leven wordt meegenomen. Voor een gedetailleerde uitleg van de ziektebelastingberekeningen verwijzen we naar De Hollander et al., 2006. Voor dit rapport is van belang dat roken in Nederland de meeste ziektebelasting veroorzaakt (*tabel 4.1*). Dit wordt vooral veroorzaakt door longkanker, COPD en coronaire hartziekten. Ook overgewicht en hoge bloeddruk veroorzaken veel ziektebelasting, vooral in de vorm van diabetes mellitus, coronaire hartziekten en beroerte. De afzonderlijke percentuele bijdragen in *tabel 4.1* mogen overigens niet zo maar bij elkaar worden opgeteld, onder andere omdat factoren kunnen samenhangen. Zo hangen overgewicht en hoge bloeddruk nauw samen met lichamelijke activiteit en het voedingspatroon.

Tabel 4.1: Bijdrage van belangrijkste leefstijlfactoren en persoonsgebonden factoren aan de ziektelast (in procenten van de totale jaarlijkse ziektelast) in de Nederlandse bevolking van 20 jaar en ouder.

determinant	ziektelast (%) ^a
roken	13,0
verhoogde bloeddruk	7,8
overgewicht	9,7
lichamelijke inactiviteit	4,1
te weinig fruit	2,4
te weinig groente	1,4
te weinig vis	2,3
te veel verzadigd vet	0,8
verhoogd cholesterolgehalte	2,7
alcoholgebruik	4,5

^a percentage van het totaal voor 71 aandoeningen

Het is aannemelijk dat de ziektelast in Midden-Holland voor de meeste determinanten overeenkomt met die in Nederland aangezien, en dat zullen we ook zien in de volgende paragrafen, het voorkomen van die determinanten niet in belangrijke mate afwijkt van het Nederlands gemiddelde. Alleen de ziektelast ten gevolge van roken zal waarschijnlijk lager zijn omdat in Midden-Holland minder wordt gerookt dan in de rest van Nederland (*paragraaf 4.2*).

Indeling van hoofdstuk 4

Dit hoofdstuk geeft inzicht in enkele belangrijke factoren die de gezondheid van inwoners van Midden-Holland bepalen. Achtereenvolgens komen de volgende determinanten van (on)gezondheid aan de orde: roken (4.2), alcoholgebruik (4.3), lichamelijke activiteit (4.4), voeding (4.5), druggebruik (4.6), overgewicht (4.7) en seksueel gedrag (4.8). In *paragraaf 4.9* presenteren we een samenvattende maat voor het vóórkomen van determinanten in Midden-Holland. De in dit hoofdstuk beschreven determinanten vormen een selectie van factoren die kunnen worden beïnvloed door gezondheidsbeleid én waarover (recente) gegevens beschikbaar zijn. Dat betekent dat andere belangrijke determinanten, zoals milieu, verkeersveiligheid, werkdruk, et cetera buiten beschouwing blijven. Ook de interacties tussen de diverse determinanten komen in dit hoofdstuk niet expliciet aan de orde.

We beschrijven per determinant steeds het vóórkomen in Midden-Holland, voor zover mogelijk in verschillende bevolkingsgroepen. Daarnaast bekijken we of er in Midden-Holland sprake is van een toename dan wel afname in het voorkomen van determinanten in de afgelopen jaren (trends), indien de gegevens hiervoor aanwezig zijn. Ook vergelijken we Midden-Holland met het gemiddelde van Nederland.

De cijfers komen vooral uit de gezondheidsenquête POLS van het CBS en de gezondheidsenquêtes van de Zuid-Hollandse GGD'en (zie *tekstblok 4.1*). Meer informatie over deze bronnen en indicatoren is ook te vinden op www.nationaalkompas.nl en *bijlage 2*.

Tekstblok 4.1: Gegevensbronnen over oorzaken van ongezondheid**Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005**

In deze enquête van de GGD Hollands Midden, vestiging Gouda, is aan volwassenen en ouderen gevraagd hoe zij hun gezondheid ervaren, welke aandoeningen en lichamelijke beperkingen zij hebben en welke psychische klachten. Ook is uitgebreid gevraagd naar verschillende gezondheidsbeïnvloedende factoren zoals leefstijl (roken, alcoholconsumptie, beweging, voeding), overgewicht en het geven van mantelzorg.

Gezondheidsenquêtes zijn in Midden-Holland eveneens uitgevoerd in 2002 en 1992. Alhoewel vraagstellingen niet altijd overeen komen met de enquête van 2005, is het in enkele gevallen mogelijk een trend weer te geven over deze jaren.

Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS

Landelijke cijfers met betrekking tot gezondheidsbeïnvloedende factoren zijn afkomstig uit het POLS-onderzoek van het CBS. Dit is een jaarlijks onderzoek naar gezondheid en leefstijl onder een steekproef van circa tienduizend Nederlanders van 12 jaar en ouder. Informatie uit 2001-2004 is beschikbaar per GGD-regio. De POLS-enquête is gebruikt voor vergelijkingen van de GGD-regio Midden-Holland met de rest van Nederland.

Genotmiddelengebruik en gokgedrag onder scholieren in Midden-Holland (peilstationsonderzoek lokale GGD'en i.s.m. Trimbos-instituut) 2003

Elke vier jaar meten de lokale GGD'en in samenwerking met het Trimbos-instituut door middel van vragenlijstonderzoek het rookgedrag, alcohol- en drugsgebruik onder scholieren. Het onderzoek is uitgevoerd onder scholieren van groep 7 en 8 van het basisonderwijs en scholieren van alle klassen van het voortgezet onderwijs.

Peiling jeugd en gezondheid 2002/2003

Om inzicht te krijgen in de algehele ontwikkelingsstaat van 0-12-jarigen in Nederland, hun leefsituatie en het voorzieningengebruik is de peiling jeugd en gezondheid gehouden. Deze peiling heeft plaatsgevonden via de jeugdgezondheidszorg en is gekoppeld aan de reguliere contacten van ouders en kinderen met consultatiebureaus en de periodiek geneeskundige onderzoeken van de GGD'en voor kinderen in de basisschoolleeftijd.

Seks onder je 25*

Onderzoek van de Rutgers Nisso Groep in samenwerking met lokale GGD'en naar seksueel risicogedrag onder jongeren van 12 tot 25 jaar. Het onderzoek is in het najaar van 2004 uitgevoerd.

4.2 Roken

In vergelijking met andere leefstijlfactoren is de bijdrage van roken aan de totale ziektelast onder de bevolking hoog. In 2003 overleden in totaal ruim 20.000 mensen aan de gevolgen van roken. Bij mensen boven de 20 jaar is een groot deel van de sterfte aan longkanker, slokdarmkanker, strottenhoofdkanker, mondholtekanker, astma en COPD direct te wijten aan roken. Andere vormen van kanker zoals darm- en maagkanker, hangen mogelijk ook samen met roken. Daarnaast hangt ongeveer 30% van de sterfte aan coronaire hartziekten en ongeveer 14% van de sterfte aan beroerte samen met roken (www.nationaalkompas.nl). Ook zijn er aanwijzingen dat roken van de moeder tijdens de zwangerschap en na de geboorte het risico op zuigelingensterfte en wiegendoed vergroot.

Situatie in Midden-Holland

In 2005 rookte 27% van de volwassenen van 18 tot 65 jaar in de regio Midden-Holland. Dit percentage is de afgelopen jaren afgenomen, in 1992 rookte nog 37% van de volwassenen. Nog steeds roken mannen (32%) dan vrouwen (22%), hoewel dit verschil kleiner wordt.

In Midden-Holland heeft 40% van de scholieren in het voortgezet onderwijs ooit wel eens gerookt. Het percentage scholieren dat in de afgelopen maand heeft gerookt ('actuele rokers') ligt op 18%. Dit percentage is de afgelopen jaren gedaald: in 1999 rookte nog 22% in de afgelopen maand. In tegenstelling tot bij de volwassenen verschillen de percentages rokende jongens en meisjes nauwelijks van elkaar. In het basisonderwijs roken weinig kinderen: 10% heeft ooit gerookt, 1% heeft de afgelopen maand gerookt.

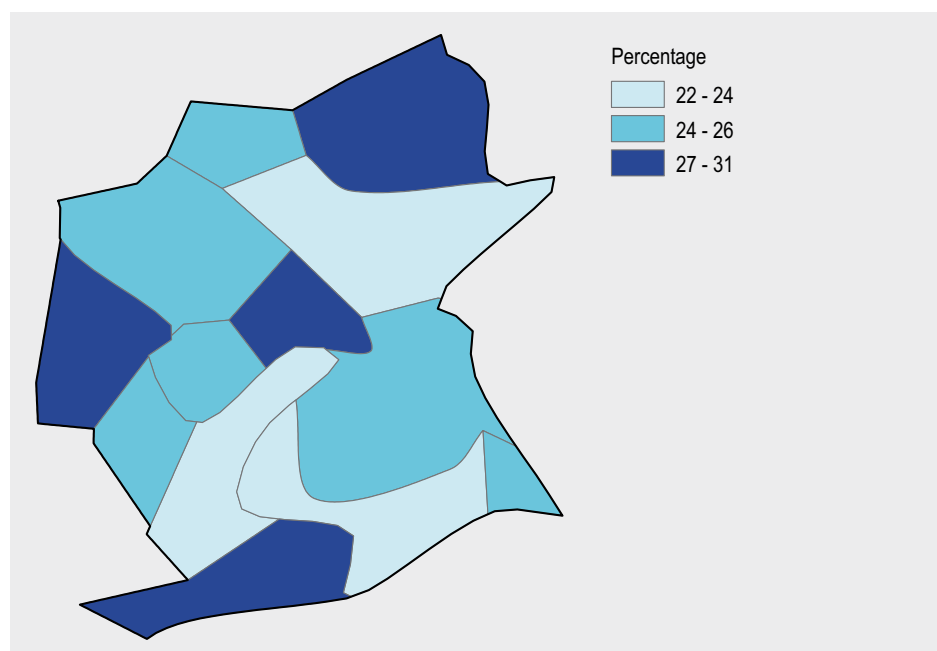
Beduidend meer mensen met een lage opleiding (34%) dan hoogopgeleiden (16%) in Midden-Holland roken. Het aantal rokers onder laagopgeleiden in de regio is niet gedaald sinds 2002. Onder hoogopgeleiden is het percentage rokers daarentegen sinds 2002 met 6% afgenomen. De daling in de afgelopen jaren van het totale aantal rokers in de regio komt daarmee volledig voor rekening van de hoogopgeleiden.

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Binnen de regio Midden-Holland is het percentage rokers het hoogst in Gouda en in Bodegraven (31%, zie *figuur 4.1*). In Bergambacht bevinden zich de minste rokers (22%).

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Als we landelijke bronnen vergelijken dan is het percentage rokers in Midden-Holland (STIVORO: 22%, CBS-POLS: 28,7%) significant lager dan het landelijk gemiddelde (STIVORO: 27,9% CBS-POLS: 31,5%). Ook het percentage rokende jongeren in Midden-Holland is lager dan elders in het land.



Figuur 4.1: Percentage rokers in de bevolking van 18 jaar en ouder per gemeente in Midden-Holland, 2005. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

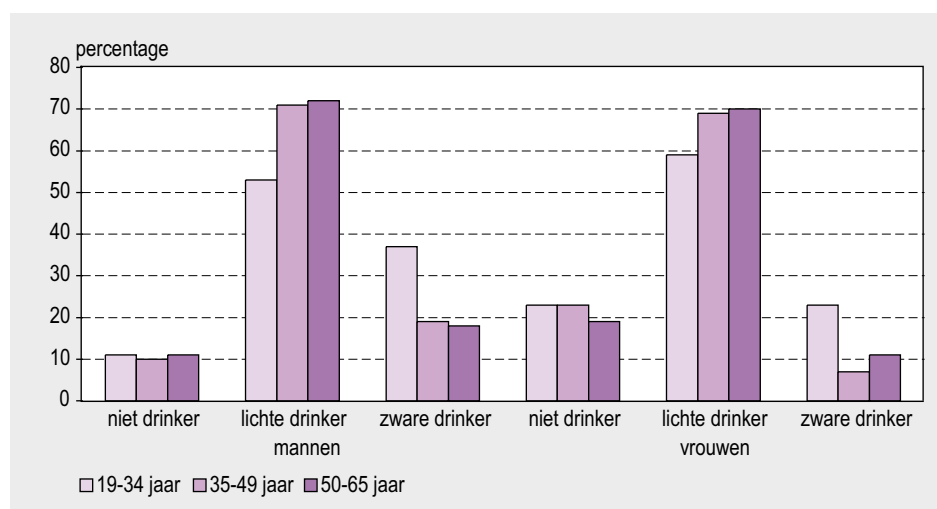
4.3 Alcoholgebruik

Jaarlijks overlijden in Nederland 1.900 personen aan aandoeningen die direct of indirect het gevolg zijn van overmatig alcoholgebruik. Overmatig gebruik van alcohol heeft talrijke negatieve gevolgen op verschillende organen en systemen in het lichaam (lever, nieren, centraal zenuwstelsel, immuunsysteem, hart- en bloedvaten). Overmatig gebruik van alcohol verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, een beroerte en op coronaire hartziekten, het verlaagt de vruchtbaarheid en vertraagt de ontwikkeling van kinderen voor en na de geboorte. Daarnaast heeft alcohol allerlei nadelige psychische effecten, een verslavende werking en verhoogt het de kans op stemmings- en angststoornissen (www.nationaalkompas.nl).

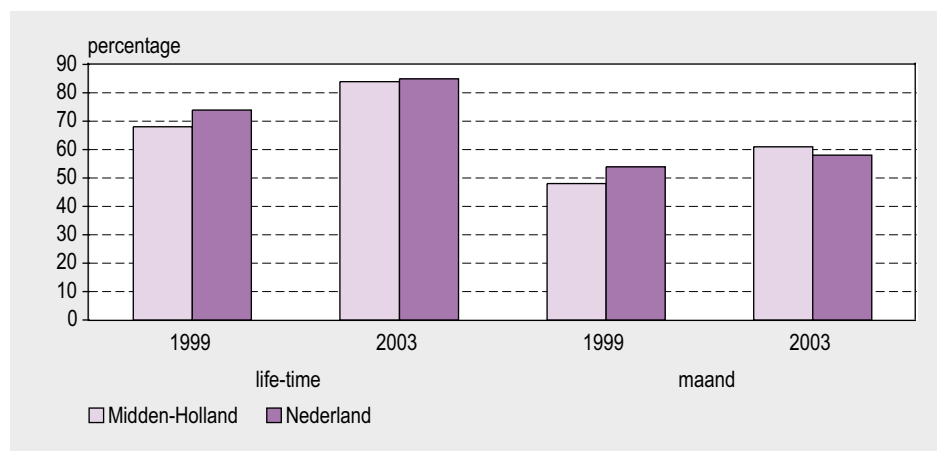
Situatie in Midden-Holland

Van alle volwassenen in Midden-Holland drinkt 85% wel eens alcohol, meer mannen (91%) dan vrouwen (79%) drinken wel eens. Dit percentage is niet gestegen tussen 2002 en 2005; in 1992 was het percentage volwassenen in de regio dat alcohol gebruikt wel lager, namelijk 79%. Van alle volwassenen is 17% een zware drinker, dit betekent dat één op de zes volwassenen op één of meer dagen minimaal zes glazen alcohol drinkt. Vooral jonge mannen zijn vaak zware drinkers (zie *figuur 4.2*).

Het begrip ‘zware drinker’ zegt iets over het piekgedrag in het drinkpatroon, excessief drinken zegt meer iets over iemands gemiddelde drinkgedrag. Een excessieve drinker drinkt minimaal vier glazen per dag op vijf of meer dagen per week of minimaal zes glazen per dag op drie à vier dagen per week. In de regio Midden-Holland is 8% van de volwassenen een excessieve drinker en 4% een zeer excessieve drinker (minimaal zes glazen per dag op vijf of meer dagen per week). Veel meer mannen (20%) dan vrouwen



Figuur 4.2: Percentage drinkers in de bevolking van 18-65 jaar, naar leeftijd en geslacht in Midden-Holland, 2005. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.



Figuur 4.3: Percentage jongeren in het voortgezet onderwijs in Midden-Holland dat ooit alcohol heeft gedronken (life-time) en dat in de afgelopen maand alcohol heeft gedronken (maand) vergeleken met Nederland. Bron: Genotmiddelengebruik en gokgedrag onder scholieren in Midden-Holland.

(4%) zijn excessieve drinkers. Het percentage (zeer) excessieve drinkers is gestegen in de afgelopen drie jaar: in 2002 was 9% van de volwassenen een (zeer) excessieve drinker.

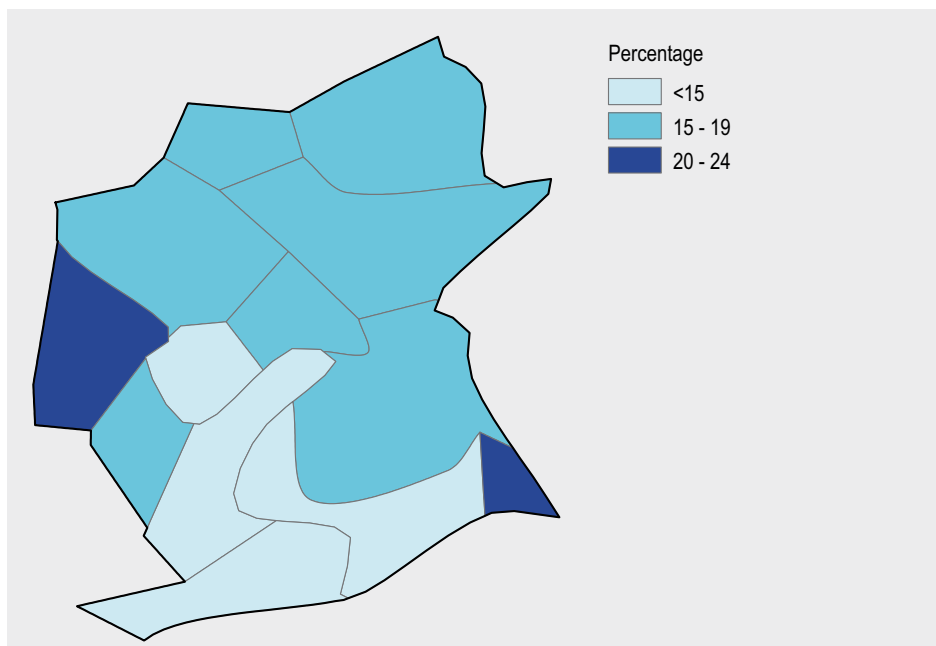
In Midden-Holland dronk in 2003 61% van de jongeren van 12-18 jaar regelmatig alcohol. Het alcoholgebruik onder jongeren in de regio is gestegen (zie *figuur 4.3*), vooral onder jonge scholieren. In 1999 dronk de helft van de 12-13-jarige scholieren ooit wel eens alcohol, in 2003 was dit gestegen naar 74%. Bij meisjes is de stijging sterker dan bij jongens; jongens drinken overigens nog wel frequenter en meer alcohol per keer dan meisjes.

Ook in het basisonderwijs is het aantal leerlingen dat ooit alcohol heeft gedronken tussen 1999 en 2003 gestegen, van 22% naar 47%. Ongeveer één op de zes leerlingen van tien jaar en ouder in het basisonderwijs heeft ook in de afgelopen maand alcohol gedronken. Ook dit percentage is bijna verdubbeld ten opzichte van 1999.

In de regio Midden-Holland drinken meer hoogopgeleiden dan laagopgeleiden alcohol. Het aantal excessieve drinkers is echter wel hoger onder mensen met een lage opleiding (7%) dan met een hoge opleiding (10%).

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

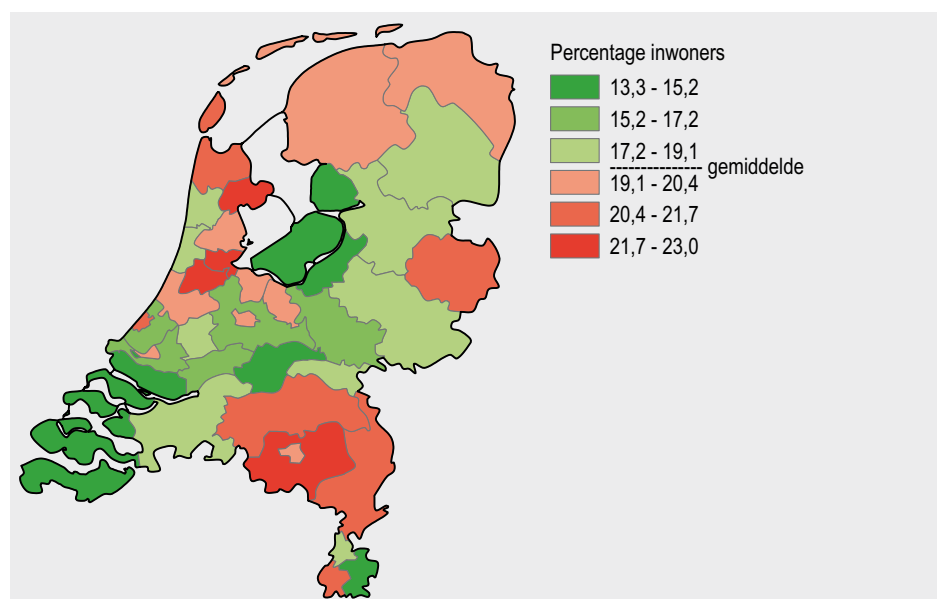
Het percentage zware drinkers verschilt per gemeente in de regio: inwoners van de gemeente Moordrecht zijn het minst vaak een zware drinker (10%; zie *figuur 4.4*). In Schoonhoven en in Zevenhuizen-Moerkapelle wonen de meeste zware drinkers: bijna één op de vier volwassenen (respectievelijk 23% en 24%). Deze percentages zijn significant hoger dan het gemiddelde percentage zware drinkers in de regio.



Figuur 4.4: Percentage zware drinkers in de bevolking van 18-65 jaar per gemeente in Midden-Holland, 2005. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Uit POLS-cijfers (CBS) blijkt dat het percentage drinkers van 12 jaar en ouder in Midden-Holland over de jaren 2001-2004 min of meer gelijk is aan het Nederlandse percentage (71%, zie *figuur 4.5*). Ook het percentage zware drinkers van 12 jaar en ouder ligt in Midden-Holland op het gemiddelde van Nederland (11%). Het alcoholgebruik onder jongeren in de regio is ook vergelijkbaar met het percentage jongeren in de rest van Nederland. Dit is een achteruitgang ten opzichte van een aantal jaren geleden toen in Midden-Holland nog minder jongeren dronken dan gemiddeld in Nederland.



Figuur 4.5: Percentage drinkers in de bevolking van 12 jaar en ouder per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2001-2004. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

4.4 Lichamelijke activiteit

In Nederland wordt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen toegepast om te bepalen of iemand voldoende beweegt. Volwassenen moeten volgens de norm op ten minste vijf dagen per week minstens een half uur matig intensief bewegen (wandelen, fietsen, tuinieren enzovoorts). Voor kinderen en jongeren stelt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen dat zij dagelijks minimaal één uur matig intensief moeten bewegen en dat minimaal tweemaal per week activiteiten moeten worden ondernomen die gericht zijn op het verbeteren van de lichamelijke fitheid.

Een tekort aan lichamelijke activiteit is in Nederland jaarlijks verantwoordelijk voor naar schatting ruim 8.000 sterfgevallen (ofwel circa 6% van het totaal aantal sterfgevallen) en voor een aanzienlijk deel van alle coronaire hartziekten (*tekstblok 4.2*). Lichamelijke activiteit, en voornamelijk intensieve lichamelijke activiteit, kent echter ook een nadeel, namelijk het risico op sportblessures of valongevallen. Jaarlijks lopen gemiddeld 1,5 miljoen mensen in Nederland een sportblessure op. Bij 1,3 miljoen slachtoffers gaat het om een acute sportblessure, bij de overige slachtoffers is het letsel geleidelijk ontstaan. Ongeveer de helft van de sportletsels (780.000 sportletsels) wordt medisch behandeld.

Tekstblok 4.2: Persoonsgebonden factoren en ziekten waarop voldoende lichamelijke activiteit een gunstig effect heeft

Persoonsgebonden factoren die gunstig worden beïnvloed door regelmatig voldoende te bewegen, zodat indirect het risico op ziekten wordt verlaagd

lichaamsgewicht
bloeddruk
vetpercentage
botdichtheid
triglyceridengehalte
HDL/LDL-cholesterol ratio
glucose-intolerantie
insulinegevoeligheid

Ziekten die gunstig worden beïnvloed door regelmatig voldoende beweging

coronaire hartziekten
diabetes mellitus type 2
beroerte
osteoporose
dikke darmkanker
borstkanker
dementie*
depressie*

*Steeds meer aanwijzingen voor een verband

Situatie in Midden-Holland

In Midden-Holland voldoet iets meer dan de helft van de volwassenen (51%, Gezondheidsenquête 2002) niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen en beweegt dus onvoldoende.

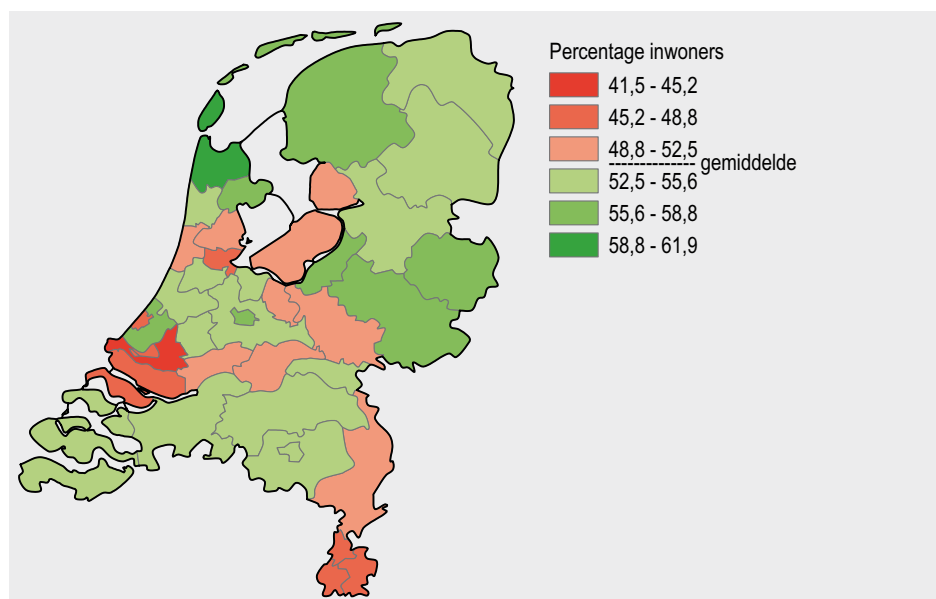
Ook kinderen in Midden-Holland bewegen te weinig. In Midden-Holland heeft slechts de helft (52%) van de 10-11-jarigen vijf of meer dagen per week tenminste een uur lichaamsbeweging. Eén op de zes 10-11-jarigen haalt dit maar hooguit twee dagen per week. Wel zijn relatief veel kinderen van 10-11 jaar lid van een sportvereniging (92% ten opzichte van 77% in heel Nederland).

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Uit de gezondheidsenquête Midden-Holland 2002 blijkt dat inwoners van Gouda het vaakst de beweegnorm halen (55%). Inwoners uit de gemeenten Bodegraven, Boskoop, Moordrecht, Nieuwerkerk aan den IJssel, Reeuwijk, Waddinxveen en Zevenhuizen-Moerkapelle halen significant minder vaak de beweegnorm (45%).

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Het aantal volwassenen in de regio Midden-Holland dat voldoende beweegt, wijkt over de jaren 2001-2004 nauwelijks af van het gemiddelde in Nederland (cijfers POLS-enquête (CBS)). In Nederland voldoet 52,5% van de bevolking van 12 jaar en ouder aan de Norm Gezond Bewegen (*figuur 4.6*).



Figuur 4.6: Percentage inwoners van 12 jaar en ouder dat voldoet aan de Norm Gezond Bewegen per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2001-2004. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

4.5 Voeding

Een ongezond voedingspatroon is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor kanker, voor diabetes mellitus type 2 en voor osteoporose. In Nederland zijn jaarlijks circa 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten en kanker (respectievelijk 38.000 en bijna 3.000) en circa 12% van de sterfgevallen te wijten aan een ongezonde voeding. Daarnaast kan ongezonde voeding leiden tot overgewicht dat op zijn beurt weer allerlei nadelige effecten op de volksgezondheid heeft (zie *paragraaf 4.1*).

Het verhoogde risico op hart- en vaatziekten hangt vooral samen met een voeding die rijk is aan verzadigde vetzuren en transvetzuren en arm is aan vis, groente en fruit. Het risico op longkanker, slokdarmkanker, maagkanker en kanker in hoofd- en halsgebied is hoger bij een voedingspatroon met weinig groente en fruit. Het risico op darmkanker is waarschijnlijk hoger met een voeding die rijk is aan vleeswaren en arm aan melk (calcium). Voor de consumptie van groente en fruit zijn nationale normen vastgesteld: 200 gram groente en 2 stuks fruit per dag.

Situatie in Midden-Holland

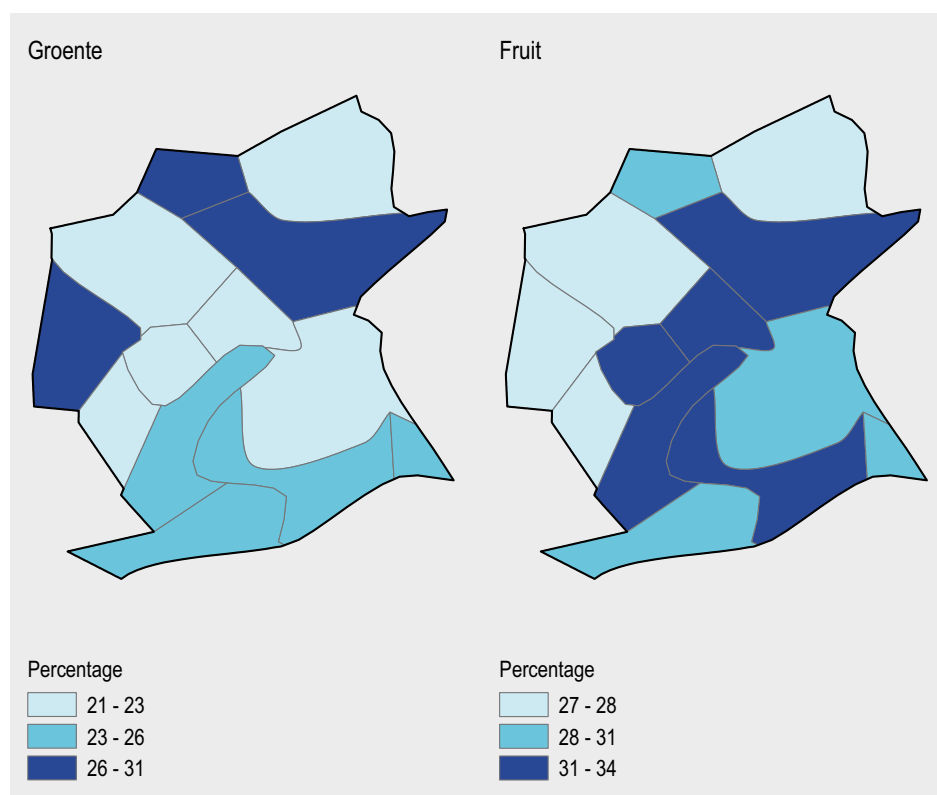
In Midden-Holland eet 76% van de volwassenen te weinig groente en 70% te weinig fruit. Het aantal volwassenen dat niet voldoet aan de groentenorm is gelijk gebleven tussen 2002 en 2005. Het aantal mensen dat niet voldoet aan de fruitnorm is met 6% gestegen. Jongvolwassenen en mannen eten vaker onvoldoende groente dan ouderen

en vrouwen. Over voedingsgewoonten van jongeren in Midden-Holland zijn geen recente gegevens beschikbaar.

Over de vetinname van inwoners van de regio Midden-Holland zijn geen gegevens bekend. Landelijke gegevens laten zien dat bij jongvolwassenen (19 tot 30 jaar) de inname van verzadigde vetzuren te hoog is; slechts 8% voldoet aan de aanbeveling voor verzadigde vetzuren. Voor transvetzuren en totaal vet is de situatie iets gunstiger. Bijna 60% van de mannen en 28% van de vrouwen gebruikt een voeding die voldoet aan de aanbeveling voor transvetzuren. Ruim de helft van de jongvolwassenen gebruikt een voeding die voldoet aan de aanbeveling voor totaal vet.

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Het percentage volwassenen dat niet voldoet aan de groentenorm varieert in de gemeenten van Midden-Holland van 69% tot 79%. Het percentage mensen dat voldoet aan de groentenorm is in Vlist significant lager (21%) dan in Reeuwijk (31%). Het percentage inwoners dat de fruitnorm niet haalt, varieert van 66% in Bergambacht tot 73% in Zevenhuizen-Moerkapelle (zie *figuur 4.7*).



Figuur 4.7: Percentage inwoners in de bevolking van 18-65 jaar dat voldoet aan de groente- en de fruitnorm per gemeente in Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Een vergelijking met Nederland is niet te maken omdat er geen landelijke cijfers voor handen zijn met betrekking tot groente- en fruitinname.

4.6 Druggebruik

Cannabis

De gezondheidsrisico's van het gebruik van cannabis (hasj/marihuana) hangen samen met het werkzame bestanddeel THC (=Tetrahydrocannabinol, het meest belangrijke werkzame bestanddeel van cannabis). THC bepaalt de psychoactieve effecten op de gebruiker. Het risico van verslaving of afhankelijkheid ligt vooral op het geestelijke vlak. Overmatig gebruik kan leiden tot een verlaagd reactie- en concentratievermogen en heeft een negatieve invloed op het korte termijn geheugen. Bij reeds kwetsbare personen kan regelmatig gebruik leiden tot psychoses. Jongeren die softdrugs gebruiken hebben over het algemeen meerdere risicovolle leefstijlkenmerken (spijbelen, crimineel gedrag, ander middelengebruik). Fysieke risico's hangen samen met de wijze van gebruik: door diep inhaleren krijgt men kankerverwekkende stoffen binnen.

De gezondheidsrisico's van cannabis waren altijd relatief beperkt. De afgelopen jaren is het THC-gehalte in nederwiet - in Nederland gekweekte cannabis - echter sterk toegenomen (van gemiddeld 8,6% in 1999 tot 20,4% in 2004). In 2005 lijkt het THC-gehalte van nederwiet te zijn gestabiliseerd (17,7%). Het THC-gehalte in geïmporteerde wiet ligt al jaren tussen de 5% en 7%. Recent onderzoek heeft aangetoond dat het roken van cannabis met een hoger THC-gehalte sterkere effecten op de gebruiker heeft (onder andere hartslagverhoging, verminderde concentratie, slaperigheid) (Mensinga et al., 2006). De minister van Volksgezondheid heeft vooralsnog besloten dat deze effecten nog niet zo ernstig zijn dat het middel als harddrug moet worden beschouwd.

Harddrugs

De effecten van harddrugs verschillen sterk. Zo werkt heroïne vooral snel geestelijk en lichamelijk verslavend en is cocaïne wel geestelijk maar minder lichamelijk verslavend. Voor ecstasy (XTC) is de verslavende werking vermoedelijk gering. Andere belangrijke gezondheidseffecten van harddrugs zijn intoxicaties en het gelijktijdig optreden van verslaving en psychische stoornissen. Daarnaast lopen harddruggebruikers een verhoogd risico op aandoeningen die samenhangen met de wijze van druggebruik, de kwaliteit van de drug (zoals bij XTC) en de leefstijl van de gebruiker. Zo kunnen gebruikers in geval van intraveneus toedienen van drugs een besmetting met virussen (hepatitis B en C of hiv) of een bloedvergiftiging oplopen. Ook bestaat er een verhoogd risico op het krijgen van longaandoeningen als gevolg van het roken van een rookbare vorm van cocaïne ('crack') en op het ontstaan van abscessen door het gebruik van niet-steriele spuiten. Er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat XTC de werking van hersencellen kan aantasten waarin serotonine een rol speelt. Mogelijke gevolgen op lange termijn zijn cognitieve achteruitgang, depressie en andere psychische stoornissen (www.nationaalkompas.nl)

Tabel 4.2: Druggebruik onder volwassenen in Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2002.

soort drugs	ooit gebruikt	recent gebruikt (< 1 jaar geleden)	recent gebruikt (< 4 weken geleden)
softdrugs (hasj, wiet)	11,3	3,8	2,1
synthetische drugs (XTC, amfetamine)	2,0	0,7	0,3
ecodrugs (paddo's)	1,7	0,2	0
harddrugs (cocaïne, heroïne)	1,4	0,5	0,3

Situatie in Midden-Holland

In 2002 had 27% van de jongvolwassenen (18 tot 35 jaar) ooit of recent drugs gebruikt. Onder alle volwassenen van 18-65 jaar lag dit percentage op 15% (zie *tabel 4.2*). Deze cijfers zijn enigszins vertekend omdat problematische druggebruikers vanwege het vaak ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats moeilijk worden bereikt met vragenlijstonderzoek.

Het percentage scholieren op het voortgezet onderwijs dat ooit cannabis heeft gebruikt, was 14% in 2003. In 1999 was dit percentage 18%. Het aantal actuele gebruikers (cannabisgebruik in de afgelopen maand) ligt op 6%. Op 15-16-jarige leeftijd is het actuele gebruik van cannabis het hoogst: 18% van de jongens en 8% van de meisjes gebruikt cannabis.

Harddruggebruik onder scholieren in het voortgezet onderwijs komt in Midden-Holland nauwelijks voor. Eén op de 20 scholieren in Midden-Holland heeft wel eens enige vorm van harddrugs geprobeerd. Het percentage actuele gebruikers van harddrugs ligt op 2%. XTC wordt het vaakst uitgeteerd/gebruikt, heroïne het minst vaak. Het gebruik van harddrugs is stabiel over de afgelopen jaren.

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Een vergelijking van druggebruik in de gemeenten in de regio Midden-Holland kan niet worden gemaakt omdat er geen cijfers beschikbaar zijn.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

Het percentage jongeren van 12 tot 18 jaar dat ooit cannabis heeft gebruikt ligt in Midden-Holland onder het landelijk gemiddelde van 19%. Ook het percentage actuele cannabisgebruikers ligt iets lager dan in de rest van Nederland (9%). Het gebruik van harddrugs onder jongeren in Midden-Holland is gelijk aan het gebruik door scholieren in de rest van Nederland.

4.7 Overgewicht

Overgewicht en in het bijzonder ernstig overgewicht (obesitas) kan verschillende chronische aandoeningen veroorzaken, zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten,

aandoeningen van de galblaas, aandoeningen van het bewegingsapparaat en verschillende vormen van kanker (darm, borst, eierstokken, baarmoeder, prostaat, galblaas, slokdarm, pancreas, nier). (Ernstig) overgewicht is de belangrijkste te beïnvloeden risicofactor voor artrose in het knie- en heupgewricht. De bijdrage van ernstig overgewicht aan de totale ziektelast is hoog (*tabel 4.1*). In Nederland zijn jaarlijks circa 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en kanker en circa 7% van de sterfgevallen te wijten aan overgewicht. Naar schatting levert overgewicht voor alle 40-jarige Nederlanders een verlies in levensverwachting op van 0,8 levensjaren.

Kinderen met (ernstig) overgewicht zijn vaak de dupe van stigmatisering. Hierdoor hebben deze kinderen in de vroege adolescentie meer kans op een lagere zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen, zoals eenzaamheid, verdriet en gespannenheid. Bovendien hebben veel kinderen met overgewicht dat ook nog op latere leeftijd, waardoor ze als volwassenen een verhoogd risico lopen op diabetes mellitus type 2 en hart- en vaatziekten.

Situatie in Midden-Holland

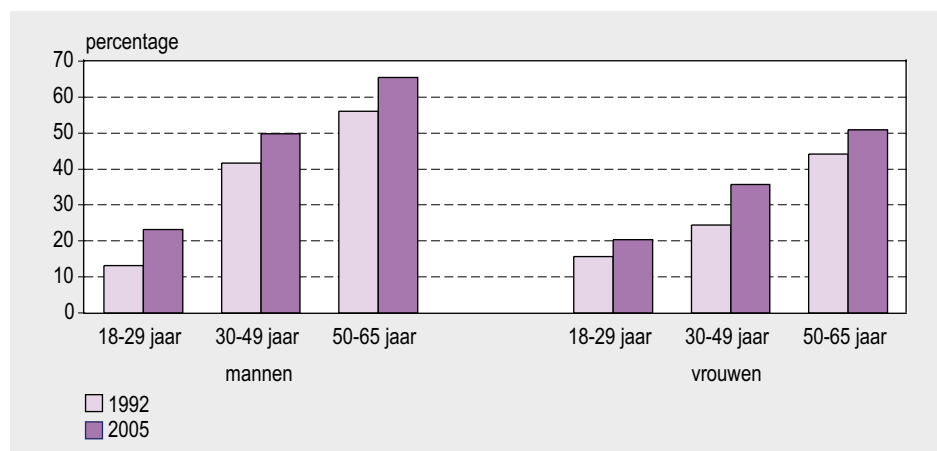
Bijna de helft van de volwassenen tot 65 jaar in de regio heeft last van overgewicht (45%). Eén op de tien volwassenen lijdt aan vetzucht (obesitas). Onder ouderen (65-plus) ligt het percentage nog hoger: 61% lijdt aan overgewicht. Mannen hebben vaker overgewicht dan vrouwen, ouderen vaker dan jongeren en mensen met een lage opleiding vaker dan hoogopgeleiden (zie *tabel 4.3*).

Sinds begin jaren negentig is het percentage volwassenen in de regio met zowel overgewicht als obesitas meer dan verdubbeld (zie *figuur 4.8*).

In 2003/2004 lag het percentage kinderen met overgewicht in Midden-Holland op 18%. Het percentage kinderen met overgewicht in Midden-Holland is de afgelopen 15 jaar verdrievoudigd: eind jaren tachtig was bij 6% van de kinderen van 5-15 jaar sprake van overgewicht (zie *figuur 4.9*). Dit is een trend die vergelijkbaar is met trends in andere GGD-regio's. In Midden-Holland vormen Marokkaanse kinderen een risicogroep voor

Tabel 4.3: Percentage overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) bij verschillende groepen volwassenen in Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

	% overgewicht (inclusief ernstig)	% ernstig overgewicht
mannen	50	9
vrouwen	37	10
18-34 jaar	29	4
35-49 jaar	44	9
50-64 jaar	42	16
65-plus	61	13
lage opleiding	50	13
middelhoge opleiding	39	9
hoge opleiding	38	6

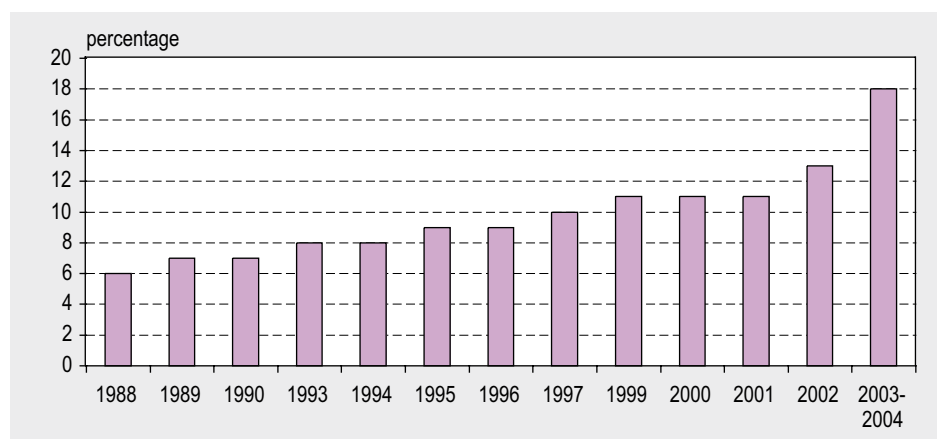


Figuur 4.8: Percentage volwassenen (18-65 jaar) met overgewicht in de regio Midden-Holland in 1992 en 2005. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 1992 en 2005.

overgewicht; zij hebben vaker overgewicht dan andere kinderen. Ook kinderen van ouders met een lage of met een gemiddelde SES zijn een risicogroep voor overgewicht.

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

De gemeenten verschillen niet significant van elkaar wat betreft het percentage volwassen inwoners (18-65 jaar) met overgewicht of met obesitas. Gouda heeft het laagste percentage volwassen inwoners met overgewicht (40%); Nederlek het hoogste (48%). Het percentage mensen met obesitas varieert van 8% in Zevenhuizen-Moerkapelle tot 12% in Nieuwerkerk. Overgewicht lijkt daarmee een probleem van de hele regio.



Figuur 4.9: Percentage kinderen van 5-15 jaar met overgewicht in Midden-Holland, 1988-2004. Bron: Registratie Jeugdgezondheidszorg, 2006. Noot: van de jaren '91, '92 en '98 zijn geen gegevens beschikbaar.

Midden-Holland vergeleken met Nederland

In 2005 was bij 45% van alle volwassen Nederlanders (inclusief ouderen) sprake van overgewicht. In Midden-Holland ligt dit percentage ongeveer gelijk met het landelijk gemiddelde. Ook het percentage volwassenen met obesitas is ongeveer gelijk aan het landelijk gemiddelde (10%).

Het percentage kinderen met overgewicht in de regio lijkt in lijn met wat elders in Nederland wordt gemeten. In de regio Nijmegen vond de GGD in 2003/2004 een percentage kinderen met overgewicht van 15%, in Utrecht een percentage van 18% in 2001 en in Den Haag een percentage van 18% bij meisjes en 14% bij jongens in de periode 1998-2001.

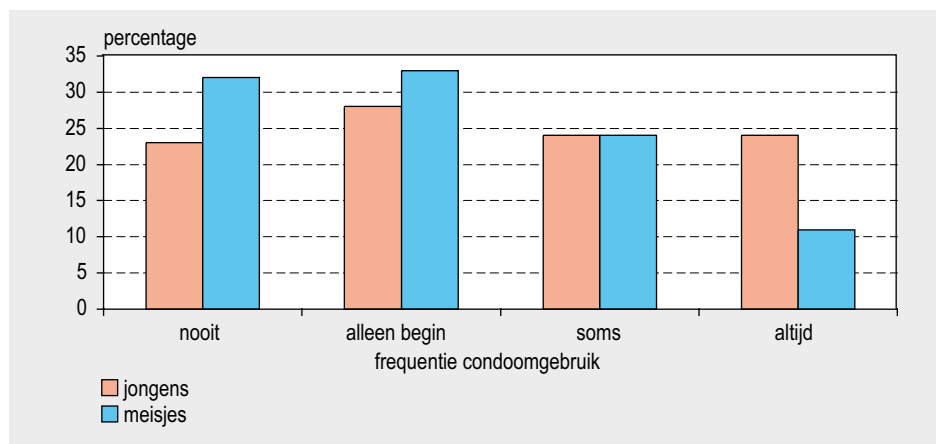
4.8 Seksueel gedrag

Van seksueel risicogedrag is sprake als men onbeschermd geslachtsgemeenschap of anale seks heeft (zonder condoom) in combinatie met kortdurende en/of wisselende relaties of met personen die intraveneus drugs gebruik(t)en. Dergelijk risicogedrag kan bijvoorbeeld leiden tot seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Voorbeelden van soa zijn chlamydia, syfilis, gonorroe, herpes en aids. Bovendien kan men via seksueel gedrag besmet raken met het humaan papillomavirus, een bepalende factor voor het ontstaan van baarmoederhalskanker. De seksuele gezondheid van jongeren lijkt de laatste jaren achteruit te gaan: het aantal soa neemt toe en het aantal ongewenste zwangerschappen en abortussen stijgt.

Situatie in Midden-Holland

In Midden-Holland heeft 10% van de jongeren van 12-14 jaar wel eens seks gehad. Dit percentage stijgt naar 83% voor jongeren tussen 21 en 24 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop jongeren in Midden-Holland voor de eerste maal geslachtsgemeenschap hebben is 16,3 jaar. Dit is iets beneden het landelijk gemiddelde van 16,7 jaar. Het percentage jongeren dat seksueel actief is, is in de afgelopen 10 jaar gestegen. Ook het gebruik van voorbehoedsmiddelen is gestegen. Het percentage jongeren dat onveilig vrijt, blijft echter verontrustend; bij de eerste keer geslachtsgemeenschap gebruikt 27% van de jongeren geen condoom; 83% van de jongeren gebruikt niet consequent een condoom met de laatste partner (zie *figuur 4.10*). Een groot gedeelte van de jongeren gebruikt dus alleen aan het begin van de relatie een condoom. De belangrijkste reden om met condoomgebruik te stoppen, is gebruik van een ander anticonceptiemiddel en vertrouwen in de partner. Jongeren tot 15 jaar gebruiken vaker geen voorbehoedsmiddel dan jongeren tussen 15 en 25 jaar. Ook doen lager opgeleiden relatief minder vaak aan anticonceptie dan hoger opgeleide jongeren. De lager opgeleiden hebben vooral op jongere leeftijd meer seksuele ervaring.

Uit landelijke cijfers van het 'Seks onder je 25^e' onderzoek blijkt dat bij 6 op de 1.000 jongens en 12 op de 1.000 meisjes in het jaar voor het onderzoek een soa is geconstateerd. Slechts een enkeling is hiv-positief bevonden.



Figuur 4.10: Condoomgebruik onder jongeren in Midden-Holland bij geslachtsgemeenschap met laatste partner. Bron: Seks onder je 25°.

Ook ongewenste zwangerschappen komen onder jongeren in Midden-Holland voor: uit het ‘Seks onder je 25°’ onderzoek blijkt dat tien op de 1.000 meisjes onder de 20 jaar in Midden-Holland ongewenst zwanger zijn geweest in het jaar voorafgaande aan het onderzoek. Van deze meisjes heeft driekwart een abortus ondergaan.

Verschillen binnen de regio Midden-Holland

Er zijn geen cijfers op gemeenteniveau, dus vergelijkingen tussen de verschillende gemeenten in de regio Midden-Holland voor wat betreft seksueel gedrag kunnen we niet maken.

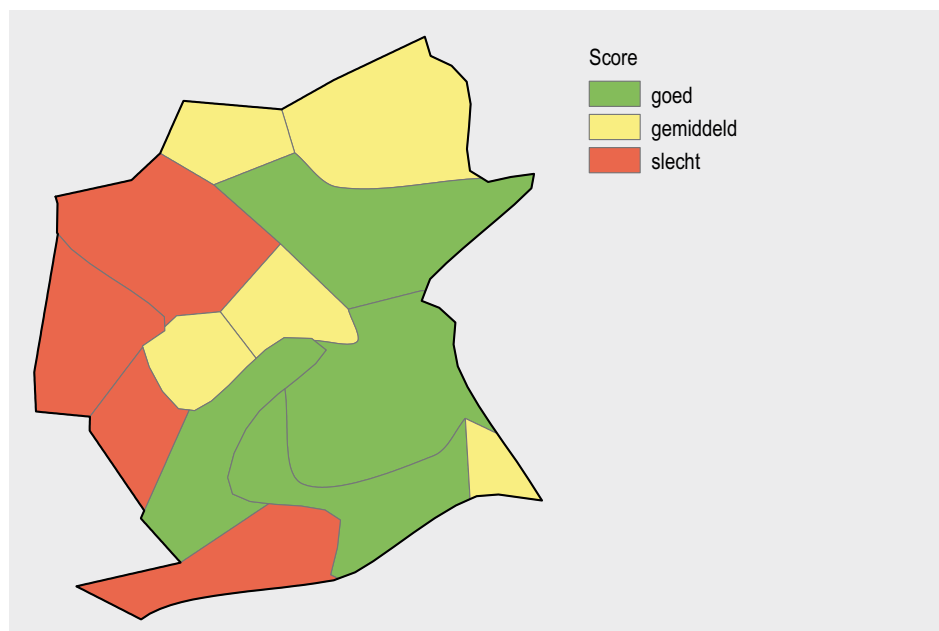
Midden-Holland vergeleken met Nederland

Er is geen verschil tussen jongens in Midden-Holland en in Nederland voor wat betreft het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Voor meisjes wel: van de meisjes in Midden-Holland gebruikt 89% niet consequent condooms bij de laatste partner, in de rest van Nederland is dit 79%.

Uit het ‘Seks onder je 25°’ onderzoek blijkt dat landelijk 24 op de 1.000 meisjes onder 20 jaar in het jaar voorafgaande aan het onderzoek zwanger was geweest zonder dat dit de bedoeling was. Het aantal meisjes dat ongewenst zwanger is, is in Midden-Holland dus lager dan gemiddeld in Nederland.

4.9 Oorzaken van ongezondheid in één maat

Een aantal gezondheidsbepalende factoren uit de vorige paragrafen (roken, alcoholgebruik (zware drinkers), groente- en fruitinname, overgewicht en lichamelijke activiteit) hebben we gerangschikt van de best scorende gemeente tot de slechtst scorende gemeente. Naast deze rangordening per gezondheidsbepalende factor hebben we ook



Figuur 4.11: Samengestelde determinatenscore op basis van zes gezondheidsbepalende factoren per gemeente in Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005; De Hollander et al., 2006.

Tabel 4.4: Rangorde van determinanten (slechtst scorende gemeente rangnummer 13, best scorende gemeente rangnummer 1) per gemeente in Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005; De Hollander et al., 2006.

gemeente	determinanten-score	rokers	zware drinkers	fruit-norm	groen-tenorm	obesitas	gezond bewegen
Bergambacht	1	1	1	2	9	1	6
Reeuwijk	2	3	5	8	10	4	1
Vlist	3	4	10	1	2	7	13
Ouderkerk	4	2	3	4	12	5	7
Moordrecht	5	9	2	12	6	3	8
Gouda	6	12	7	10	1	2	10
Boskoop	7	6	11	6	7	8	2
Schoonhoven	8	6	12	6	5	6	4
Bodegraven	9	13	8	3	4	10	11
Waddinxveen	10	5	6	5	11	12	12
Nederlek	11	10	4	11	13	9	5
Zevenhuizen-Moerkapelle	12	11	13	9	3	13	3
Nieuwerkerk aan den IJssel	13	8	9	13	8	11	9

een totaalscore berekend, de ‘determinantenscore’. Dit is een samenvattende maat die een indruk geeft van risicogedrag per gemeente en is gebaseerd op de rangordening van de gezondheidsbepalende factoren (zie ook *bijlage 9*).

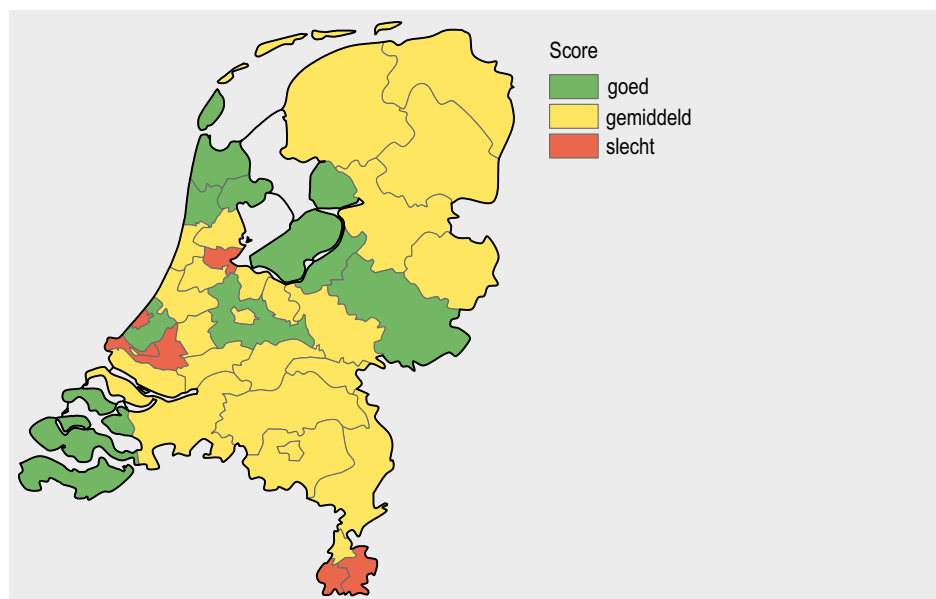
Oorzaken van ongezondheid in Midden-Holland

De gemeente Bergambacht scoort het best vergeleken met de andere gemeenten in de regio Midden-Holland. Deze gemeente scoort echter niet op alle factoren als beste. Hetzelfde geldt voor de gemeente Nieuwerkerk aan de IJssel die op de totale score als slechtste scoort maar dat niet op alle afzonderlijke determinanten doet (*figuur 4.11*).

In *tabel 4.4* zijn deze factoren gerangschikt van best scorende gemeente (rangnummer 1) naar slechtst scorende gemeente (rangnummer 13).

Midden-Holland vergeleken met Nederland

In de VTV-2006 (De Hollander et al., 2006) is ook een determinantenscore gemaakt voor de verschillende GGD-regio's in Nederland (*figuur 4.12*). In verband met de beschikbaarheid van de gegevens is gekozen om op basis van roken, drinken, gezond bewegen, obesitas en NO₂ concentratie deze determinantenscore te bepalen. Midden-Holland komt van de 39 GGD'en uit op een 10^e plaats. Met name door de stikstofconcentratie per m³ scoort Midden-Holland vergeleken met andere GGD-regio's slecht. Het percentage rokers is daarentegen laag vergeleken met de rest van Nederland (zie *bijlage 8*).



Figuur 4.12: Samengestelde determinantenscore per GGD-regio. Bron: De Hollander et al., 2006.

5 PREVENTIE EN ZORG

5.1 Inleiding

Ongezonderheid en ongezonder gedrag zijn beiden tot op zekere hoogte om te buigen, via preventieve maatregelen en/of zorginterventies (zie *figuur 1.1*). De regio Midden-Holland heeft een breed aanbod aan voorzieningen en zorgverleners (*tabel 5.1*), en ook op het gebied van preventie zijn diverse instellingen actief. In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we allereerst het aanbod aan preventie in de regio (*paragraaf 5.2*). Daarna gaan we per zorgdiscipline of -instelling in op het aanbod (welke voorzieningen zijn er, en hoeveel?), en op het huidige zorggebruik (hoeveel mensen maken gebruik van deze zorg, en hoe vaak?) (*paragraaf 5.3* tot en met *paragraaf 5.14*). Indien mogelijk maken we daarbij een vergelijking met Nederland. We sluiten af met een paragraaf over mantelzorg (*paragraaf 5.15*). Dit hoofdstuk is gebaseerd op registraties en de gezondheidsenquête uit de regio Midden-Holland, en op landelijke registraties (*tekstblok 5.1*).

Tabel 5.1: Cijfers over zorgvoorzieningen per gemeente in Midden-Holland. Bron: Trias Zorgverzekering; Zorgpartners; www.kiesbeter.nl.

	Thuis- zorg (aantal instellingen)	Verzorgings- huizen (aantal plaatsen)	Verpleeg- huizen (aantal plaatsen)	Zieken- huis (aantal)	Fysio- thera- peuten (aantal praktijken)	Huisart- sen (aantal praktijken)	Verlos- kundi- gen (aantal praktijken)	Gehandicapten- zorg (aantal stichtingen)	GGZ (aantal instellingen)
Bergambacht	1	30	20		2	2	1		
Bodegraven	1	37	30		4	8	1		
Boskoop		68	60		6	5	1		
Gouda	3	560	562	1*	24	21	3	7	5**
Nederlek		90	60		3	3			
Moordrecht		46			2	3			
Nieuwerkerk a.d IJssel		67			4	7	1		
Ouderkerk		36	18		2	2			
Reeuwijk		39	19		6	2	1		
Schoonhoven		89			5	4	1		
Vlist		62			3	3			
Waddinxveen		79	30		13	9	1		
Z-Moerkapelle		156	8		6	3		1	
Totaal	5	1.359	805		80	72	10	8	5

* met een buitenpoli in Nieuwerkerk aan den IJssel

** dit zijn: GGZ Midden-Holland (2 instellingen), Maatschappelijk werk (Kwadraad), Altrecht en Parnassia (verslavingszorg)

Tekstblok 5.1: Bronnen, methoden en kanttekeningen

In het kader van dit onderzoek zijn gegevens verzameld over aanbod en gebruik van de volgende sectoren: preventie, thuiszorg, verpleging en verzorging, ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, verloskundige zorg, algemeen maatschappelijk werk, fysiotherapie, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, spoedeisende hulp en mantelzorg. Voorzover beschikbaar is informatie uit de regio zelf gebruikt. Daartoe zijn steeds de grootste instellingen in de regio benaderd.

Daarnaast zijn landelijke gegevensbronnen gebruikt en geanalyseerd. De bronnen en analysemethoden

worden beschreven in *bijlage 2*. Kort gezegd komt het erop neer dat we de landelijke gegevens, waar nodig, hebben omgerekend naar de regio Midden-Holland, door rekening te houden met de verschillen in bevolkingsopbouw tussen Midden-Holland en Nederland.

We gaan er daarbij impliciet vanuit dat het zorggebruik per leeftijdsklasse in Midden-Holland even groot is als in de rest van Nederland het geval is. Dit is een aanname die niet hard te maken is. Om die reden moeten de uitkomsten als schattingen worden gelezen en ook als zodanig worden geïnterpreteerd.

5.2 Preventie

Aanbod

Volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn gemeenten verantwoordelijk voor de aansturing en uitvoering van collectieve preventie. De WCPV onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg. De WCPV verplicht gemeenten een GGD in stand te houden, die de belangrijkste uitvoerder van taken op deze deelterreinen is (*tabel 5.2*). Om te bevorderen dat gemeenten ook op andere beleidsterreinen gezondheidsaspecten mee laten wegen en de gezondheid bevorderen zijn gemeenten verplicht eens per vier jaar een Nota Gezondheidsbeleid te maken. In Midden-Holland hebben de 13 gemeenten gekozen voor een gezamenlijke regionale nota Volksgezondheid voor de komende periode 2007-2011, waaraan elke afzonderlijke gemeente desgewenst een lokale paragraaf kan toevoegen. Hoewel de regionale nota nog in concept is, is er het voornemen om drie speerpunten vast te stellen:

1. preventie van overgewicht
2. preventie van alcoholgebruik onder jeugdigen
3. preventie van psychosociale problematiek, met name onder jeugdigen en onder ouderen

Met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning krijgen gemeenten de regie over nog meer taken die veel raakvlakken hebben met preventie: opvoedingsondersteuning, mantelzorg, zorg voor kwetsbaren en ambulante verslavingszorg. Naast de GGD zijn er andere belangrijke aanbieders van preventie in de regio (*tabel 5.2*). In het vervolg van deze paragraaf noemen we enkele voorbeelden van initiatieven op het gebied van preventie.

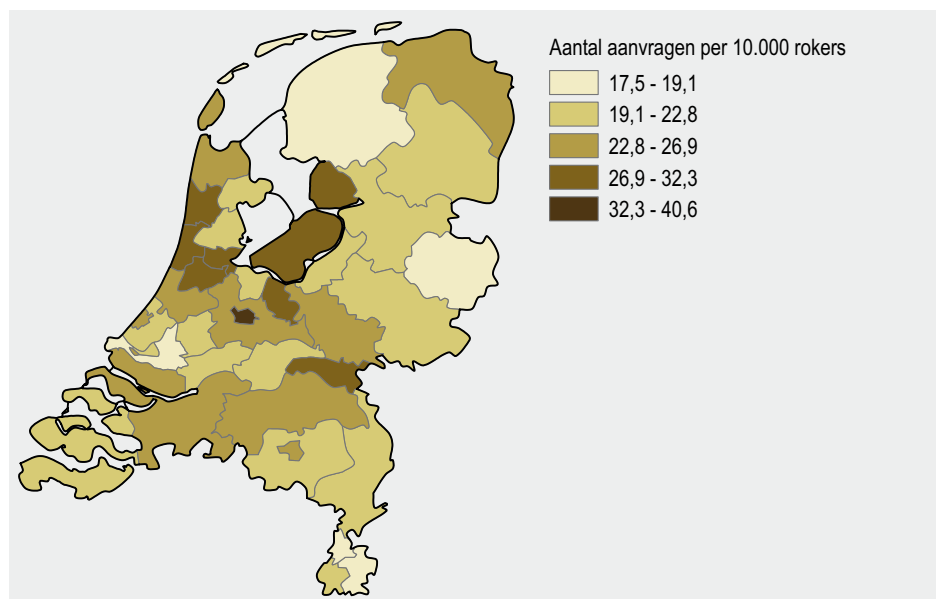
Tabel 5.2 Enkele belangrijke aanbieders en hun aanbod aan preventie in Midden-Holland.

Aanbieder	Activiteiten op het gebied van preventie
GGD Hollands Midden, vestiging Gouda	Collectieve preventie (o.a. gezondheidsbevordering leefstijlthema's, sociaal-emotionele ontwikkeling, mondgezondheid), infectieziektenbestrijding (o.a. SOA-spreekuur, reizigersadviesing, vaccinaties), jeugdgezondheidszorg voor 4-19-jarigen (o.a. periodieke gezondheidsonderzoek, vaccinaties, logopedie).
GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, locatie Gouda	Activiteiten met verschillende thema's: depressie, angst, eetstoornissen, kinderen van ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen, kindermishandeling, adoptie, gedragsproblemen en opvoedingsondersteuning, sociale competentie en pesten. Tevens ondersteuning aan professionals, zoals leerkrachten, jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen.
GGZ Midden-Holland Volwassenen en Ouderen	Voorlichtingsactiviteiten voor zowel mensen die in behandeling zijn en familieleden van cliënten als mensen die nog niet in behandeling zijn; ondersteuningsgroepen met als onderwerp angst, depressie, werk en stress en verlies en rouw.
Vierstroom	Jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen (consultatiebureaus, vaccinaties), ouderenvoorlichting, cursussen op het gebied van stoppen met roken, gezond ouder worden, psychosociale gezondheid, opvoedcursussen, etc.
Parnassia ambulante verslavingszorg	Trainingen en cursussen voor mensen met lichte psychische klachten, ondersteuningsgroepen voor mensen met een familielid met psychiatrische of verslavingsproblemen, voorlichting (o.a. op scholen, uitgaanscircuit) en deskundigheidsbevordering gericht op het voorkomen van risicovol alcohol- en drugsgebruik of gokken.
Eerstelijnszorg (o.a. huisartsen) en curatieve sector	Onder meer griepvaccinaties, screening op baarmoederhalskanker, leefstijladviezen, behandeling van (bijvoorbeeld diabetes-) patiënten ter voorkoming of uitstel van complicaties.

Preventie van roken, alcoholmisbruik, overgewicht en psychosociale problematiek

Allereerst voert de GGD in samenwerking met Parnassia verslavingszorg op scholen voor basis en voortgezet onderwijs de programma's 'De Gezonde School en Genotmiddelen' uit. *Roken* is een van de onderdelen hiervan. Een groot deel van de scholieren wordt hiermee bereikt. Aan volwassenen in Gouda biedt de GGD Midden Holland, in samenwerking met het Transmuraal Centrum, de Stop-met-roken cursus Pakje Kans aan. Diverse zorgaanbieders, zoals huisartsen en verloskundigen brengen stoppen-met-roken en niet-roken ter sprake in hun cliëntencontacten, al is de mate waarin dat gebeurt onbekend. Verder kunnen rokers via het landelijke STIVORO ondersteuning krijgen bij hun stoppoging (figuur 5.1). Ook de preventie van *alcoholmisbruik* is onderdeel van het programma 'De Gezonde School en Genotmiddelen'. De laatste jaren heeft de preventie van alcoholmisbruik ook in het uitgaanscircuit meer vorm gekregen.

Onder de noemer 'Lijf in Balans', worden in Midden-Holland diverse interventies uitgevoerd om de toename van het aantal personen met *overgewicht* te reduceren. Dit gebeurt zowel ten aanzien van gezonde voeding als door het stimuleren van meer bewegen. De GGD fungeert als 'aanjager' en vervult voor diverse onderdelen de rol van coördinator en adviseur, maar is soms ook uitvoerder van interventies. In Waddinx-



Figuur 5.1: Het aantal rokers van 12 jaar en ouder per GGD-regio dat in 2005 een Advies op Maat (persoonlijk stoppen met roken advies) heeft aangevraagd bij STIVORO. Bron: STIVORO; www.zorgatlas.nl.

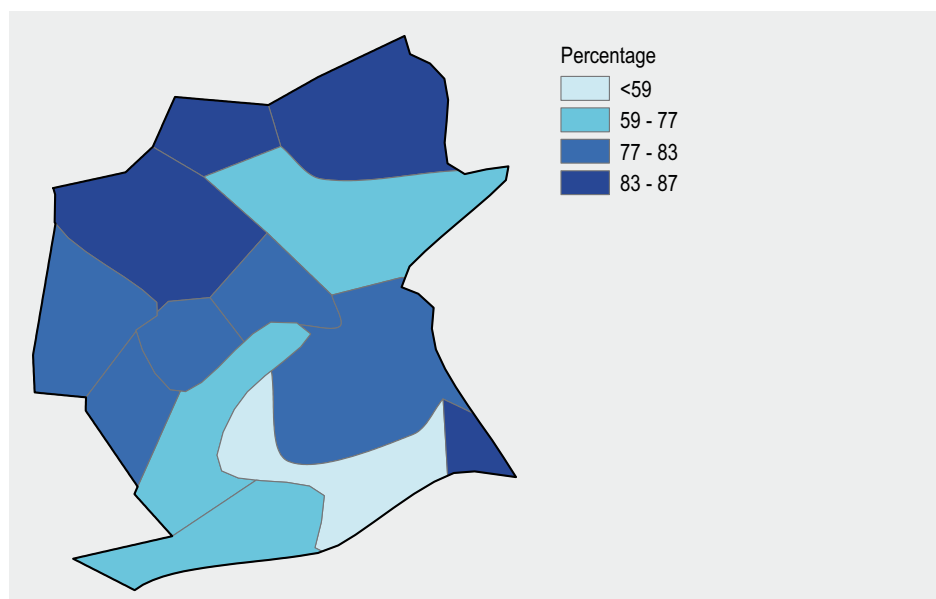
veen probeert men de openbare ruimte in een nieuwbouwwijk dusdanig in te richten dat deze uitnodigt tot meer bewegen ('bewegingsbevorderend bouwen').

GGZ Midden-Holland voert, in samenwerking met Kwadraad, activiteiten uit die gericht zijn op het verminderen van *depressie en eenzaamheid onder ouderen*. Het welzijnswerk richt zich meer op de zelfredzaamheid en het welbevinden (signalerende huisbezoeken, ouderenadviseur, ontmoetingsplekken et cetera). De *vroege signalering van psychosociale problematiek onder de jeugd* is ook een aandachtspunt in de regio. Veel beleidsterreinen (jeugdbeleid, veiligheid, onderwijs, zorg, welzijn, et cetera) en veel regionale instellingen (onder andere Bureau Jeugdzorg, Jeugdgezondheidszorg GGD/Vierstroom, Parnassia verslavingszorg, Kwadraad, GGZ) zijn hierbij betrokken. De gemeente Gouda is onlangs het project 'netten boeten' gestart dat zich richt op het tot stand komen tot een sluitende keten van jeugdzorg.

Vaccinaties en screening

Het aanbieden van vaccinaties, voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma, is één van de taken van gemeenten die voortvloeien uit de WCPV. Deze taak wordt uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg 0-4-jarigen (consultatiebureaus/Vierstroom) en de jeugdgezondheidszorg 4-19-jarigen (GGD) (zie ook *paragraaf 3.6*).

De griepvaccinatie wordt in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie uitgevoerd in de meeste Nederlandse huisartsenpraktijken. In het griepseizoen van



Figuur 5.2: Percentage 65-plussers per gemeente in Midden-Holland die een griepvaccinatie hebben gehaald bij de huisarts 2005/2006. Bron: NVI.

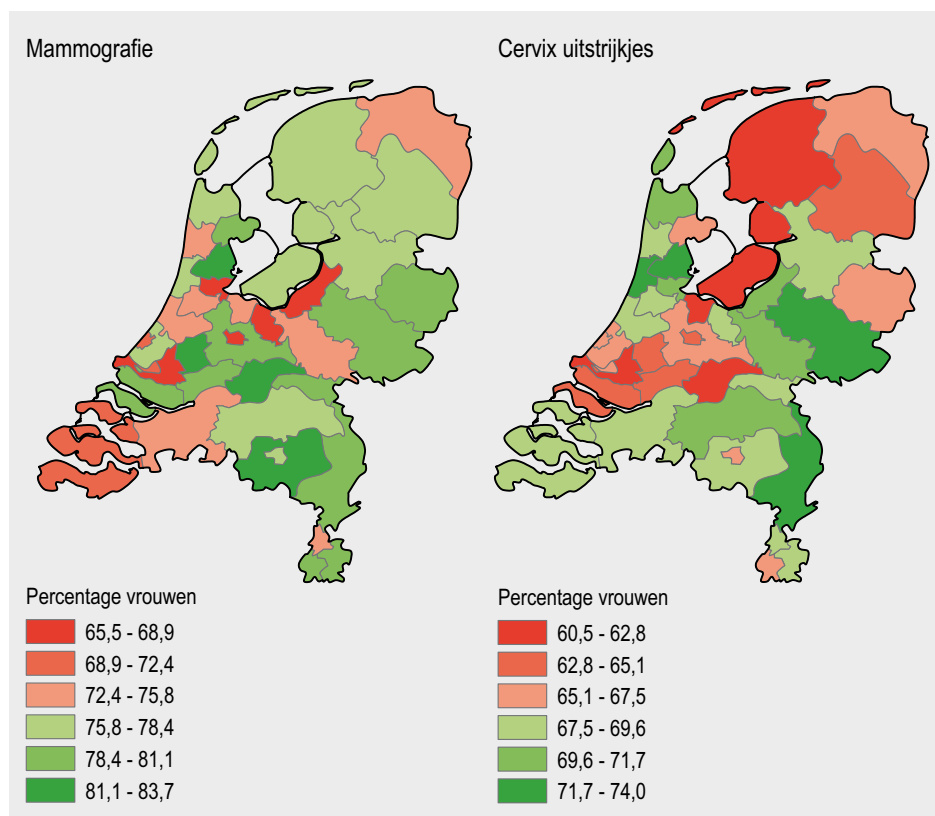
2005/2006 heeft in Nederland 82% van alle 65-plussers een griepvaccinatie gehaald. In de gemeenten in Midden-Holland ligt dit percentage gemiddeld op 79%. In de gemeente Bergambacht is slechts 58% van de 65-plussers gevaccineerd tegen griep (*figuur 5.2*).

In het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker worden in Nederland vrouwen tussen de 30 en 60 jaar om de vijf jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten maken. In Nederland is bij 67,5% van de vrouwen van 30 jaar en ouder in de afgelopen vijf jaar minstens één cervix uitstrijkje gemaakt. Het percentage gescreeende vrouwen in Midden-Holland ligt rond het landelijk gemiddelde (*figuur 5.3*).

Borstkankerscreening is gericht op vrouwen van 50-75 jaar. In Nederland is bij 75,8% van de vrouwen van 50 jaar en ouder in de afgelopen 2 jaar minstens één keer een mammografie gemaakt. De regio Midden-Holland behoort tot de regio's in Nederland met het hoogste percentage op borstkanker gescreeende vrouwen (81,7%; *figuur 5.3*).

Preventie in Midden-Holland vergeleken met Nederland

In de VTV-2006 (De Hollander et al., 2006) worden geografische verschillen op het gebied van preventie onderzocht met behulp van vier indicatoren, welke leiden tot een zogenaamde preventie-score voor elke GGD-regio. Het gaat om het percentage DKTP vaccinaties bij zuigelingen, percentage mammografie bij vrouwen boven de 50, percentage griepvaccinaties bij 65-plussers en het aantal deelnemers aan de interventie 'Stoppen met roken, Advies op Maat' van STIVORO. De GGD-regio's worden voor de



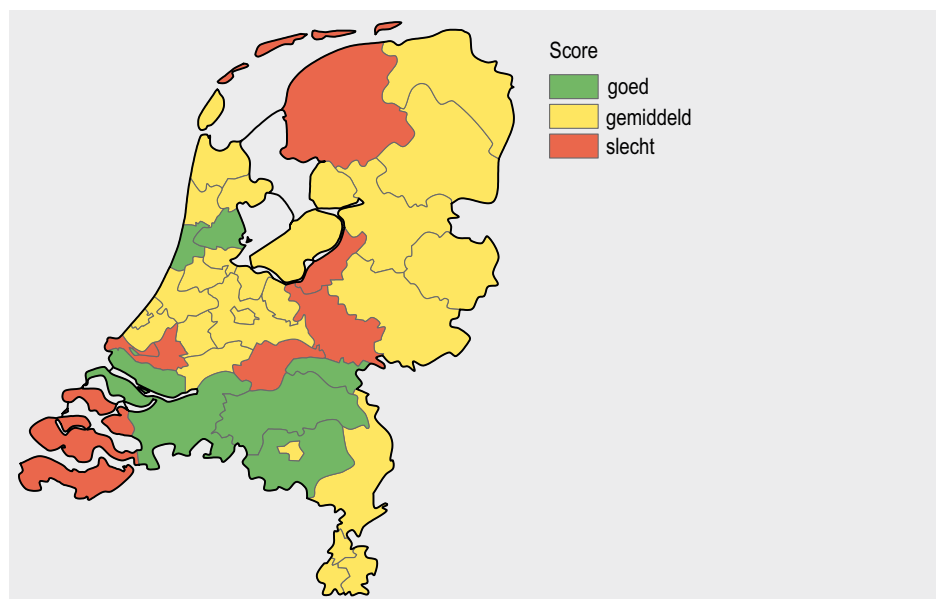
Figuur 5.3: Percentage deelnemers aan de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker per GGD-regio. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

index gerangschikt van hoog naar laag en vervolgens wordt een totaalscore berekend (zie ook *bijlage 8*). Wat betreft de uitgerekende preventie-index staat de regio Midden-Holland op de 26^e plaats (van de 39 regio's; *figuur 5.4*). De deelname aan vaccinatieprogramma's en aan het stoppen met roken programma is in Midden-Holland laag.

5.3 Thuiszorg

Aanbod

Vierstroom is in de regio Midden-Holland de grootste thuiszorgorganisatie. De organisatie is in 1993 ontstaan uit een fusie van het kruiswerk Midden-Holland en de vier instellingen voor maatschappelijke dienstverlening in Midden-Holland. De naam Vierstroom symboliseert de vier rivieren die het werkgebied begrenzen, namelijk de IJssel, de Rijn, de Gouwe en de Lek. Vierstroom heeft ruim 64.000 leden. Deze leden worden ondersteund op het gebied van huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging, maatschappelijk werk, opvoeding en dieetadvies.



Figuur 5.4: Samengestelde preventie-score per GGD-regio. Bron: De Hollander et al., 2006.

Gebruik

Van de volwassenen in de regio heeft 5% in het afgelopen jaar één of meerdere contacten met de thuiszorg gehad (Gezondheidsenquête Midden-Holland, 2005). Het gebruik van thuiszorg neemt toe met de leeftijd (19-65-jarigen 2%; 65-75-jarigen 8%; 75-plus-sers 36%). Van de 65-plussers hebben twee keer zoveel vrouwen als mannen contact met de thuiszorg (20% versus 11%). Ook lager opgeleiden maken meer gebruik van de thuiszorg (23% versus 12% onder hoger opgeleiden).

Gegevens van Vierstroom uit 2005 laten zien dat er in de regio Midden-Holland ruim 900.000 uur thuiszorg is verleend. Het gaat hier naar schatting om bijna 14.000 cliënten. Dit aantal is in werkelijkheid misschien lager, omdat cliënten mogelijk dubbelgeteld worden als zij verschillende thuiszorgproducten afnemen. Ruim de helft van de uren wordt besteed aan huishoudelijke verzorging (tabel 5.2).

Volgens de gegevens van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ; zie *bijlage 2*) werden in 2003 in de regio Midden-Holland ruim een miljoen uren aan thuiszorg besteed. Dit is iets meer dan de gegevens van Vierstroom laten zien, waarschijnlijk omdat ook de gegevens van andere thuiszorgorganisaties in de registratie van het CAK zijn opgenomen.

Per persoon was dit gemiddeld 4,4 uur (1,9 uur voor mannen, 6,8 uur voor vrouwen). Dat is iets minder dan gemiddeld in Nederland, doordat de bevolking in Midden-Holland wat jonger is dan gemiddeld in Nederland. De meeste thuiszorg (absoluut, en per

Tabel 5.2: Aantal cliënten en het aantal uren dat zij gebruik maken van thuiszorg. Bron: Vierstroom, 2005.

Producttype	Cliënten (aantal)	Uren (aantal)	Cliënten (%)	Uren (%)
Activerende begeleiding	1.091	36.433	7,9	3,9
Huishoudelijke verzorging	5.191	524.844	37,6	56,7
Overig	144	10.517	1,0	1,1
Persoonlijke verzorging	3.497	219.852	25,3	23,8
Verpleging	3.891	133.367	28,2	14,4
Totaal	13.814	925.014	100	100

persoon) werd verleend in Gouda (bijna 400.000 uur; 5,6 uur per persoon), en de minste thuiszorg in Zevenhuizen-Moerkapelle (bijna 27.000 uur; 2,6 uur per persoon).

5.4 Verpleging en verzorging

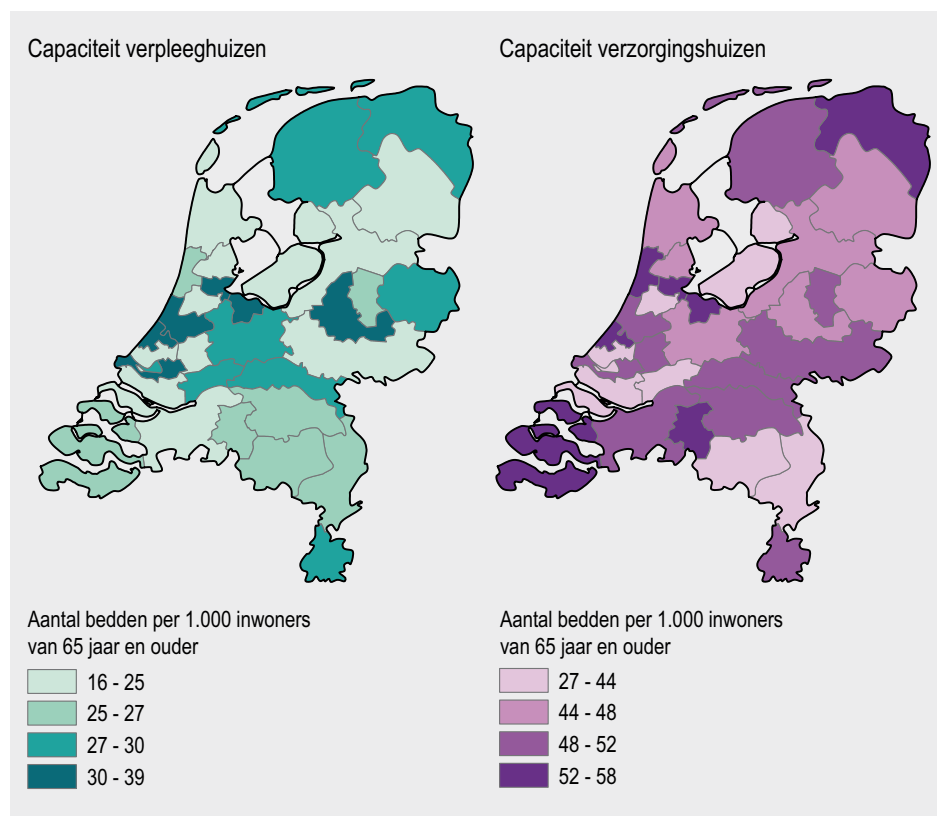
Aanbod verpleging

Stichting Zorgpartners Midden-Holland is de grootste aanbieder van diensten op het gebied van zorg, welzijn en wonen. Vanuit 16 locaties bedient de stichting bewoners en ouderen uit de wijk die à la carte diensten af kunnen nemen. Zorgpartners rekent ruim 2.500 cliënten tot haar vaste klantenkring. In totaal zijn er in de verpleeghuisinstellingen 477 psychogeriatrische plaatsen, 275 somatische, 22 plaatsen voor psychogeriatrische dagbehandeling, en 22 voor somatische dagbehandeling. Behalve Zorgpartners, biedt ook Vierstroom intramurale verzorging en verpleging. Verder zijn er nog enkele kleinere instellingen in de regio. In totaal zijn er in de regio 805 verpleeghuisplaatsen en 1.359 plaatsen in verzorgingshuizen (zie ook *tabel 5.1*). Het aantal bedden in verpleeghuizen is in de regio Midden-Holland relatief laag, in verzorgingshuizen is het aantal bedden gemiddeld (zie *figuur 5.5*).

Gebruik verpleging

In de regio worden in de instellingen van Zorgpartners ruim 260.000 verpleegdagen, en ruim 380.000 verzorgingsdagen 'gemaakt'. Daarnaast wordt extramurale zorg geleverd, die in belangrijke mate bestaat uit dagactiviteiten voor ouderen, en huishoudelijke en persoonlijke verzorging (*tabel 5.3*). De bewoners van verzorgingshuizen zijn bijna allemaal ouder dan 70 jaar.

Landelijke gegevens over verpleging en verzorging zijn afkomstig uit de registratie van het CAK-BZ (zie *bijlage 2*). In dat bestand zitten de gegevens uit de twee verpleeghuizen in Gouda. Daaruit blijkt dat dementie en beroerte de belangrijkste redenen zijn voor opname in een verpleeghuis (*tabel 5.4*). De in de tabel genoemde top-10 komt voor Gouda overeen met de top-10 in Nederland. In Nederland waren er overigens in totaal ongeveer 80 maal zoveel verpleegdagen als in Gouda (in totaal 20.900.928).



Figuur 5.5: De capaciteit (in bedden) van verpleeghuizen en verzorgingshuizen per AWBZ-regio, 2004. Bron: Prismant; www.zorgatlas.nl.

Tabel 5.3: Aantal verpleeg- en verzorgingsdagen in 2005. Bron: Zorgpartners.

Intramurale zorgproducten (dagen)	
Verpleegdagen	261.347
Verzorgingsdagen	382.902
Kortdurend verblijf	8.045
Zorg voor CVA-patiënten	2.485
Palliatieve terminale zorg	535
Individueel	55.976
Groepsverzorging	38.605
Combinatie	20.631
Extramurale zorgproducten	
Dagactiviteit ouderen extra (dagdelen)	20.403
Dagactiviteit ouderen basis (dagdelen)	41.639
Huishoudelijke verzorging (uren)	26.219
Persoonlijke verzorging (uren)	16.452
Persoonlijke verzorging extra (uren)	23.077
Verpleging (uren)	6.189
Verpleging extra (uren)	6.152
Begeleiding (uren)	943

Tabel 5.4: Top-10 van de meest voorkomende aandoeningen in de verpleeghuizen in Gouda, 2003. Bron: CAK (zie bijlage 2).

Aandoening	Absoluut aantal opnames in Midden-Holland	Percentage van alle opnames in Midden-Holland
Dementie	115.970	49,0
Beroerte	34.145	14,4
Nog niet toewijsbaar	14.758	6,2
Overige psychische oorzaken	10.515	4,4
Parkinson	4.503	1,9
Overige fractuur benen	4.371	1,8
Heupfractuur	4.306	1,8
Overige aandoeningen van het zenuwstelsel	3.641	1,5
Longontsteking, influenza	4.089	1,7
Overige endocriene aandoeningen	3.785	1,6
Overige	35.493	15,7
Totaal	236.621	100

Gebruik verzorging

In totaal worden er volgens de gegevens van het CAK jaarlijks in Midden-Holland in verzorgingshuizen 446.668 verzorgingsdagen ‘gemaakt’. Dat is dus meer dan de gegevens van Zorgpartners laten zien, aangezien het CAK gegevens van alle verzorgingshuizen in de regio registreert. Vrouwen zijn qua aantal in de meerderheid. Dit blijkt uit cijfers uit 2003 (tabel 5.5). In dat jaar waren er in de regio 1.688 cliënten in de verzorgingshuizen. Gouda kent het grootste aantal verzorgingsdagen, gevolgd door Nederlek en Schoonhoven.

Tabel 5.5: Aantal cliënten en verpleegdagen in verzorgingshuizen per gemeente in Midden-Holland, 2003, in absolute aantallen. Bron: CAK (zie bijlage 2).

Gemeente	Aantal cliënten		Aantal dagen	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Bergambacht	18	46	3.029	11.504
Gouda	181	696	47.959	194.510
Moordrecht	13	54	1.995	13.656
Nederlek	20	100	5.049	27.484
Nieuwerkerk aan den IJssel	19	71	4.144	19.166
Ouderkerk	15	44	3.314	8.562
Schoonhoven	27	93	6.141	25.440
Vlist	21	64	5.129	15.574
Waddinxveen	23	98	5.083	24.528
Zevenhuizen-Moerkapelle	15	70	4.225	20.176
Totaal Midden-Holland	352	1.336	86.068	360.600
Totaal Nederland	33.216	110.377	8.276.503	29.273.796

5.5 Ziekenhuiszorg

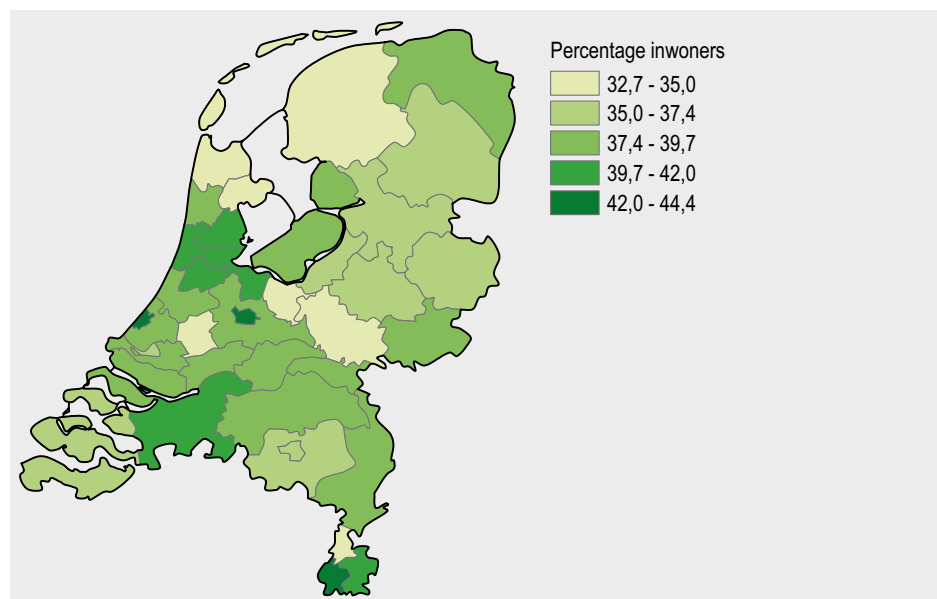
Aanbod

In de regio Midden-Holland is één algemeen ziekenhuis gevestigd in Gouda: het Groene Hart Ziekenhuis. Het Groene Hart Ziekenhuis heeft ongeveer 500 bedden, 100 specialisten, 2.000 medewerkers en 80 vrijwilligers. Het ziekenhuis is gevestigd op twee locaties. Rond 2009 staat er - na afronding van de grootscheepse nieuwbouw - een modern en goed bereikbaar ziekenhuis op één locatie. Sinds 2006 heeft het ziekenhuis een buitenpoli in Nieuwerkerk aan den IJssel.

Het Groene Hart Ziekenhuis is een middelgroot algemeen ziekenhuis. In Nederland varieert het aantal bedden van algemene ziekenhuizen van 140 tot 1.400 met een gemiddelde van 440 aanwezige bedden. Daarnaast heeft een algemeen ziekenhuis in Nederland gemiddeld 73 specialisten in dienst (VWS, Brancherapport Cure).

Gebruik

Van alle volwassenen in de regio zegt ruim één op de drie (35%) het afgelopen jaar in contact geweest te zijn met een medisch specialist (Gezondheidsenquête Midden-Holland, 2005). Ouderen (65-plus) gaan vaker (54%) dan jongere volwassenen (31%). Volwassenen in Midden-Holland hebben minder vaak contact met medisch specialisten dan gemiddeld in Nederland (*figuur 5.6*).



Figuur 5.6: Percentage inwoners dat contact heeft met een specialist per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2000-2003. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

Een deel van de mensen uit de regio gebruikt elders zorg. Dit is op te maken uit de vergelijking tussen de Landelijke Medische Registratie en de cijfers uit het Groene Hart Ziekenhuis. Gemiddeld gaat 74% van de mensen uit de regio naar het Groene Hart Ziekenhuis, de rest gebruikt zorg die buiten de regio geleverd wordt. In het jaar 2005 waren er in het Groene Hart ziekenhuis bijna 120.000 ligdagen, en ruim 14.000 dagbehandelingen. Er kwamen tegen de 106.000 mensen voor een eerste polibezoek (tabel 5.6).

De top-10 van belangrijkste aanleidingen voor ziekenhuisopnamen komt sterk overeen met die in Nederland. De belangrijkste redenen voor ziekenhuisopnamen in de regio zijn coronaire hartziekten, hartritmestoornissen, artrose, borstkanker en nek- en rugklachten. Voor een aantal ziekten is de opnamefrequentie in Midden-Holland relatief hoog. Voorbeelden daarvan zijn hartritmestoornissen, nek- en rugklachten, longontsteking, beroerte en prostaatkanker (tabel 5.7; zie ook *figuur 5.7*). De meeste van de in tabel 5.8 genoemde aandoeningen leiden ook tot een groot aantal verpleegdagen. Wat het aantal verpleegdagen in Midden-Holland betreft, staat beroerte bovenaan (jaarlijks 34.105 verpleegdagen), gevolgd door coronaire hartziekten (32.583) en artrose (21.157). Ook heupfracturen, die niet voorkomen in de top-10 van frequent voorkomende aanleidingen voor ziekenhuisopnamen, 'kosten' veel verpleegdagen: 16.739 in 2004.

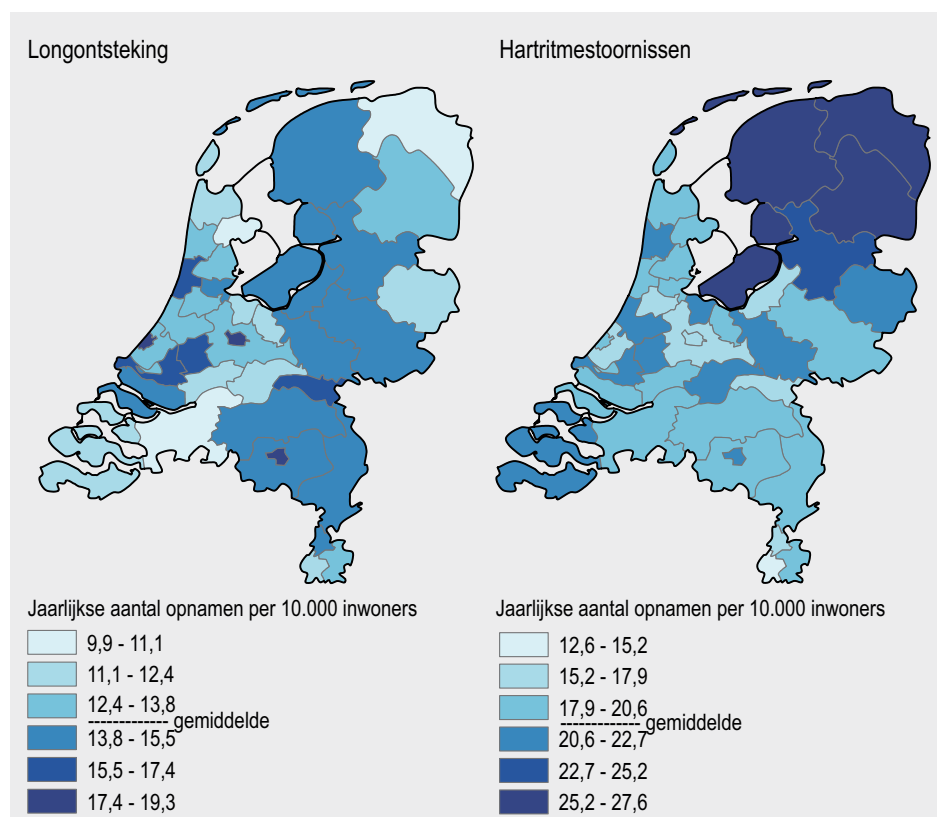
Tabel 5.6: Productiegegevens van het Groene Hart Ziekenhuis, 2005. Bron: Groene Hart Ziekenhuis.

	Aantal
Poliklinische bevallingen	252
Cytostatica	2.230
Dagbehandeling	14.266
Totaal dagverpleging	16.741
Ligdagen	119.843
Opnamen	17.511
Eerste polibezoek	105.904
SEH bezoeken	15.983

Tabel 5.7: Top-10 van belangrijkste ziekten die aanleiding zijn voor ziekenhuisopname, 2001-2004. Cijfers zijn jaarlijkse aantal opnamen per 10.000 inwoners. Bron: Prismant.

Ziekten	Nederlands gemiddelde	Regio Midden- Holland
Coronaire hartziekten (zonder acuut hartinfarct)	37,2	33,4 *
Hartritmestoornissen	20,6	22,6 *
Artrose	21,8	22,5
Borstkanker (alleen vrouwen)	17,1	18,0
Nek- en rugklachten	13,8	17,1 *
Longontsteking	13,8	15,8 *
Acuut hartinfarct	15,3	15,3
Hartfalen	14,6	13,3 *
Beroerte	12,3	13,2 *
COPD	11,3	10,7

*: P< 0,05: gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van het Nederlands gemiddelde



Figuur 5.7: Ziekenhuisopnamen als gevolg van longontsteking en hartritmestoornissen per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2001-2004. Bron: Prismant; www.zorgatlas.nl.

5.6 Huisartsenzorg

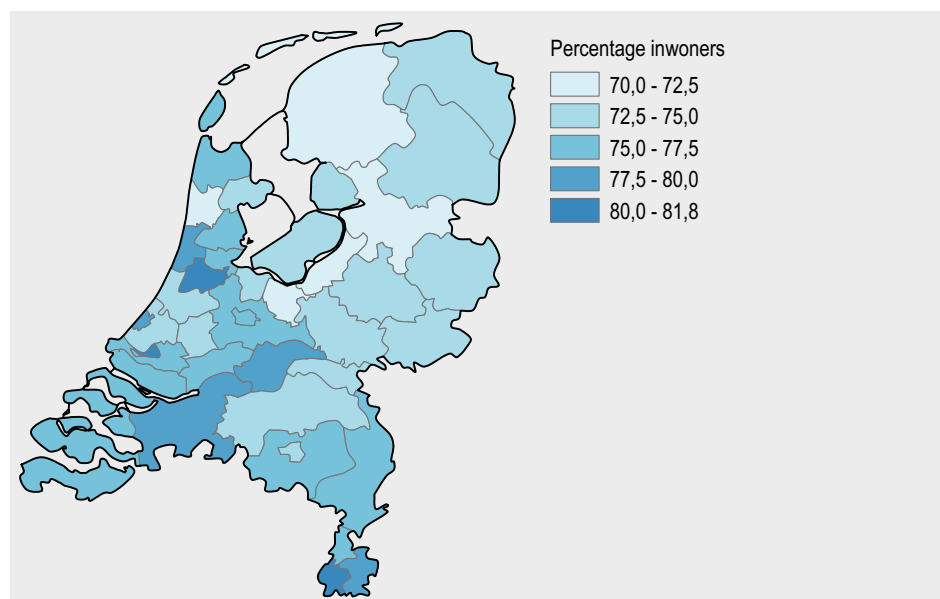
Aanbod

Het aanbod aan huisartsen is in de regio Midden-Holland gemiddeld, vergeleken met het gemiddelde in de provincie Zuid-Holland. Er zijn in de regio 105 huisartsen.

Gebruik

Driekwart van alle Nederlanders (73%) komt jaarlijks bij de huisarts, met gemiddeld vijf contacten per jaar (POLS 2005 (CBS)). Die bezoekfrequentie vinden we ook in Midden-Holland (zie ook *figuur 5.8*). Dit betekent dat er in de regio jaarlijks bijna 1,5 miljoen contacten met de huisarts zijn.

Het huisartsenbezoek neemt toe met de leeftijd. Van de volwassenen in Midden-Holland tot 65 jaar heeft 69% het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts, waarvan 49% in de afgelopen 2 maanden. Van de 65-plussers bezoekt 83% jaarlijks de huisarts, waarvan ruim 60% in de afgelopen 2 maanden.



Figuur 5.8: Percentage inwoners per GGD-regio dat contact heeft met de huisarts, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2000-2003. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

De belangrijkste reden voor huisartsenbezoek in Midden-Holland is 'overige lichamelijke klachten', gevolgd door infectieziekten en chronische lichamelijke ziekten (tabel 5.8).

Tabel 5.8: Aanleidingen voor huisartsenbezoek in Midden-Holland, 2003.

Ziektecluster	Voorbeelden van ziekten binnen het cluster	% van alle patiënten
Infectieziekten	Oogontsteking, urineweginfecties, soa, etc.	18,1
Chronische lichamelijke ziekten	Allergie, glaucoom, ziekte van Parkinson, COPD, astma, contacteczeem, etc.	18,1
Aandoeningen van het bewegingsapparaat (excl. nieuwvormingen, infecties en letsels)	Schouderklachten, spierpijn, artrose, osteoporose	15,7
Lichamelijk letsel	Ongeval, fractures, letsel knie, steek insect, brandwond, snijwond	4,0
Psychische en sociale problemen	Depressief gevoel, slapeloosheid, Alzheimer, problemen met werkloosheid	7,1
Vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling	Anticonceptie, sterilisatie	2,6
Screening en preventie	Vaccinaties, cervix-uitstrijkje	1,8
Overige lichamelijke klachten	Geneesmiddelbijwerking, bloedarmoede, netvliesloslating, moedervlek, struma, overgewicht,	22,2
Overige lichamelijke aandoeningen	Koorts, huilende baby, hoofdpijn, maagpijn, rood oog, jeuk, gewichtsverlies, bloed in de urine	10,4
		100%

Noot: De informatie in deze tabel is gebaseerd op cijfers uit diverse registraties, die ook gebruikt zijn voor een studie naar eerstelijnszorg in Nederland (De Bakker et al., 2005). De landelijke cijfers zijn omgerekend naar Midden-Holland door rekening te houden met verschillen in demografische opbouw tussen Midden-Holland en Nederland.

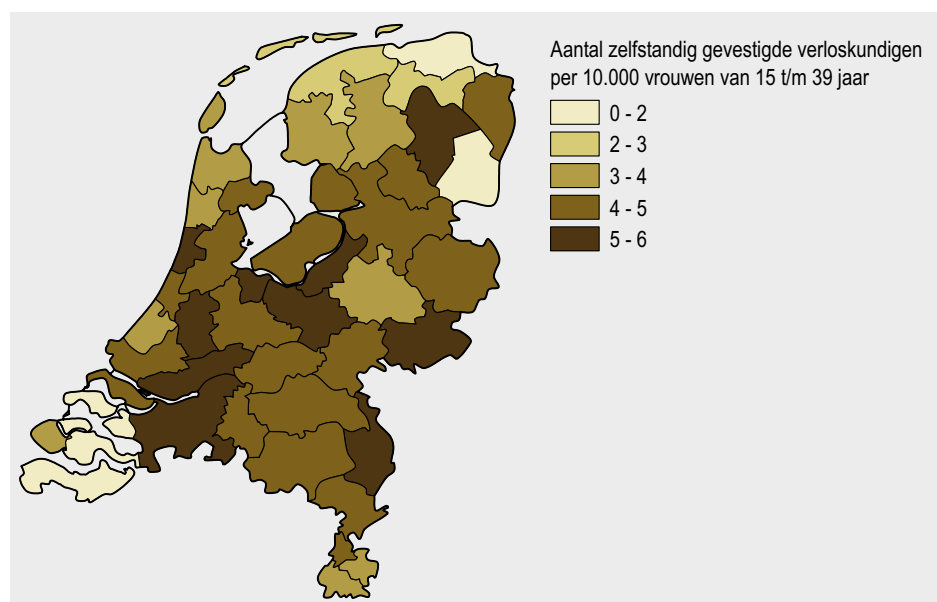
5.7 Verloskundige zorg

Aanbod

Niet elke gemeente in de regio beschikt over een eigen verloskundigenpraktijk (*tabel 5.1*). In Moordrecht is nog één verloskundig actieve huisarts werkzaam. Landelijk werken in Nederland gemiddeld 4,3 zelfstandig gevestigde verloskundigen per 10.000 vrouwen van 15 tot en met 39 jaar (2003). In de regio Zuid Holland Oost, waar ook Midden-Holland onder valt, zijn er in 2005 23 verloskundigen op 39.364 vrouwen tussen de 15 en 39 jaar. Dat is relatief veel (*figuur 5.9*).

Gebruik

In 2005 waren er in Midden-Holland in totaal 3.034 bevallingen (1.570 jongens, 1.464 meisjes). Uitgaande van 32 weken zorg (30 weken prenataal en 2 weken postnataal) zijn er in 2005 naar schatting in totaal 97.088 weken verloskundige zorg verleend.¹



Figuur 5.9: Aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen per 10.000 vrouwen (15 t/m 39 jaar) per WGR-regio, 2003. Bron: Nivel; www.zorgatlas.nl.

¹ Berekening: in totaal is er verloskundige zorg verleend aan 3.034 vrouwen (namelijk de vrouwen die in 2005 bevielen) plus $32/52 \times 3.034$ (de vrouwen die in het jaar erna of ervoor bevallen) = 4.901 vrouwen. In totaal zijn dat $3.034 \times 32 = 97.088$ weken.

5.8 Algemeen Maatschappelijk Werk

Aanbod

Kwadraad biedt haar diensten aan in veel gemeenten in Zuid-Holland, waaronder ook in gemeenten in Midden-Holland. Er werken rond de 170 mensen. De diensten liggen op het gebied van maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, sociaal raadsliedenwerk, sociale activering, schoolmaatschappelijk werk, bedrijfsmaatschappelijk werk en zorgmaatschappelijk werk.

Gebruik

Rond de 2% van de volwassenen in de regio rapporteert het afgelopen jaar contact te hebben gehad met het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Met een toenemende leeftijd neemt het gebruik iets af (19-65-jarigen 3%; 65-plus 1,5%) (Gezondheidsenquête Midden-Holland, 2005).

Informatie van Kwadraad laat zien dat er in totaal 6.397 contacten zijn geweest met het AMW, waarbij het naar schatting om ruim 2.500 mensen ging (*tabel 5.9*). Van meer dan de helft van deze contacten is onbekend wat de aanleiding was. Veel van de problematiek waarmee mensen komen gaat over verwerking, de relatie tot de partner en de ouder/kind relatie, overige psychische problemen en echtscheiding.

Volgens de landelijke registratie van AMW (zie *bijlage 2*) en geprojecteerd op de bevolking van Midden-Holland, waren er in 2003 in totaal 885 mannen en 1.677 vrouwen die een beroep deden op algemeen maatschappelijk werk. Dat komt dus dicht in de buurt van de cijfers van Kwadraad.

Tabel 5.9: Aantal contacten met het algemeen maatschappelijk per gemeente in Midden-Holland. Bron: Kwadraad, 2005.

Gemeente	Aantal contacten
Bergambacht	140
Bodegraven	905
Boskoop	273
Gouda	2.086
Moordrecht	191
Nederlek	445
Nieuwerkerk aan den IJssel	334
Ouderkerk	122
Reeuwijk	215
Schoonhoven	522
Vlist	202
Waddinxveen	701
Zevenhuizen-Moekapelle	261
Totaal	6.397

5.9 Fysiotherapie

Aanbod

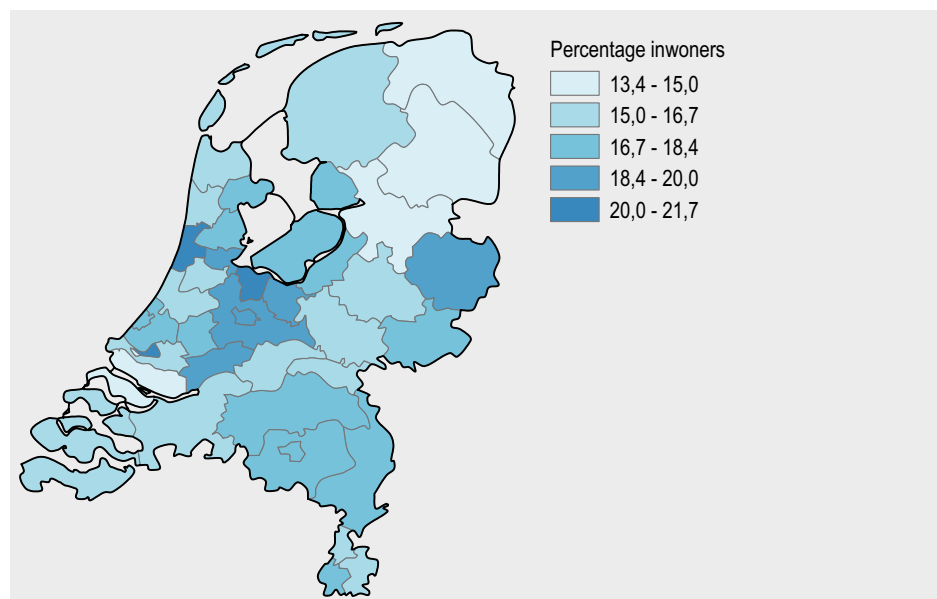
Er zijn in Midden-Holland in totaal 80 fysiotherapiepraktijken, waarvan 24 in Gouda en 13 in Waddinxveen. In deze praktijken zijn in totaal bijna 260 fysiotherapeuten werkzaam.

Gebruik

Van de 19-65-jarigen in de regio heeft 19% het afgelopen jaar een fysiotherapeut bezocht en 3% een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Dit percentage wijkt niet af van het landelijke percentage mensen dat jaarlijks een fysiotherapeut bezoekt (*figuur 5.10*). Het gebruik van fysiotherapeut en/of therapeut Cesar/Mensendieck onder ouderen (65-plus) is hoger: 26% in het afgelopen jaar.

Vrouwen bezoeken vaker de fysiotherapeut dan mannen. Dit verschil is het grootst onder de 65-plussers: 30% van de vrouwen heeft afgelopen jaar een fysiotherapeut bezocht, en 21% van de mannen. Tussen de verschillende SES-klassen bestaan geen grote verschillen in bezoekfrequentie.

In 2003 kwamen er in totaal in de regio Midden-Holland naar schatting bijna 31.500 mensen bij de fysiotherapeut. In totaal ging het om ruim 339.000 contacten (*tabel 5.10*).



Figuur 5.10: Percentage inwoners dat contact heeft met de fysiotherapeut per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2000-2003. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

Tabel 5.10: Aantal personen dat in Midden-Holland naar schatting de fysiotherapeut bezocht, en het aantal contacten, 2003. Bron: LIPZ (zie bijlage 2).

Leeftijd	Personen		Contacten	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
0-4	77	83	459	1.101
5-9	372	169	2.929	1.277
10-14	635	499	4.643	4.060
15-19	811	781	6.202	6.022
20-24	865	862	6.987	6.884
25-29	948	1.040	8.387	9.464
30-34	1.091	1.253	9.605	12.132
35-39	1.183	1.400	9.436	14.014
40-44	1.203	1.488	11.248	15.284
45-49	1.230	1.524	11.996	16.175
50-54	1.205	1.554	12.191	18.198
55-59	1.141	1.488	13.716	19.154
60-64	1.002	1.362	11.443	17.461
65-69	829	1.171	10.427	16.329
70-74	646	991	8.772	14.142
75-79	415	813	5.927	12.052
80-84	203	609	3.369	8.951
85+	106	409	1.563	7.531
Totaal	13.961	17.498	139.300	200.232

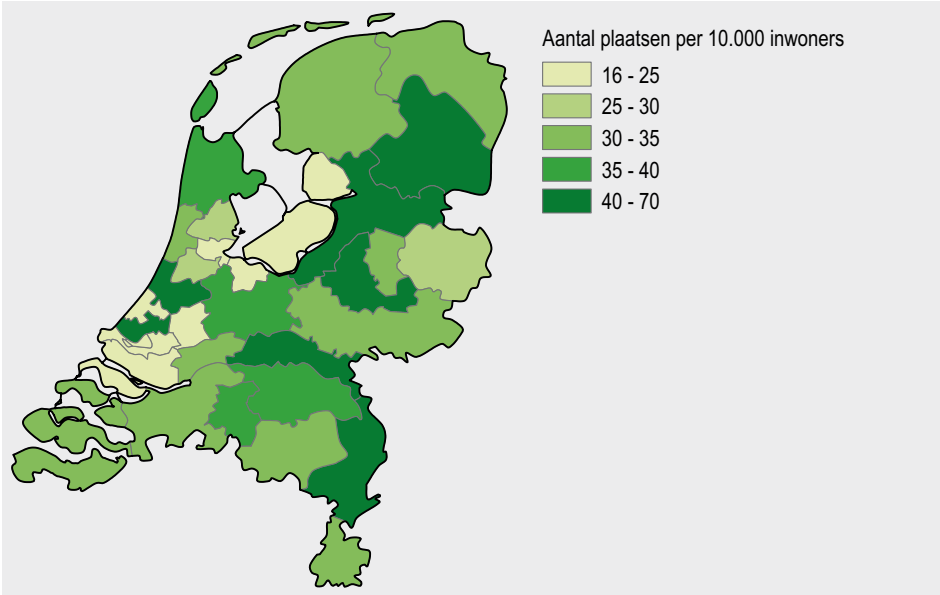
5.10 Gehandicaptenzorg

Aanbod

Midden-Holland kent een breed scala aan zorgaanbieders op het gebied van gehandicaptenzorg. Het Zorgkantoor Waardenland/Midden-Holland maakt in de regio Midden-Holland afspraken met GEMIVA-SVG, Siloah, ASVZ Zuid West, Philadelphia, Humanitas DHM, Stichting de Arkgemeenschap, Bureau DDS, Activisie en Stichting Maasstad. Het aantal toegelaten plaatsen in woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten is in de regio Midden-Holland relatief laag (*figuur 5.11*).

Gebruik

In het jaar 2005 werden er intramuraal ruim 72.000 dagen zorg verleend aan verstandelijk gehandicapten, in gezinsvervangende tehuizen waren dit in totaal ruim 42.000 dagen. Dagactiviteiten voor verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten (en het vervoer daar naar toe) vormen een belangrijk onderdeel van de extramurale zorg voor gehandicapten (*tabel 5.11*). Een in omvang minder belangrijk onderdeel van de extramurale zorg is de ondersteunende begeleiding.



Figuur 5.11: Aantal plaatsen in woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten per AWBZ-regio, 1 oktober 2003. Bron: Prismant; www.zorgatlas.nl.

Tabel 5.11. Gebruikscijfers voor de gehandicaptenzorg in Midden-Holland, 2005. Bron: Zorgkantoor Waardenland/Midden-Holland.

Type zorg	Activiteit	Doelgroep	Gebruik
Intramuraal	Verblijf met behandeling	VG	72.297 dagen
	Gezinsvervangend tehuis, verblijf zonder behandeling	VG	35.407 dagen
		LG	7.125 dagen
Extramuraal	Ondersteunende begeleiding		31.992 uren
	Behandeling		54 uren
	Dagactiviteiten	VG	100.738 dagdelen
		LG	19.888 dagdelen
		ZG	12.036 dagdelen
Overig	Vervoer dagactiviteiten	VG	50.369 dagen
		LG	9.944 dagen
		ZG	6.018 dagen

VG=verstandelijk gehandicapten, ZG=zintuiglijk gehandicapten, LG=lichamelijk gehandicapten

5.11 Geestelijke gezondheidszorg

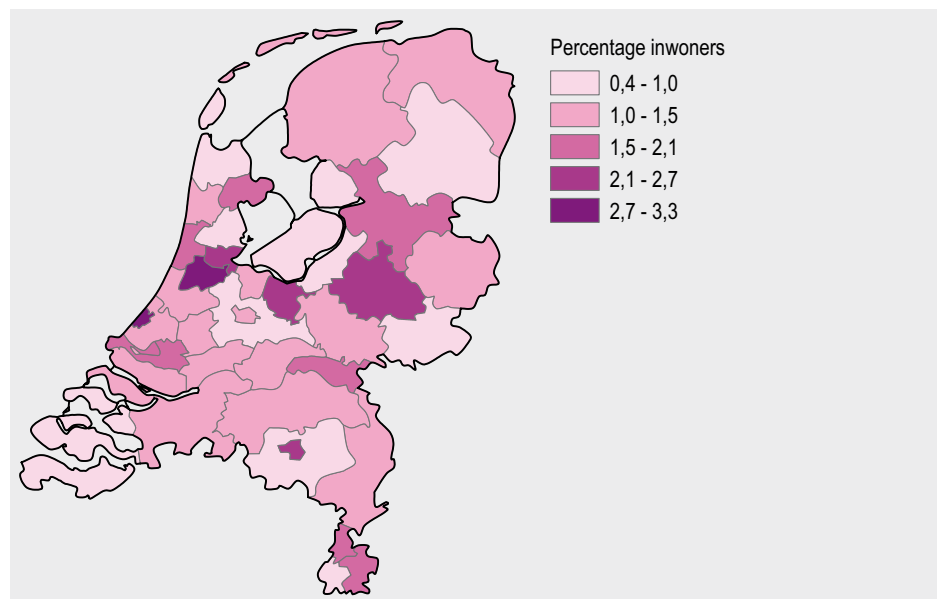
Aanbod

GGZ Midden-Holland biedt geestelijke gezondheidszorg aan volwassenen en ouderen dichtbij huis. Men onderhoudt nauwe samenwerkingsrelaties met de huisartsen en andere zorginstellingen in de regio. GGZ Midden-Holland maakt sinds 1 januari 2005 onderdeel uit van Rivierduinen, een organisatie die geestelijke gezondheidszorg aanbiedt aan mensen in het noorden en midden van Zuid-Holland. GGZ Midden-Holland werkt vanuit vier verschillende vestigingen in Gouda. Jaarlijks zijn er ruim 77.500 poliklinische contacten. GGZ Midden Holland beschikt over 74 bedden (0,3 per 1.000 inwoners) en 25 plaatsen voor deeltijdbehandeling. Landelijk zijn 1,25 bedden per 1.000 inwoners beschikbaar.

GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, locatie Gouda, biedt ambulante hulpverlening aan kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar en hun ouders.

Gebruik

Rond de 3% van de volwassenen in de regio heeft het afgelopen jaar contact gehad met een GGZ-instelling (Gezondheidsenquête Midden-Holland). Met het ouder worden neemt het gebruik iets af (19-65-jarigen 4%; 65-plus 2%). Het aantal contacten met een GGZ-instelling is in de regio gelijk aan het landelijk gemiddelde (POLS (CBS), 2005). Dit geldt ook meer specifiek voor de ambulante hulpverlening (voormalige RIAGG; *figuur 5.12*).



Figuur 5.12: Percentage inwoners van 4 jaar en ouder dat contact heeft met de RIAGG, per GGD-regio, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, 2000-2003. Bron: CBS-POLS; www.zorgatlas.nl.

Tabel 5.12: Kengetallen van GGZ Midden-Holland, eerste halfjaar 2006. Bron: GGZ Midden-Holland.

	VZ	OZ	LZ	Totaal
Ingeschreven cliënten	2.910	895	599	4.404
Opname in kliniek	154	39	52	245
Verpleegdagen	4.515	3.330	4.228	12.073
Opnames per 1.000 inwoners	0,64	0,16	0,22	1,02
Nieuwe inschrijvingen per 1.000 inwoners	3,40	0,88	0,09	4,37

VZ=volwassenenzorg, OZ=ouderenzorg, LZ=langdurige zorg

Het percentage volwassenen patiënten in zorg in de regio Midden-Holland bij GGZ Midden-Holland is 1,6%. In Gouda ligt dit iets hoger, namelijk op 2,1%. In Zevenhuizen-Moerkapelle is het minste aantal volwassenen en ouderen in zorg bij de GGZ (0,8%) (Bron: GGZ Midden-Holland). In het eerste half jaar van 2006 waren er bij GGZ Midden-Holland in totaal ruim 4.000 patiënten ingeschreven (tabel 5.12). Bij GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, locatie Gouda ging het in 2002 en 2003 om ongeveer 1.000 inschrijvingen per jaar.

5.12 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) is de zorg voor mensen met een psychosociale beperking die niet in staat zijn een adequate hulpvraag te formuleren of voor wie het bestaande hulpaanbod tekortschiet. Het gaat hierbij om dak- en thuislozen, verslaafden, (ex)psychiatrische patiënten en mishandelde vrouwen. Dit zijn mensen die veelal door burgers als overlast ervaren worden, maar soms ook om zorgschuw geworden mensen: de zogenaamde ‘zorgwekkende zorgmijders’.

Tekstblok 5.2: OGGZ-Monitor Midden-Holland

In 2005 heeft de GGD Hollands Midden, vestiging Gouda een onderzoek uitgevoerd naar de aard en omvang van OGGZ-doelgroepen in de regio Midden-Holland. Doel van het onderzoek was de opzet van een OGGZ-monitor, waarmee éénmalig, maar wellicht in de toekomst ook periodiek aard en omvang van OGGZ-groepen in de regio kan worden bepaald. Dit rapport wordt binnenkort door de GGD uitgebracht. Op twee manieren is in het onderzoek een beeld verkregen van de aard en omvang van de OGGZ-problematiek in de regio Midden-Holland:

1. door extrapolatie van landelijke gegevens (literatuuronderzoek).
 2. met gegevens afkomstig uit cliëntregistraties van regionale OGGZ-organisaties: per organisatie is een overzicht gemaakt van het aantal cliënten, cliëntkenmerken en de aard van de problematiek; getracht is eveneens mensen te identificeren die bij meerdere organisatie staan ingeschreven.
- Uiteindelijk is met de gegevens een omvangsschatting gemaakt voor de hele regio.

Aanbod

Binnen de regio Midden-Holland zijn verschillende instellingen actief op het gebied van de OGGZ, het gaat hierbij met name om instellingen voor maatschappelijke opvang, GGZ-instellingen, de verslavingszorg, de GGD (meldpunt Zorg & Overlast) en de politie (tabel 5.13).

Tabel 5.13: Belangrijkste organisaties in Midden-Holland werkzaam op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.

Organisatie	Voorzieningen in Midden-Holland
Leger des Heils	<ul style="list-style-type: none"> Nachtopvang, 24-uurs crisisopvang en begeleid wonen. IBW (instelling voor beschermd wonen, waar zorg en begeleiding wordt geboden aan mensen met een overwegend psychiatrische problematiek).
REAKT	<ul style="list-style-type: none"> Biedt dagbesteding, en arbeidsrehabilitatie aan voor mensen met een psychische handicap. Beheert een programma voor mensen met een dubbele diagnose (verslaving en psychische problematiek). Beheert het Straathoekwerk (zorgtoeleiding van 'zorgmijders', mensen die door hun gedrag en/of leefwijze zichzelf of anderen in gevaar brengen, op basis van signalen van omgeving of instellingen wordt contact gezocht met mensen zonder directe hulpvraag).
Kwintes RIBW	<ul style="list-style-type: none"> Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen voor mensen met chronische psychiatrische en psychosociale problemen. Ambulante woonbegeleiding. Beschermd wonen in groepsverband (24-uurs groepsbegeleiding), ééngezinswoningen en appartementen (24-uurs bereikbaarheid voor noodgevallen).
Vrouwen Opvang Centrum (VOC)	<ul style="list-style-type: none"> 24-uurs opvang en begeleid wonen aan vrouwen en hun eventuele kinderen die ten gevolge van huiselijk geweld in een crisissituatie terecht zijn gekomen en dakloos zijn. Opvang aan vrouwen die het slachtoffer zijn van vrouwenhandel
STEK, organisatie voor Jeugdzorg	<ul style="list-style-type: none"> Ondersteunt kinderen en jongeren tot 23 jaar en hun ouders bij opgroeien en opvoeden door begeleiding en behandeling. Gezinsbegeleiding en leerkrachtbegeleiding. Dagopvang, naschoolse opvang en 24-uurs opvang.
Parnassia Verslavingszorg	<ul style="list-style-type: none"> Poliklinische, ambulante behandeling en deeltijd behandeling van verslavingsproblemen. Mobiel Team Verslaving: legt huisbezoeken af bij verslaafde mensen die hulp afwijzen, een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd om verslechtering van gezondheid, gebruik en leefomstandigheden te voorkomen.
GGZ Midden-Holland	<ul style="list-style-type: none"> Ambulante en klinische psychische en psychiatrische hulpverlening.
Meldpunt Zorg en Overlast	<ul style="list-style-type: none"> Beheerd door de GGD Hollands Midden, vestiging Gouda. Organiseert specifieke zorg voor mensen die hulp nodig hebben, maar hier niet om kunnen of willen vragen. Hulpverleners maar ook andere mensen die zich zorgen maken of overlast ondervinden kunnen hiervan melding maken.

Gebruik

In totaal waren er in 2004 in de hele regio ruim 1.900 OGGZ-cliënten geregistreerd bij de in *tabel 5.14* genoemde instellingen. In totaal gaat het om 1.200 unieke personen. Ongeveer één op de vijf OGGZ-cliënten is namelijk bij meer dan één instelling in zorg. Het grootste aantal cliënten was in 2004 geregistreerd bij Parnassia verslavingszorg.

Het aantal inschrijvingen bij de ambulante verslavingszorg in de regio Midden-Holland is relatief sterk toegenomen tussen 1995 en 2004, met 57,1% (van 395 naar 911). Overigens is het aantal ingeschreven cliënten in Gouda gemiddeld vergeleken met

Tabel 5.14: Aantal OGGZ-cliënten per organisatie in Midden-Holland, 2004. Bron: OGGZ-Monitor.

Aantal unieke personen in registratie in 2004	
Leger des Heils	386
REAKT Straathoekwerk	124
REAKT De Steeg	32
Kwintes RIBW	15
STEK Jeugdzorg	21
GGZ Midden-Holland	180
Parnassia ambulante verslavingszorg	911
Parnassia Mobiel Team Verslaving	99
Meldpunt ZO / GGD Hollands Midden, vestiging Gouda	101
Politie	50
Overige instellingen maatschappelijke opvang	22
Totaal	1.923

Nederland. In Midden-Holland staan de meeste mensen ingeschreven bij de verslavingszorg vanwege alcoholproblematiek (in 2004 waren dat er 544), gevolgd door het gebruik van opiaten (onder andere heroïne) (111 mensen in 2004) (www.zorgatlas.nl). Naar schatting zijn er in de regio 7.000 mensen met problematisch alcoholgebruik. Een andere grote doelgroep van de OGGZ zijn vrouwen en kinderen die het slachtoffer zijn van huiselijk geweld. In de regio Midden-Holland gaat het naar verwachting om meer dan 2.000 vrouwen en kinderen (tabel 5.15).

Tabel 5.15: Schatting van de omvang van kwetsbare (OGGZ-)groepen in Midden-Holland. Bron: OGGZ-monitor Midden-Holland.

Categorie	Geschat aantal in Midden-Holland	Geschatte onder- en bovengrens
Dak- en thuislozen	230	150-300
Zwerfjongeren	40	20-76
Problematische softdrugsgebruikers	650	370-940
Problematische harddrugsverslaafden	470	368-570
Problematische XTC/amfetaminegebruikers	16	-
Alcoholverslaafden (alcohol afhankelijk)	7.000	-
Overlastgevende en zichtbare alcoholverslaafden	125	-
Illegalen	850	465-1.250
Vrouwen in heteroseksuele relaties slachtoffer van herhaald en ernstig huiselijk geweld	1.500	-
Aantal kinderen per jaar slachtoffer van huiselijk geweld	800	-
Aantal kinderen per jaar dat overlijdt aan huiselijk geweld	1	-

5.13 Spoedeisende hulp (SEH)

Aanbod

Spoedeisende hulp wordt in belangrijke mate geleverd door het ziekenhuis en de Huisartsenpost Midden-Holland (HAP). De HAP is een zelfstandige onderneming voor alle huisartsenhulp in de regio buiten kantooruren, gevestigd in Gouda. De HAP bedient 247.755 inwoners (gebaseerd op het aantal bij een huisarts ingeschreven patiënten). In totaal zijn 111 huisartsen in de regio aangesloten bij de HAP. Bij de HAP Midden-Holland zijn naast de gemeenten in Midden-Holland (exclusief Nieuwerkerk aan den IJssel en Nieuwerbrug) ook nog de gemeenten Zwammerdam, Bleiswijk, Cabauw, Polsbroek en Oudewater aangesloten.

Gebruik

Bij de HAP Midden-Holland was in 2004 sprake van ruim 44.000 contacten (tabel 5.16).

In het jaar 2005 kwamen er in totaal 20.589 mensen voor spoedeisende hulp in het ziekenhuis. De belangrijkste reden waren buikklachten en een wond van één van de ledematen (tabel 5.17). Dit beeld komt overeen met dat van de huisartsenposten in Nederland. Ook hier zijn klachten als koorts, buikpijn, benauwdheid, braken en verwondingen van het bewegingsapparaat belangrijke aanleidingen voor bezoek aan de HAP (de Bakker et al., 2005).

Tabel 5.16: Aantal contacten van de HAP Midden-Holland, 2004. Bron: Jaarverslag, huisArtsenpost Midden-Holland 2004.

Contactsoort	Aantal	Percentage
Consulten	23.047	52
Visites	6.011	14
Telefonische consulten	14.866	34
Totaal	43.924	100

Tabel 5.17: Top-tien redenen voor bezoek aan de spoedeisende hulp (SEH) in het ziekenhuis. Bron: Groene Hart Ziekenhuis, 2005.

Aanleiding voor bezoek SEH	Aantal patiënten
Wond ledematen	914
Buikklachten	921
Divers	677
Angina pectoris (pijn op de borst)	617
Distorsie enkel	548
Wond gelaat	534
Distale radiusfractuur	429
Dneumonie	366
Thoracale klachten	325
Controle divers	283
Totaal	20.589

5.14 Geneesmiddelengebruik

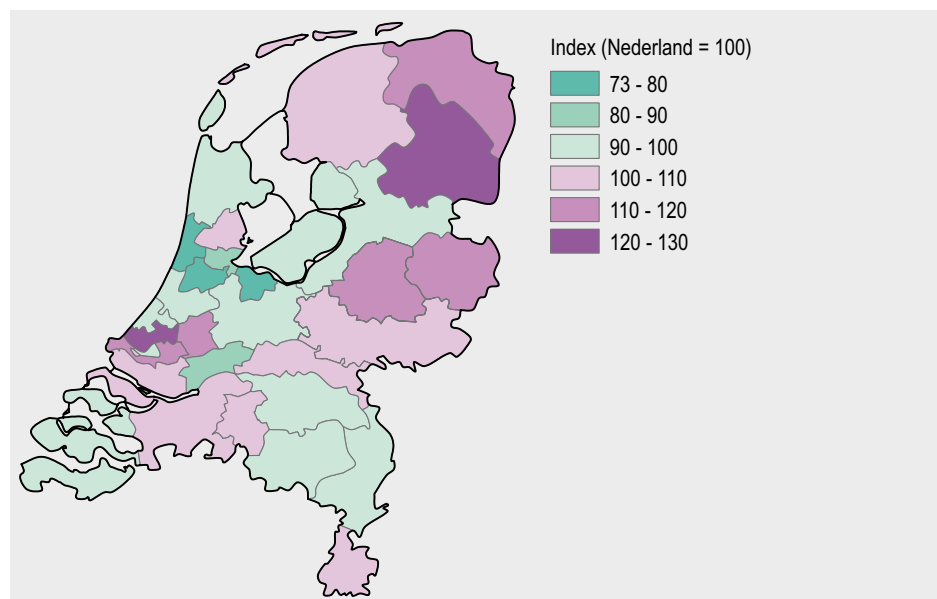
Aanbod

In Midden-Holland zijn 22 openbare apotheken en 12 apotheekhoudende huisartsen actief. Daarnaast verzorgt de Dienst Apotheek Midden-Holland (DAM) de farmaceutische zorg in de avonduren en de weekenden. Bij de DAM zijn 18 regionale apotheken en acht apotheekhoudende huisartsen aangesloten. De DAM is gevestigd in Gouda.

Gebruik

Een analyse uit 2000 wees uit dat het geneesmiddelengebruik in Midden-Holland gemiddeld scoort. Voor een aantal categorieën geneesmiddelen, zoals benzodiazepines en antidepressiva, was het gebruik relatief laag. De regio scoort relatief hoog voor het gebruik van geneesmiddelen tegen astma en COPD (*figuur 5.13*).

In het jaar 2005 werd er in Midden-Holland in totaal 67 miljoen euro aan geneesmiddelen uitgegeven. Het meeste geld ging naar geneesmiddelen voor het hart- en vaatstelsel en voor het maagdarmkanaal en metabolisme (*tabel 5.18*).



Figuur 5.13: Gebruik van astma/COPD middelen in standaarddagdoseringen (ddd's) per AWBZ-regio, 2000. Bron: SFK; www.zorgatlas.nl.

Tabel 5.18: Uitgaven aan geneesmiddelen (x 1.000 euro), gebaseerd op een projectie voor Midden-Holland, aan de hand van opgehoogde landelijke totalen, 2005. Bron: SFK 2005.

Indicatie	Man	Vrouw	Totaal
Maagdarmkanaal en metabolisme	5.114	6.476	11.596
Bloed en bloedvormende organen	1.376	1.265	2.624
Hart- en vaatstelsel	7.963	7.229	15.163
Dermatologica	1.018	1.088	2.103
Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	1.043	2.904	3.892
Systemische hormoonpreparaten excl. geslachtshormonen	670	893	1.563
Antimicrobiele middelen voor systemisch gebruik	2.201	1.729	3.931
Oncolytica en immunomodulantia	1.924	1.941	3.818
Skeletspierstelsel	1.040	2.125	3.182
Zenuwstelsel	3.864	6.115	9.983
Antiparasitica insecticiden en insectenwerende middelen	78	107	184
Ademhalingsstelsel	3.529	3.764	7.254
Zintuiglijke organen	551	743	1.292
Diverse middelen	236	237	473
Niet ingevuld	5	6	11
Totaal	30.610	36.622	67.070

5.15 Mantelzorg

Onbetaalde en vrijwillige zorg die mensen geven aan iemand uit hun sociale netwerk wordt mantelzorg of informele zorg genoemd. De zorg kan bestaan uit doen van het huishouden, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen et cetera.

Aanbod

Ongeveer 13% van alle volwassenen in Midden-Holland heeft het afgelopen jaar mantelzorg gegeven. Dit is gelijk aan het percentage mantelzorgers in heel Nederland (www.nationaalkompas.nl). Het percentage mantelzorgers is het hoogst in de leeftijdsgroep 50-65-jarigen, één op de vijf volwassenen in deze leeftijdscategorie is mantelzorger. Vrouwen geven veel vaker mantelzorg dan mannen (tabel 5.19). Ruim tweederde van de mantelzorgers geeft vaker dan incidenteel zorg. Zij besteden gemiddeld 10 uur per week (inclusief reistijd) aan de zorg.

Omdat de meeste mantelzorgers tussen de 45 en de 75 jaar zijn, zegt de verhouding tussen deze leeftijdsgroepen en de groep 75-jarigen iets over het potentieel aan mantelzorg in de regio. In Nederland is deze ratio 5,3 (tegenover iedere 75-plusser staan 5,3 mantelzorgers). In Midden-Holland is deze ratio momenteel 5,9, wat betekent dat het potentieel aan mantelzorgers in Midden-Holland iets groter is dan gemiddeld. Binnen de regio verschilt het percentage mantelzorgers (van 18-65 jaar) aanzienlijk per gemeente. In Bergambacht wonen de meeste mantelzorgers; 20% van de volwassen inwoners geeft mantelzorg. In de gemeente Nieuwerkerk aan den IJssel wonen de minste mantelzorgers; 9% van de volwassenen geeft mantelzorg.

Tabel 5.19: Percentage mantelzorgers onder inwoners van Midden-Holland naar leeftijd en geslacht (afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven). Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

	Man	Vrouw
19-34	2,8	9,8
35-49	6,7	18,8
50-64	11,2	28,4
65-74	11,7	19,1
75-plus	10,2	11,1

Van de volwassenen tot 65 jaar voelt 19% zich door het geven van mantelzorg tamelijk zwaar belast tot overbelast. De ervaren belasting is lager bij de oudere mantelzorgers (65-plus), van hen voelt 8% zich tamelijk zwaar belast of overbelast door de mantelzorg die ze geven.

Mantelzorgers ervaren hun gezondheid minder vaak als goed (71%) dan niet-mantelzorgers (81%). Daarnaast hebben ze meer problemen op psychisch gebied (relatie ouders, relatie kinderen, studie/opleiding, meer zorgen over de toekomst).

Gebruik

Van alle 65-plussers in de regio heeft één op de zes in het afgelopen jaar een of andere vorm van mantelzorg ontvangen. Bij 80% gaat het om meer dan incidentele zorg die gemiddeld bestaat uit acht uur zorg per week. Vaak gaat het om hulp in de huishouding, of hulp bij vervoer (*tabel 5.20*). Bij de meeste 65-plussers die mantelzorg ontvangen, gaat het om zorg die wordt ontvangen van de kinderen (59%) en/of de partner (25%).

Tabel 5.20: Soort zorg die mensen van 65 jaar en ouder in Midden-Holland ontvangen van mantelzorgers. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

Soort zorg	Percentage
Hulp in de huishouding	68
Begeleiding/vervoer (bij bezoek aan arts, kapper etc.)	55
Regelen geldzaken en/of andere administratie	52
Gezelschap/troost, afleiding etc.	30
Klaarmaken van warme maaltijden	22
Hulp bij medische verzorging	16
Hulp bij persoonlijke verzorging	13
Andere zaken	23

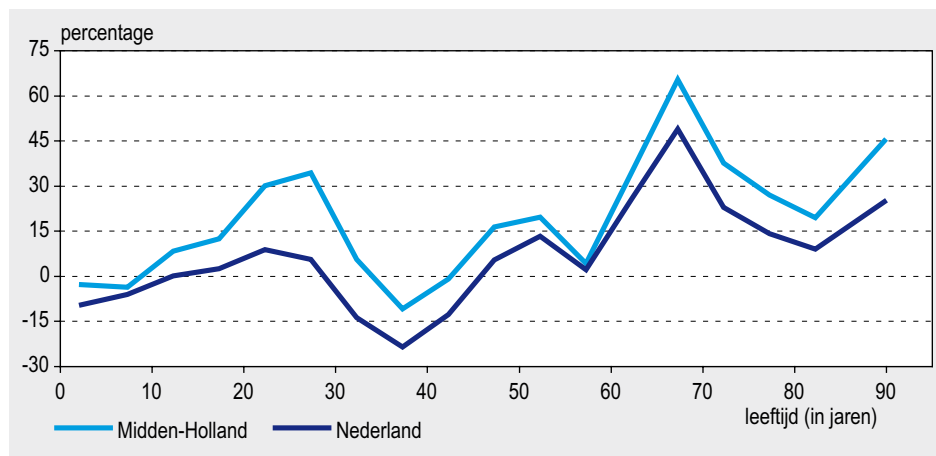
6 DE TOEKOMST

Wat brengt de toekomst? Welke ziekten en aandoeningen zullen toenemen? En wat betekent dit voor het zorggebruik in de regio Midden-Holland? Deze vragen komen aan de orde in *hoofdstuk 6*. We beginnen met de beschrijving van de verwachte ontwikkelingen in de bevolking (*paragraaf 6.1*). Deze ontwikkelingen bepalen namelijk in belangrijke mate hoe de gezondheid en het zorggebruik van de mensen zich ontwikkelt (*tekstblok 6.1*). In *paragraaf 6.2* rekenen we de gevolgen van de ontwikkelingen in de bevolking door, dat wil zeggen we doen een demografische verkenning. We kijken naar de effecten op de toekomstige gezondheid en het toekomstige zorggebruik in Midden-Holland. Vervolgens verkennen we de effecten van ontwikkelingen in de epidemiologie van ziekten (*paragraaf 6.3*). Ten slotte beschrijven we enkele andere relevante ontwikkelingen voor de toekomst (*paragraaf 6.4*) en sluiten het hoofdstuk af met enkele noties over de betekenis voor de diverse betrokken partijen in de regio Midden-Holland (*paragraaf 6.5*).

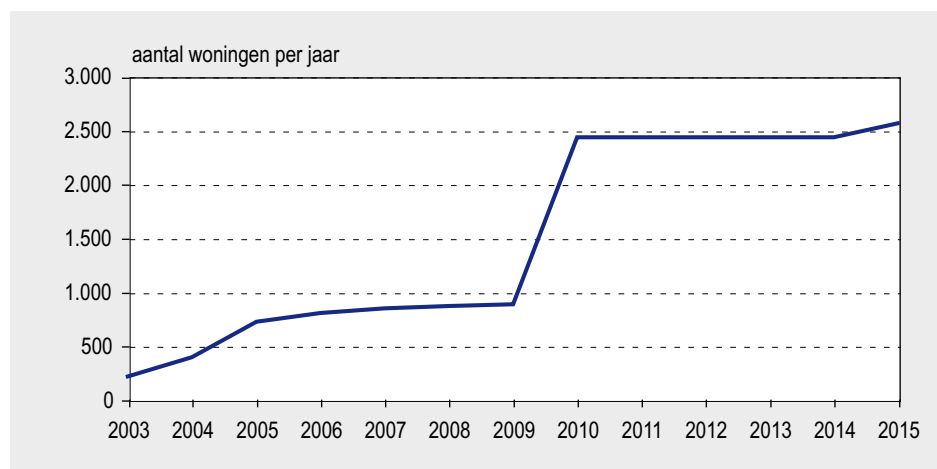
6.1 De bevolking in 2015

Het totaal aantal inwoners van Midden-Holland groeit. In 2015 zal de bevolking van Midden-Holland met 13% zijn toegenomen ten opzichte van 2004. In totaal zullen er dan 270.791 mensen in de regio wonen.

Vergeleken met heel Nederland, groeit de regio Midden-Holland snel. Voor alle leeftijdsklassen wordt een hogere groei (of een minder sterke daling) verwacht (zie *figuur 6.1*). Vooral het aantal mensen tussen de 20 en de 30 jaar, en boven de 60 jaar, zal toenemen. Opvallend is ook de toename van het aantal 85-plussers. Omdat de levens-



Figuur 6.1: Procentuele verandering in de bevolking, Midden-Holland en Nederland, 2005-2015. Bron: www.ris-zh.nl; CBS-Statline.



Figuur 6.2: Toename van de woningvoorraad in Midden-Holland, zoals meegenomen in de bevolkingsprognose van de regio. Bron: Provincie Zuid-Holland, 2005.

verwachting van mannen de laatste 20 jaar sneller is gestegen dan die van vrouwen, zal ook het aantal mannen verhoudingsgewijs sterker gaan toenemen.

Om te komen tot de bevolkingsprognose voor Midden-Holland, heeft de provincie Zuid-Holland de landelijke prognose van het CBS 'doorvertaald' naar de individuele Zuid-Hollandse gemeenten en regio's, rekening houdend met de eigenheid van deze gemeenten en regio's. In de prognose is rekening gehouden met puur demografische factoren (geboorte, burgerlijke staat, sterfte en migratie) maar ook met veranderingen op het gebied van de woningbehoefte en woningbezetting. Met name de veronderstelde toename van de woningvoorraad in Midden-Holland maakt dat de bevolkingsprognose van de regio een behoorlijke stijging laat zien (*figuur 6.2*). Het betreft hier bouwplannen in Waddinxveen, Zevenhuizen-Moerkapelle, Nieuwerkerk aan den IJssel, Gouda en in mindere mate Moordrecht.

Tekstblok 6.1: Demografische verkenning: de methode

In een demografische verkenning wordt nagegaan wat het effect is van toekomstige ontwikkelingen in opbouw en omvang van de bevolking. Daartoe wordt de bevolkingsprognose toegepast op constante leeftijds- en geslachtsspecifieke cijfers over gezondheid en over zorggebruik. De uitkomsten zijn afhankelijk van hypothesen over geboorte, migratie en sterfte waarop de bevolkingsprognose is gebaseerd. Wij gebruiken in dit rapport de prognose van

de provincie Zuid-Holland (www.ris-zh.nl). Verder baseren we ons op de in de voorgaande hoofdstukken verzamelde informatie over gezondheid, oorzaken van ongezondheid en zorggebruik. Voorzover die gegevens niet afkomstig waren uit 2005, zijn ze eerst met behulp van bevolkingscijfers omgerekend naar 2005. Daarna zijn de berekeningen telkens voor de periode 2005-2015 uitgevoerd.

Tabel 6.1: Top-10 van ziektebeelden waarvan de incidentie in absolute aantallen het sterkst zal toenemen in Midden-Holland en Nederland, 2005-2015. Bron: zorgregistraties, zie hoofdstuk 5.

incidentie	toename in Midden-Holland 2005-2015 (%)	toename in Nederland 2005-2015 (%)
artrose	27,5	16,7
urine­weginfecties	19,9	8,2
nek- en rugaandoeningen (personen)	15,7	3,6
verkeersongevallen	15,5	4,1
onderste luchtweginfecties	15,1	5,1
contacteczeem (personen)	13,9	2,7
privé-ongevallen, medisch behandeld	13,7	3,3
sportongevallen, medisch behandeld	13,0	-0,9
infecties van het maag­darmkanaal	9,7	-0,4
bovenste luchtweginfecties	8,8	-1,7

6.2 Het effect van demografische ontwikkelingen

Gezondheid in Midden-Holland, 2005-2015

De bovengeschetste groei en veranderingen in de samenstelling van de bevolking leiden in de regio Midden-Holland tot een toename van het aantal patiënten met ziekten en aandoeningen. Vooral het aantal nieuwe gevallen (oftewel de incidentie) van veel voorkomende ziekten als artrose en nek- en rugaandoeningen zullen toenemen. Daarnaast zullen diverse infectieziekten, zoals urine­weg-, luchtweg- en maagdarminfecties steeds vaker voorkomen in Midden-Holland. Deze toenames zullen beduidend sterker zijn dan gemiddeld in Nederland (*tabel 6.1*). Ook de prevalenties (bestaande gevallen) van diverse ziektebeelden zullen in Midden-Holland gaan toenemen. De grootste toenames zijn te verwachten in het voorkomen van staar, coronaire hartziekten en beroerte in de bevolking (*tabel 6.2*). Overigens zijn er ook ziektebeelden die weliswaar minder vaak voorkomen, maar procentueel wel sterk gaan stijgen. Voorbeelden daarvan zijn prostaatkanker (42%), aneurysma van de buikaorta (40%) en de ziekte van Parkinson (36%).

Tabel 6.2: Top-10 van ziektebeelden waarvan de prevalentie in absolute aantallen het sterkst zal toenemen in Midden-Holland en Nederland, 2005-2015.

prevalentie	toename in Midden-Holland 2005-2015 (%)	toename in Nederland 2005-2015 (%)
staar	32,2	18,2
coronaire hartziekten	32,0	20,1
beroerte	31,8	18,9
COPD	30,6	18,4
ouderdoms-/lawaaidoofheid	29,1	16,2
artrose	28,9	17,3
diabetes mellitus	28,2	17,0
nek- en rugaandoeningen	16,0	4,1
contacteczeem	15,3	4,0
astma	11,4	0,8

Zorggebruik in Midden-Holland, 2005-2015

Met de toenemende veroudering zijn de sterkste toenames in het zorggebruik te verwachten in de sector verpleging en verzorging, gevolgd door de thuiszorg (tabel 6.3). Ook het totale geneesmiddelengebruik zal toenemen, met ruim 20%; een relatief groot deel van die groei zit in de geneesmiddelen voor hart- en vaatziekten, en bloed en bloedvormende organen (resultaten niet getoond). Daarmee zal dus ook het gebruik van de diensten van apothekers gaan toenemen. Ook de vraag naar mantelzorg zal naar verwachting toenemen (resultaten niet getoond in de tabel). Volgens het CBS zijn er op dit moment al 6.500 mensen in Midden-Holland die wel mantelzorg willen, maar dat niet kunnen krijgen. In 2015 zal dit aantal zijn gestegen naar 11.500 (www.ris-zh.nl). Voor fysiotherapie geldt dat deze toekomstverkenning gebaseerd is op cijfers van extramurale fysiotherapiepraktijken. Omdat juist oudere mensen veelal intramurale fysiotherapie ontvangen, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatie-instelling, zou de werkelijke stijging in het gebruik nog wel eens hoger kunnen zijn. De minst grote toename is te verwachten voor de verloskundige zorg, aangezien het aantal geboortes in de regio slechts gering zal toenemen.

Al met al zal het zorggebruik in Midden-Holland, vergeleken met wat voor Nederland als geheel verwacht mag worden, relatief sterk toenemen. Overigens is in de beschreven demografische projecties geen rekening gehouden met ontwikkelingen in het aantal allochtonen en het aantal éénpersoonshuishoudens. Ook deze trends zullen naar verwachting het toekomstige zorggebruik beïnvloeden. Uit een recent toekomstonderzoek naar de eerstelijnszorg kwam naar voren dat het toenemend aantal één-

Tabel 6.3: Verwachte ontwikkelingen in het zorggebruik op basis van demografische ontwikkelingen, per discipline, in Midden-Holland en Nederland, 2005-2015.

	toename in Midden-Holland (%)			toename in Nederland (%)		
	man-nen	vrou-wen	totaal	man-nen	vrou-wen	totaal
huisartsenzorg	19,5	15,5	17,1	7,1	5,0	5,8
fysiotherapie (aantal contacten)	21,5	19,0	20,1	8,3	8,2	8,2
verloskundigen (aantal nul-jarigen)	n.v.t.	n.v.t.	2,0	n.v.t.	n.v.t.	-8,0
maatschappelijk werk (aantal cliënten)	13,9	11,3	12,2	-1,2	-0,5	-0,7
ziekenhuiszorg (aantal opnamen)	23,9	15,7	19,6	11,7	4,6	7,9
thuiszorg (aantal uren)	45,4	21,3	26,7	24,2	10,9	14,2
verpleging (aantal verpleeg-dagen)	58,4	27,5	35,6	27,5	13,5	17,5
verzorging (aantal verpleeg-dagen)	62,7	25,7	33,0	30,0	14,3	17,8
geneesmiddelen (euro's)	26,4	19,2	22,2	14,1	8,7	11,1
spoedeisende hulp (aantal patiënten)	20,8	16,8	19,0	7,0	6,3	6,7

n.v.t.= niet van toepassing; voor de GGZ, gehandicaptenzorg en OGGZ waren geen gegevens voorhanden die geschikt zijn voor demografische projecties

persoonshuishoudens naar verwachting zal leiden tot een extra toename van de vraag naar bijvoorbeeld thuiszorg (De Bakker et al., 2005).

6.3 Het effect van epidemiologische ontwikkelingen

Los van veranderingen in demografie zijn er veranderingen in het ziektepatroon die de gezondheid en het zorggebruik beïnvloeden. In *hoofdstuk 3* zijn deze trends uitgebreid beschreven. Zo zal kanker steeds vaker voorkomen (longkanker bij vrouwen, borstkanker, huidkanker, darmkanker), maar ook astma en diabetes mellitus. Psychische stoornissen (angststoornissen, depressie) zullen eveneens in aantal toenemen (De Hollander et al., 2006). Voor een deel zijn deze toenames het gevolg van risicogedrag. Dat longkanker bij vrouwen steeds vaker voorkomt hangt samen met rookgedrag in het verleden en de toename van diabetes mellitus type 2 bijvoorbeeld is deels een gevolg van het toenemende overgewicht in de bevolking. Toenemende trends kunnen ook het gevolg zijn van het feit dat ziekten eerder opgespoord worden (huidkanker, borstkanker, darmkanker). Er zijn uiteraard ook ziektebeelden die een dalende trend laten zien. Voorbeelden daarvan zijn longkanker bij mannen, maagkanker, sportblessures, COPD (bij mannen) en de ziekte van Parkinson.

Epidemiologische ontwikkelingen zullen leiden tot een extra toename (in het geval van stijgende trends) of juist een afname in de toekomstige gezondheid en het toekomstig zorggebruik. Voor een eerste indruk daarvan hebben we daarom de landelijke toekomstverwachtingen voor een aantal ziektebeelden genomen, en die naast de uitkomsten van de demografische projecties voor Midden-Holland gezet (*tabel 6.4, 6.5 en*

Tabel 6.4: Top-10 van ziektebeelden waarvan de incidentie in absolute aantallen het sterkst zal toenemen in Midden-Holland en Nederland. Bron: zorgregistraties, zie hoofdstuk 5.

incidentie	toename in % in Midden-Holland als gevolg van demografische ontwikkelingen, 2005-2015	epidemiologische verandering in heel Nederland in de periode 1993-2003 (%)	
		mannen	vrouwen
artrose	27,5	ns	63,1
urinewegsinfecties	19,9	ns	24,8
nek- en rugaandoeningen (personen)	15,7	ns	ns
verkeersongevallen	15,5	ns	-14,4
onderste luchtweginfecties	15,1	ns	ns
contacteczeem (personen)	13,9	ns	ns
privé-ongevallen, medisch behandeld	13,7	ns	-13,6
sportongevallen, medisch behandeld	13,0	-21,9	-22,3
infecties van het maagdarmkanaal	9,7	ns	ns
bovenste luchtweginfecties	8,8	-29,3	ns

ns=niet significant

Tabel 6.5: Top-10 van ziektebeelden waarvan de prevalentie in absolute aantallen het sterkst zal toenemen in Midden-Holland en Nederland, 2005-2015.

prevalentie	toename in % in Midden-Holland als gevolg van demografische ontwikkelingen, 2005-2015	epidemiologische verandering in heel Nederland in de periode 1993-2003 (%)	
		mannen	vrouwen
staar	32,2	52,5	30,1
coronaire hartziekten	32,0	ns	ns
beroerte	31,8	36,1	61,5
COPD	30,6	-23,8	-5,5
ouderdoms-/lawaaidoofheid	29,1	-4,2	-3,5
artrose	28,9	ns	6,3
diabetes mellitus	28,2	56,6	29,1
nek- en rugaandoeningen	16,0	ns	ns
contacteczeem	15,3	ns	ns
astma	11,4	38,6	54,8
ns=niet significant			

6.6). We gaan er daarbij voor dit moment vanuit dat de landelijke trends ook voor de regio Midden-Holland van toepassing zijn.

Zo wordt zichtbaar dat het aantal nieuwe gevallen van artrose bij vrouwen in Midden-Holland naar verwachting nog eens met bijna 63% zal toenemen door epidemiologische veranderingen en het aantal urineweginfecties met 25%. Voor een aantal typen letsels en verkoudheid daarentegen wordt de stijgende trend als gevolg van demografische veranderingen juist weer afgezwakt door de trends in de epidemiologie van deze aandoeningen (tabel 6.4). Met name bij de prevalentie van enkele chronische

Tabel 6.6: Demografische en epidemiologische projecties voor het aantal huisartsencontacten, 2005-2015.

toename huisartsencontacten	verwachte toename in Midden-Holland (%) ^a	verwachte extra toename in de periode 2005-2015 (%) ^b
infectieziekten	12,1	-3,2 tot -7,2
chronische lichamelijke ziekten	23,2	6,8 tot 14,0
aandoeningen van het bewegingsapparaat (excl.nieuwvormingen, infecties en letsels)	17,5	-2,4 tot -6,0
psychische en sociale problemen	15,4	11,4 tot 34,6
vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling	11,1	n.b.
screening en preventie	22,2	n.b.
overige lichamelijke klachten	16,4	n.b.
overige lichamelijke aandoeningen	18,5	0,6 tot 22,2

^a verwachte toename op basis van de demografische projectie

^b verwachte toename gebaseerd op historische trends in zorgregistraties: de getallen zijn verkregen door een lineaire regressieanalyse uit te voeren op gegevens over incidentie (i) of prevalentie (p) voor de betreffende ziekten. Er is gecorrigeerd voor leeftijd. Voor meer achtergronden bij de trends zie www.nationaalkompas.nl

Tabel 6.7: Landelijke demografische en epidemiologische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2015 naar discipline. Bron: De Bakker et al., 2005.

sector/discipline	demografie	epidemiologie	
		ondergrens	bovengrens
huisartsenzorg (contacten)	22,2	2,0	5,0
verloskundige zorg	2,0	n.v.t.	n.v.t.
fysiotherapie	20,1	-2,6	-4,6
spoedeisende hulp (alleen letsels)	19,0	5,2	6,2

aandoeningen wordt zichtbaar dat de epidemiologische trends in de bevolking tot extra toenames zullen gaan leiden. Dit is het geval bij staar, beroerte, suikerziekte en astma (*tabel 6.5*).

Voor de huisartsencontacten (*tabel 6.6*) geldt dat in de meeste gevallen het effect van de demografische ontwikkelingen verhoudingsgewijs groter is dan het effect van de ontwikkelingen in de epidemiologische trends. Daarnaast wordt voor hartfalen en COPD zichtbaar dat de opwaartse druk op de zorg door de vergrijzing voor een deel wordt 'afgevangen' door de dalende trend in de ziekte. Voor psychische problemen daarentegen is een toename te verwachten door demografie, die nog eens wordt versterkt door de stijgende epidemiologische trends.

Een indicatie van het totale effect van demografische en epidemiologische ontwikkelingen is voor een aantal zorgsectoren ten slotte weergegeven in *tabel 6.7*. Voor de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp zorgen epidemiologische ontwikkelingen naar verwachting voor een extra toename; voor de fysiotherapie wordt de demografische toename wat afgezwakt door de dalende trends in nek- en rugklachten.

6.4 Andere relevante ontwikkelingen

Demografie en epidemiologie zijn bepalend voor toekomstige ontwikkelingen, maar het zorggebruik wordt ook beïnvloed door keuzes in beleid, ontwikkelingen in het zorgaanbod, veranderingen in het hulpzoekgedrag van mensen en de culturele en politieke omgeving. Hieronder noemen we enkele van de belangrijke factoren die het toekomstig zorggebruik mede beïnvloeden.

Extramuralisatie

Om te beginnen zal de extramuralisatie van de zorg mogelijk verder doorzetten. Dit heeft allereerst te maken met de voorkeuren van de zorgvragers. Mensen met wat lichtere psychische problemen bijvoorbeeld worden liever in de eerstelijns geholpen dan in de specialistische tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Maar ook de ligduurverkortung in ziekenhuizen speelt een belangrijke rol, alsmede bezuinigingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Technologische ontwikkelingen op het terrein van bijvoorbeeld ICT, telegorg en domotica vormen hierin een belangrijke drijvende kracht. Voortgaande extramuralisatie zal leiden tot verschuivingen in de zorg, en daarmee

op deelterreinen tot een hoger zorggebruik dan puur op grond van demografische ontwikkelingen verwacht mag worden. Voor de gehandicaptenzorg bijvoorbeeld is de extramuralisatie zelfs veel meer bepalend voor het toekomstige zorggebruik dan demografische en epidemiologische ontwikkelingen.

Zorgvraag en zorgaanbod

Toekomstige veranderingen in de zorgvraag en het zorgaanbod zullen het zorggebruik eveneens beïnvloeden. Er zal naar verwachting een toenemende vraag zijn naar nieuwe producten en diensten. Zo is er een toenemende belangstelling voor preventie en zelfdiagnostiek. Ook de opkomst van pre-conceptionele advisering kan in dit verband worden genoemd. Er is hier in belangrijke mate een wisselwerking tussen vraag en aanbod. Zorgaanbieders zoeken immers ook nieuwe ‘markten’ op of bieden nieuwe medisch-technologische mogelijkheden aan. Dit laatste kan er ook de oorzaak van zijn dat het paradigma rond gezond en ziek, normaal en abnormaal verandert (denk aan gebitsregulering). Ook het mondiger worden van patiënten ten slotte wordt vaak genoemd als oorzaak van een toenemend zorggebruik. Gewezen wordt dan op een afnemende acceptatie van ziekte en lijden. Overigens wordt deze bewering niet door feiten ondersteund (De Bakker et al., 2005).

Overheidsbeleid

Het overheidsbeleid is eveneens mede bepalend voor het toekomstig zorggebruik. De overheid kan een belangrijke initiërende en faciliterende rol spelen. Gedacht kan worden aan de uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen met onder meer prenatale screening. Ook de verruiming van de financieringsmogelijkheden, zoals is gebeurd door het opnemen van eerstelijns psychologische zorg in het basispakket van de zorgverzekering, kan in dit kader worden genoemd. Overheidsbeleid kan ook juist het gebruik afremmen. Een voorbeeld daarvan is de extramurale fysiotherapie die in 2004 uit het ziekenfondspakket is gehaald. Dit leidde tot een daling van het gebruik. Ten slotte kan overheidsbeleid van invloed zijn op het aanbod. Zo zal het beleid, gericht op het verhogen van de arbeidsparticipatie van vooral vrouwen, leiden tot knelpunten in het aanbod van mantelzorg.

Politieke visies en voorkeuren

Ten slotte zijn mede van invloed op de gezondheid en het zorggebruik van mensen. Hoe deze visies en voorkeuren uiteindelijk uitwerken is beschreven in de recent verschenen VTV-2006 (De Hollander et al., 2006). Daarin is in twee scenario's nagegaan hoe een door de markt gedomineerde omgeving uitwerkt op de volksgezondheid, en wat de effecten zijn van een 'zorgzame', meer door de overheid gestuurde samenleving. Daaruit bleek bijvoorbeeld dat het risico op gezondheidsverschillen in de eerstgenoemde, competitieve omgeving veel groter was dan in de zorgzame wereld. Aan de andere kant werd helder dat vernieuwing in preventie en behandeling in een competitieve omgeving meer kan van slagen hebben dan in de zorgzame omgeving. *Tekstblok 6.2* bevat een illustratie van de verschillen die uiteindelijk in beide scenario's kunnen ontstaan, in dit geval in het voorkomen van overgewicht. Hieruit wordt duidelijk dat de (politieke) 'omgeving' mede bepalend is voor uiteindelijke trends in gezondheid en

zorggebruik. Voor een uitgebreidere beschrijving van de scenario's verwijzen we naar De Hollander et al. (2006).

Tekstblok 6.2: Ontwikkelingen in voeding, lichamelijk activiteit en overgewicht (op basis van consultatie van experts) (Bron: De Hollander et al., 2006)

Competitieve wereld

Voeding

Belangrijke ontwikkelingen op het gebied van het voedselaanbod leiden tot een uitgebreider assortiment van zowel 'gezonde' als 'ongezonde' voedingsmiddelen. 'Ongezonde' producten zijn voor iedereen beschikbaar; de 'gezonde' producten door hun prijsstelling vooral voor de hogere SES-groepen. Netto gezien vertaalt zich dit in een stijging van de energie-inname, een toename van de verzadigd vet consumptie, en een verdere daling van de groente en fruit consumptie (met in alle gevallen een grote spreiding over SES- of leeftijdsgroepen). Ten aanzien van de transvetzuur inname en de visconsumptie verwachten we respectievelijk slechts een beperkte of géén verbetering. Voor de modelschatting zijn de volgende gemiddelden aangenomen: verzadigd vet en transvet respectievelijk 15,6% en 0,79% energie%, fruit en groente respectievelijk 87 en 82 gram per dag, en visconsumptie 2 keer per maand.

Lichamelijke activiteit

Net als de voedingsmiddelenindustrie zal ook de beweeg- en media-industrie een variatie aan aanbod brengen. Een groter aanbod van beweegmogelijkheden lijkt mogelijk in eerste instantie een gunstig effect te hebben op beweeggedrag. Maar in een haastige, competitieve wereld zal de consument waarschijnlijk gebruik maken van de mogelijkheden om kortstondig actief te zijn en daarnaast het gemak zoeken van elektrische apparaten. Men neemt geen tijd om zich lopend of met de fiets te verplaatsen.

Overgewicht

Gezien de relatief hoge energie-inname en de afname van het totale energiegebruik neemt overgewicht toe. Verschillen in overgewicht en obesitas tussen lage en hoge SES-groepen zullen groot zijn. Voor de modelschatting zijn de volgende gemiddelden aangenomen: in 2025 matig overgewicht bij ruim 31% van de populatie en obesitas bij ongeveer 25%.

Zorgzame regio

Voeding

Er is minder te kiezen in het assortiment van 'on-gezonde' producten en de etikettering hierover zal meer duidelijkheid verschaffen. Gezien het lagere welvaartspeil richt het aanbod zich meer op de 'gewone man' met meer standaard- en vooral veilige producten. Minder mensen zullen geneigd zijn tot 'ongezonde' voedselkeuzes. Netto gezien vertaalt zich dit in het gelijk blijven van de energie-inname en de inname van transvetzuren, terwijl de inname van verzadigde vetzuren verder daalt. Daarnaast stijgt de consumptie van vis en met name groente weer enigszins. Voor de modelschatting zijn de volgende gemiddelden aangenomen: verzadigd vet en transvet respectievelijk 12,8% en 0,85% energie%, fruit en groente respectievelijk 136 en 117 gram per dag en visconsumptie 2,5 keer per maand.

Lichamelijke activiteit

Er is veel aandacht voor beweegonderwijs op scholen, maar de financiële middelen zijn relatief schaars. In tegenstelling tot de Competitieve wereld zullen scholen onderling niet wedijveren met betrekking tot hun goede beweegaanbod voor leerlingen. Mensen zijn zich bewust van het belang van bewegen, en zullen hier in hun dagelijkse leefpatroon rekening mee houden. In totaal zal dit resulteren in het gelijk blijven of een geringe afname in de lichamelijke activiteit.

Overgewicht

De energie-inname blijft constant en het energiegebruik blijft gelijk of neemt wat af, maar minder dan in de Competitieve wereld. De overgewichtprevalentie zal daarom stabiliseren dan wel slechts licht toenemen. Voor de modelschatting zijn de volgende gemiddelden aangenomen: in 2025 matig overgewicht bij 35% van de populatie, obesitas bij 11%.

6.5 Enkele implicaties voor beleid

Gegevens bruikbaar voor onderbouwing preventie- en zorgbeleid

De gegevens in dit rapport geven een beeld van de uitdagingen waarvoor de volksgezondheid de zorgsector in Midden-Holland de komende jaren stelt. Een aantal ziektebeelden zal veel vaker voorkomen dan nu het geval is. Leefstijlfactoren zoals alcoholconsumptie en lichaamsbeweging ontwikkelen zich ongunstig. Er is een toename van het zorggebruik te verwachten, vooral wat betreft huisartsen, apothekers, verpleeghuiszorg, thuiszorg en mantelzorg. Ook zien we veranderingen in de aard van de zorgvraag, zoals beschreven in *paragraaf 6.4*. Ten slotte zullen zich ontwikkelingen voordoen die van invloed zijn op het zorgaanbod: minder menskracht in de mantelzorg en nieuwe aanbieders op de zorgmarkt.

De in dit rapport gepresenteerde gegevens zijn op korte termijn bruikbaar voor de zorgsector. De verzekeraar bijvoorbeeld kan ze gebruiken om de kaders voor zorginkoop vast te stellen, de zorginstellingen kunnen ze gebruiken om prioriteiten in het zorgbeleid te onderbouwen, en om de eigen verwachtingen te verifiëren aan de hand van de epidemiologische gegevens.

Samenwerking binnen de zorg en met andere partijen van groot belang

Daarnaast bieden de gegevens stof voor het ontwikkelen van strategieën om op een adequate manier in te spelen op de toenemende ziektelast en de daaruit voortvloeiende zorgvraag. We noemen enkele mogelijke aangrijpingspunten voor beleid (*tabel 6.8*). Om te beginnen is met preventie gezondheidswinst te behalen, bijvoorbeeld op het gebied van chronische aandoeningen als diabetes, COPD en coronaire hartziekten. Daartoe zal preventie ook binnen de zorg meer vorm moeten krijgen. Een voorbeeld daarvan is de strategie van minimale interventie in de huisartsenpraktijk om roken tegen te gaan. Een integrale aanpak, waarbij verschillende zorgverleners en 'settings' (scholen, bedrijven, de buurt) betrokken zijn, heeft de meeste kans van slagen. Hoewel preventie overigens zeker effect sorteert, is het veelal wel een kwestie van lange adem.

De toenemende vraag die we constateren voor de diverse zorgsectoren (ziekenhuiszorg, verpleging, verzorging, thuiszorg, et cetera) zal in zijn algemeenheid opgevangen kunnen worden door uitbreiding van en differentiatie in het aanbod van de zorg. Meer ondernemerschap in de zorg zal hierin stimulerend werken en efficiencywinst in de zorg is ook te halen met moderne (ICT)-technologie. Per zorgsector zijn specifieke maatregelen mogelijk die de aansluiting tussen vraag en aanbod ten goede komen (*tabel 6.8*).

De zorgsector staat er overigens niet alleen voor. Volksgezondheid is niet alleen de zaak van zorgaanbieders en -verzekeraars, maar ook van andere partijen zoals woningcorporaties, arbeidsorganisaties, scholen en gemeenten. Een zojuist verschenen advies over tekorten aan arbeidskracht in de zorg van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2006) noemt oplossingen als maatregelen op het gebied van kinderopvang en arbeidsbesparend bouwen. Wat betreft *preventie* stimuleert de Rijksoverheid aandacht voor 'settings' zoals school, werk, wijk en recreatie.

Tabel 6.8: Mogelijke strategieën om in te spelen op ongunstige ontwikkelingen in (determinanten van) gezondheid en de toenemende zorgvraag.

Probleem	Strategie	Effect
Ongezond gedrag, o.a. roken, te weinig lichaamsbeweging en onvoldoende groente- en fruitinname; toenemend overgewicht	Investeren in preventie	Gezondheidswinst
Toenemende zorgvraag in diverse sectoren (ziekenhuiszorg, verpleging, verzorging, thuiszorg, etc.)	Meer ondernemerschap op de zorgmarkt, differentiëren in het aanbod	Verruiming en optimalisatie van het aanbod
Toenemende vraag naar huisartsen en apothekers ^a	Meer gebruik van ICT, EPD en teleconsulting	Idem
	Gunstige voorwaarden vestiging huisartsen en apothekers Taakdelegatie huisartsen faciliteren	Verhogen aantrekkelijkheid regio voor vestiging Efficiencywinst in de zorg
Toenemende vraag naar verpleging, verzorging en thuiszorg	Uitbreiden aanbod respijtzorg en dagopvang	Biedt tijdelijke oplossingen bij tekort aan verpleeghuis- en thuiszorg
	Meer differentiatie in het zorgaanbod, eventueel samen met woningbouwcorporaties Gebruik maken van telegorg/-bewaking	Optimalisatie zorgaanbod
Toenemende vraag naar mantelzorg en signalering van tekorten in het aanbod	Stimuleren vrijwilligerswerk Ondersteuning mantelzorgers, bijvoorbeeld door heldere afspraken over de inzet van een mix van informele en formele zorg (mantelzorgcontracten) Inzetten van vrijwillige case-managers en mentoren die zorgvragers bijstaan in het formuleren van de zorgvraag en het vinden van zorg	Vermindert druk op mantelzorg

^a Voor een recent overzicht van andere mogelijkheden om aan de toenemende vraag naar eerstelijnszorg tegemoet te komen, zie De Bakker et al., 2005.

Op grond van de herziene Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (2003) hebben gemeenten belangrijke taken in de volksgezondheid. Niet alleen is de gemeente verantwoordelijk voor de openbare gezondheidszorg, maar ook voor afstemming tussen zorg en preventie. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning die op 1 januari 2007 van kracht wordt versterkt nadrukkelijk deze rol van gemeenten. Meer dan voorheen zal er door zorgaanbieders met gemeenten samengewerkt en afgestemd moeten worden om te komen tot effectieve ketens in preventie en zorg. Maar andersom stellen ontwikkelingen in de zorg gemeenten voor opgaven. Zo zal de extramuralisatie eisen stellen aan de vormgeving van woningen (bouwbeleid) en de openbare ruimte (ruimtelijke ordening, gemeentewerken, groenvoorzieningen, verkeer). De woonzorgzones zoals die op dit moment in de regio Midden-Holland worden gerealiseerd, zijn een mooie en actuele illustratie van deze ontwikkelingen.

LITERATUUR

- De Bakker DH, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF (eindredactie). Op één lijn. Toekomst-verkenning eerstelijnszorg 2020. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
- De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Van Oers JAM, Polder JJ (Eindredactie). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport-nummer 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- Fiolet DCM. OGGZ-monitor Midden-Holland. Aantal verkommerden en verloederden in de regio Midden-Holland: cijfers van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, 2006.
- Gezondheidsmonitor Midden-Holland: factsheet 'Overgewicht bij kinderen van 5 t/m 15 jaar in Midden-Holland'. GGD Hollands Midden, 2006.
- Gezondheidsmonitor Midden-Holland: factsheet 'Genotmiddelengebruik en gokgedrag onder scholieren in Midden-Holland'. GGD Hollands Midden, 2005.
- Hanning C. Peiling Jeugd en Gezondheid. Kinderen in Midden-Holland. Ontwikkeling en psychosociaal welzijn van 0-12 jarigen. GGD Hollands Midden, 2006.
- Huisartsenpost Midden-Holland. Jaarverslag. Gouda, 2005.
- Kriegsman DMW, Penninx BMJH, van Eijk JThM, Boeke AJP, Deeg DJH. Selfreports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community-dwelling elderly: a study of agreement and determinants of disagreement. *J Clin Epidemiology* 1996; 49 (12): 1407-17.
- Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Formann F, Sans S, Tolonen H, Evans A, Ferrario M, Tuomilehto J. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA project populations. *Lancet*, 2000; 355: 675-687.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- Law M, Wald N. Why heart disease mortality is low in France: the time lag explanation. *British Medical Journal*, 1999; 318: 1471-1480.
- Mensinga TJT, Vries I de, Kruidenier M, Hunaault CC, Hengel-Koot IS van den, Fijen JW, Leenders MEC, Meulenbelt J. Dubbel blind, gerandomiseerd, placebo gecontroleerd, 4-weg gekruist onderzoek naar farmacokinetiek en effecten van cannabis. RIVM rapport nr. 267002001. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid: Ziekten en Aandoeningen. Bilthoven: RIVM, 2006. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 3.6, 14 september 2006.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid: Gezondheidsdeterminanten. Bilthoven: RIVM, 2006. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 3.6, 14 september 2006.
- Nationale Atlas Volksgezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> versie 3.7, 14 september 2006.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag. Den Haag, 2006.
- Seks onder je 25e: Gezondheidsmonitor Midden-Holland: factsheet 'Seksuele gezondheid jeugd tot 25 jaar in Midden-Holland' (in concept).
- Van Lier A. Sterfte in Zuid-Holland. Analyse van sterftecijfers in de provincie Zuid-Holland 1996-2002. Gezamenlijke uitgave van: GGD Zuid-Holland Noord, GGD Zuid-Holland West, GGD Den Haag, GGD Midden-Holland, GGD Nieuwe Waterweg Noord, GGD Zuid-Holland Zuid, GGD Zuidhollandse Eilanden, 2006.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brancherapport Cure. Den Haag: VWS, <http://www.brancherapporten.minvws.nl> versie 2.1, 18 mei 2005.

Lia Donkers directeur Transmuraal Netwerk

Margreet Bekedam	hoofd EGB GGD Hollands Midden
Aris Bras	manager behandeling en begeleiding Zorgpart- ners Midden-Holland
Ben Eijnsink	regiomanager VG Gemiva-SVG Groep
Henny Peltenburg	internist Groene Hart Ziekenhuis
Olga van Rijn	manager sector onderzoek en ondersteuning Zorgverzekeraar Trias
Marion Suijker	directeur Kwadraad (tot april 2006)
Eliane Thewessen	Raad van Bestuur Groene Hart Ziekenhuis
Jan Vink	psychiater, directeur behandelzaken GGZ Midden- Holland
Him Vishnudatt	senior adviseur Vierstroom
Edmond Walma	huisarts Schoonhoven
Ineke van Weezel	projectmanager adviseur Kwadraad (vanaf mei 2006)

Daniëlle Fiolet	epidemioloog (GGD)
Hans van Oers	hoofd centrum VTV, hooglearaar openbare gezondheidszorg, universiteit Tilburg (RIVM)
Henriëtte Treurniet	projectleider (RIVM)

Petra Eysink	RIVM
Daniëlle Fiolet	GGD Hollands Midden
René Poos	RIVM
Henriëtte Treurniet	RIVM

Lea den Broeder	RIVM
Henriette Giesbers	RIVM
Geert-Jan Kommer	RIVM
Martin Middelburg	RIVM
Antje Roedig	RIVM
Ivonne Sluijs	GGD Hollands Midden

Bijlage 2

Overzicht gebruikte bronnen voor gezondheid, determinanten en zorggebruik

Tabel B2.1: Gebruikte bronnen voor gegevens over gezondheid in Midden-Holland en Nederland.

Indicator	Midden-Hol-	Nederland	Opmerkingen
Sterfte, levensverwachting en gezonde levensverwachting	CBS Statline	CBS Statline	<p>Voor dit rapport is de levensverwachting berekend op basis van de sterftekansen in 2005.</p> <p>De gezonde levensverwachting is het aantal levensjaren dat iemand kan verwachten in goede gezondheid door te brengen. Er zijn drie gezondheidsindicatoren die ieder een bepaald type gezonde levensverwachting opleveren:</p> <ul style="list-style-type: none">• levensverwachting in goed ervaren gezondheid;• levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen;• levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. <p>Voor de <i>levensverwachting in goed ervaren gezondheid</i> is het aantal 'gezonde' jaren bepaald op basis van het percentage personen dat op de vraag naar de ervaren gezondheid de antwoorden 'goed' of 'zeer goed' gaf. 'Ongezonder' zijn degenen die 'gaat wel', 'soms goed en soms slecht' of 'slecht' antwoordden. Het CBS verzamelt informatie over deze ervaren gezondheid met een enkelvoudige vraag: "Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?"</p> <p>Voor de berekening van de <i>levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen</i> zijn gegevens gebruikt over langdurige lichamelijke beperkingen in tien activiteiten op het terrein van horen, zien, mobiliteit en algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Personen zijn geclassificeerd als 'beperkt' wanneer zij aangaven één of meer van deze activiteiten niet of met veel moeite te kunnen uitvoeren.</p> <p>Voor de <i>levensverwachting in goede geestelijke gezondheid</i> is gebruik gemaakt van gegevens, gebaseerd op de Affect Balance Scale. Deze bestaat uit vijf items over negatieve gevoelens (eenzaam, rusteloos, vervuild, depressief, van streek). Het aantal 'ongezonde' jaren is bepaald op basis van het percentage personen dat vaak of erg vaak last had van een of meer van deze vijf gevoelens.</p>
Zelfgerapporteerde (on)gezondheid	<p>Gezondheids-enquête Midden-Holland 2005, volwassenen en ouderen.</p> <p>Genotmid-delen gebruik onder scholieren in Midden-Holland, 2003 (GGD i.s.m. Trimbosinsti-tuut)</p>	POLS-enquête (CBS) over periode 2001-2004	<p>Zelfrapportage wil zeggen dat mensen zelf een oordeel geven over hun gezondheid. Hierboven zijn al voorbeelden genoemd van zelfgerapporteerde gegevens die het CBS op landelijk niveau verzamelt: ervaren gezondheid, lichamelijke beperkingen, geestelijke gezondheid.</p> <p>De GGD verzamelt ook zelfgerapporteerde informatie. Informatie over ervaren gezondheid en kwaliteit van leven verkrijgt de GGD met behulp van de SF-12 (Short Format 12). Dit is een internationale set van twaalf vragen met aandacht voor zowel fysieke als mentale aspecten van ervaren gezondheid.</p> <p>Verder worden psychische klachten gemeten met de MHI-5, oftewel de 'Mental Health Inventory'. Dit is een internationale standaard voor meting van de psychische gezondheid, bestaande uit 5 vragen. Specifieke psychische klachten als depressie en angststoornissen zijn verder nog gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10). Dit een vragenstel met 10 vragen die depressieve en/of angstklachten meten in de maand voor het onderzoek.</p>

Indicator	Midden-Hol-	Nederland	Opmerkingen
Prevalentie en incidentie	Landelijke gegevens ge-extrapolleerd naar de bevolking van Midden-Holland	Landelijke zorg-registraties	Voor deze studie zijn de cijfers die voor Nederland geschat zijn op basis van zorgregistraties geëxtrapoleerd naar de bevolking van Midden-Holland, door rekening te houden met verschillen in bevolkings-opbouw tussen Midden-Holland en Nederland. We gaan er daarbij impliciet vanuit dat de leeftijds-specifieke cijfers voor Nederland ook gelden voor Midden-Holland, dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. De gebruikte gegevensbronnen zijn per ziektebeeld beschreven in tabel B2.2.
Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid	CBS Statline, UWV	CBS Statline, UWV	Iemand is arbeidsongeschikt als hij/zij als gevolg van ziekte of gebreken niet meer in staat is om met passende arbeid hetzelfde te verdienen als gezonde personen met een soortgelijke opleiding en ervaring gewoonlijk verdienen.

Tabel B2.2: Gebruikte bronnen met gegevens over prevalentie en incidentie. Rangschikking op basis van ICD-9.

Ziekten en aandoeningen	Prevalentie	Incidentie
Infectieziekten en parasitaire ziekten		
infectieziekten maag-darmkanaal		HAR ¹⁾ bevolkingsonderzoek
tuberculose		NTR (KNCV) ²⁾
RVP ³⁾ -ziekten		ISIS ⁴⁾
hersenvliesontsteking, pneumokokken (RVP-ziekte)		RBM ⁵⁾
hiv/aids	IGZ ⁶⁾ + SHM ⁷⁾	IGZ + SHM
soa, syfilis, gonorroe (bacteriële soa)		IGZ, soa-peilstation
bacteriële soa: chlamydia trachomatis	prevalentiestudie in Amsterdam, Soa AIDS Nederland onderzoek	soa-peilstation
kanker		
slokdarmkanker, maagkanker	IKZ/SOOZ ⁸⁾	NKR ⁹⁾
dikkedarmkanker, longkanker, huidkanker, borstkanker, prostaat­kanker, non-Hodgkin lymfomen	IKA ¹⁰⁾ +IKZ	NKR
Endocriene ziekten, voedings- en stofwisselingsziekten en immu­niteitsstoornissen		
diabetes	HAR POLS ¹¹⁾ , NS-2 ¹²⁾ patiënten­enquê­te	HAR
Psychische stoornissen		
dementie	HAR ERGO ¹³⁾ /Leiden 85-plus studie	HAR ERGO/Leiden 85-plus studie
schizofrenie	HAR PiGGz ¹⁴⁾ + NEMESIS ¹⁵⁾	HAR
depressie in engere zin, dysthymie, paniekstoornis, agorafobie (zonder paniekstoornis), enkelvoudige fobie, sociale fobie, obsessief-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, angststoornissen (totaal)	HAR NEMESIS (18-64 jr), Verhulst 1 (3-17) ¹⁶⁾ , LASA ¹⁷⁾ (65+)	HAR
alcoholafhankelijkheid	NEMESIS (18-64 jr), LADIS ¹⁸⁾ , regionale studies in Utrecht, Rotterdam, Limburg	NEMESIS (18-64 jr), Verhulst (13-17), LASA (65+)
verstandelijke handicap, ernstig verstandelijke handicap, licht	Maas et al / SCP ¹⁹⁾ + Limburgs onderzoek	

Ziekten en aandoeningen	Prevalentie	Incidentie
Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen		
Parkinson, multiple sclerose, epilepsie	HAR + SIVIS ²⁰⁾ ERGO Epidemiologisch onderzoek Groningen PHARMOdatabase	HAR ERGO/Leiden 85-plus studie Epidemiologisch onderzoek Groningen PHARMOdatabase
gehoorstoornissen, ouderdom en lawaai- doofheid	POLS HAR	HAR
maculadegeneratie, diabetische retino- pathie, glaucoom, cataract, gezichts- stoornissen	HAR ERGO HOORNSTUDIE POLS	HAR ERGO
Hart- en vaatziekten		
acuut myocard infarct, coronaire hart- ziekten, hartfalen, beroerte	HAR	HAR
aneurysma van de buikaorta	ERGO	LMR ²¹⁾
Ziekten van de ademhalingswegen		
bovenste luchtweginfecties (pharyngitis, sinusitis, tonsillitis), longontsteking, acute bronchi(oli)tis		HAR, IGZ
influenza		CMR-Peilstations Nederland ²²⁾
astma, COPD (chronic obstructive pulmo- nary disease)	HAR ISAAC/PIAMA ²³⁾ , ELON/MOR- GEN ²⁴⁾	HAR
Spijsverteringsstelsel		
zweren van maag, zweren van 12-vinge- rige darm	HAR	HAR
inflammatoire darmziekten: Crohn & colitis ulcerosa	ziekenhuisonderzoek in Limburg en in Leiden	ziekenhuisonderzoek in Limburg en in Leiden
Urinewegen		
nierbekkenontsteking, blaas- en urine- buisontsteking		HAR
Huid en subcutis		
constitutioneel eczeem, contact eczeem, decubitus	HAR Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus	HAR
Bewegingsstelsel en bindweefsel		
reumatoïde artritis	HAR	HAR
artrose	HAR POLS ERGO	HAR
dorsopathiën	HAR KAB-studie ²⁵⁾ , POLS	HAR ROME-project ²⁶⁾
heupfracturen		LMR
Aangeboren afwijkingen		
aangeboren afwijkingen centrale zenuw- stelsel	HAR LVR/LNR ²⁷⁾ (Prismant)	HAR LVR/LNR (Prismant)
aangeboren afwijkingen hartvaatselsel	HAR LVR/LNR & EUROCAT	HAR LVR/LNR (Prismant)

Ziekten en aandoeningen	Prevalentie	Incidentie
Aandoeningen perinataal		
vroeggeboorten		Stichting Perinatale Registratie Nederland, LNR, SMOCK ⁽²⁸⁾ /POPS ⁽²⁹⁾
Letsels en vergiftigingen		
ongevalsletsel verkeer, privé, bedrijf, sport		LIS/OBIN ⁽³⁰⁾
geweld, suïcide		SEH (LIS) ⁽³¹⁾

- 1) HAR= huisartsenregistraties, bestaande uit LINH, CMR-Nijmegen e.o., RNH-Limburg, RNUH-LEO, Transitie-project
- 2) NTR= Nederlands Tuberculose Register (KNCV tuberculosefonds)
- 3) RVP= Rijksvaccinatieprogramma, hieronder vallen: bof, difterie, Hib, hepatitis B, kinkhoest, mazelen, meningokokken C, pneumokokken, polio, rode hond, tetanus
- 4) ISIS= Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (RIVM)
- 5) RBM= Nederlands Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis (RIVM/AMC)
- 6) IGZ= Inspectie voor de Gezondheidszorg
- 7) SHM= Stichting HIV Monitoring
- 8) IKZ= Kankerregistratie in de IKZ-regio (Noord-Brabant en Noord-Limburg)
- 9) IKA= Kankerregistratie IKA-regio (Noord-Holland en Flevoland)
- 10) NKR= Nederlandse Kanker Registratie (VIKC)
- 11) POLS= Permanent Onderzoek LeefSituatie, module arbeid en gezondheid van het CBS
- 12) NS-2= Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Nivel)
- 13) ERGO= ERGO. ERGO-onderzoek (Erasmus Universiteit Rotterdam)
- 14) PiGGz= Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ Nederland en Prismant)
- 15) NEMESIS= Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Trimbos Instituut)
- 16) Verhulst= Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF, Kasius MC. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. Ned Tijdschr Geneesk 1997a; 141: 777-781
- 17) LASA= Longitudinal Aging Study Amsterdam (VU)
- 18) LADIS= Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (IVZ)
- 19) SCP= Sociaal en Cultureel Planbureau
- 20) SIVIS= Verpleeghuis Informatiesysteem (Prismant)
- 21) LMR= Landelijke Medische Registratie (Prismant)
- 22) CMR-Peilstations Nederland= Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland (Nivel)
- 23) ISAAC/PIAMA= International Study of Asthma and Allergies in Childhood / Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie
- 24) ELON/MORGEN= Europees Luchtweg Onderzoek Nederland / Monitoring van risicofactoren en gezondheid in Nederland (RIVM)
- 25) KAB-studie=Klachten en Aandoeningen van het Bewegingsapparaat
- 26) ROME-project= Reuma-Onderzoek Meerdere Echelons (NIPG-TNO)
- 27) LVR/LNR= Landelijke Verloskunde Registraties (eerste en tweede lijn)/Landelijke Neonatale Registratie van Prismant
- 28) SMOCK= Sociaal Medisch Onderzoek Consultatiebureau Kinderen
- 29) POPS= Project On Preterm and Small-for-gestational-age infants (TNO)
- 30) LIS/OBIN= Letsel Informatie Systeem/Ongevallen en Bewegen in Nederland
- 31) SEH (LIS)= Spoedeisende hulp (Letsel Informatie Systeem van Consument en Veiligheid)

Tabel B2.3: Gebruikte bronnen met gegevens over determinanten van (on)gezondheid.

Indicator	Bron voor Midden-Holland	Bron voor vergelijking met Nederland
Roken, lichamelijke activiteit, voeding, overgewicht	<p>Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005: enquête naar verschillende gezondheidsbeïnvloedende factoren zoals leefstijl (roken, alcoholconsumptie, beweging, voeding) en overgewicht onder volwassenen en ouderen in Midden-Holland.</p> <p>De enquête is gelijktijdig uitgevoerd in alle Zuid-Hollandse GGD-regio's, zodat provinciale cijfers beschikbaar zijn. De GGD-regio's in Zuid-Holland zijn: Hollands Midden (subregio's Midden-Holland en Zuid-Holland Noord), Zuid-Holland West, Zuid-Holland Zuid, Nieuwe Waterweg Noord, Rotterdam e.o. en Zuid-Hollandse Eilanden.</p> <p>Gezondheidsenquêtes zijn in Midden-Holland eveneens uitgevoerd in 2002 en 1992. Alhoewel vraagstellingen niet altijd overeen komen met de enquête van 2005, is het in enkele gevallen mogelijk een trend weer te geven over deze jaren.</p>	<p>Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) CBS 2001-2004: jaarlijks onderzoek naar gezondheid en leefstijl onder een steekproef van circa tien-duizend Nederlanders van 12 jaar en ouder. Informatie uit 2001-2004 is beschikbaar per GGD-regio.</p>
Alcoholgebruik, druggebruik	<p>volwassenen: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005</p> <p>jongeren: Genotmiddelengebruik onder scholieren 2003</p> <p>vierjaarlijks vragenlijstonderzoek van de lokale GGD'en in samenwerking met het Trimbos-instituut over het rookgedrag, alcohol- en drugsgebruik onder scholieren. Het onderzoek is uitgevoerd onder scholieren van groep 7 en 8 van het basisonderwijs en scholieren van alle klassen van het voortgezet onderwijs.</p>	<p>POLS 2001-2004 (CBS) (zie boven)</p>
Seksueel gedrag	<p>Seks onder je 25^e:</p> <p>onderzoek van de Rutgers Nisso Groep in samenwerking met lokale GGD'en naar seksueel risicogedrag onder jongeren van 12 tot 25 jaar. Het onderzoek is in het najaar van 2004 uitgevoerd.</p>	<p>POLS 2001-2004 (CBS) (zie boven)</p>

Tabel B2.4: Gebruikte bronnen met gegevens over zorggebruik.

Indicator	Bron	Opmerking
Huisartsen	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen-zorg (LINH) en POLS (CBS) 2005	Landelijk representatief netwerk van 85 geautomatiseerde huisartspraktijken met bijna 350.000 ingeschreven patiënten (in december 2004). De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (zie ook www.linh.nl).
Fysiotherapie	Landelijk Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ)	In het LiPZ-netwerk zijn gedurende de registratie periode (april 2001 - mei 2003) voor de beroepsgroep fysiotherapie van ruim 12.000 patiënten gegevens geregistreerd. De belangrijkste variabelen zijn: leeftijd, geslacht, opleiding, ziekenfonds of particulier verzekerd, verwijzer, aantal zittingen, morbiditeit (ICPC-code) en behandeling wel of niet afgerond. Voor dit onderzoek is uit LiPZ het aantal contacten per persoon gehaald, naar leeftijd en geslacht. Die gegevens zijn gecombineerd met de bevolkingscijfers van Midden-Holland om zo te komen tot een schatting van het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut in de regio.
Thuiszorg, Verpleging en Verzorging	Registratie van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ)	De gebruikte gegevens betreffen het jaar 2003. De belangrijkste variabelen in de registratie van het CAK zijn leeftijd, geslacht, aantal uren zorg en verleende hulp (zie ook www.cak-bz.nl). Voor de thuiszorg en verzorging zijn de gegevens naar gemeente geanalyseerd, voor de verpleging zijn de gegevens van de twee verpleeghuizen in Gouda gebruikt. Verder is informatie afkomstig van de reguliere organisatie voor thuiszorg in Midden-Holland, Vierstroom. Informatie over verpleging en verzorging in de regio is afkomstig van Stichting Zorgpartners.
Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	Gestandaardiseerd registratiesysteem AMW-instellingen	De landelijke gegevens omtrent de cliëntenpopulatie van het AMW zijn afkomstig van een gestandaardiseerd registratiesysteem waarbij AMW-instellingen bijhouden welke cliënten bij hen terecht komen. De belangrijkste variabelen zijn: leeftijd, geslacht, omvang cliëntensysteem (een cliëntensysteem kan uit meerdere cliënten bestaan; bijvoorbeeld bij huwelijksproblemen komen man en vrouw samen), samenlevingsvorm, etniciteit, verwijzer en probleemcategorie (bijvoorbeeld echtscheiding, arbeidsproblemen, gezinsproblemen, et cetera). De mensen waarvan leeftijd en geslacht in de registratie onbekend waren, zijn evenredig verdeeld over de wel bekende leeftijd- en geslachtsklassen. Verder is informatie uit de regio zelf afkomstig van Kwadraad.
Ziekenhuiszorg	Landelijke Medische Registratie (LMR)	In de LMR worden medische en administratieve gegevens vastgelegd van patiënten die klinisch of in dagverpleging opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis in Nederland (incl. in ziekenhuis geboren en, klinisch of dagverpleging maar excl. poliklinische bevallingen). De registratie is continu en de dekking nagenoeg 100%.
Verloskundige zorg	Bevolkingsprognose	Voor een schatting over het gebruik van verloskundige zorg gebruiken we gegevens over het aantal (verwachte) geboortes in de regio. Dit getal is afkomstig uit de regionale bevolkingsprognose zoals die is opgesteld door de Provincie Zuid-Holland (www.ris-zh.nl).

Indicator	Bron	Opmerking
Geneesmiddelen-gebruik	Registratie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)	Deze stichting houdt zich sinds 1990 bezig met het verzamelen en analyseren van gedetailleerde gegevens omtrent het geneesmiddelengebruik in Nederland. De SFK betreft haar informatie rechtstreeks van een panel met apotheken. Bij dit panel zijn op dit moment 1.470 van de 1.654 openbare apotheken in ons land aangesloten. De 1.470 apotheken uit het SFK-panel bedienen samen 13 miljoen Nederlanders die jaarlijks ongeveer 120 miljoen keer een genees-, verband- of hulpmiddel verstrekt krijgen. Per verstrekking registreert de SFK gegevens over het middel dat is afgeleverd, de apotheek die het middel verstrekt heeft, de zorgverzekeraar die de verstrekking al of niet vergoedt, de arts die het middel heeft voorgeschreven en de patiënt die het middel voorgeschreven heeft gekregen. De SFK is representatief maar niet geheel landelijk dekkend. De SFK rapporteert cijfers over de populatie (13,5 miljoen inwoners) waar zij informatie over verzamelt. Met behulp daarvan zijn de SFK gegevens opgehoogd naar de landelijke populatie.
Gehandicaptenzorg	Registratie zorginkoopcijfers Zorgkantoor Waardenland/Midden-Holland	De gebruikte cijfers hebben betrekking op verstandelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten en lichamelijk gehandicapten en zijn afkomstig van de volgende zorgverlenende instanties: GEMIVA-SVG, Siloah, ASVZ Zuid West, Philadelphia, Humanitas DHM, Stichting de Arkgemeenschap, Bureau DDS, Activisie en Stichting Maasstad.
GGZ	Registratie GGZ Midden-Holland en POLS (CBS) 2005	
Acute zorg	Registratie Groene Hart Ziekenhuis	Informatie over de geleverde acute zorg op de spoedeisende hulp in de regio Midden-Holland is afkomstig uit de registratie van het Groene Hart Ziekenhuis. De gegevens zijn uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.

Bijlage 3 Doodsoorzaken Midden-Holland en Nederland

Doodsoorzaken Midden-Holland vergeleken met Nederland gerangschikt op volgorde ICD-9 (Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek 2001-2004).

doodsoorzaak	gemiddelde Nederland (per 10.000 inwoners)	gemiddelde Midden-Holland (per 10.000 inwoners)
<i>alle doodsoorzaken</i>	86,76	80,61**
<i>infectieuze en parasitaire ziekten</i>	1,10	1,32
tuberculose	0,05	0,03
nekkrimp (meningococceninfecties)	0,02	0,02
virale hepatitis	0,04	0,02
<i>nieuwvormingen</i>	24,56	22,54**
kwaadaardige nieuwvormingen	23,61	21,73**
lip, mond en keel	0,34	0,25
slokdarm	0,78	0,76
maag	0,98	0,98
dikke darm	2,12	1,51**
endeldarm en anus	0,61	0,56
lever en intrahepatische galwegen	0,33	0,28
galblaas en galwegen	0,18	0,09**
alvleesklier	1,17	1,17
strottenhoofd	0,14	0,13
luchtpijp en long	5,54	5,02*
melanoom van de huid	0,34	0,41
borst	2,12	2,28
baarmoederhals	0,13	0,07*
baarmoederlichaam	0,25	0,22
eierstok	0,58	0,64
prostaat	1,44	1,61
nier (behalve nierbekken)	0,53	0,42
urineblaas	0,69	0,56
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1,87	1,76
<i>ziekten van bloed, bloedbereidende organen, immuniteitsstoornissen</i>	0,30	0,44*
<i>endocriene, voedings-, stofwisselingsziekten</i>	2,98	2,20**
diabetes mellitus	2,46	1,80**
<i>psychische stoornissen</i>	3,90	3,12**
ten gevolge van alcohol	0,15	0,08**
t.g.v. drugs en vluchtige oplosmiddelen	0,01	0,02
<i>ziekten van zenuwstelsel en zintuigen</i>	2,12	1,91
hersenvliesontsteking (meningitis)	0,05	0,06
ziekte van Parkinson	0,61	0,68
<i>ziekten van hart- en vaatstelsel</i>	28,94	26,22**
coronaire hartziekten	9,61	8,07**
acuut hartinfarct	6,91	5,62**
overige hartziekten	7,66	7,28
hersenvaatletsels (cva)	7,20	6,18**
<i>ziekten van de ademhalingsorganen</i>	8,33	9,41**
griep (influenza)	0,08	0,14
longontsteking (pneumonie)	3,38	4,36**
chronische aandoeningen onderste luchtwegen (cara)	3,86	3,73
astma	0,06	0,05
<i>ziekten van de spijsverteringsorganen</i>	3,46	3,66
maagzweer, zweer aan 12-vingerige/ nuchtere darm	0,25	0,30
chronische leveraandoeningen	0,50	0,41
chronische leveraandoening onder invloed van alcohol	0,30	0,19**
<i>ziekten van huid en onderhuids bindweefsel</i>	0,25	0,20
<i>ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel</i>	0,55	0,43
reumatoïde artritis en artrose	0,16	0,10
<i>ziekten urinewegen en geslachtsorganen</i>	1,77	1,87
ziekten van nier en urineleider	0,91	0,85
<i>complicaties van zwangerschap, bevalling, kraambed</i>	0,01	0,01
<i>aandoeningen van de perinatale periode</i>	0,31	0,27
<i>aangeboren afwijkingen</i>	0,34	0,35
aangeboren afwijkingen van zenuwstelsel	0,05	0,07

doodsoorzaak	gemiddelde Nederland (per 10.000 inwoners)	gemiddelde Midden-Holland (per 10.000 inwoners)
aangeboren afwijkingen van hart en bloedvaten	0,11	0,11
<i>symptomen, onvolledig omschreven ziektebeelden</i>	4,54	3,61**
onvolledig omschreven, onbekende oorzaken	2,93	2,06**
<i>niet-natuurlijke doodsoorzaken</i>	3,30	3,05
ongevallen	2,12	2,28
vervoersongevallen	0,63	0,58
wegverkeersongevallen	0,60	0,54
accidentele val	1,19	1,45*
accidentele verdrinking	0,06	0,07
accidentele vergiftiging	0,08	0,02**
zelfdoding	0,93	0,62**
moord en doodslag	0,12	0,09
gebeurtenissen opzet onbekend	0,06	0,05

* P<0,05: gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van Nederlands gemiddelde.

** P<0,01: gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van Nederlands gemiddelde.

Bijlage 4 Doodsoorzaken naar gemeente

Doodsoorzaken totaal, sterfte ten gevolge van kanker en sterfte aan ziekten van het hart- en vaatstelsel per gemeente in Midden-Holland, 2001-2004.

	kanker	ziekten van het hart- en vaatstelsel	alle doodsoorzaken
Bergambacht	27,3	26,1	81,6
Bodegraven	23,8	27,5	79,0**
Boskoop	23,5	26,8*	83,7
Gouda	22,4	25,7	86,2
Moordrecht	18,9	28,3	82,7
Nederlek	23,1	29,1	84,7
Nieuwerkerk aan den IJssel	19,8**	23,2*	70,1*
Ouderkerk	22,9	32,6	87,9
Reeuwijk	21,7	20,6*	70,0*
Schoonhoven	21,1	31,4	85,5
Vlist	17,0*	28,2	74,6*
Waddinxveen	20,9	23,2*	73,8*
Zevenhuizen-Moerkapelle	15,7*	27,3	70,9*

* $P < 0,01$: de sterfte in de gemeente ligt significant onder of boven het gemiddelde in Nederland

** $P < 0,05$: de sterfte in de gemeente ligt significant onder of boven het gemiddelde in Nederland

Bijlage 5

Zelfgerapporteerde ongezondheid, ziekten en aandoeningen in Midden-Holland

Tabel B5.1: Zelfgerapporteerde (on)gezondheid van volwassenen van 18-65 jaar in Midden-Holland in 2005: fysieke en mentale gezondheid (score SF-12 en 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI)) en psychische ongezondheid (score MHI-5; % inwoners). Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

	Fysieke gezondheid (95%-BI)		Mentale gezondheid (95%-BI)		Licht psychisch ongezond ¹	Matig-ernstig psychisch ongezond ²
<i>Geslacht</i>						
Mannen	51,5	(51,2 – 51,8)	53,7	(53,4 – 54,0)	9,0	4,0
Vrouwen	50,3	(50,0 – 50,7)	52,6	(52,2 – 52,9)	12,6	5,6
<i>Leeftijd</i>						
19 – 34 jaar	52,0	(51,7 – 52,4)	52,1	(51,7 – 52,5)	12,6	4,9
35 – 49 jaar	51,5	(51,2 – 51,9)	53,0	(52,6 – 53,4)	9,6	5,1
50 – 65 jaar	49,0	(48,5 – 49,5)	54,4	(54,0 – 54,8)	10,5	4,3
<i>SES</i>						
Laag	49,8	(49,4 – 50,2)	53,4	(53,0 – 53,8)	10,5	6,4
Midden	51,1	(50,7 – 51,5)	52,9	(52,5 – 53,4)	10,0	4,3
Hoog	52,3	(51,9 – 52,7)	53,0	(52,6 – 53,4)	11,6	3,1

¹ Het percentage psychisch ongezonde mannen en vrouwen verschilt significant van elkaar, het percentage psychisch ongezonde 35-39 jarigen is significant lager dan het percentage psychisch ongezonde 19-34 jarigen.

² Het percentage psychisch ongezonde mannen en vrouwen verschilt significant van elkaar, het percentage psychisch ongezonde mensen met een lage SES is significant hoger dan de percentages psychisch ongezonde mensen met een midden of hoge SES.

Een hogere score voor fysieke of mentale gezondheid betekent een betere gezondheid. Door het gebruik van een meetschaal bij een samengestelde maat als de SF-12, duiden kleine scoreverschillen al op waarneembare gezondheidsverschillen. Het risico op angststoornissen of depressie is gemeten met de Kessler Psychological Distress Scale (K10).

Tabel B5.2: Volwassenen (naar geslacht en leeftijd) met een langdurige aandoening (de afgelopen 12 maanden; zelfgerapporteerd). Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

ziekte/aandoening	mannen (%)		vrouwen (%)		totaal (%)	
	18-65	> 65	18-65	> 65	18-65	> 65
diabetes mellitus	2	13	2	16	2	15
beroerte, hersenbloeding, herseninfarct, TIA	1	5	<1	4	1	5
hartinfarct	1	6	<1	3	<1	4
andere ernstige hartaandoening	1	7	2	5	1	7
kanker	1	8	1	5	1	6
migraine, ernstige hoofdpijn	10	4	26	11	18	8
hoge bloeddruk	11	28	11	41	11	35
vernauwing bloedvaten in buik of benen	1	8	1	10	1	9
astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA	5	11	8	10	7	10
ernstige darmstoornissen (> 3 maanden)	3	5	6	5	4	10
psoriasis	2	4	2	2	2	3
chronisch eczeem	4	5	3	3	4	4
onvrijwillig urineverlies	1	7	6	18	4	13
gewrichtsslijtage (artrose)	8		12		10	32
chronische gewrichtsontsteking (reumatoïde artritis)	3		5		4	
ernstige rugaandoening (o.a. hernia)	11		11		11	
nek- en schouderklachten	10		13		11	
aandoening aan elleboog, pols of hand	6		9		7	

Bijlage 6 Zelfgerapporteerde ongezondheid, ziekten en aandoeningen per gemeente in Midden-Holland

Tabel B.6.1: Sterfte, kwaliteit van leven en functioneren en zelfgerapporteerde chronische aandoeningen (de afgelopen 12 maanden) bij volwassenen per gemeente in Midden-Holland. Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

	sterfte ^a			functioneren en kwaliteit van leven			zelfgerapporteerde chronische aandoeningen ^d							
	totale sterfte	kanker	hart- en vaatstelsel	ervaren gezondheid ^b	fysieke gezondheid (SF-12) ^c	mentale gezondheid (SF-12) ^c	angststoornissen en depressie	migraine	hoge bloeddruk	aandoening nek/schouder	aandoeningen rug	artrose	kanker	astma/COPD
Bergambacht	93,4	115,5	89,1	8	52,0	53,9	29	13	12	6	9	9	2	7
Bodegraven	91,5	100,3	94,9	10	51,1	53,6	37	18	12	10	10	12	2	5
Boskoop	97,0	99,6	92,8	13	50,9	52,7	36	17	12	12	11	10	2	6
Gouda	98,9	94,6	88,4	15	50,6	52,5	41	20	10	11	11	8	1	8
Moordrecht	96,5	81,0	98,9	9	51,3	52,1	36	17	13	13	8	8	1	7
Nederlek	98,1	98,6	100,6	14	50,8	52,8	37	16	12	13	12	12	1	5
Nieuwerkerk aan den IJssel	81,3	84,7	81,1	9	50,5	53,6	36	21	10	14	12	13	1	6
Ouderkerk	101,7	96,4	113,7	11	51,2	53,3	34	15	10	13	13	14	1	6
Reeuwijk	82,3	92,5	74,2	5	51,6	54,2	32	14	8	11	11	10	1	7
Schoonhoven	98,5	89,1	108,3	10	51,1	53,3	35	15	12	11	11	9	3	7
Vlist	86,5	71,5	98,6	9	52,2	53,7	31	13	9	5	5	8	1	7
Waddinxveen	85,8	87,7	81,5	12	50,4	54,0	35	17	13	12	12	14	1	6
Zevenhuizen-Moerkapelle	81,1	66,7	92,9	7	51,8	52,7	39	19	15	10	10	8	2	4

^a Sterfte is uitgedrukt in CMF, waarbij het gemiddelde voor Nederland op 100 is gesteld.

^b Ervaren gezondheid is uitgedrukt in het percentage mensen dat een minder goede ervaren gezondheid rapporteert.

^c Fysieke gezondheid en mentale gezondheid zijn uitgedrukt in gemiddelde scores waarbij een hogere score een betere gezondheid betekent.

^d Zelfgerapporteerde chronische aandoeningen zijn uitgedrukt in percentage inwoners.

Tabel B6.2: Rangorde per gezondheidsindicator (slechtst scorende gemeente rangnummer 13, best scorende gemeente rangnummer 1) per gemeente in Midden-Holland. Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005; De Hollander et al., 2006.

		sterfte			functioneren en kwaliteit van leven			zelfgerapporteerde chronische aandoeningen					
	gezondheidsscore	totale sterfte			ervaren gezondheid			angststoornissen en depressie					
		kanker		hart- en vaatstelsel	fysieke gezondheid		mentale gezondheid	migraine		hoge bloeddruk	aandoening nek/ schouder	aandoeningen rug	artrose
Bergambacht	3	7	13	5	3	3	2	1	1	6	2	3	5
Bodegraven	8	6	12	8	7	5	7	10	10	6	3	4	9
Boskoop	10	9	11	6	11	10	9	7	7	6	8	6	7
Gouda	12	12	8	4	13	12	11	13	12	3	5	6	1
Moordrecht	5	8	3	10	4	13	5	7	7	11	10	2	1
Nederlek	13	10	10	11	12	9	10	10	6	6	10	10	9
Nieuwerkerk aan den IJssel	7	2	4	2	4	5	12	7	13	3	13	10	11
Ouderkerk	11	13	9	13	9	7	6	4	4	3	10	13	12
Reeuwijk	2	3	7	1	1	1	4	3	3	1	5	6	7
Schoonhoven	6	11	6	12	7	7	7	5	4	6	5	6	5
Vlist	1	5	2	9	4	4	1	2	1	2	1	1	1
Waddinxveen	9	4	5	3	10	2	13	5	7	11	8	10	12
Zevenhuizen-Moerkapelle	4	1	1	7	2	10	3	12	11	13	3	4	1

Bijlage 7 Prevalentie- en incidentiecijfers Midden-Holland op basis van zorgregistraties

In onderstaande tabellen zijn de jaarprevalenties en jaarincidenties weergegeven voor de voor VTV geselecteerde aandoeningen. Deze getallen zijn afkomstig uit zorgregistraties, zoals huisartsenregistraties, ziekenhuisregistraties, LIS en LMR. Omdat cijfers uit zorgregistraties voor Midden-Holland ontbreken, hebben we het landelijk gemiddelde, zoals geschat in de nationale VTV (www.nationaalkompas.nl), omgerekend op grond van demografische cijfers uit de regio Midden-Holland.

Voor bepaalde ziekten hebben we de omrekening niet gemaakt, zoals voor aids of de ziekten uit het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), aangezien landelijke cijfers niet representatief zullen zijn voor Midden-Holland.

Prevalentiecijfers betreffen personen, tenzij anders genoemd. De incidentie van acute ziekten betreft gevallen (één persoon kan in één jaar een ziekte meerdere keren krijgen). De incidentie van sub-acute en chronische ziekten betreft personen. Prevalentie- en incidentiecijfers groter dan 2.500 zijn afgerond op honderdtallen, cijfers kleiner dan 2.500 op tientallen. Voor meer informatie over deze tabellen wordt verwezen naar het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl).

Tabel B7.1: Prevalentie per 1.000 inwoners in Midden-Holland voor mannen en vrouwen, gebaseerd op zorgregistraties uit Nationaal Kompas Volksgezondheid, geëxtrapoleerd vanuit de Nederlandse bevolking naar de bevolking van Midden-Holland. Rangschikking op basis van prevalentie per 1.000 mannen en vrouwen in Midden-Holland.

ziekte/aandoening	Midden-Holland				Nederland	
	prevalentie absoluut		prevalentie per 1.000		prevalentie per 1.000	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
nek- en rugaandoeningen	10.040	13.487	84,6	111,2	86,0	113,4
contact eczeem	4.814	7.017	40,6	57,9	40,6	58,4
coronaire hartziekten	6.158	3.748	51,9	30,9	52,9	33,1
artrose	3.339	6.532	28,1	53,9	28,7	57,2
diabetes	4.403	4.541	37,1	37,4	37,6	39,3
astma	3.554	4.201	29,9	34,6	29,4	34,5
ouderdoms/lawaaidoofheid	4.166	3.583	35,1	29,5	36,1	31,3
depressie	1.707	3.593	14,4	29,6	14,7	30,3
staar (cataract)	1.771	3.084	14,9	25,4	15,6	27,7
chronische bronchitis/COPD	2.631	2.016	22,2	16,6	22,7	17,4
constitutioneel eczeem	1.865	2.077	15,7	17,1	15,1	16,7
cva (beroerte)	1.587	1.542	13,4	12,7	13,8	13,6
hartfalen	1.134	1.412	9,6	11,6	10,0	12,7
osteoporose	259	1.969	2,2	16,2	2,3	17,2
reumatoïde artritis	850	1.316	7,2	10,9	7,3	11,2
angststoornissen	608	1.300	5,1	10,7	5,3	10,9
glaucoom	632	771	5,3	6,4	5,5	6,8
colitis ulcerosa + ziekte van Crohn	628	681	5,3	5,6	5,4	5,7
borstkanker	0	1.140	0,0	9,4	0,0	9,7
epilepsie	513	500	4,3	4,1	4,4	4,2
dementie	318	672	2,7	5,5	2,8	6,1
diabetische retinopathie	455	445	3,8	3,7	3,9	3,9
aangeboren afwijkingen van hart- en vaatstelsel	352	356	3,0	2,9	2,9	2,9
dikkedarm- en endeldarmkanker	301	281	2,5	2,3	2,6	2,5
maculadegeneratie	202	376	1,7	3,1	1,8	3,4
prostaatkanker	546	0	4,6	0,0	4,8	0,0
aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel	286	250	2,4	2,1	2,4	2,0
huidkanker	263	267	2,2	2,2	2,3	2,3
zweren 12-vingerige darm	238	160	2,0	1,3	2,0	1,4
schizofrenie	213	177	1,8	1,5	1,9	1,5
ziekte van Parkinson	173	193	1,5	1,6	1,5	1,7
longkanker	152	64	1,3	0,5	1,3	0,5
multiple sclerose	59	155	0,5	1,3	0,5	1,3
zweren maag	114	86	1,0	0,7	1,0	0,7
non-Hodgkinlymfomen	83	69	0,7	0,6	0,7	0,6
baarmoederhalskanker	0	80	0,0	0,7	0,0	0,7
maagkanker	40	25	0,3	0,2	0,3	0,2
slokdarmkanker	16	7	0,1	0,1	0,1	0,1

Tabel B7.2: Incidentie in Midden-Holland, gebaseerd op zorgregistraties gebruikt in Nationaal Kompas Volksgezondheid, geëxtrapoleerd vanuit de Nederlandse bevolking naar de bevolking van Midden-Holland. Rangschikking op basis van incidentie per 1.000 mannen en vrouwen in Midden-Holland.

ziekte/aandoening	Midden-Holland				Nederland	
	incidentie absoluut		incidentie per 1.000		incidentie per 1.000	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
bovenste luchtweginfecties	10.995	14.864	92,6	122,6	90,7	121,3
nek- en rugaandoeningen	6.496	8.654	54,7	71,4	55,7	72,7
sportongevallen, medisch behandeld	7.854	3.586	66,2	29,6	66,8	28,9
urineweginfecties	1.346	9.527	11,3	78,6	11,7	81,2
privé-ongevallen, medisch behandeld	4.551	6.277	38,3	51,8	38,1	51,9
onderste luchtweginfecties	4.860	5.402	40,9	44,5	40,5	44,6
contacteczeem	2.336	3.613	19,7	29,8	19,6	30,0
infecties maagdarmkanaal	2.303	2.587	19,4	21,3	18,9	21,2
verkeersongevallen, medisch behandeld	1.909	1.990	16,1	16,4	15,8	16,3
influenza	1.211	1.226	10,2	10,1	10,1	10,0
arbeidsongevallen, medisch behandeld	1.536	743	12,9	6,1	13,3	6,2
astma	793	967	6,7	8,0	6,5	7,9
depressie	552	1.063	4,7	8,8	4,8	9,0
constitutioneel eczeem	682	780	5,7	6,4	5,5	6,2
artrose	391	962	3,3	7,9	3,3	8,3
diabetes	545	525	4,6	4,3	4,6	4,5
coronaire hartziekten	585	406	4,9	3,3	5,0	3,5
staar (cataract)	338	522	2,8	4,3	3,0	4,6
ouderdoms/lawaaidoofheid	386	357	3,2	2,9	3,3	3,1
angststoornissen	236	460	2,0	3,8	2,1	3,9
geweld, SEH-behandelingen	381	144	3,2	1,2	3,2	1,2
hartfalen	238	267	2,0	2,2	2,1	2,4
chronische bronchitis/COPD	257	239	2,2	2,0	2,2	2,0
cva (beroerte)	225	259	1,9	2,1	2,0	2,3
osteoporose	32	292	0,3	2,4	0,3	2,5
reumatoïde artritis	79	168	0,7	1,4	0,7	1,4
heupfracturen	70	175	0,6	1,4	0,6	1,6
dementie	65	142	0,5	1,2	0,6	1,3
suicide, SEH-behandelingen	69	131	0,6	1,1	0,6	1,1
glaucoom	97	97	0,8	0,8	0,8	0,8
borstkanker	0	172	0,0	1,4	0,0	1,5
dikke darm- en endeldarmkanker	77	68	0,6	0,6	0,7	0,6
epilepsie	70	67	0,6	0,5	0,6	0,5
longkanker	92	42	0,8	0,3	0,8	0,4
prostaatkanker	119	0	1,0	0,0	1,0	0,0
huidkanker	50	48	0,4	0,4	0,4	0,4
diabetische retinopathie	53	43	0,5	0,4	0,5	0,4
colitis ulcerosa + ziekte van Crohn	31	50	0,3	0,4	0,3	0,4
ziekte van Parkinson	39	32	0,3	0,3	0,3	0,3

ziekte/aandoening	Midden-Holland				Nederland	
	incidentie absoluut		incidentie per 1.000		incidentie per 1.000	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
zweren 12-vingerige darm	39	26	0,3	0,2	0,3	0,2
maculadegeneratie	26	38	0,2	0,3	0,2	0,3
aneurysma van de buikaorta	51	8	0,4	0,1	0,4	0,1
zweren maag	24	27	0,2	0,2	0,2	0,2
sepsis	20	19	0,2	0,2	0,2	0,2
non-Hodgkinlymfomen	20	16	0,2	0,1	0,2	0,1
maagkanker	19	10	0,2	0,1	0,2	0,1
schizofrenie	13	13	0,1	0,1	0,1	0,1
multiple sclerose	5	18	0,0	0,1	0,0	0,1
slokdarmkanker	15	6	0,1	0,0	0,1	0,1
tuberculose	11	8	0,1	0,1	0,1	0,1

SEH= Spoedeisende hulp

COPD= Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Bijlage 8 Regionale verschillen in gezondheid, leefstijl en preventie

In de analyse naar regionale verschillen in een aantal indicatoren zijn 39 regio's onderscheiden. Deze komen overeen met de GGD-regio's zoals ze in 2005 bestonden. Deze regio's zijn vrij divers. Het aantal inwoners varieert van ongeveer 150.000 tot ruim 1.000.000. Er zijn landelijke en stedelijke regio's: de bevolkingsdichtheid varieert van 183 tot 5.711 inwoners per km². Van deze regio's zijn aspecten van sterfte, gezondheid, determinanten en preventie in kaart gebracht. De selectie van de indicatoren is gemaakt op basis van drie criteria:

- aansluiting bij bestaande selecties van indicatoren
- evenwichtige en evenredige verdeling over gezondheid, determinanten en preventie
- beschikbaarheid van geschikte gegevens op regionaal niveau.

De toepassing van deze criteria leidt tot de indicatoren in onderstaande tabel. Vooral de beschikbaarheid van gegevens blijkt een probleem te zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld geen goede regionale gegevens op het gebied van voeding, ziekten en aandoeningen en gezondheidsbevordering. Wel zijn er zelfgerapporteerde gegevens over ziekten in de POLS-enquête (POLS, gezondheid en arbeid) van het CBS. Omdat de betrouwbaarheid bij diabetes mellitus goed is (Kriegsman et al., 1996) hebben we deze ziekte opgenomen.

In onderstaande tabel is de gemiddelde landelijke score en de spreiding over de verschillende indicatoren aangegeven. De spreiding is gegeven als de waarde van de hoogst scorende regio en de waarde van de laagst scorende regio. Van alle onderwerpen is in de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl) ook een kaart opgenomen. Alle indicatoren laten substantiële regionale verschillen zien.

Tabel B8.1: Regionale verschillen in de geselecteerde indicatoren: gemiddelde, hoogste en laagste waarde^a. Bron: www.zorgatlas.nl.

indicator	gemiddelde	laagste waarde	hoogste waarde
sterfte en gezondheid			
levensverwachting (jaren)	78,8	77,2	80,3
levensverwachting in goed ervaren gezondheid (jaren)	62,0	55,0	66,8
lichamelijke beperkingen (%)	11,8	7,4	16,7
psychosociale problemen (%)	10,2	7,6	15,9
kanker (sterfte) ^b	100,0	82,4	110,6
hart- en vaatziekten (sterfte) ^b	100,0	85,4	128,1
astma en COPD (sterfte) ^b	100,0	58,7	124,7
ongevallen (sterfte) ^b	100,0	62,8	125,1
diabetes (zelfgerapporteerde prevalentie)	2,8	1,7	4,1
determinanten			
rokers (%)	31,5	27,6	36,3
zware drinkers (%)	19,1	13,3	23,0
gezond bewegen (% dat voldoet aan de norm)	52,5	41,5	61,9
obesitas (%)	9,8	6,4	15,7
stikstof (jaargemiddelde concentratie µg/m ³)	19,8	13,5	34,3
preventie			
dktp vaccinaties (van de zuigelingen)	95,8	91,5	98,4
mammografie (van de vrouwen van 50 jaar of ouder)	75,7	65,5	83,8
griepvaccinaties (van de 65-plussers)	80,6	74,5	86,1
stoppen met roken: aantal deelnemers (per 10.000 rokers) aan de Advies op Maat interventie van STIVORO	24,0	17,5	40,6

^a De meeste genoemde extreme waarden liggen significant ($p < 0,01$) onder dan wel boven het Nederlands gemiddelde. Alleen voor diabetes is het significantieniveau 95. Daar waar van belang, zijn de cijfers gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw en geslacht in de diverse regio's.

^b Sterfte is uitgedrukt in CMF, waarbij het gemiddelde voor Nederland op 100 is gesteld.

Bovenstaande indicatoren zijn gerangschikt van best scorende regio (rangnummer 1) tot slechtst scorende regio (rangnummer 39). Naast de rangordening per indicator is er ook een totaalscore per onderwerp berekend. Dit resulteert in een gezondheidsscore, een determinantenscore en een preventiescore.

Tabel B8.2: Regionale verschillen in indicatoren voor gezondheid, determinanten en preventie (De Hollander et al., 2006).

GGD-naam	Levensverwachting	Beperkingen	MHI-5	Kanker	Hart- en vaatziekten	Astma + COPD	Ongevallen	Diabetes	Rokers	Zware drinkers	Gezond bewegen	Obesitas	Stikstof	Dktp vaccinaties	Mammografie	Griepvaccinaties	Stoppen met roken	GT score	DT score	PR score
Drenthe	15	15	5	35	21	25	9	7	17	15	18	36	4	3	17	16	26	18	14	11
IJssel-Vecht	12	12	17	14	9	10	13	16	24	14	17	30	6	29	15	20	28	6	13	24
Twente	36	27	20	31	36	33	19	22	21	33	6	31	5	11	14	23	36	30	15	19
Gelre-IJssel	17	13	9	25	17	36	26	20	10	18	3	17	9	6	11	26	23	24	5	12
Noordwest Veluwe	19	5	1	4	26	7	27	21	7	1	4	2	10	36	35	37	30	9	1	39
Gelderland Midden	25	16	18	19	23	20	7	10	27	10	25	23	14	34	25	29	18	12	16	33
Rivierenland	33	36	13	30	34	35	38	39	15	6	31	39	18	37	3	35	34	37	29	36
Regio Nijmegen	30	28	24	34	27	37	18	13	23	17	20	3	19	4	13	4	5	29	11	1
Flevoland	16	35	15	12	2	29	35	1	3	2	28	15	8	37	22	12	6	19	3	20
Eemland	22	18	23	3	24	28	10	14	30	27	26	6	23	24	38	15	7	14	23	30
Stad Utrecht	35	37	31	37	33	34	23	31	20	26	5	28	36	17	36	24	1	36	30	18
Kop van Noord-Holland	21	26	4	23	18	5	28	15	31	35	1	12	1	20	20	34	17	15	9	29
West-Friesland	10	34	7	16	10	4	17	5	12	36	2	1	7	19	10	31	24	7	4	22
Noord-Kennemerland	6	14	26	7	5	8	39	8	2	19	15	4	11	26	30	18	3	17	2	14
Zuid- en Midden-Kennemerland	14	20	35	29	8	27	20	25	26	20	30	9	20	14	21	17	4	28	22	7
Amsterdam	38	38	38	36	13	22	34	38	33	38	36	26	35	23	37	32	2	38	39	31
Amstelland en de Meerlanden	1	4	2	5	4	6	1	6	19	39	9	22	31	22	31	13	8	1	33	17
Gooi en Vechtstreek	4	3	25	17	11	9	11	9	36	24	13	7	25	33	24	9	27	4	27	25
Den Haag	37	31	33	38	35	38	36	32	35	30	34	19	37	28	32	14	15	39	36	27
Zuid-Holland West	2	10	6	9	1	14	21	36	1	7	7	21	34	15	18	22	19	13	7	16
Midden-Holland	3	1	21	2	6	31	16	3	4	13	12	14	27	25	4	33	25	3	10	26
Rotterdam	34	32	37	26	16	12	1	34	34	11	39	34	38	31	38	30	38	25	37	37
Nieuwe Waterweg Noord	24	9	14	38	32	3	29	4	29	22	38	38	39	10	33	36	22	21	38	34
Zuid-Holland Zuid	18	8	30	13	14	13	37	18	8	8	27	33	28	35	9	28	31	22	19	32
Zuidhollandse Eilanden	9	2	12	20	25	17	8	24	25	4	33	37	17	30	5	2	12	10	31	6
Zeeland	5	7	8	8	22	11	25	11	14	5	11	20	12	37	34	38	20	8	8	38
Eindhoven	29	17	32	32	31	38	33	37	37	21	21	10	32	18	19	21	11	35	32	15
Noord- en Midden-Limburg	28	33	16	1	12	18	24	19	6	34	29	25	24	5	8	19	33	16	26	10
Oostelijk Zuid-Limburg	39	38	34	22	39	30	30	12	38	3	32	35	30	16	6	6	39	34	35	13
Zuidelijk Zuid-Limburg	26	22	36	21	38	23	5	27	22	32	35	18	29	27	7	25	32	31	34	21
Westelijke Mijnstreek	32	19	38	11	37	26	6	35	13	12	37	5	33	21	27	10	37	33	24	28
Provincie Groningen	31	25	29	33	30	19	32	33	38	25	10	32	3	13	26	11	10	32	25	8
Fryslân	20	29	3	10	19	16	31	23	32	23	8	24	2	12	23	38	35	20	12	35
Midden-Nederland	7	11	10	24	7	15	22	2	5	9	16	8	26	32	12	27	16	5	6	23
Zaanstreek/Waterland	11	21	28	6	15	1	4	29	28	28	24	29	13	8	2	7	21	11	28	5
Zuid-Holland Noord	8	6	19	15	3	2	3	17	11	29	22	16	22	9	29	8	13	2	18	9
West-Brabant	23	24	22	28	29	21	12	30	18	16	19	27	21	7	28	1	14	26	21	4
Midden en Noordoost-Brabant	27	30	27	18	20	32	15	28	16	31	14	11	15	1	16	5	9	27	17	2
Zuidoost-Brabant	13	23	11	27	28	24	14	26	9	37	23	13	16	2	1	3	29	23	20	3

GT score= gezondheidsscore

DT score= determinatenscore

PR score= preventiescore

Opvallend is dat in de verschillende regio's de rangscores binnen een onderwerp bij elkaar in de buurt liggen. Zo zien we bijvoorbeeld dat de regio Amstelland-de Meerlanden op alle gezondheidindicatoren een score in de top-6 haalt. Dit leidt voor deze regio tot een eerste plaats in een overall index voor gezondheid. Soms zien we bij minder goed scorende regio's opvallend goede uitzonderingen. Zo heeft Rotterdam de laagste sterfte door ongevallen, terwijl de regio op de meeste andere aspecten van de gezondheid veel minder goed scoort. Andersom komt het ook voor; Midden-Holland bezet de derde plaats voor gezondheid, maar kent een relatief hoge sterfte aan COPD.

Ook voor determinanten geldt dat de scores op de verschillende determinanten per regio redelijk dicht bij elkaar liggen. Met name roken, drinken, overgewicht en gezond bewegen hangen met elkaar samen. De kwaliteit van de buitenlucht (NO₂) staat hier relatief los van. Deze is met name minder goed in de grote steden en het westen van het land.

Wat verder opvalt, is dat de indices van de regio's op de samengestelde maten lang niet altijd overeenkomen. Amstelland-de Meerlanden komt voor gezondheidstoestand weliswaar op de eerste plaats, maar voor de determinanten is deze regio pas te vinden op plaats 33. Ook bij Gooi- en Vechtstreek zien we deze verschillen. Andersom komt ook voor, zij het wat minder uitgesproken. Voorbeelden hiervan zijn de regio's Noord-Kennemerland en Flevoland. Bij de preventie-indicatoren zien we bij de best scorende regio's weer andere regio's in de top-5 staan dan bij determinanten en gezondheidstoestand.

De ontbrekende overeenkomst kan het gevolg zijn van het feit dat het een ecologische analyse betreft. De inwoners die in een regio sterven zijn immers niet dezelfde als de inwoners die ongezond leven. Daarnaast kan er sprake zijn van een 'time-lag' effect: tussen de blootstelling aan risicofactoren en gezondheidseffecten zit vaak een lange periode die kan oplopen tot 35 jaar.

De regionale verschillen in gezondheid en determinanten hangen voor een deel samen met de verschillen in sociaal-economische status. Dit geldt bijvoorbeeld voor de grote steden, het noorden van het land en Zuid-Limburg. Binnen de GGD-regio's bestaan echter ook grote sociaal-economische verschillen. Door verder in te zoomen binnen de regio worden dergelijke patronen duidelijker. Bijvoorbeeld op het niveau van buurten. Op dit niveau zijn de verschillen nog groter dan tussen regio's.

Bijlage 9

Determinanten in Midden-Holland en Nederland

Tabel B9.1: Determinanten in Midden-Holland vergeleken met Nederland, in percentage inwoners, 2001-2004. Bron: CBS-POLS.

determinant	gemiddelde Nederland (% inwoners)	gemiddelde Midden-Holland (% inwoners)
rokers	31,5	28,7*
zwarte rokers	8,5	8,1
geheelonthouders	18,5	19,3
drinkers	19,1	18,1
norm gezond bewegen	52,5	54,0
ondergewicht	1,8	1,7
overgewicht	45,0	42,3
obesitas	9,8	9,0

* gemiddelde in Midden-Holland wijkt significant af van Nederlands gemiddelde ($P<0,05$).

Tabel B9.2: Verdeling van de determinanten per gemeente in Midden-Holland, in percentage inwoners. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005.

	roken	ge- heelont- houders	zware / exces- sieve drinkers	voldoet aan fruit- norm	voldoet aan groente- norm	overge- wicht	voldoet aan beweeg- norm
Bergambacht	21,6	17,1	14,5 / 8,7	33,8	24,1	46,4	69,9
Bodegraven	30,7	17,3	18,0 / 13,4	28,4	22,5	43,0	69,5
Boskoop	24,4	16,8	19,4 / 14,0	29,0	27,3	45,0	66,2
Gouda	30,6	19,3	17,6 / 10,7	32,8	22,8	40,0	63,9
Moordrecht	24,8	16,5	14,7 / 10,5	32,1	23,4	43,9	62,2
Nederlek	28,4	14,8	15,7 / 11,5	28,9	25,1	47,5	62,6
Nieuwerkerk aan den IJssel	24,7	15,2	18,1 / 10,6	28,0	23,0	45,4	57,7
Ouderkerk	23,4	15,3	14,9 / 10,9	31,1	23,7	47,3	68,6
Reeuwijk	23,6	13,0	16,5 / 15,2	31,6	31,0	46,6	66
Schoonhoven	24,4	16,0	23,2 / 16,5	30,5	25,7	43,5	66,2
Vlist	24,0	14,8	18,7 / 12,7	30,1	21,0	41,8	74,1
Waddinxveen	24,1	14,8	17,4 / 11,1	27,7	21,8	46,9	66,5
Zevenhuizen-Moerkapelle	28,8	10,1	24,1 / 19,3	26,5	26,8	41,9	65,2

Een excessieve drinker drinkt minimaal vier glazen per dag op vijf of meer dagen per week of minimaal 6 glazen per dag op 3 à 4 dagen per week. Het begrip 'zware drinker' zegt iets over het piekgedrag in het drinkpatroon, excessief drinken zegt meer iets over iemands gemiddelde drinkgedrag.

fruitnorm= 2 stuks fruit per dag

groentenorm= 200 gram groente per dag

beweegnorm= Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Volwassenen moeten volgens de norm op ten minste vijf dagen per week minstens een half uur matig intensief bewegen (wandelen, fietsen, tuinieren etc.). Voor kinderen en jongeren stelt de Nederlandse Norm Gezond Bewegen dat zij dagelijks minimaal één uur matig intensief moeten bewegen en dat minimaal tweemaal per week activiteiten moeten worden ondernomen die gericht zijn op het verbeteren van de lichamelijke fitheid.

Determinantenscore per gemeente in Midden-Holland

Per gemeente kan een determinantenscore worden berekend. Op basis van de verdeling van de determinanten is de spreiding van de determinanten over de gemeenten berekend. De spreiding is gegeven als de waarde van de hoogst scorende gemeente en de waarde van de laagst scorende gemeente. Vervolgens zijn de determinanten gerangschikt van best scorende gemeente (rangnummer 1) naar slechtst scorende gemeente (rangnummer 13). Naast de rangordening per determinant is er ook een totaalscore berekend. Dit resulteert in de determinantenscore.

Tabel B9.3: Rangorde van determinanten (slechtst scorende gemeente rangnummer 13, best scorende gemeente rangnummer 1) voor de gemeenten in de regio Midden-Holland. Bron: Gezondheidsenquête Midden-Holland 2005; De Hollander et al., 2006.

Gemeente	determi- nanten- score	rokers	zware drinkers	fruit- norm	groente- norm	obesitas	gezond bewegen
Bergambacht	1	1	1	1	6	9	2
Bodegraven	9	13	8	10	11	4	3
Boskoop	7	6	11	8	2	7	6
Gouda	6	12	7	2	10	1	10
Moordrecht	5	9	2	3	8	6	12
Nederlek	11	10	4	9	5	13	11
Nieuwerkerk a/d IJssel	13	8	9	11	9	8	13
Ouderkerk	4	2	3	5	7	12	4
Reeuwijk	2	3	5	4	1	10	8
Schoonhoven	8	6	12	6	4	5	6
Vlist	3	4	10	7	13	2	1
Waddinxveen	10	5	6	12	12	11	5
Zevenhuizen- Moerkapelle	12	11	13	13	3	3	9

Bijlage 10 Verandering in incidentie en prevalentie van ziekten, 2005-2015

Verandering in de incidentie en prevalentie tussen 2005 en 2015 in Midden-Holland, op basis van demografische ontwikkelingen, gerangschikt op grootte van verandering in incidentie. Getallen zijn percentages. Prevalenties en incidenties betreffen personen, tenzij anders genoemd. De incidentie van acute ziekten betreft gevallen (een persoon kan in een jaar een ziekte meerdere keren krijgen). De incidentie van subacute en chronische ziekten betreft personen.

ziekten/aandoeningen	verandering incidentie 2005-2015 (%)	verandering prevalentie 2005-2015 (%)
prostaatcancer	41,5	44,4
aneurysma van de buikaorta	39,9	
ziekte van Parkinson	36,4	33,9
longkanker	34,1	34,9
maagkanker	33,8	32,8
hartfalen	33,7	33,2
staar (cataract)	32,3	32,2
dikkedarm- en endeldarmkanker	31,9	33,1
slokdarmkanker	31,8	31,7
cva	31,6	31,8
dementie	31,5	32,5
coronaire hartziekten	30,4	32,0
heupfracturen	29,9	
maculadegeneratie	29,8	31,4
chronische bronchitis/COPD	29,2	30,6
huidkanker	28,4	27,1
diabetische retinopathie	27,6	28,7
ouderdoms/lawaaidoofheid	27,6	29,1
artrose	27,5	28,9
sepsis	27,3	
non-Hodgkinlymfomen	27,3	25,7
glaucoom	27,0	30,7
osteoporose	26,8	26,7
diabetes	26,4	28,2
reumatoïde artritis	24,4	22,5
zweren 12-vingerige darm	23,6	27,6
zweren maag	21,2	25,7
borstkanker	20,6	22,6
urinewegsinfecties	19,9	
longontsteking	18,5	
colitis ulcerosa + ziekte van Crohn	17,1	15,8
tuberculose	16,4	
nek- en rugaandoeningen	15,7	16,0
angststoornissen	15,7	15,4

ziekten/aandoeningen	verandering incidentie 2005-2015 (%)	verandering prevalentie 2005-2015 (%)
verkeersongevallen, medisch behandeld	15,5	
epilepsie	15,1	18,1
onderste luchtweginfecties	15,1	
schizofrenie	15,0	18,5
multiple sclerose	14,7	15,6
depressie	14,6	16,1
geweld, SEH-behandelingen	14,3	
contact eczeem	13,9	15,3
privé-ongevallen, medisch behandeld	13,7	
sportongevallen, medische behandeld	13,0	
baarmoederhalskanker	12,7	11,6
influenza	12,0	
suïcide, SEH-behandelingen	11,6	
arbeidsongevallen, medisch behandeld	11,1	
infecties maagdarmkanaal	9,7	
astma	9,7	11,4
bacteriële meningitis	9,1	
bovenste luchtweginfecties	8,8	
meningokokken C	4,7	
constitutioneel eczeem	4,7	7,4
aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel		9,6
aangeboren afwijkingen hart- en vaatstelsel		8,3