



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Bernisse



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de gemeente Bernisse	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	28
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	29
	Definities	31
	Afkortingen	35
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Bernisse	36

1 Inleiding

Gemeenten krijgen een steeds grotere rol in het volksgezondheidsbeleid. De Wet publieke gezondheid (WPG) schrijft voor dat gemeenten elke vier jaar hun volksgezondheidsbeleid vaststellen. Daarnaast zijn gezondheid en zorg belangrijke onderwerpen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en in het jeugdbeleid van gemeenten. Budgetten zijn beperkt, dus gemeenten moeten keuzes maken. Ze willen die keuzes zoveel mogelijk baseren op inzicht in de lokale gezondheidssituatie. Dat is ook wat de WPG voorschrijft.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) stelt elke vier jaar de landelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) op. Dit is de basis voor het rijksbeleid op het terrein van de volksgezondheid. Vanaf 2010 zal de GGD Rotterdam-Rijnmond vierjaarlijks een regionale VTV opstellen. Hierin brengt de GGD bestaande gegevens over de gezondheidssituatie in de gemeenten en deelgemeenten in het werkgebied samen. De regionale VTV kan dienen als feitelijke onderbouwing voor bestuurlijke keuzes in het gezondheidsbeleid.

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Bernisse

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Bernisse. De belangrijkste bevindingen zijn vertaald in kernboodschappen voor gezondheidsbeleid. De kernboodschappen worden toegelicht en mogelijk toekomstig beleid met betrekking tot het betreffende onderwerp wordt beschreven. In de *bijlage* is een uitgebreid gezondheidsprofiel van de gemeente Bernisse opgenomen.

In het rapport is informatie bijeen gebracht die gaat over vragen als: Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen? Waarom zijn dit problemen? Waar liggen mogelijkheden voor verbetering? Van deze informatie kan de gemeente Bernisse gebruik maken om te komen tot keuzes in het gezondheidsbeleid.

Voor elke gemeente en deelgemeente is een regionaal VTV-rapport gemaakt (totaal 33). De psychosociale gezondheid van de jeugd is voor het hele Rijnmondgebied een belangrijk thema. Daarom wordt daar in alle rapporten aandacht aan besteed. Omdat de invloed van de fysieke omgeving op gezondheid vaak onderbelicht blijft, komt ook dit in elk rapport aan de orde.

De kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid in Bernisse luiden:

- De inwoners van Bernisse zijn net zo gezond als de inwoners van de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. De sterfte is in Bernisse laag.
- Bernisse vergrijst. De gemeente kan daar op inspelen met beleid op maat.
- De mondgezondheid van jeugdigen in Bernisse laat te wensen over. Met goede voorlichting kunnen kennis en vaardigheden met betrekking tot mondgezondheid verbeteren.
- Eenzaamheid is in Bernisse een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Bernisse heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Bernisse een hardnekkig probleem. Een intensieve en langdurige aanpak om dit te bestrijden is nodig.
- Het gebruik van genotmiddelen, met name alcohol, in Bernisse is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- De inwoners van Bernisse roken minder dan gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden en in Nederland. Voorkomen dat jongeren beginnen met roken blijft van belang.
- De inwoners van Bernisse zijn tevreden over het groen in de woonomgeving. Het is belangrijk deze kwaliteit in de leefomgeving te behouden.

Deze kernboodschappen hebben betrekking op het bevorderen van de gezondheid. Hier kan op verschillende manieren aan worden gewerkt. In de eerste plaats door acties vanuit de gezondheidssector, specifiek gericht op de gezondheid. Daarnaast kan de gezondheidssector samenwerken met andere sectoren om de gezondheid te bevorderen. Tot slot kunnen ook acties buiten de gezondheidssector, die niet op gezondheid zijn gericht maar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze diverse benaderingen van het bevorderen van de gezondheid komen naar voren in de gezondheidsprogramma's van de gemeente en in het stadsregionale programma 'Ieder Kind Wint'.

Leeswijzer

Dit rapport met kernboodschappen voor de gemeente Bernisse is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de gemeente Bernisse in kaart. In *hoofdstuk 3* zijn de belangrijkste bevindingen van de integrale analyse van de gezondheidsgegevens omgezet in kernboodschappen op maat, passend bij de specifieke gezondheidssituatie van de bevolking van de gemeente. *Tot slot* volgen een toelichting op de andere onderdelen en toekomstige ontwikkelingen van deze regionale VTV. Het boekje eindigt met een overzicht van gebruikte literatuur en een verklaring van gebruikte definities en afkortingen. In de *bijlage* is een uitgebreid gezondheidsprofiel van de gemeente Bernisse opgenomen.

De inwoners van de gemeente Bernisse

2

Bernisse is een gemeente in de provincie Zuid-Holland. De gemeente bestaat uit zes kernen: Abbenbroek, Geervliet, Heenvliet, Oudenhoorn, Simonshaven en Zuidland. De gemeente en haar recreatiegebied zijn vernoemd naar de rivier de Bernisse, die vroeger de scheiding vormde tussen de eilanden Voorne en Putten.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de gemeente Bernisse wordt in dit hoofdstuk informatie over de bevolkingssamenstelling gegeven. Dit hoofdstuk gaat in op diverse aspecten van de demografie die een relatie kunnen hebben met de gezondheid zoals de leeftijdsopbouw, de sociaaleconomische status en de bevolkingsprognose.

Aantal inwoners en leeftijdsopbouw

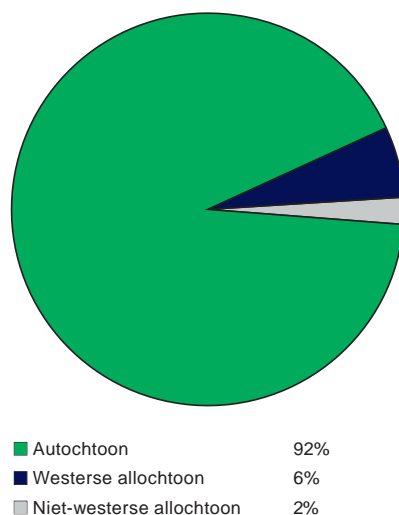
De gemeente Bernisse had op 1 januari 2008 12.540 inwoners. In *figuur 2.1* is de demografische opbouw van de gemeente Bernisse te zien. De grijze druk in Bernisse is vergelijkbaar met Nederland (25% tegenover 24%) en ook de groene druk in Bernisse is vergelijkbaar met Nederland (38% tegenover 39%).



Figuur 2.1: Demografische opbouw in Bernisse op 1 januari 2008 (Bron: CBS StatLine, 2009)

Etniciteit

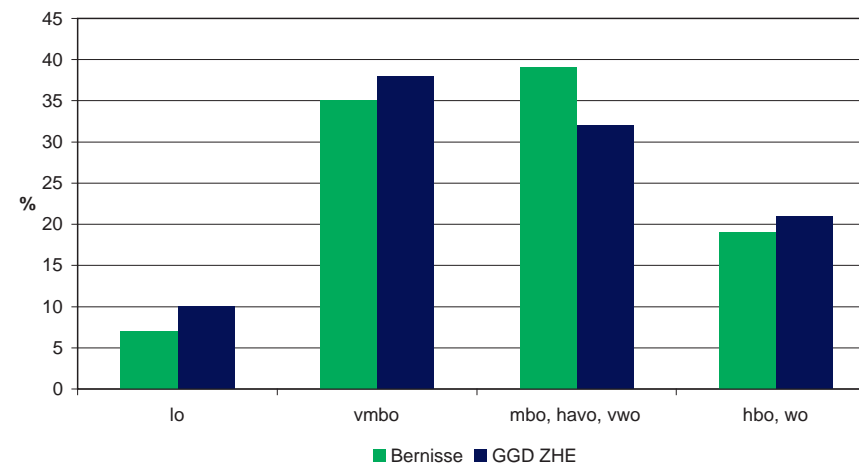
Van de inwoners van Bernisse is 8% allochtoon; een kwart van hen heeft een niet-westerse herkomst (figuur 2.2). In Bernisse wonen in vergelijking met de Zuid-Hollandse eilanden (15%) en Nederland (20%) minder allochtonen.



Figuur 2.2: Etniciteit van de inwoners van Bernisse op 1 januari 2008 (Bron: CBS StatLine, 2009)

Opleidingsniveau

In figuur 2.3 is het gemiddelde opleidingsniveau in Bernisse te zien. Het percentage inwoners met een opleiding op mbo, havo of vwo-niveau is in Bernisse 7% hoger dan in de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden (39% tegenover 32%).



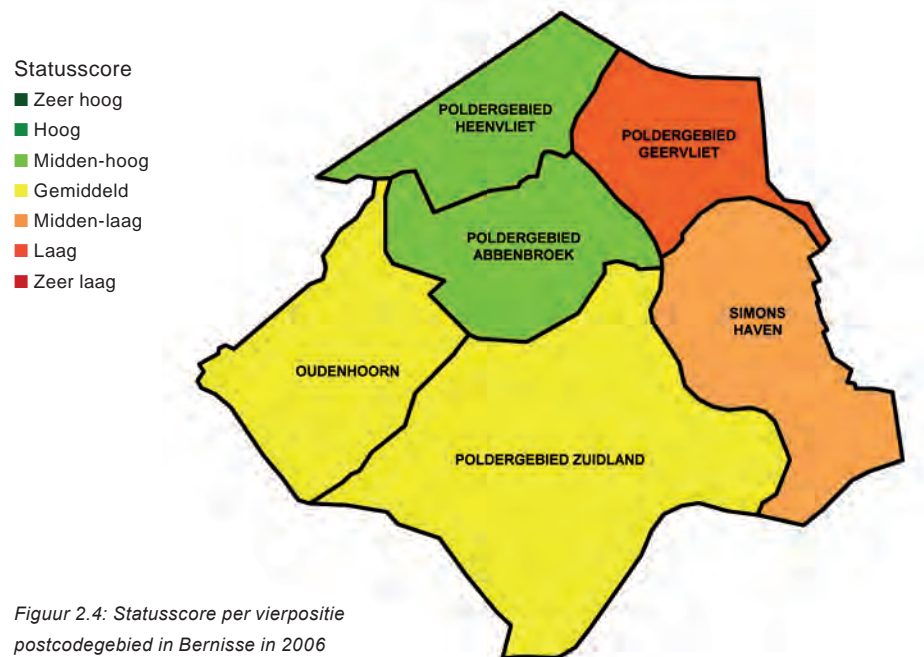
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Bernisse en de regiogemeenten (Bron: Gezondheidsenquête, 2009)

Sociaaleconomische status

Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Bernisse 23.400 euro per huishouden. Dit is hoger dan gemiddeld in Nederland waar dit 21.600 euro bedraagt. Van de inwoners van Bernisse ontvangt 9% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand en 2% van de kinderen leeft in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Bernisse is 24%; dit is lager dan gemiddeld in Nederland (35%). Bijna 40% van de huishoudens bestaat uit meerpersoonshuishoudens met kinderen.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) berekent op basis van inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau de sociaaleconomische status (SES) van inwoners van gebieden in Nederland (zie *Definities*). De SES-score wordt ingedeeld in zeven groepen, oplopend van lage naar hoge status (SCP, 2006).

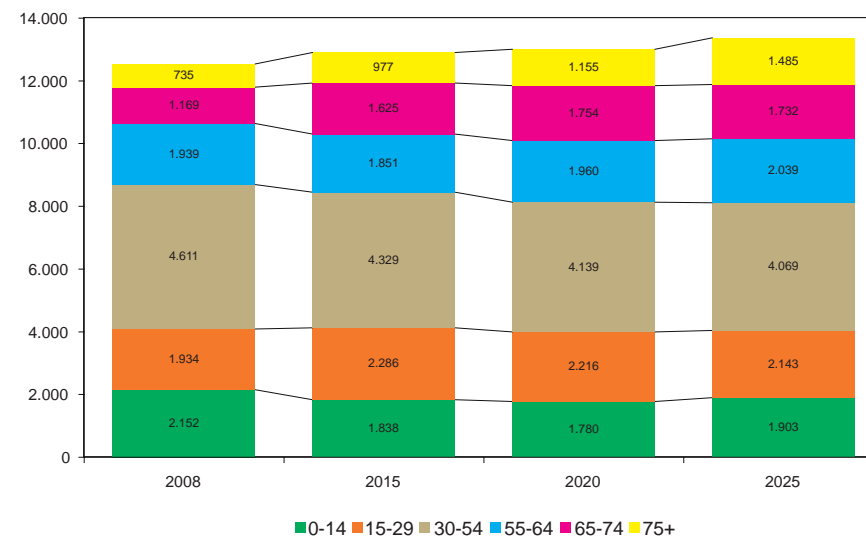
In *figuur 2.4* is de statusscore te zien voor de gemeente Bernisse. De statusscore van Bernisse varieert van laag in het poldergebied Geervliet tot midden-hoog in de poldergebieden Heenvliet en Abbenbroek.



Figuur 2.4: Statusscore per vierpositie postcodegebied in Bernisse in 2006 (Bron: SCP, 2006).

Bevolkingsprognose

Het CBS maakt iedere 2 jaar bevolkingsprognoses op basis van veronderstellingen over de toekomstige trends rond geboorte, sterfte, migratie en overgangen tussen huishoudensposities (echtscheidingen, uit huis gaan, etc.). De omvang van de bevolking van Bernisse zal in de komende jaren groeien van 12.500 inwoners in 2008 naar 13.400 inwoners in 2025. Dit is te zien in *figuur 2.5*. Uit de figuur blijkt dat de gemeente de komende jaren te maken krijgt met een vergrijzende bevolking. De sterkste toename is zichtbaar bij de groep van 75 en ouder; deze groep zal verdubbelen. Ook de groep tussen de 65 en 75 jaar zal sterk toenemen en wel met 48%. De vergrijzing heeft allerlei maatschappelijke gevolgen onder andere op het gebied van de gezondheidszorg en de ouderenzorg.



Figuur 2.5: Prognose leeftijdsopbouw bevolking Bernisse, 2008-2025 (Bron: CBS StatLine, 2009)

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van de gemeente Bernisse gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de gemeente Bernisse. De gezondheidstoestand van de inwoners wordt beschreven aan de hand van beschikbare enquêtegegevens, zoals de gezondheidsenquête en de Monitor Jeugd van de GGD. Daarnaast zijn cijfers uit registraties gebruikt, zoals sterftecijfers en gegevens over huiselijk geweld. Waar mogelijk worden de cijfers van Bernisse vergeleken met het gemiddelde van de GGD-regio en met Nederlandse cijfers. De cijfers zijn in uitgebreide vorm terug te vinden in de *bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Bernisse*.



➤ De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen in Bernisse is 79,5 jaar en voor vrouwen 84,6 jaar. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse levensverwachting.

Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar ervaart 5% zijn gezondheid als matig of slecht. Van de inwoners van 16 tot 55 jaar van Bernisse ervaart 6% zijn gezondheid als matig of slecht.

Voor de 55-plussers geldt dat 18% van de inwoners de gezondheid als matig of slecht ervaart. De ervaren gezondheid in Bernisse is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

De totale (voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde) sterfte in Bernisse is lager dan in Nederland. Er overlijden in Bernisse minder mensen aan de gevolgen van ziekten van de ademhalingsorganen. De lage sterfte kan voor een deel verklaard worden doordat er in Bernisse geen verzorgings- en verpleeghuizen zijn. Ouderen die vanwege ziekte niet meer thuis kunnen wonen, moeten voor hun laatste levensfase naar een andere gemeente verhuizen.

Het percentage inwoners dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben, is in Bernisse vergelijkbaar met de andere regiogemeenten. 40% van de 16- tot 55-jarigen en 71% van de 55-plussers geeft aan minstens één ziekte of aandoening te hebben.



➤ De grijze druk in Bernisse is op dit moment nog vergelijkbaar met Nederland, maar Bernisse zal de komende jaren sterk vergrijzen (zie ook *hoofdstuk 2*). Ouderen hebben vaak een slechtere gezondheid; zo ervaart 18% van de 55-plussers in Bernisse de gezondheid als matig of slecht. Ook geven ouderen vaak aan dat zij een chronische ziekte of aandoening hebben. Van hen heeft 14% diabetes, een derde heeft een hoge bloeddruk en ook een

derde heeft artrose van de heup of knie. Daarnaast heeft 6% van de 55-plussers minimaal één beperking in de algemene dagelijkse levensverrichtingen en 14% minimaal één beperking in de huishoudelijke dagelijkse activiteiten. Van de 55-plussers in Bernisse gebruikt 9% psychofarmaca en 25% ervaart onvoldoende regie over het eigen leven.

Doordat ouderen vaak een slechtere gezondheid hebben, zal een toename van het aantal ouderen ook tot een grotere vraag naar zorg leiden. Bernisse zal dus in de toekomst nog meer aandacht moeten besteden aan de vragen van een groeiende doelgroep senioren, met name waar het gaat over passende zorg-, mobiliteits- en woonvoorzieningen. Denk aan het scheppen van een vriendelijke leefomgeving voor senioren, (vroeg)signalering van problemen, (aangepaste) woningen, voldoende zorgaanbod en een veilige omgeving. In een omgeving die 'seniorproof' is kunnen ouderen letterlijk en figuurlijk de weg vinden naar diensten en zorg die zij nodig hebben (goede informatievoorziening via loket en/of sociale kaart, maar ook toegankelijkheid en beschikbaarheid).

In Bernisse is een ouderenadviseur werkzaam om problemen van ouderen te signaleren. Voorzieningen voor ouderen zijn samengebracht in de Seniorengids. Daarnaast zijn voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn te vinden in de Zorgwijzer op internet.



➤ Het percentage jeugdigen met cariës is in Bernisse hoger dan in de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Van de 4- tot en met 6-jarigen heeft 13% cariës; gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden is dit 12%. Van de 13- tot en met 15-jarigen heeft zelf 16% cariës, terwijl dit gemiddeld 12% is.

Cariës, ook tandbederf genoemd, leidt tot gaatjes in de tanden. In ieders mond bevinden zich de bacteriën die cariës veroorzaken. De mate waarin hiervan sprake is, wordt grotendeels bepaald door gebitsverzorging, gebruik van fluoride, tandartsbezoek en voedingsgewoonten. Een gezond gebit is belangrijk voor de spijsvertering, spraakontwikkeling en algemene gezondheid. Daarnaast heeft het een esthetische waarde. Over een langere periode kan cariës leiden tot ongemak en pijn. Hierdoor kan zelfs schoolabsentie optreden en kunnen mensen in een sociaal isolement raken. Een slecht melkgebit waarin tanden en/of kiezen voortijdig getrokken moeten worden, geeft vaak scheefstand en ruimtegebrek in het blijvende gebit.

Het aanleren van goede gewoonten ten aanzien van de gebitsverzorging, voeding en fluoridegebruik is belangrijk om cariës te voorkomen. De voorlichting hierover moet op zeer jonge leeftijd beginnen en regelmatig worden herhaald en aangevuld. Naast tandartsen en mondhygiënist is hierbij voor de medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (CJG's) een

belangrijke rol weggelegd. Een goede mondgezondheid van de jeugd vraagt om acties op verschillende terreinen, zoals:

- Goede signalering en doorverwijzing binnen het CJG.
- Goede en adequate informatieverstrekking bij de verloskundige praktijken.
- Een postercampagne gericht op mondverzorging.
- Verstandig snoepaanbod op locaties waar kinderen hun vrije tijd doorbrengen.
- Verstandig traktatie- en eetbeleid in het onderwijs in en in de kinderopvang.
- Poetslessen door de leidsters in de kinderopvang.
- Voorlichting, poetsinstructies en gedragsbeïnvloeding in het basisonderwijs. Door hierbij de methodiek van de Gezonde school Rijnmond te gebruiken, wordt de aandacht verankerd.



Van de inwoners van 16 jaar en ouder van Bernisse is 28% eenzaam. In vergelijking met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden zijn in Bernisse minder mensen eenzaam, dit geldt vooral voor de 16- tot 55-jarigen. Het percentage eenzaamheid in Bernisse is echter wel vergelijkbaar met Nederland, waar 30% eenzaam is. In Bernisse is 2% van de inwoners van 16 jaar en ouder ernstig eenzaam. Ernstige eenzaamheid lijkt iets minder vaak voor te komen in Bernisse dan in Nederland, waar 10% ernstig eenzaam is (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Eenzaamheid komt vaker voor bij mensen van 75 jaar en ouder, allochtonen, mensen met een laag of middelbaar opleidingsniveau en mensen die moeite hebben om van hun inkomen rond

te komen. Vrouwen zijn vaker emotioneel eenzaam, terwijl mannen vaker sociaal eenzaam zijn. De kans op sociale eenzaamheid neemt al toe vanaf de leeftijd van 35 jaar.

Eenzaamheid tast het welzijn ofwel het psychisch of sociaal welbevinden van mensen aan en is daarmee op zichzelf een gezondheidsprobleem. Eenzaamheid kan in allerlei opzichten ook ziekmakend zijn, zowel geestelijk als lichamelijk (Fokkema & Van Tilburg, 2005).

Er is in Nederland al lange tijd aandacht voor de problematiek van eenzaamheid van ouderen, ook in Bernisse. Er worden verschillende activiteiten uitgevoerd, individueel of groepsgericht. Uit onderzoek blijkt dat het niet eenvoudig is personen op hoge leeftijd te activeren (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Daar is meer voor nodig dan het organiseren van gezamenlijke activiteiten en het aanbieden van een contactrijke omgeving. Er is een grote variëteit in de mate, vorm en oorzaken van eenzaamheid. Daarom zijn er geen standaardoplossingen. Het is zaak zorgvuldig een passende interventie te kiezen, aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep en zo mogelijk gebruik te maken van ervaringen elders met dezelfde interventie. Als dat niet gebeurt, kan ook een op zich kansrijke interventie mislukken. Effectief gebleken interventies voor ouderen zijn veelal kleinschalige groepsactiviteiten (bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum) en vriendschapskursussen, gericht op het verbeteren van sociale contacten en het bevorderen van vriendschappelijke relaties.

Voor sommige ouderen heeft eenzaamheid te maken met onzekerheid, gebrek aan assertiviteit of aan sociale vaardigheid. Geestelijke gezondheidszorginstellingen organiseren een breed pakket aan trainingen gericht op deze specifieke problematiek.

Om sociaal isolement van ouderen te bestrijden kan de kennis en ervaring die Rotterdam hier de afgelopen jaren mee heeft opgedaan voor Bernisse interessant zijn. Rotterdam is in februari 2007 een driejarig programma gestart gericht op het bestrijden en voorkomen van sociaal isolement bij ouderen. De gemeente werkt daarin samen met het Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventies (LESI). Het programma omvat zes projecten. De projecten zijn gericht op deskundigheidsbevordering, signalering van sociaal isolement en individuele begeleiding van sociaal geïsoleerde ouderen. De ervaringen met de projecten zijn positief: de doelgroep wordt bereikt, professionals worden deskundiger, goede interventies zijn beschikbaar en geleidelijk verbetert de situatie van een deel van de ouderen.

Naast een aanpak in de zorg- en welzijnssector kan de gemeente een aantal voorwaarden realiseren om sociaal isolement van ouderen te voorkomen of te bestrijden: sociale veiligheid en vervoersvoorzieningen.

In Bernisse is een seniorenadviseur werkzaam. Deze adviseur is onder meer actief in het signaleren van eenzaamheid van ouderen.



➤ Bij een deel van de jeugd van Bernisse komen psychosociale problemen voor. Volgens de jeugdarts heeft 16% van de 4- tot en met 6-jarigen in Bernisse psychische problemen. Van de 13- tot en met 17-jarigen heeft volgens de jeugdarts 8% psychische problemen. Beide percentages zijn hoger dan gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden waar respectievelijk 3 en 4% psychische problemen heeft (niet getoetst). Van de 13- tot en met 17-jarigen gebruikt 7% psychofarmaca, gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden wordt door 6% van de jongeren psychofarmaca gebruikt. Er wordt door 16% van de jongeren dag en nacht gepekerd en 1% heeft in het afgelopen jaar serieus over zelfmoord nagedacht. Ook heeft 1 op de 5 jongeren (heel) vaak psychosomatische klachten en bijna een kwart van de jongeren slaapt (heel) vaak slecht. Ook dit is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

Psychische problematiek kan verregaande gevolgen hebben. Het hebben van een depressie op jonge leeftijd is bijvoorbeeld een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van een depressie op latere leeftijd. Psychische problematiek belemmert het functioneren in het dagelijks leven en kan ernstige zelfdestructieve vormen aannemen, zoals suïcidaal gedrag. Ook kunnen psychische problemen vroeg in de levensloop van invloed zijn op de school- en beroeps carrière en uiteindelijk op de maatschappelijke positie die iemand zich kan verwerven. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk.

Met het voorkomen van psychosociale problemen is grote gezondheidswinst en ook maatschappelijke winst te behalen. Depressie is niet voor niets één van de speerpunten in het volksgezondheidsbeleid. Preventie van psychische en psychosociale problemen heeft de beste resultaten als publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, ondersteuningsprogramma's en maatregelen gericht op de omgeving in combinatie worden uitgevoerd. Het gaat om:

- Primaire preventieprogramma's waarbij kinderen beter worden voorbereid op stressvolle situaties in hun latere leven. Voorbeelden zijn het lesprogramma 'Zippy's Vrienden' dat kinderen leert omgaan met tegenslagen en de verschillende weerbaarheids- en sociale vaardigheidstrainingen voor kinderen.
- Signaleren en adviseren. Training en begeleiding van beroepskrachten die regelmatig in contact staan met de doelgroep, goede afspraken over verwijzing en toepassen van signaleringsinstrumenten. Soms volstaat een kort advies.
- Ondersteuning voor mensen die meer nodig hebben dan een kort advies.
- Maatregelen in de omgeving: arbeidsparticipatie, een prettige en veilige woonomgeving en sociale steun in de omgeving.
- Publieksvoorlichting en bewustwording, gericht op het onderkennen van de problematiek en het verminderen van het taboe.

Landelijk is op deze gebieden en voor diverse doelgroepen een keur aan interventies ontwikkeld, die aangepast kunnen worden aan de lokale situatie.

Voor (preventie)beleid op het terrein van psychosociale gezondheid van kinderen is goede samenwerking met partners in de jeugdketen van preventie tot zorg, zoals beschreven in het 'Ieder Kind Wint' programma, een belangrijke voorwaarde.

De weerbaarheidslessen, die op basisscholen in Bernisse worden gegeven, kunnen bijdragen aan het voorkomen en verminderen van psychosociale problemen van de jeugd. Voor jongeren met multiproblematiek wordt in Bernisse een jeugdcoach ingezet.



Van de 4- tot en met 6-jarigen in Bernisse heeft 18% (ernstig) overgewicht en van de 13- tot en met 17-jarigen heeft 5% (ernstig) overgewicht. Het aandeel inwoners met overgewicht loopt op met de leeftijd: van de inwoners van 16 tot 55 jaar heeft bijna 40% matig overgewicht en 17% heeft ernstig overgewicht. Van de 55-plussers heeft bijna 60% matig overgewicht en 13% heeft ernstig overgewicht. Het percentage inwoners van Bernisse met matig of ernstig overgewicht is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Over het algemeen komt overgewicht vaker voor bij mannen, terwijl obesitas vaker bij vrouwen voorkomt.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten voor overgewicht. Bijna een kwart van de 13- tot en met 17-jarigen heeft in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek serieus gelijnd. Meisjes lijnen vaker dan jongens. Bijna 1 op de 5 jongeren ontbijt op minder dan vijf doordeweekse dagen en 16% eet op maximaal één doordeweekse dag fruit. Wel lijken jongeren uit Bernisse regelmatig te sporten. In Bernisse is drie kwart van de jongeren lid van een sportvereniging en 89% sport minimaal één keer per week buiten schooltijd. Van de 16- tot 55-jarigen inwoners van Bernisse voldoet een derde niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Hiermee wijkt Bernisse niet af van de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Van de inwoners van 55 jaar en ouder voldoet 28% niet aan deze norm.

Overgewicht, met name ernstig overgewicht (obesitas), hangt samen met meerdere chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2 (suikerziekte), hoge bloeddruk en hart- en

vaatziekten. Ook hebben mensen met (ernstig) overgewicht vaker verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen. Bovendien komen bij vrouwen met (ernstig) overgewicht menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor (Visscher & Schoemaker, 2008). De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven (Voedingscentrum, 2008). Een kind met (ernstig) overgewicht kan gemakkelijk doelwit worden van pesterijen, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

De aanpak van overgewicht vraagt om een brede benadering van voeding- en beweeggedrag, die bestaat uit verschillende elementen die in samenhang worden uitgevoerd:

- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist.
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de gemeente, op de werkplek en in scholen.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat burgers veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk is.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat keuze voor gezonde voeding een gemakkelijke keuze is: gezonde voeding in automaten, voorlichting over en promotie van gezonde voeding in de lokale supermarkten.

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Dit programma heeft aansluiting op de 'Beweegkuur', waar het ministerie van VWS op inzet. Het is opgezet voor mensen die van hun huisarts een dringend leefstijladvies hebben gekregen, omdat ze (vooral door overgewicht) hard op weg zijn een aandoening als diabetes te ontwikkelen. In het programma worden een persoonlijke leefstijladviseur en een activiteitenprogramma op maat aangeboden. De GGD kan uitzoeken wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van een organisatorisch en financieel sluitende keten voor uitvoering van dit project in Bernisse. De gemeente kan ook op een andere manier met de 'Beweegkuur' aan de slag.

Voor de jeugd voert de GGD met andere partijen het programma 'Lekker fit' uit. Hierin worden voorlichting, beweegactiviteiten en een gezond aanbod in de schoolkantine gecombineerd. Recent onderzoek toont aan dat de beweegprogramma's 'COACH-methode', 'Jump-in' en 'Revalidatie, Sport en Bewegen' significant positieve effecten hebben op het beweeggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse et al., 2009).

Investeren in beweegactiviteiten is niet alleen van belang met het oog op overgewicht, maar kan ook een bijdrage leveren aan de bestrijding van eenzaamheid en depressiviteit.

In het jeugdbeleid van de gemeente Bernisse is overgewicht opgenomen als één van de speerpunten; de gemeente wil dat in 2012 het percentage jongeren met overgewicht met 5%

is afgenomen ten opzichte van 2009. De gemeente zet daarbij vooral in op het bevorderen van bewegen (Gemeente Bernisse, 2009). De sportweek, die in 2009 voor het eerst in Bernisse is georganiseerd, staat ook voor 2010 op het programma.



> Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar in Bernisse heeft 15% in de afgelopen 4 weken minstens 5 keer alcohol gedronken. Eenzelfde percentage heeft bij de laatste gelegenheid 5 glazen alcohol of meer gedronken en 9% heeft 5 keer of meer gedronken en bij de laatste gelegenheid 5 glazen of meer gedronken.

Van de 16- tot 55-jarigen in Bernisse is 7% overmatig drinker. Bij de 55-plussers ligt dit percentage op 5%. Van de 16- tot 55-jarigen overschrijdt 63% de norm aanvaardbaar alcoholgebruik. Bij 55-plussers is dit percentage lager, toch overschrijdt 41% de norm. Het alcoholgebruik in Bernisse is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

Er zijn bepaalde groepen te benoemen die vaker overmatig alcohol drinken, namelijk mannen, autochtonen, 45- tot 75-jarigen en mensen die grote moeite hebben om van hun inkomen rond te komen.

Van de 13- tot en met 17-jarigen jongeren in Bernisse heeft 6% in de afgelopen 4 weken softdrugs gebruikt. Gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden is dit 9%.

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk. Alcoholgebruik heeft invloed op alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig aandoeningen (Kuunders & Van Laar, 2009). De schadelijkheid van het drinken van alcohol op jonge leeftijd staat steeds meer in de belangstelling. Er zijn aanwijzingen dat het drinken van (grote hoeveelheden) alcohol als je nog in de groei bent extra schadelijk is en een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd. Oudere mensen verdragen alcohol over het algemeen slechter. Dit komt door allerlei veranderingen in het lichaam die ontstaan bij het ouder worden. Overmatig alcoholgebruik kan leiden tot uiteenlopende lichamelijke en psychische klachten, zoals hoge bloeddruk, maagproblemen en depressie. Voor ouderen die slecht ter been zijn, verhoogt alcoholgebruik het risico op vallen. Ook kan alcohol de werking van medicijnen versterken of juist teniet doen.

Softdrugs zijn in vergelijking met alcohol en roken relatief onschuldig. Ze hebben geen sterk verslavende werking. Het gebruik van softdrugs kan mogelijk leiden tot vermindering van het reactie- en concentratievermogen en het korte termijn geheugen, psychosen en het gebruik van andere verslavende middelen en een risicozoekende leefstijl.

Doel van landelijk alcoholbeleid is dat jongeren onder de 16 jaar geen alcohol drinken. Bovendien is er een discussie gaande om de leeftijd te verhogen naar 18 jaar. Gelet op de negatieve effecten van alcoholgebruik op jonge leeftijd is iedere alcoholdrinker onder de 16 er één teveel. Streven is dat minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk zijn van alcohol en dat alcoholgebruik minder schadelijke gevolgen heeft in het gezin, op het werk, in het verkeer en in uitgaanssituaties.

Effectief lokaal alcoholbeleid stoelt op vier pijlers:

- Draagvlak bij het publiek. Bijvoorbeeld door communicatie via de media, scholen en verenigingen.
- Regelgeving in relatie tot de beschikbaarheid van alcohol. Onder meer door afspraken te maken met de horeca over alcoholmarketing, sluitingstijden, toelatingsbeleid en schenkeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De school is een goede plaats om jongeren te bereiken, bijvoorbeeld via het programma 'Gezonde school'. De laatste jaren blijken ook zelfhulpprogramma's op internet steeds vaker succesvol. Bij ouderen is vroegtijdige signalering een belangrijk aandachtspunt; een alcoholprobleem wordt bij hen vaak slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door de professionals.

Landelijk is een grote hoeveelheid maatregelen en interventies, gericht op specifieke doelgroepen, ontwikkeld en getest. De effecten van de interventies zijn sterk afhankelijk van de kwaliteit en de intensiteit waarmee ze worden uitgevoerd.

Het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren is regionaal op Voorne-Putten Rozenburg een speerpunt. Hiervoor is het project 'Terugdringing alcoholproblematiek Voorne-Putten-Rozenburg' ontwikkeld. Preventie van alcoholgebruik is een belangrijk onderdeel van het jeugdbeleid in Bernisse. Het doel van de gemeente Bernisse is om het alcoholgebruik te verminderen tot onder het regionale gemiddelde van Voorne-Putten Rozenburg (Gemeente Bernisse, 2009). Om dit te realiseren worden onder meer voorlichtingsacties georganiseerd en worden jongeren bij uitgaansgelegenheden gecontroleerd op indrinken.



➤ Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar in Bernisse rookt 7% iedere dag. Van de volwassenen tot 55 jaar rookt 16% en van de 55-plussers 18%. Het percentage 16- tot 55-jarigen dat rookt, is lager dan gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden. Het percentage rokers in Bernisse is ook lager dan gemiddeld in Nederland: in 2008 rookte 27% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder (Stivoro, 2009).

Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, bijvoorbeeld longkanker. Ook verhoogt roken het risico op COPD (zie *Afkortingen*), beroerte en hartfalen. In 2007 stierven in Nederland 20.000 mensen die ten gevolge van roken één van bovenstaande ziekten kregen. Daarnaast is door roken het risico op veel andere aandoeningen verhoogd. Ook passief roken (inademen van tabaksrook uit je omgeving) verhoogt het risico op het krijgen van verschillende

aandoeningen (Van Gelder et al., 2009). Met het terugdringen van het aantal rokers kan een grote vooruitgang in de gezondheidssituatie in de gemeente worden gerealiseerd.

Stoppen met roken is al vele jaren een belangrijk punt van landelijk beleid, zowel van de overheid als van STIVORO. Diverse zorgaanbieders verzorgen 'stoppen met roken'-cursussen. Onder meer thuiszorgorganisaties en Bouman GGZ zijn actief. Huisartsen bieden ondersteuning bij stoppen met roken. De gemeente kan de effecten van landelijk beleid voor de eigen burgers versterken door actief mee te werken aan landelijke campagnes. Ook kan de gemeente het gebruik van zorgaanbod gericht op stoppen met roken stimuleren door de mogelijkheden actief onder de aandacht te brengen. Bijzondere aandacht verdient voorkomen dat jongeren gaan roken. Het programma 'Gezonde school en genotmiddelen', dat door de GGD wordt gecoördineerd biedt hiervoor goede mogelijkheden. Verenigingen met veel jongere leden kunnen roken ontmoedigen en toezien op naleving van het rookverbod in bijvoorbeeld de sportkantine.



➤ De leefomgeving beïnvloedt de gezondheid op meerdere manieren. Ten eerste rechtstreeks door blootstelling aan fijn stof in de buitenlucht, ernstige geluidshinder door verkeer en verontreiniging van het binnenmilieu. Ten tweede kan de leefomgeving uitnodigen tot gezond gedrag, zoals fietsen, wandelen, sporten en spelen. De derde manier

waarop de leefomgeving de gezondheid beïnvloedt, is door de beleving van de omgeving. Hier wordt dat toegespitst op de positieve beleving van het groen.

Lucht en gezondheid

In Bernisse ligt 6% van de woningen direct aan een drukke binnenstedelijke weg. Dit betekent dat de bewoners van deze woningen (ongeveer 240 woningen) in een gebied leven met een relatief slechte luchtkwaliteit.

Luchtverontreiniging door wegverkeer kan leiden tot luchtwegklachten, zoals hoesten, piepen en kortademigheid. De kleinste deeltjes van ingeademd fijn stof kunnen vanuit de longen het bloed in gaan. Dan kunnen vaatvernauwing, bloedklontering en een verstoorde hartslag ontstaan. Voor de gezondheid zijn die fijnste deeltjes dan ook het meest schadelijk. Deze zijn afkomstig van wegverkeer. Daarom zijn vooral langs drukke wegen gezondheidsrisico's te verwachten, ook als aan de normen wordt voldaan. Kinderen die op een school dicht bij een rijksweg zitten, hebben meer luchtwegklachten en hun longen werken minder goed. Volwassenen die langs een rijksweg of drukke binnenstedelijke weg wonen, hebben meer kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte. Dit geldt vooral binnen 100 meter van een rijksweg of in de eerstelijns bebouwing (binnen 50 meter) van een drukke stadsweg.

Vanuit gezondheidskundig oogpunt is het belangrijk om langdurige blootstelling van met name de gevoelige groepen (ouderen, kinderen en mensen met luchtwegklachten of hart- en vaatziekten) aan hoge concentraties luchtverontreiniging zoveel mogelijk te beperken. Daarom wordt aangeraden om waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van een rijksweg of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Bernisse noemt in haar Structuurvisie 2025 het voornemen om, ter stimulering van de dagrecreatie, het bestaande netwerk van wandel- en fietspaden uit te breiden, routes te koppelen en deze waar nodig te verbeteren. Het bieden van voldoende alternatieven voor de auto in de vorm van veilige en aantrekkelijke langzaamverkeersverbindingen, verbetert niet alleen de luchtkwaliteit, maar is ook een stimulans om meer te bewegen en helpt overgewicht verminderen. Langzaamverkeerroutes worden aantrekkelijker door aansluiting te zoeken op natuurgebieden en de rivier Bernisse.

Geluid en gezondheid

Ongeveer 15% van de bewoners van Bernisse in de leeftijd van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidshinder. Een kwart van de bewoners ervaart geluidshinder door verkeer van wegen waar langzamer dan 50 kilometer per uur gereden mag worden en ongeveer 30% ervaart geluidshinder door bromfietsen.

Geluidsoverlast is een groeiend gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast

leidt geluidsoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Wegverkeer is de belangrijkste bron van geluidshinder. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopactiviteiten en burelen belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen nadelige gezondheidseffecten optreden. Het is goed om, naast het terugdringen van geluidshinder, aandacht te hebben voor geluidsluwe of stille plekken in de woonomgeving waar mensen aangenaam kunnen verblijven.

De gemeente Bernisse noemt in haar Structuurvisie 2025 de verwachting dat met de groei van het autoverkeer de passages door de dorpen in de toekomst drukker zullen worden. In een aantal kernen wordt gezocht naar passende oplossingen om het geluid van doorgaand autoverkeer te beperken. De voorgenomen visie over het gebruik van het wegennet kan hieraan mogelijk bijdragen.

Groen en gezondheid

Van de 16 tot 55-jarige Bernissenaren is 80% tevreden over de hoeveelheid groen in de buurt. Dat is meer dan in de andere gemeenten die vallen onder de regio Zuid-Hollandse eilanden.

De aanwezigheid van groen in de woonomgeving draagt bij aan herstel van stress en aandachtsmoeheid, aan gevoelens van zingeving, het nodigt uit tot bewegen en kan sociale contacten stimuleren. Dit geldt voor klein en groot, oud en jong. In wijken met groene ruimtes spelen en bewegen kinderen duidelijk meer en met meer creativiteit. Dit alles komt het best tot zijn recht als het groen makkelijk toegankelijk en uitnodigend is. Groenbeheer is van belang. Ook uitzicht op groen, bijvoorbeeld vanuit de woning, werkkamer of klas, brengt al positieve effecten met zich mee. Daarnaast maakt groen de leefomgeving aangenamer doordat de effecten van extreem weer zoals hitte, droogte, wind en wateroverlast door groen gedempt worden.

De gemeente Bernisse presenteert zich in haar Structuurvisie 2025 als een 'groene oase in een sterk verstedelijkte omgeving'. Wel wordt in de Structuurvisie gesteld dat de hoge parkeerdruk een nadelige uitwerking kan hebben op de woonomgeving, omdat vaak een keuze moet worden gemaakt tussen de instandhouding van openbaar groen, waaronder ook speelplaatsen, en de aanleg van extra parkeerplaatsen. Voorgenomen wordt om hiervoor een afwegingskader te formuleren. De aanleg van extra parkeerplaatsen stimuleert het autogebruik en heeft daardoor negatieve gevolgen voor de luchtkwaliteit en geluidsoverlast in Bernisse. Vanuit oogpunt van gezondheid verdient het aanbeveling om in de directe woonomgeving de toegang tot gebruiksgroen en speelruimte zoveel mogelijk te waarborgen.

4 Tot slot

In het kader van de regionale VTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een Gezondheidsatlas ontwikkeld: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel)gemeenten van het Rijnmondgebied (www.Gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl).

Om daarnaast continu achtergrondinformatie en informatie over interventiemogelijkheden beschikbaar te kunnen stellen, ontwikkelt de GGD in 2010 een Kompas Volksgezondheid Rotterdam-Rijnmond. Beide websites worden regelmatig aangevuld met nieuwe informatie en actuele cijfers. Op deze manier kunnen (deel)gemeenten altijd de meest actuele gegevens gebruiken.

De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

Voor de gemeentelijke en deelgemeentelijke rapportages die de GGD nu presenteert, heeft de GGD voor het eerst een integrale analyse gemaakt van de gezondheid in haar werkgebied. De komende jaren zal de GGD dit aanvullen met prognoses voor de toekomst. Voor (deel)gemeentelijk gezondheidsbeleid is naast informatie over de gezondheidssituatie van de burgers ook informatie over zorgbehoefte en zorgaanbod van belang. Hierover gaat de GGD meer kennis verzamelen. Deze toekomstige ontwikkelingen zullen zowel de volgende serie (deel)gemeentelijke rapportages als de Gezondheidsatlas op internet verrijken. Daarnaast zullen de evaluatie van de huidige rapportages en de ervaringen met de Gezondheidsatlas leiden tot verbeteringen in de toekomst. Deze regionale VTV is een groeiproses. Groei op basis van beschikbare informatie zowel als behoeften van (deel)gemeenten.

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 2000;320(7244):1240-3.

Fokkema T, Tilburg T van. Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen. Eindrapportage aan de Stichting Sluyterman van Loo van een vergelijkend effect- en procesevaluatie-onderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen. Den Haag/Amsterdam: NIDI/VU, 2005.

Gemeente Bernisse. Nota Jeugdbeleid 2009-2010. Bernisse: Gemeente Bernisse, 2009.

Gelder BM van, Poos MJJC, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In

Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 8 december 2009.

Jong-Gierveld J de, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement*, 1985;9:289-299.

Kuunders MMAP, Laar MW van. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Alcoholgebruik, 30 maart 2009.

Leemrijse CJ, Ooms L, Veenhof C. Evaluatie van kansrijke beweegprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen. Fase 2. Utrecht: NIVEL, 2009.

Stivoro. Jaarverslag 2008. Stivoro voor een rookvrije toekomst. Den Haag, 2009.

Tilburg T van, Jong de-Gierveld J. Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2007.

Visscher TLS, Schoemaker C. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht en ondergewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Persoonsgebonden\ Lichaamsgewicht, 22 september 2008.

Voedingscentrum. Preventie van overgewicht in de nota lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Voedingscentrum, 2008.

Gegevensbronnen

GE. Gezondheidsenquête 2009. Onderzoek naar de gezondheid van volwassenen op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee (GGD Rotterdam-Rijnmond).

MJ. Monitor Jeugd 2009. Onderzoek naar de gezondheid van de jeugd op de Zuid-Hollandse eilanden (GGD Zuid-Hollandse eilanden).

SCP. Sociaal en Cultureel Planbureau. Rangorde naar sociale status van postcodegebieden in Nederland 2006 (SCP).

Websites

www.cbs.nl/statline
www.nationaalkompas.nl

De elektronische databank van het CBS
Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)

Definities

ADL-beperking

Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen zijn de handelingen die mensen dagelijks verrichten om in leven te blijven. Mensen met beperkingen in de ADL hebben grote moeite met gaan zitten en opstaan uit een stoel, in en uit bed stappen, de trap op- en aflopen, of kunnen dit alleen met hulp van anderen.

Direct gestandaardiseerde sterfte

Bij directe standaardisatie worden de leeftijdspecifieke cijfers van de index (bijvoorbeeld mannen uit de gemeente) toegepast op de bevolking van heel Nederland per 1 januari 2000. De resulterende aantallen overledenen per 10.000 van de standaardpopulatie zijn direct vergelijkbaar, zonder dat verschillen in de leeftijdsopbouw als verklaring een rol spelen. Dat maakt het mogelijk om mannen en vrouwen met elkaar te vergelijken en om verschillende regio's of gemeenten met elkaar te vergelijken.

Drukke binnenstedelijke weg

Een (stads)weg met meer dan 10.000 voertuigbewegingen per etmaal.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Kort gezegd gaat het hier om het al of niet bestaande verlangen naar (meer, andere of betere) relaties. Eenzaamheid kent twee dimensies, namelijk sociale en emotionele eenzaamheid. Bij sociale eenzaamheid wordt een ondersteunend netwerk gemist met als gevolg gevoelens van verveling en doelloosheid en bij emotionele eenzaamheid wordt het missen van intieme relaties bedoeld wat leidt tot gevoelens van verlatenheid en intens verdriet. De genoemde cijfers over eenzaamheid zijn gebaseerd op de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld (Jong-Gierveld J de & Kamphuis FH, 1985).

Gemiddeld gestandaardiseerd inkomen

Om inkomens van huishoudens vergelijkbaar te maken wordt het besteedbaar huishouden-inkomen gecorrigeerd voor grootte en samenstelling van een huishouden. Hiervoor zijn equivalentiefactoren beschikbaar die afgestemd zijn op het aantal volwassenen en kinderen (naar leeftijd) in een huishouden. In de equivalentiefactor komen de schaalvoordelen tot uitdrukking die het gevolg zijn van het voeren van een gemeenschappelijke huishouding. Hierbij is de CBS-equivalentieschaal gebruikt, waarbij het eenpersoonshuishouden als standaardhuishouden is gekozen. Voor deze huishoudens is de factor gelijk aan 1. De CBS-equivalentieschaal voegt hieraan 0,38 toe voor de volgende meerderjarige. Per minderjarig kind wordt de factor afhankelijk van de leeftijd en rangorde van het kind opgehoogd met een waarde tussen de 0,15 en 0,30. Een alleenstaande met een besteedbaar inkomen van 10 duizend euro en een echtpaar met een besteedbaar inkomen van 13,8 duizend euro bevinden zich dus op een gelijk welvaartsniveau: na standaardisatie bedraagt het inkomen in beide situaties 10 duizend euro.

Gezondheid

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken (WHO).

GGD RR

Het verzorgingsgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond bestond tot 1 januari 2010 uit de volgende gemeenten: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Rotterdam, Ridderkerk, Schiedam en Vlaardingen. Per 1 januari 2010 behoren de gemeenten op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee ook tot het verzorgingsgebied van de GGD RR.

GGD ZHE

Het verzorgingsgebied van de GGD Zuidhollandse Eilanden bestond uit de gemeenten op Voorne-Putten Rozenburg, Goeree-Overflakkee en de Hoeksche Waard. Op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee liggen de volgende gemeenten: Bernisse, Brielle, Dirksland, Goedereede, Hellevoetsluis, Middelharnis, Oostflakkee, Rozenburg, Spijkenisse en Westvoorne. Per 1 januari 2010 behoren deze gemeenten tot het verzorgingsgebied van de GGD RR. De Hoeksche Waard bestaat uit de gemeenten Binnenmaas, Cromstrijen, Korendijk, Oud-Beijerland en Strijen. Per 1 januari 2010 wordt de dienstverlening voor de Hoeksche Waard uitgevoerd door de GGD Zuid-Holland Zuid.

Wanneer in de tekst de inwoners van 16 jaar en ouder worden vergeleken met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden, dan worden de gemeenten op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee bedoeld. Als er een vergelijking wordt gemaakt voor de jeugd, dan worden alle gemeenten van de voormalige GGD ZHE bedoeld.

Grijze druk

De verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen van 20 tot 65 jaar. Dit cijfer geeft inzicht in de verhouding van de ouderen tot het werkende deel van de bevolking.

Groene druk

De verhouding tussen het aantal personen van 0 tot 20 jaar en het aantal personen van 20 tot 65 jaar. Dit cijfer geeft inzicht in de verhouding van de jeugd tot het werkende deel van de bevolking.

Groente- en fruitnorm

In Nederland zijn normen vastgesteld voor de consumptie van groente en fruit. Volwassenen moeten volgens deze normen minimaal 200 gram groente (groentenorm) en 2 stuks fruit (fruitnorm) per dag eten. Deze normen gelden ook voor kinderen vanaf 12 jaar. Voor jongere kinderen geldt dat ze dagelijks groente én fruit moeten eten.

HDA-beperking

Mensen hebben een beperking in de huishoudelijke dagelijkse activiteiten (HDA) als zij beperkt zijn bij het uitvoeren van minimaal één van de volgende activiteiten: dagelijkse boodschappen doen, warme maaltijden bereiden en licht en zwaar huishoudelijk werk verrichten.

Mantelzorg

Mantelzorg is de zorg die iemand geeft aan een bekende uit zijn of haar omgeving, zoals een partner, ouder, kind, buurman of -vrouw, vriend(in), als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen, aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen enz. Mantelzorg wordt niet betaald.

Nederlandse norm gezond bewegen

Jeugd (onder de 18 jaar): dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).

Volwassenen (18-55 jaar): een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.

55-plussers: een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. Voor niet-actieven, zonder of met lichamelijke beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen.

Niet-westerse allochtoon

Allochtoon met als herkomstsgroepering een van de landen in de werelddelen Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. Op grond van hun sociaaleconomische en sociaal-culturele positie worden allochtonen uit Indonesië en Japan tot de westerse allochtonen gerekend. Het gaat vooral om mensen die in het voormalig Nederlands-Indië zijn geboren en werknemers van Japanse bedrijven met hun gezin.

Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

Mannen: maximaal 2 glazen per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week.

Vrouwen: maximaal 1 glas per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week.

Overgewicht

Jeugd (onder de 18 jaar): de definitie voor overgewicht en obesitas is afhankelijk van de leeftijd en het geslacht. Dit onder meer omdat de hoeveelheid lichaamsvet tijdens de kinderjaren steeds verandert. Internationaal zijn er geslacht- en leeftijdspecifieke afkappunten voor de BMI bij kinderen bepaald (Cole et al., 2000).

Bij volwassenen is sprake van *matig overgewicht* bij een body mass index (BMI = gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters [kg/ m²]) van 25 tot 30 kg/ m².

Bij volwassenen is sprake van *ernstig overgewicht/ obesitas* bij een BMI groter of gelijk aan 30 kg/ m².

Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.

Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.

Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

SES-score

Een SES-score is een maat voor de sociale status van een postcodegebied of het negatief daarvan: de sociale achterstand. Het is een maat die is samengesteld uit drie elementen: inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau.

Significant

De kans dat een onderzoeksresultaat op toeval berust, is kleiner dan 5% (bij een betrouwbaarheid van 95% en een nauwkeurigheid van 5%).

Standardized Mortality Ratio

De SMR is het toepassen van de leeftijd- en geslachtspecifieke sterftekansen van de standaardpopulatie (Nederland) op de bevolking van de index (gemeente of GGD). De verwachte sterfte wordt op 100 gezet, de sterfte in de indexpopulatie is daaraan gerelateerd. Als de SMR 100 is, is de sterfte in de indexpopulatie gelijk aan die van de standaardpopulatie. Als de SMR hoger is, is de sterfte in de indexpopulatie hoger. En als de SMR lager is, is de sterfte juist lager.

Uitkeringsontvangers

Het aandeel uitkeringsontvangers van 15 tot en met 64 jaar op de laatste vrijdag van september, uitgedrukt in hele procenten van het aantal personen van 15 tot en met 64 jaar.

Zware drinker

Mannen: minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol per dag.

Vrouwen: minstens 1 keer per week 4 of meer glazen alcohol per dag.

Afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
ASHG	Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
BMI	Body Mass Index
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
GES	Gezondheidseffectscreening
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGD RR	Gemeentelijke gezondheidsdienst Rotterdam-Rijnmond
GGD ZHE	Gemeentelijke gezondheidsdienst Zuid-Hollandse eilanden
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
havo	Hoger algemeen voortgezet onderwijs
hbo	Hoger beroepsonderwijs
HDA	Huishoudelijke Dagelijkse Activiteiten
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KDVK	Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen
LESI	Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventies
lo	Lager onderwijs
LZN	Lokaal Zorgnetwerk
mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SES	Sociaaleconomische status
SMR	Standardized Mortality Ratio
vmbo	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
vwo	Vorbereidend wetenschappelijk onderwijs
WHO	World Health Organization
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	Wetenschappelijk onderwijs
WPG	Wet publieke gezondheid

Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Bernisse

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Totale sterfte				
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	81 ●	2.316 ●	137.539
Mannen (2003-2006)		45 ●	1.164 ●	66.743
Vrouwen (2003-2006)		36 ●	1.152 ●	70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	64 ●	76 ●	84
Mannen (2003-2006)		71 ●	78 ●	83
Vrouwen (2003-2006)		57 ●	75 ●	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners per jaar	62 ●	74 ●	77
Mannen (2003-2006)		61 ●	70 ●	73
Vrouwen (2003-2006)		61 ●	77 ●	79
Totaal (2003-2006)	SMR	82 ▲	96 ▲	100
Mannen (2003-2006)		85 ▲	95 ▲	100
Vrouwen (2003-2006)		76 ▲	96 ▲	100
Ziekten van het hart- en vaatstelsel				
Totaal (2003-2006)	SMR	99	99	100
Mannen (2003-2006)		97	99	100
Vrouwen (2003-2006)		99	99	100
Kwaadaardige nieuwvormingen				
Totaal (2003-2006)	SMR	83	101	100
Mannen (2003-2006)		86	101	100
Vrouwen (2003-2006)		74	98	100
Ziekten van de ademhalingsorganen				
Totaal (2003-2006)	SMR	55 ▲	89 ▲	100
Mannen (2003-2006)		55 ▲	83 ▲	100
Vrouwen (2003-2006)		52 ▲	93	100
Levensverwachting bij de geboorte				
Totaal (2003-2006)	Jaren	82,0 ▲	79,7	79,4
Mannen (2003-2006)		79,5	77,5	77,0
Vrouwen (2003-2006)		84,6	81,9	81,6

▲ Significat gunstiger dan in Nederland.
▼ Significat ongunstiger dan in Nederland.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Chronische aandoeningen				
16-55 jaar (2009)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	40	50	
55 jaar en ouder (2009)		71	78	
Diabetes				
16-55 jaar (2009)	%	0 ●	4	
55 jaar en ouder (2009)		14	13	
0 jaar en ouder (2004-2007)				4
Migraine/ernstige hoofdpijn				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	<1 ●	<1	
10-11 jaar (2007)		- ●	2	
13-15 jaar (2007)		2 ●	4	
16-55 jaar (2008)	%	8	17	
55 jaar en ouder (2009)		6 ●	8	
0 jaar en ouder (2004-2007)				12
Hoge bloeddruk				
16-55 jaar (2009)	%	5 ●	9	
55 jaar en ouder (2009)		31	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)				11
Luchtwegaandoeningen				
4-6 jaar (2007)	% luchtwegklachten door jeugdarts vastgesteld	8 ●	3	
10-11 jaar (2007)		- ●	3	
13-15 jaar (2007)		2 ●	3	
16-55 jaar (2009)	% astma/COPD	6 ●	8	
55 jaar en ouder (2009)		11	11	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% chronische klachten aan luchtwegen			8
Aandoening aan rug				
16-55 jaar (2009)	%	8	11	
55 jaar en ouder (2009)		13	15	
0 jaar en ouder (2004-2007)				9
Artrose van heup/knie				
16-55 jaar (2009)	%	11	8	
55 jaar en ouder (2009)		34	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)				10

▲ Significat gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significat ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Aandoening nek/schouder				
16-55 jaar (2009)	%	5 ●	9	
55 jaar en ouder (2009)		13	14	
Aandoening elleboog/pols/hand				
16-55 jaar (2009)	%	4	7	
55 jaar en ouder (2009)		2 ●	5	
Depressiviteit				
16-55 jaar (2009)	%	5 ●	9	
55 jaar en ouder (2009)		10	8	
Allergie				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	3 ●	2	
10-11 jaar (2007)		- ●	3	
13-15 jaar (2007)		5 ●	3	
Cariës				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	13 ●	12	
10-11 jaar (2007)		- ●	21	
13-15 jaar (2007)		16 ●	12	
Terugkerende buikpijn				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	3 ●	1	
10-11 jaar (2007)		- ●	1	
13-15 jaar (2007)		<1 ●	1	
ADL-beperking				
55 jaar en ouder (2009)	% met minimaal 1 beperking	6 ●	8	
HDA-beperking				
55 jaar en ouder (2009)	% met minimaal 1 beperking	14 ●	15	
Beperking in horen				
55 jaar en ouder (2009)	% met beperking	3 ●	7	
Beperking in zien				
55 jaar en ouder (2009)	% met beperking	3 ●	6	

- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Bevolkingsonderzoek				
Borstkanker (2006)	% deelname	84 ●	74	
Baarmoederhalskanker (2008)	Beschermingsgraad	73 ●	71	

- Significantie is niet berekend.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Infectieziekten				
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	0 ●	6	
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)		0 ●	10	
Kinkhoest (2008)		25 ●	287	
Tuberculose (2008)		0 ●	5	
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	19 ●	362	
Vaccinatie				
2 jaar (2009)	% gevaccineerd ¹	97 ●	96	
10 jaar (2009)	% gevaccineerd ²	98 ●	95	

- ¹ Gemiddelde vaccinatiegraad van zuigelingen met geboortjaar 2006 van DKTP basis immuun, HIB volledig afgesloten, BMR basis immuun, MenC volledig afgesloten, pneumokokken volledig afgesloten.
² Gemiddelde vaccinatiegraad van schoolkinderen met geboortjaar 1998 DTP volledig afgesloten en BMR volledig afgesloten.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Ervaren gezondheid				
13-17 jaar (2006-2008)	% matig of slecht	5 ●	4	
16-55 jaar (2009)		6 ●	10	
55 jaar en ouder (2009)		18	21	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% minder goed			19
Eenzaamheid				
16-55 jaar (2009)	% matig tot zeer ernstig	23 ▲	34	
55 jaar en ouder (2009)		37	41	
16-55 jaar (2009)	% emotioneel eenzaam	5 ●	10	
55 jaar en ouder (2009)		4 ●	13	
16-55 jaar (2009)	% sociaal eenzaam	14 ▲	25	
55 jaar en ouder (2009)		32	30	
Depressie				
16 jaar en ouder (2009)	% hoog risico	2 ●	5	
Psychofarmaca				
13-17 jaar (2006-2008)	% gebruikers	7 ●	6	
16-55 jaar (2009)		3 ●	7	
55 jaar en ouder (2009)		9	7	
Regie over eigen leven				
55 jaar en ouder (2009)	% onvoldoende regie	25	25	

- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Psychische problemen				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	16 ●	3	
10-11 jaar (2007)		- ●	4	
13-15 jaar (2007)		8 ●	4	
Gezins-/omgevingsproblemen				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	14 ●	6	
10-11 jaar (2007)		- ●	6	
13-15 jaar (2007)		4 ●	8	
Piekert dag en nacht				
13-17 jaar (2006-2008)	%	16 ●	21	
Denkt aan zelfmoord				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in het afgelopen jaar (heel) vaak serieus aan zelfmoord heeft gedacht	1 ●	3	
Heeft (heel) vaak psychosomatische klachten				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in afgelopen 4 weken last had van hoofdpijn, maagpijn, buikpijn of misselijkheid (met uitzondering van menstruatieklachten)	19 ●	20	
Slaapt (heel) vaak slecht				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in de afgelopen 4 weken (heel) vaak slecht sliep	24 ●	24	
Denkt dat het de komende jaren (heel) slecht zal gaan				
13-17 jaar (2006-2008)	%	<1 ●	2	
Thuisituatie				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat niet bij beide eigen ouders woont	21 ●	24	
Schoolervaringen				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥6 uur spijbelde in afgelopen 4 weken	1 ●	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat zich vaak/altijd slecht op zijn gemak voelt op school	5 ●	7	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat vaak/altijd het gevoel heeft het druk te hebben door school	32 ●	32	
Vandalisme				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft vernield in afgelopen jaar	8 ●	9	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft beklad in afgelopen jaar	9 ●	8	
Stelen en politiecontact				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft gestolen in afgelopen jaar	1 ●	3	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat op het politiebureau is ondervraagd in het afgelopen jaar	3 ●	3	
Wapenbezit				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat wel eens een wapen bij zich heeft	14 ●	11	

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Matig overgewicht				
4-6 jaar (2007)	% matig overgewicht door jeugdverpleegkundige geregistreerd	17 ●	13	
10-11 jaar (2007)	% matig overgewicht door jeugdverpleegkundige geregistreerd	- ●	13	
13-17 jaar (2006-2008)	% overgewicht (inclusief obesitas)	5 ●	8	
16-55 jaar (2009)	% BMI 25-30	39	35	
55 jaar en ouder (2009)		58	49	
20 jaar en ouder (2004-2007)	% BMI ≥25			46
Obesitas				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdverpleegkundige geregistreerd	1 ●	3	
10-11 jaar (2007)	% door jeugdverpleegkundige geregistreerd	- ●	2	
16-55 jaar (2009)	% BMI ≥30	17	16	
55 jaar en ouder (2009)		13	16	
20 jaar en ouder (2004-2007)				11
Serieus lijnen				
13-17 jaar (2006-2008)	% serieus gelijnd in afgelopen 4 weken	23 ●	28	
Voeding				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat <5 dagen per week ontbijt (weekend niet meegerekend)	18 ●	25	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤1 dagen per week fruit eet (weekend niet meegerekend)	16 ●	18	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤1 dagen per week groente eet (weekend niet meegerekend)	3 ●	6	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤2 dagen per week warme maaltijd eet (weekend niet mee-gerekend)	5 ●	6	
Lichaamsbeweging				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat lid is van sportvereniging	74 ●	68	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥1 keer per week sport (buiten schooltijd)	89 ●	86	
16-55 jaar (2009)	% dat de NNGB niet haalt	32	34	
55 jaar en ouder (2009)		28	25	
12 jaar en ouder (2004-2007)				46

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Alcoholgebruik				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken	15 ●	17	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken bij de laatste gelegenheid	15 ●	16	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken en de laatste keer ≥5 glazen dronk	9 ●	10	
16-55 jaar (2009)	% overmatige drinkers	7 ●	10	
55 jaar en ouder (2009)		5 ●	11	
16-55 jaar (2009)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	63	54	
55 jaar en ouder (2009)		41	41	
Roken				
13-17 jaar (2006-2008)	% dagelijkse rokers	7 ●	11	
16-55 jaar (2009)	% rokers	16 ▲	27	
55 jaar en ouder (2009)		18	18	
12 jaar en ouder (2004-2007)				29
Drugsgebruik				
13-17 jaar (2006-2008)	% softdrugs gebruikt in afgelopen 4 weken	6 ●	9	
16-55 jaar (2009)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	- ●	6	
13-17 jaar (2006-2008)	% XTC gebruikt in afgelopen 4 weken	1 ●	1	
16-55 jaar (2009)	% ooit harddrugs gebruikt	3 ●	7	
Gokken				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in afgelopen 4 weken geld in gokkast/fruitautomaat heeft gegooit	9 ●	7	
Seksueel risicogedrag				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	23 ●	22	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat vrijwel nooit condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad)	- ●	34	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat altijd condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad)	- ●	50	
16-55 jaar (2009)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	5 ●	7	
Mondverzorging				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat tanden niet dagelijks poetst	<1 ●	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% met vullingen/gaatjes in gebit	40 ●	37	

- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Huiselijk geweld				
4-6 jaar (2007)	% waarbij jeugdverpleegkundige vermoeden van mishandeling/verwaarlozing heeft	1 ●	<1	
10-11 jaar (2007)	% waarbij jeugdverpleegkundige vermoeden van mishandeling/verwaarlozing heeft	- ●	<1	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat thuis wordt geslagen of mishandeld	2 ●	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% bij wie thuis veel ruzie is	18 ●	16	
16-55 jaar (2009)	% dat ooit slachtoffer is geweest	2 ●	10	
55 jaar en ouder (2009)		2 ●	5	
Politie meldingen Huiselijk geweld				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten	40 ●	1.279	
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten per 10.000 inwoners	32 ●	60 ●	39
Slachtofferschap				
13-17 jaar (2006-2008)	% ooit lichamelijk mishandeld	16 ●	17	
13-17 jaar (2006-2008)	% regelmatig gepest	7 ●	7	
Seksuele intimidatie				
13-17 jaar (2006-2008)	% tegen de zin gezoend/betast	9 ●	11	
13-17 jaar (2006-2008)	% tegen de zin met iemand naar bed geweest	3 ●	3	
Meldingen Lokaal Zorgnetwerk				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal meldingen	11 ●	318	
	Aantal meldingen /10.000 inwoners	9 ●	15	

- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Geluidshinder				
16-55 jaar (2009)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	14	24	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door bromfietsen	29	38	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door verkeer <50km/u	25	24	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door burens	15	25	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door bedrijven/industrie	15	11	

- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Groenbeleving in de buurt				
16-55 jaar (2009)	% dat het groen een voldoende geeft	85	79	
55 jaar en ouder (2009)		88	92	
16-55 jaar (2009)	% dat groen belangrijk vindt	94	96	
55 jaar en ouder (2009)		98	97	
16-55 jaar (2009)	% dat tot rust kan komen in het groen	74	72	
55 jaar en ouder (2009)		75	68	
16-55 jaar (2009)	% dat actief kan recreëren in het groen	85	73	
55 jaar en ouder (2009)		72	69	
16-55 jaar (2009)	% dat vindt dat er voldoende groen is	80 ▲	69	
55 jaar en ouder (2009)		77	73	
Luchtvervuiling				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	0		
	% <100 m rijksweg	0		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	242		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	6		
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnen-stedelijk	6		
	% 100-300 m rijksweg	0		

- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Bernisse	GGD ZHE	NL
Huisarts				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	63	70	
55 jaar en ouder (2009)		81	83	
0 jaar en ouder (2004-2007)				73
Tandarts				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	83	81	
55 jaar en ouder (2009)		57	66	
0 jaar en ouder (2004-2007)				78
GGZ / AMW				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	3 ●	8	
55 jaar en ouder (2009)		2 ●	4	
Thuiszorg				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	- ●	2	
55 jaar en ouder (2009)		2 ●	5	
Mantelzorg				
16-55 jaar (2009)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	9	10	
55 jaar en ouder (2009)		16	14	
Hulp en zorg				
55 jaar en ouder (2009)	% dat hulp in huishouding krijgt	10	15	
55 jaar en ouder (2009)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	2 ●	6	

- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
● Significantie is niet berekend.

COLOFON

Dit rapport is een onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) Rotterdam-Rijnmond. Dit is een uitgave van de GGD Rotterdam-Rijnmond in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Februari 2010

Redactie: B.E. Stam, N. de Graaff

en W.M.M. Klaus-Meijs

Vormgeving: troy! creatieve communicatie

Drukwerk: TDS

GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032

3000 LP Rotterdam

(010) 433 99 66

info@ggd.rotterdam.nl

www.ggd.rotterdam.nl



rivm