



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Hellevoetsluis



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de gemeente Hellevoetsluis	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	30
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	31
	Definities	33
	Afkortingen	37
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Hellevoetsluis	38

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 van bestuurlijke keuzes in het gezondheidsbeleid.

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Hellevoetsluis.

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Hellevoetsluis. 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 Hellevoetsluis 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 Hellevoetsluis 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 Hellevoetsluis luiden:

- 55-plussers in Hellevoetsluis voelen zich minder gezond dan andere 55-plussers op de Zuid-Hollandse eilanden.
- De mondgezondheid van jeugdigen in Hellevoetsluis laat te wensen over. Met goede voorlichting kunnen kennis en vaardigheden met betrekking tot mondgezondheid verbeteren.
- Eenzaamheid is in Hellevoetsluis een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Hellevoetsluis heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Hellevoetsluis een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het gebruik van genotmiddelen in Hellevoetsluis is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Hellevoetsluis een bedreiging voor de volksgezondheid. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Een deel van de jeugd vrijt onveilig. Preventie is nodig om dit seksueel risicogedrag te verminderen.
- Huiselijk geweld is onacceptabel. Niet alleen opvang van slachtoffers, maar ook preventie is nodig.
- Hellevoetsluis heeft veel plannen en visie voor de leefomgeving. Hierin liggen kansen om de gemeente stiller en schoner maken.

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 daar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze verschillende 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 Hellevoetsluis is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de gemeente Hellevoetsluis 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 op 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 Hellevoetsluis opgenomen.

De inwoners van de gemeente Hellevoetsluis

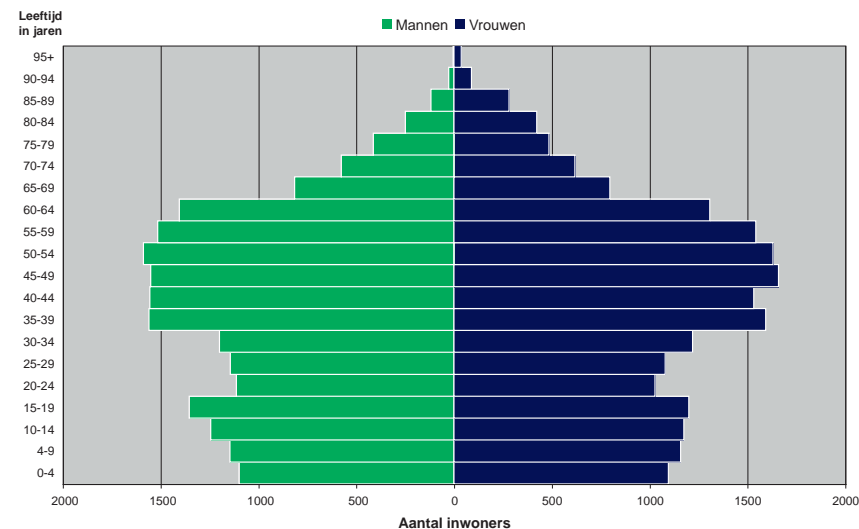
2

Hellevoetsluis, vestingstad aan het Haringvliet, is een stad en gemeente op Voorne-Putten. Voormalige gemeenten binnen Hellevoetsluis zijn onder andere Nieuw-Helvoet en Nieuwenhoorn.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de gemeente Hellevoetsluis 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

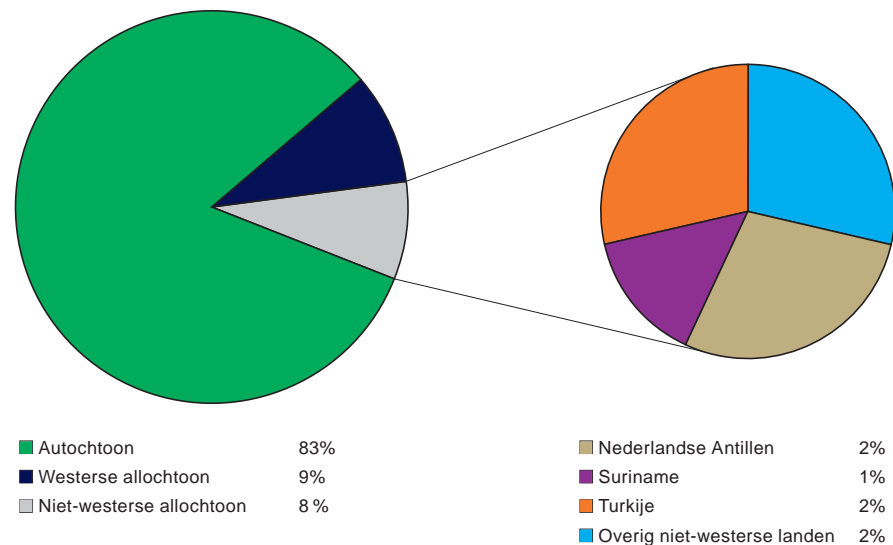
De gemeente Hellevoetsluis had op 1 januari 2008 39.620 inwoners. In *figuur 2.1* is de demografische opbouw van de gemeente Hellevoetsluis te zien. De grijze druk in Hellevoetsluis is lager dan in Nederland (20% tegenover 24%), de groene druk is vergelijkbaar met Nederland (38% tegenover 39%).



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

Etniciteit

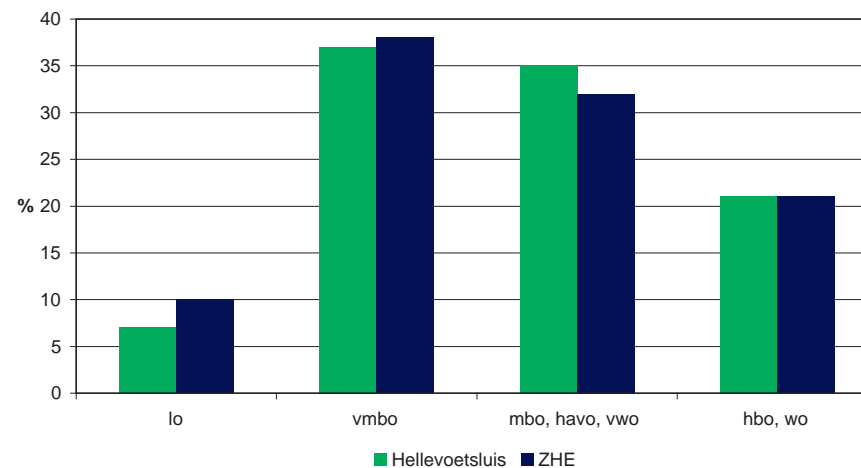
Van de inwoners van Hellevoetsluis is 16% allochtoon; bijna de helft van hen heeft een niet-westerse herkomst (figuur 2.2). In Hellevoetsluis wonen in vergelijking met Nederland (20%) weinig allochtonen.



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

Opleidingsniveau

Het gemiddelde opleidingsniveau in Hellevoetsluis is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden (zie figuur 2.3 en Definities).



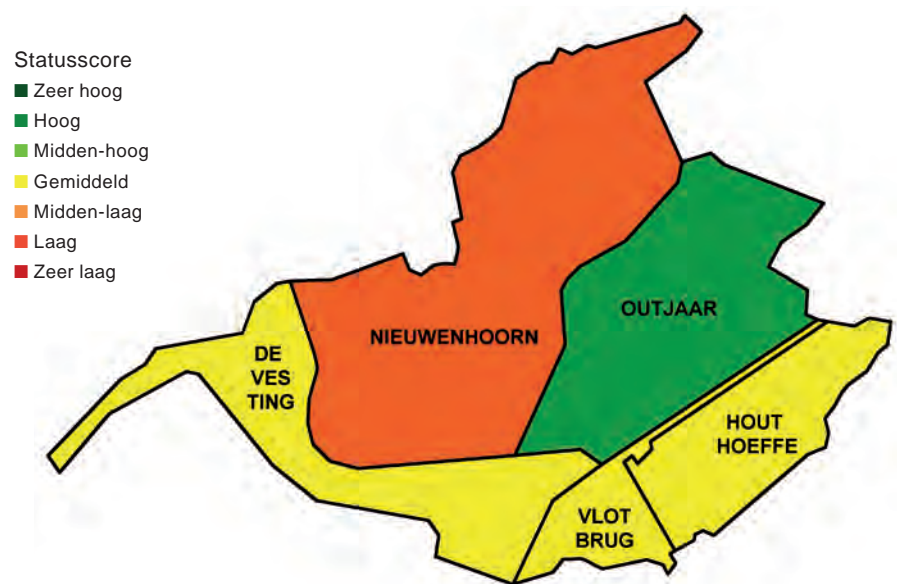
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Hellevoetsluis en het gemiddelde van de gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden (Bron: Gezondheidsenquête, 2009)

Sociaaleconomische status

Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Hellevoetsluis 22.200 euro per huishouden. Dit is iets hoger dan gemiddeld in Nederland, waar dit 21.600 euro bedraagt. Van de inwoners van Hellevoetsluis ontvangt 13% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand en 4% van de kinderen leeft in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Hellevoetsluis is 28%; 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 de sociaaleconomische status (SES) van inwoners van gebieden in Nederland. De SES-score wordt ingedeeld in zeven groepen, oplopend van lage naar hoge status (SCP, 2006).

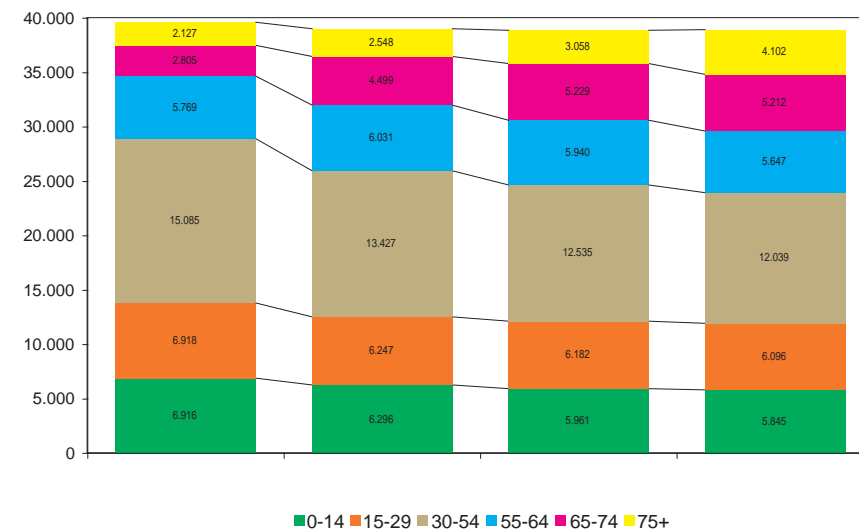
In *figuur 2.4* is de statusscore te zien voor de gemeente Hellevoetsluis. Drie postcodegebieden hebben een gemiddelde statusscore, één postcodegebied heeft een lage statusscore en één postcodegebied heeft een hoge statusscore.



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

Bevolkingsprognose

De omvang van de bevolking van Hellevoetsluis zal in de komende jaren iets afnemen van ongeveer 39.600 inwoners in 2008 naar ongeveer 38.900 inwoners in 2025 (*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 inwoners van 75 jaar en ouder; deze groep zal bijna verdubbelen. Ook de groep tussen de 65 en 75 jaar zal sterk toenemen en wel met 86%. De vergrijzing heeft allerlei maatschappelijke gevolgen onder andere op het gebied van de gezondheidszorg en de ouderenzorg.



Figuur 2.5: Prognose leeftijdsopbouw bevolking Hellevoetsluis, 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 Hellevoetsluis gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de gemeente Hellevoetsluis. 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 Hellevoetsluis 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 Hellevoetsluis*.

Bij sommige kernboodschappen worden, als voorbeeld, suggesties gegeven van mogelijk bruikbare interventies. De beschreven gezondheidsproblemen laten zich, vanwege hun complexiteit, echter niet vatten in standaard oplossingen. Het gaat veelal om combinaties van interventies, maatregelen en voorzieningen, passend bij de lokale situatie. De genoemde voorbeelden geven een denkrichting aan. Er bestaat inmiddels een uitgebreide landelijke data-base (de i-database van het Centrum voor Gezond Leven) met de meest effectief gebleken interventies die gemeenten kunnen inzetten bij het aanpakken van gezondheidsproblemen.



De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen in Hellevoetsluis is 77,7 jaar en voor vrouwen 80,1 jaar. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse levensverwachting. Van de 13- tot en met 17-jarigen ervaart 3% de gezondheid als matig of slecht en van de inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart 7% zijn gezondheid als matig of slecht. Voor de 55-plussers geldt dat een kwart van de inwoners de gezondheid als matig of slecht ervaart. In vergelijking met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden wordt de gezondheid door meer 55-plussers als matig of slecht ervaren.

De totale sterfte (SMR) in Hellevoetsluis is voor vrouwen hoger dan gemiddeld in Nederland. Voor mannen is het vergelijkbaar.

Het percentage inwoners dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben, is in Hellevoetsluis vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. De helft van de 16- tot 55-jarigen en meer dan driekwart van de 55-plussers geeft aan minstens één ziekte of aandoening te hebben. Er wonen in Hellevoetsluis naar verhouding meer inwoners van 55 jaar en ouder die aangeven chronisch eczeem te hebben dan in de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden, namelijk 10% versus 7%.



➤ Het percentage jeugdigen met cariës is in Hellevoetsluis 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 10- en 11-jarigen heeft 46% van de kinderen cariës, terwijl dit gemiddeld 21% 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 Hellevoetsluis is 37% eenzaam. Van hen is 7% ernstig eenzaam. De totale eenzaamheid in Hellevoetsluis is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. In vergelijking met Nederland is er sprake van meer eenzaamheid in Hellevoetsluis (37% tegenover 30%). Ernstige eenzaamheid lijkt iets minder vaak voor te komen in Hellevoetsluis 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 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 Hellevoetsluis. Er worden verschillende activiteiten uitgevoerd, individueel of groepsgewijs.

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 Hellevoetsluis 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. De gemeente Hellevoetsluis zou gebruik kunnen maken van de opgedane ervaring en/of zelf samenwerking aan kunnen gaan met LESI.

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

Eenzaamheid is een punt van aandacht van het Service Bureau Ouderen in Hellevoetsluis.



➤ Bij een deel van de jeugd komen psychosociale problemen voor. Volgens de jeugdarts heeft tussen de 1 en 5% van de jeugdigen in Hellevoetsluis psychische problemen. Van de 13- tot 17-jarigen gebruikt 4% psychofarmaca. Bijna een kwart van de jongeren piekert dag en nacht en 2% heeft in het afgelopen jaar serieus over zelfmoord nagedacht. Ook heeft 1 op de 5 jongeren (heel) vaak psychosomatische klachten en slaapt ruim een kwart van de jongeren (heel) vaak slecht.

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 beroepsloopbaan 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 stadsregionale 'Ieder Kind Wint' programma, een belangrijke voorwaarde.



Van de 4- tot en met 6-jarigen in Hellevoetsluis heeft bijna 1 op de 5 (ernstig) overgewicht. Van de 10- tot 11-jarigen heeft 13% (ernstig) overgewicht en van de 13- tot en met 17-jarigen is dit 8%. Het percentage inwoners met (ernstig) overgewicht loopt op met de leeftijd; van bijna de helft van de 16- tot 55-jarigen tot 60% van de 55-plussers. Hoewel het percentage inwoners met overgewicht hoog is, wijkt het niet af van de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Over het algemeen geldt dat overgewicht vaker voorkomt bij mannen en obesitas vaker bij vrouwen.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten voor overgewicht. Ruim een kwart van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar heeft in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek serieus gelijnd. Bijna 30% van de jongeren ontbijt op minder dan 5 doordeweekse dagen en 20% eet op maximaal 1 doordeweekse dag in de week fruit. Wel lijken jongeren uit Hellevoetsluis regelmatig te sporten. Twee derde is lid van een sportvereniging en 87% sport minstens 1 keer per week buiten schooltijd.

Van de 16- tot 55-jarigen inwoners van Hellevoetsluis voldoet 37% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Hiermee wijkt Hellevoetsluis niet af van de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Van de inwoners van 55 jaar en ouder voldoet een kwart 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 (Visser & 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 pesten, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

De aanpak van overgewicht vraagt om een brede benadering van voeding- en beweggedrag, 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 zijn.
- 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 Hellevoetsluis. De gemeente kan ook op andere manieren de 'Beweegkuur' in de gemeente invoeren.

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.

Overgewicht en bewegen staan op de agenda van de gemeente Hellevoetsluis. De gemeente heeft het voornemen om een integraal plan te ontwikkelen om mensen te helpen bij het veranderen van hun leefstijl en in de sportnota wordt aandacht geschonken aan het beweeggedrag van de inwoners (Blanken & Meeuwse, 2009).



Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar in Hellevoetsluis heeft 16% in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek bij 5 of meer gelegenheden gedronken en heeft 14% bij de laatste gelegenheid 5 of meer glazen alcohol op. 8% van de jongeren heeft zowel bij 5 of meer gelegenheden gedronken als meer dan 5 glazen bij de laatste gelegenheid. Het alcoholgebruik van de jongeren in Hellevoetsluis is ongeveer gelijk aan het gemiddelde van de regio.

Ook volwassenen drinken vaak veel alcohol: 12% van de inwoners van 16 tot 55 jaar van Hellevoetsluis is een overmatige drinker en 14% van de 55-plussers gebruikt overmatig veel alcohol.

Ruim de helft van de inwoners tussen de 16 en 55 jaar overschrijdt de norm van aanvaardbaar alcoholgebruik. Van de 55-plussers overschrijdt de helft deze norm; dit is meer dan gemiddeld in de 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-jarige jongeren in Hellevoetsluis heeft 10% in de afgelopen 4 weken softdrugs gebruikt. Gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden is dit 9%. Van de volwassenen van 16 tot 55 jaar in Hellevoetsluis heeft 4% in het jaar voorafgaand aan het onderzoek cannabis gebruikt. Gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden is door 6% van de 16- tot 55-jarigen cannabis gebruikt.

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 schenkbeleid.
- 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. Aanpassing aan de specifieke lokale situatie is noodzakelijk.

Het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren is regionaal op Voorne-Putten Rozenburg een speerpunt. Hiervoor is het project 'Terugdringing alcoholproblematiek Voorne-Putten-Rozenburg' ontwikkeld. Daarnaast is een 'Plan van Aanpak Verslavingspreventie' opgesteld. Dit plan omvat voorlichting over genotmiddelengebruik, opvoedingsondersteuning en ingangscontroles bij bijvoorbeeld schoolfeesten gericht op het tegengaan van indrinken. Ook wordt aandacht besteed aan de vaardigheden van basisschoolleerlingen om nee te zeggen tegen alcohol en drugs (Blanken & Meeuwse, 2009).



Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar in Hellevoetsluis rookt 12% dagelijks. Ruim een kwart van de 16- tot 55-jarigen rookt en bijna 1 op de 5 inwoners van 55 jaar en ouder rookt. Het aantal rokers in Hellevoetsluis is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, bijvoorbeeld longkanker. Ook verhoogt roken het risico op COPD, 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.



➤ Van de 13- tot en met 17-jarigen jongeren in Hellevoetsluis heeft 27% wel eens geslachts-gemeenschap gehad. Van hen gebruikt 39% vrijwel nooit en 46% altijd een condoom. Gemiddeld in de regio zijn deze percentages 34% en 50%.

Onveilig vrijen kan leiden tot ongewenste zwangerschappen en tot seksueel overdraagbare aandoeningen. Meerdere factoren zijn van invloed op veilig vrijen. De kennis over de risico's van onveilig vrijen, de houding ten opzichte van het condoomgebruik en het al dan niet bespreekbaar kunnen maken van het condoomgebruik zijn van belang voor het al dan niet

veilig vrijen. Behalve deze persoonsgebonden factoren beïnvloeden ook omgevingsfactoren het (on)veilig vrijen, zoals opvattingen over seksualiteit in de samenleving en de beschikbaarheid van condooms (Eysink, 2009).

Bij seksuele opvoeding denken veel volwassenen aan het geven van informatie over geslachtsgemeenschap en dus aan voorlichting die pas rond de puberteit ingezet zou moeten worden. Echter, relationele en seksuele vorming is veel breder en begint al in de wieg.

Kinderen en jongeren leren constant en dit gebeurt op verschillende momenten en plaatsen: thuis, op school en in hun vrije tijd. Het vormen van kinderen en jongeren zodat zij later gezonde (seksuele) relaties aangaan, is daarom een verantwoordelijkheid van iedere volwassene die zich met de opvoeding van kinderen en jongeren bezig houdt. Onderwijspersoneel, ouders, pedagogisch medewerkers (BSO) en jongerenwerkers kunnen daarbij ondersteuning gebruiken. Ondersteuning kan bestaan uit voorlichting, deskundigheidsbevordering, lesmateriaal en trainingen. Met een mix van interventies op verschillende niveaus kan een gemeente komen tot een sterke primaire preventie van seksueel risicogedrag.



➤ In Hellevoetsluis geeft 13% van de inwoners van 16 tot 55 jaar en 16% van de 55-plus-sers aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. Dit is vergelijkbaar met andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Politiegegevens wijzen op veel huiselijk geweld in Hellevoetsluis. In 2009 kwamen bij de politie 293 meldingen van huiselijk geweld

binnen, dit komt neer op 74 meldingen per 10.000 inwoners. Gemiddeld in Nederland worden 39 meldingen per 10.000 inwoners gedaan.

Het aantal meldingen huiselijk geweld is de best beschikbare maat voor het voorkomen van huiselijk geweld. Publiciteit vanuit Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld kan leiden tot een toename van het aantal meldingen.

Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer gepleegd is. Onder 'geweld' wordt de aantasting van de persoonlijke integriteit verstaan met daarbij een onderscheid tussen psychisch en lichamelijk geweld (waaronder seksueel geweld). De huiselijke kring van het slachtoffer bestaat uit (ex) partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden. Het begrip 'huiselijk' betreft hier de relatie tussen dader en slachtoffer en niet de locatie. Een belangrijk kenmerk van huiselijk geweld is de omstandigheid dat dader (pleger) en slachtoffer (waaronder het minderjarige slachtoffer) vaak - en soms noodgedwongen - deel blijven uitmaken van elkaars leefomgeving. Vaak is er sprake van een verstoorde machtsverhouding (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008).

Huiselijk geweld is een ernstig volksgezondheidsprobleem en maatschappelijk probleem met grote gevolgen voor slachtoffers, vaak nog vele jaren nadat de gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Slachtoffers kunnen ernstige lichamelijke en/ of psychische klachten hebben, waaronder lichamelijk letsel, spier- en gewrichtspijnen, hoofdpijn, onverklaarbare chronische buikklachten, nervositeit, angst, slaapproblemen, minderwaardigheidsgevoelens, faalangst, depressie, suïcidale gedachten en posttraumatische stressstoornis. Ze leven vaak, mede door de (opgedrongen) geheimhouding, in een isolement. Per jaar sterven naar schatting in Nederland tachtig vrouwen en vijftig kinderen als gevolg van het geweld. Huiselijk geweld brengt tevens enorme verborgen kosten met zich mee door huisartsen- en specialistenbezoek, medicijngebruik, bezoeken aan de Spoedeisende Hulp, ziekenhuisopnamen en werkverzuim (Reijnders & Drijber, 2006).

De aanpak van huiselijk geweld beslaat de hele keten van preventie en signalering tot interventies en nazorg, en is gericht op het beschermen en versterken van het hele (gezins) systeem (slachtoffers, kinderen en plegers). Iedereen die met huiselijk geweld te maken heeft, kan zich melden bij het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) Zuid-Hollandse Eilanden. Het ASHG is 7 dagen per week 24 uur bereikbaar. Het steunpunt zoekt de juiste actie bij de (hulp)vraag van de cliënt en werkt daarvoor samen met een uitgebreid netwerk van organisaties in de (jeugd)zorg, politie en strafrecht. Als er lange tijd sprake is van geweld zijn cliënten vaak niet goed meer in staat om het geweld te stoppen en hulp te zoeken en/ of te aanvaarden. Hulpverleners zijn getraind om hiermee om te gaan.

Deskundigheidsbevordering is een specifiek onderdeel van de aanpak van huiselijk geweld en wordt op maat aangeboden. Door deskundigheidsbevordering leren professionals met cliënten om te gaan en huiselijk geweld vroegtijdig te signaleren. Met het oog op vroegtijdige

signalering heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond bovendien een meldcode ontwikkeld. Na invoering van deze meldcode gaan professionals actiever om met vermoedens van huiselijk geweld. Streven is deze meldcode in te voeren in het totale gebied van de Stadsregio Rotterdam.

Tenslotte is preventie van belang. Het gaat hierbij onder meer om doelgroepspecifieke campagnes, voorlichtingen en het bieden van preventieprogramma's aan doelgroepen.



➤ De leefomgeving beïnvloedt de gezondheid op meerdere manieren. Ten eerste rechtstreeks door blootstelling aan fijn stof in de buitenlucht, ernstige geluidhinder 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

Ongeveer 4% van de woningen in Hellevoetsluis ligt direct aan een drukke binnenstedelijke weg. Het gaat om ongeveer driehonderd woningen. Minder dan 1% van de woningen is binnen honderd meter van een snelweg gelegen. In vergelijking met andere gemeenten in de regio zijn er in Hellevoetsluis gemiddeld evenveel woningen gesitueerd nabij drukke wegen.

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.

De gemeente geeft in het Beleidsplan luchtkwaliteit 2008-2017 aan de concentratie stikstofdioxide en PM10 op een maximum niveau van 40 respectievelijk 20 microgram per kuub lucht te willen hebben (Artz & Wolf, 2008). Uit het beleidsplan blijkt dat er geen overschrijdingen van de grenswaarden zullen zijn. Ook wil de gemeente nieuwe geurproblemen voorkomen via adequaat vergunningenbeleid.

Geluid en gezondheid

Bijna een kwart van de bevolking van Hellevoetsluis ervaart geluidhinder. Dit is vergelijkbaar met andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

Geluidoverlast is in toenemende mate een gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt geluidoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Wegverkeer is de belangrijkste bron van geluidhinder. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopactiviteiten en burelen belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidbronnen 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 geluidhinder, aandacht te hebben voor geluidluwe of stille plekken in de woonomgeving waar mensen aangenaam kunnen verblijven.

De gemeente geeft in het Milieustructuurplan 2008-2012 en het Geluidbeleidsplan aan te streven naar een maximum geluidniveau van 48 dB (max. 53 dB) voor verkeerslawaai en 50 dB voor industrielawaai (Bruinsma, 2008 & Faber et al., 2008). Voor stadsnatuur, recreatiegebieden en natuurgebieden gelden lagere cijfers. Concrete maatregelen worden nog niet genoemd.

Groen en gezondheid

Ruim een kwart van de bevolking van Hellevoetsluis vindt dat er onvoldoende groen in de buurt is. Dit is vergelijkbaar met andere gemeenten op de 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 dus 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 Hellevoetsluis werkt aan een nieuw groenstructuurplan (Zwart et al., 2009). Gezien het feit dat een vijfde van de bevolking vindt dat er te weinig groen is, is van belang dat de gemeente in het plan aandacht heeft voor de hoeveelheid, de bruikbaarheid en het onderhoud van het groen.

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 achtergrondinformatie en informatie over interventiemogelijkheden continu beschikbaar te kunnen stellen, ontwikkelt de GGD in 2010 ook een Kompas Volksgezondheid Rotterdam-Rijnmond. Beide websites worden regelmatig aangevuld met nieuwe informatie en actuele cijfers. Op deze manier kunnen 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 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 groeiproces. Groei op basis van beschikbare informatie zowel als behoeften van (deel)gemeenten.

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

Artz T, Wolf R. Beleidsplan Luchtkwaliteit 2008-2017. Hellevoetsluis: Gemeente Hellevoetsluis, 2008.

Blanken E, Meeuwse T. Beleidsnota 2009-2012 Volksgezondheid 'Gelukkig Gezond'. Hellevoetsluis: Gemeente Hellevoetsluis, 2009.

Bruinsma B. Milieustructuurplan 2008-2012. Hellevoetsluis: Gemeente Hellevoetsluis, 2008.

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.

Eysink PED. Seksueel gedrag samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Seksueel gedrag, 8 december 2009.

Faber N, Klundert M vd, Huijbregts J. Geluidsbeleidsplan Hellevoetsluis 2008-2017. Hellevoetsluis: Gemeente Hellevoetsluis, 2008.

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.

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.

GGD Rotterdam-Rijnmond. Samenwerken bij de aanpak Huiselijk Geweld. Werkwijze Lokaal team Huiselijk Geweld in Rotterdam. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2008.

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](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.

Reijnders UJL, Drijber BC. Huiselijk geweld (1): Cijfers en herkenning; Huisarts en geweld. Huisarts Wet, 2006;49:65-66,88.

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](http://www.nationaalkompas.nl)> Gezondheidsdeterminanten\ Persoonsgebonden\ Lichaamsgewicht, 22 september 2008.

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

Zwart CM, Zweers HR, Guliker W. Conceptrapport Groenstructuurplan Hellevoetsluis 2010-2020. Deel I: Visiedocument. Hellevoetsluis: Gemeente Hellevoetsluis, 2009.

Gegevensbronnen

GE. Gezondheidsenquête 2009. Onderzoek naar de gezondheid van volwassen 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

De elektronische databank van het CBS

www.nationaalkompas.nl

Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)

Definitie

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 huishoudinkomen 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 Zuidhollandse 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 Hellevoetsluis

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Totale sterfte				
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	294 ●	2.316 ●	137.539
Mannen (2003-2006)		138 ●	1.164 ●	66.743
Vrouwen (2003-2006)		156 ●	1.152 ●	70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	73 ●	76 ●	84
Mannen (2003-2006)		69 ●	78 ●	83
Vrouwen (2003-2006)		78 ●	75 ●	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners per jaar	80 ●	74 ●	77
Mannen (2003-2006)		70 ●	70 ●	73
Vrouwen (2003-2006)		88 ●	77 ●	79
Totaal (2003-2006)	SMR	104	96 ▲	100
Mannen (2003-2006)		96	95 ▲	100
Vrouwen (2003-2006)		111 ▼	96 ▲	100
Ziekten van het hart- en vaatstelsel				
Totaal (2003-2006)	SMR	105	99	100
Mannen (2003-2006)		104	99	100
Vrouwen (2003-2006)		105	99	100
Kwaadaardige nieuwvormingen				
Totaal (2003-2006)	SMR	103	101	100
Mannen (2003-2006)		99	101	100
Vrouwen (2003-2006)		106	98	100
Ziekten van de ademhalingsorganen				
Totaal (2003-2006)	SMR	95	89 ▲	100
Mannen (2003-2006)		80	83 ▲	100
Vrouwen (2003-2006)		111	93	100
Levensverwachting bij de geboorte				
Totaal (2003-2006)	Jaren	79,0	79,7	79,4
Mannen (2003-2006)		77,7	77,5	77,0
Vrouwen (2003-2006)		80,1	81,9	81,6

- ▲ Significant gunstiger dan in Nederland.
- ▼ Significant ongunstiger dan in Nederland.
- Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Chronische aandoeningen				
16-55 jaar (2009)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	51	50	
55 jaar en ouder (2009)		79	78	
Diabetes				
16-55 jaar (2009)	%	2 ●	4	
55 jaar en ouder (2009)		11	13	
0 jaar en ouder (2004-2007)				4
Migraine/ ernstige hoofdpijn				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	<1 ●	<1	
10-11 jaar (2007)		1 ●	2	
13-15 jaar (2007)		3 ●	4	
16-55 jaar (2008)	%	20	17	
55 jaar en ouder (2009)		10	8	
0 jaar en ouder (2004-2007)				12
Hoge bloeddruk				
16-55 jaar (2009)	%	13	9	
55 jaar en ouder (2009)		34	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)				11
Luchtwegaandoeningen				
4-6 jaar (2007)	% luchtwegklachten door jeugdarts vastgesteld	1 ●	3	
10-11 jaar (2007)		<1 ●	3	
13-15 jaar (2007)		3 ●	3	
16-55 jaar (2009)	% astma/ COPD	6	8	
55 jaar en ouder (2009)		10	11	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% chronische klachten aan luchtwegen			8
Aandoening aan rug				
16-55 jaar (2009)	%	12	11	
55 jaar en ouder (2009)		18	15	
0 jaar en ouder (2004-2007)				9
Artrose van heup/ knie				
16-55 jaar (2009)	%	7	8	
55 jaar en ouder (2009)		30	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)				10
Aandoening nek/ schouder				
16-55 jaar (2009)	%	10	9	
55 jaar en ouder (2009)		15	14	
Aandoening elleboog/ pols/ hand				
16-55 jaar (2009)	%	6	7	
55 jaar en ouder (2009)		4	5	

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

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Depressiviteit				
16-55 jaar (2009)	%	10	9	
55 jaar en ouder (2009)		7	8	
Chronisch eczeem				
16-55 jaar (2009)	%	3	5	
55 jaar en ouder (2009)		7 ▼	4	
Allergie				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	<1	●	2
10-11 jaar (2007)		2	●	3
13-15 jaar (2007)		2	●	3
Cariës				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	13	●	12
10-11 jaar (2007)		46	●	21
13-15 jaar (2007)		11	●	12
Terugkerende buikpijn				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	1	●	1
10-11 jaar (2007)		<1	●	1
13-15 jaar (2007)		1	●	1
ADL-beperking				
55 jaar en ouder (2009)	% met minimaal 1 beperking	9		8
HDA-beperking				
55 jaar en ouder (2009)	% met minimaal 1 beperking	16		15
Beperking in horen				
55 jaar en ouder (2009)	% met beperking	8		7
Beperking in zien				
55 jaar en ouder (2009)	% met beperking	6		6

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

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Bevolkingsonderzoek				
Borstkanker (2005;ZHE2006)	% opkomst	82	●	83
Baarmoederhalskanker (2008)	Beschermingsgraad	70	●	71
Infectieziekten				
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	1	●	6
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)		2	●	10
Kinkhoest (2008)		33	●	287
Tuberculose (2008)		0	●	5
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	93	●	362

- Significantie is niet berekend.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Vaccinatie				
2 jaar (2009)	% gevaccineerd ¹	98	●	96
10 jaar (2009)	% gevaccineerd ²	96	●	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	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Ervaren gezondheid				
13-17 jaar (2006-2008)	% matig of slecht	3	●	4
16-55 jaar (2009)		7		10
55 jaar en ouder (2009)		25	▼	21
0 jaar en ouder (2004-2007)	% minder goed			19
Eenzaamheid				
16-55 jaar (2009)	% matig tot zeer ernstig	34		34
55 jaar en ouder (2009)		43		41
16-55 jaar (2009)	% emotioneel eenzaam	8		10
55 jaar en ouder (2009)		14		13
16-55 jaar (2009)	% sociaal eenzaam	27		25
55 jaar en ouder (2009)		31		30
Depressie				
16 jaar en ouder (2009)	% hoog risico	5		5
Psychofarmaca				
13-17 jaar (2006-2008)	% gebruikers	4	●	6
16-55 jaar (2009)		6		7
55 jaar en ouder (2009)		6		7
Regie over eigen leven				
55 jaar en ouder (2009)	% onvoldoende regie	25		25
Psychische problemen				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	<1	●	3
10-11 jaar (2007)		4	●	4
13-15 jaar (2007)		5	●	4

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

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Gezins-/ omgevingsproblemen				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	1 ●	6	
10-11 jaar (2007)		6 ●	6	
13-15 jaar (2007)		7 ●	8	
Piekert dag en nacht				
13-17 jaar (2006-2008)	%	23 ●	21	
Denkt aan zelfmoord				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in het afgelopen jaar (heel) vaak serieus aan zelfmoord heeft gedacht	2 ●	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 menstratieklachten)	20 ●	20	
Slaapt (heel) vaak slecht				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in de afgelopen 4 weken (heel) vaak slecht sliep	26 ●	24	
Denkt dat het de komende jaren (heel) slecht zal gaan				
13-17 jaar (2006-2008)	%	2 ●	2	
Thuisituatie				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat niet bij beide eigen ouders woont	27 ●	24	
Schoolervaringen				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥6 uur spijbelde in afgelopen 4 weken	6 ●	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat zich vaak/ altijd slecht op zijn gemak voelt op school	7 ●	7	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat vaak/ altijd het gevoel heeft het druk te hebben door school	31 ●	32	
Vandalisme				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft vernield in afgelopen jaar	9 ●	9	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft beklad in afgelopen jaar	10 ●	8	
Stelen en politiecontact				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft gestolen in afgelopen jaar	3 ●	3	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat op het politiebureau is onder-vraagd in het afgelopen jaar	4 ●	3	
Wapenbezit				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat wel eens een wapen bij zich heeft	12 ●	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	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Matig overgewicht				
4-6 jaar (2007)	% matig overgewicht door jeugd-verpleegkundige geregistreerd	16 ●	13	
10-11 jaar (2007)	% matig overgewicht door jeugd-verpleegkundige geregistreerd	10 ●	13	
13-17 jaar (2006-2008)	% overgewicht (inclusief obesitas)	8 ●	8	
16-55 jaar (2009)	% BMI 25-30	35	35	
55 jaar en ouder (2009)		44	49	
20 jaar en ouder (2004-2007)	% BMI ≥25			46
Obesitas				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdverpleegkundige geregistreerd	3 ●	3	
10-11 jaar (2007)	% door jeugdverpleegkundige geregistreerd	3 ●	2	
16-55 jaar (2009)	% BMI ≥30	13	16	
55 jaar en ouder (2009)		16	16	
20 jaar en ouder (2004-2007)				11
Serieus lijnen				
13-17 jaar (2006-2008)	% serieus gelijk in afgelopen 4 weken	27 ●	28	
Voeding				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat <5 dagen per week ontbijt (weekend niet meegerekend)	29 ●	25	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤1 dagen per week fruit eet (weekend niet meegerekend)	20 ●	18	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤1 dagen per week groente eet (weekend niet meegerekend)	6 ●	6	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤2 dagen per week warme maaltijd eet (weekend niet meegerekend)	6 ●	6	
Lichaamsbeweging				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat lid is van sportvereniging	66 ●	68	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥1 keer per week sport (buiten schooltijd)	87 ●	86	
16-55 jaar (2009)	% dat de NNGB niet haalt	37	34	
55 jaar en ouder (2009)		25	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	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Alcoholgebruik				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken	16 ●	17	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken bij de laatste gelegenheid	14 ●	16	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken en de laatste keer ≥5 glazen dronk	8 ●	10	
16-55 jaar (2009)	% overmatige drinkers	12	10	
55 jaar en ouder (2009)		14	11	
16-55 jaar (2009)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	54	54	
55 jaar en ouder (2009)		49 ▼	41	
Roken				
13-17 jaar (2006-2008)	% dagelijkse rokers	12 ●	11	
16-55 jaar (2009)	% rokers	26	27	
55 jaar en ouder (2009)		19	18	
12 jaar en ouder (2004-2007)				29
Drugsgebruik				
13-17 jaar (2006-2008)	% softdrugs gebruikt in afgelopen 4 weken	10 ●	9	
16-55 jaar (2009)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	4	6	
13-17 jaar (2006-2008)	% XTC gebruikt in afgelopen 4 weken	1 ●	1	
16-55 jaar (2009)	% ooit harddrugs gebruikt	10	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	27 ●	22	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat vrijwel nooit condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad)	39 ●	34	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat altijd condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad)	46 ●	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	2 ●	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% met vullingen/ gaatjes in gebit	34 ●	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	Hellevoetsluis	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 ●	<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	14 ●	16	
16-55 jaar (2009)	% dat ooit slachtoffer is geweest	10	10	
55 jaar en ouder (2009)		6	5	
Politie meldingen				
Huiselijk geweld				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten	293 ●	1.279	
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten per 10.000 inwoners	74 ●	60	39
Slachtofferschap				
13-17 jaar (2006-2008)	% ooit lichamelijk mishandeld	17 ●	17	
13-17 jaar (2006-2008)	% regelmatig gepest	8 ●	7	
Seksuele intimidatie				
13-17 jaar (2006-2008)	% tegen de zin gezoend/ betast	12 ●	11	
13-17 jaar (2006-2008)	% tegen de zin met iemand naar bed geweest	4 ●	3	
Meldingen Lokaal Zorgnetwerk				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal meldingen	73 ●	318	
	Aantal meldingen/ 10.000 inwoners	18 ●	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	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Geluidshinder				
16-55 jaar (2009)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	23	24	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door bromfietsen	44	38	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door verkeer <50km/ u	35 ▼	24	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door buren	26	25	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door verkeer >50km/ u	15 ▼	11	
Groenbeleving in de buurt				
16-55 jaar (2009)	% dat het groen een voldoende geeft	83	79	
55 jaar en ouder (2009)		87	92	
16-55 jaar (2009)	% dat groen belangrijk vindt	95	96	
55 jaar en ouder (2009)		98	97	
16-55 jaar (2009)	% dat tot rust kan komen in het groen	66 ▼	72	
55 jaar en ouder (2009)		69	68	
16-55 jaar (2009)	% dat actief kan recreëren in het groen	80 ▲	73	
55 jaar en ouder (2009)		71	69	
16-55 jaar (2009)	% dat vindt dat er voldoende groen is	69	69	
55 jaar en ouder (2009)		77	73	
Luchtvervuiling				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	19		
	% <100 m rijksweg	0		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	272		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	4		
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	4		
	% 100-300 m rijksweg	1		

- ▲ 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	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
Huisarts				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	74	70	
55 jaar en ouder (2009)		83	83	
0 jaar en ouder (2004-2007)				73
Tandarts				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	86	81	
55 jaar en ouder (2009)		73 ▲	66	
0 jaar en ouder (2004-2007)				78

- ▲ 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 (vervolg)

Indicator	Definitie	Hellevoetsluis	GGD ZHE	NL
GGZ/ AMW				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	9	8	
55 jaar en ouder (2009)		4	4	
Thuiszorg				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	1 ●	2	
55 jaar en ouder (2009)		7	5	
Mantelzorg				
16-55 jaar (2009)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	11	10	
55 jaar en ouder (2009)		11	14	
Hulp en zorg				
55 jaar en ouder (2009)	% dat hulp in huishouding krijgt	17	15	
55 jaar en ouder (2009)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	6	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