



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Maassluis



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van Maassluis	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	27
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	28
	Definities	30
	Afkortingen	35
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Maassluis	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 Maassluis

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

- De inwoners van Maassluis zijn ongeveer even gezond als de inwoners van de rest van de regio.
- Eenzaamheid is in Maassluis een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Maassluis heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd beginnen.
- Overgewicht is in Maassluis, net als elders in Nederland, een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik in Maassluis is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Maassluis een bedreiging voor de volksgezondheid. Het is belangrijk te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Huiselijk geweld is onacceptabel. Niet alleen opvang van slachtoffers, maar ook preventie is nodig.
- In Maassluis kan inzet op groenvoorzieningen en op de recreatiewaarde van het water de kwaliteit van de leefomgeving verbeteren.

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 Maassluis is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de gemeente Maassluis 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 Maassluis opgenomen.

De inwoners van Maassluis

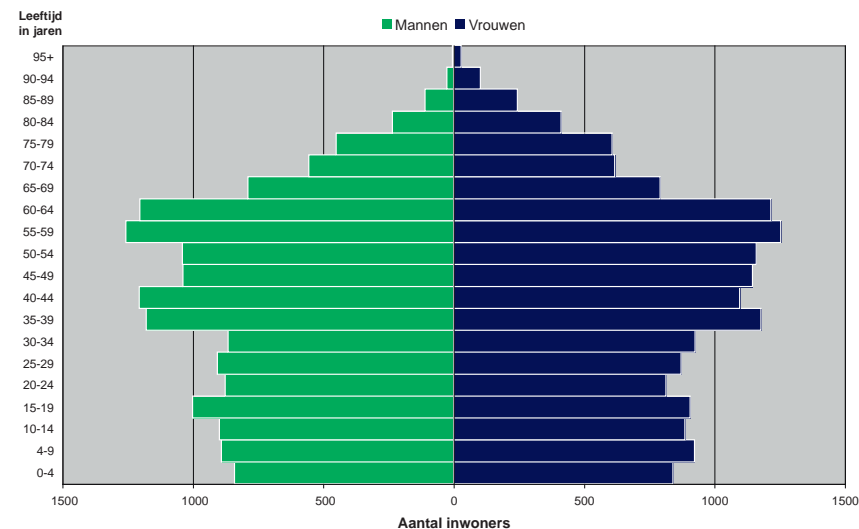
2

Maassluis wordt wel een historisch pareltje langs De Nieuwe Waterweg genoemd. Eeuwenlang is de zee de voornaamste levensbron geweest voor de bevolking van Maassluis. Was het in eerste instantie de visserij, later werd Maassluis de belangrijkste thuishaven voor de Nederlandse zeesleepvaart. Maassluis wordt ook wel aangeduid als eerste stad aan de Waterweg.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van Maassluis is in dit hoofdstuk informatie over de bevolkingssamenstelling weergegeven. Er wordt ingegaan 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

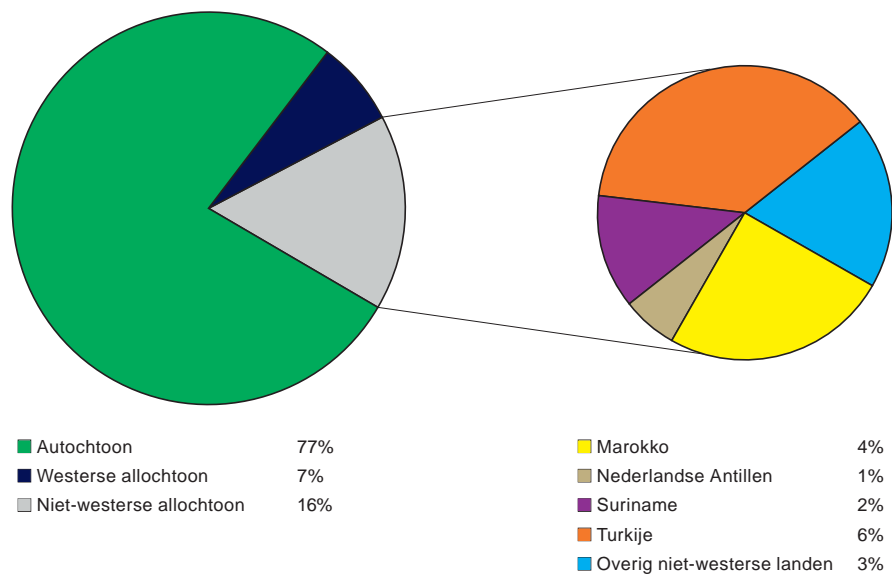
De gemeente Maassluis had op 1 januari 2008 31.394 inwoners. In *figuur 2.1* is de demografische opbouw van de gemeente Maassluis te zien. Er wonen relatief veel jonge ouderen tussen de 55 en 65 jaar in Maassluis. De grijze druk in Maassluis is iets hoger dan in Nederland (26% tegenover 24%) en de groene druk is iets lager in Maassluis (37% tegenover 39%) dan in Nederland.



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

Etniciteit

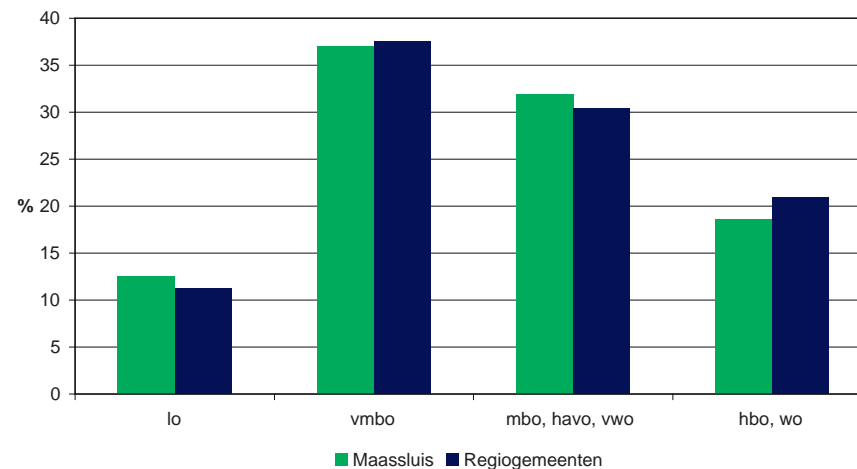
Een kwart van de inwoners van Maassluis is allochtoon; ruim twee derde van hen heeft een niet-westerse herkomst (figuur 2.2). In Maassluis wonen in vergelijking met Nederland meer allochtonen (25% tegenover 20%). Het percentage inwoners met een Turkse afkomst is hoger in Maassluis dan in Nederland (6% tegenover 2% van de totale bevolking). Ook wonen er meer mensen uit Marokko (4% versus 2% van de totale bevolking).



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

Opleidingsniveau

In figuur 2.3 is het opleidingsniveau van de inwoners van Maassluis te zien. Het aandeel hoogopgeleiden in Maassluis is lager dan in de andere regiogemeenten die tot 2010 tot het werkgebied van de GGD behoorden (19% tegenover 21%).



Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners van 16 jaar en ouder van Maassluis en de regiogemeenten (Bron: Gezondheidsenquête, 2008)

Sociaaleconomische status

Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Maassluis 22.100 euro per huishouden. Dit is vergelijkbaar met gemiddeld in Nederland waar het 21.600 euro bedraagt. Van de inwoners van Maassluis ontvangt 15% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand en 10% van de kinderen leeft in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Maassluis is 31%; dit is lager dan in Nederland (35%) en Rotterdam (47%). Ruim een derde van de huishoudens bestaat uit meerpersoonshuishoudens met kinderen.

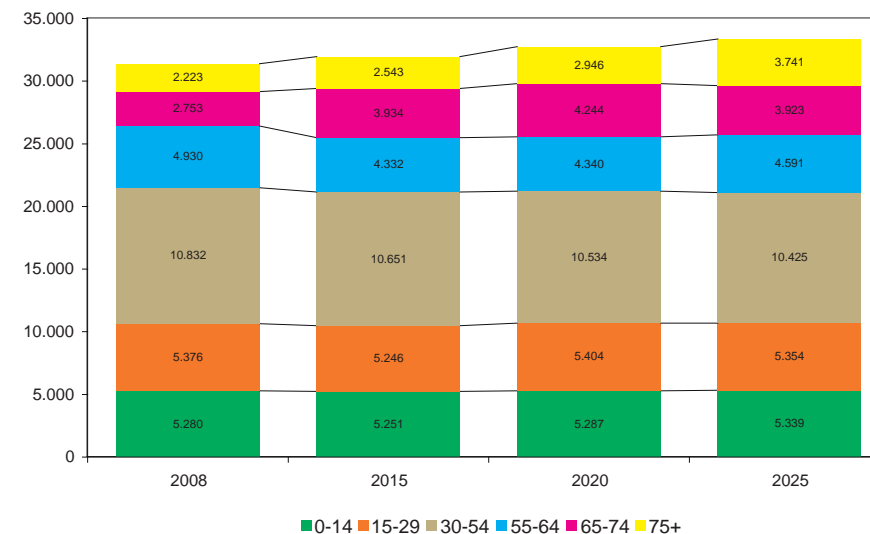
Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) berekent de sociaaleconomische status (SES) van inwoners van gebieden in Nederland. De SES-score wordt ingedeeld in zeven groepen, oplopend van lage naar hoge status (zie ook de definities in de bijlage). In *figuur 2.4* is de statusscore te zien voor de gemeente Maassluis. Drie wijken hebben een midden-lage statusscore, twee wijken hebben een gemiddelde statusscore en één wijk heeft een hoge statusscore.



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

Bevolkingsprognose

De omvang van de bevolking van Maassluis zal in de komende jaren groeien naar ruim 33.000 inwoners. Dit is te zien in *figuur 2.5*. Hierin komt duidelijk naar voren 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 (+68%), maar ook de groep tussen de 65 en 75 jaar zal sterk toenemen (+42%).



Figuur 2.5: Bevolkingsprognose 2008-2025 gemeente Maassluis (Bron: CBS StatLine, 2009)

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van de gemeente Maassluis gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de gemeente Maassluis. De gezondheidstoestand van de inwoners wordt beschreven aan de hand van beschikbare enquêtegegevens, zoals de gezondheidsenquête en de Jeugdmonitor van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Daarnaast zijn cijfers uit registraties gebruikt, zoals sterftecijfers en gegevens over huiselijk geweld. Waar mogelijk worden de cijfers van Maassluis 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 Maassluis*.



➤ De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen in Maassluis is 77 jaar en voor vrouwen 81,8 jaar. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse levensverwachting.

De gezondheid van de 5- en 6-jarigen wordt door 3% van de ouders als gaat wel tot slecht beoordeeld. Van de 10- en 11-jarigen beoordeelt 11% de gezondheid als gaat wel tot slecht

en van de 14- en 15-jarigen is dit 16%. Eén op de tien inwoners van 16 tot 55 jaar van Maassluis ervaart zijn gezondheid als matig of slecht. Voor de 55-plussers is dit 18%. Dit laatste percentage is lager dan in de andere regiogemeenten.

De totale (voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde) sterfte in Maassluis is vergelijkbaar met de sterfte in Nederland.

Het percentage inwoners van Maassluis dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben, is vergelijkbaar met de andere regiogemeenten. Bijna de helft van de 16 tot 55-jarigen geeft aan minstens één ziekte of aandoening te hebben en meer dan driekwart van de 55-plussers geeft dit aan. Er wonen in Maassluis naar verhouding meer 55-plussers met diabetes dan in de andere regiogemeenten, namelijk 14% versus 11%.



➤ Van de inwoners van 16 jaar en ouder van Maassluis is 1 op de 3 eenzaam (zie *definities*). Van hen is 6% ernstig eenzaam. De totale eenzaamheid in Maassluis is vergelijkbaar met zowel de regionale als landelijke cijfers. Ernstige eenzaamheid lijkt iets minder vaak voor te komen in Maassluis 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 Maassluis. 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 vriendschapscursussen, 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.

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.

Om sociaal isolement van ouderen te bestrijden kan de kennis en ervaring die Rotterdam hier de afgelopen jaren mee heeft opgedaan voor Maassluis 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.

In de beleidsvisie Samenlevingszaken 2009 van de gemeente Maassluis is eenzaamheid onderdeel van het leefgebied zingeving (Gemeente Maassluis, 2009a). Het beleid van de gemeente Maassluis is er op gericht de hulpvraag rondom eenzaamheid af te laten nemen.

Om dit te bereiken wil de gemeente meer mogelijkheden creëren om contact met anderen te maken, de zelfredzaamheid van de inwoners te bevorderen en sociaal isolement te voorkomen. Diverse welzijnsvoorzieningen en het Centrum Jeugd en Gezin bieden activiteiten aan om eenzaamheid tegen te gaan. De huisbezoeken en de maaltijdvoorzieningen van Senioren Welzijn zijn van belang voor vroegtijdige signalering.



➤ Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Maassluis voor. Volgens de ouders heeft 10% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen. Volgens de leerkrachten is dit percentage 8%. Ouders geven bij 10% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen en volgens leerkrachten is dit 7%. Bij 19% van de 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen.

Van de 10- en 11-jarigen rapporteert 20% een hoge score op sombere gevoelens. Bij 14- en 15-jarigen ligt het percentage leerlingen met een ongunstige score op emotionele problemen (zoals gebrek aan zelfvertrouwen en teruggetrokken gedrag) op 19%. Van de 14- en 15-jarigen heeft 23% wel eens suïcidedachten.

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 specifieke 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 gemeente Maassluis heeft eind 2009 de 'Beleidsvisie Samenlevingszaken' opgesteld (Gemeente Maassluis, 2009a). Daarnaast is in dezelfde periode de Nota Jeugdbeleid (Gemeente Maassluis, 2009b) tot stand gekomen waarin -in de lijn met de brede beleidsvisie- het beleid rond de jeugd van Maassluis wordt beschreven. In beide nota's wordt aandacht besteed aan het psychisch functioneren van de inwoners in Maassluis. De problematiek onder de jeugd krijgt in deze nota's niet expliciet aandacht.



Van de 5- en 6-jarigen in Maassluis heeft 13% (ernstig) overgewicht. Bij de 10- en 11-jarigen gaat het om 18% van de kinderen. Van de 14- en 15-jarigen geeft 18% aan (ernstig) overgewicht te hebben. Hierbij gaat het echter om zelfgerapporteerde gegevens. Ook bij volwassenen is vaak sprake van (ernstig) overgewicht. Gemiddeld genomen is bij bijna de helft van de volwassenen in Maassluis sprake van (ernstig) overgewicht. Dit wijkt niet af van de andere regiogemeenten. Ten opzichte van 2005 is het percentage inwoners van 16 jaar en ouder met (ernstig) overgewicht niet veranderd. Over het algemeen komt matig overgewicht meer voor bij mannen en obesitas bij vrouwen.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten voor overgewicht. In Maassluis ontbijten bijna alle kinderen minstens 5 dagen per week. Jongeren van 14 en 15 jaar ontbijten minder vaak: 74% ontbijt minstens 5 keer per week. De inname van fruit neemt af met de leeftijd: van de 5- en 6-jarigen voldoet een derde en van de 14- en 15-jarigen voldoet nog maar 1 op de 5 jongeren aan deze norm. Ook het beweeggedrag van de jeugdigen kan beter: ruim de helft (56%) van de 5- en 6-jarigen sport minstens 2 dagen per week buiten schooltijd. Van de 14- en 15-jarigen is dit ruim twee derde van de jongeren. Ook volwassenen bewegen vaak te weinig. Van de 16- tot 55-jarige inwoners van Maassluis voldoet 39% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Van de inwoners van 55 jaar en ouder voldoet 27% niet aan deze norm. Het beweeggedrag van de volwassenen wijkt niet af van de andere regiogemeenten.

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. 'Van Klacht naar Kracht' 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 Maassluis. 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 de gemeente Maassluis staat overgewicht al een tijd op de agenda. Eind 2009 heeft de gemeente besloten de goede elementen uit lopende activiteiten (als 'West Beweegt' en 'Gezonde School Model') voort te zetten, in combinatie met een brede

wijkgerichte benadering met extra aandacht voor overgewicht en sociaal economische gezondheidsverschillen (Gemeente Maassluis, 2009b). Uitgewerkte voorstellen volgen na de gemeenteraadsverkiezingen in 2010. Dit biedt een goede kans om de integrale visie op overgewicht handen en voeten te geven.



> Van de 10- en 11-jarigen in Maassluis geeft 4% aan in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken te hebben en van de 14- en 15-jarigen heeft 41% in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken. Van de 14- en 15-jarigen heeft 26% bij een gelegenheid in de laatste 4 weken 5 of meer glazen alcohol gedronken.

In Maassluis zijn er meer 16- tot 55-jarige overmatige drinkers dan in de andere regiogemeenten, namelijk 10% tegenover 8%. Ook het aantal inwoners van 16 tot 55 jaar dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt, is in Maassluis hoger dan in de regiogemeenten (57% tegenover 51%). Het alcoholgebruik van de 55-plussers is vergelijkbaar met de regiogemeenten.

Op basis van de gezondheidsenquête zijn 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.

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.

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:

- Regelgeving in relatie tot de beschikbaarheid van alcohol. Onder meer door afspraken te maken met de horeca over alcoholmarketing, sluitingstijden, toelatingsbeleid en schenkebeleid.
- 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.
- Draagvlak bij het publiek. Bijvoorbeeld door communicatie via de media, scholen en verenigingen.

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 alcoholpreventiebeleid van Maassluis is vooral gericht op de jongeren. De Maassluise notitie 'Jeugd en Alcohol' beschrijft hoe Maassluis het alcoholgebruik wil terugbrengen (Gemeente Maassluis, 2009c). Dit varieert van het beperken van de fysieke beschikbaarheid, het voeren van een prijsbeleid bij paracommerciële instellingen, het bevorderen van alcoholvrij jongerenwerk, agendasetting, tot het vergroten van bewustwording, motivatie van ouders en vroegsignalering.



Van de 10- en 11-jarigen in Maassluis heeft 3% wel eens gerookt en van 14- en 15-jarigen is dit 32%. Door geen van de 10- en 11-jarigen wordt dagelijks gerookt. Van de 14- en 15-jarigen rookt 10% dagelijks. Van de inwoners van Maassluis van 16 tot 55 jaar rookt 27% en van de 55-plussers rookt 17%. Het percentage rokers in Maassluis is vergelijkbaar met de andere regiogemeenten. Van de volwassen rokers in Maassluis is 65% van plan te stoppen.

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.

De gemeente wil met haar beleid voorkomen dat jongeren starten met roken en wil hiermee gezondheidsproblemen op de langere termijn voorkomen (Gemeente Maassluis, 2009b).



➤ In Maassluis geeft 7% van de inwoners van 16 tot 55 jaar aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. Van de 55-plussers geeft 4% aan ooit slachtoffer te zijn geweest. In 2009 kwamen bij de politie 205 meldingen van huiselijk geweld binnen. Dit komt neer op 65 meldingen per 10.000 inwoners. Gemiddeld in Nederland worden 39 meldingen per 10.000 inwoners gedaan.

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) Nieuwe Waterweg Noord. 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 drie 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

Van de woningen ligt 3% direct aan een drukke binnenstedelijke weg. Dit betekent dat de bewoners van ongeveer 300 woningen in een gebied wonen 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 bovendien vanuit de longen het bloed in gaan. Dan kunnen vaatvernauwing, bloedklontering en een verstoorde hartslag ontstaan. Voor de gezondheid is dan ook de fijnste fractie van het fijn stof, afkomstig van de verbranding van wegverkeer, het meest schadelijk. Daarom zijn vooral langs drukke wegen gezondheidsrisico's te verwachten, ook als er 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.

Om gevoelige groepen (ouderen, kinderen en mensen met luchtwegklachten of hart- en vaatziekten) te beschermen tegen te hoge concentraties luchtverontreiniging is het belangrijk de luchtverontreiniging door drukke binnenstedelijke wegen aan te pakken. 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. Dit sluit aan bij het speerpunt in het Collegeprogramma 2006-2010 om het gebruik van de fiets te stimuleren door onder andere het verbeteren van fietsroutes en paden. In 2014 wil de gemeente een schoon wagenpark. Alle woongebieden moeten 30 km/u gebieden worden. Verder wordt aangeraden om waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Geluid en gezondheid

Ruim één op de vijf inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidshinder. Een kwart van de inwoners wordt gehinderd door geluid van verkeer van wegen waar niet harder gereden mag worden dan 50 km per uur. Ongeveer een derde ervaart geluidshinder door bromfietsen of scooters.

Geluid is een groeiend gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid 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. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen daarom gezondheidseffecten optreden.

De gemeente wil door middel van maatregelen zoals het verbeteren van de doorstroming en stil asfalt in de stad de geluidshinder beperken. Rijksweg 20 veroorzaakt geluidshinder. Overwogen is een verzakt geluidsscherm te herstellen en mogelijk te verlengen, maar hier blijkt geen norm overschreden te worden, zodat er geen geld beschikbaar is. Er wordt bij Rijkswaterstaat aangedrongen op verlaging van de maximum snelheid van 120 naar 100 km/uur. Het is belangrijk om in de stad stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte.

Groen en gezondheid

Uit de gezondheidsenquête blijkt dat de inwoners van Maassluis minder vaak een voldoende geven aan het groen in hun directe omgeving dan inwoners van andere gemeenten in de regio. Minder mensen vinden dat ze tot rust kunnen komen in het groen in de buurt. Ongeveer de helft van de 16 tot 55-jarigen en ongeveer 60% van de inwoners van 55 jaar en ouder vindt dat er genoeg groen in de buurt aanwezig is. Dat laatste percentage is ruim 10% lager dan in de regiogemeenten.

Ook voor de Gemeenteatlas Maassluis is inwoners gevraagd naar hun mening over het groen in de gemeente. De aanwezigheid van groen kreeg het rapportcijfer 6,7 (Oostveen Beleidsonderzoek en Advies, 2009).

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 geeft aan groen te willen behouden en er ruimte voor te willen creëren bij stedelijke ontwikkelingen. Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk om extra in te zetten op de aanwezigheid en toegankelijkheid van groen in de directe (woon)omgeving. Groenvoorzieningen moeten ook ouderen ertoe uitnodigen daar te verblijven. Overigens hoeft de term 'groen' in Maassluis niet letterlijk genomen te worden. Ook het water van de rivier heeft een recreatiewaarde. Hetzelfde geldt voor de 'stenige' binnenstad met haar historische waterwegen.

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

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.

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](http://www.nationaalkompas.nl)> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 8 december 2009.

Gemeente Maassluis. 'Meedoen!' Beleidsvisie Samenlevingszaken. Maassluis: Gemeente Maassluis, 2009a.

Gemeente Maassluis. Nota inventarisatie integraal jeugdbeleid Maassluis. Maassluis: Gemeente Maassluis, 2009b.

Gemeente Maassluis. Notitie Jeugd en Alcohol. Maassluis: Gemeente Maassluis, 2009c.

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.

Oostveen Beleidsonderzoek en Advies. Gemeentatlas Maassluis. Maassluis telt mee. Enschede, 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.

Gegevensbronnen

GE. Gezondheidsenquête 2008. Onderzoek naar de gezondheid van volwassenen in Rotterdam-Rijnmond (GGD Rotterdam-Rijnmond).

JMR. Jeugd Monitor Rotterdam-Rijnmond. Onderzoek naar de gezondheid van de jeugd in Rotterdam-Rijnmond (GGD Rotterdam-Rijnmond).

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.

Wanneer in de tekst een vergelijking wordt gemaakt met de regiogemeenten, dan worden de gemeenten van het voormalige verzorgingsgebied bedoeld met uitzondering van Rotterdam.

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.

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.

Ingrijpende gebeurtenissen

Ingrijpende gebeurtenissen zijn bijvoorbeeld het overlijden van een familielid of een ander geliefd persoon, langdurige ziekte of ziekenhuisopname van een gezinslid, conflicten of ruzies binnen het gezin, problemen met een ander kind in het gezin en verhuizing of migratie.

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 herkomstgroepering 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 kindjaren 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/m^2]) van 25 tot $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Bij volwassenen is sprake van *ernstig overgewicht/ obesitas* bij een BMI groter of gelijk aan $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

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.

Psychosociale gezondheid jeugd

Voor het meten van de *psychosociale gezondheid* van 5- en 6-jarigen, 10- en 11-jarigen en 12- tot en met 15-jarigen is gebruik gemaakt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). De SDQ bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op 5 subschalen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en pro-sociaal gedrag. De SDQ maakt een goed onderscheid mogelijk tussen jongeren die waarschijnlijk geen psychosociale problemen hebben en jongeren die dit wel hebben.

Voor het meten van *sombere gevoelens* bij 10- en 11-jarigen is gebruik gemaakt van de Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen (KDVK).

Emotionele problematiek bij 12- tot 15-jarigen is gemeten met 5 items in de SDQ vragenlijst over emotionele problemen (SDQ subschaal emotionele problematiek).

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 Maassluis

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR	NL
Totale sterfte				
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	268 ●	2.435	137.539
Mannen (2003-2006)		134 ●	1.139	66.743
Vrouwen (2003-2006)		134 ●	1.296	70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	83 ●	96	84
Mannen (2003-2006)		84 ●	91	83
Vrouwen (2003-2006)		82 ●	100	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerd per 10.000 inwoners per jaar	75 ●	81	77
Mannen (2003-2006)		73 ●	78	73
Vrouwen (2003-2006)		77 ●	84	79
Totaal (2003-2006)	SMR	98	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		99	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		96	105 ▼	100
Ziekten van het hart- en vaatstelsel				
Totaal (2003-2006)	SMR	104	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		111	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		98	104 ▼	100
Kwaadaardige nieuwvormingen				
Totaal (2003-2006)	SMR	86	104 ▼	100
Mannen (2003-2006)		81	103 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		83	107 ▼	100
Ziekten van de ademhalingsorganen				
Totaal (2003-2006)	SMR	100	100	100
Mannen (2003-2006)		98	99	100
Vrouwen (2003-2006)		102	102	100
Levensverwachting bij de geboorte				
Totaal (2003-2006)	Jaren	79,5	78,6 ▼	79,4
Mannen (2003-2006)		77,0	76,3 ▼	77,0
Vrouwen (2003-2006)		81,8	80,8 ▼	81,6

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

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Chronische aandoeningen				
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	45	46	
55 jaar en ouder (2008)		78	77	
Diabetes				
16-55 jaar (2008)	%	2	2	
55 jaar en ouder (2008)		14 ▲	11	
0 jaar en ouder (2004-2007)			4	4
Migraine/ ernstige hoofdpijn				
16-55 jaar (2008)	%	16	16	
55 jaar en ouder (2008)		10	8	
0 jaar en ouder (2004-2007)			14 ▼	12
Hoge bloeddruk				
16-55 jaar (2008)	%	6	7	
55 jaar en ouder (2008)		35	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)			12	11
Luchtwegaandoeningen				
16-55 jaar (2008)	% astma/ copd	7	7	
55 jaar en ouder (2008)		10	9	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% chronische klachten aan luchtwegen		8	8
Aandoening aan rug				
16-55 jaar (2008)	%	9	9	
55 jaar en ouder (2008)		12	13	
0 jaar en ouder (2004-2007)			9	9
Artrose van heup/ knie				
16-55 jaar (2008)	%	6	6	
55 jaar en ouder (2008)		31	31	
0 jaar en ouder (2004-2007)			11	10
Aandoening nek/ schouder				
16-55 jaar (2008)	%	8	9	
55 jaar en ouder (2008)		12	13	
Aandoening elleboog/ pols/ hand				
16-55 jaar (2008)	%	4	4	
55 jaar en ouder (2008)		9	9	

- ¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

- ▲ Significat gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
▼ Significat ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Depressiviteit				
16-55 jaar (2008)	%	7	7	
55 jaar en ouder (2008)		8	8	
ADL-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	7	9	
HDA-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	14	15	
Beperking in horen				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	7	6	
Beperking in zien				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	7	6	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR	NL
Bevolkingsonderzoek				
Borstkanker (2007; NWN2006) ¹	% opkomst	82 ●	78	
Baarmoederhalskanker (2008) ²	Beschermingsgraad	76 ●	64	
Infectieziekten				
Hepatitis B acuut (2008) ³	Aantal meldingen	1 ●	11	
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008) ³		1 ●	54	
Kinkhoest (2008) ³		27 ●	529	
Tuberculose (2008) ³		3 ●	22	
Tuberculose (2008) ³	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	119 ●	1.340	
Vaccinatie				
2 jaar (2009) ³	% gevaccineerd ⁴	97 ●	95	
10 jaar (2009) ³	% gevaccineerd ⁵	98 ●	93	

¹ GGD RR is hier regio Nieuwe Waterweg Noord.

² GGD RR is hier inclusief Rotterdam.

³ GGD RR is hier exclusief Rotterdam.

⁴ Gemiddelde vaccinatiegraad van zuigelingen met geboortjaar 2006 van DKTP basis immuun, HIB volledig afgesloten, BMR basis immuun, MenC volledig afgesloten, pneumokokken volledig afgesloten.

⁵ 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	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Ervaren gezondheid				
5-6 jaar (2008-2009)	% gaat wel tot slecht	3		
10-11 jaar (2008-2009)		11		
0-11 jaar				5
14-15 jaar (2007-2008)		16		
12-17 jaar				10
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	9	10	
55 jaar en ouder (2008)		18 ▲	22	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% minder goed		29 ▼	19
Eenzaamheid				
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	31	33	
55 jaar en ouder (2008)		37	38	
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	9	10	
55 jaar en ouder (2008)		11	12	
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	22	24	
55 jaar en ouder (2008)		31	28	
Depressie				
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	5	5	
55 jaar en ouder (2008)		4	4	
Psychofarmaca				
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	4	5	
55 jaar en ouder (2008)		8	9	
Regie over eigen leven				
55 jaar en ouder (2008)	% onvoldoende regie	20	22	
Emotionele problemen				
10-11 jaar (2008-2009)	% hoge score op sombere gevoelens volgens KDVK	20		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de ouders	8		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de leerkracht	6		
14-15 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen	19		
12-16 jaar (2005)				15

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Psychosociale problemen				
5-6 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens de ouders	10		
5-6 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens de leerkracht	8		
5-6 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens ouder én leerkracht	3		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens de ouders	10		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens de leerkracht	7		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens ouder en leerkracht	2		
14-15 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op SDQ	19		
12-16 jaar (2005)				16
Suicide				
14-15 jaar (2007-2008)	% suïdegedachten in afgelopen jaar	23		
14-15 jaar (2007-2008)	% ooit suïcidepoging gedaan	7		
Probleemgedrag				
10-11 jaar (2008-2009)	% frequent probleemgedrag ²	6		
14-15 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal ³ - tenminste 1 keer in afgelopen 12 maanden	57		
14-15 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal ³ - meer dan 1 keer in afgelopen 12 maanden	45		
14-15 jaar (2007-2008)	% vandalisme in afgelopen 12 mnd	37		
14-15 jaar (2007-2008)	% gevecht in afgelopen 12 mnd	34		
14-15 jaar (2007-2008)	% diefstal (incl. zwartrijden) in afgelopen 12 mnd	42		
14-15 jaar (2007-2008)	% ernstig geweldsdelict in afgelopen 12 mnd	10		
14-15 jaar (2007-2008)	% ouders mishandeld in afgelopen 12 mnd	5		
14-15 jaar (2007-2008)	% weggelopen in afgelopen 12 mnd	7		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

² Probleemgedrag zoals dwars of koppig zijn, aandacht opeisen, ruzie maken, speelgoed vernielen.

³ Probleemgedrag totaal: vandalisme, gevecht, diefstal, ernstig geweldsdelict, ouders mishandeld of weggelopen van huis.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Wapenbezit				
10-11 jaar (2008-2009)	% dat wel eens een wapen bij zich draagt	5		
14-15 jaar (2007-2008)		10		
Spijbelen				
5-6 jaar (2008-2009)	% vaak ongeoorloofd afwezig van school	1		
10-11 jaar (2008-2009)		<1		
14-15 jaar (2007-2008)	% gespijbeld in afgelopen vier weken	15		
12-16 jaar (2005)				14
Pesten				
5-6 jaar (2008-2009)	% dat 1 of meer keer per maand gepest wordt volgens de leerkracht	18		
5-6 jaar (2008-2009)	% dat 1 of meer keer per maand andere kinderen pest volgens de leerkracht	28		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat tenminste één keer per week wordt gepest	13		
14-15 jaar (2007-2008)		5		
12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand gepest wordt			7
10-11 jaar (2008-2009)	% dat tenminste één keer per week anderen pest	7		
14-15 jaar (2007-2008)		3		
12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand anderen pest			9
Ingrijpende gebeurtenissen				
5-6 jaar (2008-2009)	% tenminste één ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	79		
10-11 jaar (2008-2009)		80		
14-15 jaar (2007-2008)		90		
5-6 jaar (2008-2009)	% meer dan één ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	50		
10-11 jaar (2008-2009)		60		
14-15 jaar (2007-2008)		68		
Problematiek thuis				
14-15 jaar (2007-2008)	% met problematiek thuis	28		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Matig overgewicht				
5-6 jaar (2008-2009)		12		
5-6 jaar (2002-2004)				10
10-11 jaar (2008-2009)		15		
10-11 jaar (2002-2004)				14
14-15 jaar (2007-2008)		15		
16-55 jaar (2008)	% BMI 25-30	32	33	
55 jaar en ouder (2008)		47	44	
20 jaar en ouder (2004-2007)	% BMI ≥25		46	46
Obesitas				
5-6 jaar (2008-2009)		2		
5-6 jaar (2002-2004)				4
10-11 jaar (2008-2009)		3		
10-11 jaar (2002-2004)				3
14-15 jaar (2007-2008)		3		
16-55 jaar (2008)	% BMI ≥30	11	12	
55 jaar en ouder (2008)		13	16	
20 jaar en ouder (2004-2007)			13 ▼	11
Voeding				
5-6 jaar (2008-2009)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	96		
10-11 jaar (2008-2009)		96		
14-15 jaar (2007-2008)		74		
5-6 jaar (2008-2009)	% dat voldoet aan de fruitnorm	34		
10-11 jaar (2008-2009)		16		
14-15 jaar (2007-2008)		19		
11-12 jaar (2005)	% dat dagelijks fruit eet			37
12-16 jaar (2005)				29
5-6 jaar (2008-2009)	% dat dagelijks groente eet	25		
10-11 jaar (2008-2009)		25		
11-12 jaar (2005)				44
14-15 jaar (2007-2008)		30		
12-16 jaar (2005)				41
5-6 jaar (2008-2009)	% dat meer dan twee glazen fris drinkt	42		
10-11 jaar (2008-2009)		39		
14-15 jaar (2007-2008)		38		
2 jaar (2008)	% dat ≥3 tussendoortjes per dag eet			
5-6 jaar (2008-2009)		2		
10-11 jaar (2008-2009)		2		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Lichaamsbeweging				
5-6 jaar (2008-2009)	% dat ≥5 dagen per week buiten speelt	25		
10-11 jaar (2008-2009)		44		
3 jaar (2005)	% dat (bijna) iedere dag buiten speelt			60
5-12 jaar (2005)				67
5-6 jaar (2008-2009)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	56		
10-11 jaar (2008-2009)		70		
14-15 jaar (2007-2008)		70		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	68		
8-12 jaar (2005)				77
14-15 jaar (2007-2008)		67		
12-16 jaar (2005)				67
5-6 jaar (2008-2009)	% dat ≥1 uur per dag tv kijkt/ computert	78		
5-6 jaar (2008-2009)	% dat ≥2 uur per dag tv kijkt/ computert	33		
10-11 jaar (2008-2009)		61		
14-15 jaar (2007-2008)		86		
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	39	41	
55 jaar en ouder (2008)		27	30	
12 jaar (2008) en ouder (2004-2007)			53 ▼	46
Alcoholgebruik				
10-11 jaar (2008-2009)	% dat wel eens alcohol heeft gedronken	26		
11-12 jaar (2005))				49
14-15 jaar (2007-2008)		57		
12-16 jaar (2005)				77
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	4		
11-12 jaar (2008)				14
14-15 jaar (2007-2008)		41		
14-15 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken bij een gelegenheid in de laatste 4 weken	26		
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	10 ▼	8	
55 jaar en ouder (2008)		10	11	
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	57 ▼	51	
55 jaar en ouder (2008)		42	41	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Roken				
10-11 jaar (2008-2009)	% wel eens gerookt	3		
14-15 jaar (2007-2008)		32		
12-16 jaar (2005)				33
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	0		
14-15 jaar (2007-2008)		10		
12-16 jaar (2005)				8
16-55 jaar (2008)	% rokers	27	26	
55 jaar en ouder (2008)		17	17	
12 jaar (2008) en ouder (2004-2007)			30	29
Drugsgebruik				
14-15 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in afgelopen 4 weken	7		
12-16 jaar (2005)				7
14-15 jaar (2007-2008)	% harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	1		
12-16 jaar (2005)				2
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	7	9	
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	6	6	
Seksueel risicogedrag				
14-15 jaar (2007-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	16		
12-16 jaar (2005)				15
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	8	7	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 6: Huiselijk geweld

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Huiselijk geweld				
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	7	7	
55 jaar en ouder (2008)		4	4	
Politie meldingen Huiselijk geweld				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten	205	2.396	
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten per 10.000 inwoners	65	55	39

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ 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	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Geluidshinder				
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	22	24	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door bromfietsen	34	34	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door verkeer wegen <50 km/ uur	25	24	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door burelen	24	24	
Groenbeleving in de buurt				
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	67	70	
55 jaar en ouder (2008)		84	87	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	94	96	
55 jaar en ouder (2008)		97	97	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	54	60	
55 jaar en ouder (2008)		62	71	
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	67	70	
55 jaar en ouder (2008)		64	72	
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	53	56	
55 jaar en ouder (2008)		61	72	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Buurtbeleving				
5-6 jaar (2008-2009)	% ouders dat tevreden is over de buitenspeelmogelijkheden in de buurt	90		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de woonbuurt niet leuk vindt	14		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat zich soms of (heel) vaak onveilig voelt in de woonbuurt	50		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat vindt dat er niet genoeg te doen is in de buurt	39		
Luchtvervuiling				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	0		
	% <100 m rijksweg	0		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	330		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	3		
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	3		
	% 100-300 m rijksweg	0		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Maassluis	GGD RR ¹	NL
Huisarts				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	71	70	
55 jaar en ouder (2008)		83	82	
0 jaar en ouder (2004-2007)			77	▼ 73
Tandarts				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	84	83	
55 jaar en ouder (2008)		68	▼ 64	
0 jaar en ouder (2004-2007)			76	▼ 78
GGZ/ AMW				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	8	8	
55 jaar en ouder (2008)		4	4	
Thuiszorg				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	1	1	
55 jaar en ouder (2008)		7	8	
Mantelzorg				
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	9	9	
55 jaar en ouder (2008)		17	15	
Hulp en zorg				
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	16	17	
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	6	8	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Maassluis is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

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).

Herziene druk april 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