



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Middelharnis



Inhoud

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Inleiding | 4 |
| 2 | De inwoners van de gemeente Middelharnis | 6 |
| 3 | Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid | 11 |
| 4 | Tot slot | 25 |
| | Literatuur, gegevensbronnen en websites | 26 |
| | Definities | 28 |
| | Afkortingen | 33 |
| | Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Middelharnis | 34 |

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 Middelharnis.

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

- De gezondheid van de inwoners van Middelharnis is vergelijkbaar met het gemiddelde in Nederland en de regio.
- Middelharnis vergrijst. De gemeente kan daar op inspelen met beleid op maat.
- Eenzaamheid is in Middelharnis een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Middelharnis heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd beginnen.
- Overgewicht is ook in Middelharnis een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik van de jeugd in Middelharnis is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Middelharnis een bedreiging voor de volksgezondheid. Vooral voorkomen dat jongeren beginnen met roken is van belang.
- Middelharnis is een relatief stille gemeente. Verbetering van groen en speelvoorzieningen in de buurt heeft volop aandacht.

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 diverse benaderingen van het bevorderen van de gezondheid komen naar voren in de gezondheidsprogramma's van de gemeente en in het stadsregionale programma 'Ieder Kind Wint'.

Leeswijzer

Dit rapport met kernboodschappen voor de gemeente Middelharnis is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de gemeente Middelharnis 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 Middelharnis opgenomen.

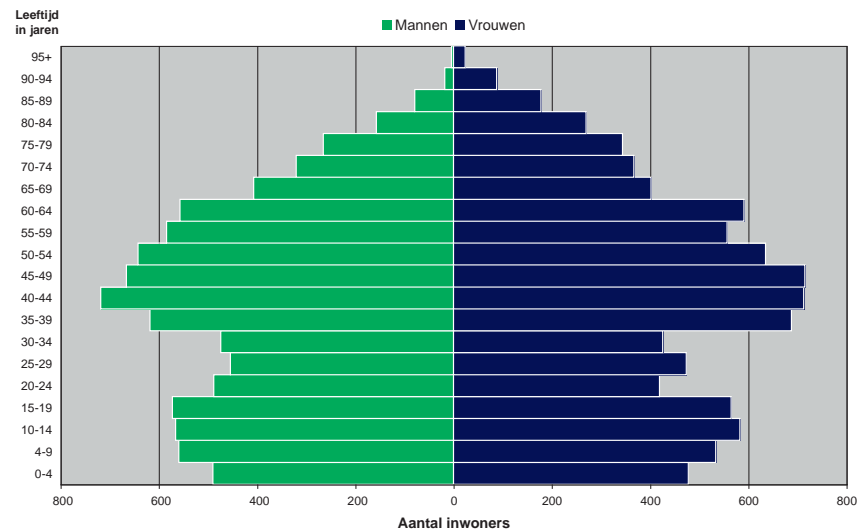
2 De inwoners van de gemeente Middelharnis

Ruimte en rust zijn twee hoofdbestanddelen waaruit het gezonde leven op het landelijke Goeree-Overflakkee bestaat. De gemeente Middelharnis vormt het middelpunt van dit Zuid-Hollandse eiland en voorziet in diverse regionale voorzieningen. De dorpen Middelharnis en Sommeldijk zijn tegen elkaar aangebouwd en hebben dezelfde structuur. Op enkele kilometers afstand liggen de dorpen Nieuwe-Tonge en Stad aan 't Haringvliet, die ook behoren tot de gemeente Middelharnis.

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

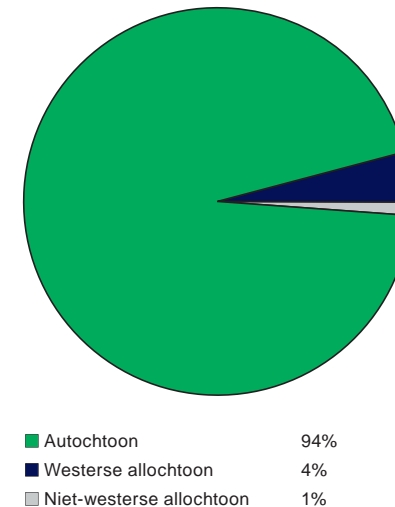
De gemeente Middelharnis had op 1 januari 2008 17.689 inwoners. In *figuur 2.1* is de demografische opbouw van de gemeente Middelharnis te zien. De grijze druk in Middelharnis is hoger dan in Nederland (28% tegenover 24%), de groene druk is ook iets hoger dan in Nederland (42% tegenover 39%).



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

Etniciteit

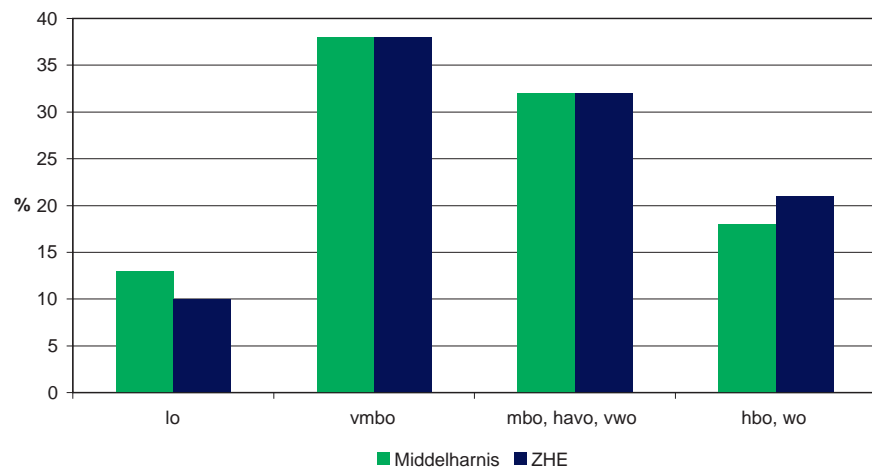
Van de inwoners van Middelharnis is 6% allochtoon; een derde van hen heeft een niet-westerse herkomst (*figuur 2.2*). In Middelharnis wonen in vergelijking met Nederland (20%) weinig allochtonen.



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

Opleidingsniveau

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



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

Sociaaleconomische status

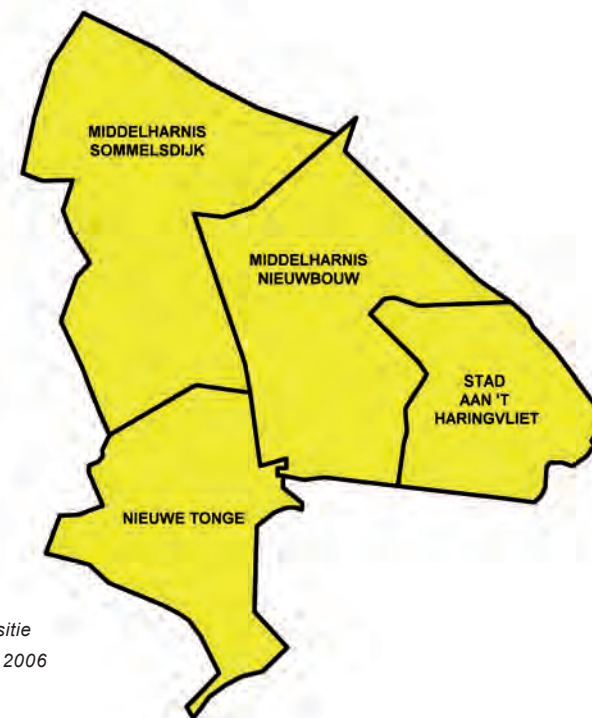
Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Middelharnis 21.500 euro per huishouden. Dit is vergelijkbaar met gemiddeld in Nederland waar dit 21.600 euro bedraagt. Van de inwoners van Middelharnis ontvangt 12% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand en 2% van de kinderen leeft in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Middelharnis is 27%; dit is lager dan gemiddeld in Nederland (35%). 38% van de huishoudens bestaat uit meerpersoonshuishoudens met kinderen.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) berekent de sociaal-economische 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 Middelharnis. Alle postcodegebieden hebben een gemiddelde statusscore.

Statusscore

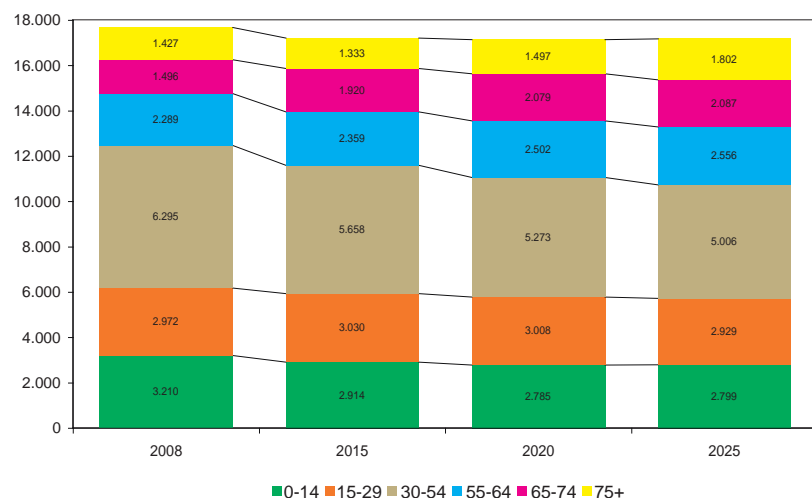
- Zeer hoog
- Hoog
- Midden-hoog
- Gemiddeld
- Midden-laag
- Laag
- Zeer laag



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

Bevolkingsprognose

De omvang van de bevolking van Middelharnis zal in de komende jaren iets afnemen van ongeveer 35.400 inwoners in 2008 naar ongeveer 34.400 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 tussen de 65 en 75, deze groep zal met 40% toenemen. Ook de groep van 75 jaar en ouder zal toenemen en wel met 26%. De vergrijzing heeft allerlei maatschappelijke gevolgen onder andere op het gebied van de gezondheidszorg en de ouderenzorg.



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

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

3

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van de gemeente Middelharnis gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de gemeente Middelharnis. 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 Middelharnis 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 Middelharnis*.



De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte is voor mannen in Middelharnis 75,7 jaar en voor vrouwen 80,9 jaar. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse levensverwachting.

Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar in Middelharnis ervaart 5% zijn gezondheid als matig of slecht. Van de inwoners van 16 tot 55 jaar van Middelharnis ervaart 6% zijn gezondheid als matig of slecht. Voor de 55-plussers geldt dat 21% van de inwoners de gezondheid als matig of slecht ervaart. De ervaren gezondheid in Middelharnis is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

De totale (voor leeftijd- en geslacht gestandaardiseerde) sterfte in Middelharnis is hoger dan in Nederland. Vooral de sterfte van mannen in Middelharnis is hoger dan in Nederland.

Het percentage inwoners dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben, is in Middelharnis vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Ruim de helft (55%) van de 16- tot 55-jarigen en 80% van de 55-plussers geeft aan minstens één ziekte of aandoening te hebben. Het percentage inwoners van Middelharnis dat aangeeft zich in het dagelijks leven beperkt te voelen door een chronische ziekte of aandoening is lager dan in de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden, namelijk 51% tegenover 62%.



➤ De grijze druk in Middelharnis is hoger dan gemiddeld in Nederland en Middelharnis zal de komende jaren nog verder vergrijzen (zie ook *hoofdstuk 2*). Ouderen hebben vaak een slechtere gezondheid; zo ervaart 21% van de 55-plussers uit Middelharnis de gezondheid als matig of slecht. Ook geven ouderen vaak aan dat zij een chronische ziekte

of aandoening hebben. Bijna 1 op de 5 ouderen geeft aan diabetes te hebben, een derde heeft een hoge bloeddruk en een kwart heeft artrose van de heup of knie. Daarnaast heeft 11% van de 55-plussers minimaal één beperking in de algemene dagelijkse levensverrichtingen en 17% minimaal één beperking in de huishoudelijke dagelijkse activiteiten. Ruim 1 op de 10 heeft beperkingen in het horen en 7% heeft beperkingen in het zien. Van de 55-plussers uit Middelharnis gebruikt 10% medicatie voor angst, depressie, spanning en stress en 23% ervaart onvoldoende regie over het eigen leven.

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



➤ Ruim één op de drie inwoners van 16 jaar en ouder van de gemeente Middelharnis is eenzaam. De eenzaamheid in Middelharnis is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. In Middelharnis is 5% van de inwoners van 16 jaar en ouder (zeer) ernstig eenzaam. Ernstige eenzaamheid lijkt iets minder vaak voor te komen

in Middelharnis dan in Nederland, waar 10% ernstig eenzaam is (Tilburg van & Jong de-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 Middelharnis. 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.

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

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

Eenzaamheid van niet-oudere volwassenen is niet vaak een onderwerp van beleid. Er zijn geen effectieve eenzaamheidsinterventies bekend gericht op deze groep.

De kans op sociaal isolement van volwassenen is kleiner wanneer zij een baan hebben of aan vrijwilligerswerk zinvolle contacten kunnen ontleen.

Eenzaamheid van volwassenen staat op de agenda in Middelharnis. Met activerend huisbezoek en een aanbod van ontmoetingsmogelijkheden wil de gemeente het aantal mensen dat eenzaam is terugbrengen. Ook voor het seniorenconsultatiebureau is eenzaamheid een aandachtspunt.



➤ Bij een deel van de jeugd komen psychosociale problemen voor. Volgens de jeugdarts heeft tussen de 4 en 7% van de jeugdigen in Middelharnis psychische problemen. Van de 13- tot en met 17-jarigen gebruikt 5% medicatie voor angst, depressie, spanning en stress. 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 22% van de jongeren slaapt (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 beroepscarrière en uiteindelijk op de maatschappelijke positie die iemand zich kan verwerven. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk.

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

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

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

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

De gemeente Middelharnis wil de psychosociale gezondheid van de jeugd verbeteren. In de periode 2009-2012 wil de gemeente cursussen op het gebied van weerbaarheid en sociale vaardigheden realiseren. Daarnaast streeft de gemeente naar een adequaat, sluitend en kwalitatief goed zorg- en hulpverleningsaanbod voor de jeugd.



Van de 4- tot en met 6-jarigen in Middelharnis heeft 11% een vorm van overgewicht (zowel matig overgewicht als obesitas). Van de 10- en 11-jarigen heeft 10% matig overgewicht of obesitas en van de jeugdigen van 13 tot en met 17 jaar heeft 5% matig overgewicht of obesitas. Het percentage inwoners met matig overgewicht loopt op met de leeftijd; 42% van de 16- tot 55-jarigen en 43% van de 55-plussers heeft matig overgewicht. Obesitas komt bij 7% van de 16- tot 55-jarigen voor en bij 16% van de 55-plussers. Hoewel een aanzienlijk deel van de bevolking te kampen heeft met een vorm van overgewicht, wijkt de bevolking van Middelharnis op dit punt 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. Een derde van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar heeft in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek serieus gelijnd. Een kwart van de jongeren ontbijt minder dan vijf dagen per week en 18% eet op maximaal één doordeweekse dag in de week fruit. Wel lijken jongeren uit Middelharnis regelmatig te sporten: van de 13- tot en met 17-jarigen is 70% lid van een sportvereniging en 88% sport minstens één keer per week buiten schooltijd.

Ruim 1 op de 3 inwoners van Middelharnis van 16 tot 55 jaar voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Hiermee wijkt Middelharnis niet af van de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Van de inwoners van 55 jaar en ouder voldoet 22% niet aan deze norm.

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

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

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

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

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Dit programma heeft aansluiting op de 'Beweegkuur' waar het ministerie van VWS op inzet. '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 Middelharnis. 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 is één van de speerpunten in de lokale nota Volksgezondheid (2009-2012) van Middelharnis. De gemeente zet in op voorlichting, scholing en bewustwording gericht op

professionals, ouders en kinderen en op het stimuleren van meer bewegen. Op die manier wil de gemeente voorkomen dat het overgewicht toeneemt.

Overgewicht van ouderen is aandachtspunt van het seniorenconsultatiebureau.



Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar heeft 28% in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek bij vijf of meer gelegenheden gedronken. Bij de laatste gelegenheid heeft 22% vijf of meer glazen alcohol op en 15% van de jongeren heeft zowel vijf of meer keer gedronken als meer dan vijf glazen.

Volwassenen in Middelharnis drinken iets minder dan gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden: van de inwoners van 16 tot 55 jaar overschrijdt 40% de norm van aanvaardbaar alcoholgebruik (gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden 54%). Van de 55-plussers overschrijdt 32% deze norm (gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden 41%). 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.

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.

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. Aansluiting op de lokale situatie is noodzakelijk.

Het verhoogde alcoholgebruik in Middelharnis en de andere gemeenten op Goeree-Overflakkee heeft ertoe geleid dat de gemeenten intensief samenwerken aan een adequaat verslavingspreventiebeleid: 'Het geheim van Goeree-Overflakkee'. Het beleid is gericht op de totale bevolking, maar de jongeren van 11 tot en met 24 jaar vormen de belangrijkste doelgroep. De gemeenten willen (overmatig) genotmiddelengebruik voorkomen en verminderen, door risicofactoren te verminderen en beschermende factoren te versterken. De aanpak omvat verschillende vormen van training en voorlichting, voor jongeren en ook voor ouderen. Er wordt gewerkt aan een goede hulpverleningsstructuur en er is veel aandacht voor handhaving van wet- en regelgeving op het terrein van genotmiddelengebruik. Het 'Geheim van Goeree-Overflakkee' begint inmiddels zijn eerste vruchten af te werpen: de cijfers van het alcoholgebruik beginnen te dalen. Het project dient te worden voortgezet om de daling vast te houden.



➤ In Middelharnis wordt ongeveer net zoveel gerookt als gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden. Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar rookt 8% iedere dag. Van de volwassenen tot 55 jaar rookt 22% en van de 55-plussers 13%.

Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, bijvoorbeeld longkanker. Ook verhoogt roken het risico op COPD (zie *Afkortingen*), beroerte en hartfalen. In 2007 stierven in Nederland 20.000 mensen die ten gevolge van roken één van bovenstaande ziekten kregen. Daarnaast is door roken het risico op veel andere aandoeningen verhoogd. Ook passief roken (inademen van tabaksrook uit je omgeving) verhoogt het risico op het krijgen van verschillende aandoeningen (Van Gelder et al., 2009). Met het terugdringen van het aantal rokers kan een grote vooruitgang in de gezondheidssituatie in de gemeente worden gerealiseerd.

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



De leefomgeving beïnvloedt de gezondheid op meerdere manieren. Ten eerste rechtstreeks door blootstelling aan fijn stof in de buitenlucht, ernstige geluidshinder door verkeer en verontreiniging van het binnenmilieu. Ten tweede kan de leefomgeving uitnodigen tot gezond gedrag, zoals fietsen, wandelen, sporten en spelen. De derde manier waarop de leefomgeving de gezondheid beïnvloedt, is door de beleving van de omgeving. Hier wordt dat toegespitst op de positieve beleving van het groen.

Lucht en gezondheid

Ongeveer 2% van de woningen in de gemeente Middelharnis ligt binnen 100 meter van een rijksweg. Dit betekent dat de bewoners van deze woningen in een gebied leven met een relatief slechte luchtkwaliteit.

Luchtverontreiniging door wegverkeer kan leiden tot luchtwegklachten, zoals hoesten, piepen en kortademigheid. De kleinste deeltjes van ingeademd fijn stof kunnen vanuit de longen het bloed in gaan. Dan kunnen vaatvernauwing, bloedklontering en een verstoorde hartslag ontstaan. Voor de gezondheid zijn die fijnste deeltjes dan ook het meest schadelijk. Deze zijn afkomstig van wegverkeer. Daarom zijn vooral langs drukke wegen gezondheidsrisico's te verwachten, ook als aan de normen wordt voldaan. Kinderen die op een school dicht bij een rijksweg zitten, hebben meer luchtwegklachten en hun longen werken minder goed.

Volwassenen die langs een rijksweg of drukke binnenstedelijke weg wonen, hebben meer kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte. Dit geldt vooral binnen 100 meter van een rijksweg of in de eerstelijns bebouwing (binnen 50 meter) van een drukke stadsweg.

Aangeraden wordt om te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van een rijksweg of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen. Het bieden van voldoende alternatieven voor de auto in de vorm van veilige en aantrekkelijke langzaamverkeersverbindingen, verbetert de luchtkwaliteit, maar is tegelijkertijd een stimulans om meer te bewegen en helpt zo overgewicht verminderen.

Geluid en gezondheid

Ongeveer 15% van de inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidshinder. Dit is minder dan in andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Wat betreft het verkeersgeluid valt vooral op dat, vergeleken met de andere gemeenten in de regio Zuid-Hollandse eilanden, minder bewoners aangeven dat ze last hebben van het geluid van bromfietsen.

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

Groen en gezondheid

Tweede van de 16 tot 55-jarigen en 85% van de 55-plussers geeft het groen in de buurt een voldoende. Dit percentage is lager dan in andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Ook over de hoeveelheid groen in de buurt zijn de bewoners van Middelharnis relatief minder tevreden.

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. Het is belangrijk om daarnaast te zorgen voor voldoende toegankelijk groen in de directe woonomgeving.

De gemeente Middelharnis uit in haar Toekomstbeeld 2015-2020 de wens om jonge gezinnen te behouden. Het kunnen bieden van voldoende aantrekkelijke speelruimte voor kinderen speelt daarbij een belangrijke rol. In de Nota Speelruimte 2009-2012 benoemt de gemeente als ongewenste ontwikkeling dat groenvoorzieningen, speelplaatsen in het bijzonder, onder druk komen te staan door gebruik van de openbare ruimte voor woningbouw, parkeren en andere voorzieningen. Veel bewoners zijn niet tevreden over de speelvoorzieningen in de buurt (Leefbaarheidsmonitor 2007, Nota Speelruimte). De Nota Speelruimte gaat in op verschillende maatregelen en plannen om de (formele en informele) speelruimte te verbeteren, waaronder een plan voor het ontwikkelen van speelnatuur. Uitvoering van de plannen kan de groenbeleving in de gemeente verbeteren.

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.

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

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

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

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

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

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

Gegevensbronnen

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

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

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

Websites

www.cbs.nl/ statline

www.nationaalkompas.nl

De elektronische databank van het CBS

Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)

Definities

ADL-beperking

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

Direct gestandaardiseerde sterfte

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

Drukke binnenstedelijke weg

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

Eenzaamheid

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

Gemiddeld gestandaardiseerd inkomen

Om inkomens van huishoudens vergelijkbaar te maken wordt het besteedbaar 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 Zuid-Hollandse eilanden, dan worden de gemeenten op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee bedoeld. Als er een vergelijking wordt gemaakt voor de jeugd, dan worden alle gemeenten van de voormalige GGD ZHE bedoeld.

Grijze druk

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

Groene druk

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

Groente- en fruitnorm

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

HDA-beperking

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

Mantelzorg

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

Nederlandse norm gezond bewegen

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

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

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

Niet-westerse allochtoon

Allochtoon met als 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 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/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.

Psychofarmaca

Medicatie voor angst, depressie, spanning en stress.

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 geslachtsspecifieke 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 Middelharnis

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

| Indicator | Definitie | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|---|--|--------------|---------|---------|
| Totale sterfte | | | | |
| Totaal (2003-2006) | Aantal per jaar | 194 ● | 2.316 ● | 137.539 |
| Mannen (2003-2006) | | 93 ● | 1.164 ● | 66.743 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 101 ● | 1.152 ● | 70.796 |
| Totaal (2003-2006) | Aantal per 10.000 inwoners per jaar | 110 ● | 76 ● | 84 |
| Mannen (2003-2006) | | 109 ● | 78 ● | 83 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 112 ● | 75 ● | 86 |
| Totaal (2003-2006) | Direct gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners per jaar | 83 ● | 74 ● | 77 |
| Mannen (2003-2006) | | 82 ● | 70 ● | 73 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 83 ● | 77 ● | 79 |
| Totaal (2003-2006) | SMR | 109 ▼ | 96 ▲ | 100 |
| Mannen (2003-2006) | | 112 ▼ | 95 ▲ | 100 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 105 | 96 ▲ | 100 |
| Ziekten van het hart- en vaatstelsel | | | | |
| Totaal (2003-2006) | SMR | 113 | 99 | 100 |
| Mannen (2003-2006) | | 119 | 99 | 100 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 108 | 99 | 100 |
| Kwaadaardige nieuwvormingen | | | | |
| Totaal (2003-2006) | SMR | 100 | 101 | 100 |
| Mannen (2003-2006) | | 106 | 101 | 100 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 93 | 98 | 100 |
| Ziekten van de ademhalingsorganen | | | | |
| Totaal (2003-2006) | SMR | 103 | 89 ▲ | 100 |
| Mannen (2003-2006) | | 113 | 83 ▲ | 100 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 94 | 93 | 100 |
| Levensverwachting bij de geboorte | | | | |
| Totaal (2003-2006) | Jaren | 78,3 | 79,7 | 79,4 |
| Mannen (2003-2006) | | 75,7 | 77,5 | 77,0 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 80,9 | 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 | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|------------------------------------|---|--------------|---------|----|
| Chronische aandoeningen | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % minimaal 1 ziekte of aandoening | 55 | 50 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 80 | 78 | |
| Diabetes | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % | 3 ● | 4 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 18 | 13 | |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 4 |
| Migraine/ernstige hoofdpijn | | | | |
| 4-6 jaar (2007) | % door jeugdarts vastgesteld | <1 ● | <1 | |
| 10-11 jaar (2007) | | 2 ● | 2 | |
| 13-15 jaar (2007) | | 8 ● | 4 | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 16 | 17 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 7 | 8 | |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 12 |
| Hoge bloeddruk | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % | 6 | 9 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 30 | 32 | |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 11 |
| Luchtwegaandoeningen | | | | |
| 4-6 jaar (2007) | % luchtwegklachten door jeugdarts vastgesteld | 1 ● | 3 | |
| 10-11 jaar (2007) | | 5 ● | 3 | |
| 13-15 jaar (2007) | | 4 ● | 3 | |
| 16-55 jaar (2009) | % astma/COPD | 5 | 8 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 11 | 11 | |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | % chronische klachten aan luchtwegen | | | 8 |
| Aandoening aan rug | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % | 14 | 11 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 14 | 15 | |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 9 |
| Artrose van heup/knie | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % | 8 | 8 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 26 | 32 | |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 10 |

- ▲ 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 | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|--|------------------------------|--------------|---------|----|
| Aandoening nek/schouder | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % | 8 | 9 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 14 | 14 | |
| Aandoening elleboog/pols/hand | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % | 6 | 7 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 5 | 5 | |
| Depressiviteit | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % | 5 | 9 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 11 | 8 | |
| Belemmerd in dagelijks leven door chronische aandoeningen | | | | |
| 16 jaar en ouder (2009) | % | 51 | ▲ 62 | |
| Allergie | | | | |
| 4-6 jaar (2007) | % door jeugdarts vastgesteld | 4 ● | 2 | |
| 10-11 jaar (2007) | | 2 ● | 3 | |
| 13-15 jaar (2007) | | 3 ● | 3 | |
| Cariës | | | | |
| 4-6 jaar (2007) | % door jeugdarts vastgesteld | 12 ● | 12 | |
| 10-11 jaar (2007) | | 7 ● | 21 | |
| 13-15 jaar (2007) | | 9 ● | 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 | 11 | 8 | |
| HDA-beperking | | | | |
| 55 jaar en ouder (2009) | % met minimaal 1 beperking | 17 | 15 | |
| Beperking in horen | | | | |
| 55 jaar en ouder (2009) | % met beperking | 11 | 7 | |
| Beperking in zien | | | | |
| 55 jaar en ouder (2009) | % met beperking | 7 | 6 | |

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

Tabel 3: Infectieziekten

| Indicator | Definitie | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|--|--|--------------|---------|----|
| Bevolkingsonderzoek | | | | |
| Borstkanker (2007;2006ZHE) | % opkomst | 85 ● | 83 | |
| Baarmoederhalskanker (2008) | Beschermingsgraad | 75 ● | 71 | |
| Infectieziekten | | | | |
| Hepatitis B acuut (2008) | Aantal meldingen | 0 ● | 6 | |
| Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008) | | 0 ● | 10 | |
| Kinkhoest (2008) | | 8 ● | 287 | |
| Tuberculose (2008) | | 1 ● | 5 | |
| Tuberculose (2008) | Aantal röntgenfoto's ter identificatie | 17 ● | 362 | |
| Vaccinatie | | | | |
| 2 jaar (2009) | % gevaccineerd ¹ | 96 ● | 96 | |
| 10 jaar (2009) | % gevaccineerd ² | 91 ● | 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 | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|-----------------------------|--------------------------|--------------|---------|----|
| Ervaren gezondheid | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % matig of slecht | 5 ● | 4 | |
| 16-55 jaar (2009) | | 6 | 10 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 21 | 21 | |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | % minder goed | | | 19 |
| Eenzaamheid | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % matig tot zeer ernstig | 27 | 34 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 47 | 41 | |
| 16-55 jaar (2009) | % emotioneel eenzaam | 4 | 10 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 17 | 13 | |
| 16-55 jaar (2009) | % sociaal eenzaam | 25 | 25 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 31 | 30 | |
| Depressie | | | | |
| 16 jaar en ouder (2009) | % hoog risico | 3 | 5 | |

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

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

| Indicator | Definitie | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|--|--|--------------|---------|----|
| Psychofarmaca | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % gebruikers | 5 ● | 6 | |
| 16-55 jaar (2009) | | 4 | 7 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 10 | 7 | |
| Regie over eigen leven | | | | |
| 55 jaar en ouder (2009) | % onvoldoende regie | 23 | 25 | |
| Psychische problemen | | | | |
| 4-6 jaar (2007) | % door jeugdarts vastgesteld | 5 ● | 3 | |
| 10-11 jaar (2007) | | 7 ● | 4 | |
| 13-15 jaar (2007) | | 4 ● | 4 | |
| Gezins-/omgevingsproblemen | | | | |
| 4-6 jaar (2007) | % door jeugdarts vastgesteld | 8 ● | 6 | |
| 10-11 jaar (2007) | | 8 ● | 6 | |
| 13-15 jaar (2007) | | 19 ● | 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 | 22 ● | 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 | 20 ● | 24 | |
| Schoolervaringen | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat ≥6 uur spijbelde in afgelopen 4 weken | 1 ● | 2 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat zich vaak/altijd slecht op zijn gemak voelt op school | 8 ● | 7 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat vaak/altijd het gevoel heeft het druk te hebben door school | 27 ● | 32 | |

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

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

| Indicator | Definitie | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|---------------------------------|---|--------------|---------|----|
| 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 | 7 ● | 8 | |
| Stelen en politiecontact | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat ≥2 keer iets heeft gestolen in afgelopen jaar | 2 ● | 3 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat op het politiebureau is ondervraagd in het afgelopen jaar | 3 ● | 3 | |
| Wapenbezit | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat wel eens een wapen bij zich heeft | 10 ● | 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 | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|------------------------------|---|--------------|---------|----|
| Matig overgewicht | | | | |
| 4-6 jaar (2007) | % matig overgewicht door jeugdverpleegkundige geregistreerd | 8 ● | 13 | |
| 10-11 jaar (2007) | % matig overgewicht door jeugdverpleegkundige geregistreerd | 8 ● | 13 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % overgewicht (inclusief obesitas) | 5 ● | 8 | |
| 16-55 jaar (2009) | % BMI 25-30 | 42 | 35 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 43 | 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 | 2 ● | 2 | |
| 16-55 jaar (2009) | % BMI ≥30 | 7 | 16 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 16 | 16 | |
| 20 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 11 |
| Serieus lijnen | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % serieus gelijnd in afgelopen 4 weken | 33 ● | 28 | |

- ▲ 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 | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|------------------------------|--|--------------|---------|----|
| Voeding | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat <5 dagen per week ontbijt (weekend niet meegerekend) | 25 ● | 25 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat ≤1 dagen per week fruit eet (weekend niet meegerekend) | 18 ● | 18 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat ≤1 dagen per week groente eet (weekend niet meegerekend) | 5 ● | 6 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat ≤2 dagen per week warme maaltijd eet (weekend niet meegerekend) | 7 ● | 6 | |
| Lichaamsbeweging | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat lid is van sportvereniging | 70 ● | 68 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat ≥1 keer per week sport (buiten schooltijd) | 88 ● | 86 | |
| 16-55 jaar (2009) | % dat de NNGB niet haalt | 36 | 34 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 22 | 25 | |
| 12 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 46 |
| Alcoholgebruik | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken | 28 ● | 17 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat ≥5 glazen heeft gedronken bij de laatste gelegenheid | 22 ● | 16 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken en de laatste keer ≥5 glazen dronk | 15 ● | 10 | |
| 16-55 jaar (2009) | % overmatige drinkers | 8 | 10 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 9 | 11 | |
| 16-55 jaar (2009) | % dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt | 40 ▲ | 54 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 32 | 41 | |
| Roken | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dagelijkse rokers | 8 ● | 11 | |
| 16-55 jaar (2009) | % rokers | 22 | 27 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 13 | 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 | 3 ● | 6 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % XTC gebruikt in afgelopen 4 weken | 1 ● | 1 | |
| 16-55 jaar (2009) | % ooit harddrugs gebruikt | 2 ● | 7 | |

- ▲ 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 | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|------------------------------|---|--------------|---------|----|
| Gokken | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat in afgelopen 4 weken geld in gokkast/fruitautomaat heeft gegooid | 5 ● | 7 | |
| Seksueel risicogedrag | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad | 26 ● | 22 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat vrijwel nooit condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad) | 45 ● | 34 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat altijd condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad) | 43 ● | 50 | |
| 16-55 jaar (2009) | % dat seks heeft gehad met losse partner(s) | 4 ● | 7 | |
| Mondverzorging | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % dat tanden niet dagelijks poetst | 2 ● | 2 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % met vullingen/gaatjes in gebit | 45 ● | 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 | Middelharnis | 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 | 17 ● | 16 | |
| 16-55 jaar (2009) | % dat ooit slachtoffer is geweest | 7 | 10 | |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 3 ● | 5 | |
| Politie meldingen Huiselijk geweld | | | | |
| 0 jaar en ouder (2009) | Aantal incidenten | 51 ● | 1.279 | |
| 0 jaar en ouder (2009) | Aantal incidenten per 10.000 inwoners | 28 ● | 60 ● | 39 |
| Slachtofferschap | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % ooit lichamelijk mishandeld | 17 ● | 17 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % regelmatig gepest | 4 ● | 7 | |
| Seksuele intimidatie | | | | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % tegen de zin gezoend/betast | 13 ● | 11 | |
| 13-17 jaar (2006-2008) | % tegen de zin met iemand naar bed geweest | 4 ● | 3 | |

- ▲ 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 (vervolg)

| Indicator | Definitie | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------|---------|-----|
| Meldingen Lokaal Zorgnetwerk | | | | |
| 0 jaar en ouder (2009) | Aantal meldingen | 17 | ● | 318 |
| | Aantal meldingen /10.000 inwoners | 10 | ● | 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 | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|----------------------------------|--|--------------|---------|----|
| Geluidshinder | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % dat ernstige geluidshinder ervaart | 14 | ▲ | 24 |
| 16-55 jaar (2009) | % geluidshinder door bromfietsen | 27 | ▲ | 38 |
| 16-55 jaar (2009) | % geluidshinder door verkeer <50km/u | 23 | | 24 |
| 16-55 jaar (2009) | % geluidshinder door burelen | 22 | | 25 |
| Groenbeleving in de buurt | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % dat het groen een voldoende geeft | 66 | ▼ | 79 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 85 | | 92 |
| 16-55 jaar (2009) | % dat groen belangrijk vindt | 96 | | 96 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 98 | | 97 |
| 16-55 jaar (2009) | % dat tot rust kan komen in het groen | 59 | | 72 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 61 | | 68 |
| 16-55 jaar (2009) | % dat actief kan recreëren in het groen | 60 | | 73 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 55 | | 69 |
| 16-55 jaar (2009) | % dat vindt dat er voldoende groen is | 51 | ▼ | 69 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 63 | ▼ | 73 |
| Luchtvervuiling | | | | |
| Woningen bij wegen | Aantal <100 m rijksweg | 71 | | |
| | % <100 m rijksweg | 2 | | |
| | Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk | 17 | | |
| | % <50 m eerstelijns binnenstedelijk | 0 | | |
| | % <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk | 2 | | |
| | % 100-300 m rijksweg | 0 | | |

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

Tabel 8: Zorg

| Indicator | Definitie | Middelharnis | GGD ZHE | NL |
|-----------------------------|---|--------------|---------|----|
| Huisarts | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % contact in afgelopen jaar | 77 | | 70 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 88 | | 83 |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 73 |
| Tandarts | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % contact in afgelopen jaar | 84 | | 81 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 62 | | 66 |
| 0 jaar en ouder (2004-2007) | | | | 78 |
| GGZ / AMW | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % contact in afgelopen jaar | 4 | | 8 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 4 | | 4 |
| Thuiszorg | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % contact in afgelopen jaar | - | ● | 2 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 6 | | 5 |
| Mantelzorg | | | | |
| 16-55 jaar (2009) | % mantelzorgers op het moment van het onderzoek | 11 | | 10 |
| 55 jaar en ouder (2009) | | 14 | | 14 |
| Hulp en zorg | | | | |
| 55 jaar en ouder (2009) | % dat hulp in huishouding krijgt | 24 | ▼ | 15 |
| 55 jaar en ouder (2009) | % dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt | 10 | | 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