

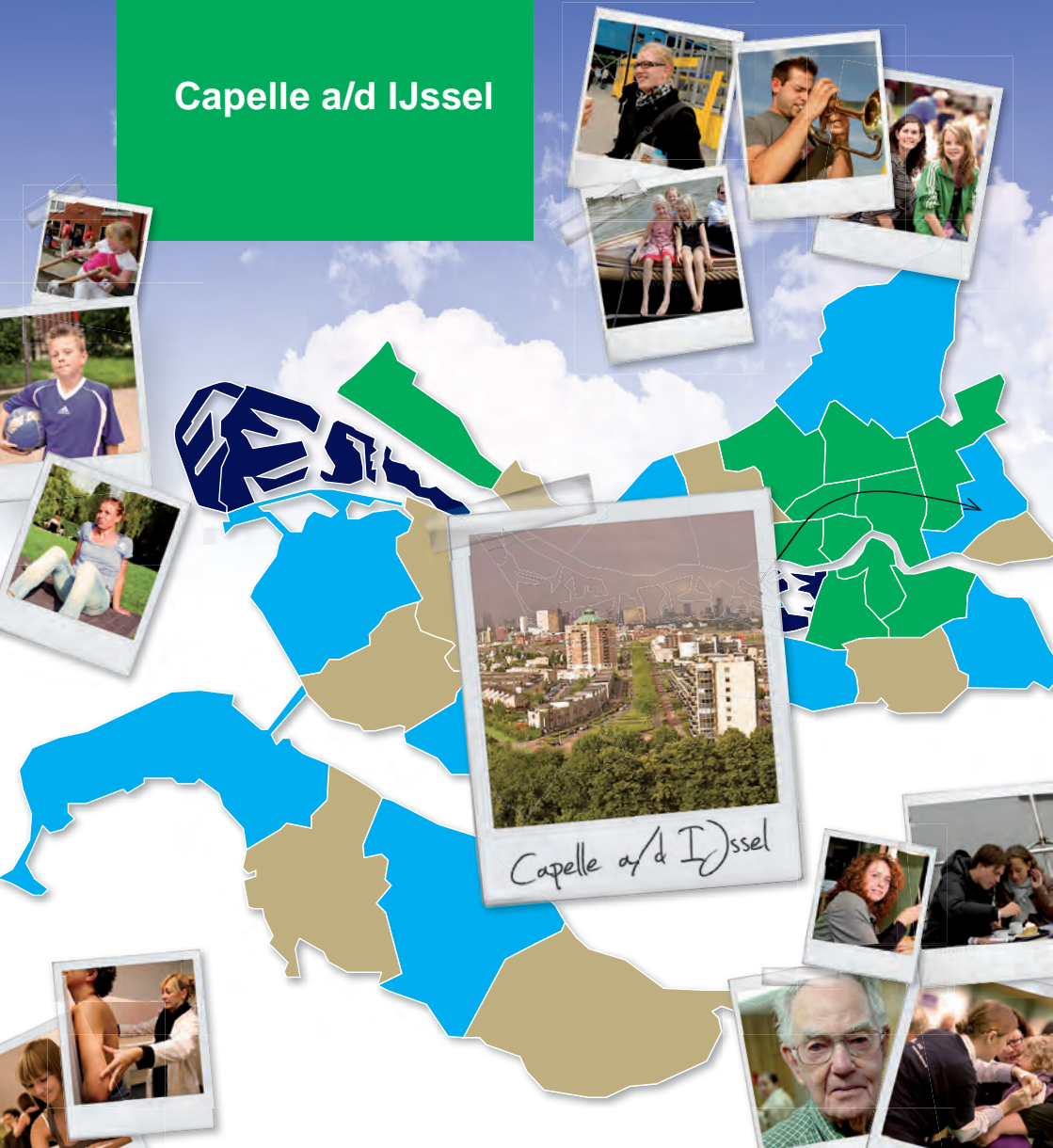


GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Capelle a/d IJssel



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van Capelle aan den IJssel	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	29
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	30
	Definities	32
	Afkortingen	37
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Capelle aan den IJssel	38

1 Inleiding

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

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

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Capelle aan den IJssel

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Capelle aan den IJssel. 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 Capelle aan den IJssel 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 Capelle aan den IJssel 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 Capelle aan den IJssel luiden:

- De gezondheid van de inwoners van Capelle aan den IJssel is grotendeels vergelijkbaar met de gezondheid in de regio.
- Eenzaamheid is in Capelle aan den IJssel net als elders in de regio een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Capelle aan den IJssel net als elders in het land een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweggedrag is nodig.
- Alcoholgebruik van de jeugd heeft schadelijke gevolgen. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is in Capelle aan den IJssel net als elders in het land een bedreiging voor de volksgezondheid. Vooral voorkomen dat jongeren beginnen met roken is van belang.
- Huiselijk geweld is onacceptabel. Niet alleen opvang van slachtoffers, maar ook preventie is nodig.
- In Capelle aan den IJssel wonen mensen met een combinatie van lichamelijke, geestelijke en sociale problemen. Een persoonsgerichte aanpak en ketensamenwerking kunnen perspectief bieden.
- De inwoners van Capelle aan den IJssel zijn net zo tevreden over hun leefomgeving als andere inwoners in de regio. De voorgenomen inzet op vermindering van geluid kan 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 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 Capelle aan den IJssel is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de gemeente Capelle aan den IJssel 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 van en toekomstige ontwikkelingen 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 Capelle aan den IJssel opgenomen.

De inwoners van Capelle aan den IJssel

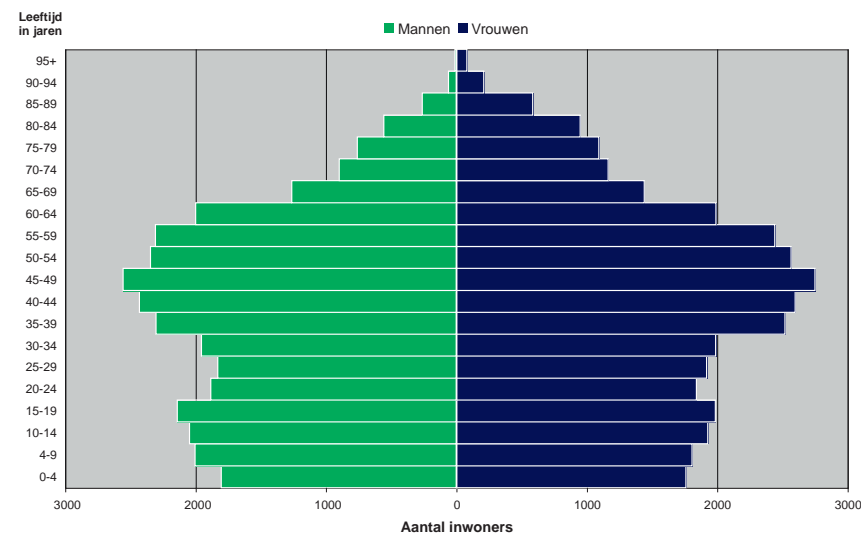
2

Capelle aan den IJssel is gelegen aan de Hollandse IJssel. In 2001 is gestart met de laatste grote uitbreiding van Capelle aan den IJssel, de woonwijk Fascinatio. Na de voltooiing van deze wijk komt een einde aan de sterke groei die de gemeente sinds de jaren 60 kenmerkt.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van Capelle aan den IJssel 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

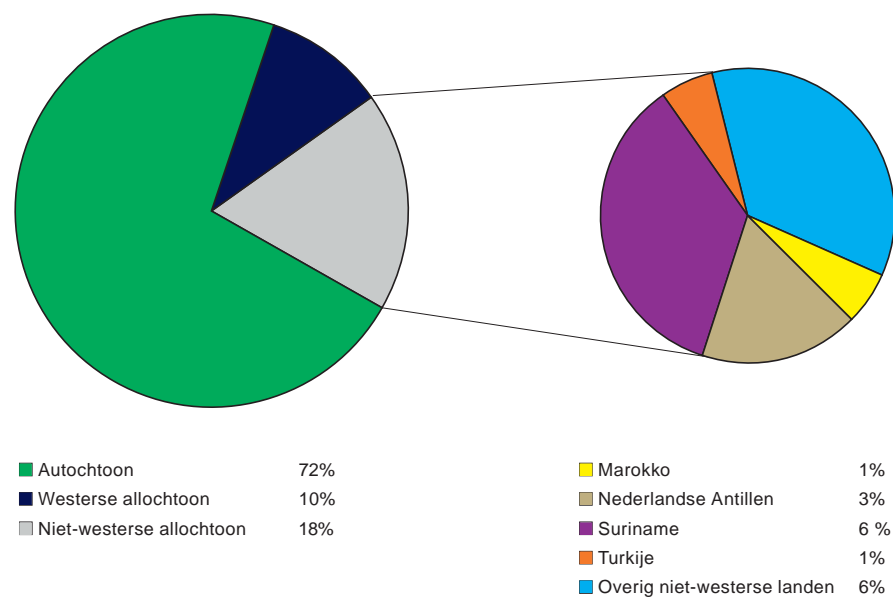
De gemeente Capelle aan den IJssel had op 1 januari 2008 65.022 inwoners. In de bevolkingspiramide valt op dat de groep 35- tot 65-jarigen relatief groot is (zie *figuur 2.1*). De grijze druk is in Capelle aan den IJssel vergelijkbaar met Nederland en ook met de regiogemeenten die tot 2010 tot het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond behoorden (23% tegenover 24% en 25%; zie *Definities*). De groene druk is ook vergelijkbaar; deze is zowel in Capelle aan den IJssel als in Nederland 39% en in de regio 40%.



Figuur 2.1: Demografische opbouw in Capelle aan den IJssel op 1 januari 2008 (Bron: CBS Statline, 2009)

Etniciteit

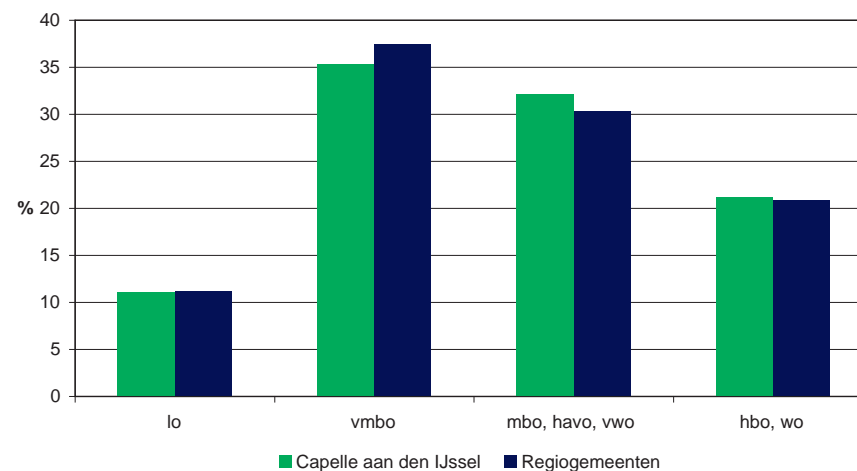
Van de inwoners van Capelle aan den IJssel is 28% allochtoon; twee derde van hen heeft een niet-westerse herkomst (zie *figuur 2.2*). De grootste groep allochtonen in Capelle aan den IJssel heeft een Surinaamse herkomst. In Capelle aan den IJssel wonen in vergelijking met Nederland (20%) meer allochtonen. In Capelle aan den IJssel wonen in vergelijking met Nederland meer mensen die oorspronkelijk afkomstig zijn uit Suriname (6% versus 2% van de totale bevolking). In vergelijking met de regio wonen er naar verhouding ook meer mensen met een Surinaamse afkomst (6% tegenover 4%). Ook wonen er meer mensen die oorspronkelijk afkomstig zijn uit de Nederlandse Antillen dan in Nederland (3% versus 1% van de totale bevolking). Regionaal gezien is dit verschil minder groot; 1,5% van de inwoners van de regiogemeenten is oorspronkelijk afkomstig uit de Nederlandse Antillen.



Figuur 2.2: Etniciteit van de inwoners van Capelle aan den IJssel op 1 januari 2008
(Bron: CBS Statline, 2009)

Opleidingsniveau

Het gemiddelde opleidingsniveau in Capelle aan den IJssel is vergelijkbaar met de andere regiogemeenten die tot 2010 tot het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond behoorden. Dit is te zien in *figuur 2.3*.

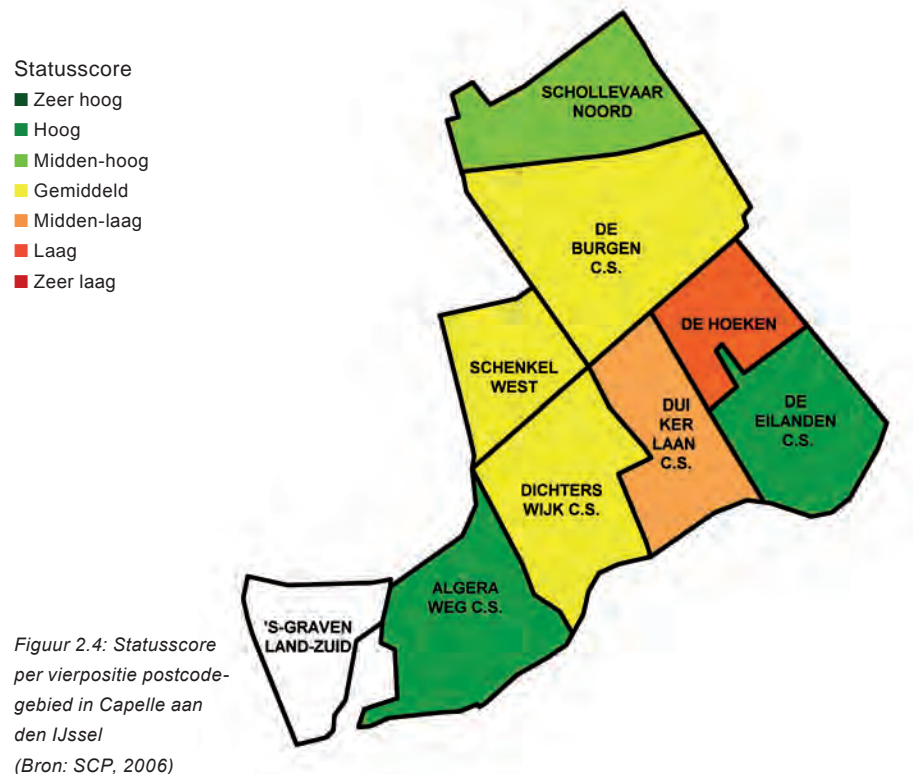


Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Capelle aan den IJssel en de regiogemeenten (Bron: Gezondheidsenquête, 2008)

Sociaaleconomische status

Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Capelle aan den IJssel 22.300 euro per huishouden. Dit is iets hoger dan gemiddeld in Nederland waar dit 21.600 euro bedraagt. Van de inwoners van Capelle aan den IJssel ontvangt 15% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand en 9% van de kinderen leeft in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Capelle aan den IJssel is 35%; dit is gelijk aan Nederland (35%), maar lager dan in 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. In *figuur 2.4* is de statusscore te zien voor de gemeente Capelle aan den IJssel. De statusscore in Capelle aan den IJssel varieert van hoog tot laag; drie wijken hebben een gemiddelde statusscore. Voor het postcodegebied 2909 ('s-Gravenland-Zuid) is geen statusscore bekend.



Bevolkingsprognose

De bevolking van Capelle aan den IJssel zal in de komende jaren iets toenemen. In 2025 zullen er naar verwachting ongeveer 67.000 inwoners in Capelle aan den IJssel wonen. 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 65- tot 75-jarigen die met 66% zal toenemen van 4.766 in 2008 naar 7.914 in 2025, maar ook de groep van 75 jaar en ouder zal met 40% toenemen van 4.566 in 2008 naar 6.412 in 2010.



Figuur 2.5: Bevolkingsprognose 2008-2025 gemeente Capelle aan den IJssel
(Bron: CBS Statline, 2009)

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

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

Bij sommige kernboodschappen wordt een aantal handreikingen voor beleid gegeven. De beschreven gezondheidsproblemen laten zich, vanwege hun complexiteit, niet vatten in standaard oplossingen. Het gaat veelal om combinaties van interventies met maatregelen en voorzieningen die passen bij de lokale situatie. Er bestaat inmiddels een uitgebreide landelijke data-base (de i-database van het Centrum voor Gezond Leven) met de meest effectief gebleken interventies die gemeenten kunnen inzetten bij het aanpakken van gezondheidsproblemen.



➤ De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte is voor de mannen in Capelle aan den IJssel 77,1 jaar en voor de vrouwen 81 jaar. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse levensverwachting.

De gezondheid van de 2-jarigen en de 5- en 6-jarigen wordt door 4% van de ouders als gaat wel tot slecht beoordeeld. Van de 12- en 13-jarigen ervaart 16% de gezondheid als gaat wel tot slecht. Ruim één op de tien inwoners van 16 tot 55 jaar van Capelle ervaart zijn of haar gezondheid als matig of slecht. Voor de 55-plussers geldt dat voor één op de vijf inwoners. De ervaren gezondheid in Capelle is vergelijkbaar met de andere regiogemeenten.

De totale sterfte in Capelle is vergelijkbaar met Nederland. De sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen is in Capelle aan den IJssel lager (met name onder vrouwen) in vergelijking met Nederlandse cijfers. De voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen is in Nederland 8 per 10.000 inwoners (vrouwen 7 per 10.000) en in Capelle is het 6 per 10.000 inwoners (vrouwen 5 per 10.000).

Het percentage inwoners dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben is in Capelle vergelijkbaar met de andere regiogemeenten. Bijna de helft van de 16- tot 55-jarigen geeft aan minstens één ziekte of aandoening te hebben en 80% van de 55-plussers geeft dit aan. Er wonen in Capelle naar verhouding meer inwoners van 16 tot 55 jaar met depressiviteit dan in de andere regiogemeenten, namelijk 11% versus 7%. Het percentage inwoners van 16 jaar en ouder met kanker is in Capelle enigszins hoger dan in de regiogemeenten, namelijk 6% versus 4%. Darmstoornissen komen bij 55-plussers vaker voor dan in de regiogemeenten (7% tegenover 5%).



➤ Van de inwoners van 16 jaar en ouder van Capelle aan den IJssel is bijna 40% eenzaam (zie *Definities*). In vergelijking met de andere regiogemeenten zijn er in Capelle aan den IJssel meer mensen eenzaam (39% tegenover 35% gemiddeld in de regio). Wat opvalt is dat dit verschil voornamelijk geldt voor de 16- tot 55-jarigen en niet de oudere doelgroep. Het percentage is ook hoger dan in Nederland, waar 30% eenzaam is. In Capelle aan den IJssel is 8% van de inwoners van 16 jaar en ouder ernstig eenzaam. Ernstige eenzaamheid lijkt iets minder vaak voor te komen dan in Nederland, waar 10% ernstig eenzaam is (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007).

Eenzaamheid komt in het algemeen 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 Capelle aan den IJssel. Er worden vele 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.

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 een lastiger onderwerp van beleid. Er zijn geen effectieve eenzaamheidsinterventies bekend gericht op deze groep. Wanneer de eenzaamheid samenhangt met onzekerheid, gebrek aan assertiviteit of aan sociale vaardigheid kunnen mensen zich aanmelden voor een specifieke training van een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg.

De kans op sociaal isolement van volwassenen is kleiner wanneer zij een baan hebben of aan vrijwilligerswerk zinvolle contacten kunnen ontleen. Om deze reden wordt in Capelle aan den IJssel flink ingezet op participatie van volwassenen in vrijwilligerswerk.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Capelle aan den IJssel voor (zie *definities*). Volgens de ouders heeft 11% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen. Volgens de leerkrachten is dit percentage 9%. Bij 3% van de kinderen is volgens zowel de ouders als de leerkrachten sprake van psychosociale problemen. Bij 15% van de 12- en 13-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen.

Bij 12- en 13-jarigen ligt het percentage leerlingen met een ongunstige score op emotionele problemen (zoals gebrek aan zelfvertrouwen en teruggetrokken gedrag) op 21%. Van de 12- en 13-jarigen heeft 22% wel eens suïcidegedachten en 3% heeft daadwerkelijk een suïcidepoging ondernomen.

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 kan, afhankelijk van de mate van de problematiek, het functioneren in het dagelijks leven beïnvloeden en kan in ernstige gevallen 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 landelijke volksgezondheidsbeleid en het lokale beleid in Capelle aan den IJssel. 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.
- 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.

De gemeente Capelle aan den IJssel heeft veel aandacht voor de psychische gezondheid van haar inwoners en zet extra in op de jeugd (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2008). Hierop is ook een speciaal actieprogramma in ontwikkeling.



➤ Uit metingen door de jeugdgezondheidszorg blijkt dat in Capelle aan den IJssel 7% van de 2-jarigen en 8% van de 5- en 6-jarigen matig overgewicht heeft, 1% van de 2-jarigen en 3% van de 5- en 6-jarigen heeft obesitas. Op basis van zelfgerapporteerde gegevens blijkt dat 10% van 12- en 13-jarigen te zwaar is. Hierbij dient in gedachten te worden gehouden dat dit percentage in werkelijkheid waarschijnlijk iets hoger ligt, omdat jongeren geneigd zijn de verhouding van lengte en gewicht gunstiger in te schatten dan feitelijk het geval is (Jansen et al., 2006).

Volwassenen hebben ook vaak te kampen met overgewicht. Bijna 50% van de 16- tot 55-jarigen heeft (ernstig) overgewicht en 60% van de 55-plussers. Ernstig overgewicht onder 16- tot 55-jarigen komt in Capelle aan den IJssel vaker voor dan in de andere regiogemeenten (17% tegenover 12%). Ten opzichte van 2005 is er geen verandering waarneembaar. Matig overgewicht komt meer voor bij mannen en obesitas meer bij vrouwen. Overgewicht komt bij diverse allochtone groepen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen) vaker voor dan bij autochtonen.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten voor overgewicht. In Capelle aan den IJssel ontbijten vrijwel alle 2-jarigen, net als de 5- en 6-jarigen. Het ontbijtgedrag van 12- en 13-jarigen is slechter: van hen ontbijt 17% minder dan 5 keer per week. De fruitnorm wordt door jongeren in Capelle aan den IJssel vaak niet gehaald (zie *Definities*). De helft van de 2-jarigen en de 5- en 6-jarigen haalt de fruitnorm. De inname van fruit is het laagst bij de 12- en 13-jarigen: van hen haalt slechts een kwart de norm.

Van de 2-jarigen speelt 53% minstens 5 dagen per week buiten. Het sporten buiten schooltijd neemt toe met de leeftijd: van de 5- en 6-jarigen sport 46% minstens 2 dagen per week buiten schooltijd, van de 12- en 13-jarigen doet 77% dit. Volwassenen bewegen vaak te weinig. Van de 16- tot 55-jarigen haalt 45% de beweegnorm niet. Het beweeggedrag van de 55-plussers is iets beter, maar nog haalt 34% de beweegnorm niet. Hoewel volwassenen in Capelle aan den IJssel de beweegnorm dus vaak niet halen, is het beweeggedrag wel vergelijkbaar met 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 pesten, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en mogelijk 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.

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.

Zowel voor de jeugd als voor volwassenen wil Capelle aan den IJssel dat het percentage inwoners met overgewicht niet verder stijgt (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2008). De gemeente wil dit bereiken door verschillende maatregelen. Zo wil de gemeente bijvoorbeeld dat er op scholen voorlichting wordt gegeven over een gezonde leefstijl. Met het lokale vergunningenbeleid wil de gemeente voorkomen dat snackbars zich vestigen bij scholen en sportkantines en de infrastructuur moet dagelijks bewegen stimuleren. Daarnaast wordt stevig ingezet op sportstimulering.



➤ Van de jongeren van 12 en 13 jaar in Capelle aan den IJssel heeft 17% in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken en 12% van de jongeren heeft in de laatste 4 weken bij een gelegenheid meer dan 5 glazen gedronken. In een aantal gemeenten in de regio wordt door jongeren minder gedronken dan in Capelle aan den IJssel, in een aantal gemeenten lijkt het alcoholgebruik door jongeren vergelijkbaar met Capelle aan den IJssel.

In vergelijking met de andere regiogemeenten overschrijden minder 16- tot 55-jarigen de norm aanvaardbaar alcoholgebruik. Toch overschrijdt 45% deze norm. Van de 55-plussers overschrijdt ongeveer een gelijk percentage de norm (44%).

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 alcohol drinker 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 steunt op vier pijlers:

- Draagvlak bij het publiek. Bijvoorbeeld door communicatie via de media, scholen en verenigingen.
- Regelgeving in relatie tot de beschikbaarheid van alcohol. Onder meer door afspraken te maken met de horeca over alcoholmarketing, sluitingstijden, toelatingsbeleid en schenkeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De school is een goede plaats om jongeren te bereiken.

De gemeente Capelle aan den IJssel zet het 'Aanvalsplan Alcohol' in om het alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen. Voorgesteld wordt de leeftijd waarop jongeren gaan drinken te verhogen, het overmatig alcoholgebruik tegen te gaan, drinken in de openbare ruimte terug te dringen en schadelijk alcoholgebruik onder de jeugd zo vroeg mogelijk te signaleren. Hierbij wordt samen gewerkt met onder andere Bouman GGZ, politie, GGD, LinC, lokale ondernemers en de Jeugdraad van Capelle aan den IJssel. De gemeente wil begin 2010 ook ouders meer bij het plan betrekken omdat hun houding ten opzichte van het alcoholgebruik van hun kinderen en van zichzelf moet veranderen. Via de Gezonde School Methode wordt gestimuleerd dat de scholen in Capelle aan IJssel aandacht besteden aan alcohol en drugs. Ook de politie gaat in haar gastlessen op scholen aandacht besteden aan alcoholgebruik. Alcoholgebruik van jongeren en volwassenen is speerpunt van het volksgezondheidsbeleid van de gemeente (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2008). Zij wil dat het percentage overmatige drinkers (volwassenen) tot 2009 gelijk blijft en dat er in 2013 een daling van 1% bereikt is ten opzichte van het percentage van 2005. Ook wil de gemeente dat het percentage jeugdigen dat alcohol gebruikt, afneemt van 20% naar 18%.



➤ In de gemeente Capelle aan den IJssel rookt minder dan 1% van de 12- tot en met 13-jarigen. Van de inwoners van 16 tot 55 jaar rookt 24% en van de 55-plussers rookt 17%. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de regiogemeenten.

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 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. 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. Verenigingen met veel jongere leden kunnen roken ontmoedigen en toezien op naleving van het rookverbod in bijvoorbeeld de sportkantine.

De gemeente Capelle aan den IJssel volgt in haar beleid de landelijke doelstelling om het percentage rokers terug te brengen naar 20% in 2010 (Gemeente Capelle aan den IJssel, 2008). Zij geeft daarbij speciale aandacht aan de jeugdigen.



➤ In Capelle aan den IJssel geeft 8% van de inwoners van 16 tot 55 jaar en 4% van de 55-plussers aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. In 2009 kwamen bij de politie 554 meldingen van huiselijk geweld binnen, dit komt neer op 85 meldingen per 10.000 inwoners. Gemiddeld worden in de regiogemeenten 55 meldingen per 10.000 inwoners gedaan en in Nederland 39 meldingen per 10.000 inwoners.

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) Capelle aan den IJssel. 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.

In 2010 wordt er in Capelle aan den IJssel een nieuwe integrale visie op huiselijk geweld en kindermishandeling opgesteld. Er is regionaal al een brede inventarisatie uitgevoerd van alle aangeboden ondersteuning bij kindermishandeling die hierin verwerkt zal worden. Ook heeft Capelle aan den IJssel meegewerkt aan een regionale visie waarin onder andere gepleit wordt voor invoering van de Meldcode per 2011 om vroegtijdig huiselijk geweld te signaleren.



➤ Bijna elke gemeente kent een groep mensen die problemen hebben op verschillende leefgebieden. In lokale zorgnetwerken worden deze mensen geholpen middels een ketenaanpak waarbij relevante hulp- en zorgverleners met elkaar samenwerken. In 2009 waren er in de gemeente Capelle aan den IJssel 164 meldingen; 25 per 10.000 inwoners.

Bij mensen met complexe problematiek is vaak sprake van een opeenstapeling van problemen. Ze verwaarlozen zichzelf, verkeren in een sociaal isolement, zijn in de war en/ of veroorzaken overlast en hebben vaak financiële problemen. De opeenstapeling van problemen kan uiteindelijk leiden tot uithuiszetting, opname in een psychiatrisch ziekenhuis of dak- en thuisloosheid. Omdat het hier gaat om mensen die zorgmijddend zijn, moeten zij vanuit de hulpverlening actief worden benaderd. De hulpverlening moet in omvang en deskundigheid in staat zijn de noodzakelijke hulp, zoals maatschappelijk werk, te bieden. Omdat de problematiek niet door één organisatie kan worden opgelost, is samenwerking tussen verschillende instanties, in de directe leefomgeving van de cliënt, geboden.

De gemeente Capelle aan den IJssel heeft een actief en outreachend Lokaal Zorgnetwerk waarin vele diverse partners middels een ketenaanpak de verschillende problemen van een persoon of een huishouden oppakken. De werkwijze is in 2009 helder omschreven en wordt in 2010 in een convenant omgezet.



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

In Capelle aan den IJssel ligt 4% van de woningen direct aan een drukke binnenstedelijke weg. Dit betekent dat bewoners van ongeveer 1.050 woningen in een gebied woont 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.

In de gemeente Capelle aan den IJssel wordt in het visiedocument 'Op weg naar een milieubeleidsplan 2009-2012' vastgehouden aan de wettelijke verplichtingen. Aanbevolen wordt te proberen het autoverkeer terug te dringen en openbaar vervoer en fietsverkeer te bevorderen. Ook is het met het oog op de gezondheid raadzaam waar mogelijk te voorkomen dat woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van een rijksweg of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Geluid en gezondheid

Ruim 1 op de 5 inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidshinder. Bijna een kwart van de inwoners wordt gehinderd door geluid van auto's. Bromfietsen en scooters veroorzaken bij een derde van de bewoners hinder.

Geluid wordt steeds meer een 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. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Daarnaast kunnen ook onder de wettelijke norm daarom nadelige gezondheidseffecten optreden.

In de gemeente Capelle aan den IJssel is in het visiedocument 'Op weg naar een milieubeleidsplan 2009-2012' gekozen voor een hoog ambitieniveau voor geluid. Dat houdt in dat de gemeente verder wil gaan dan de wettelijk verplichte taken en extra inspanningen wil leveren om een hoogwaardige leefomgeving te bereiken.

Groen en gezondheid

Bijna iedereen vindt groen belangrijk. Tweederde van de inwoners van 16 tot 55 jaar geeft het groen in de buurt een voldoende en vindt ook dat men er actief kan recreëren. De helft vindt dat men er tot rust kan komen en vindt dat er genoeg groen is. Bij de 55-plussers ligt het aandeel hoger.

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.

In de gemeente Capelle aan den IJssel is in het visiedocument 'Op weg naar een milieubeleidsplan 2009-2012' gekozen voor een basis ambitieniveau voor groen en natuur. Dat betekent dat de wettelijke verplichtingen leidend zijn.

Tot slot

4

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 Sluyster 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 Capelle aan den IJssel. Samen gezond in Capelle. Nota Volksgezondheid 2008-2011. Capelle aan den IJssel: Gemeente Capelle aan den IJssel, 2008.

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

Jansen W, Looij-Jansen PM van de, Ferreira I, Wilde EJ de, Brug J. Differences in measures and self-reported height and weight in Dutch adolescents. Ann Nutr Metab 2006;50:339-346.

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

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

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

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

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

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

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

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 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.

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 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 kg/m^2 .

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

Psychische problemen voor 5- en 6-jarigen zijn gemeten met het Kort Instrument

Psychologische en Pedagogische Probleeminventarisatie (Monitor KIPP 5).

Voor het meten van de *psychosociale gezondheid* van 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 Capelle aan den IJssel

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR	NL
Totale sterfte				
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	593 ●	9.740 ●	137.539
Mannen (2003-2006)		278 ●	4.554 ●	66.743
Vrouwen (2003-2006)		315 ●	5.186 ●	70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	91 ●	96 ●	84
Mannen (2003-2006)		88 ●	91 ●	83
Vrouwen (2003-2006)		93 ●	100 ●	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerd per 10.000 inwoners per jaar	79 ●	81 ●	77
Mannen (2003-2006)		75 ●	78 ●	73
Vrouwen (2003-2006)		82 ●	84 ●	79
Totaal (2003-2006)	SMR	103	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		103	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		103	105 ▼	100
Ziekten van het hart- en vaatstelsel				
Totaal (2003-2006)	SMR	106	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		109	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		104	104 ▼	100
Kwaadaardige nieuwvormingen				
Totaal (2003-2006)	SMR	104	104 ▼	100
Mannen (2003-2006)		100	103 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		109	107 ▼	100
Ziekten van de ademhalingsorganen				
Totaal (2003-2006)	SMR	82 ▲	100	100
Mannen (2003-2006)		91	99	100
Vrouwen (2003-2006)		74 ▲	102	100
Levensverwachting bij de geboorte				
Totaal (2003-2006)	Jaren	79,2	78,6 ▼	79,4
Mannen (2003-2006)		77,1	76,3 ▼	77,0
Vrouwen (2003-2006)		81,0	80,8 ▼	81,6

▲ Significant gunstiger dan in Nederland.

▼ Significant ongunstiger dan in Nederland.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Chronische aandoeningen				
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	49	46	
55 jaar en ouder (2008)		80	77	
Diabetes				
16-55 jaar (2008)	%	2	2	
55 jaar en ouder (2008)		9	11	
0 jaar en ouder (2004-2007)			4	4
Migraine/ ernstige hoofdpijn				
16-55 jaar (2008)	%	17	16	
55 jaar en ouder (2008)		7	8	
0 jaar en ouder (2004-2007)			14 ▼	12
Hoge bloeddruk				
16-55 jaar (2008)	%	8	7	
55 jaar en ouder (2008)		31	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)			12	11
Luchtwegaandoeningen				
16-55 jaar (2008)	% astma/ copd	9	7	
55 jaar en ouder (2008)		9	9	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% chronische klachten aan luchtwegen		8	8
Aandoening aan rug				
16-55 jaar (2008)	%	8	9	
55 jaar en ouder (2008)		11	13	
0 jaar en ouder (2004-2007)			9	9
Artrose van heup/ knie				
16-55 jaar (2008)	%	7	6	
55 jaar en ouder (2008)		32	31	
0 jaar en ouder (2004-2007)			11	10
Aandoening nek/ schouder				
16-55 jaar (2008)	%	10	9	
55 jaar en ouder (2008)		13	13	
Aandoening elleboog/ pols/ hand				
16-55 jaar (2008)	%	5	4	
55 jaar en ouder (2008)		9	9	
Depressiviteit				
16-55 jaar (2008)	%	11 ▼	7	
55 jaar en ouder (2008)		8	8	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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 in Nederland.

▼ Significant ongunstiger dan in Nederland.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Kanker				
16-55 jaar (2008)	%	2 ▼	1	
55 jaar en ouder (2008)		10 ▼	6	
Darmstoornissen				
16-55 jaar (2008)	%	5	4	
55 jaar en ouder (2008)		7 ▼	5	
ADL-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	9	9	
HDA-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	15	15	
Beperking in horen				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	5	6	
Beperking in zien				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	5	6	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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 in Nederland.

▼ Significant ongunstiger dan in Nederland.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Bevolkingsonderzoek				
Borstkanker (2006) ¹	% deelname	74 ●	72	
Baarmoederhalskanker (2008) ²	Beschermingsgraad	66 ●	64	
Infectieziekten				
Hepatitis B acuut (2008) ³	Aantal meldingen	0 ●	11	
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008) ³		11 ●	54	
Kinkhoest (2008) ³		106 ●	529	
Tuberculose (2008) ³		4 ●	22	
Tuberculose (2008) ³	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	224 ●	1.340	

¹ GGD RR is hier inclusief Rotterdam, maar exclusief 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 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Vaccinatie				
2 jaar (2009) ³	% gevaccineerd ⁴	92 ●	95	
10 jaar (2009) ³	% gevaccineerd ⁵	89 ●	93	

¹ GGD RR is hier inclusief Rotterdam, maar exclusief 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	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Ervaren gezondheid				
2 jaar (2007-2008)	% gaat wel tot slecht	4		
5-6 jaar (2007-2008)		4		
0-11 jaar				5
12-13 jaar (2007-2008)		16		
12-17 jaar				10
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	11	10	
55 jaar en ouder (2008)		19	22	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% minder goed		29 ▼	19
Eenzaamheid				
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	39 ▼	33	
55 jaar en ouder (2008)		38	38	
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	17 ▼	10	
55 jaar en ouder (2008)		11	12	
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	29 ▼	24	
55 jaar en ouder (2008)		27	28	
Depressie				
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	6	5	
55 jaar en ouder (2008)		5	4	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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 weggevoerd van huis.

▲ Significat gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significat ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Psychofarmaca	% gebruikers			
16-55 jaar (2008)		4	5	
55 jaar en ouder (2008)		11	9	
Regie over eigen leven				
55 jaar en ouder (2008)	% onvoldoende regie	24	22	
Psychosociale problemen				
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens de ouders	11		
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens de leerkracht	9		
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychische problemen volgens ouder én leerkracht	3		
12-13 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op SDQ	15		
12-16 jaar (2005)				16
Emotionele problemen				
2 jaar (2007-2008)	% vaak van streek/ huilt snel volgens de ouders	8		
5-6 jaar (2007-2008)		11		
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak van streek/ huilt snel volgens de leerkracht	4		
2 jaar (2007-2008)	% maakt neerslachtige/ verdrietige indruk volgens de ouders	<1		
5-6 jaar (2007-2008)		2		
5-6 jaar (2007-2008)	% maakt neerslachtige/ verdrietige indruk volgens de leerkracht	1		
12-13 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen	21		
12-16 jaar (2005)				15
Ontwikkeling/ gedrag				
2 jaar (2007-2008)	% ouder maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	11		
5-6 jaar (2007-2008)		13		
5-6 jaar (2007-2008)	% leerkracht maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	22		
5-6 jaar (2007-2008)	% ouder en leerkracht maken zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	4		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Suicide				
12-13 jaar (2007-2008)	% suicidegedachten in afgelopen jaar	22		
12-13 jaar (2007-2008)	% ooit suicidepoging gedaan	3		
Probleemgedrag				
2 jaar (2007-2008)	% met drie of meer ongunstige antwoorden op probleemgedrag volgens de ouders ²	21		
5-6 jarigen		10		
5-6 jarigen	% met ongunstige score op probleemgedrag volgens de leerkracht ²	6		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal ³ - tenminste 1 keer in afgelopen 12 maanden	61		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal ³ - meer dan 1 keer in afgelopen 12 maanden	47		
12-13 jaar (2007-2008)	% vandalisme in afgelopen 12 mnd	31		
14-15 jaar				
12-13 jaar (2007-2008)	% gevecht in afgelopen 12 mnd	34		
12-13 jaar (2007-2008)	% diefstal (incl. zwartrijden) in afgelopen 12 mnd	43		
12-13 jaar (2007-2008)	% ernstig geweldsdelict in afgelopen 12 mnd	11		
12-13 jaar (2007-2008)	% ouders mishandeld in afgelopen 12 mnd	6		
12-13 jaar (2007-2008)	% weggelopen in afgelopen 12 mnd	4		
Wapenbezit				
12-13 jaar (2007-2008)		7		
Spijbelen				
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak ongeoorloofd afwezig van school	2		
12-13 jaar (2007-2008)	% gespijbeld in afgelopen vier weken	4		
12-16 jaar (2005)				14

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Pesten				
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd geplaagd wordt volgens de ouders	<1		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd geplaagd wordt volgens de leerkracht	1		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de ouders	3		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de leerkracht	5		
12-13 jaar (2007-2008)	% dat tenminste één keer per week wordt gepest	4		
12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand gepest wordt			7
12-13 jaar (2007-2008)	% dat tenminste één keer per week anderen pest	3		
12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand anderen pest			9
Ingrijpende gebeurtenissen				
2 jaar (2007-2008)	% dat tenminste 1 ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt in afgelopen 2 jaar	61		
5-6 jaar (2007-2008)		59		
2 jaar (2007-2008)	% dat ooit tenminste 1 ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt	66		
5-6 jaar (2007-2008)		80		
12-13 jaar (2007-2008)		93		
Problematiek thuis				
12-13 jaar (2007-2008)	% met problematiek thuis	25		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Matig overgewicht				
2 jaar (2007-2008)		7		
2 jaar (1996-1997)				8
5-6 jaar (2007-2008)		8		
5-6 jaar (2002-2004)				10
12-13 jaar (2007-2008)		8		
16-55 jaar (2008)	% BMI 25-30	32	33	
55 jaar en ouder (2008)		45	44	
20 jaar en ouder (2004-2007)	% BMI ≥25		46	46
Obesitas				
2 jaar (2007-2008)		1		
2 jaar (1996-1997)				1
5-6 jaar (2007-2008)		3		
5-6 jaar (2002-2004)				4
12-13 jaar (2007-2008)		1		
16-55 jaar (2008)	% BMI ≥30	17	▼ 12	
55 jaar en ouder (2008)		15	16	
20 jaar en ouder (2004-2007)			13	▼ 11
Voeding				
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	99		
5-6 jaar (2007-2008)		97		
12-13 jaar (2007-2008)		83		
2 jaar (2007-2008)	% dat voldoet aan de fruitnorm	50		
5-6 jaar (2007-2008)		50		
12-13 jaar (2007-2008)		27		
12-16 jaar (2005)	% dat dagelijks fruit eet			29
2 jaar (2007-2008)	% dat dagelijks groente eet	43		
5-6 jaar (2007-2008)		38		
12-13 jaar (2007-2008)		41		
12-16 jaar (2005)				41
2 jaar (2007-2008)	% dat meer dan twee glazen fris drinkt	32		
5-6 jaar (2007-2008)		42		
12-13 jaar (2007-2008)		42		
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥3 tussendoortjes per dag eet	3		
5-6 jaar (2007-2008)		3		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Lichaamsbeweging				
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week buiten speelt	53		
5-6 jaar (2007-2008)		57		
3 jaar (2005)	% dat (bijna) iedere dag buiten speelt			60
5-12 jaar (2005)				67
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	46		
12-13 jaar (2007-2008)		77		
12-13 jaar (2007-2008)	% dat lid is van sportvereniging	64		
12-16 jaar (2005)				67
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥1 uur per dag tv kijkt/ computert	60		
5-6 jaar (2007-2008)		71		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 uur per dag tv kijkt/ computert	32		
12-13 jaar (2007-2008)		82		
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	45	41	
55 jaar en ouder (2008)		34	30	
12 jaar (2008) en ouder (2004-2007)			53	▼ 46
Alcoholgebruik				
11-12 jaar (2005)	% dat wel eens alcohol heeft gedronken			49
12-13 jaar (2007-2008)		35		
12-16 jaar (2005)				77
11-12 jaar (2005)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken			14
12-13 jaar (2007-2008)		17		
12-13 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken bij een gelegenheid in de laatste 4 weken	12		
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	8	8	
55 jaar en ouder (2008)		11	11	
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	45	▲ 51	
55 jaar en ouder (2008)		44	41	
Roken				
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gerookt	18		
12-16 jaar (2005)				33
12-13 jaar (2007-2008)	% dagelijkse rokers	<1		
12-16 jaar (2005)				8
16-55 jaar (2008)	% rokers	24	26	
55 jaar en ouder (2008)		17	17	
12 jaar (2008) en ouder (2004-2007)			30	29

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Drugsgebruik				
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in afgelopen 4 weken	<1		
12-16 jaar (2005)				7
12-13 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	5	6	
Seksueel risicogedrag				
12-13 jaar (2007-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	4		
12-16 jaar (2005)				15
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	9	7	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Huiselijk geweld				
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	8	7	
55 jaar en ouder (2008)		4	4	
Politie meldingen Huiselijk geweld				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten	554	● 2.396	
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten per 10.000 inwoners	85	● 55	39
Meldingen Lokaal Zorgnetwerk				
Meldingen LZN (2009)	Aantal meldingen	164	●	
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	25	●	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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 in Nederland.
▼ Significant ongunstiger dan in Nederland.
● Significantie is niet berekend.

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Geluidshinder				
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	21	24	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door bromfietsen	36	34	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door burenen	25	24	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door wegen <50 km/u	23	24	
Groenbeleving in de buurt				
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	67	70	
55 jaar en ouder (2008)		88	87	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	96	96	
55 jaar en ouder (2008)		99	97	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	54	60	
55 jaar en ouder (2008)		70	71	
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	68	70	
55 jaar en ouder (2008)		71	72	
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	55	56	
55 jaar en ouder (2008)		74	72	
Buurtbeleving				
2 jaar (2007-2008)	% ouders dat tevreden is over de buitenspeelmogelijkheden in de buurt	93		
5-6 jaar (2007-2008)		95		
Luchtvervuiling				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	39		
	% <100 m rijksweg	0		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	1.045		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	4		
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	4		
	% 100-300 m rijksweg	0		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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	Capelle aan den IJssel	GGD RR ¹	NL
Huisarts				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	70	70	
55 jaar en ouder (2008)		81	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)		65	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)		8	8	
Mantelzorg				
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	12	▲ 9	
55 jaar en ouder (2008)		18	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	9	8	

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Capelle aan den IJssel 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 in Nederland.

▼ Significant ongunstiger dan in Nederland.

● 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).

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