



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Lansingerland



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de gemeente Lansingerland	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	26
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	27
	Definities	29
	Afkortingen	34
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Lansingerland	36

1 Inleiding

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

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

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Lansingerland

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

- De inwoners van Lansingerland zijn gezonder dan inwoners uit de rest van de regio, ook de sterfte is lager.
- Hoewel eenzaamheid in Lansingerland minder vaak voorkomt dan in de regio, is het aantal mensen dat zich eenzaam voelt toch hoog. 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 Lansingerland een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik in Lansingerland is punt van aandacht. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Lansingerland een bedreiging voor de volksgezondheid. Vooral voorkomen dat jongeren beginnen met roken is van belang.
- Het groen in Lansingerland biedt volop mogelijkheden tot recreatie, maar vanwege de ligging van de gemeente zijn luchtkwaliteit en geluidshinder aandachtspunten voor beleid.

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

Leeswijzer

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

De inwoners van de gemeente Lansingerland

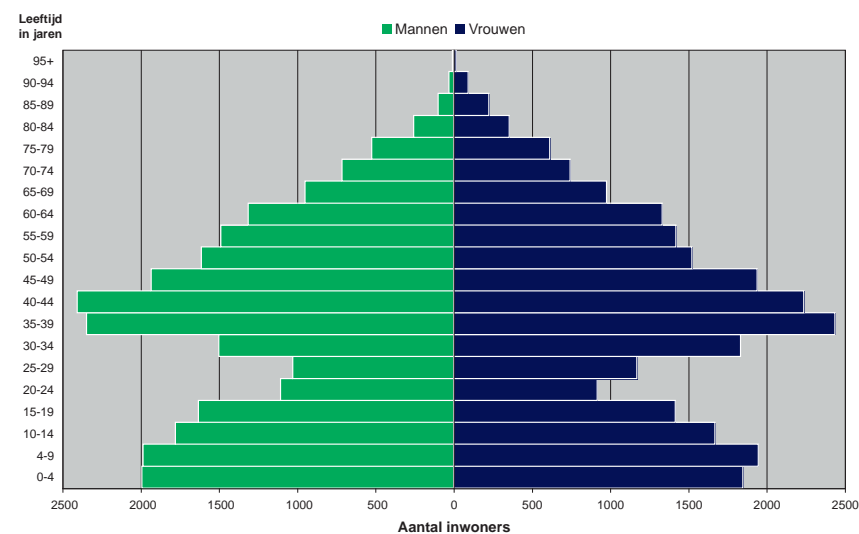
2

Lansingerland is de gemeente die op 1 januari 2007 is ontstaan uit de fusie van Berkel en Rodenrijs, Bleiswijk en Bergschenhoek. Deze naam is gekozen uit een prijsvraag en komt voort uit de naam Lansingh, de landscheiding tussen Delfland en Schieland die tussen de dorpen van de B-driehoek door loopt. De keuze van de naam is symbolisch: de naam van de grens die het gebied altijd verdeeld heeft, verenigt nu de drie gemeenten aan weerszijden van de grens. Met het oog op de spelling is ervoor gekozen om de -h- in Lansingh weg te laten.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de gemeente Lansingerland 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. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de formele cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Deze cijfers wijken soms af van de gegevens van de gemeentelijke basisadministratie van de gemeente.

Aantal inwoners en leeftijdsopbouw

De gemeente Lansingerland had op 1 januari 2008 49.411 inwoners. In *figuur 2.1* is de demografische opbouw van de gemeente Lansingerland te zien.

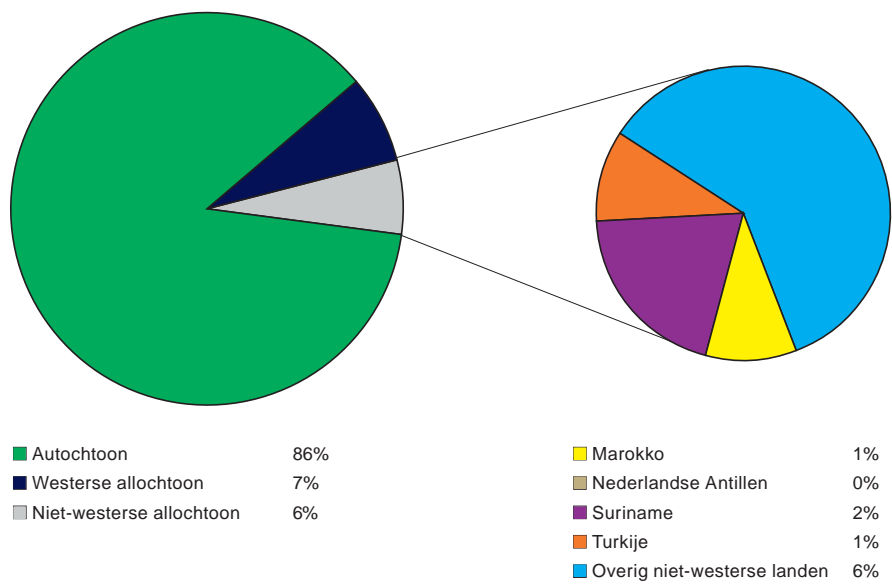


Figuur 2.1: Demografische opbouw in Lansingerland op 1 januari 2008 (Bron: CBS StatLine, 2009)

In Lansingerland wonen relatief weinig 20- tot 30-jarigen, de groep 35- tot 45-jarigen is ruim vertegenwoordigd. De grijze druk in Lansingerland is lager dan in Nederland (19% tegenover 24%) en de groene druk is hoger (48% tegenover 39% in Nederland).

Etniciteit

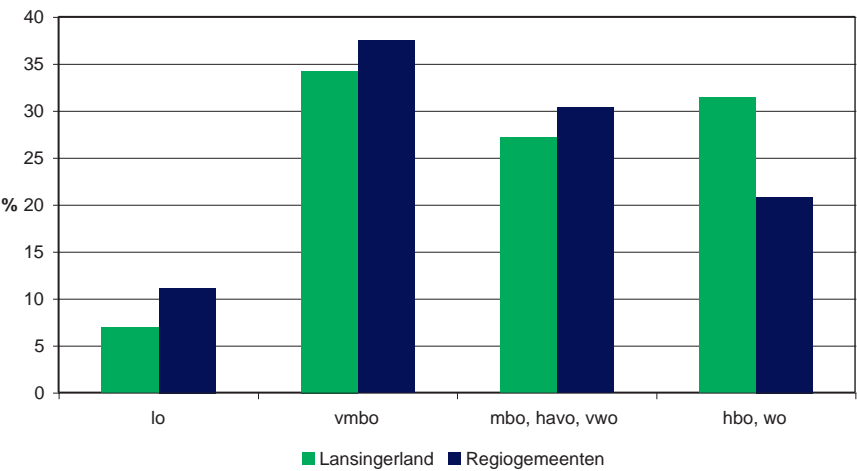
Van de inwoners van Lansingerland is 14% allochtoon; de helft van hen heeft een niet-westerse herkomst (figuur 2.2). In Lansingerland wonen in vergelijking met Nederland (20%) minder allochtonen.



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

Opleidingsniveau

Het gemiddelde opleidingsniveau in Lansingerland is hoger dan in de andere regiogemeenten die tot 2010 tot het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond behoorden (figuur 2.3 en Definities). Het percentage inwoners met een hbo of wo opleiding is in Lansingerland 11% hoger dan in de andere regiogemeenten (32% tegenover 21%).



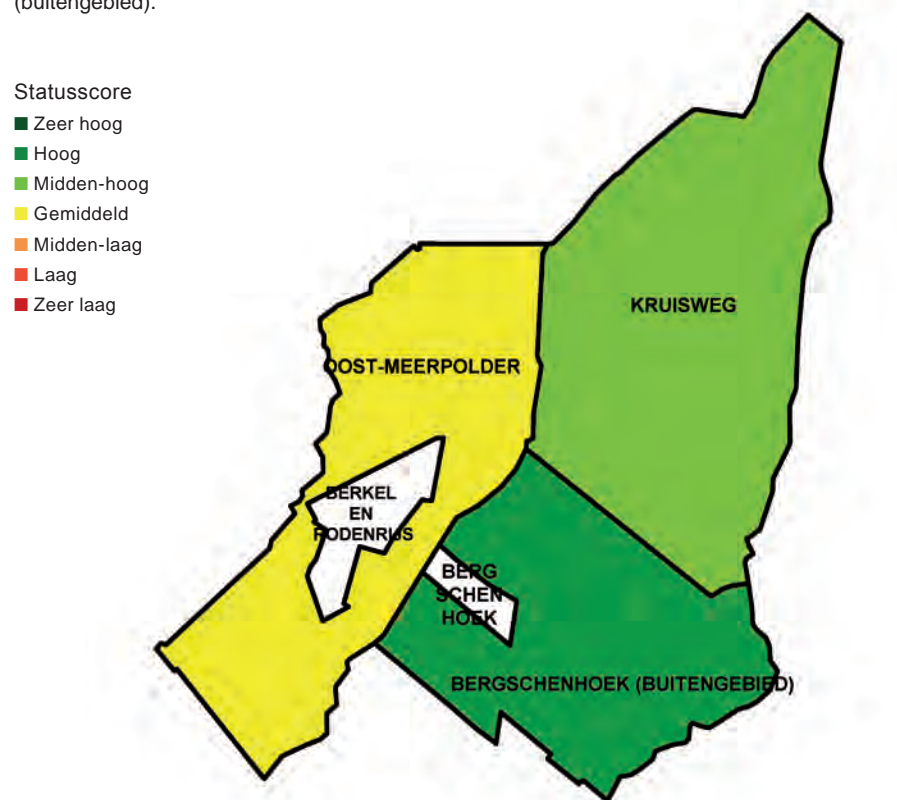
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Lansingerland en de regiogemeenten (Bron: Gezondheidsenquête, 2008)

Sociaaleconomische status

Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Lansingerland 25.500 euro per huishouden. Dit is hoger dan gemiddeld in Nederland waar dit 21.600 euro bedraagt. Van de kinderen leeft 2% in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Lansingerland is 21%; dit is lager dan in Nederland en Rotterdam (35 en 47%). De helft van de huishoudens bestaat uit meerpersoonshuishoudens met kinderen.

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

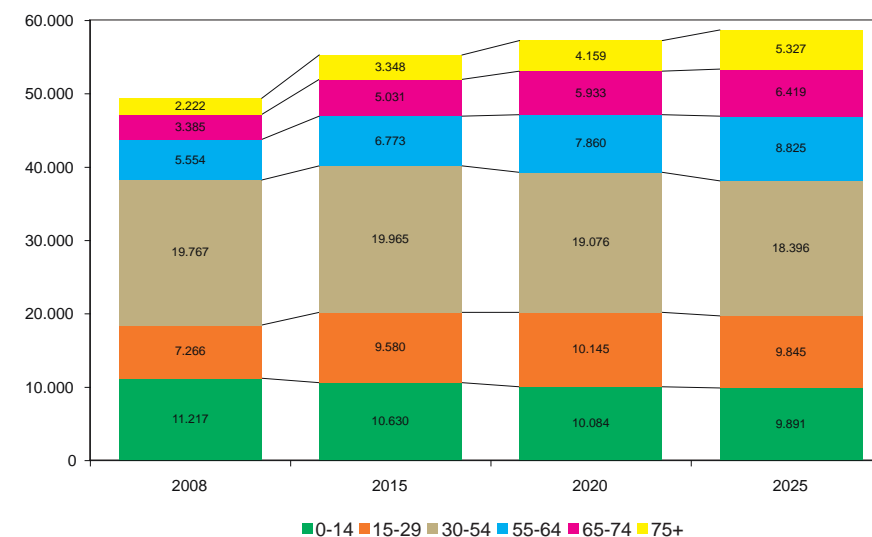
In *figuur 2.4* is de statusscore te zien voor de gemeente Lansingerland. De scores van Lansingerland variëren van gemiddeld in de Oost-Meerpolder tot hoog in Bergschenhoek (buitengebied).



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

Bevolkingsprognose

De omvang van de bevolking van Lansingerland zal in de komende jaren groeien van 49.400 inwoners in 2008 naar 58.700 inwoners in 2025. Dit is te zien in *figuur 2.5*. Uit de figuur blijkt dat de gemeente de komende jaren te maken krijgt met een vergrijzende bevolking. De sterkste toename is zichtbaar bij de groep van 75 en ouder, deze groep zal met 140% toenemen. Ook de groep tussen de 55 en 75 jaar zal sterk toenemen en wel met 71%. De vergrijzing heeft allerlei maatschappelijke gevolgen, onder andere op het gebied van de gezondheidszorg en de ouderenzorg.



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

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

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



➤ De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen uit Lansingerland is 78,6 jaar en voor vrouwen 82,1 jaar. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse levensverwachting. Volwassenen zijn relatief gezond in Lansingerland.

De totale sterfte in Lansingerland is lager dan in Nederland. Ook de sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen is in Lansingerland lager dan in Nederland. Vooral de sterfte van mannen is gunstig.

Bij slechts 2% van de 5- en 6-jarigen is de ervaren gezondheid gaat wel tot slecht. Voor 10- en 11-jarigen is dit 14% en voor 12- en 13-jarigen is het 10%. Van de inwoners van 16 tot 55 jaar van Lansingerland ervaart 8% zijn gezondheid als matig of slecht. Voor de 55-plussers geldt dat 15% van de inwoners de gezondheid als matig of slecht ervaart. De 55-plussers uit Lansingerland ervaren hun gezondheid beter dan gemiddeld in de andere regiogemeenten.

Ook het percentage inwoners dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben, is in Lansingerland lager dan in de andere regiogemeenten. 40% van de 16- tot 55-jarigen en driekwart van de 55-plussers geeft aan minstens één ziekte of aandoening te hebben. Het percentage 16- tot 55-jarigen met een hoge bloeddruk is in Lansingerland lager dan in de andere regiogemeenten (4% tegenover 7%). De 55-plussers hebben minder vaak artrose van de heup of knie, aandoeningen aan de nek of schouder en HDA-beperkingen dan 55-plussers uit de andere regiogemeenten.

Niet alleen de fysieke gezondheid van volwassenen in Lansingerland is gunstiger dan in de andere regiogemeenten, maar ook het percentage eenzamen is lager en de sociale cohesie is hoger. De woning en de woonomgeving wordt beter beoordeeld en inwoners van Lansingerland voelen zich minder vaak onveilig dan inwoners uit de andere regiogemeenten. Bovendien beoordelen de inwoners van Lansingerland hun manier van leven positiever dan inwoners uit de andere regiogemeenten.



Van de inwoners van 16 jaar en ouder van Lansingerland is 29% eenzaam. De eenzaamheid in Lansingerland is vergelijkbaar met landelijke cijfers. In vergelijking met de andere regiogemeenten zijn de inwoners van 16 jaar en ouder in Lansingerland minder vaak eenzaam. Vooral 16- tot 55-jarigen zijn minder vaak eenzaam (27% tegenover 33%). In Lansingerland is 4% van de inwoners van 16 jaar en ouder ernstig eenzaam. Ernstige eenzaamheid lijkt iets minder vaak voor te komen in Lansingerland dan in Nederland, waar 10% ernstig eenzaam is (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Eenzaamheid komt vaker voor bij mensen van 75 jaar en ouder, allochtonen, mensen met een laag of middelbaar opleidingsniveau en mensen die moeite hebben om van hun inkomen rond te komen. Vrouwen zijn vaker emotioneel eenzaam, terwijl mannen vaker sociaal eenzaam zijn. De kans op sociale eenzaamheid neemt al toe vanaf de leeftijd van 35 jaar.

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

Er is in Nederland al lange tijd aandacht voor de problematiek van eenzaamheid van ouderen, ook in Lansingerland. 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. Effectieve gebleken interventies voor ouderen zijn veelal kleinschalige groepsactiviteiten (bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum) en vriendschapskursussen, gericht op het verbeteren van sociale contacten en het bevorderen van vriendschappelijke relaties.

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

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

De gemeente Lansingerland besteedt al aandacht aan de eenzaamheid in de gemeente en heeft mensen met eenzaamheid benoemd als risicogroep in de gemeentelijke gezondheidsnota (Gemeente Lansingerland, 2009).



➤ Psychische ongezondheid komt bij een deel van de jeugd in Lansingerland voor. Volgens de ouders heeft 9% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychische problemen. Volgens de leerkracht is dit percentage 7%. Ouders geven bij 9% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen en volgens leerkrachten is dit 2%. Bij 10% van de 12- en 13-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen.

Van de 10- en 11-jarigen rapporteert 18% een hoge score op sombere gevoelens. Bij 12- en 13-jarigen ligt het percentage leerlingen met een ongunstige score op emotionele problemen (zoals gebrek aan zelfvertrouwen en teruggetrokken gedrag) op 10%. 16% van de 12- en 13-jarigen heeft wel eens suïcidedachten.

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

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

- Primaire preventieprogramma's waarbij kinderen beter worden voorbereid op stressvolle situaties in hun latere leven. Voorbeelden zijn het lesprogramma 'Zippy's Vrienden' dat kinderen leert omgaan met tegenslagen en de verschillende weerbaarheid- 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.



Van de 5- en 6-jarigen uit Lansingerland heeft 5% (ernstig) overgewicht. Van de 10- en 11-jarigen is dit 14%. Bij 12- tot 13-jarigen is dit percentage lager, namelijk 5%. Deze laatste cijfers zijn echter gebaseerd op zelfrapportage. Uit onderzoek is bekend dat dit onderrapportage is (Jansen et al., 2006).

Het voorkomen van matig overgewicht loopt op met de leeftijd; van de inwoners van 16 tot 55 jaar heeft 32% overgewicht en bij 55-plussers betreft het 41%. Ook obesitas loopt op met de leeftijd; zo heeft 9% van de inwoners van 16 tot 55 jaar obesitas en 15% van de 55-plussers. Gemiddeld genomen is bij bijna de helft van de bevolking van Lansingerland sprake van een vorm van overgewicht. Dit wijkt niet af van de andere regiogemeenten. Ten opzichte van 2005 is het percentage inwoners van 16 jaar en ouder met overgewicht niet gestegen. Over het algemeen komt overgewicht meer voor bij mannen en obesitas meer bij vrouwen.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten voor overgewicht. In Lansingerland ontbijten vrijwel alle 5- en 6-jarigen, net als de 10- en 11-jarigen. Het ontbijtgedrag van 12- en 13-jarigen is slechter; van hen ontbijt 10% minder dan 5 keer per week. De fruitnorm wordt door jongeren in Lansingerland vaak niet gehaald. Een derde van de 5- en 6-jarigen haalt de fruitnorm. De inname van fruit is het laagst bij de 10- en 11-jarigen; van hen haalt slechts 21% de norm. Ook de groente-inname kan beter; slechts een derde van de kinderen en jongeren eet dagelijks groente.

De helft van de 5- en 6-jarigen speelt minstens 5 dagen per week buiten. Ook van de 10- en 11-jarigen speelt de helft minstens 5 dagen per week buiten. Het sporten buiten schooltijd neemt toe met de leeftijd; van de 5- en 6-jarigen sport 62% minstens 2 dagen per week buiten schooltijd, van de 10- en 11-jarigen sport 75% minstens 2 dagen per week buiten schooltijd en

van de 12- en 13-jarigen doet 79% dit. Volwassenen bewegen vaak te weinig. 42% van de 16- tot 55-jarigen haalt de beweegnorm niet. Het beweeggedrag van de 55-plussers is iets beter, maar nog haalt 24% de beweegnorm niet. Het percentage 55-plussers dat de beweegnorm haalt is overigens hoger dan in 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 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 dat een wandeling of fietstocht aantrekkelijk zijn.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat keuze voor gezonde voeding een gemakkelijke keuze is: gezonde voeding in automaten, voorlichting over en promotie van gezonde voeding in de lokale supermarkten.

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Het programma sluit aan op de 'Beweegkuur' van het ministerie van VWS. '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 Lansingerland.

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

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

In de gemeente Lansingerland is preventie van overgewicht een belangrijk thema (Gemeente Lansingerland, 2009). De gemeente wil er onder andere voor zorgen dat er een passend en wervend beweegaanbod is voor kinderen en jongeren en een laagdrempelig beweegaanbod voor ouderen. Daarnaast wil de gemeente de bevolking tot bewegen stimuleren door de aanleg van gecertificeerde en/ of bewegwijzerde wandel- en fietsroutes in de drie kernen.



➤ Van de 12- en 13-jarigen in Lansingerland heeft 10% in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken. Van de 12- en 13-jarigen heeft 6% bij een gelegenheid in de laatste 4 weken 5 of meer glazen alcohol gedronken.

Van de volwassenen van 16 tot 55 jaar in Lansingerland is 7% overmatige drinker. Onder 55-plussers is dit 13%. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde in de regio.

Bijna de helft van de volwassenen uit Lansingerland overschrijdt de norm aanvaardbaar alcoholgebruik. Ook dit is vergelijkbaar met het gemiddelde in de regio.

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk. Alcoholgebruik heeft invloed op alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig aandoeningen (Kuunders & Van Laar, 2009). De schadelijkheid van het drinken van alcohol op jonge leeftijd staat steeds

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

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

Effectief lokaal alcoholbeleid stoelt op vier pijlers:

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

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

In de nota volksgezondheid van de gemeente Lansingerland wordt een (te) hoog alcoholgebruik benoemd als één van de punten waarop actie wordt ondernomen (Gemeente Lansingerland, 2009). De gemeente maakt een plan om het gebruik van alcohol te matigen, te beginnen bij de groep jongeren van 12-18 jaar. Het jongerenwerk, scholen en verslavingszorg zijn bij deze aanpak belangrijke partners.



➤ In Lansingerland wordt door minder dan 1% van de 10- en 11-jarigen en 1% van de 12- en 13-jarigen dagelijks gerookt, respectievelijk 5 en 10% heeft wel eens gerookt. Ruim een vijfde van de inwoners van 16 tot 55 jaar rookt en 13% van de 55-plussers.

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.

In de nota volksgezondheid van de gemeente Lansingerland wordt roken benoemd als één

van de punten waarop actie wordt ondernomen (Gemeente Lansingerland, 2009).



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

Lucht en gezondheid

Van de woningen in Lansingerland ligt 13% direct aan een drukke binnenstedelijke weg. Dit betekent dat een deel van de inwoners van Lansingerland (bewoners van ongeveer 1.930 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.

De gemeente probeert aan de normen te voldoen en volgt recente ontwikkelingen. Bouwen op locaties met risico op normoverschrijding wordt vermeden.

Vanuit gezondheidskundig oogpunt is het belangrijk om langdurige blootstelling van met name de gevoelige groepen (ouderen, kinderen en mensen met luchtwegklachten of hart- en vaatziekten) aan hoge concentraties luchtverontreiniging zoveel mogelijk te beperken. Veel woningen liggen aan een drukke binnenstedelijke weg. Belangrijk is zo 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

Lansingerland ligt nabij Rotterdam Airport en is omgeven door allerlei verkeersaders en een rijkssnelweg. Daarnaast lopen er spoorlijnen door en langs de gemeente. Dit alles maakt dat er in de gemeente diverse geluidsbronnen aanwezig zijn die mogelijk voor overlast zorgen. Ruim één op de vijf inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidshinder. Maar liefst 36% ervaart geluidshinder door vliegverkeer, terwijl dat in de rest van de regio 17% bedraagt. Brommers en scooters veroorzaken geluidshinder voor een kwart van de inwoners van 16 tot 55 jaar.

Geluid is een groeiend gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt geluidsoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Belangrijke bronnen van geluidshinder zijn wegverkeer, vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopactiviteiten en burelen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Daarnaast kunnen ook onder de wettelijke norm nadelige gezondheidseffecten optreden.

De gemeente Lansingerland geeft in haar huidige milieubeleidsplan aan te willen voldoen aan de normen. De gemeente ondervindt hinder van een aantal bronnen waar zij weinig invloed op heeft. De gemeente geeft aan het aantal woningen met een geluidsbelasting van >60dB(A) te willen minimaliseren. Ook is het belangrijk om in de gemeente stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte.

Groen en gezondheid

Vrijwel alle inwoners van Lansingerland (98%) vinden groen in de buurt belangrijk. Het merendeel geeft het groen in de buurt een voldoende. Bijna driekwart van de inwoners kan in het groen in de buurt actief recreëren. Ruim de helft van de 16 tot 55-jarigen en twee derde

van de 55-plussers geeft aan dat er voldoende groen in de buurt is. Het percentage ouderen dat vindt dat er voldoende groen is, is lager dan in de andere regiegemeenten waar 72% dit vindt.

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 daarom 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 het milieubeleidsplan is groen geen specifiek aandachtspunt. Voor 2011 wordt een nieuw milieubeleidsplan ontwikkeld. Aangezien groen door zoveel inwoners belangrijk wordt gevonden is dit een mooie kans om groenbeleid nader vorm te geven.

4 Tot slot

In het kader van de regionale VTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een Gezondheidsatlas ontwikkeld: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel)gemeenten van het Rijnmondgebied (www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl). Om daarnaast achtergrondinformatie en informatie over interventiemogelijkheden continu beschikbaar te kunnen stellen, ontwikkelt de GGD in 2010 ook een Kompas Volksgezondheid Rotterdam-Rijnmond. Beide websites worden regelmatig aangevuld met nieuwe informatie en actuele cijfers. Op deze manier kunnen gemeenten altijd de meest actuele gegevens gebruiken.

De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

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

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

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

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

Gemeente Lansingerland. Kernboodschap Lokaal Gezondheidsbeleid 2009-2012. Lansingerland: Gemeente Lansingerland, 2009.

Gelder BM van, Poos MJJC, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 8 december 2009.

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.

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: Stichting Voedingscentrum Nederland, 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

De elektronische databank van het CBS

www.nationaalkompas.nl

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

Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.

Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.

Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

Psychosociale gezondheid jeugd

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 sterftetekansen 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 Lansingerland

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR	NL
Totale sterfte				
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	265 ●	2.435 ●	137.539
Mannen (2003-2006)		132 ●	1.139 ●	66.743
Vrouwen (2003-2006)		133 ●	1.296 ●	70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	59 ●	96 ●	84
Mannen (2003-2006)		58 ●	91 ●	83
Vrouwen (2003-2006)		59 ●	100 ●	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners per jaar	74 ●	81 ●	77
Mannen (2003-2006)		66 ●	78 ●	73
Vrouwen (2003-2006)		80 ●	84 ●	79
Totaal (2003-2006)	SMR	94 ▲	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		89 ▲	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		98	105 ▼	100
Ziekten van het hart- en vaatstelsel				
Totaal (2003-2006)	SMR	95	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		91	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		98	104 ▼	100
Kwaadaardige nieuwvormingen				
Totaal (2003-2006)	SMR	97	104 ▼	100
Mannen (2003-2006)		95	103 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		99	107 ▼	100
Ziekten van de ademhalingsorganen				
Totaal (2003-2006)	SMR	77 ▲	100	100
Mannen (2003-2006)		71 ▲	99	100
Vrouwen (2003-2006)		83	102	100

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

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting (vervolg)

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR	NL
Levensverwachting bij de geboorte				
Totaal (2003-2006)	Jaren	80,4	78,6 ▼	79,4
Mannen (2003-2006)		78,6	76,3 ▼	77,0
Vrouwen (2003-2006)		82,1	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	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Chronische aandoeningen				
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	40 ▲	46	
55 jaar en ouder (2008)		75	77	
Diabetes				
16-55 jaar (2008)	%	2 ●	2	
55 jaar en ouder (2008)		11	11	
0 jaar en ouder (2004-2007)			4	4
Migraine/ ernstige hoofdpijn				
16-55 jaar (2008)	%	13	16	
55 jaar en ouder (2008)		8	8	
0 jaar en ouder (2004-2007)			14 ▼	12
Hoge bloeddruk				
16-55 jaar (2008)	%	4 ▲	7	
55 jaar en ouder (2008)		31	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)			12	11
Luchtweegaandoeningen				
16-55 jaar (2008)	% astma/ COPD	7	7	
55 jaar en ouder (2008)		8	9	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% chronische klachten aan luchtwegen		8	8

- ¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Lansingerland is een gemiddelde van de GGD-regio zonder de stad Rotterdam gebruikt, wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Nederland is de gehele GGD-regio (inclusief Rotterdam) gebruikt.
- ▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
 - ▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
 - Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Aandoening aan rug				
16-55 jaar (2008)	%	8	9	
55 jaar en ouder (2008)		12	13	
0 jaar en ouder (2004-2007)			9	9
Artrose van heup/ knie				
16-55 jaar (2008)	%	4	6	
55 jaar en ouder (2008)		23 ▲	31	
0 jaar en ouder (2004-2007)			11	10
Aandoening nek/ schouder				
16-55 jaar (2008)	%	8	9	
55 jaar en ouder (2008)		9 ▲	13	
Aandoening elleboog/ pols/ hand				
16-55 jaar (2008)	%	3	4	
55 jaar en ouder (2008)		6	9	
Depressiviteit				
16-55 jaar (2008)	%	5	7	
55 jaar en ouder (2008)		5	8	
ADL-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	6	9	
HDA-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	11 ▲	15	
Beperking in horen				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	6	6	
Beperking in zien				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	4	6	

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

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR	NL
Bevolkingsonderzoek				
Baarmoederhalskanker (2008) ¹	Beschermingsgraad	77 ●	64	
Infectieziekten				
Hepatitis B acuut (2008) ²	Aantal meldingen	3 ●	11	
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008) ²		2 ●	54	
Kinkhoest (2008) ²		54 ●	529	
Tuberculose (2008) ²		2 ●	22	
Tuberculose (2008) ²	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	98 ●	1.340	
Vaccinatie				
2 jaar (2009) ²	% gevaccineerd ⁴	98 ●	95	
10 jaar (2009) ²	% gevaccineerd ⁵	96 ●	93	

¹ GGD RR is hier inclusief Rotterdam.

² 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	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Ervaren gezondheid				
5-6 jaar (2007-2008)	% gaat wel tot slecht	2		
10-11 jaar (2008-2009)		14		
0-11 jaar (2008)				5
12-13 jaar (2007-2008)		10		
12-17 jaar (2008)				10
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	8	10	
55 jaar en ouder (2008)		15 ▲	22	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% minder goed		29 ▼	19

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

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Eenzaamheid				
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	27 ▲	33	
55 jaar en ouder (2008)		35	38	
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	6 ▲	10	
55 jaar en ouder (2008)		11	12	
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	20	24	
55 jaar en ouder (2008)		25	28	
Depressie				
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	4	5	
55 jaar en ouder (2008)		1 ●	4	
Psychofarmaca				
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	4	5	
55 jaar en ouder (2008)		8	9	
Regie over eigen leven				
55 jaar en ouder (2008)	% onvoldoende regie	23	22	
Psychosociale problemen				
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens de ouders	9		
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens de leerkracht	7		
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens ouder én leerkracht	2		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens de ouders	9		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens de leerkracht	2		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens ouder en leerkracht	1		
12-13 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op SDQ	10		
12-16 jaar (2005)				16

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

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Emotionele problemen				
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak van streek/ huult snel volgens de ouders	5		
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak van streek/ huult snel volgens de leerkracht	2		
10-11 jaar (2008-2009)	% hoge score op sombere gevoelens volgens KDVK	18		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de ouders	8		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de leerkracht	4		
12-13 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen	10		
12-16 jaar (2005)				15
Ontwikkeling/ gedrag				
5-6 jaar (2007-2008)	% ouder maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	13		
5-6 jaar (2007-2008)	% leerkracht maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	18		
5-6 jaar (2007-2008)	% ouder en leerkracht maken zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	5		
Suicide				
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidedgedachten in afgelopen jaar	16		
12-13 jaar (2007-2008)	% ooit suïcidepoging gedaan	3		

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

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Probleemgedrag				
5-6 jaar (2007-2008)	% met drie of meer ongunstige antwoorden op probleemgedrag volgens de ouders ²	8		
5-6 jaar (2007-2008)	% met drie of meer ongunstige antwoorden op probleemgedrag volgens de leerkracht ²	3		
10-11 jaar (2008-2009)	% frequent probleemgedrag ²	7		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal ³ - tenminste 1 keer in afgelopen 12 maanden	73		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal ³ - meer dan 1 keer in afgelopen 12 maanden	27		
12-13 jaar (2007-2008)	% vandalisme in afgelopen 12 mnd	33		
12-13 jaar (2007-2008)	% gevecht in afgelopen 12 mnd	32		
12-13 jaar (2007-2008)	% diefstal (incl. zwartrijden) in afgelopen 12 mnd	28		
12-13 jaar (2007-2008)	% ernstig geweldsdelict in afgelopen 12 mnd	4		
12-13 jaar (2007-2008)	% ouders mishandeld in afgelopen 12 mnd	5		
12-13 jaar (2007-2008)	% weggelopen in afgelopen 12 mnd	1		
Wapenbezit				
10-11 jaar (2008-2009)	% dat wel eens een wapen bij zich draagt	4		
12-13 jaar (2007-2008)		4		
Spijbelen				
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak ongeoorloofd afwezig van school volgens leerkracht	<1		
10-11 jaar (2008-2009)		<1		
12-13 jaar (2007-2008)	% gespijbeld in afgelopen vier weken	2		
12-16 jaar (2005)				14

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Lansingerland 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	Lansingerland	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	3		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of bijna altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de ouders	2		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of bijna altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de leerkracht	3		
12-13 jaar (2007-2008)	% dat wel eens wordt gepest	19		
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	4		
12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand anderen pest			9
Ingrijpende gebeurtenissen				
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt in de afgelopen 2 jaar	58		
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	79		
10-11 jaar (2008-2009)		84		
12-13 jaar (2007-2008)		60		
Problematiek thuis				
12-13 jaar (2007-2008)	% met problematiek thuis	16		

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

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 5 Leefstijl

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Matig overgewicht (excl. obesitas)				
5-6 jaar (2007-2008)		4		
5-6 jaar (2002-2004)				10
10-11 jaar (2008-2009)		13		
10-11 jaar (2002-2004)				14
12-13 jaar (2007-2008)		4		
16-55 jaar (2008)	% BMI 25-30	32	33	
55 jaar en ouder (2008)		41	44	
20 jaar en ouder (2004-2007)	% BMI ≥25		46	46
Obesitas				
5-6 jaar (2007-2008)		1		
5-6 jaar (2002-2004)				4
10-11 jaar (2008-2009)		1		
10-11 jaar (2002-2004)				3
12-13 jaar (2007-2008)		1		
16-55 jaar (2008)	% BMI ≥30	9	12	
55 jaar en ouder (2008)		15	16	
20 jaar en ouder (2004-2007)			13 ▼	11
Voeding				
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	99		
10-11 jaar (2008-2009)		97		
12-13 jaar (2007-2008)		90		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat voldoet aan de fruitnorm	32		
10-11 jaar (2008-2009)		21		
12-13 jaar (2007-2008)		27		
11-12 jaar (2005)	% dat dagelijks fruit eet			37
12-16 jaar (2005)				29
5-6 jaar (2007-2008)	% dat dagelijks groente eet	35		
10-11 jaar (2008-2009)		32		
11-12 jaar (2005)		34		44
12-13 jaar (2007-2008)				

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Lansingerland 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	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Voeding				
12-16 jaar (2005)				41
5-6 jaar (2007-2008)	% dat meer dan twee glazen fris drinkt	45		
10-11 jaar (2008-2009)		38		
12-13 jaar (2007-2008)		28		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥3 tussendoortjes per dag eet	2		
10-11 jaar (2008-2009)		4		
Lichaamsbeweging				
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week buiten speelt	50		
10-11 jaar (2008-2009)		51		
5-12 jaar (2005)				67
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	62		
10-11 jaar (2008-2009)		75		
12-13 jaar (2007-2008)		79		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	79		
8-12 jaar (2005)				77
12-13 jaar (2007-2008)		84		
12-16 jaar (2005)				67
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥1 uur per dag tv kijkt/ computert	65		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 uur per dag tv kijkt/ computert	20		
10-11 jaar (2008-2009)		46		
12-13 jaar (2007-2008)		63		
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	42	41	
55 jaar en ouder (2008)		24 ▲	30	
12 jaar (2008) en ouder (2004-2007)			53 ▼	46

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Lansingerland 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	Lansingerland		GGD RR ¹		NL
Alcoholgebruik						
11-12 jaar (2005))	% dat wel eens alcohol heeft gedronken					49
12-13 jaar (2007-2008)		31				
12-16 jaar (2005)						77
11-12 jaar (2005)	% dat de afgelopen 4 weken alcohol heeft gedronken					14
12-13 jaar (2007-2008)		10				
12-13 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken bij een gelegenheid in de laatste 4 weken	6				
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	7		8		
55 jaar en ouder (2008)		13		11		
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	47		51		
55 jaar en ouder (2008)		46		41		
Roken						
10-11 jaar (2008-2009)	% wel eens gerookt	5				
12-13 jaar (2007-2008)		10				
12-16 jaar (2005)						33
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1				
12-13 jaar (2007-2008)		1				
12-16 jaar (2005)						8
16-55 jaar (2008)	% rokers	22		26		
55 jaar en ouder (2008)		13		17		
12 jaar (2008) en ouder (2004-2007)				30		29
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 werken	<1				
12-16 jaar (2005)						2
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	4		9		
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	4		6		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Lansingerland 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	Lansingerland		GGD RR ¹		NL
Seksueel risicogedrag						
12-13 jaar (2007-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	2				
12-16 jaar (2005)						15
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	6		7		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Lansingerland 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 en complexe problemsituaties

Indicator	Definitie	Lansingerland		GGD RR¹		NL
Huiselijk geweld						
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	6		7		
55 jaar en ouder (2008)		2		4		
Politiemeldingen huiselijk geweld						
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten	112	●	2.396		
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten per 10.000 inwoners	22	●	55	●	39

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

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 7 Leefomgeving

Indicator	Definitie	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Geluidshinder				
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	21	24	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door vliegtuigen	36 ▼	17	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door bromfietsen	26	34	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door verkeer <50 km/ u	17 ▲	24	
	% geluidshinder door burelen	17 ▲	24	
Groenbeleving in de buurt				
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	67	70	
55 jaar en ouder (2008)		85	87	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	98	96	
55 jaar en ouder (2008)		98	97	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	61	60	
55 jaar en ouder (2008)		70	71	
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	70	70	
55 jaar en ouder (2008)		75	72	
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	56	56	
55 jaar en ouder (2008)		65 ▼	72	
Buurtbeleving				
5-6 jaar (2007-2008)	% ouders dat tevreden is over de buitenspeelmogelijkheden in de buurt	95		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de woonbuurt niet leuk vindt	14		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat zich soms of (heel) vaak onveilig voelt in de woonbuurt	33		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat vindt dat er niet genoeg te doen is in de buurt	46		
Luchtvervuiling				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	7		
	% <100 m rijksweg	0		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	1.930		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	13		
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	13		
	% 100-300 m rijksweg	0		

¹ Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Lansingerland 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	Lansingerland	GGD RR ¹	NL
Huisarts				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	69	70	
55 jaar en ouder (2008)		78	82	
0 jaar en ouder (2004-2007)			77 ▼	73
Tandarts				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	86	83	
55 jaar en ouder (2008)		57 ▲	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	0 ●	1	
55 jaar en ouder (2008)		3	8	
Mantelzorg				
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	9	9	
55 jaar en ouder (2008)		12	15	
Hulp en zorg				
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	13	17	
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	6	8	

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

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

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