

# Gezondheid in kaart

# Rozenburg



# Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de (deel)gemeente Rozenburg	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	28
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	29
	Definities	31
	Afkortingen	35
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de (deel)gemeente Rozenburg	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 (deel)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 Rozenburg

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Rozenburg. 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 Rozenburg 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 (deel)gemeente Rozenburg 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 Rozenburg luiden:

- De volwassenen in Rozenburg voelen zich minder gezond dan andere inwoners van de Zuid-Hollandse eilanden. De sterfte van vrouwen is lager dan in Nederland.
- Eenzaamheid is in Rozenburg 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 Rozenburg een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik onder volwassenen in Rozenburg is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Rozenburg een bedreiging voor de volksgezondheid. Voorkomen dat jongeren beginnen met roken is van belang.
- Huiselijk geweld is onacceptabel. Niet alleen opvang van slachtoffers, maar ook preventie is nodig.
- In Rozenburg wonen mensen met een combinatie van lichamelijke, geestelijke en sociale problemen. Een individuele aanpak en ketensamenwerking kunnen perspectief bieden.
- De meeste inwoners van Rozenburg zijn tevreden over het groen. Vanwege de ligging van Rozenburg is geluidshinder aandachtspunt.

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

### Leeswijzer

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

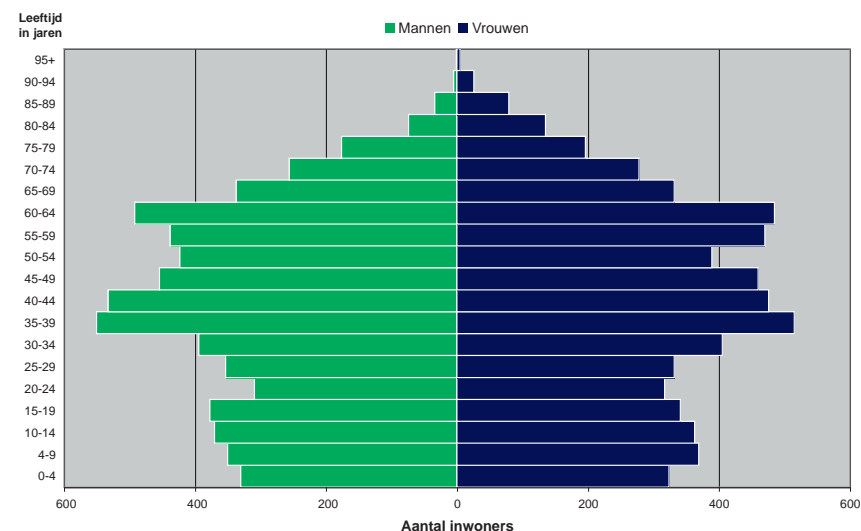
## De inwoners van de (deel)gemeente Rozenburg 2

Rozenburg is een gemeente in Zuid-Holland en ligt op het gelijknamige eiland Rozenburg. Op 18 maart 2010 wordt de gemeente deelgemeente van Rotterdam. Rozenburg wordt omsloten door de industrie van het Botlekgebied en de Europoort.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de gemeente Rozenburg wordt in dit hoofdstuk informatie over de bevolkingssamenstelling gegeven. Dit hoofdstuk gaat in op diverse aspecten van de demografie die een relatie kunnen hebben met de gezondheid zoals de leeftijdsopbouw, de sociaaleconomische status en de bevolkingsprognose.

### Aantal inwoners en leeftijdsopbouw

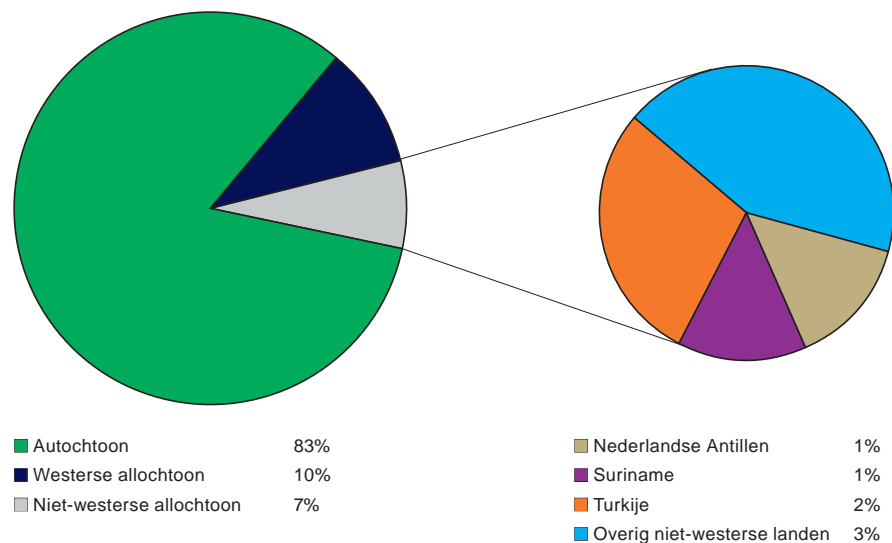
De gemeente Rozenburg had op 1 januari 2008 12.553 inwoners. In *figuur 2.1* is de demografische opbouw van de gemeente Rozenburg te zien. De grijze druk in Rozenburg is vergelijkbaar met Nederland (25% tegenover 24%), de groene druk is iets lager (36% tegenover 39%).



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

## Etniciteit

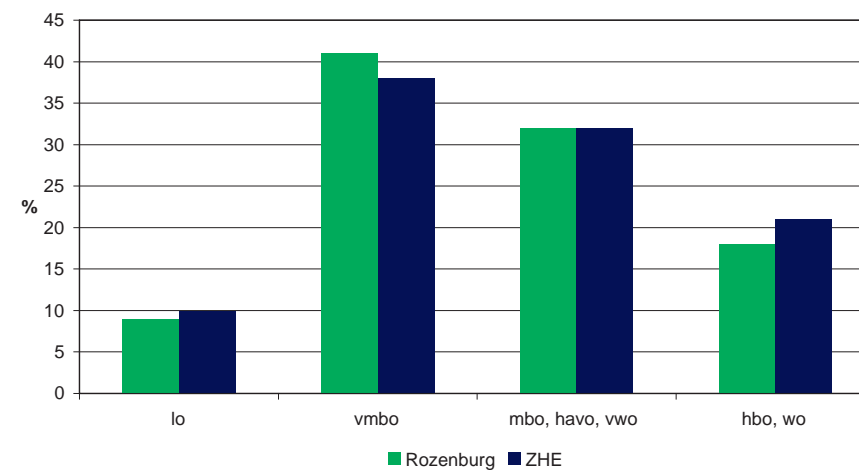
Van de inwoners van Rozenburg is 17% allochtoon; 41% van hen heeft een niet-westerse herkomst (figuur 2.2). In Rozenburg wonen in vergelijking met Nederland (20%) weinig allochtonen.



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

## Opleidingsniveau

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



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

## Sociaaleconomische status

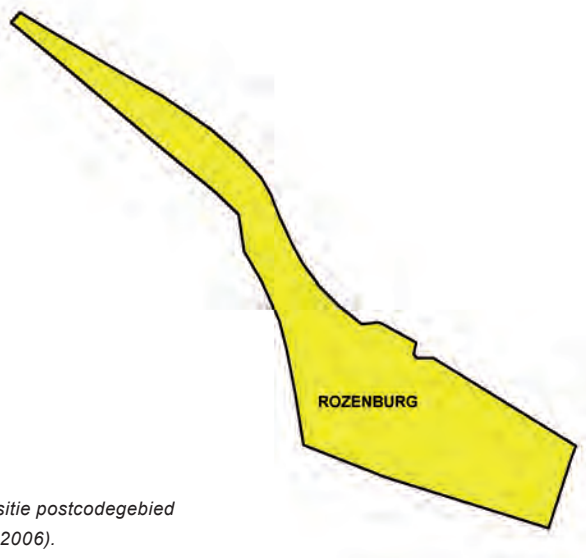
Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Rozenburg 21.500 euro per huishouden. Dit is vergelijkbaar met Nederland waar dit 21.600 euro bedraagt. Van de inwoners van Rozenburg ontvangt 12% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand en 5% van de kinderen leeft in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Rozenburg is 31%; dit is lager dan gemiddeld in Nederland (35%). 36% 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 Rozenburg. De statusscore in Rozenburg is gemiddeld.

Statusscore

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

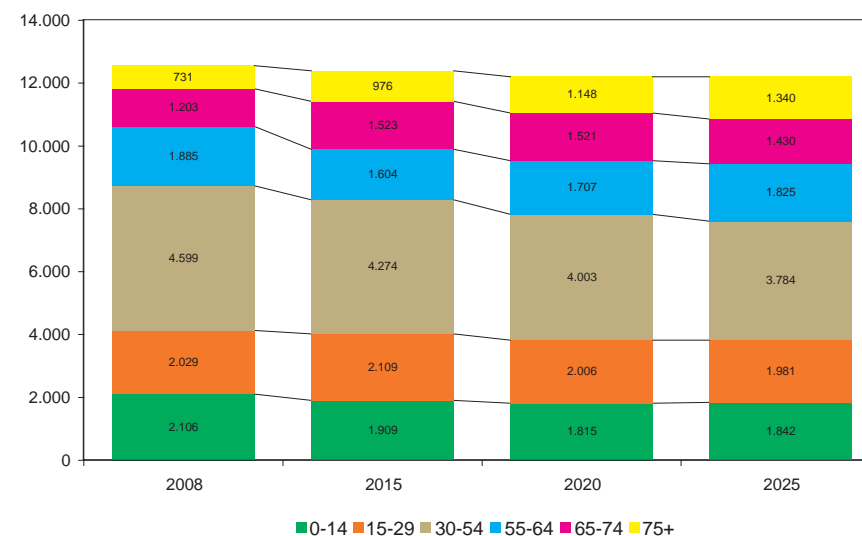


*Figuur 2.4: Statusscore per vierpositie postcodegebied in Rozenburg in 2006 (Bron: SCP, 2006).*

## Bevolkingsprognose

De omvang van de bevolking van Rozenburg zal in de komende jaren iets afnemen van ongeveer 12.600 inwoners in 2008 naar ongeveer 12.200 inwoners in 2025 (*figuur 2.5*).

Uit de figuur blijkt dat de gemeente de komende jaren te maken krijgt met een vergrijzende bevolking. De sterkste toename is zichtbaar bij de groep inwoners van 75 jaar en ouder, deze groep zal met 83% toenemen. Ook de groep van 65 tot 75 jaar en ouder zal toenemen en wel met 19%. De vergrijzing heeft allerlei maatschappelijke gevolgen onder andere op het gebied van de gezondheidszorg en de ouderenzorg.



*Figuur 2.5: Prognose leeftijdsopbouw bevolking Rozenburg, 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 Rozenburg gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de (deel)gemeente Rozenburg. De gezondheidstoestand van de inwoners wordt beschreven aan de hand van beschikbare enquêtegegevens, zoals de gezondheidsenquête en de monitor jeugd van de GGD. Daarnaast zijn cijfers uit registraties gebruikt, zoals sterftecijfers en gegevens over huiselijk geweld. Waar mogelijk worden de cijfers van Rozenburg 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 Rozenburg*.



➤ De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor mannen uit Rozenburg is 76,8 jaar en voor vrouwen 84,3 jaar. Dit is vergelijkbaar met de gemiddelde Nederlandse levensverwachting. Slechts 2% van de 13- tot en met 17-jarigen jongeren uit Rozenburg ervaart zijn gezondheid als matig of slecht. Van de 16- tot 55-jarigen is dit 22%. Dit is meer dan in de andere gemeen-

ten op de Zuid-Hollandse eilanden. Voor de 55-plussers geldt dat 17% van de inwoners de gezondheid als matig of slecht ervaart, wat vergelijkbaar is met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

In Rozenburg is de totale sterfte van vrouwen lager dan in Nederland.

Het percentage inwoners dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben, is in Rozenburg vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. Van de 16- tot 55-jarigen geeft 58% aan minstens één ziekte of aandoening te hebben en van de 55-plussers is dit 69%.



➤ Van de inwoners van 16 tot 55 jaar van Rozenburg is 42% eenzaam en van de 55-plussers 39%. De eenzaamheid in Rozenburg is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden. In vergelijking met Nederland lijkt er meer eenzaamheid in Rozenburg voor te komen (41% tegenover 30%). In Rozenburg is 8% van de inwoners van 16 jaar en ouder ernstig eenzaam. In Nederland is 10% ernstig eenzaam (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 Rozenburg. Er worden verschillende activiteiten uitgevoerd, individueel of groepsgericht.

Uit onderzoek blijkt dat het niet eenvoudig is personen op hoge leeftijd te activeren (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Daar is meer voor nodig dan het organiseren van gezamenlijke activiteiten en het aanbieden van een contactrijke omgeving. Er is een grote variëteit in de mate, vorm en oorzaken van eenzaamheid. Daarom zijn er geen standaardoplossingen. Het is zaak zorgvuldig een passende interventie te kiezen, aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep en zo mogelijk gebruik te maken van ervaringen elders met dezelfde interventie. Als dat niet gebeurt, kan ook een op zich kansrijke interventie mislukken. Effectief gebleken interventies voor ouderen zijn veelal kleinschalige groepsactiviteiten (bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum) en vriendschapscursussen, gericht op het verbeteren van sociale contacten en het bevorderen van vriendschappelijke relaties.

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

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

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

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



➤ Bij een deel van de jeugd komen psychosociale problemen voor. Volgens de jeugdarts heeft minder dan 1% van de 4- tot en met 6-jarigen in Rozenburg psychische problemen. Van de 13- tot en met 17-jarigen gebruikt 4% psychofarmaca. Bijna 1 op de 3 jongeren piekert dag en nacht en 3% heeft in het afgelopen jaar serieus over zelfmoord nagedacht. Ook heeft een kwart van de jongeren (heel) vaak psychosomatische klachten en slaapt een derde van de jongeren (heel) vaak slecht.

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



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

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

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

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



Van de 4- tot en met 6-jarigen uit Rozenburg heeft 13% (ernstig) overgewicht. Van de 13- tot en met 17-jarigen heeft 10% (ernstig) overgewicht. Het voorkomen van overgewicht loopt op met de leeftijd; van de 16- tot 55-jarigen uit Rozenburg heeft 55% (ernstig) overgewicht en bij 55-plussers betreft het 69%. Overgewicht komt in Rozenburg net zo vaak voor als gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden. Overgewicht komt meer voor bij mannen, obesitas bij vrouwen.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten voor overgewicht. Bijna een derde van de 13- tot en met 17-jarige jongeren uit Rozenburg heeft in de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek serieus gelijnd. Meisjes lijnen vaker dan jongens (48% tegenover 16%). Ruim een kwart van de 13- tot en met 17-jarigen ontbijt op minder dan vijf doordeweekse dagen en 1 op de 5 jongeren eet slechts op maximaal één doordeweekse dag fruit. Wel lijken jongeren uit Rozenburg regelmatig te sporten. Drie kwart is lid van een sportvereniging en bijna alle jongeren (92%) sporten minstens één keer per week buiten schooltijd. Van de inwoners van 16 jaar en ouder van Rozenburg voldoet 27% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), hiermee wijkt Rozenburg niet af van de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

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

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

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

- 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.
- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist.

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Dit 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 Rozenburg.

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.



Van de inwoners van 16 tot 55 jaar van Rozenburg is 18% een overmatige drinker en 11% van de 55-plussers gebruikt overmatig veel alcohol. Van de 16- tot 55-jarigen uit Rozenburg overschrijdt 66% de norm aanvaardbaar alcoholgebruik. Bij 55-plussers is dit percentage lager, maar nog steeds drinkt 34% te veel alcohol. Er zijn bepaalde groepen te benoemen die vaker overmatig alcohol drinken: mannen, autochtonen, 45- tot 75-jarigen en mensen die grote moeite hebben om van hun inkomen rond te komen. Hoewel ook in Rozenburg jongeren te veel en te jong alcohol drinken, is het aantal jongeren dat dit doet niet opvallend hoog.

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 schenkbeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De school is een goede plaats om jongeren te bereiken, bijvoorbeeld via het programma 'Gezonde school'. De laatste jaren blijken ook zelfhulpprogramma's op internet steeds vaker succesvol. Bij ouderen is vroegtijdige signalering een belangrijk aandachtspunt; een alcoholprobleem wordt bij hen vaak slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door de professionals.

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



Van de jongeren van 13 tot en met 17 jaar rookt 15% iedere dag. Van de volwassenen tot 55 jaar rookt bijna een kwart van de inwoners en van de 55-plussers rookt 17%.

Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, bijvoorbeeld longkanker. Ook het risico op COPD (zie Afkortingen), beroerte en hartfalen wordt hoger door roken. 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 Rozenburg geeft 6% van de inwoners van 16 tot 55 jaar en 7% van de 55-plussers aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld. In 2009 kwamen bij de politie 61 meldingen van huiselijk geweld binnen, dit komt neer op 49 meldingen per 10.000 inwoners. Gemiddeld in Nederland worden 39 meldingen per 10.000 inwoners gedaan.

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

Huiselijk geweld is een ernstig volksgezondheidsprobleem en maatschappelijk probleem met grote gevolgen voor slachtoffers, vaak nog vele jaren nadat de gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Slachtoffers kunnen ernstige lichamelijke en/ of psychische klachten hebben, waaronder lichamelijk letsel, spier- en gewrichtspijnen, hoofdpijn, onverklaarbare chronische buikklachten, nervositeit, angst, slaapproblemen, minderwaardigheidsgevoelens, faalangst, depressie, suïcidale gedachten en posttraumatische stressstoornis. Ze leven vaak, mede

door de (opgedrongen) geheimhouding, in een isolement. Per jaar sterven naar schatting in Nederland tachtig vrouwen en vijftig kinderen als gevolg van het geweld. Huiselijk geweld brengt tevens enorme verborgen kosten met zich mee door huisartsen- en specialistenbezoek, medicijngebruik, bezoeken aan de Spoedeisende Hulp, ziekenhuisopnamen en werkverzuim (Reijnders & Drijber, 2006).

De aanpak van huiselijk geweld beslaat de hele keten van preventie en signalering tot interventies en nazorg, en is gericht op het beschermen en versterken van het hele (gezins) systeem (slachtoffers, kinderen en plegers). Iedereen die met huiselijk geweld te maken heeft, kan zich melden bij het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) Zuid-Hollandse eilanden. Het ASHG is 7 dagen per week 24 uur bereikbaar.

Het steunpunt zoekt de juiste actie bij de (hulp)vraag van de cliënt en werkt daarvoor samen met een uitgebreid netwerk van organisaties in de (jeugd)zorg, politie en strafrecht.

Als er lange tijd sprake is van geweld zijn cliënten vaak niet goed meer in staat om het geweld te stoppen en hulp te zoeken en/ of te aanvaarden. Hulpverleners zijn getraind om hiermee om te gaan.

Deskundigheidsbevordering is een specifiek onderdeel van de aanpak van huiselijk geweld en wordt op maat aangeboden. Door deskundigheidsbevordering leren professionals met cliënten om te gaan en huiselijk geweld vroegtijdig te signaleren. Met het oog op vroegtijdige signalering heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond bovendien een meldcode ontwikkeld. Na invoering van deze meldcode gaan professionals actiever om met vermoedens van huiselijk geweld. Streven is deze meldcode in te voeren in het totale gebied van de Stadsregio Rotterdam.

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





➤ 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 Rozenburg 22 per 10.000 inwoners. Gemiddeld op de Zuid-Hollandse eilanden waren er 15 meldingen 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.

Als het de lokale instanties niet lukt om gezamenlijk de grenzen van hetgeen mogelijk is op te rekken teneinde multiproblematiek op te lossen, worden knelpunten in de ketensamenwerking ervaren. Genoemde knelpunten dienen vervolgens te worden opgeschaald. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de gemeente, die een verantwoordelijkheid heeft in de zorg voor zijn kwetsbare burgers. In het platform OGGZ+ worden de knelpunten besproken en worden oplossingsrichtingen benoemd. De GGD ondersteunt de gemeente hierbij.



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

Minder dan 1% van de woningen in Rozenburg ligt direct aan een drukke binnenstedelijke weg. Er zijn geen woningen binnen honderd meter van een snelweg gelegen. Er zijn wel ongeveer vijftig woningen die tussen de 100 en 300 meter van een snelweg liggen. In vergelijking met andere regiogemeenten zijn er in Rozenburg minder woningen gesitueerd nabij drukke wegen.

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

kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte. Dit geldt vooral binnen 100 meter van een rijksweg of in de eerstelijns bebouwing (binnen 50 meter) van een drukke stadsweg.

De gemeente geeft in het Milieubeleidsplan- en programma 2005-2008 aan samen met Provincie en Rijk te streven de hoge concentratie stikstofdioxide terug te dringen. Ook wil de gemeente bijdragen aan de vermindering van de uitstoot van fijn stof. In regionaal verband wil de gemeente aandringen dat er meer emissiearme bussen ingezet worden. Het autogebruik in Rozenburg is relatief hoog. Het aanleggen van veilige en goed onderhouden fietspaden is een goede zaak en kan helpen het autogebruik te verminderen. Fietsen is ook goed tegen overgewicht, hetgeen in Rozenburg relatief veel voorkomt. Ook zou extra ingezet kunnen worden op de bereikbaarheid met het openbaar vervoer.

### **Geluid en gezondheid**

Bijna de helft van de 16- tot 55-jarige inwoners van Rozenburg ervaart geluidshinder van bedrijven en industrie. Dit is hoger dan andere gemeenten op Zuid-Hollandse eilanden, waar het 11% is. Ook is er relatief veel geluidshinder door trein, bouw- en sloopactiviteiten en vliegtuigen. Een derde van de bevolking van Rozenburg ervaart ernstige geluidshinder.

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

De gemeente geeft in het Milieubeleidsplan- en programma 2005-2008 aan te streven de geluidsoverlast van de Calandspoorbrug te minimaliseren.

### **Groen en gezondheid**

Bijna 80% van de bevolking van Rozenburg vindt dat er voldoende groen in de buurt is. Dit is vergelijkbaar met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden.

De aanwezigheid van groen in de woonomgeving draagt bij aan herstel van stress en aandachtsmoeheid, aan gevoelens van zingeving, het nodigt uit tot bewegen en kan sociale contacten stimuleren. Dit geldt voor klein en groot, oud en jong. In wijken met groene ruimtes spelen en bewegen kinderen duidelijk meer en met meer creativiteit. Dit alles komt het best tot zijn recht als het groen makkelijk toegankelijk en uitnodigend is. Groenbeheer is van belang.

Ook uitzicht op groen, bijvoorbeeld vanuit de woning, werkkamer of klas, brengt al positieve effecten met zich mee. Daarnaast maakt groen de leefomgeving aangenamer doordat de effecten van extreem weer zoals hitte, droogte, wind en wateroverlast door groen gedempt worden.

De gemeente werkt het Groenstructuurplan (2000) uit. Het is zaak dat de gemeente aandacht heeft voor de bruikbaarheid en het onderhoud van het groen.

## 4 Tot slot

In het kader van de regionale VTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een Gezondheidsatlas ontwikkeld: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel)gemeenten van het Rijnmondgebied ([www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl](http://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, Hoogenveen RT, Leent-Loenen HMJA van. 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, 25 september 2007.

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

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

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

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

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

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

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



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

### Gegevensbronnen

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

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

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

### Websites

[www.cbs.nl/](http://www.cbs.nl/) statline  
[www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)

De elektronische databank van het CBS  
Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)

## Definitie

### ADL-beperking

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

### Direct gestandaardiseerde sterfte

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

### Drukke binnenstedelijke weg

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

### Eenzaamheid

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

### Gemiddeld gestandaardiseerd inkomen

Om inkomens van huishoudens vergelijkbaar te maken wordt het besteedbaar huishoudinkomen gecorrigeerd voor grootte en samenstelling van een huishouden. Hiervoor zijn equivalentiefactoren beschikbaar die afgestemd zijn op het aantal volwassenen en kinderen (naar leeftijd) in een huishouden. In de equivalentiefactor komen de schaalvoordelen tot uitdrukking die het gevolg zijn van het voeren van een gemeenschappelijke huishouding. Hierbij is de CBS-equivalentieschaal gebruikt, waarbij het eenpersoonshuishouden als standaardhuishouden is gekozen. Voor deze huishoudens is de factor gelijk aan 1. De CBS-equivalentieschaal voegt hieraan 0,38 toe voor de volgende meerderjarige. Per minderjarig kind wordt de factor afhankelijk van de leeftijd en rangorde van het kind opgehoogd met een waarde tussen de 0,15 en 0,30. Een alleenstaande met een besteedbaar inkomen van 10 duizend euro en een echtpaar met een besteedbaar inkomen van 13,8 duizend euro bevinden zich dus op een gelijk welvaartsniveau: na standaardisatie bedraagt het inkomen in beide situaties 10 duizend euro.

### Gezondheid

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken (WHO).

### GGD RR

Het verzorgingsgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond bestond tot 1 januari 2010 uit de volgende gemeenten: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Rotterdam, Ridderkerk, Schiedam en Vlaardingen. Per 1 januari 2010 behoren de gemeenten op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee ook tot het verzorgingsgebied van de GGD RR.

### GGD ZHE

Het verzorgingsgebied van de GGD Zuidhollandse Eilanden bestond uit de gemeenten op Voorne-Putten Rozenburg, Goeree-Overflakkee en de Hoeksche Waard. Op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee liggen de volgende gemeenten: Bernisse, Brielle, Dirksland, Goedereede, Hellevoetsluis, Middelharnis, Oostflakkee, Rozenburg, Spijkenisse en Westvoorne. Per 1 januari 2010 behoren deze gemeenten tot het verzorgingsgebied van de GGD RR. De Hoeksche Waard bestaat uit de gemeenten Binnenmaas, Cromstrijen, Korendijk, Oud-Beijerland en Strijen. Per 1 januari 2010 wordt de dienstverlening voor de Hoeksche Waard uitgevoerd door de GGD Zuid-Holland Zuid.

Wanneer in de tekst de inwoners van 16 jaar en ouder worden vergeleken met de andere gemeenten op de Zuid-Hollandse eilanden, dan worden de gemeenten op Voorne-Putten Rozenburg en Goeree-Overflakkee bedoeld. Als er een vergelijking wordt gemaakt voor de jeugd, dan worden alle gemeenten van de voormalige GGD ZHE bedoeld.

### Grijze druk

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

### Groene druk

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

### Groente- en fruitnorm

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

### HDA-beperking

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

### Mantelzorg

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

### Nederlandse norm gezond bewegen

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

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

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

### Niet-westerse allochtoon

Allochtoon met als herkomstsgroepering een van de landen in de werelddelen Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. Op grond van hun sociaaleconomische en sociaal-culturele positie worden allochtonen uit Indonesië en Japan tot de westerse allochtonen gerekend. Het gaat vooral om mensen die in het voormalig Nederlands-Indië zijn geboren en werknemers van Japanse bedrijven met hun gezin.

### Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

Mannen: maximaal 2 glazen per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week.

Vrouwen: maximaal 1 glas per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week.

### Overgewicht

Jeugd (onder de 18 jaar): de definitie voor overgewicht en obesitas is afhankelijk van de leeftijd en het geslacht. Dit onder meer omdat de hoeveelheid lichaamsvet tijdens de kinderjaren steeds verandert. Internationaal zijn er geslacht- en leeftijdspecifieke afkappunten voor de BMI bij kinderen bepaald (Cole et al., 2000).

Bij volwassenen is sprake van matig overgewicht bij een body mass index (BMI = gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters [ $\text{kg}/\text{m}^2$ ]) 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.

### 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 Rozenburg

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL		
Totale sterfte						
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	95	●	2.316	●	137.539
Mannen (2003-2006)		56	●	1.164	●	66.743
Vrouwen (2003-2006)		39	●	1.152	●	70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	73	●	76	●	84
Mannen (2003-2006)		86	●	78	●	83
Vrouwen (2003-2006)		59	●	75	●	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerde sterfte per 10.000 inwoners per jaar	73	●	74	●	77
Mannen (2003-2006)		77	●	70	●	73
Vrouwen (2003-2006)		64	●	77	●	79
Totaal (2003-2006)	SMR	97		96	▲	100
Mannen (2003-2006)		108		95	▲	100
Vrouwen (2003-2006)		83	▲	96	▲	100
Ziekten van het hart- en vaatstelsel						
Totaal (2003-2006)	SMR	96		99		100
Mannen (2003-2006)		111		99		100
Vrouwen (2003-2006)		78		99		100
Kwaadaardige nieuwvormingen						
Totaal (2003-2006)	SMR	106		101		100
Mannen (2003-2006)		124		101		100
Vrouwen (2003-2006)		79		98		100
Ziekten van de ademhalingsorganen						
Totaal (2003-2006)	SMR	95		89	▲	100
Mannen (2003-2006)		83		83	▲	100
Vrouwen (2003-2006)		107		93		100
Levensverwachting bij de geboorte						
Totaal (2003-2006)	Jaren	80,4		79,7		79,4
Mannen (2003-2006)		76,8		77,5		77,0
Vrouwen (2003-2006)		84,3		81,9		81,6

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

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
Chronische aandoeningen				
16-55 jaar (2009)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	58	50	
55 jaar en ouder (2009)		69	78	
Diabetes				
16-55 jaar (2009)	%	8	4	
55 jaar en ouder (2009)		16	13	
0 jaar en ouder (2004-2007)				4
Migraine/ ernstige hoofdpijn				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	<1	<1	
10-11 jaar (2007)		-	2	
13-15 jaar (2007)		-	4	
16-55 jaar (2008)	%	16	17	
55 jaar en ouder (2009)		7	8	
0 jaar en ouder (2004-2007)				12
Hoge bloeddruk				
16-55 jaar (2009)	%	11	9	
55 jaar en ouder (2009)		29	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)				11
Luchtwegaandoeningen				
4-6 jaar (2007)	% luchtwegklachten door jeugdarts vastgesteld	2	3	
10-11 jaar (2007)		-	3	
13-15 jaar (2007)		-	3	
16-55 jaar (2009)	% astma/ COPD	11	8	
55 jaar en ouder (2009)		13	11	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% chronische klachten aan luchtwegen			8
Aandoening aan rug				
16-55 jaar (2009)	%	16	11	
55 jaar en ouder (2009)		24	15	
0 jaar en ouder (2004-2007)				9
Artrose van heup/ knie				
16-55 jaar (2009)	%	15	8	
55 jaar en ouder (2009)		27	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)				10
Aandoening nek/ schouder				
16-55 jaar (2009)	%	13	9	
55 jaar en ouder (2009)		17	14	

- ▲ 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	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Aandoening elleboog/ pols/ hand</b>				
16-55 jaar (2009)	%	8	7	
55 jaar en ouder (2009)		5 ●	5	
<b>Depressiviteit</b>				
16-55 jaar (2009)	%	11	9	
55 jaar en ouder (2009)		7 ●	8	
<b>Allergie</b>				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	<1 ●	2	
10-11 jaar (2007)		-	3	
13-15 jaar (2007)		-	3	
<b>Cariës</b>				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	5 ●	12	
10-11 jaar (2007)		-	21	
13-15 jaar (2007)		-	12	
<b>Terugkerende buikpijn</b>				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	<1 ●	1	
10-11 jaar (2007)		-	1	
13-15 jaar (2007)		-	1	
<b>ADL-beperking</b>				
55 jaar en ouder (2009)	% met minimaal 1 beperking	2 ●	8	
<b>HDA-beperking</b>				
55 jaar en ouder (2009)	% met minimaal 1 beperking	10	15	
<b>Beperking in horen</b>				
55 jaar en ouder (2009)	% met beperking	5 ●	7	
<b>Beperking in zien</b>				
55 jaar en ouder (2009)	% met beperking	10	6	

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Bevolkingsonderzoek</b>				
Borstkanker (2006)	% deelname	84 ●	83	
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	73 ●	71	

● Significantie is niet berekend.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Infectieziekten</b>				
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	0 ●	6	
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)		2 ●	10	
Kinkhoest (2008)		25 ●	287	
Tuberculose (2008)		0 ●	5	
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	0 ●	362	
<b>Vaccinatie</b>				
2 jaar (2009)	% gevaccineerd <sup>1</sup>	98 ●	96	
10 jaar (2009)	% gevaccineerd <sup>2</sup>	98 ●	95	

<sup>1</sup> Gemiddelde vaccinatiegraad van zuigelingen met geboortjaar 2006 van DKTP basis immuun, HIB volledig afgesloten, BMR basis immuun, MenC volledig afgesloten, pneumokokken volledig afgesloten.

<sup>2</sup> 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	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Ervaren gezondheid</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% matig of slecht	2 ●	4	
16-55 jaar (2009)		22 ▼	10	
55 jaar en ouder (2009)		17	21	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% minder goed			19
<b>Eenzaamheid</b>				
16-55 jaar (2009)	% matig tot zeer ernstig	42	34	
55 jaar en ouder (2009)		39	41	
16-55 jaar (2009)	% emotioneel eenzaam	16	10	
55 jaar en ouder (2009)		19	13	
16-55 jaar (2009)	% sociaal eenzaam	26	25	
55 jaar en ouder (2009)		28	30	
<b>Depressie</b>				
16 jaar en ouder (2009)	% hoog risico	7	5	
<b>Psychofarmaca</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% gebruikers	4 ●	6	
16-55 jaar (2009)		8	7	
55 jaar en ouder (2009)		7 ●	7	

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Regie over eigen leven</b>				
55 jaar en ouder (2009)	% onvoldoende regie	24	25	
<b>Psychische problemen</b>				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	< 1	3	
10-11 jaar (2007)		-	4	
13-15 jaar (2007)		-	4	
<b>Gezins-/ omgevingsproblemen</b>				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdarts vastgesteld	8	6	
10-11 jaar (2007)		-	6	
13-15 jaar (2007)		-	8	
<b>Piekt dag en nacht</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	%	30	21	
<b>Denkt aan zelfmoord</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in het afgelopen jaar (heel) vaak serieus aan zelfmoord heeft gedacht	3	3	
<b>Heeft (heel) vaak psychosomatische klachten</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in afgelopen 4 weken last had van hoofdpijn, maagpijn, buikpijn of misselijkheid (met uitzondering van menstratieklachten)	26	20	
<b>Slaapt (heel) vaak slecht</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in de afgelopen 4 weken (heel) vaak slecht sliep	32	24	
<b>Denkt dat het de komende jaren (heel) slecht zal gaan</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	%	2	2	
<b>Thuisituatie</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat niet bij beide eigen ouders woont	27	24	
<b>Schoolervaringen</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥6 uur spijbelde in afgelopen 4 weken	2	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat zich vaak/ altijd slecht op zijn gemak voelt op school	8	7	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat vaak/ altijd het gevoel heeft het druk te hebben door school	31	32	

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

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Vandalisme</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft vernield in afgelopen jaar	10	9	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft beklad in afgelopen jaar	16	8	
<b>Stelen en politiecontact</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥2 keer iets heeft gestolen in afgelopen jaar	2	3	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat op het politiebureau is ondervraagd in het afgelopen jaar	6	3	
<b>Wapenbezit</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat wel eens een wapen bij zich heeft	10	11	

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

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Matig overgewicht</b>				
4-6 jaar (2007)	% matig overgewicht door jeugdverpleegkundige geregistreerd	12	13	
10-11 jaar (2007)	% matig overgewicht door jeugdverpleegkundige geregistreerd	-	13	
13-17 jaar (2006-2008)	% overgewicht (inclusief obesitas)	10	8	
16-55 jaar (2009)	% BMI 25-30	41	35	
55 jaar en ouder (2009)		46	49	
20 jaar en ouder (2004-2007)	% BMI ≥25			46
<b>Obesitas</b>				
4-6 jaar (2007)	% door jeugdverpleegkundige geregistreerd	1	3	
10-11 jaar (2007)	% door jeugdverpleegkundige geregistreerd	-	2	
16-55 jaar (2009)	% BMI ≥30	14	16	
55 jaar en ouder (2009)		23	16	
20 jaar en ouder (2004-2007)				11
<b>Serieus lijnen</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% serieus gelijnd in afgelopen 4 weken	31	28	

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

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Voeding</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat <5 dagen per week ontbijt (weekend niet meegerekend)	28 ●	25	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤1 dagen per week fruit eet (weekend niet meegerekend)	20 ●	18	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤1 dagen per week groente eet (weekend niet meegerekend)	6 ●	6	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≤2 dagen per week warme maaltijd eet (weekend niet meegerekend)	4 ●	6	
<b>Lichaamsbeweging</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat lid is van sportvereniging	75 ●	68	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥1 keer per week sport (buiten schooltijd)	92 ●	86	
16-55 jaar (2009)	% dat de NNGB niet haalt	27	34	
55 jaar en ouder (2009)		27	25	
12 jaar en ouder (2004-2007)				46
<b>Alcoholgebruik</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken	8 ●	17	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken bij de laatste gelegenheid	15 ●	16	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat de afgelopen 4 weken ≥5 heeft gedronken en de laatste keer ≥5 glazen dronk	4 ●	10	
16-55 jaar (2009)	% overmatige drinkers	18	10	
55 jaar en ouder (2009)		11	11	
16-55 jaar (2009)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	66	54	
55 jaar en ouder (2009)		34	41	
<b>Roken</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dagelijkse rokers	15 ●	11	
16-55 jaar (2009)	% rokers	23	27	
55 jaar en ouder (2009)		17	18	
12 jaar en ouder (2004-2007)				29
<b>Drugsgebruik</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% softdrugs gebruikt in afgelopen 4 weken	7 ●	9	
16-55 jaar (2009)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	10	6	
13-17 jaar (2006-2008)	% XTC gebruikt in afgelopen 4 weken	2 ●	1	
16-55 jaar (2009)	% ooit harddrugs gebruikt	10	7	

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

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Gokken</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat in afgelopen 4 weken geld in gokkast/ fruitautomaat heeft gegooit	5 ●	7	
<b>Seksueel risicogedrag</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	28 ●	22	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat vrijwel nooit condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad)	-	34	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat altijd condooms gebruikt (van degenen die seks hebben gehad)	-	50	
16-55 jaar (2009)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	7 ●	7	
<b>Mondverzorging</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% dat tanden niet dagelijks poetst	2 ●	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% met vullingen/ gaatjes in gebit	43 ●	37	

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

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe problemsituaties

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Huiselijk geweld</b>				
4-6 jaar (2007)	% waarbij jeugdverpleegkundige vermoeden van mishandeling/ verwaarlozing heeft	1 ●	<1	
10-11 jaar (2007)	% waarbij jeugdverpleegkundige vermoeden van mishandeling/ verwaarlozing heeft	-	<1	
13-17 jaar (2006-2008)	% dat thuis wordt geslagen of mishandeld	3 ●	2	
13-17 jaar (2006-2008)	% bij wie thuis veel ruzie is	21 ●	16	
16-55 jaar (2009)	% dat ooit slachtoffer is geweest	6	10	
55 jaar en ouder (2009)		7 ●	5	
<b>Politiemeldingen Huiselijk geweld</b>				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten	61 ●	1.279	
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten per 10.000 inwoners	49 ●	60	39
<b>Slachtofferschap</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% ooit lichamelijk mishandeld	17 ●	17	
13-17 jaar (2006-2008)	% regelmatig gepest	9 ●	7	

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



**Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties (vervolg)**

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Seksuele intimidatie</b>				
13-17 jaar (2006-2008)	% tegen de zin gezoend/ betast	14 ●	11	
13-17 jaar (2006-2008)	% tegen de zin met iemand naar bed geweest	3 ●	3	
<b>Meldingen Lokaal Zorgnetwerk</b>				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal meldingen	28 ●	318	
	Aantal meldingen/ 10.000 inwoners	22 ●	15	

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

**Tabel 7: Leefomgeving**

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Geluidshinder</b>				
16-55 jaar (2009)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	34	24	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door bedrijven/ industrie	45 ▼	11	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door treinen	41 ▼	4	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door bromfietsen	27	38	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door bouw-/ sloopactiviteiten	27 ▼	14	
16-55 jaar (2009)	% geluidshinder door vliegtuigen	25 ▼	9	
<b>Groenbeleving in de buurt</b>				
16-55 jaar (2009)	% dat het groen een voldoende geeft	77	79	
55 jaar en ouder (2009)		91	92	
16-55 jaar (2009)	% dat groen belangrijk vindt	91	96	
55 jaar en ouder (2009)		98	97	
16-55 jaar (2009)	% dat tot rust kan komen in het groen	69	72	
55 jaar en ouder (2009)		69	68	
16-55 jaar (2009)	% dat actief kan recreëren in het groen	82	73	
55 jaar en ouder (2009)		77	69	
16-55 jaar (2009)	% dat vindt dat er voldoende groen is	80	69	
55 jaar en ouder (2009)		77	73	

- ▲ 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 (vervolg)**

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Luchtvervuiling</b>				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	0		
	% <100 m rijksweg	0		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	0		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	0		
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	0		
	% 100-300 m rijksweg	2		

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

**Tabel 8: Zorg**

Indicator	Definitie	Rozenburg	GGD ZHE	NL
<b>Huisarts</b>				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	70	70	
55 jaar en ouder (2009)		81	83	
0 jaar en ouder (2004-2007)				73
<b>Tandarts</b>				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	70	81	
55 jaar en ouder (2009)		60	66	
0 jaar en ouder (2004-2007)				78
<b>GGZ/ AMW</b>				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	9	8	
55 jaar en ouder (2009)		5 ●	4	
<b>Thuiszorg</b>				
16-55 jaar (2009)	% contact in afgelopen jaar	5 ●	2	
55 jaar en ouder (2009)		4 ●	5	
<b>Mantelzorg</b>				
16-55 jaar (2009)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	8	10	
55 jaar en ouder (2009)		21	14	
<b>Hulp en zorg</b>				
55 jaar en ouder (2009)	% dat hulp in huishouding krijgt	15	15	
55 jaar en ouder (2009)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	6	6	

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

## COLOFON

Dit rapport is een onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) Rotterdam-Rijnmond. Dit is een uitgave van de GGD Rotterdam-Rijnmond in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Februari 2010

Redactie: B.E. Stam, N. de Graaff

en W.M.M. Klaus-Meijs

Vormgeving: troy! creatieve communicatie

Drukwerk: TDS

### GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032

3000 LP Rotterdam

(010) 433 99 66

[info@ggd.rotterdam.nl](mailto:info@ggd.rotterdam.nl)

[www.ggd.rotterdam.nl](http://www.ggd.rotterdam.nl)



*rivm*