



GGD

Rotterdam-Rijnmond

# Gezondheid in kaart

Barendrecht



# Inhoud

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

## Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Barendrecht.

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

- De inwoners van Barendrecht zijn gezonder dan de inwoners van de andere regiogemeenten.
- Eenzaamheid is in Barendrecht een probleem dat aandacht verdient. Het vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de bevolking heeft psychosociale of psychische problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Barendrecht net als elders een probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik van de jeugd in Barendrecht is ongeveer net zo hoog als gemiddeld in de regio. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Barendrecht een bedreiging voor de volksgezondheid. Vooral voorkomen dat mensen beginnen met roken is van belang.
- De Barendrechtse waarden het groen in de woonomgeving. Fietsroutes in het groen kunnen een stimulans zijn om de auto te laten staan.
- De sociale cohesie is in Barendrecht beter dan elders in de regio. Door hier blijvend aandacht aan te besteden voorkomt de gemeente achteruitgang.

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

## De inwoners van Barendrecht

2

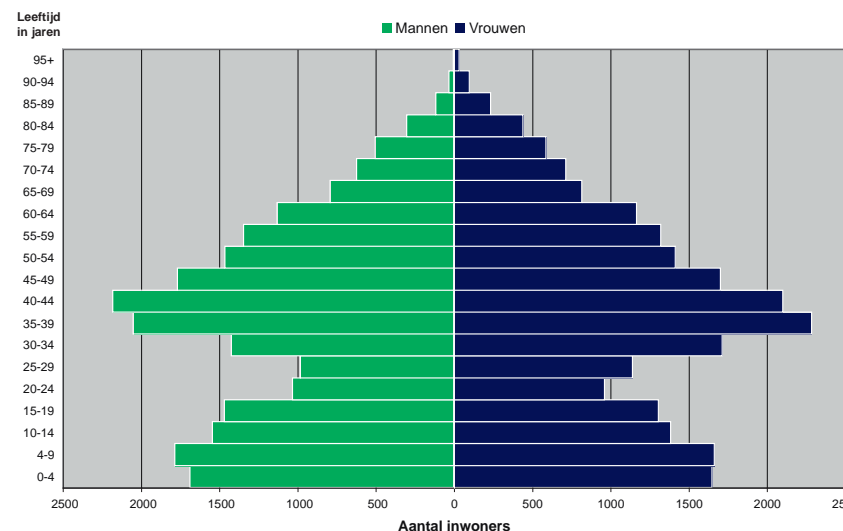
Barendrecht is een kleine stad met alle voorzieningen van de grote stad om de hoek, maar ook de voordelen van een groene, gemoedelijke en levendige gemeenschap. In Barendrecht is het goed wonen, in een veilige, schone en groene leefomgeving. Het woningaanbod is uiterst gevarieerd. Daarnaast is er in Barendrecht op het gebied van cultuur en vrije tijd meer dan voldoende te beleven. Zo kent Barendrecht bijvoorbeeld veel en kwalitatief goede sportaccommodaties en sportverenigingen. Het goede woon- en leefklimaat is onder meer te danken aan de economisch sterke positie.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de gemeente Barendrecht bevat dit hoofdstuk informatie over de bevolkingssamenstelling. Het 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.

De demografische gegevens in dit hoofdstuk zijn formele cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS berekent deze cijfers op basis van de gegevens van de gemeentelijke basisadministratie (GBA). De lokale GBA-gegevens wijken soms af van de CBS-gegevens.

### Aantal inwoners en leeftijdsopbouw

De gemeente Barendrecht had op 1 januari 2008 44.962 inwoners. In *figuur 2.1* is de demografische opbouw van de gemeente Barendrecht te zien.

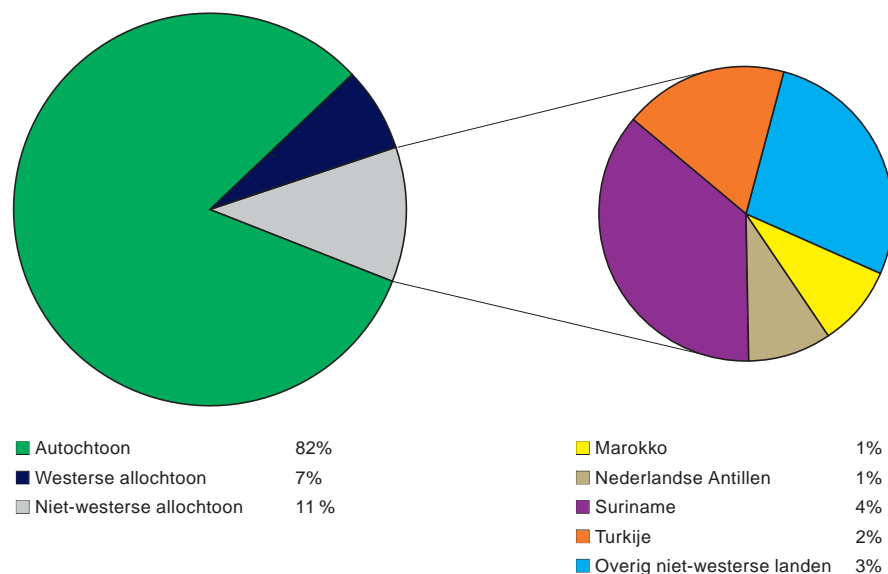


Figuur 2.1 Demografische opbouw in Barendrecht op 1 januari 2008 (Bron: CBS StatLine, 2009)

In de bevolkingspiramide valt op dat de groep 20 tot 30-jarigen relatief klein is, de 35 tot 45-jarigen zijn wel ruim vertegenwoordigd. De grijze druk is in Barendrecht iets lager dan in Nederland (20% tegenover 24%). De groene druk is hoger dan in Nederland (46% tegenover 39%).

### Etniciteit

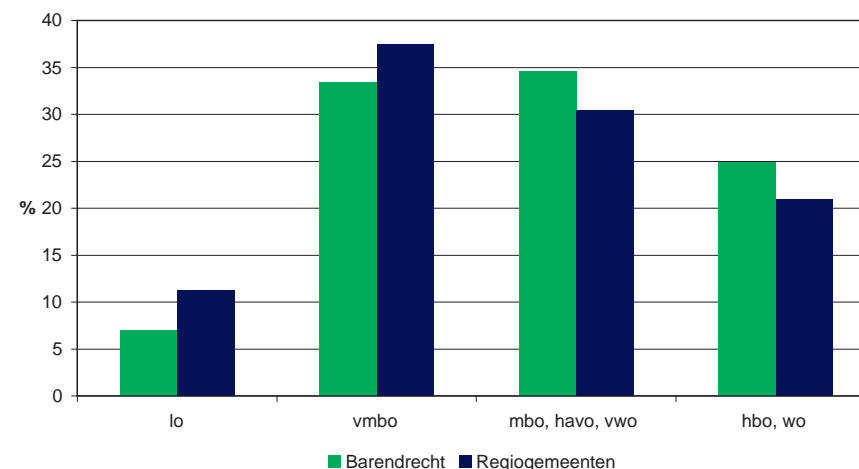
Van de inwoners van Barendrecht is 18% allochtoon; 60% van hen heeft een niet-westerse herkomst (figuur 2.2). De grootste groep allochtonen in Barendrecht heeft een Surinaamse herkomst (4% van de totale bevolking). In Barendrecht wonen in vergelijking met Nederland ongeveer evenveel allochtonen (18% tegenover 20%).



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

### Opleidingsniveau

Het gemiddelde opleidingsniveau in Barendrecht is hoger dan in de andere regiogemeenten die tot 2010 tot het verzorgingsgebied van de GGD behoorden (zie Definities). In figuur 2.3 is te zien dat de twee hoogste opleidingsniveaus vaker voorkomen in Barendrecht dan in de andere regiogemeenten en de twee laagste opleidingsniveaus minder vaak.



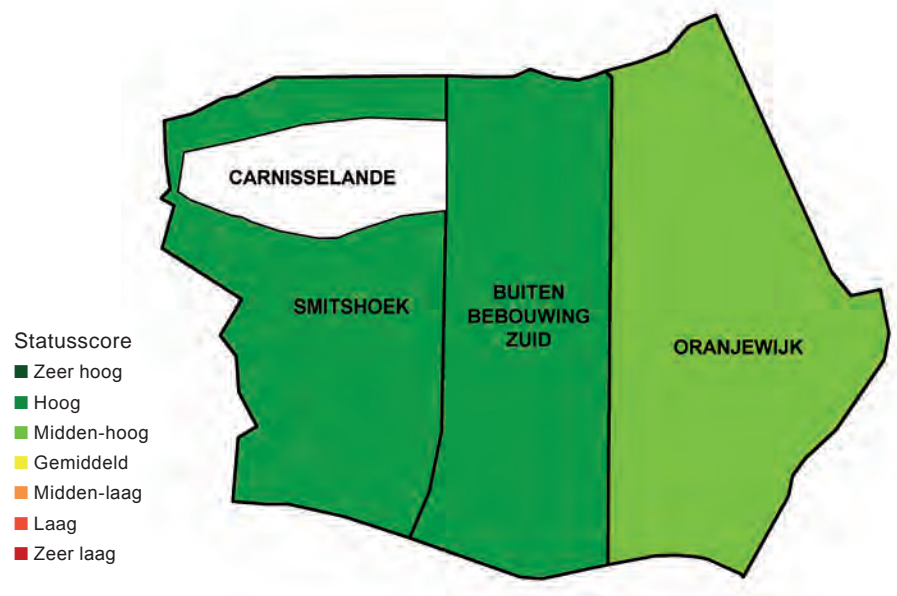
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Barendrecht en de regiogemeenten (Bron: Gezondheidsenquête, 2008)

## Sociaaleconomische status

Het gemiddelde gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Barendrecht 24.500 euro per huishouden. Dit is hoger dan gemiddeld in Nederland waar dit 21.600 euro bedraagt. Van de inwoners van Barendrecht ontvangt 9% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of bijstand en 1% van de kinderen leeft in een uitkeringsgezin. Het percentage eenpersoonshuishoudens in Barendrecht is 23%; dit is lager dan in Nederland (35%) en Rotterdam (47%). 45% van de huishoudens bestaat uit meerpersoonshuishoudens met kinderen.

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

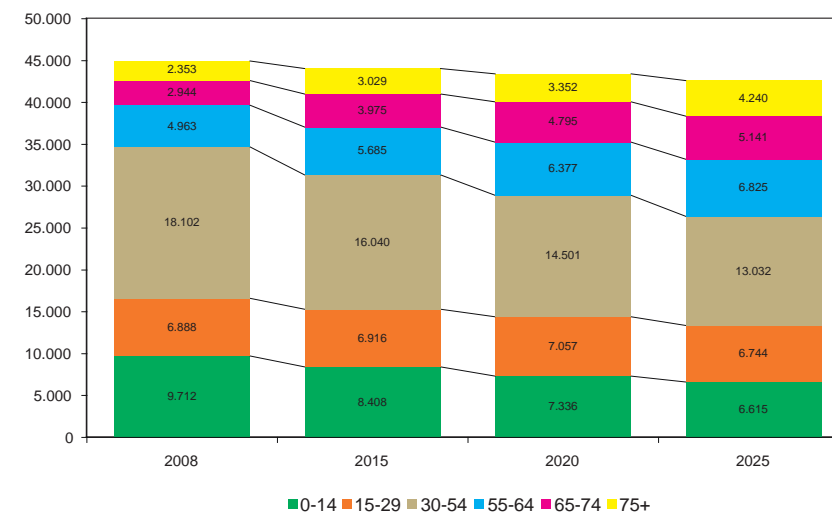
In *figuur 2.4* is de statusscore te zien voor de gemeente Barendrecht. In vergelijking met Nederland hebben in Barendrecht twee postcodegebieden een hoge statusscore en één wijk een midden-hoge statusscore. De statusscore van de wijk met postcode 2994 (Carnisselande) was in 2006 nog onbekend.



Figuur 2.4 Statusscore per vierposities postcodegebied in Barendrecht (Bron: SCP, 2006)

## Bevolkingsprognose

De bevolking van Barendrecht zal in de komende jaren iets afnemen. In 2025 zullen er naar verwachting 42.600 inwoners in Barendrecht wonen. Dit is te zien in *figuur 2.5*. Hierin komt duidelijk naar voren dat de gemeente de komende jaren te maken krijgt met een vergrijzende bevolking. De sterkste toename is zichtbaar bij de groep ouderen van 65 jaar en ouder; deze groep zal met 77% groeien. Maar ook de groep tussen de 55 en 65 jaar zal toenemen (+38%). De vergrijzing heeft allerlei maatschappelijke gevolgen onder andere op het gebied van de gezondheidszorg en de ouderenzorg. Tegelijkertijd met de vergrijzing is een afname te verwachten van het aantal inwoners tussen de 30 en 55 jaar (-28%). Ook het aantal kinderen tot 15 jaar zal de komende jaren afnemen (-32%).



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

### 3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van de gemeente Barendrecht behandeld, samengevat in een aantal kernboodschappen. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de gemeente Barendrecht. De gezondheidstoestand van de inwoners wordt beschreven aan de hand van beschikbare enquêtegegevens, zoals de gezondheidsenquête en de Jeugdmonitor van de GGD Rotterdam-Rijnmond. Ook worden registratiegegevens gebruikt. Waar mogelijk worden de cijfers van Barendrecht 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 Barendrecht*.



➤ De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte is voor Barendrechtse mannen 79,8 jaar en voor vrouwen 82,5 jaar. De levensverwachting voor Barendrechtse mannen is 3 jaar hoger dan voor Nederlandse mannen. De ervaren gezondheid van de Barendrechtse kinderen is goed; bij slechts 2% van de 2-jarigen en 5- en 6-jarigen wordt deze door de ouders als 'gaat wel tot slecht' benoemd. Voor 10- en 11-jarigen en 12- en 13-jarigen is dit

respectievelijk 10 en 12%. De ervaren gezondheid van inwoners tussen de 16 en 55 jaar is beter dan in de andere regiogemeenten. De ervaren gezondheid van 55-plussers is vergelijkbaar met de regio.

De totale sterfte is in Barendrecht lager dan in Nederland. Er overlijden minder mensen aan ziekten van het hart- en vaatstelsel. Vooral de sterfte van mannen wijkt in gunstige zin af. Er overlijden minder mannen in Barendrecht aan ziekten van het hart- en vaatstelsel dan in Nederland. Ook sterven er minder mannen aan kwaadaardige nieuwvormingen.

Het percentage inwoners dat aangeeft minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben is in Barendrecht vergelijkbaar met de andere regiogemeenten. Twee op de vijf 16- tot 55-jarigen geeft aan minstens één ziekte of aandoening te hebben en meer dan driekwart van de 55-plussers geeft dit aan.

Er wonen in Barendrecht naar verhouding minder 55-plussers die aangeven diabetes te hebben dan in de andere regiogemeenten, namelijk 7% versus 11%. Mannen van 55 jaar en ouder in Barendrecht geven vaker aan dat zij prostaatklaarten hebben in vergelijking met de regio.



➤ Van de inwoners van 16 jaar en ouder van Barendrecht is 1 op de 3 eenzaam. De eenzaamheid in Barendrecht is vergelijkbaar met zowel regionale als met landelijke cijfers. In Barendrecht is 5% van de inwoners van 16 jaar en ouder ernstig eenzaam. Ernstige eenzaamheid lijkt iets minder vaak voor te komen in Barendrecht 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 - in de brede definitie van gezondheid van de WHO - 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 Barendrecht. 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.

Om sociaal isolement van ouderen te bestrijden kan de kennis en ervaring die Rotterdam hier de afgelopen jaren mee heeft opgedaan voor Barendrecht 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 staat reeds op de agenda in de gemeente Barendrecht. In de gemeentelijke nota volksgezondheid wordt het genoemd als één van de actiepunten voor het toekomstige beleid van de gemeente (Gemeente Barendrecht, 2009). Organisaties als het ouderenwerk, ouderenzorg en kerken organiseren activiteiten om eenzaamheid tegen te gaan.



➤ Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Barendrecht voor. Volgens de ouders heeft 9% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen. Volgens de leerkrachten is dit percentage 8%.

Ouders geven bij 11% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen en volgens de leerkrachten is dit 2%. Bij 15% van de 12- en 13-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen.

Bijna 20% van de 10- en 11-jarigen rapporteert 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 22%. Bijna 20% van de 12- en 13-jarigen heeft wel eens suïcidegedachten.

De geestelijke gezondheid van inwoners van 16 tot 55 jaar in Barendrecht is beter dan in de andere regiogemeenten. Het percentage inwoners dat een hoog risico heeft op een depressie is lager dan in de regio (2% tegenover 5%). De inwoners van 16 tot 55 jaar geven minder vaak aan dat zij in het jaar voor het onderzoek een depressie hebben gehad en ook het gebruik van psychofarmaca is lager. Bovendien is het percentage inwoners van 16 tot 55 jaar dat in het jaar voorafgaand aan het onderzoek contact heeft gehad met de GGZ of het AMW lager dan in de regio. De geestelijke gezondheid van de 55-plussers is vergelijkbaar met de andere regiogemeenten: 5% heeft een hoog risico op een depressie, 8% geeft aan een depressie gehad te hebben, 8% gebruikt psychofarmaca en 4% heeft contact gehad met de GGZ of het AMW.

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. Deze kunnen worden aangepast aan de lokale situatie.

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

De gemeente Barendrecht onderkent het belang van een goede geestelijke gezondheid. Zij heeft de geestelijke gezondheid van zowel jongeren als volwassenen tot één van de prioriteiten van het gezondheidsbeleid gemaakt (Gemeente Barendrecht, 2009).



Uit metingen door de jeugdgezondheidszorg blijkt dat in Barendrecht 7% van de 2-jarigen, 9% van de 5- en 6-jarigen en 17% van de 10- en 11-jarigen te zwaar is. Op basis van zelfgerapporteerde gegevens blijkt dat 6% van 12- en 13-jarigen te zwaar is; hierbij dient in gedachten te worden gehouden dat dit percentage in werkelijkheid waarschijnlijk iets hoger ligt, omdat jongeren geneigd zijn de verhouding van lengte en gewicht gunstiger in te schatten dan feitelijk het geval is (Jansen et al., 2006).

Volwassenen hebben ook vaak te kampen met overgewicht. Bijna 40% van de 16- tot 55-jarigen heeft (ernstig) overgewicht en bijna 60% van de 55-plussers. Dit is vergelijkbaar met de andere regiogemeenten. Ten opzichte van 2005 is er geen verandering waarneembaar. Matig overgewicht komt meer voor bij mannen en obesitas meer bij vrouwen. Overgewicht komt bij diverse allochtone groepen vaker voor dan bij autochtonen.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten voor overgewicht. In Barendrecht 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 7% minder dan 5 keer per week. De fruitnorm wordt door jongeren in Barendrecht vaak niet gehaald. De helft van de 5- en 6-jarigen haalt de fruitnorm. De inname van fruit is het laagst bij de 10- en 11-jarigen en 12- en 13-jarigen; van hen haalt slechts een kwart de norm. Ook de groente-inname kan beter; slechts een derde van de kinderen en jongeren eet dagelijks groente.

Van de 2-jarigen speelt 60% minstens 5 dagen per week buiten. Dit neemt af met de leeftijd; van de 10- en 11-jarigen speelt 41% minstens 5 dagen per week buiten. Het sporten buiten schooltijd neemt toe met de leeftijd; van de 5- en 6-jarigen sport 45% minstens 2 dagen per week buiten schooltijd, van de 12- en 13-jarigen doet 80% dit. Volwassenen bewegen vaak te weinig. Bijna 40% van de 16- tot 55-jarigen haalt de beweegnorm niet. Het beweeggedrag van de 55-plussers is iets beter, maar nog haalt 31% de beweegnorm niet.

Overgewicht, met name ernstig overgewicht (obesitas), hangt samen met meerdere chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2 (suikerziekte), hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten. Ook hebben mensen met (ernstig) overgewicht vaker verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen. Bovendien komen bij vrouwen met (ernstig) overgewicht menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor (Visscher & Schoemaker, 2008). De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven (Voedingscentrum, 2008). Een kind met (ernstig) overgewicht kan gemakkelijk doelwit worden van pesterijen, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

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

- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist.
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de gemeente, op de werkplek en in scholen.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat burgers veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk 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. Dit programma heeft aansluiting op de 'Beweegkuur', waar het ministerie van VWS op inzet. 'Van Klacht naar Kracht' is opgezet voor mensen die van hun huisarts een dringend leefstijladvies hebben gekregen, omdat ze (vooral door overgewicht) hard op weg zijn een aandoening als diabetes te ontwikkelen. In het programma worden een persoonlijke leefstijladviseur en een activiteitenprogramma op maat aangeboden. De GGD kan uitzoeken wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van een organisatorisch en financieel sluitende keten voor uitvoering van dit project in Barendrecht. Voor de jeugd voert de GGD met andere partijen het programma 'Lekker fit' uit. Hierin worden voorlichting, beweegactiviteiten en een gezond aanbod in de schoolkantine gecombineerd. Recent onderzoek toont aan dat de beweegprogramma's 'COACH-methode', 'Jump-in' en

'Revalidatie, Sport en Bewegen' significant positieve effecten hebben op het beweeggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse et al., 2009).

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

Overgewicht is één van de speerpunten van het volksgezondheidsbeleid 2009-2012 van de gemeente Barendrecht (Gemeente Barendrecht, 2009). Voor 12- en 13-jarigen wil de gemeente dat het percentage met overgewicht in 2012 is afgenomen met 2%, hiervoor willen zij gebruik maken van de Gezonde School methode. Ook willen zij het sporten en bewegen door jongeren bevorderen. Voor volwassenen wil de gemeente dat het percentage inwoners dat de beweegnorm niet haalt in 2012 is afgenomen met 3%. Bovendien wil Barendrecht zich in 2025 ontwikkeld hebben tot sportgemeente.



Van de 12- en 13-jarigen heeft 13% in de afgelopen vier weken alcohol gedronken en 8% heeft in de laatste 4 weken bij een gelegenheid 5 of meer glazen gedronken. In een aantal gemeenten in de regio wordt minder gedronken, in andere gemeenten meer.

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk. Alcoholgebruik heeft invloed op alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer 60 aandoeningen (Kuunders et al. 2007).

De schadelijkheid van het drinken van alcohol op jonge leeftijd staat steeds meer in de belangstelling. Er zijn aanwijzingen dat het drinken van (grote hoeveelheden) alcohol als je nog in de groei bent extra schadelijk is en een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd.

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

Effectief lokaal alcoholbeleid stoelt op vier pijlers:

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

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

De gemeente Barendrecht heeft in de nota Volksgezondheid 2009-2012 aangegeven aansluiting te zoeken bij de vijf door het Ministerie van VWS gestelde prioriteiten, waaronder alcohol (Gemeente Barendrecht, 2009). De gemeente wil dat het percentage jeugdigen in de brugklas dat alcohol gebruikt afneemt. Hiervoor willen zij de Gezonde School methode gebruiken. Voor volwassenen willen zij dat het percentage zware drinkers afneemt, hiervoor willen zij E-health inzetten.



➤ In de gemeente Barendrecht rookt minder dan 1% van de 10- tot en met 13-jarigen. Van de inwoners van 16 tot 55 jaar rookt 18%, dit is minder dan in de andere regiogemeenten waar 26% rookt. Van de 55-plussers rookt 13%.

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

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



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

#### Lucht en gezondheid

In Barendrecht ligt 9% van de woningen (bewoonde panden waarin meer dan één woonadres aanwezig kan zijn) direct aan een drukke binnenstedelijke weg en één procent binnen 100 meter van een rijksweg. Dit betekent dat de bewoners van deze woningen (ongeveer 750 woningen) in een gebied leven met een relatief slechte luchtkwaliteit. Dit is iets meer dan gemiddeld in de regio. Deze cijfers geven een beeld van het aantal woningen langs drukke wegen in 2004. De uitbreiding van Barendrecht sinds 2004 is hierin nog niet meegenomen.

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, het ultrafijne stof dat vooral afkomstig is van de emissies 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 Barendrecht maakt zich sterk om de luchtkwaliteit rondom rijkswegen te verbeteren (verbeteren doorstroming A15 en A29). 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. Gezien het aantal woningen dat direct aan een drukke stadsweg ligt, verdient ook de binnenstedelijke luchtverontreiniging aandacht. Aangeraden wordt om te voorkomen dat woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van een rijksweg of direct (in de eerstelijns bebouwing binnen 50 meter) aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen. Maatregelen kunnen zich daarnaast richten op het verminderen van de uitstoot van (ultra)fijn stof. Dat kan bijvoorbeeld door alternatieven te bieden voor de auto, in de vorm van veilige en aantrekkelijke langzaamverkeersverbindingen. Dit helpt het aantal autokilometers (en dus de uitstoot van fijn stof) te verminderen. Bovendien stimuleert deze maatregel het fietsen en wandelen in de gemeente, wat bijdraagt aan een gezond gewicht. Verder is het goed in te zetten op het verlagen van het aandeel zwaar verkeer op binnenstedelijke wegen, aangezien de uitstoot van de fijnste, meest schadelijke, stofdeeltjes door vrachtverkeer relatief hoog is.

#### Geluid en gezondheid

In Barendrecht ervaart bijna één op de vijf inwoners van 16 tot 55 jaar ernstige geluidshinder. 19% van de inwoners wordt gehinderd door geluid van verkeer van wegen waar harder gereden mag worden dan 50 km per uur. Hoewel het percentage inwoners dat geluidshinder ervaart door bromfietzers lager is dan in de regio, heeft toch bijna 30% hier last van.

Geluid is een groeiend gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt geluidsoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Wegverkeer is de belangrijkste bron van geluidshinder. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopectiviteiten 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 daarom nadelige gezondheidseffecten optreden.

De gemeente wil door middel van maatregelen rondom de rijkswegen A15 en A29, zoals verbeterde doorstroming en stil asfalt, de geluidshinder beperken. Het inzetten op

bronmaatregelen, zoals de gemeente Barendrecht doet met stil asfalt, verdient de voorkeur boven overdrachtsmaatregelen als dove gevels. Het is van belang om in de stad stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte.

### Groen en gezondheid

Vergeleken met de andere gemeenten in de regio geven de inwoners van Barendrecht een positievere waardering aan het groen in hun directe omgeving. Gevraagd naar een rapportcijfer voor het groen in de buurt, geeft ongeveer driekwart van de inwoners het groen een voldoende. Iets meer dan de helft van 16- tot 55-jarigen en bijna driekwart van de Barendrechters van 55 jaar en ouder vindt verder dat er genoeg groen in de buurt aanwezig is.

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. Groen moet dus ook goed beheerd worden. 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.

Barendrecht heeft het streven in 2012 de groenste gemeente van Nederland te zijn. In 2008 is een Groenbeleidsplan opgesteld. Met dit plan wil de gemeente onder andere de gezondheid van haar inwoners verbeteren. Groene speelplekken voor kinderen en een goede toegankelijkheid van groen in de (woon)omgeving voor fietsers en wandelaars kunnen hieraan zeker een bijdrage leveren.



➤ Bijna de helft van de inwoners van 16 jaar en ouder van Barendrecht vindt de sociale cohesie in de buurt laag en dertien procent vindt de sociale cohesie hoog. De 16- tot 55-jarigen beoordelen de sociale cohesie beter dan inwoners van de andere regiogemeenten. Ten opzichte van 2005 is de sociale cohesie niet veranderd.

Sociale cohesie duidt op sociale samenhang. Door sociologen wordt sociale cohesie ook wel omschreven als kleefkracht. Hoe hechter de sociale cohesie, hoe groter de solidariteit in een gemeenschap, men identificeert zich met elkaar en/ of voelt zich verbonden (SCP, 2002). Sociale cohesie kan de gezondheid bevorderen. Inwoners van wijken met de minste sociale cohesie ervaren hun gezondheid als slechter dan de bewoners van wijken met de meeste sociale cohesie (Ruijsbroek & Verweij, 2009).

Er is en wordt de laatste jaren veel onderzoek gedaan naar sociale cohesie. In 2008 concludeerden onderzoekers van het Sociaal en Cultureel Planbureau dat sociale cohesie is gebaat bij het scheppen en in stand houden van ontmoetingsgelegenheden. Van belang is dat gemeenten voorzieningen onderhouden. Bewoners ervaren meer sociale cohesie als zij hun burens aantrekkelijk vinden als netwerklid, ook al hoeven de contacten niet intensief te zijn. Belangrijker dan het stimuleren van gezamenlijkheid is het stimuleren van sociale controle, aandacht voor wat de anderen doen. (Gesthuizen & Veldheer, 2008).

De gemeente Barendrecht hecht grote waarde aan sociale cohesie. Het is een speerpunt in de nota Volksgezondheid 2009-2012. Barendrecht is de laatste jaren veel gegroeid, maar ook de maatschappelijke ontwikkelingen zijn voor de gemeente aanleiding aandacht te besteden aan de sociale cohesie. Om de sociale cohesie te vergroten wil de gemeente met name acties ondernemen voor vrijwilligers en mantelzorgers. Ook het voortzetten van het minimabeleid draagt volgens de gemeente bij aan het vergroten van de sociale samenhang.

## Tot slot

## 4

In het kader van de regionale VTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een Gezondheidsatlas ontwikkeld: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel)gemeenten van het Rijnmondgebied ([www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl](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 Sluyterman van Loo van een vergelijkend effect- en procesevaluatie-onderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen. Den Haag/ Amsterdam: NIDI/ VU, 2005.

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

Gemeente Barendrecht. Gezonde betrokkenheid. Nota Volksgezondheid 2009-2012. Barendrecht: Gemeente Barendrecht, 2009.

Gesthuizen M, Veldheer V. Sociale samenhang in de wijk. NSV actualiteitencollege 2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.

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

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

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

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

Ruijsbroek JMH, Verweij A. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van sociale cohesie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <[www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)> Gezondheidsdeterminanten\ Omgeving\ Leefomgeving\ Sociale cohesie, 22 juni 2009.

SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau. Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002.

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

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

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

## Gegevensbronnen

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

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

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

## Websites

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

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

# Definities

## ADL-beperking

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

## Direct gestandaardiseerde sterfte

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

## Drukke binnenstedelijke weg

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

## Eenzaamheid

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

## Gemiddeld gestandaardiseerd inkomen

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

## Gezondheid

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

## GGD RR

Het verzorgingsgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond bestond tot 1 januari 2010 uit de volgende gemeenten: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Rotterdam, Ridderkerk, Schiedam en Vlaarding. 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 [ $\text{kg}/\text{m}^2$ ]) 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.

### 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 statusscore 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 Barendrecht

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR	NL
<b>Totale sterfte</b>				
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	239	9.740 ●	137.539
Mannen (2003-2006)		111	4.554 ●	66.743
Vrouwen (2003-2006)		127	5.186 ●	70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	61	96 ●	84
Mannen (2003-2006)		57	91 ●	83
Vrouwen (2003-2006)		64	100 ●	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerd per 10.000 inwoners per jaar	67	81 ●	77
Mannen (2003-2006)		58	78 ●	73
Vrouwen (2003-2006)		76	84 ●	79
Totaal (2003-2006)	SMR	88 ▲	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		79 ▲	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		96	105 ▼	100
<b>Ziekten van het hart- en vaatstelsel</b>				
Totaal (2003-2006)	SMR	81 ▲	105 ▼	100
Mannen (2003-2006)		76 ▲	106 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		85	104 ▼	100
<b>Kwaadaardige nieuwvormingen</b>				
Totaal (2003-2006)	SMR	91	104 ▼	100
Mannen (2003-2006)		80 ▲	103 ▼	100
Vrouwen (2003-2006)		102	107 ▼	100
<b>Ziekten van de ademhalingsorganen</b>				
Totaal (2003-2006)	SMR	93	100	100
Mannen (2003-2006)		91	99	100
Vrouwen (2003-2006)		92	102	100
<b>Levensverwachting bij de geboorte</b>				
Totaal (2003-2006)	Jaren	81,1 ▲	78,6 ▼	79,4
Mannen (2003-2006)		79,8 ▲	76,3 ▼	77,0
Vrouwen (2003-2006)		82,5	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	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Chronische aandoeningen</b>				
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	41	46	
55 jaar en ouder (2008)		74	77	
<b>Diabetes</b>				
16-55 jaar (2008)	%	2	2	
55 jaar en ouder (2008)		7 ▲	11	
0 jaar en ouder (2004-2007)			4	4
<b>Migraine/ ernstige hoofdpijn</b>				
16-55 jaar (2008)	%	12	16	
55 jaar en ouder (2008)		8	8	
0 jaar en ouder (2004-2007)			14 ▼	12
<b>Hoge bloeddruk</b>				
16-55 jaar (2008)	%	6	7	
55 jaar en ouder (2008)		27	32	
0 jaar en ouder (2004-2007)			12	11
<b>Luchtweegaandoeningen</b>				
16-55 jaar (2008)	% astma/ copd	8	7	
55 jaar en ouder (2008)		10	9	
0 jaar en ouder (2004-2007)	% chronische klachten aan luchtwegen		8	8
<b>Aandoening aan rug</b>				
16-55 jaar (2008)	%	11	9	
55 jaar en ouder (2008)		16	13	
0 jaar en ouder (2004-2007)			9	9
<b>Artrose van heup/ knie</b>				
16-55 jaar (2008)	%	4	6	
55 jaar en ouder (2008)		35	31	
0 jaar en ouder (2004-2007)			11	10
<b>Aandoening nek/ schouder</b>				
16-55 jaar (2008)	%	9	9	
55 jaar en ouder (2008)		15	13	
<b>Aandoening elleboog/ pols/ hand</b>				
16-55 jaar (2008)	%	3	4	
55 jaar en ouder (2008)		10	9	
<b>Depressiviteit</b>				
16-55 jaar (2008)	%	4 ▲	7	
55 jaar en ouder (2008)		8	8	

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Prostaatklachten, mannen</b>				
55 jaar en ouder (2008)	%	21	▼	13
<b>ADL-beperking</b>				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	10		9
<b>HDA-beperking</b>				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	16		15
<b>Beperking in horen</b>				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	7		6
<b>Beperking in zien</b>				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	6		6

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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	Barendrecht	GGD RR	NL
<b>Bevolkingsonderzoek</b>				
Borstkanker (2009;RR2008) <sup>1</sup>	% deelname	82	●	74
Baarmoederhalskanker (2008) <sup>2</sup>	Beschermingsgraad	72	●	64
<b>Infectieziekten</b>				
Hepatitis B acuut (2008) <sup>3</sup>	Aantal meldingen	2	●	11
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008) <sup>3</sup>		3	●	54
Kinkhoest (2008) <sup>3</sup>		68	●	529
Tuberculose (2008) <sup>3</sup>		2	●	22
Tuberculose (2008) <sup>3</sup>	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	103	●	1.340
<b>Vaccinatie</b>				
2 jaar (2009) <sup>3</sup>	% gevaccineerd <sup>4</sup>	98	●	95
10 jaar (2009) <sup>3</sup>	% gevaccineerd <sup>5</sup>	94	●	93

<sup>1</sup> GGD RR is hier inclusief Rotterdam, maar exclusief Nieuwe Waterweg Noord (Schiedam, Vlaardingen, Maassluis).

<sup>2</sup> GGD RR is hier inclusief Rotterdam.

<sup>3</sup> GGD RR is hier exclusief Rotterdam.

<sup>4</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>5</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	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Ervaren gezondheid</b>				
2 jaar (2008)	% gaat wel tot slecht	2		
5-6 jaar (2007-2008)		2		
10-11 jaar (2007-2008)		10		
0-11 jaar (2008)				5
12-13 jaar (2007-2008)		12		
12-17 jaar (2008)				10
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	6	▲	10
55 jaar en ouder (2008)		23		22
0 jaar en ouder (2004-2007)	% minder goed		29	▼
<b>Eenzaamheid</b>				
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	30		33
55 jaar en ouder (2008)		41		38
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	7		10
55 jaar en ouder (2008)		13		12
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	19		24
55 jaar en ouder (2008)		29		28
<b>Depressie</b>				
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	2	▲	5
55 jaar en ouder (2008)		5		4
<b>Psychofarmaca</b>				
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	2	▲	5
55 jaar en ouder (2008)		8		9
<b>Regie over eigen leven</b>				
55 jaar en ouder (2008)	% onvoldoende regie	22		22

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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.

<sup>2</sup> Probleemgedrag zoals dwars of koppig zijn, aandacht opeisen, ruzie maken, speelgoed vernielen.

<sup>3</sup> Probleemgedrag totaal: vandalisme, gevecht, diefstal, ernstig geweldsdelict, ouders mishandeld of weglopen van huis.

▲ 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	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Psychosociale problemen</b>				
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	8		
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op vragen naar psychosociale problemen volgens ouder én leerkracht	2		
10-11 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens de ouders	11		
10-11 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens de leerkracht	2		
10-11 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op SDQ volgens ouder en leerkracht	1		
12-13 jaar (2007-2008)	% zorgelijke totaal score op SDQ	15		
12-16 jaar (2005)				16
<b>Emotionele problemen</b>				
2 jaar (2007-2008)	% vaak van streek/ huilt snel volgens de ouders	9		
5-6 jaar (2007-2008)		5		
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak van streek/ huilt snel volgens de leerkracht	4		
2 jaar (2007-2008)	% maakt neerslachtige/ verdrietige indruk volgens de ouders	<1		
5-6 jaar (2007-2008)		<1		
5-6 jaar (2007-2008)	% maakt neerslachtige/ verdrietige indruk volgens de leerkracht	1		
10-11 jaar (2007-2008)	% hoge score op sombere gevoelens volgens KDVK	19		
10-11 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de ouders	10		
10-11 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de leerkracht	6		
12-13 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen	22		
12-16 jaar (2005)				15

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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.

<sup>2</sup> Probleemgedrag zoals dwars of koppig zijn, aandacht opeisen, ruzie maken, speelgoed vernielen.

<sup>3</sup> Probleemgedrag totaal: vandalisme, gevecht, diefstal, ernstig geweldsdelict, ouders mishandeld of weglopen van huis.

▲ 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	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Ontwikkeling/ gedrag</b>				
2 jaar (2007-2008)	% ouder maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	3		
5-6 jaar (2007-2008)		14		
5-6 jaar (2007-2008)	% leerkracht maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	17		
5-6 jaar (2007-2008)	% ouder en leerkracht maken zich veel zorgen over ontwikkeling/ gedrag	6		
	% zorgelijk oordeel over ontwikkeling psychische gezondheid door consultatiebureau-medewerker	1		
<b>Suicide</b>				
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidedachten in afgelopen jaar	18		
12-13 jaar (2007-2008)	% ooit suïcidepoging gedaan	2		
<b>Probleemgedrag</b>				
2 jaar (2007-2008)	% met drie of meer ongunstige antwoorden op probleemgedrag volgens de ouders <sup>2</sup>	10		
5-6 jaar (2007-2008)		9		
5-6 jaar (2007-2008)	% met drie of meer ongunstige antwoorden op probleemgedrag volgens de leerkracht <sup>2</sup>	4		
10-11 jaar (2007-2008)	% frequent probleemgedrag	8		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal <sup>3</sup> - tenminste 1 keer in afgelopen 12 maanden	51		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal <sup>3</sup> - meer dan 1 keer in afgelopen 12 maanden	36		
12-13 jaar (2007-2008)	% vandalisme in afgelopen 12 mnd	27		
12-13 jaar (2007-2008)	% gevecht in afgelopen 12 mnd	27		
12-13 jaar (2007-2008)	% diefstal (incl. zwartrijden) in afgelopen 12 mnd	30		
12-13 jaar (2007-2008)	% ernstig geweldsdelict in afgelopen 12 mnd	8		
12-13 jaar (2007-2008)	% ouders mishandeld in afgelopen 12 mnd	6		
12-13 jaar (2007-2008)	% weggelopen in afgelopen 12 mnd	2		

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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.

<sup>2</sup> Probleemgedrag zoals dwars of koppig zijn, aandacht opeisen, ruzie maken, speelgoed vernielen.

<sup>3</sup> Probleemgedrag totaal: vandalisme, gevecht, diefstal, ernstig geweldsdelict, ouders mishandeld of weglopen van huis.

▲ 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	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Wapenbezit</b>				
10-11 jaar (2007-2008)	% dat wel eens een wapen bij zich draagt	5		
12-13 jaar (2007-2008)		6		
<b>Spijbelen</b>				
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak ongeoorloofd afwezig van school	<1		
10-11 jaar (2007-2008)		<1		
12-13 jaar (2007-2008)	% gespijbeld in afgelopen vier weken	1		
12-16 jaar (2005)				14
<b>Pesten</b>				
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd geplaagd wordt volgens de ouders	<1		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd geplaagd wordt volgens de leerkracht	<1		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of bijna altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de ouders	3		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat vaak of bijna altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de leerkracht	3		
10-11 jaar (2007-2008)	% dat tenminste één keer per week wordt gepest	3		
12-13 jaar (2007-2008)		6		
12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand gepest wordt			7
10-11 jaar (2007-2008)	% dat tenminste één keer per week anderen pest	1		
12-13 jaar (2007-2008)		2		
12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand anderen pest			9
<b>Ingrijpende gebeurtenissen</b>				
2 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt in de afgelopen 2 jaar (2007-2008)	55		
5-6 jaar (2007-2008)		55		
10-11 jaar (2007-2008)		50		
2 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	59		
5-6 jaar (2007-2008)		84		
10-11 jaar (2007-2008)		87		
12-13 jaar (2007-2008)		90		
<b>Problematiek thuis</b>				
12-13 jaar (2007-2008)	% met problematiek thuis	19		

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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.

<sup>2</sup> Probleemgedrag zoals dwars of koppig zijn, aandacht opeisen, ruzie maken, speelgoed vernielen.

<sup>3</sup> Probleemgedrag totaal: vandalisme, gevecht, diefstal, ernstig geweldsdelict, ouders mishandeld of weglopen van huis.

▲ 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	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Matig overgewicht (excl. obesitas)</b>				
2 jaar (2007-2008)		5		
2 jaar (1996-1997)				8
5-6 jaar (2007-2008)		7		
5-6 jaar (2002-2004)				10
10-11 jaar (2007-2008)		15		
10-11 jaar (2002-2004)				14
12-13 jaar (2007-2008)		5		
16-55 jaar (2008)	% BMI 25-30	30	33	
55 jaar en ouder (2008)		42	44	
20 jaar en ouder (2004-2007)	% BMI ≥25		46	46
<b>Obesitas</b>				
2 jaar (2007-2008)		2		
2 jaar (1996-1997)				1
5-6 jaar (2007-2008)		2		
5-6 jaar (2002-2004)				4
10-11 jaar (2007-2008)		3		
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)		16	16	
20 jaar en ouder (2004-2007)			13 ▼	11

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Voeding</b>				
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	100		
5-6 jaar (2007-2008)		98		
10-11 jaar (2007-2008)		96		
12-13 jaar (2007-2008)		93		
2 jaar (2007-2008)	% dat voldoet aan de fruitnorm	47		
5-6 jaar (2007-2008)		52		
10-11 jaar (2007-2008)		26		
12-13 jaar (2007-2008)		26		
11-12 jaar (2005)	% dat dagelijks fruit eet			37
12-16 jaar (2005)				29
2 jaar (2007-2008)	% dat dagelijks groente eet	39		
5-6 jaar (2007-2008)		34		
10-11 jaar (2007-2008)		30		
11-12 jaar (2005)				44
12-13 jaar (2007-2008)		34		
12-16 jaar (2005)				41
2 jaar (2007-2008)	% dat meer dan twee glazen fris drinkt	27		
5-6 jaar (2007-2008)		43		
10-11 jaar (2007-2008)		34		
12-13 jaar (2007-2008)		38		
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥3 tussendoortjes per dag eet	2		
5-6 jaar (2007-2008)		3		
10-11 jaar (2007-2008)		4		

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Lichaamsbeweging</b>				
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week buiten speelt	60		
5-6 jaar (2007-2008)		40		
10-11 jaar (2007-2008)		41		
3 jaar (2005)	% dat (bijna) iedere dag buiten speelt			60
5-12 jaar (2005)				67
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	45		
10-11 jaar (2007-2008)		73		
12-13 jaar (2007-2008)		80		
10-11 jaar (2007-2008)	% dat lid is van sportvereniging	68		
8-12 jaar (2005)				77
12-13 jaar (2007-2008)		76		
12-16 jaar (2005)				67
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥1 uur per dag tv kijkt/ computert	61		
5-6 jaar (2007-2008)		71		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 uur per dag tv kijkt/ computert	27		
10-11 jaar (2007-2008)		53		
12-13 jaar (2007-2008)		62		
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	39	41	
55 jaar en ouder (2008)		31	30	
12 jaar (2007-2008) en ouder (2004-2007)			53	▼ 46
<b>Alcoholgebruik</b>				
10-11 jaar (2007-2008)	% dat wel eens alcohol heeft gedronken	15		
11-12 jaar (2005))				49
12-13 jaar (2007-2008)		34		
12-16 jaar (2005)				77
10-11 jaar (2007-2008)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	7		
11-12 jaar (2005)				14
12-13 jaar (2007-2008)		13		
12-13 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken bij een gelegenheid in de laatste 4 weken	8		
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	7	8	
55 jaar en ouder (2008)		11	11	
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	56	51	
55 jaar en ouder (2008)		38	41	

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Roken</b>				
10-11 jaar (2007-2008)	% wel eens gerookt	6		
12-13 jaar (2007-2008)		12		
12-16 jaar (2005)				33
10-11 jaar (2007-2008)	% dagelijkse rokers	<1		
12-13 jaar (2007-2008)		<1		
12-16 jaar (2005)				8
16-55 jaar (2008)	% rokers	18 ▲	26	
55 jaar en ouder (2008)		13	17	
12 jaar (2007-2008) en ouder (2004-2007)			30	29
<b>Drugsgebruik</b>				
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	7	9	
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	7	6	
<b>Seksueel risicogedrag</b>				
12-13 jaar (2007-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	<1		
12-16 jaar (2005)				15
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	6	7	

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

▲ Significat gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significat ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 6: Huiselijk geweld

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Huiselijk geweld</b>				
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	6	7	
55 jaar en ouder (2008)		2	4	
<b>Politiemeldingen Huiselijk geweld</b>				
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten	171 ●	2.396	
0 jaar en ouder (2009)	Aantal incidenten per 10.000 inwoners	37 ●	55	39

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

▲ Significat gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significat ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Geluidshinder</b>				
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	19	24	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door bromfietsen	28 ▲	34	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door burelen	23	24	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door verkeer wegen >50 km/ u	19	16	
	% geluidshinder door bouw- of sloopactiviteiten	19	19	
<b>Groenbeleving in de buurt</b>				
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	76	70	
55 jaar en ouder (2008)		90	87	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	98	96	
55 jaar en ouder (2008)		97	97	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	55	60	
55 jaar en ouder (2008)		70	71	
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	71	70	
55 jaar en ouder (2008)		71	72	
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	55	56	
55 jaar en ouder (2008)		71	72	
<b>Buurtbeleving</b>				
2 jaar (2007-2008)	% ouders dat tevreden is over de buitenspeelmogelijkheden in de buurt	95		
5-6 jaar (2007-2008)		97		
10-11 jaar (2007-2008)	% dat de woonbuurt niet leuk vindt	7		
10-11 jaar (2007-2008)	% dat zich soms of (heel) vaak onveilig voelt in de woonbuurt	38		
10-11 jaar (2007-2008)	% dat vindt dat er niet genoeg te doen is in de buurt	37		
<b>Luchtvervuiling</b>				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	53		
	% <100 m rijksweg	1		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	721		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	8		
	% <100 m rijksweg of eerste-ljns binnenstedelijk	9		
	% 100-300 m rijksweg	6		

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

▲ Significat gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significat ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

● Significantie is niet berekend.

**Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)**

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Sociale cohesie</b>				
16-55 jaar (2008)	% dat de sociale cohesie laag vindt	49 ▲	55	
55 jaar en ouder (2008)		48	52	
16-55 jaar (2008)	% dat de sociale cohesie hoog vindt	12 ▲	9	
55 jaar en ouder (2008)		14	12	

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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 8: Zorg**

Indicator	Definitie	Barendrecht	GGD RR <sup>1</sup>	NL
<b>Huisarts</b>				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	68	70	
55 jaar en ouder (2008)		79	82	
0 jaar en ouder (2004-2007)			77 ●	73
<b>Tandarts</b>				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	86	83	
55 jaar en ouder (2008)		60	64	
0 jaar en ouder (2004-2007)			76 ●	78
<b>GGZ/ AMW</b>				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	3 ●	8	
55 jaar en ouder (2008)		4	4	
<b>Thuiszorg</b>				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	1	1	
55 jaar en ouder (2008)		9	8	
<b>Mantelzorg</b>				
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	6	9	
55 jaar en ouder (2008)		15	15	
<b>Hulp en zorg</b>				
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	17	17	
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	8	8	

<sup>1</sup> Wanneer de GGD RR wordt vergeleken met Barendrecht 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](mailto:info@ggd.rotterdam.nl)

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



*rivm*