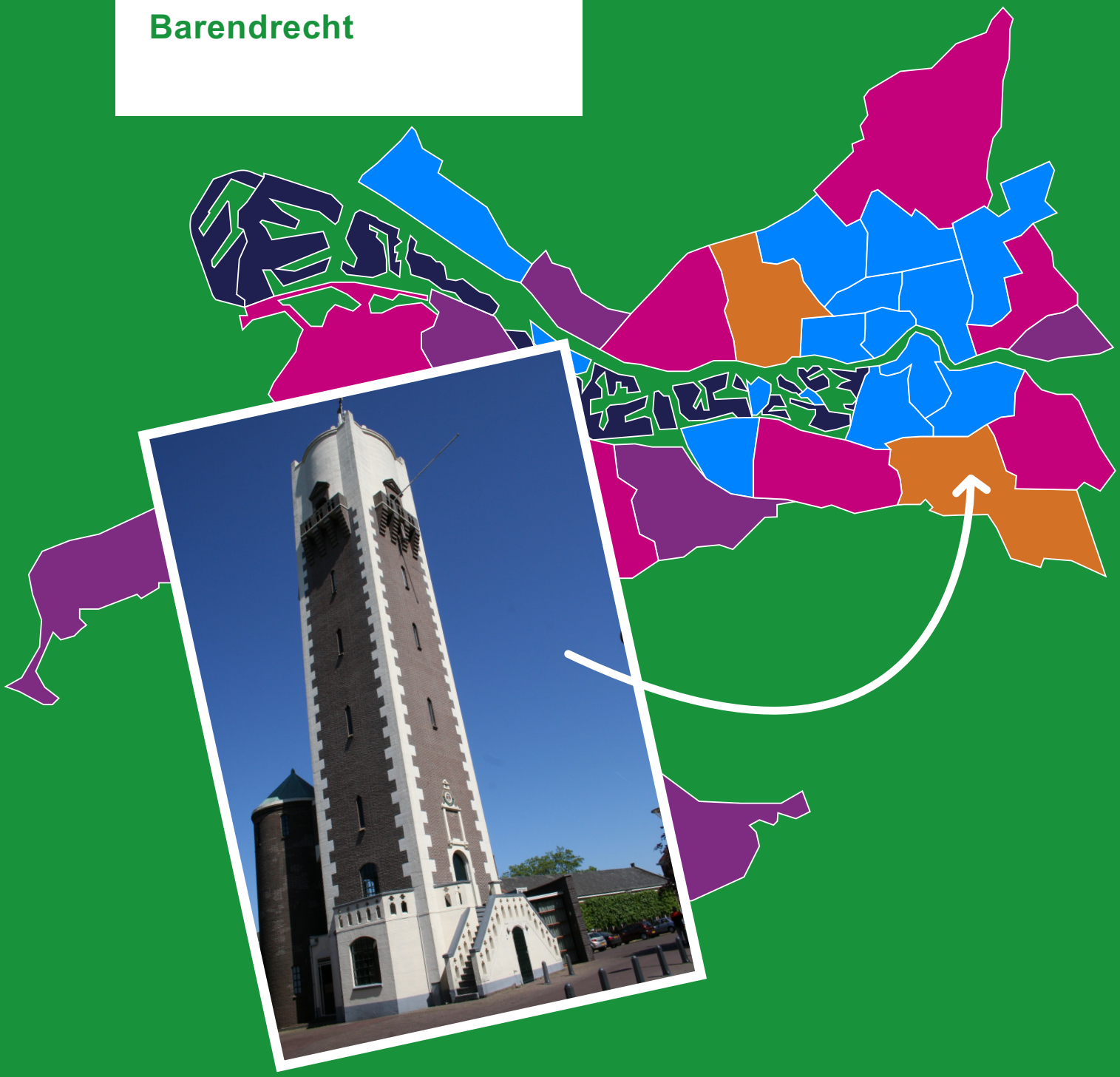
GGD
Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart 2014

Barendrecht



Colofon

Dit rapport is een onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning Rotterdam-Rijnmond.
Dit is een uitgave van de GGD Rotterdam-Rijnmond in samenwerking met de afdeling Onderzoek & Business Intelligence.

Januari 2014

A.E. van den Berg- de Ruiter
Ö. Erdem
G.M. Schouten
N. Smit
N.F.A. van Veelen- Dieleman
Vormgeving: Rotterdamse Service Organisatie.

GGD Rotterdam-Rijnmond
Postbus 70032
3000 LP Rotterdam
ggdrotterdamrijnmond@rotterdam.nl
www.ggdrotterdamrijnmond.nl

GGD
Rotterdam-Rijnmond

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 4

De kernboodschappen voor Barendrecht 7

1 Inleiding 9

2 Het lokale en landelijke gezondheidsbeleid 11
2.1 De vierjaarlijkse cyclus 11
2.2 Prominente rol voor preventie 11
2.3 De laatste ontwikkelingen op het gebied van de zorg 12
2.3.1 Decentralisatie Awbz naar Wmo en de participatiebereidheid 13
2.3.2 Decentralisatie Jeugdzorg 13

3 De bevolking van gemeente Barendrecht 15
3.1 Relatie bevolkingssamenstelling en gezondheid 15
3.2 Aantal inwoners en bevolkingsopbouw 16
3.3 Sociaaleconomische status 18

4 De gezondheid in Barendrecht 20
4.1 Gezondheid en leefsituatie in één score 20
4.2 Levensverwachting en sterfte 20
4.3 Ziekte en aandoeningen 22
4.3.1 Diabetes 22
4.3.2 Overige aandoeningen 23
4.4 Functioneren en kwaliteit van leven 23
4.4.1 Ervaren gezondheid 23
4.4.2 Psychische gezondheid 24

5 Gezondheidsdeterminanten in Barendrecht 26
5.1 Leefstijl 26
5.1.1 Overgewicht 26
5.1.2 Bewegen 28
5.1.3 Seksuele gezondheid 30
5.1.4 Roken 32
5.1.5 Schadelijk alcoholgebruik 35
5.2 Sociale leefomgeving 37
5.2.1 Eenzaamheid 37
5.2.2 Sociale uitsluiting 39
5.2.3 Huiselijk geweld 41
5.3 Fysieke leefomgeving 41
5.3.1 Groen 42
5.3.2 Luchtkwaliteit 43
5.3.3 Omgevingsgeluid 44
5.3.4 Tevredenheid woonomgeving 45

6 De zorg in gemeente Barendrecht 46
6.1 Zorggebruik in Barendrecht 46
6.2 Mantelzorg 46
6.3 Vrijwilligerswerk 48
6.4 Ziektepreventie 49
6.4.1 Rijksvaccinatieprogramma 49
6.4.2 Bevolkingsonderzoek 49
6.4.3 Preventie van infectieziekten 49

7 Toekomstverkenning 51
7.1 Veranderingen in de bevolking 51
7.2 Veranderingen in gezondheid en welzijn 52
7.2.1 Levensverwachting en sterfte 52
7.2.2 Ziekten en aandoeningen 52
7.2.3 Functioneren en kwaliteit van leven 53
7.2.4 Leefstijl 53
7.2.5 Sociale leefomgeving 54
7.2.6 Fysieke leefomgeving 54
7.3 Veranderingen in de zorg 54

8 Tot slot 55

Bijlagen 56
Bijlage 1 Gezondheidsprofiel Barendrecht 57
Bijlage 2 Definities 70
Bijlage 3 Afkortingen 72
Bijlage 4 Literatuur en bronnen 73

De kernboodschappen voor Barendrecht

Hieronder vindt u gebundeld de kernboodschappen voor uw gemeente. In de hierna volgende hoofdstukken komen deze kernboodschappen terug, onderbouwd met cijfers en achtergrondinformatie.

Centrale kernboodschap voor gezondheidsbeleid

De bevolking van Barendrecht haalt goede resultaten op het gebied van de volksgezondheid. De gezonde levensverwachting is hoger en de sterfte is lager dan landelijk. Daarnaast komen bepaalde aandoeningen minder vaak voor dan in de regio. De hoge sociaaleconomische status van de bevolking draagt hier aan bij. Overgewicht en eenzaamheid onder volwassenen verdienen extra aandacht. De komende jaren zal de bevolking krimpen en de vergrijzing toenemen. Aandacht voor een gezonde leefstijl van de jeugd is belangrijk om het gezondheidsniveau in de toekomst te behouden.

Thematische kernboodschappen

Sociale demografie

In Barendrecht wonen relatief meer 0- tot 19-jarigen. De deelname aan het arbeidsproces is hoger dan in de regio en Nederland. Het gemiddeld besteedbaar inkomen ligt hoger dan gemiddeld in Nederland. Ook de financiële situatie van een groot deel van de inwoners is gunstiger dan in de rest van de regio en Nederland. De wijken scoren op sociaaleconomische status hoger dan gemiddeld.

Algemeen voor gezondheid

Inwoners van Barendrecht zijn gezonder dan gemiddeld in de regio. Dit blijkt o.a. uit het indexcijfer van Barendrecht op de gezondheidsbarometer. Mannen hebben een hogere levensverwachting en een lagere sterfte dan gemiddeld in Nederland.

Ziekte en aandoeningen

Diabetes komt in Barendrecht voor bij 1,8% van de 19- tot 65-jarigen en 14% van de 65-plussers. Het percentage volwassenen met suikerziekte is lager in vergelijking met de regio en Nederland. Preventie van diabetes blijft belangrijk, want in veel gevallen kan diabetes voorkomen worden.

Psychische gezondheid

Van de 19- tot 65-jarigen in Barendrecht loopt 42% risico op een depressie of angststoornis. Dit is een aanzienlijke toename ten opzichte van de vorige meting toen dit nog 33% was. Preventieve maatregelen kunnen voorkomen dat inwoners daadwerkelijk psychische problemen ontwikkelen. Het percentage kinderen met een verhoogd risico op psychosociale problemen in Barendrecht is 8% en lager dan in de regio (10%).

Leefstijl

Het aandeel mensen met overgewicht moet teruggedrongen worden. In de regio heeft de helft van de 19- tot 65-jarigen overgewicht, waarvan 13% ernstig overgewicht. Bij de 65-plussers ligt dit percentage nog hoger. In Barendrecht heeft 43% van de 19- tot 65-jarigen matig overgewicht. Dit is hoger dan gemiddeld in de regio (37%). Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag blijft nodig voor alle doelgroepen om het aantal mensen met overgewicht te laten dalen.

Het is van belang om seksueel (grensoverschrijdend) gedrag op alle scholen bespreekbaar te maken. De basis hiervoor wordt gevormd door kennis over de normale seksuele ontwikkeling, maar ook het wegnemen van de handelingsverlegenheid van professionals, het kunnen en durven signaleren van ongewenst gedrag en het ontwikkelen en bijhouden van een daarop toegerust zorgnetwerk.

Roken is een bedreiging voor de volksgezondheid. Hoewel in Barendrecht volwassenen minder roken dan gemiddeld in Nederland, blijft inzet op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken van belang.

Voor jongeren is het drinken van alcohol erg schadelijk. De herziene Drank- en Horecawet verplicht de gemeente om een preventie- en handhavingsplan op te stellen. Het advies is om preventieactiviteiten voor de jeugd hierin een prominente rol te geven en dit plan na een jaar te evalueren.

Sociale leefomgeving
Eenzaamheid is in Barendrecht net als in de regio en Nederland een groot probleem. Hoewel de omvang van eenzaamheid in Barendrecht vergelijkbaar is met de regio, is er ten opzichte van de vorige meting onder volwassenen sprake van een toename. Bij de inzet op participatie en actief burgerschap en het bevorderen van bewegen in Barendrecht zou het terugdringen van eenzaamheid ook een van de doelen kunnen zijn.

Fysieke leefomgeving
Om de blootstelling van inwoners aan roet te verminderen, raadt de GGD aan om structurele bronmaatregelen te nemen (gericht op schoner vervoer) en langs drukke wegen (zones binnen 50m langs drukke wegen en 300m langs snelwegen) geen nieuwe woningen en 'gevoelige bestemmingen' (bijvoorbeeld scholen, kinderopvangcentra en verzorgingshuizen) te bouwen. Voor zover bekend wonen in Barendrecht ongeveer 1.221 mensen dicht langs een drukke weg.

Zorg
Ouderen in Barendrecht hebben in afgelopen 12 maanden vaker contact met huisarts gehad dan gemiddeld in de regio (87 versus 83%). Een vergelijking met de vorige meting laat een toename zien van het aandeel volwassenen dat in afgelopen 2 maanden contact met huisarts heeft gehad.

Welke invloed de decentralisaties van de Awbz en de Jeugdzorg hebben op het zorggebruik is nu nog moeilijk in te schatten. Naar verwachting zal bijvoorbeeld de druk op de mantelzorg toenemen.
Het is voor de gemeente Barendrecht belangrijk om het zorggebruik te blijven monitoren en tijdig knelpunten te signaleren.

Toekomstige ontwikkelingen van de bevolking en de gezondheid
Barendrecht krijgt de komende 20 jaar naar verwachting te maken met een bevolkingsafname. De vergrijzing neemt in Barendrecht naar verwachting sterk toe. Dit vraagt om specifiek beleid voor deze doelgroep op het gebied van zorg.

Vanwege een stijgend percentage chronisch zieken en ouderen zal de ervaren gezondheid in de toekomst afnemen. Het percentage mensen met een depressie of angststoornis zal naar verwachting stijgen. Tevens zal met de toenemende vergrijzing naar verwachting de eenzaamheid in Barendrecht ook toenemen.

Op korte termijn (2016) wordt in Barendrecht een stijging in de contacttijd met de huisarts verwacht.

1 Inleiding

Het voor u liggende ‘Gezondheid in Kaart’ is onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV) van de regio Rotterdam-Rijnmond. Het rapport en het bijgevoegde gezondheidsprofiel geeft inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking van Barendrecht. Het is een bundeling van gegevens over de gezondheid en over factoren die samenhangen met gezondheid of invloed hebben op gezondheid. Naast deze feitelijke cijfers benoemen we de belangrijkste thema’s voor lokaal gezondheidsbeleid. De beleidsaanbevelingen voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid formuleren we aan de hand van kernboodschappen.

De rVTV geeft invulling aan een van de wettelijke taken van de gemeente zoals vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Met ingang van 2012 voert de GGD Rotterdam-Rijnmond voor alle gemeenten het basisproduct Integrale Monitor Rotterdam-Rijnmond uit. De rVTV is onderdeel van het product Integrale Monitor Rotterdam-Rijnmond (zie tekstvak).

Het uitgangspunt van deze rVTV is het gezondheidsprofiel van gemeente Barendrecht in bijlage 1. Dit profiel is gevuld met cijfers uit de monitors van de GGD en tal van andere bronnen. Aan de hand van dit profiel zijn in overleg met beleidsmedewerkers kernboodschappen geformuleerd voor lokaal gezondheidsbeleid. Ook zijn de landelijke speerpunten een standaard onderdeel van de rVTV.

Integrale Gezondheidsmonitor Rotterdam-Rijnmond

De Integrale Gezondheidsmonitor Rotterdam-Rijnmond bestaat uit een vierjaarlijkse cyclus en omvat de onderstaande deelprojecten:

- Monitor jeugd tot 12 jaar
- Monitor jeugd vanaf 12 jaar
- Monitor volwassenen vanaf 17 jaar
- Rapportage ‘Gezondheid in Kaart’
- Het ontsluiten van gegevens in de Gezondheidsatlas (www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl)

Leeswijzer

Dit rapport begint met een bundeling van de kernboodschappen voor gemeente Barendrecht. Standaard zijn kernboodschappen over de landelijk speerpunten opgenomen. Waar relevant zijn deze aangescherpt met lokale aspecten. Wanneer andere onderwerpen in de gemeente opvallende resultaten laten zien, zijn hier aanvullende lokale kernboodschappen voor geformuleerd. Het kan voorkomen dat een onderwerp in uw gemeente niet zorgelijk afwijkt van het gemiddelde van de regio of landelijk gemiddelde. Dit hoeft echter niet te betekenen dat het onderwerp in Barendrecht geen aandacht behoeft. Immers, een onderwerp als overgewicht wijkt dan misschien in de gemeente niet af van de regio of van landelijke cijfers, maar is in heel de regio en landelijk een gezondheidsprobleem.

Hoofdstuk 2 geeft de verhouding tussen het lokale en het landelijke gezondheidsbeleid weer. Daarnaast benoemt het de laatste ontwikkelingen op het gebied van zorg.
Hoofdstuk 3 beschrijft de demografische kenmerken van uw gemeente. De hoofdstukken 4, 5 en 6 beschrijven achtereenvolgens de algemene gezondheid, de determinanten van gezondheid en het zorggebruik in de gemeente. Indien dit bekend is, geven we aan welk beleid al is ingezet in Barendrecht. Tevens benoemen we welke interventies al plaatsvinden in de gemeente. Of we verwijzen naar mogelijke (effectieve) interventies. Daarbij richten wij ons zoveel mogelijk op een integrale aanpak van de problematiek (voor meer info zie paragraaf 2.2 ‘prominente rol voor preventie’). Hoofdstuk 7 beschrijft een algemene toekomstverkenning met enkele lokale gegevens voor de gemeente Barendrecht. Het rapport sluit af met een slotwoord in hoofdstuk 8. Als bijlage is het gezondheidsprofiel van Barendrecht opgenomen, een tabel met cijfers uit de verschillende onderzoeken en registraties op basis waarvan dit rapport tot stand is gekomen.

Interpretatie van regionale gezondheidsinformatie

In dit rapport worden, indien mogelijk, de lokale cijfers vergeleken met die van de regio. Deze vergelijking met de regio omvat het gemiddelde van de regiogemeenten gezamenlijk, exclusief Rotterdam. Indien Rotterdam is inbegrepen spreken we over de regio Rotterdam-Rijnmond en wordt dit expliciet vermeld in de tekst. Alleen als een gemeente (significant) afwijkt van het regionaal gemiddelde is dit opgenomen in de tabel van bijlage 1.

Wanneer in het rapport een verschil vermeld wordt, is dit altijd een significant verschil. Significant wil zeggen dat het verschil met een waarschijnlijkheid van 95% niet op toeval berust.

Het merendeel van de gepresenteerde gegevens is afkomstig uit onderzoek van de GGD Rotterdam-Rijnmond, zoals de Integrale Monitor volwassenen 2012 (IM 2012) en Jeugd Rijnmond in Beeld 2011 (JRB 2011). Deze gegevens zijn afkomstig op basis van zelfrapportage. Ook zijn landelijke gegevens gebruikt uit de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012. Daarnaast is gebruikt gemaakt van registratiegegevens van lokale en landelijke gezondheids- en zorgorganisaties.

Voor sommige uitkomstmaten is het mogelijk op gemeenteniveau een vergelijking te maken met een voorgaande meting. Dit is alleen gedaan als de vraagstelling vergelijkbaar is. In deze rVTV is gekozen om voor de volwassenen te splitsen in twee leeftijdsgroepen; 19 tot en met 64 jaar en 65 jaar en ouder. In de voorgaande meting onder de volwassenen van 2008 zijn cijfers gepubliceerd over 16- tot en met 54-jarigen en 55-plussers. De cijfers van 2008 zijn opnieuw berekend voor de leeftijdsgroepen die gehanteerd worden in deze rVTV. De in dit rapport opgenomen prevalentiecijfers van 2008 zijn hierdoor niet vergelijkbaar met de cijfers van de rVTV van 2010.

2 Het lokale en landelijke gezondheidsbeleid

2.1 De vierjaarlijkse cyclus

De GGD Rotterdam-Rijnmond maakt eens per vier jaar een integrale analyse van de onderzoeksresultaten van de GGD en relevante andere partijen in de vorm van een regionale VTV. Deze rVTV ondersteunt de onderbouwing van de vierjaarlijks op te stellen lokale nota's volksgezondheid en gemeentelijk beleid over aan volksgezondheid gerelateerde terreinen (jeugdbeleid, sportbeleid, Wmo-beleid). Ook lokale college- en partijprogramma's kunnen steunen op de rVTV. Het moment waarop de rVTV beschikbaar komt is daarop afgestemd: voorafgaand aan de gemeenteraadsverkiezingen.

Het RIVM rapporteert elke vier jaar over de ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland. Van deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), verschijnt in 2014 de zesde uitgave (www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/VTV_2014). De inzichten uit de VTV vormen een basis voor de landelijke nota volksgezondheid van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

In mei 2011 is de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' verschenen. Het kabinet houdt in deze nota vast aan vijf speerpunten op het gebied van de publieke gezondheid uit de preventienota 2006. De landelijke geformuleerde thema's zijn: overgewicht, diabetes, depressie, roken, schadelijk alcoholgebruik en bewegen. Het accent ligt daarbij op bewegen. Met ingang van 1 december 2012 is seksualiteit en seksuele diversiteit toegevoegd in kerndoel 38 van de Kerndoelen Primair Onderwijs. Deze kerndoelen zijn eisen die de overheid aan het primair onderwijs stelt. Ook de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' noemt seksuele gezondheid naast bovengenoemde zes prioriteiten expliciet als speerpunt. In deze rVTV sluiten we hierop aan door seksuele gezondheid als zevende landelijke speerpunt op te nemen.

2.2 Prominente rol voor preventie

In oktober 2013 is het Nationaal Programma Preventie 2014-2016 'Alles is Gezondheid…' verschenen. Hierin beoogt het kabinet om de goede gezondheidssituatie van Nederland op peil te brengen, te houden en de bewoners te beschermen tegen gezondheidsrisico's, vooral waar het gaat om groepen met een gezondheidsachterstand. De insteek hierbij is de gezondheid van mensen bevorderen en chronische ziekten voorkomen, door een integrale aanpak in de omgeving waarin zij wonen, werken, leren en leven.

Integraal beleid is erop gericht de factoren die van invloed zijn op de gezondheid in samenhang aan te pakken. Dus niet alleen maatregelen vanuit gezondheidsbeleid, maar ook vanuit andere (gemeentelijke) beleidsterreinen. Om dit concreet te maken, zijn vijf pijlers geformuleerd:

1. fysieke en sociale omgeving
2. regelgeving en handhaving
3. voorlichting en educatie
4. signalering en advies
5. ondersteuning

In deze rVTV inventariseren we aan de hand van de (voor lokaal beleid relevante) pijlers welke interventies en acties al in de gemeente worden uitgevoerd. Barendrecht heeft geen recente nota volksgezondheidbeleid. Waar mogelijk maken we gebruik van andere nota's en informatie die we via de gemeente hebben ontvangen. Tevens formuleren we aandachtspunten voor nieuw beleid. Bij de keuze van interventies moeten we rekening houden met de gestelde doelen en de doelgroep waarvoor de interventie bestemd is. Sluit de interventie ook aan bij de motivaties en mogelijkheden van de (specifieke) doelgroepen? Dit laatste kan met sociale marketing (zie tekstvak).

Ook bescherming tegen gezondheidsbedreigingen van buitenaf krijgt veel aandacht in het Nationaal Programma Preventie 2014-2016. Daarbij gaat het zowel om het op peil houden van het huidige hoge niveau als de voortdurende alertheid om nieuwe bedreigingen, zoals infectieziekten, milieurisico's en resistentie van bacteriën, het hoofd te bieden.

Social marketing

Wat is social marketing?
Social marketing gaat verder dan het betrekken of laten participeren van de doelgroep. Met social marketing kruipt u in de huid van de doelgroep. U onderzoekt niet alleen wat uw doelgroep denkt of voelt over gezondheid, maar ook wat hen in hun dagelijks leven werkelijk motiveert, wat hen raakt, waarvoor zij in beweging komen. Social marketing helpt u deze drijfveren te herkennen en te vertalen naar een effectieve aanpak.

Waarom?
De publieke gezondheidszorg werkt met doelstellingen. Om die doelstellingen te halen is het vaak nodig dat anderen in actie komen. Burgers die hun gedrag veranderen, samenwerkingspartners die actief meewerken en collega's die de juiste keuzes maken. Maar hoe zorgt u ervoor dat u uw doelgroep bereikt en dat die ander echt in beweging komt? Social marketing is een bruikbaar instrument om aangrijpingspunten te vinden om het gedrag bij de doelgroep te kunnen veranderen.

Wat levert het op?
Een marketinganalyse vóóraf leidt tot een scherpere doelstelling en daarmee een hogere effectiviteit van de uiteindelijke inzet van middelen. Met social marketing wordt een bepaald gedrag aantrekkelijker gemaakt voor de doelgroep. U zoekt naar een toegevoegde waarde die hen aanspreekt (www.loketgezondleven.nl).

2.3 De laatste ontwikkelingen op het gebied van de zorg

Het Rijk geeft gemeenten steeds meer taken en verantwoordelijkheden. Op 1 januari 2015 krijgen de gemeenten er veel nieuwe taken bij op het gebied van (jeugd)zorg, welzijn en activering.
Per 2015 wordt de begeleiding, ondersteuning en verzorging uit de Awbz overgeheveld naar de Wmo. Bovendien vervalt de aanspraak op dagbesteding. De aanspraak op persoonlijke verzorging wordt niet naar de gemeenten overgeheveld, maar zal door zorgverzekeraars worden uitgevoerd vanaf 1 januari 2015.
Daarnaast wordt vanaf 2015 ook de uitvoering van de Participatiewet (voor Wet werk en bijstand, voormalig Wajong en Wsw) bij gemeenten gelegd. Mensen met een bijstandsuitkering en gedeeltelijk arbeidsongeschikten vinden vaak moeilijk werk. Met de Participatiewet wil het kabinet hen helpen weer mee te doen in de samenleving. De inhoud van deze wet wordt nog uitgewerkt.
Tenslotte zijn gemeenten per 2015 ook verantwoordelijk voor de jeugdzorg. Het gaat hier om de overgang van de provinciale jeugdzorg, de jeugdbescherming en -reclassering, de jeugd-ggz en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd naar het nieuwe jeugdstelsel.

De genoemde decentralisaties van overheidstaken vormen een grote uitdaging voor gemeenten. De nieuwe taken en taakstelling, vragen niet alleen om een transitie (het inregelen van de nieuwe taken) maar ook om een transformatie (het opnieuw inrichten van processen en toepassen van nieuwe werkwijzen). Niet alleen komen er nieuwe taken op gemeenten af, de bezuinigingen zijn fors. Maar er zijn ook kansen. Voor het eerst krijgt de gemeente zeggenschap over praktisch het hele sociale domein. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid dwarsverbanden te leggen tussen de Wmo/ Awbz, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen. Dat betekent: inzetten op preventie en ondersteuning bundelen en efficiënter

aanbieden (www.divosa.nl).
De gemeente Barendrecht pakt samen met de gemeenten Albrandswaard en Ridderkerk de drie decentralisaties in projectvorm aan. Er is een 3D visie ontwikkeld en er zijn op de drie thema's uitgangspuntennotities geschreven.

2.3.1 Decentralisatie Awbz naar Wmo en de participatiebereidheid

'Meedoen' is het centrale doel van de Wmo. De wet maakt daarbij duidelijk dat het wenselijk is dat ondersteuning van mensen met beperking meer dan in de Awbz vorm krijgt vanuit het perspectief van maatschappelijke participatie en minder vanuit het perspectief van zorgverlening. Zelfredzaamheid is in de Wmo een randvoorwaarde voor participatie. Burgers moeten zoveel mogelijk zélf de regie over hun leven voeren. Ondersteuning moet waar mogelijk geregisseerd worden door mensen met een zorgvraag zelf. Wanneer zij, met behulp van hun directe omgeving, hiertoe niet in staat zijn, moet zoveel mogelijk worden geprobeerd dat te veranderen. Alleen als regie vanuit het sociale systeem van mensen met beperkingen structureel niet mogelijk is, ontstaat op individueel niveau een regierol voor professional of overheid (Hoenderkamp, 2013).

Wetenschappers en beleidsmakers verwachten positieve effecten van maatschappelijke participatie, zowel voor de maatschappij als de participant zelf. Deze effecten zijn sterker naarmate de participatie actiever is (www.scp.nl). Recent onderzoek van TNS NIPO laat zien dat een ruime meerderheid van de Nederlandse burgers bereid is om iets te doen. Het deel dat bereid is te participeren, is veel groter dan het deel dat het nu al doet. Hierdoor is er groeipotentie voor de 'zelfredzaamheid'.

Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de potentie voor burgerparticipatie sterk verschilt per type Nederlander. 'Meedoen' hangt vooral af van de hoeveelheid contact die mensen al met elkaar hebben in de woonbuurt en de sociaal-economische status, vastgesteld aan de hand van opleidingsniveau en beroep. Mensen met een hogere status én veel contact in de buurt (ongeveer 40% van de bevolking) zijn het meest bereid iets voor elkaar of voor 'zwakkeren' in de buurt te doen. In wijken met veel onderling contact en veel mensen met een lagere economische status is men ook tot veel bereid.

Mensen met een hoge sociaal-economische status, maar met weinig contacten in de woonbuurt zijn minder bereid iets in de buurt te doen, maar zij hebben wel de middelen (geld en netwerken) om benodigde hulp of zorg te regelen. De grootste zorg ligt bij degenen die op beide dimensies laag scoren: weinig contact en lage welstand (de armere passieven, ongeveer 10% van de bevolking). Gelet op de genoemde verschillen is er geen eenduidige oplossing om participatiebereidheid te vergroten. Per gebied moet onderzocht worden wat de mogelijkheden zijn (Kanne, Van den Berg en Albeda, 2013).

2.3.2 Decentralisatie Jeugdzorg

Met de decentralisatie van de jeugdzorg vastgelegd in de nieuwe Jeugdwet[1] krijgen de gemeenten in de regio Rijnmond de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg in de volle breedte. Dat betekent dat zij vanaf 1 januari 2015 de regie voeren over alle onderdelen van de jeugdzorg, van jeugdgezondheidszorg tot jeugdreclassering (Programmaplan decentralisatie jeugdzorg, samenwerkende gemeenten regio Rotterdam 2012-2015). Gemeenten waren al verantwoordelijk voor de collectieve preventietaken voor jeugdigen in het kader van de Wet Publieke Gezondheid. Voor het hele werkveld geldt de beleidsvrijheid van de gemeenten. Daardoor kunnen gemeenten zelf vanaf 2015 de hele keten in de jeugdzorg en het jeugdbeleid ontwikkelen en regisseren. Met de decentralisatie wordt naast een stelselwijziging ook een transformatie van de jeugdzorg beoogd. Er dient onder regie van gemeenten anders hulp te

[1] Op 2 juli 2013 is de jeugdwet naar de tweede kamer is verzonden. Het wetsvoorstel is op 17 oktober 2013 door de Tweede Kamer aangenomen. De behandeling van de nieuwe Jeugdwet is echter uitgesteld tot het voorjaar van 2014.

worden geboden aan jeugdigen en gezinnen. Deze hulp wordt gekarakteriseerd door ‘zo vroeg mogelijk’, ‘zo licht mogelijk’, ‘zo kort mogelijk’ en ‘geboden in coördinatie en in samenhang’ (één gezin, één plan, één regisseur).

Voor bepaalde onderdelen van het jeugdbeleid (b.v. de inkoop van duurdere voorzieningen en afspraken op het terrein van jeugdbescherming, jeugdreclassering en AMHK) wordt regionale of bovenlokale samenwerking aanbevolen of soms verplicht gesteld. De gemeenten in de regio Rotterdam-Rijnmond werken nauw samen bij het bepalen van het deel waar samen afspraken over gemaakt moeten worden.

Jeugdbeleid in de breedte wordt dus een gemeentelijke verantwoordelijkheid met op een aantal terreinen gemeenschappelijke afspraken met buur- en/of regiogemeenten. Alle gemeenten bereiden zich momenteel voor op deze nieuwe taak vanaf 2015. In dat kader moet ook de nieuwe rVTV 2014 worden bezien. De GGD levert gegevens over de gezondheidsproblemen in een gemeente. Het is van belang dat gemeenten zelf die gegevens (met name gegevens over de jeugd) als uitgangspunt nemen voor het formuleren van beleidsaanbevelingen voor het jeugdbeleid gedurende de nieuwe collegeperiode 2014-2018.
Tevens heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond als voorbereiding op de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten het onderzoek ‘Startfoto Regio Rotterdam-Rijnmond. Zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011’ uitgevoerd. In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over jeugdigen die in 2010 en 2011 gebruik maakten van het lokale preventieve aanbod en/of het geïndiceerde aanbod van jeugdzorg. De gegevens over het zorggebruik van de regionale jeugd zijn grotendeels gebaseerd op cliëntbestanden van instellingen en zorgaanbieders.

Evenals de andere twee decentralisaties is die van de jeugdzorg ook een bezuinigingsoperatie. De opdracht aan gemeenten is om uiteindelijk de (duurdere) zorg te ontlasten en de preventie te versterken. Hiermee worden preventie en zorg als communicerende vaten opgevat. De gezondheidstoestand van de bevolking die uit de rVTV-cijfers spreekt, aangevuld met zo specifiek mogelijke gegevens over het zorggebruik van de jeugdigen per gemeente, vormen samen de bouwstenen voor het formuleren van de nieuwe gemeentelijke beleidsaanbevelingen op het terrein van jeugd (GGD Nederland, Meedoen is Gezond, 2013).
Doordat er nu wordt ingezet op meer preventie en het versterken van de eigen kracht en het netwerk van gezinnen zal eventuele gespecialiseerde hulp tijdig, op maat en dicht bij het gezin beschikbaar moeten zijn. Verschillende ZonMw-programma’s leveren bruikbare kennis en inspiratie om deze omslag te ondersteunen (http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/jeugd/zonmw-en-transformatie-jeugd/).

3 De bevolking van gemeente Barendrecht

Thematische kernboodschap voor het gezondheidsbeleid van Barendrecht

Sociale demografie
In Barendrecht wonen relatief meer 0- tot 19-jarigen. De deelname aan het arbeidsproces is hoger dan in de regio en Nederland. Het gemiddeld besteedbaar inkomen ligt hoger dan gemiddeld in Nederland. Ook de financiële situatie van een groot deel van de inwoners is gunstiger dan in de rest van de regio en Nederland. De wijken scoren op sociaaleconomische status hoger dan gemiddeld.

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.

3.1 Relatie bevolkingssamenstelling en gezondheid

Vergrijzing
Als gevolg van de vergrijzing van de naoorlogse geboortegolf (babyboom) zal het aantal sterfgevallen in de komende decennia flink toenemen. Ouderen hebben relatief vaker last van chronische aandoeningen. Door de toenemende vergrijzing zal het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen groter worden. Ook zal de druk op de zorg toenemen door de vergrijzing.

Etnische herkomst
De gezondheidstoestand van vooral niet-westerse allochtonen is over het algemeen minder goed dan die van autochtone Nederlanders. Hiervoor zijn een aantal oorzaken:
Verschillen in leefstijlen die invloed hebben op gezondheid. Allochtonen gedragen zich wat betreft sommige leefstijlfactoren gezonder dan autochtonen, maar voor andere leefstijlfactoren juist ongezonder.
Het (preventieve) zorggebruik van allochtonen wijkt af van dat van autochtone Nederlanders, maar de toegankelijkheid van de zorg is voor allochtonen niet minder. Het gebruik van kraamzorg loopt achter, terwijl de deelname aan het rijksvaccinatieprogramma onder allochtonen juist goed is.
Bij allochtonen is veelal sprake van een opeenstapeling van factoren die samengaan met een slechtere gezondheid. Zo hebben niet-westerse allochtonen bijvoorbeeld in vergelijking met autochtonen gemiddeld een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Ook hebben niet-westerse allochtonen over het algemeen een minder gunstige arbeidsmarktpositie dan autochtonen en een groot aandeel allochtonen woont in achterstandswijken van de grote steden (www.nationaalkompas.nl).

Sociaaleconomische status
De gezondheid van mensen in lagere sociaaleconomische groepen is over het algemeen slechter dan die van mensen in hogere sociaaleconomische groepen. Mensen met alleen basisschool leven zeven jaar korter dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs meer dan vijftien jaar. Laagopgeleiden hebben over het algemeen ook meer gezondheidsproblemen dan hoogopgeleiden en hun ervaren gezondheid is slechter. Deze verschillen tussen sociaaleconomische groepen zijn de afgelopen tien jaar niet kleiner geworden (www.nationaalkompas.nl).

Huishoudsamenstelling
Gehuwde mensen leven langer dan nooit-gehuwden en mensen die gescheiden of verweduwd

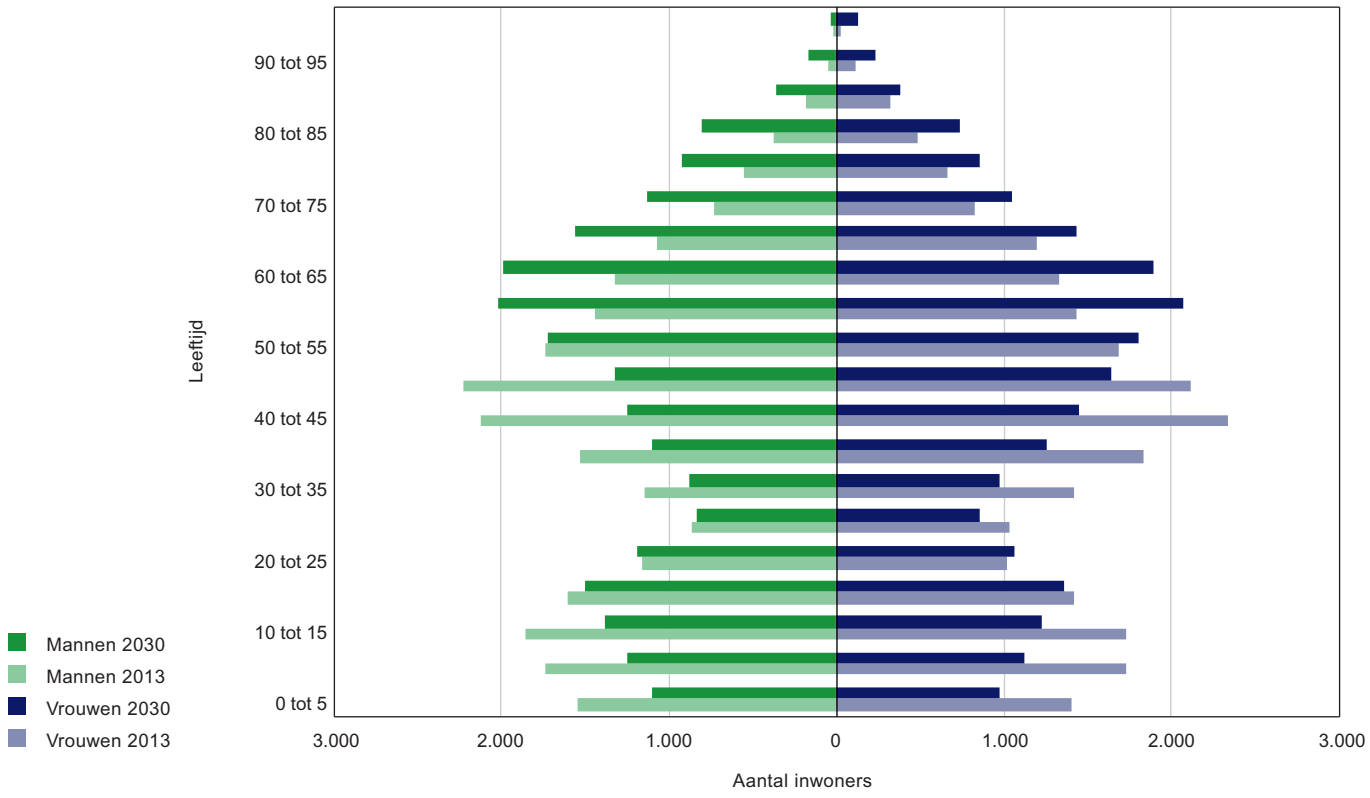
zijn. Voor mannen geldt dit sterker dan voor vrouwen. Voor mensen die al jaren samenwonen, geldt waarschijnlijk dat hun relatie wat betreft de effecten op sterfte gelijk kan worden gesteld aan het huwelijk, daarnaast blijkt dat alleen al het hebben van een partner samenhangt met een betere gezondheid. Ook hebben samenwonenden in vergelijking met alleenstaanden een betere ervaren gezondheid.
De hogere sterftekansen van niet-gehuwden zijn mogelijk het gevolg van verschillen in leefstijl tussen gehuwden en niet-gehuwden. Alleenstaanden leven ongezonder en risicovoller dan gehuwden (www.nationaalkompas.nl).

3.2 Aantal inwoners en bevolkingsopbouw

Op 1 januari 2013 had Barendrecht 47.371 inwoners. De gemeente Barendrecht valt in de categorie sterk stedelijk met 1.539 adressen per vierkante kilometer[2] (CBS, 2012). De verwachting voor 2030 is dat het aantal inwoners met 5% afneemt naar 45.000 inwoners.

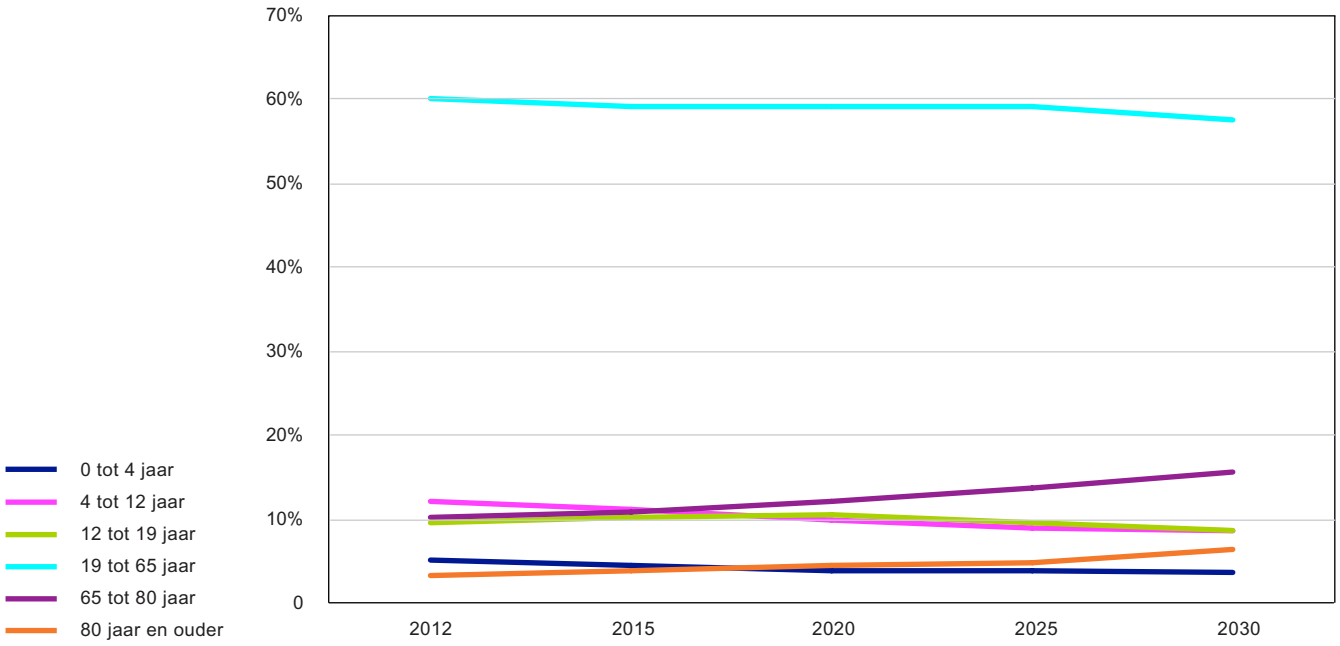
Figuur 3.1 toont de demografische opbouw van de gemeente. Daarnaast is de verwachte demografische opbouw in 2030 af te lezen. De groene druk in Barendrecht is hoger dan gemiddeld in de regio en in Nederland (47% versus 39% en 38%). De grijze druk is lager dan gemiddeld in de regio (24% versus 29%). *Figuur 3.2* geeft de verwachte relatieve bevolkingsontwikkeling weer voor zes afzonderlijke leeftijdscategorieën. Naar verwachting neemt het percentage 65-plussers tussen 2012 en 2030 toe van 13% naar 22%. Er is een relatieve afname te zien voor de groep 19- tot 65-jarigen.

Figuur 3.1 Demografische opbouw in Barendrecht op 1 januari 2013 en verwachte opbouw in 2030 (CBS Statline, 2013).

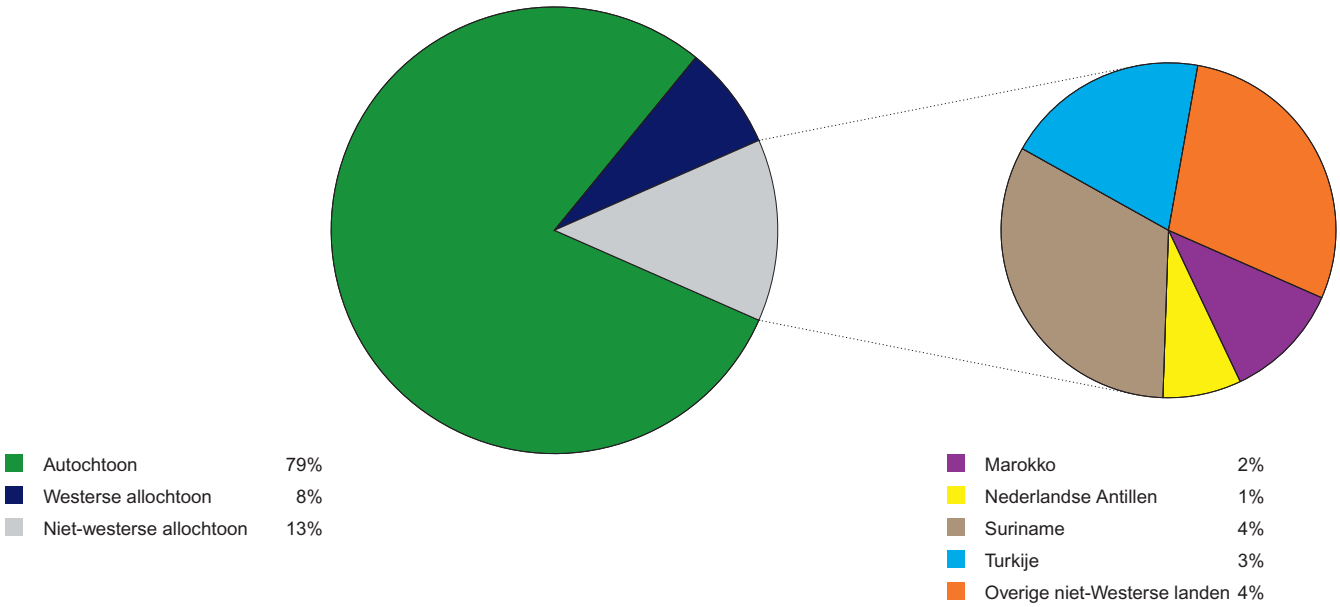


[2] De mate van stedelijkheid van een gemeente is bepaald aan de hand van de omgevingsadressendichtheid (OAD).

Figuur 3.2 Verwachte relatieve bevolkingsontwikkeling in Barendrecht (Tympaan Instituut, 2013).



Figuur 3.3 Etnische herkomst van inwoners van Barendrecht op 1 januari 2013 (CBS Statline, 2013).



De etnische herkomst van de inwoners wordt weergegeven in *figuur 3.3.* In Barendrecht wonen in vergelijking met de regio en Nederland relatief evenveel allochtonen. Ruim één op de vijf inwoners in Barendrecht is allochtoon. Van de inwoners van Barendrecht heeft 13% een niet-westerse herkomst en 8% een westerse herkomst.

Eenpersoonshuishoudens

In Barendrecht woont 24% van de inwoners in een eenpersoonshuishouden. Dit is een lager percentage dan in de regio (30%) en in Nederland (37%).

3.3 Sociaaleconomische status

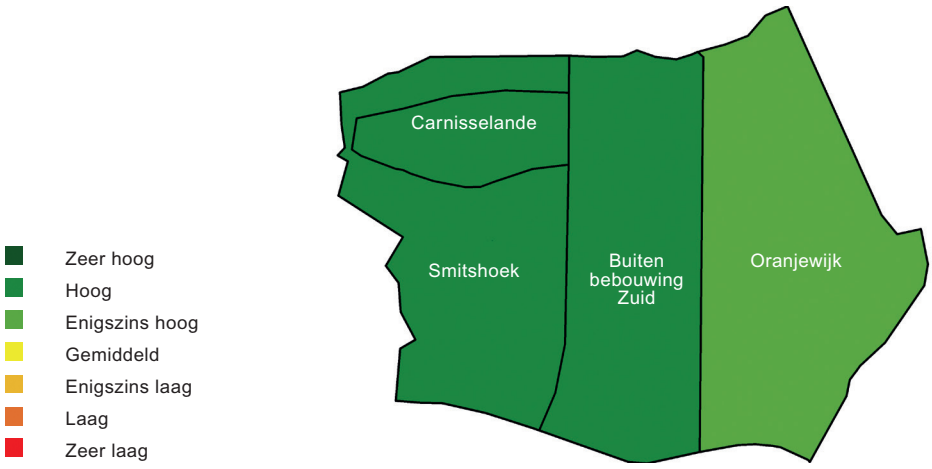
In Barendrecht bedraagt het gemiddeld besteedbaar inkomen van particuliere huishoudens €23.000. Dit is hoger dan het gemiddeld besteedbaar inkomen in Nederland van €20.000. Van de huishoudens in de gemeente leeft 3,8% van de huishoudens onder de lage-inkomensgrens. Dit is lager dan gemiddeld in de regio (6%) en Nederland (8%). Van de kinderen tot 18 jaar groeit 7% op in een gezin met een inkomen tot 120 procent van het sociaal minimum. Ook dit aandeel is lager in vergelijking met de regio (11%) en Nederland (12%) (Vergelijkingsinstrument Jeugd en Gezin, 2010).
Zowel het aandeel 19- tot 65-jarigen als het aandeel 65-plussers dat moeite heeft met rondkomen is in Barendrecht lager dan in de regio en Nederland.

SES-score toegelicht

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) berekent de sociaal-economische status (SES) van een gebied aan de hand van vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Deze SES-score wordt ingedeeld in zeven groepen, oplopend van lage naar hoge status (SCP, 2010). In *figuur 3.4* is de SES-score te zien voor Barendrecht. Carnisselande, Smitshoek en Buitenbebouwing Zuid hebben een hoge status, terwijl Oranjewijk een enigszins hoge status heeft.

Ook in de rVTV van 2010 was een soortgelijke figuur opgenomen, gebaseerd op cijfers van het SCP in 2006. Na 2006 heeft het SCP echter een vernieuwde berekening doorgevoerd[3]. Hierdoor zijn de figuur uit 2010 en de onderstaande figuur niet vergelijkbaar. Door de nieuwe berekening toe te passen op de oorspronkelijke gegevens is vergelijking wel mogelijk. Hieruit blijkt er in Barendrecht geen verandering is in SES-scores ten opzichte van 2006.

Figuur 3.4 SES-score per viercijferig postcodegebied in Barendrecht (SCP, 2010 herziene berekening 2012).

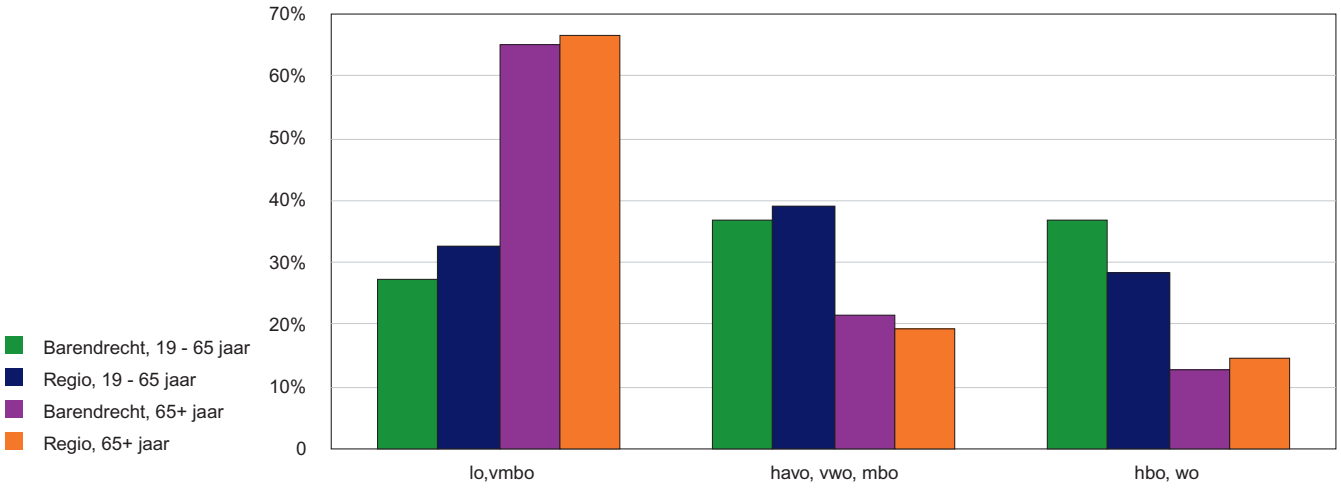


Opleiding

Figuur 3.5 geeft het opleidingsniveau weer van de 19- tot 65-jarigen en de 65-plussers in Barendrecht en de regio. In Barendrecht is het percentage hoogopgeleide 19- tot 65-jarigen hoger dan in de regio (36% versus 29%). Het percentage laagopgeleide 19- tot 65-jarigen is lager dan in de regio (27% versus 33%).

[3] Meer informatie over de vernieuwde berekening van het SCP is te vinden in 'Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010'.

Figuur 3.5 Opleidingsniveau van de bevolking in Barendrecht naar leeftijdscategorie (IM 2012).



Werk

In Barendrecht heeft 82% van de 19- tot 65-jarigen een betaalde werkkring. Dit is hoger dan gemiddeld in de regio (78%) en in Nederland (77%). Twee procent van de inwoners in deze leeftijdklasse is werkloos. In vergelijking met de regio en Nederland is dit lager (3,7% en 4,4%).

Van de 65-plussers in Barendrecht geeft 14% aan te moeten rondkomen van alléén AOW. Dit is lager dan gemiddeld in de regio (18%) en in Nederland (21%).

4 De gezondheid in Barendrecht

Thematische kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid van de gemeente Barendrecht

Gezondheid in het algemeen
Inwoners van Barendrecht zijn gezonder dan gemiddeld in de regio. Dit blijkt o.a. uit het indexcijfer van Barendrecht op de gezondheidsbarometer. Mannen hebben een hogere levensverwachting en een lagere sterfte dan gemiddeld in Nederland.

Ziekte en aandoeningen
Diabetes komt in Barendrecht voor bij 1,8% van de 19- tot 65-jarigen en 14% van de 65-plussers. Het percentage volwassenen met suikerziekte is lager in vergelijking met de regio en Nederland. Preventie van diabetes blijft belangrijk, want in veel gevallen kan diabetes voorkomen worden.

Psychische gezondheid
Van de 19- tot 65-jarigen in Barendrecht loopt 42% risico op een depressie of angststoornis. Dit is een aanzienlijke toename ten opzichte van de vorige meting toen dit nog 33% was. Preventieve maatregelen kunnen voorkomen dat inwoners daadwerkelijk psychische problemen ontwikkelen. Het percentage kinderen met een verhoogd risico op psychosociale problemen in Barendrecht is 8% en lager dan in de regio (10%).

4.1 Gezondheid en leefsituatie in één score

De gezondheidsbarometer

De gezondheidsbarometer is ontwikkeld door de GGD Rotterdam-Rijnmond. Deze gezondheidsbarometer is een beleidsinstrument om de gezondheid in de tijd te volgen. De meerwaarde van de barometer ligt in de uitdrukking van (de ontwikkeling van) de gezondheidstoestand van de inwoners in één getal. De barometer is gebaseerd op verschillende belangrijke aspecten van zelfgerapporteerde gezondheid: chronische ziekten en aandoeningen, psychosociale gezondheid en sociaal welbevinden.

Voor de barometer geldt: hoe hoger de indexscore, hoe gezonder de inwoners. Het indexcijfer van een gemeente is berekend ten opzichte van de regio als referentiegebied. De gemiddelde indexscore van de regio is gelijk gesteld aan 100.

Het indexcijfer van Barendrecht op de gezondheidsbarometer is 102. Op basis van dit cijfer kunnen we concluderen dat de inwoners van deze gemeente gezonder zijn dan gemiddeld in de regio (IM 2012, bewerking Ö. Erdem RSO 2013).

Kinderen in Tel

In het onderzoek Kinderen in Tel (Steketee et al, 2012) krijgen alle gemeenten een score aan de hand van 12 indicatoren. De indicatoren zijn kindersterfte, zuigelingensterfte, met delict voor de rechter, werkloze jongeren, kinderen in jeugdzorg, kinderen in achterstandswijken, kinderen in uitkeringsgezinnen, meldingkindermishandeling, achterstandsleerlingen, voortijdig schoolverlaters, speelruimte en tienermoeders. De score drukt het rangnummer uit dat de gemeente heeft op de totale rangorde. De best scorende gemeente krijgt rangnummer 415 en de minst goed scorende rangnummer 1.

Barendrecht heeft op basis van gegevens uit 2010 het rangnummer 311. In 2009 had de gemeente het rangnummer 281. De gemeente heeft zich dus gunstig ontwikkeld.

4.2 Levensverwachting en sterfte

De levensverwachting was in Nederland in 2012 voor zowel mannen als vrouwen nagenoeg gelijk aan de levensverwachting in 2011. In 2012 was de levensverwachting bij geboorte van mannen 79,1 jaar en voor vrouwen 82,8 jaar (CBS, 2013). Over de periode 2007 tot en

met 2010 was de levensverwachting bij geboorte van mannen 78,3 jaar en voor vrouwen 82,5 jaar. In Barendrecht is de levensverwachting over de periode 2007 tot en met 2010 voor mannen 80,8 jaar en voor vrouwen 83,2 jaar. De levensverwachting onder mannen is hoger in vergelijking met Nederland.

Naar verwachting zal de levensverwachting de komende jaren echter weer verder stijgen. Volgens de meest recente bevolkingsprognose ligt de levensverwachting bij geboorte in 2050 op 85,7 jaar voor mannen en op 88,5 jaar voor vrouwen.

De levensverwachting kan opgedeeld worden in gezonde jaren en ongezonde jaren. En hoewel vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen, leven mannen en vrouwen gemiddeld ongeveer even lang in goede gezondheid. Vrouwen hebben dus meer ongezonde jaren. Deze worden doorgaans doorgebracht in 'lichte' ongezondheid (www.nationaalkompas.nl). In gemeente Barendrecht is de levensverwachting in goede ervaren gezondheid voor mannen 68,7 jaar en voor vrouwen 66,9 jaar.

Bijna zes op de tien overlijdens heeft kanker of hart- en vaatziekten als doodsoorzaak. Bij mannen zorgt kanker al een aantal jaren voor de meeste sterfte, bij vrouwen de hart- en vaatziekten. In 2012 overleden bijna 141.000 inwoners van Nederland. Hiervan stierf 31% aan kanker. Hart- en vaatziekten waren verantwoordelijk voor 27% van de overlijdens. De derde in de groep veel voorkomende doodsoorzaken zijn longziekten (10% in 2012). Samen verklaren deze drie doodsoorzaken bijna 70% van de sterfte in Nederland (CBS, 2013).

De sterfte aan kanker is toegenomen van 27% in 1997 tot bijna 31% in 2012. Bij mannen heeft deze ziekte in 2005 de rol van hart- en vaatziekten als doodsoorzaak nummer één overgenomen. Vrouwen daarentegen overlijden nog steeds iets vaker aan hart- en vaatziekten (CBS, 2013).

Meer dan een kwart van de mannen die aan kanker sterven, gaat dood aan longkanker. Daarnaast overlijdt ruim 12% als gevolg van darmkanker en ruim 10% aan prostaatkanker. Sinds 2007 heeft longkanker ook bij vrouwen het hoogste aandeel in de totale kankersterfte (20% in 2012). In de laatste vijftien jaar is het aantal vrouwen overleden aan longkanker meer dan verdubbeld, van 1.900 in 1997 tot 4.000 in 2012. Borstkanker komt op de tweede plaats bij vrouwen, met bijna 16% van de kankersterfte, gevolgd door darmkanker met een aandeel van 13% (CBS, 2013).

Verschillende sterftematen

Sterfte kan in verschillende maten uitgedrukt worden. De absolute sterfte is het gemiddeld aantal overledenen in een bepaalde periode. De absolute sterfte is niet te gebruiken voor een vergelijking van de sterfte tussen gemeenten, omdat er geen rekening gehouden wordt met verschillen in populatieomvang of leeftijdsopbouw.
De bruto sterfte is het gemiddeld aantal overledenen per 10.000 inwoners in een bepaalde periode. Bruto sterftecijfers houden wel rekening met verschillen in populatieomvang, maar niet met verschillen in leeftijdsopbouw. In een gemeente met relatief veel oudere inwoners, zal de bruto sterfte naar verwachting relatief hoog zijn. Een hoog bruto sterftecijfer zegt in zo'n geval nog weinig over de gezondheid van deze populatie.
De gestandaardiseerde sterftecijfers kunnen beter gebruikt worden voor het maken van vergelijkingen met een standaardpopulatie (Nederland) of vergelijkingen in de tijd. Twee veel gebruikte maten voor gestandaardiseerde sterfte zijn de Standardised Mortality Ratio (SMR) en de Comparative Mortality Figure (CMF).

Bron: Eysink en Poos, 2012

Ten opzichte van Nederland is de totale sterfte in Barendrecht lager dan op basis van de bevolkingssamenstelling verwacht zou worden. Dit geldt alléén voor mannen. Er is ook een lagere sterfte bij mannen aan hart- en vaatziekten en aan ziekten van de ademhalingsorganen ten opzichte van Nederland.

4.3 Ziekte en aandoeningen

In Barendrecht heeft 24% van de 4- tot 12-jarigen, 34% van de 19- tot 65-jarigen en 77% van de 65-plussers minimaal een chronische aandoening. In Barendrecht zijn er opvallende percentages op het gebied van een aantal aandoeningen. Deze aandoeningen komen in alle gevallen minder vaak voor dan in de regio. Deze verschillen worden beschreven in paragraaf 4.3.2.

4.3.1 Diabetes

Diabetes vormt als landelijk speerpunt een standaard onderdeel van deze rVTV.
Het aantal patiënten met diabetes is sinds de tweede helft van de jaren negentig sterk gestegen, dit geldt zowel voor type 1 als voor type 2 diabetes (www.nationaalkompas.nl). Uit de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012 blijkt dat 3,6% van de 19- tot 65-jarigen diabetes heeft, en 16% van de 65-plussers. In Barendrecht heeft 1,8% van de 19- tot 65-jarigen suikerziekte en 14% van de 65-plussers. Het percentage volwassenen met suikerziekte is lager in vergelijking met de regio (4%) en Nederland (3,6%).

Diabetes mellitus, ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het glucosegehalte in het bloed te hoog is. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en treden er uiteindelijk complicaties op bij het functioneren van allerlei organen zoals hart, vaten, ogen, nieren en zenuwen. De twee meest voorkomende vormen van diabetes mellitus met elk een eigen oorzaak, zijn type 1 en type 2 diabetes[4]. Type 1 diabetes is een vorm van diabetes die vaak al op jonge leeftijd wordt gediagnosticeerd. Risicofactoren voor het ontwikkelen van type 1 diabetes zijn naast een genetische aanleg niet bekend, maar waarschijnlijk spelen virussen en voeding ook een rol.

Belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van type 2 diabetes zijn ernstig overgewicht, te veel buikvet, gebrek aan lichamelijke activiteit en voedingsfactoren, zoals teveel verzadigd vet en onvoldoende voedingsvezels. Ook speelt genetische aanleg een rol. Van de personen met diabetes heeft ongeveer 90% type 2 diabetes. Het voorkomen van type 2 diabetes neemt toe met de leeftijd.

Samenhang diabetes en depressie

Mensen met diabetes hebben twee keer zoveel kans op een depressie als gezonde mensen. Het is dus ook vanwege depressiepreventie belangrijk om aandacht te geven aan het voorkomen van diabetes. Daarnaast is het van belang om onder diabetespatiënten alert te zijn op symptomen van depressie en ze adequaat te behandelen (www.loketgezondleven.nl).

Preventie van diabetes

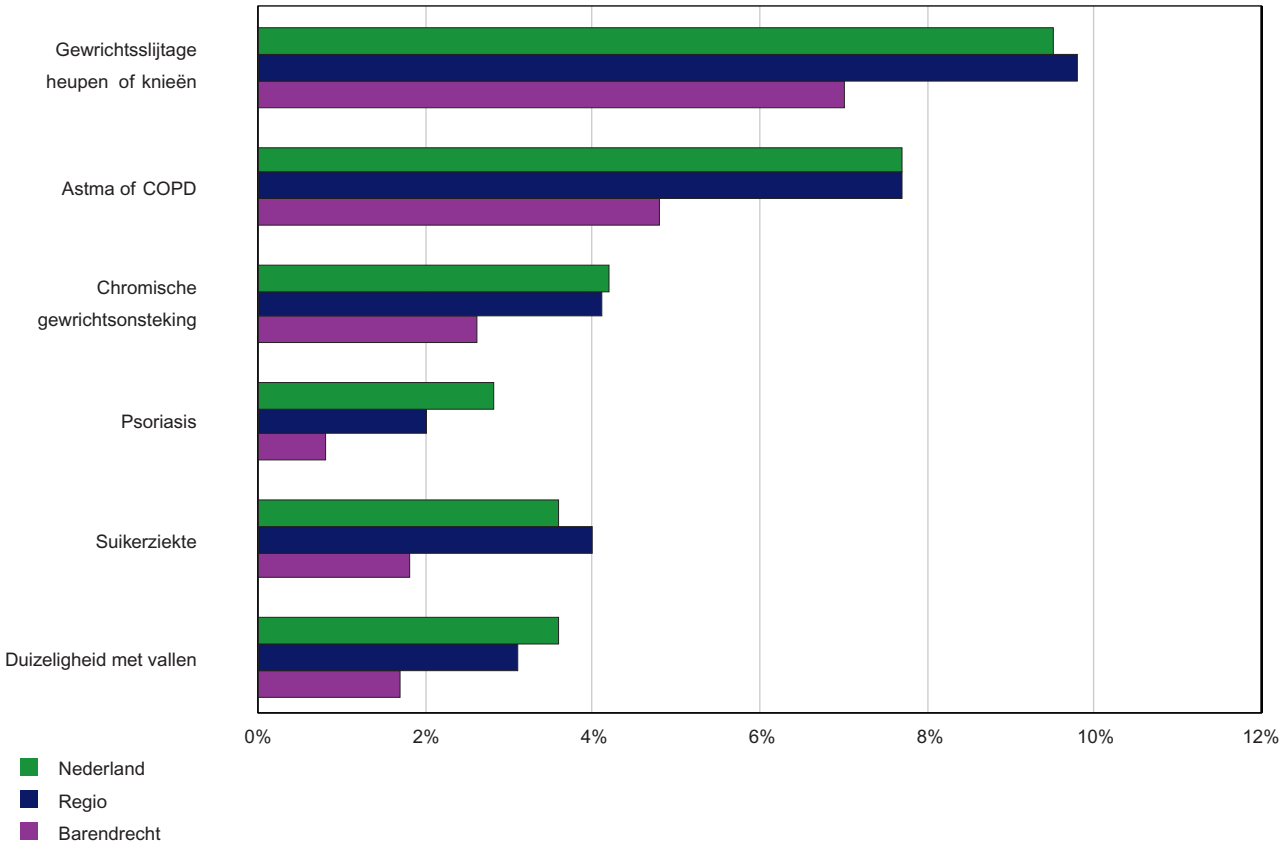
De preventie van diabetes richt zich vooral op leefstijlfactoren, met name een gezonde leefstijl. Het aanbod van interventies expliciet gericht op het voorkómen van diabetes is zeer beperkt. Deze initiatieven zijn voornamelijk op hoogrisicogroepen toegespitst, zoals mensen met prediabetes, mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten of mensen met overgewicht. Op de website www.loketgezondleven staat een overzicht van aanbevolen en goed beschreven interventies voor diabetes. De integrale aanpak van overgewicht wordt verder uitgewerkt in paragraaf 5.1.1 van dit rapport.

[4] Een derde vorm van diabetes is zwangerschapsdiabetes. Meestal daalt het bloedglucosegehalte van de moeder snel na de bevalling. Vrouwen die ooit zwangerschapdiabetes hebben gehad, hebben wel een hoger risico op het ontwikkelen van type 2 diabetes later in het leven (www.nationaalkompas.nl).

4.3.2 Overige aandoeningen

Een aantal aandoeningen komen in Barendrecht minder vaak voor dan in de regio en Nederland. In *figuur 4.1* is weergegeven welke aandoeningen onder inwoners van 19 tot 65 jaar minder vaak voorkomen. Zo ligt het percentage mensen dat last heeft van duizeligheid met vallen in Barendrecht lager dan gemiddeld in de regio en Nederland. Dit geldt ook voor het percentage mensen met suikerziekte, psoriasis, chronische gewrichtsontsteking, astma of COPD en gewrichtslijtage van heupen of knieën.

Figuur 4.1 Een overzicht van aandoeningen die minder vaak voorkomen onder inwoners van 19 tot 65 jaar in Barendrecht ten opzichte van de regio en Nederland (IM 2012).



4.4 Functioneren en kwaliteit van leven

4.4.1 Ervaren gezondheid

Ziekten en beperkingen veroorzaken ongezondheid en verlies van (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven. Maar naast de aanwezigheid van ziekten en beperkingen, is het voor een goed beeld van de volksgezondheid ook belangrijk om te weten hoe mensen zelf hun eigen gezondheid en leven met een ziekte of beperking beoordelen.

Ervaren gezondheid, het oordeel over de eigen gezondheid, is één van de beste voorspellers van sterfte. Hoe slechter de ervaren eigen gezondheid, hoe groter de kans op overlijden. Ervaren gezondheid heeft ook een verband met het gebruik van zorg en welzijnsvoorzieningen, onafhankelijk van aanwezige ziekten en beperkingen.

Ervaren gezondheid gaat niet alleen over ziekten of beperkingen. Het eigen oordeel over de gezondheidstoestand gaat ook over zaken als fitheid, depressieve gevoelens, voeding, sociale

steun, roken en lichamelijke activiteit. Gezondheid betekent niet voor iedereen hetzelfde en is ook niet voor iedereen even belangrijk. Zo leidt bijvoorbeeld het vooruitzicht op mogelijke gezondheidswinst in de toekomst niet bij iedereen tot gedragsverandering nu (Hoeymans et al., 2010).

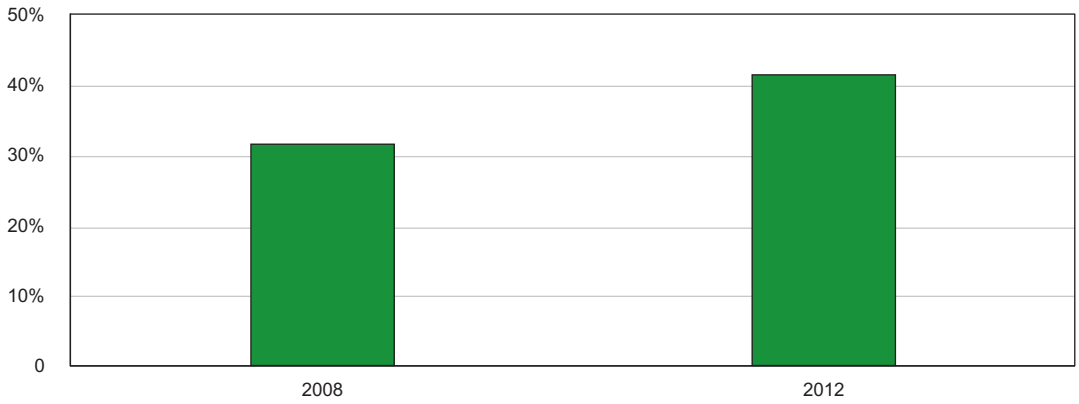
Het merendeel van de ouders (95%) van 4- tot 12-jarigen beoordeelt de gezondheid van hun kind als goed of zeer goed. Van inwoners van 19 tot 65 jaar beoordeelt 84% en van de 65-plussers 65% de gezondheid als goed tot zeer goed. De ervaren gezondheid van beide leeftijdsgroepen is vergelijkbaar met de regio en Nederland.

4.4.2 Psychische gezondheid

Depressie is in de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' aangewezen als speerpunt voor gezondheidsbeleid. Zo'n vier op de tien Nederlanders lopen een matig of hoog risico op een depressie of angststoornis (IM, 2012).

In Barendrecht heeft 42% van de 19- tot 65-jarigen een matig en hoog risico op een depressie of angststoornis. Dit is een aanzienlijke toename ten opzichte van de vorige meting in 2008 (33%) (zie *figuur 4.2*). Van de 65-plussers heeft 43% een matig en hoog risico op een depressie of angststoornis. Het percentage kinderen van 4 tot 12 jaar met een verhoogd risico op psychosociale problemen in deze gemeente is 8%. Dit is lager dan gemiddeld in de regio (10%). Het percentage 12- en 13-jarigen met een verhoogd risico in Barendrecht is 3%. Dit is een daling ten opzichte van de vorige meting (6%).

Figuur 4.2 Het percentage 19- tot 65-jarigen in Barendrecht met een matig en hoog risico op een depressie of angststoornis ten opzichte van de vorige meting in 2008 (IM 2012).



Depressie wordt gekenmerkt door een sombere stemming en interesseverlies. Het lusteloze gevoel is voor het grootste deel van de dag aanwezig gedurende minimaal twee weken. Daarnaast zijn er meerdere klachten met een verstorende invloed op het functioneren van iemand, zoals een ontregelde slaap, energiegebrek, problemen met de concentratie, toename of verlies van eetlust en piekeren over de dood en suïcide. Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden. Maar bij een op de vijf duurt een depressie langer dan twee jaar en is er sprake van een chronische depressie. Iemand kan verschillende malen in zijn leven een depressie krijgen. De kans daarop is zelfs aanzienlijk: 85% van de mensen met een depressie, krijgt die binnen vijf jaar opnieuw (www.loketgezondleven.nl).

Psychische aandoeningen dragen bij aan een hoge ziektelast van de bevolking in Nederland. In 2007 droegen angststoornissen bijna 7% bij aan de ziektelast en depressie bijna 6% (Hoeymans et al., 2010).

Aanpak van psychische problemen

De landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' pleit vooral voor een integrale aanpak van depressie. Zo zijn sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid, beweging, de aanpak van overgewicht en zelfwaardering factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Daarnaast noemt de nota voor ggz-problematiek (depressie) de volgende aandachtspunten:

- vroegsignalering en preventieve behandeling
- het inrichten van de functie basis-ggz[5]
- het bevorderen van zelfmanagement, preventie, e-health en kortdurende behandeling dichtbij huis
- het stimuleren van samenwerking en continuïteit van zorg

In *tabel 4.1* wordt aan de hand van vier pijlers de aanpak van psychische problemen uitgewerkt.

Tabel 4.1 Integrale aanpak van psychische problemen, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers (www.loketgezondleven.nl).

Inrichting van de omgeving In onderzoek is vaak een relatie gevonden tussen depressie en omgevingsfactoren, zoals de buurt waarin iemand woont. Een groene en stille omgeving geeft bijvoorbeeld minder stress. Omgekeerd komt depressie vaker voor in wijken waarin onveiligheid, gebrek aan sociale cohesie, blootstelling aan misdaad, gevaarlijke of bedreigende situaties, een laag voorzieningenniveau of armoede heersen.
Voorlichting en educatie Onjuiste ideeën en vooroordelen over depressie en andere psychische problemen bijstellen. Het belang van mentale vitaliteit benadrukken.
Signalering en advies De signalering van depressie en de risico's daarop vormen een belangrijke schakel in de keten van depressiepreventie. Gemeenten kunnen een bijdrage leveren door activiteiten op het gebied van signalering en advies te faciliteren. Zij kunnen bijvoorbeeld intermediairs, die vaak in contact komen met doelgroepen (zoals wijkverpleegkundigen of docenten), in staat stellen om signalen van depressie te leren herkennen en benoemen.
Ondersteuning De eigenlijke preventieve ondersteuning is gericht op mensen met depressieve klachten of op risicogroepen, zoals kinderen van ouders met psychische problemen of mantelzorgers. Deze ondersteuning kan bestaan uit (korte) groepscursussen, individuele ondersteuning of een (begeleide) zelfhulpinterventie via het internet. Gemeenten zijn de eerstverantwoordelijke voor de uitvoering van interventies voor selectieve preventie (gericht op risicogroepen). Verzekeraars vergoeden vooral de geïndiceerde preventie (voor mensen met depressieve klachten).

[5] In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst ggz 2013-2014 zijn afspraken gemaakt over het ontwikkelen van de generalistische basis-ggz, waarin de huidige eerstelijns ggz en een deel van de de tweedelijns ggz samengebracht worden. Hier worden mensen behandeld met lichte tot matige, niet-complexe ggz-problematiek of mensen met chronische (stabiele) problematiek met een laag risico. Op basis van de zorgvraagzwaarte wordt bepaald binnen welk zorgproduct (kort, middel, intensief of chronisch) een patiënt wordt behandeld. Binnen de zorgproducten is ruimte voor verschillende behandelcomponenten, waaronder diagnostiek, e-health en de consultatie van een specialist (www.ggznederland.nl).

5 Gezondheidsdeterminanten in Barendrecht

Thematische kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid van gemeente Barendrecht

Leefstijl
Het aandeel mensen met overgewicht moet teruggedrongen worden. In de regio heeft de helft van de 19- tot 65-jarigen overgewicht, waarvan 13% ernstig overgewicht. Bij de 65-plussers ligt dit percentage nog hoger. In Barendrecht heeft 43% van de 19- tot 65-jarigen matig overgewicht. Dit is hoger dan gemiddeld in de regio (37%). Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag blijft nodig voor alle doelgroepen om het aantal mensen met overgewicht te laten dalen.

Het is van belang om seksueel (grensoverschrijdend) gedrag op alle scholen bespreekbaar te maken. De basis hiervoor wordt gevormd door kennis over de normale seksuele ontwikkeling, maar ook het wegnemen van de handelingsverlegenheid van professionals, het kunnen en durven signaleren van ongewenst gedrag en het ontwikkelen en bijhouden van een daarop toegerust zorgnetwerk.

Roken is een bedreiging voor de volksgezondheid. Hoewel in Barendrecht volwassenen minder roken dan gemiddeld in Nederland, blijft inzet op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken van belang.

Voor jongeren is het drinken van alcohol erg schadelijk. De herziene Drank- en Horecawet verplicht de gemeente om een preventie- en handhavingsplan op te stellen. Het advies is om preventieactiviteiten voor de jeugd hierin een prominente rol te geven en dit plan na een jaar te evalueren.

Sociale leefomgeving
Eenzaamheid is in Barendrecht net als in de regio en Nederland een groot probleem. Hoewel de omvang van eenzaamheid in Barendrecht vergelijkbaar is met de regio, is er ten opzichte van de vorige meting onder volwassenen sprake van een toename. Bij de inzet op participatie en actief burgerschap en het bevorderen van bewegen in Barendrecht zou het terugdringen van eenzaamheid ook een van de doelen kunnen zijn.

Op het gebied van de fysieke leefomgeving
Om de blootstelling van inwoners aan roet te verminderen, raadt de GGD aan om structurele bronmaatregelen te nemen (gericht op schoner vervoer) en langs drukke wegen (zones binnen 50m langs drukke wegen en 300m langs snelwegen) geen nieuwe woningen en ‘gevoelige bestemmingen’ (bijvoorbeeld scholen, kinderopvangcentra en verzorgingshuizen) te bouwen. Voor zover bekend wonen in Barendrecht ongeveer 1.221 mensen dicht langs een drukke weg.

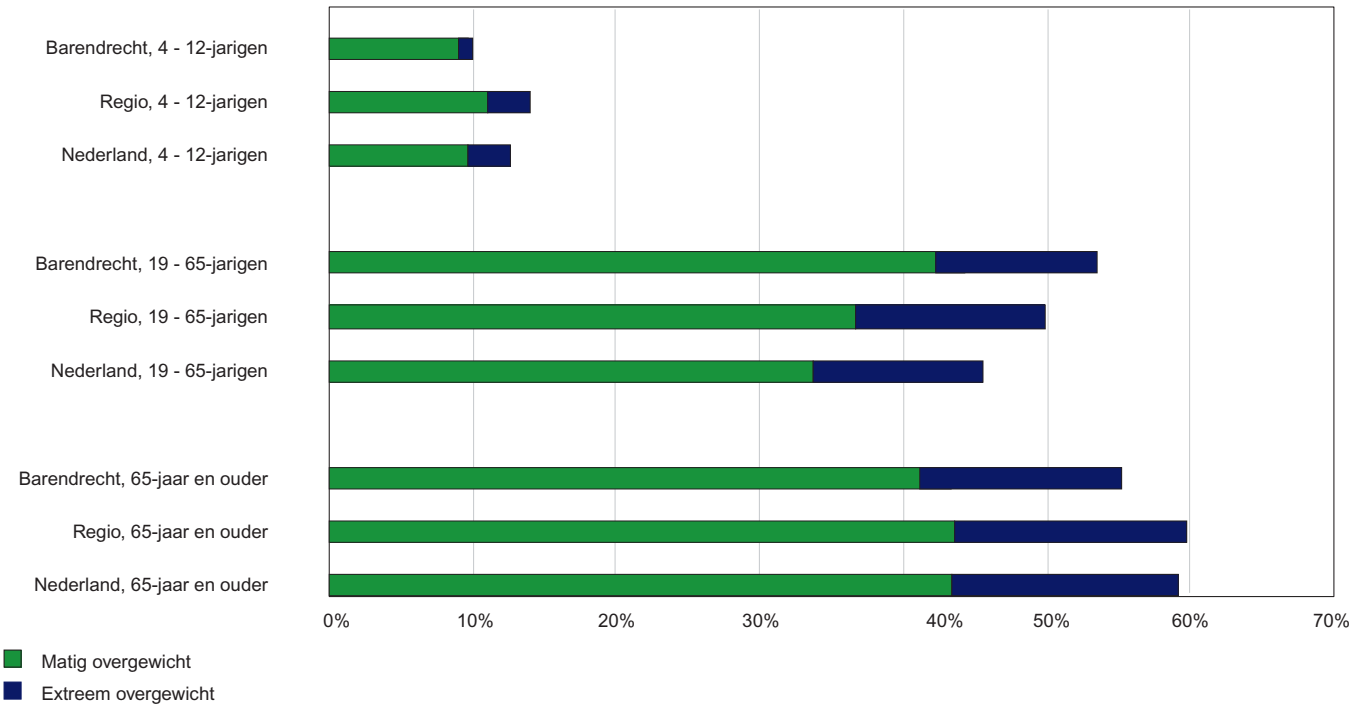
5.1 Leefstijl

5.1.1 Overgewicht

Overgewicht heeft al langere tijd de aandacht binnen het gezondheidsbeleid en is ook in de landelijke nota ‘Gezondheid dichtbij’ uit 2011 weer als speerpunt van beleid opgenomen. Het blijkt een hardnekkig probleem en veroorzaakt veel ziektelast. De preventie van overgewicht kan aanzienlijke gezondheidswinst opleveren.

Overgewicht wordt in dit rapport vastgesteld aan de hand van de body mass index (BMI). *Figuur 5.1* geeft een overzicht van de percentages overgewicht en obesitas voor verschillende leeftijdsgroepen. Een opvallend resultaat is dat 43% van de 19- tot 65-jarigen in Barendrecht matig overgewicht heeft. Dit is hoger dan gemiddeld in de regio (37%). Een vergeling met de vorige meting in 2008 laat geen verandering zien.

Figuur 5.1 Percentage matig overgewicht en obesitas naar leeftijd (JRB 2011 en IM 2012).



Oorzaken van overgewicht

De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Daarnaast komt steeds meer bewijs voor de invloed van psychische en sociale factoren op het ontstaan van overgewicht. Hoewel op individueel niveau genetica een rol kan spelen, onderkennen we steeds meer de invloed van de sociale en fysieke omgeving op de toename in overgewicht.

Mogelijke consequenties

Overgewicht, met name ernstig overgewicht (obesitas), hangt samen met tal van 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).

Overgewicht heeft ook invloed op de psychische gezondheid. Mensen met overgewicht lopen meer risico op psychosociale problemen, stigmatisering en discriminatie. Het is niet altijd duidelijk of het hebben van overgewicht hier een oorzaak of een gevolg van is. Dikke kinderen hebben vaak te maken met stigmatisering, vooral de meisjes (Tang-Péronard & Heitmann, 2008). Hierdoor hebben zij meer kans op een lagere zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen (Strauss, 2000). Tieners met ernstig overgewicht zitten slechter in hun vel en hebben vaker suïcidegedachten (Van Wijnen et al., 2009). Ook hier zijn oorzaak en gevolg onduidelijk (www.loketgezondleven.nl).

(Ernstig) overgewicht heeft ook maatschappelijke en economische gevolgen. Het aantal ongezonde levensjaren (doorgebracht met ziekte en beperkingen) als gevolg van overgewicht vergroot de maatschappelijke kosten. Hieronder vallen bijvoorbeeld de kosten door arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en kosten in de gezondheidszorg.

Aanpak van overgewicht

De aanpak van overgewicht vraagt om een brede benadering van (op)voeding- en beweeggedrag.
In Barendrecht wordt breed ingezet op bewegen. Hiervoor is de Agenda 'Verbinden door bewegen. 2013-2016' opgesteld. In paragraaf 5.1.2 wordt dieper op deze agenda ingegaan.
In Barendrecht kunnen scholen ondermeer aansluiten bij de programma's 'Schoolgruiten' (fruit op basisscholen), 'School'(NIGZ) en 'IRun2BFit'. Deze programma's dragen bij aan het terugdringen van overgewicht en obesitas en het gezonder worden van de jeugd.

In *tabel 5.1* wordt aan de hand van vier pijlers de aanpak van overgewicht uitgewerkt.
Op de website www.loketgezondleven.nl staat een overzicht van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van overgewicht. De interventies zijn ingedeeld per pijler. Een andere website met zowel interventies als materialen op het gebied van preventie van overgewicht is www.gezonderwijs.nl.

Tabel 5.1 Aanpak van overgewicht, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers.

Inrichting van de omgeving • Het zodanig inrichten van de omgeving, dat mensen veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk is. Het NISB geeft advies en ondersteuning op het gebied van een beweegvriendelijke omgeving (BVO) http://www.nisb.nl/themas/ruimte-voor-bewegen.html • 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 op scholen. • Het zodanig inrichten van de omgeving, dat keuze voor gezonde voeding een gemakkelijke keuze is. Zoals het aanbieden van gezonde producten in de kantine of het weren van snack-karren in de omgeving van een school.
Voorlichting en educatie • Zorgen voor voldoende aanbod van voorlichtingsprogramma's voor alle burgers op het gebied van gezonde voeding en beweging.
Signalering en advies • Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist, het CJG en de huisarts.
Ondersteuning • Ondersteuningsprogramma's voor kinderen met overgewicht en hun gezinnen met aandacht voor zelfvertrouwen, leren bewegen en het eetpatroon. • Ondersteuning van gezinnen met kinderen waar gezondheidsrisico's in relatie met geldgebrek zijn geconstateerd. • Specifiek beweegaanbod bij fysiotherapeuten en sportaanbieders voor kinderen en volwassenen met overgewicht, al dan niet met betrokkenheid van ouders, en informatie over voeding. • Specifieke begeleiding door diëtisten.

5.1.2 Bewegen

In Barendrecht voldoet 61% van de 19- tot 65-jarigen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, en 68% van de 65-plussers. Dit is vergelijkbaar met de regio en Nederland. Van de 19- tot 65-jarigen geeft 84% aan bewegen of sporten belangrijk te vinden, en 83% van de ouderen. Het percentage ouderen dat aangeeft bewegen of sporten belangrijk te vinden ligt hoger dan de regio (79%).

Van de 4- tot 12-jarigen in Barendrecht is 68% lid van een sportvereniging, en 83% sport minstens één dag per week bij een sportvereniging. Minstens vijf dagen per week buiten spelen doet 75% van de 4- tot 12-jarigen.

Het aantal volwassen Nederlanders dat volgens eigen zeggen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) voldoet, is sinds 2006 redelijk stabiel. Volgens de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012 voldoet 65% van de 19- tot 65-jarigen in Nederland aan de norm en 69% van de ouderen. Het percentage jeugdigen dat de NNGB haalt is met 18% drastisch lager. Hildebrandt et al. (2013) tonen aan dat ook dit cijfer al jaren stabiel is. Uit hun Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2010/2011 blijkt dat het lastig is (nog) meer Nederlanders te laten bewegen. Specifiek 4- tot en met 17-jarigen, 75-plussers, niet-werkenden, personen met langdurige aandoeningen, personen van niet-Nederlandse herkomst en personen met overgewicht verdienen extra aandacht.

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen is vooral gericht op het onderhouden van gezondheid op de lange termijn. De norm is verschillend voor jongeren, volwassenen en ouderen (www.nationaalkompas.nl).

Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Jongeren
Dagelijks één uur ten minste 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).
Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij jongeren zijn aerobics of skateboarden.

Volwassenen
Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.
Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij volwassenen zijn wandelen met 5-6 km/uur (dus flink doorwandelen) en fietsen met 15 km/uur.

55-plussers
Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. Voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging zinvol, ongeacht duur, intensiteit frequentie of type.
Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij ouderen zijn wandelen met 3-4 km/uur en fietsen met 10 km/uur.

(www.nationaalkompas.nl)

In Barendrecht wordt breed ingezet op bewegen. Hiervoor is de Agenda ‘Verbinden door bewegen. 2013-2016’ opgesteld. Het doel is om bewegen een vast onderdeel van ieders leven te laten zijn. Met extra aandacht voor (jonge) kinderen en mensen die het sportieve pad zelf minder goed kunnen vinden. De missie van de Agenda is: ‘In Barendrecht is door intensieve samenwerking met alle partijen voor iedere Barendrechter een passend beweegaanbod, zodat iedereen een gezonde en actieve leefstijl kan hanteren’.
Hierbij worden twee hoofddoelen geformuleerd:

1. Het hebben van gezonde en actieve inwoners in de gemeente Barendrecht.
2. Het inzetten van sporten en bewegen als instrumenten voor een vitale en sociaal sterke samenleving, door hun positieve effecten op de maatschappelijke participatie, gezondheid en economie.

De Agenda hanteert een integrale aanpak om bewegen te bevorderen. In tabel 5.2 wordt aan de hand van drie pijlers een integrale aanpak van bewegen uitgewerkt.
Op de website www.loketgezondleven.nl is een overzicht te vinden van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van bewegen. De interventies zijn ingedeeld per pijler.

Tabel 5.2 Aanpak van bewegen, uitgewerkt aan de hand van drie pijlers.

Inrichting van de omgeving • Het zodanig inrichten van de omgeving, dat burgers veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk is. Het NISB geeft advies en ondersteuning op het gebied van een beweegvriendelijke omgeving (BVO) http://www.nisb.nl/themas/ruimte-voor-bewegen.html 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 op scholen.
Voorlichting en educatie • Lesprogramma's en trainingen op school. • Werk samen met verschillende organisaties zoals sportverenigingen in de omgeving (bijvoorbeeld judolessen tijdens de gymles in combinatie met proeflessen bij de judovereniging). • Zorg voor een gevarieerd en laagdrempelig aanbod voor alle kinderen, inclusief de 'kwetsbare' groepen, zoals inactieve leerlingen, motorisch zwakkere leerlingen of kinderen met overgewicht. • Volwassenen in hun rol van ouder aanspreken op hun normen, waarden en voorbeeldfunctie op het gebied van beweging. • Begrijpelijke artikelen over beweging in de lokale media (zoals huis-aan-huisbladen, lokale websites en de kabelkrant van regionale zenders). • Promotieactie in samenwerking met lokale bekendheden. • Mogelijkheden van sport en bewegen in de gemeente onder de aandacht brengen van burgers en specifieke doelgroepen als ouderen (ook via wooncentra) en mensen met een chronische aandoening of handicap. • Valpreventie ouderen.
Signalering, advies en ondersteuning • Signalering en ondersteuning bij sport en bewegen worden vaak ingezet in relatie met overgewicht. Voor meer informatie zie paragraaf 4.1.1 over overgewicht • Voorbeelden van meetinstrumenten waarmee mensen zelf kunnen bepalen of ze voldoen aan de NNGB zijn twee beweegtest-websites: www.beweegtest.nl (gericht op volwassenen en chronisch zieken) en www.dubbel30.nl (gericht op vmbo-jongeren).

5.1.3 Seksuele gezondheid

De definitie van seksuele gezondheid luidt: 'Een staat van lichamelijk, emotioneel, geestelijk en maatschappelijk welbevinden met betrekking tot seksualiteit. Seksuele gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of gebrek. Het gaat bij seksuele gezondheid eerder om de bevordering van prettige en gewenste seksuele contacten en relaties, vrij van dwang, discriminatie of geweld. Veiligheid, weerbaarheid en vrijheid zijn hierbij belangrijke randvoorwaarden, die in onze maatschappij breed gedragen worden' (www.loketgezondleven.nl).

Het landelijk beleid op het gebied van seksuele gezondheid richt zich met name op kinderen en jongeren. Voor het primair onderwijs is seksualiteit en seksuele diversiteit toegevoegd in kerndoel 38: 'De leerlingen leren respectvol om te gaan met seksualiteit en met diversiteit binnen de samenleving, waaronder seksuele diversiteit' (www.tule.slo.nl). Ook de kerndoelen

voor speciaal onderwijs en voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs zijn hiermee aangevuld. Daarnaast wil het kabinet op dit gebied aandacht geven aan de weerbaarheid van jongeren en het bevorderen van gezond seksueel gedrag. Ten slotte zet zij in op aanvullende voorzieningen op het gebied van curatieve soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening (Landelijke nota volksgezondheid Gezondheid dichtbij, 2011).

Aanpak van seksuele gezondheid

Een integrale aanpak van seksuele gezondheid richt zich met name op voorlichting en educatie, en signalering en advies. Maar ook in de inrichting van de omgeving en op het gebied van ondersteuning zijn mogelijkheden om de seksuele gezondheid te verbeteren. In tabel 5.3 wordt aan de hand van vier pijlers de aanpak van seksuele gezondheid uitgewerkt.

De GGD Rotterdam-Rijnmond voert in opdracht van de gemeenten in de regio de Wet Publieke Gezondheid uit. Voor de soa-bestrijding betekent dit:

1. het voorkomen van introductie en (verdere) verspreiding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en hiv. Dit valt onder de basistaak preventie en partnerwaarschuwing.
2. waar nodig bestrijden van soa/hiv. Dit valt onder de basistaak vangnet en outbreakmanagement .
3. het via surveillance monitoren van de ontwikkeling op het gebied van soa en hiv. Dit valt onder de basistaak surveillance en onderzoek.
4. beleid op het terrein van soa-bestrijding ontwikkelen. Dit valt onder de basistaak beleidsadvisering, kwaliteit en opleiding.
5. waar nodig de bestrijding van soa en hiv coördineren. Dit valt onder de basistaak netwerk en regiefunctie en outbreakmanagement.

Ondanks de halvering van de inwonerbijdrage in 2010 heeft het team Soa & Seksualiteit van de GGD blijvend geïnvesteerd in de uitvoering van de wettelijke taak met name in voorlichting en preventie.
Mede door de rijksfinanciering is de personele capaciteit binnen het team Soa & Seksualiteit voldoende om ook de basistaken kwalitatief en kwantitatief goed uit te voeren. Deze rijksregeling is echter bedoeld als aanvullende regeling en eigenlijk niet ter vervanging van de middelen voor de uitvoering van de wettelijke taak.
De preventieactiviteiten richten zich met name op hoogrisicodoelgroepen. De activiteiten vinden plaats op locaties waar de risicogroepen goed te bereiken zijn, zoals scholen, buurthuizen, hangplekken, voetbalclubs (jongeren en migranten), sekshuizen (sekswerkers), homo ontmoetingsplekken (Mannen die Seks hebben met Mannen, MSM). De bezoekers van deze locaties komen uit de hele regio.

Op de website www.loketgezondleven.nl staat een overzicht van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van seksuele gezondheid.

Tabel 5.3 Integrale aanpak van seksuele gezondheid, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers.

Inrichting van de omgeving • Zijn de randvoorwaarden in de fysieke omgeving aanwezig om wenselijk gedrag mogelijk te maken? Goede verlichting of toezicht op onveilige plekken kunnen bijvoorbeeld seksueel geweld voorkomen. • Condoomautomaten in uitgaansgelegenheden kunnen veilig vrijen bevorderen.
Voorlichting en educatie • Het bespreekbaar maken van seksueel (grensoverschrijdend) gedrag op alle scholen. Kennis van de normale seksuele ontwikkeling is de basis. Maar ook het wegnemen van de handelingsverlegenheid van de professionals, het kunnen en durven signaleren van ongewenst gedrag en een daarop toegerust zorgnetwerk ontwikkelen en bijhouden, vormen de basis voor een integrale en structurele inbedding van dit onderwerp op de scholen. • De benadering van seksuele en relationele vorming als een doorlopende activiteit. In elke ontwikkelings- of levensfase zijn er andere aspecten die aandacht nodig hebben. Bovendien vraagt bewustwording om herhaling. Bij jongeren die aan het begin van hun seksuele loopbaan staan, is educatie over anticonceptie en veilig vrijen van belang. • Aandacht voor relationele en communicatieve vaardigheden, die nodig zijn voor een prettig, veilig en gelijkwaardig seksueel contact.
Signalering en advies • Vroegtijdige signalering van infectie met hiv of een andere soa. Dit maakt een tijdige behandeling mogelijk en levert voor het individu een langere levensverwachting op. Voor het collectief levert het op dat 'transmissieketens' worden verbroken. Het aantal infecties in een groep, en daarmee het transmissierisico, neemt af. • Vroegtijdige signalering van seksueel geweld. Dit zorgt voor minder schade, opsporing en vervolging waardoor recidive voorkomen kan worden. • Vroegtijdige signalering van een ongewenste (tiener)zwangerschap. Dit geeft tijd voor het zorgvuldig afwegen van keuzes.
Ondersteuning Met goede opvang en ondersteuning kunnen we extra problemen en mogelijke herhaling van problemen op het gebied van seksuele gezondheid voorkomen. Voorbeelden zijn: • een trainingsprogramma voor mensen die grensoverschrijdend seksueel geweld hebben meegemaakt • opvangprogramma's en opvoedingsondersteuning voor jonge ouders • opvang en begeleiding van tienermoeders of vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld in de vrouwenopvang • anticonceptiecounseling na een abortus • preventieve counseling van mensen die een soa hebben opgelopen • bij ernstiger problemen, zoals seksuele trauma's, is het van belang dat op lokaal niveau ook voldoende en intensievere zorg en hulpverlening beschikbaar is

5.1.4 Roken

Roken is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en overlijden. Ieder jaar overlijden ongeveer 19.000 rokers aan de gevolgen van roken. Ook meeroken is bijzonder schadelijk. Zo verhoogt samenwonen met een (binnenshuis) rokende partner de kans op longkanker met 20 tot 30%. Vanwege de omvang en ernst is het thema roken in de landelijke Nota 'Gezondheid Dichtbij' aangewezen als een van de speerpunten.

In 2012 ligt het percentage rokers onder de 19- tot 65-jarigen in Nederland op 26%, en onder de 65-plussers op 13%. Mannen roken met 26% vaker dan vrouwen (20%) (IM 2012). In Barendrecht rookt 20% van de 19- tot 65-jarigen en 11% van de ouderen. Het percentage rokers is in Barendrecht onder 19- tot 65-jarigen lager dan gemiddeld in Nederland (26%).

Het percentage jongeren van 12 en 13 jaar in Nederland dat dagelijks rookt, varieert van 0 tot 2%. Bij 14- en 15-jarigen varieert het percentage van 5 tot 10% (Trimbos, 2011). In Barendrecht roken er nauwelijks 12- en 13-jarigen dagelijks. Het percentage 12- en 13-jarigen dat wel eens rookt is afgenomen ten opzichte van de vorige meting (2 versus 0,4%).

Aan de ouders van 4- tot 12-jarigen is gevraagd in hoeverre zij het acceptabel vinden wanneer een kind jonger dan 16 af en toe roken uitprobeert. In Barendrecht vindt 3% van de ouders dat acceptabel. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van de regio.

Aanpak van roken

Er zijn verschillende groepen die om uiteenlopende redenen nog eens extra risico lopen (www.loketgezondleven.nl):

- zwangere vrouwen: roken of meeroken tijdens de zwangerschap heeft gevolgen voor het ongeboren kind. Meer Turkse dan Nederlandse vrouwen roken door tijdens de zwangerschap
- mensen met een chronische ziekte: voor mensen met hart- en vaatziekten, longpatiënten en diabetespatiënten is roken extra schadelijk
- kinderen: in Nederland wordt thuis gerookt bij 16% van de kinderen van 0 tot en met 4 jaar, bij 28% van de 4- tot 12-jarigen en bij 38% van de 12-tot 18-jarigen
- laag opgeleiden: bij mensen met een lage opleiding (lager onderwijs, lbo of mavo) is het percentage rokers groter dan bij mensen met een hoge opleiding (hbo of universiteit)
- jongeren met een laag schoolniveau: op het vmbo roken meer jongeren van 12 tot 16 jaar dan op alle andere schoolniveaus.
- Turkse mannen: uit GGD-onderzoeken in de grote steden en een nationaal onderzoek komt naar voren dat een groter percentage Turken rookt dan Nederlanders, vooral de Turkse mannen.

In *tabel 5.4* wordt aan de hand van vijf pijlers een integrale aanpak van roken uitgewerkt.

Tabel 5.4 Integrale aanpak van roken, uitgewerkt aan de hand van vijf pijlers (www.loketgezondleven.nl; www.longfonds.nl/schoolterrein; www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering).

Inrichting van de omgeving • Het beïnvloeden van de sociale norm is een belangrijk onderdeel van het totale tabaksontmoedigingsbeleid. De komende jaren is het belangrijk het bereik van interventies gericht op lager opgeleide mensen te vergroten. Daarbij is het de uitdaging om de acceptatie van roken te veranderen naar een sociale norm van niet-roken. Dit is met name belangrijk onder mensen met een lage sociaal-economische status. • Inzetten op rookvrije schoolterreinen, want de helft van de rokers begint op het schoolplein.
Regelgeving en handhaving • De gemeente kan bijdragen aan de doelstelling van de Tabakswet door horecabedrijven te ondersteunen om rookvrij te worden en te blijven. • In de nabije toekomst zal de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak verhoogd worden van 16 naar 18 jaar. De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) houdt toezicht op de naleving van de Tabakswet door controles uit te voeren bij allerlei bedrijven, van supermarkt en dorpskroeg tot stadhuis. Op grond van de Tabakswet heeft een gemeente geen handhavingstaken (anders dan het instellen, aanduiden en handhaven van de rookverboden in eigen gebouwen). Een gemeente kan wel de toezichthouders op naleving van de alcoholwetgeving (de buitengewoon opsporingsambtenaar) opdracht geven om ook overtredingen van de Tabakswet te signaleren en te melden, zoals de verkoop van tabak aan jongeren onder de 16 jaar. Of de gemeente kan een meldpunt inrichten waar burgers overtredingen kunnen melden, die vervolgens worden doorgegeven aan de NVWA.
Voorlichting en educatie • Het vergroten van kennis over en bewustwording van de risico's van roken door aanbieden van informatiemateriaal over roken, meeroken en stoppen op locaties die bezocht worden door risicogroepen, zoals in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en het CJG. • De gemeente maakt afspraken met het CJG over het uitvoeren van adviezen om meeroken thuis terug te dringen en dat roken onderwerp is en blijft in de contactmomenten van het CJG met scholieren. • Rokers krijgen informatie over nut en noodzaak van stoppen en over de mogelijkheden om te stoppen met behulp van ondersteuning in de gemeente of op het werk. • Opvoedondersteuning via bijvoorbeeld het CJG of digitaal via de website www.hoepakjijdataan.nl of www.uwkindenroken.nl. • Tijdens ouderbijeenkomsten aandacht besteden aan roken en opvoeding. • Programma's en lessen op school met informatie en vaardigheden om niet te beginnen met roken en om meeroken te voorkomen.
Signalering en advies • Het signaleren van experimenteergedrag bij kinderen en scholieren en het voorkomen van beginnen met roken. • Het voorkomen van meeroken.
Ondersteuning • Het stimuleren van stoppogingen. In 2012 werd voor stoppen met roken alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vergoed. Inmiddels heeft de overheid besloten om dit terug te draaien. Per 1 januari 2013 kunnen ook de kosten van farmacologische ondersteuning weer (eenmaal per jaar) worden gedeclareerd.

5.1.5 Schadelijk alcoholgebruik

Het drinken van alcohol is in Nederland gemeengoed. Van de 19- tot 65-jarigen geeft 84% aan alcohol gedronken te hebben in het afgelopen jaar (IM, 2012). Overmatig gebruik van alcohol is echter schadelijk, allereerst voor bijna alle organen van het menselijk lichaam. Daarnaast zijn er sociale en maatschappelijke gevolgen van schadelijk alcohol gebruik. De grootste kostenposten zijn: verlies aan arbeidsproductiviteit, criminaliteit, verkeersongevallen, gezondheidszorg en verslavingszorg (www.loketgezondleven.nl). Bij welke hoeveelheden alcohol schadelijk is, is afhankelijk van leeftijd, sekse, persoonlijke omstandigheden, erfelijkheid en andere factoren.

In de Integrale Monitor 2012 is aan volwassenen gevraagd naar het drinken van alcoholhoudende drank, het aantal dagen waarop gedronken wordt en het aantal glazen alcohol op één dag. *Tabel 5.5* geeft de cijfers van alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid weer in Barendrecht. Zowel het percentage inwoners met overmatig dan wel zwaar alcoholgebruik als het percentage inwoners dat alcoholafhankelijk is, zijn vergelijkbaar met de regionale percentages.

Tabel 5.5 Alcoholgebruik (IM 2012[6]).

Onderwerp	Leeftijd	Barendrecht %
Percentage met overmatig alcoholgebruik	19 tot 65 jaar 65 jaar en ouder	6 8
Percentage met zwaar alcoholgebruik	19 tot 65 jaar 65 jaar en ouder	8 4
Percentage dat alcoholafhankelijk is	19 tot 65 jaar 65 jaar en ouder	9 6

Het drankgebruik van jongeren in Nederland is aanzienlijk. In 2011 was Nederland één van de slechtst scorende Europese landen op het gebied van alcoholgebruik onder 15- en 16-jarigen (Hibell et al., 2012). Jongeren die drinken, drinken vaak veel. Binge drinken, dat wil zeggen vijf of meer glazen alcohol tijdens één gelegenheid, deed in 2009 een kwart van de 12- tot 16-jarigen (Van Dorsselaer et al., 2010), (www.loketgezondleven.nl).

Voor jongeren is alcohol drinken erg schadelijk voor de gezondheid, met name voor de ontwikkeling van de hersenen en andere organen die in de groei zijn. Uit onderzoek blijkt een duidelijk verband tussen schoolverzuim en veel alcoholgebruik. Verder kan alcoholgebruik op jonge leeftijd leiden tot problemen met alcoholgebruik op latere leeftijd (verslaving). Ook lopen jongeren sneller het risico alcoholvergiftiging te krijgen. Daarom is het voor jongeren onder de 18 jaar beter om helemaal geen alcohol te drinken. (www.rijksoverheid.nl).

Van de 12- en 13-jarigen in Barendrecht geeft 32% in 2011 aan wel eens alcohol gedronken te hebben. Binge drinken komt in Barendrecht voor bij 2% van de 12- en 13-jarigen.

[6] Definities van zwaar en overmatig alcoholgebruik en van alcoholafhankelijkheid zijn te vinden in de bijlage.

Vergelijking met eerdere meting

Het landelijk percentage van de bevolking dat aangeeft wel eens alcohol te drinken, is de afgelopen tien jaar licht gedaald van 84% in 2000 tot 80% in 2009 (CBS StatLine, 2011). Sinds 2003 neemt het percentage 12- tot en met 15-jarigen dat ervaring heeft met alcohol af. Ook het percentage jongeren dat aangeeft in de afgelopen maand gedronken te hebben, en het aandeel binge drinkers neemt af (Verdurmen et al., 2012). Opvallend is dat deze bevinding niet geldt voor 16-jarigen. Mogelijk heeft de daling in alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar te maken met de boodschap die de laatste jaren wordt uitgedragen om voor het 16e jaar geen alcohol te drinken (www.loketgezondleven.nl).

Aanpak schadelijk alcoholgebruik

In de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' houdt het kabinet vast aan schadelijk alcoholgebruik als een van de speerpunten. Daarbij zijn de volgende aandachtspunten geformuleerd:

- vertrouwen in gezondheidsbescherming: beschermen van vooral de jeugd door aanscherpen wet- en regelgeving en verbeteren van het toezicht
- zorg dichtbij in de buurt: herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbaar (e-health). Tijdige signalering door professionals uit de eerste en tweede lijn
- jeugd: vroege signalering risico's en het verhogen van weerbaarheid naast het stellen van regels

Een effectieve preventie van alcoholproblemen vraagt om een integrale aanpak. Alle factoren die van invloed zijn op het alcoholgebruik, waaronder de leefomgeving, gezondheid en opvoeding, worden in samenhang met elkaar aangesproken.

In *tabel 5.6* wordt aan de hand van vijf pijlers een integrale aanpak van schadelijk alcoholgebruik uitgewerkt.
Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of het alcoholgebruik onder de jeugd ook daadwerkelijk zal dalen, mede door de herziene Drank- en Horecawet . Voor de gemeente zou het goed zijn om het preventie- en handhavingsplan na een jaar te evalueren.
Op de website www.loketgezondleven.nl staat een overzicht van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van schadelijk alcoholgebruik.

Tabel 5.6 Integrale aanpak van schadelijk alcoholgebruik, uitgewerkt aan de hand van vijf pijlers (www.loketgezondleven.nl; www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alcohol/).

Inrichting van de omgeving • Alcoholvrije omgeving openbare ruimten, waaronder school- en sportomgeving. • Beperking van alcoholgebruik tijdens evenementen.
Regelgeving en handhaving Met ingang van 1 januari 2013 is de Drank- en Horecawet gewijzigd. Er is veel veranderd. Zo is het toezicht overgeheveld van het Rijk naar gemeenten en hebben de gemeenten meer bevoegdheden om op lokaal niveau het alcoholprobleem aan te pakken. Naast de genoemde wijzigingen wordt de Drank- en Horecawet per 1 januari 2014 aangevuld met drie relevante bepalingen: • de leeftijd, waarop aan jongeren zwakalcoholische dranken mogen worden verkocht, gaat van 16 naar 18 jaar. Tot die leeftijd zijn jongeren ook strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben in het publieke domein (inclusief de horeca). Deze laatste regel geldt niet in supermarkten • de leeftijd voor de toegang tot een slijterij zonder begeleiding van een minimaal 21-jarige gaat van 16 naar 18 jaar • gemeenten moeten elke vier jaar een preventie- en handhavingsplan opstellen. Het plan bevat de hoofdzaken van het beleid over de preventie van alcoholgebruik, met name onder jongeren, en de handhaving van de wet. De eerste keer moet dit uiterlijk 1 juli 2014 gebeurd zijn
Voorlichting en educatie • Vergroten van kennis en bewustwording van de risico's van (overmatig) alcoholgebruik bij diverse doelgroepen, waaronder ouders. • Vergroten van kennis over beleidsmaatregelen, door regelmatige berichtgeving in de lokale media (bijvoorbeeld via de gemeentepagina), door debatavonden en studiedagen met deskundigen. • Resultaten van het gevoerde beleid bekend maken.
Signalering en advies • Zorgen voor activiteiten die het mogelijk maken om mensen met een hoog risico op te sporen en de toeleiding naar effectieve interventies of zorg mogelijk maken (zodat het aantal probleemdrinkers afneemt).
Ondersteuning • Stimuleren dat er verbinding wordt gelegd met preventie-interventies in de eerste en tweede lijn. • Zorgen voor een basisaanbod op het gebied van vroegsignalering en kortdurende interventies.

5.2 Sociale leefomgeving

5.2.1 Eenzaamheid

Bijna 40% van de volwassen Nederlanders voelt zich eenzaam, 30% procent zegt zich enigszins eenzaam te voelen en ruim 8% geeft aan (zeer) ernstig eenzaam te zijn. De mate waarin mensen zich eenzaam voelen, is redelijk stabiel tot een leeftijd van zeventig. Daarna volgt een toename. Van de mensen die 90 jaar of ouder zijn, zegt bijna 65% zich eenzaam te voelen, waarvan 17% zeer eenzaam (IM 2012).

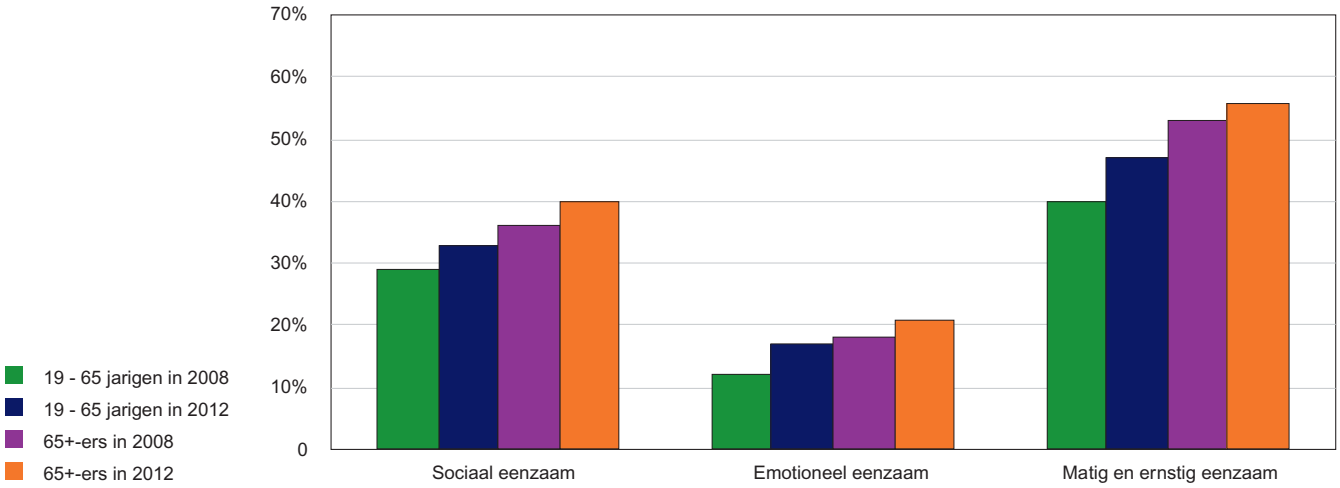
Eenzaamheid wordt gedefinieerd als het ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan bepaalde sociale relaties. Er kan sprake zijn van emotionele eenzaamheid of sociale

eenzaamheid. Emotioneel eenzamen kunnen weliswaar veel mensen om zich heen hebben, maar er ontbreekt een hechte, emotionele band met deze mensen in hun omgeving. Bij sociale eenzaamheid hebben mensen minder contact met anderen dan ze wensen.

In Barendrecht geeft 39% van de 19- tot 65-jarigen en 50% van de 65-plussers aan matig tot (zeer) ernstig eenzaam te zijn. Dit is vergelijkbaar met de regio. Echter, het percentage matig tot (zeer) ernstig eenzamen onder 19- tot 65-jarigen in deze gemeente is ten opzichte van de vorige meting in 2008 toegenomen (31%).

In *Figuur 5.2* is te zien dat de eenzaamheid in de regio is toegenomen tussen 2008 en 2012. Onder de 19- tot 65-jarigen is zowel de sociale als de emotionele eenzaamheid, als het totale percentage matig en ernstig eenzamen toegenomen. Onder de 65-plussers is er alleen een significante toename van de sociale eenzaamheid.

Figuur 5.2 Percentage eenzamen in de regio in 2008 en 2012 per leeftijdsgroep (IM 2012).



Eenzaamheid houdt verband met verschillende kenmerken. Zo is eenzaamheid hoger onder mensen met een beperking, onder mensen die zich niet gezond voelen en onder mensen zonder partner (www.nationaalkompas.nl). Daarnaast is er een samenhang te zien tussen economische kenmerken en de ervaren mate van eenzaamheid. Van de mensen die geen moeite hebben om rond te komen, voelt één op de drie (34%) zich eenzaam. Van degenen die wel moeite hebben om rond te komen geeft 55% aan zich eenzaam te voelen. Ook zijn mensen met betaald werk of een hoog opleidingsniveau minder vaak eenzaam. Ten slotte voelen autochtone Nederlanders zich minder vaak eenzaam dan niet-Westerse allochtonen (35% versus 60%) (IM 2012).

Integrale aanpak van eenzaamheid

'Beter in Meedoen' is het programma van het ministerie van VWS, gericht op het vernieuwen en verbeteren van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), ook op het punt van eenzaamheidsbestrijding. Lokaal beleid voor de aanpak van eenzaamheid maakt vaak deel uit van een hiermee samenhangend gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld van ouderen- en welzijnsbeleid en van beleid voor preventie van depressie. De Wmo vormt daarbij het wettelijke kader.

Eenzaamheid tegengaan vergt vaak oplossingen op verschillende terreinen. In *tabel 5.7* wordt aan de hand van drie pijlers een integrale aanpak van eenzaamheid uitgewerkt.
In Barendrecht wordt ingezet op de groep eenzamen boven de 65 jaar. Vrijwilligers van 'Kijk

Op Welzijn' leggen huisbezoeken af. Standaard wordt er een huisbezoek afgelegd, tenzij men aangeeft geen huisbezoek te willen.

Tabel 5.7 Integrale aanpak van eenzaamheid, uitgewerkt aan de hand van drie pijlers (www.nationaalkompas.nl; www.eenzaam.nl; www.loketgezondleven.nl).

Inrichting van de omgeving • Creëren van een omgeving die leidt tot meer sociale steun. Sociale steun bevordert de gezondheid van degene die deze steun ontvangt en vermindert gevoelens van eenzaamheid. Voorbeelden zijn (landelijke) voorlichtingscampagnes over eenzaamheid, georganiseerde groepsactiviteiten als zingen of schilderen en telefonische hulpdiensten of bezoekdiensten.
Voorlichting en educatie • Algemene voorlichting en mentaliteitsverandering in de samenleving met betrekking tot eenzaamheid. Coalitie Erbij, de nationale organisatie tegen eenzaamheid, verwoordt dit als volgt: 'Verandering in de publieke opinie over eenzaamheid is nodig. De maatschappij is niet 100% maakbaar. Eenzaamheid is meestal geen persoonlijk falen. Je hoeft je er niet voor te generen. Eenzaamheid hoeft niet 'weggeorganiseerd' te worden.' • Bevordering van deskundigheid van hulpverleners: beroepskrachten en vrijwilligers leren om mensen met een gebrek aan sociale steun te signaleren en hier adequaat op te reageren.
Ondersteuning • Sociaal-culturele activering van risicogroepen, bijvoorbeeld koffie-inloopochtenden in een dienstencentrum. • Persoonlijke activering, bijvoorbeeld door lotgenotengroepen en telefonische hulpdiensten.

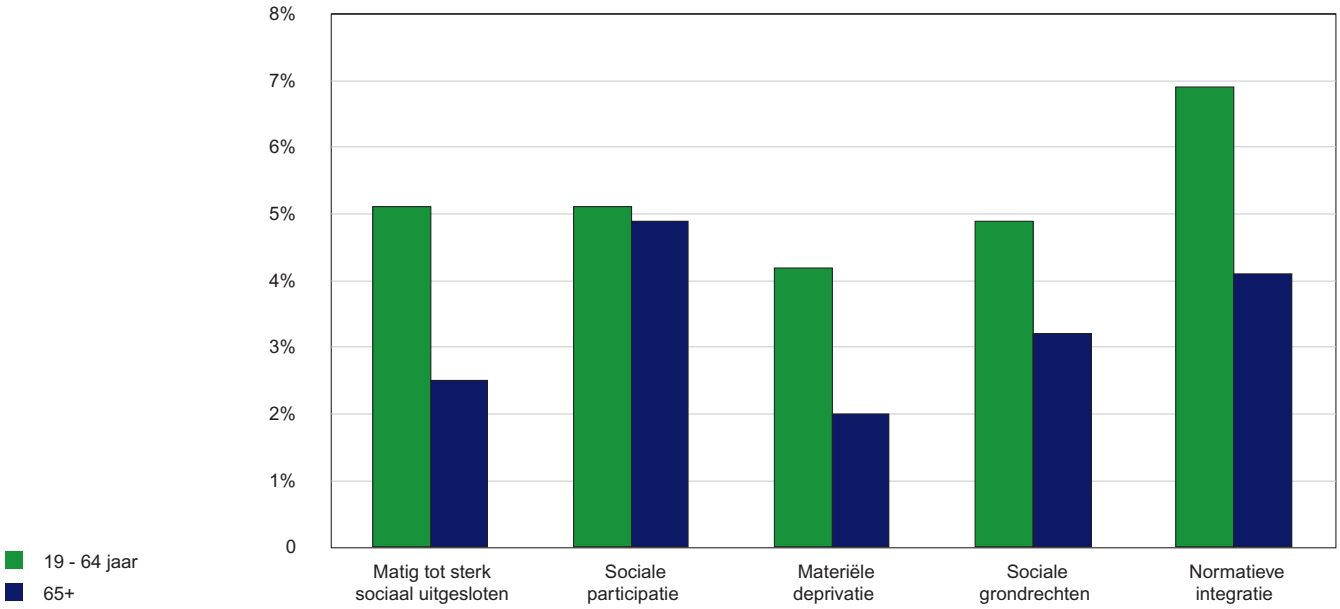
5.2.2 Sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting is een breed begrip dat verwijst naar het onvermogen van bepaalde groepen of individuen om, als gevolg van individuele en maatschappelijke factoren, volledig deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Het Sociaal en Cultureel Planbureau onderscheidt vier dimensies (Van Bergen en Van Loon, 2013):

- sociale participatie: gevoelens van sociale en emotionele eenzaamheid en de frequentie van contact met buren of mensen in de straat
- materiële deprivatie; in hoeverre huishoudens over voldoende financiële middelen beschikken om de in Nederland gangbare goederen en diensten te betalen
- onvoldoende toegang tot sociale grondrechten waaronder een goede woning en medische zorg, en discriminatie in het algemeen
- onvoldoende normatieve integratie: het niet naleven van centrale normen en waarden van de Nederlandse samenleving

De sociale uitsluitingsindex stelt aan de hand van een totaalscore over 18 items, verdeeld over de 4 dimensies, vast in hoeverre een persoon sociaal uitgesloten is. Deze sociale uitsluitingsindex is opgenomen in de Integrale Monitor 2012 en Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012.
In Nederland blijkt 6% van de 19- tot 65-jarigen matig tot sterk sociaal uitgesloten te zijn, en 3% van de 65-plussers. In de regio komen de cijfers overeen met de landelijke cijfers. *Figuur 5.3* geeft de totaalscore en de scores op de 4 dimensies in de regio weer voor de leeftijdsgroepen 19- tot 65-jarigen en 65-plussers.

Figuur 5.3 Totaalscore en score op afzonderlijke dimensies sociale uitsluitingsindex naar leeftijd (IM 2012).



In Barendrecht geeft 2,4% van de 19- tot 65-jarigen aan matig tot sterk sociaal uitgesloten te zijn. Dit is minder dan gemiddeld in de regio en Nederland (5,1% en 5,5%). Van de 65-plussers geeft 1,5% aan matig tot sterk sociaal uitgesloten te zijn. Dit wijk niet af van het regionale en Nederlandse gemiddelde.

In Barendrecht heeft 11% van de 19- tot 65-jarigen moeite zich te redden in de samenleving. Dit is lager dan het regionale gemiddelde (14%). Van de 65-plussers heeft 29% moeite zich te redden dat vergelijkbaar is met het regionale gemiddelde.

Integrale aanpak van sociale uitsluiting

Binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) wordt sociale uitsluiting beschouwd als een belangrijke indicator voor het vinden van OGGz risicogroepen in de bevolking. Vanuit een breder volksgezondheidsperspectief is sociale uitsluiting relevant als factor in het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsverschillen (Van Bergen en Van Loon, 2013).

Een belangrijk uitgangspunt van het kabinetsbeleid is het voorkomen en wegnemen van drempels die de participatie van burgers belemmeren. Het is economisch niet verantwoord en uit sociaal oogpunt niet wenselijk dat mensen buiten de samenleving komen te staan (www.gemeenteloket.minszw.nl).
De preventieve aanpak van sociale participatie, de eerste genoemde dimensie, is reeds beschreven bij het onderwerp eenzaamheid (paragraaf 5.2.1).

Preventie van materiële deprivatie of schuldpreventie is voor de meeste gemeenten een vrij nieuwe activiteit. Met de inwerkingtreding van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening in 2012 is schuldpreventie een wettelijke verantwoordelijkheid. Er wordt van gemeenten verwacht dat zij hun ambities op het terrein van de schuldpreventie uitwerken in een beleidsplan. Immers, (problematische) schulden zijn een belemmering bij arbeidsparticipatie. Daarom vindt het kabinet het van groot belang om (problematische) schulden te voorkomen of op te lossen. Hiervoor zijn schuldenaren en schuldeisers in de eerste plaats zelf verantwoordelijk. Als mensen toch hulp nodig hebben, kunnen zij bij de gemeente terecht.

5.2.3 Huiselijk geweld

Gemeenten en de GGD hebben een regierol bij de aanpak van huiselijk geweld en het bevorderen van de samenwerking op lokaal niveau. Huiselijk geweld kan bestaan uit fysiek, seksueel en psychisch geweld, zoals bedreiging en belaging. Het kan de vorm aannemen van partnergeweld, kindermishandeling en geweld tegen ouderen. Plegers kunnen familieleden zijn, of directe naasten zoals huisvrienden en (ex)partners. Slachtoffers kunnen mannen en vrouwen, jongens en meisjes zijn.

Geweld in de privé-sfeer is de omvangrijkste geweldsvorm in Nederland. De maatschappelijke gevolgen zijn groot. Zo kunnen geweldservaringen in de privé-sfeer leiden tot psychische problemen waarvoor een beroep wordt gedaan op de hulpverlening. Vooral bij kinderen zijn de gevolgen van huiselijk geweld groot. Zij kunnen last krijgen van slaapstoornissen, presteren vaak minder op school, isoleren zich van andere kinderen of gaan zelf over tot geweldgebruik (nota 'Privé geweld - Publieke zaak', 2002).

In 2012 zijn in Barendrecht 197 meldingen gedaan bij het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld en Lokale Teams Huiselijk Geweld. Per 10.000 inwoners is dit lager ten opzichte van het regionaal gemiddelde (42 versus 52). Op basis van zelfrapportage blijkt dat het percentage slachtoffers in het afgelopen jaar of in de afgelopen 5 jaar zowel onder 19- tot 65-jarigen als onder 65-plussers vergelijkbaar is met de regio.

Aanpak van huiselijk geweld

Voor gemeenten heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie een Modelaanpak Huiselijk Geweld ontwikkeld. Deze is bedoeld als handreiking bij het opzetten, inrichten en uitbouwen van het beleid ter preventie en bestrijding van huiselijk geweld. De modelaanpak geeft weer wat minimaal in iedere gemeente beschikbaar of gerealiseerd moet zijn aan afspraken, voorzieningen en ondersteunende voorwaarden, om een effectieve aanpak van huiselijk geweld mogelijk te maken (Ministerie van Justitie, 2010).

De modelaanpak Huiselijk Geweld benadrukt een integrale aanpak van het probleem. Daarin zijn een sluitende keten, meer aandacht voor preventie en vroegsignalering, capaciteit voor outreachende hulpverlening en specifieke hulpverleningsprogramma's voor plegers, kinderen en specifieke groepen slachtoffers nodig.

Samenhang in het oplossen van de problematiek ontstaat door uit te gaan van een 'systeembenadering'. De kern van een systeembenadering is dat slachtoffers, plegers en (eventueel) de directe omgeving zoveel als mogelijk gezamenlijk of in ieder geval gelijktijdig worden geholpen bij het (doen) stoppen van het geweld. Dat wil niet zeggen dat alles vanuit het systeem verklaard moet worden. De systeembenadering kijkt ook naar persoonsgebonden factoren en naar de context van een geweldssituatie. Het gaat erom bij de aanpak rekening te houden met zoveel mogelijk relevante factoren, de interactie tussen deze factoren en de invloed die ze op elkaar hebben (Ministerie van Justitie, 2010).

Meldcode huiselijk geweld

Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten, zoals huisartsen, leerkrachten en medewerkers van jeugdinrichtingen verplicht een meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. De meldcode beschrijft in vijf stappen wat zij moeten doen als zij geweld vermoeden. Meer informatie hierover is te vinden op www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/hulp-bieden/meldcode.

5.3 Fysieke leefomgeving

De fysieke omgeving heeft zowel een direct als indirect effect op de gezondheid. Directe effecten treden op bij blootstelling aan chemische, fysische en biologische factoren. Via de bodem, het water, de lucht, het klimaat en de ons omringende organismen en via risico's

die mensen lopen door ongelukken of rampen. Indirecte effecten treden op door stress, veroorzaakt door bijvoorbeeld omgevingsgeluid, en in positieve zin door aanwezigheid van groen, stilte of water. Indirecte effecten treden ook op doordat de inrichting van de fysieke omgeving de leefstijl of het sociale welbevinden beïnvloedt. Bijvoorbeeld via openbare ruimten waar mensen elkaar kunnen ontmoeten (Hoeymans et al., 2010).

5.3.1 Groen

Rekening houdend met demografische samenstelling en sociaal-economische verschillen voelen bewoners van wijken met veel groen zich gezonder dan bewoners van wijken met weinig groen. Mensen voelen zich niet alleen gezonder, ook komen verschillende gezondheidsklachten minder vaak voor in woonomgevingen met meer groen. Dat zijn vooral angststoornissen en depressies. Maar ook aandoeningen aan de luchtwegen en diabetes werden minder vaak gerapporteerd in groenere woonomgevingen (Maas et al., 2009). De gevonden relaties blijken het sterkst te zijn voor kinderen, jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaal-economische status. Waarschijnlijk omdat deze groepen meestal meer tijd doorbrengen in hun directe woonomgeving, waardoor ze ook meer in aanraking komen met het groen in de omgeving.

De verklaringen voor de positieve relatie tussen groen in de woonomgeving en gezondheid kunnen we voornamelijk terugvoeren op het stressreducerende effect van groen. Groen bezit eigenschappen die een stedelijke omgeving niet heeft, waardoor mensen sneller herstellen van stress (Kaplan & Kaplan, 1989). Daarnaast kan een groene woonomgeving bewegen en sociale contacten stimuleren. Groene ruimtes zijn vaak aantrekkelijke ruimtes om in te bewegen en om elkaar te ontmoeten. Vooral de lichamelijke activiteit van kinderen is gevoelig voor de hoeveelheid groen in de directe omgeving (Maas, 2009), (Hoeymans et al., 2010).

Groenbeleving in de regio en in Barendrecht

Groen in de buurt wordt over het algemeen belangrijk gevonden. Uit de Integrale Monitor 2012 komt naar voren dat 92% van de 19- tot 65-jarigen en 97% van de ouderen in de regio groen in de buurt belangrijk vindt. Het groen in de buurt krijgt van 45% van de 19- tot 65-jarigen en 59% van de ouderen een rapportcijfer van een 8 of hoger.
In Barendrecht vinden de ouderen groen in de buurt vaker dan in de regio belangrijk (99% versus 97%). De ouderen vinden ook vaker dat er voldoende groen in hun buurt is dan in de regio (90% versus 81%). Ook beoordelen de ouderen het groen in de buurt vaker met een rapportcijfer van een 8 of hoger dan in de regio. Het oordeel over groen van de 19- tot 65-jarigen in Barendrecht wijkt niet af van de regio.

Aanpak van een gezonde leefomgeving

De inrichting van de leefomgeving is één van de pijlers van integrale gezondheidsbevordering. Naast bestuurlijk en politiek draagvlak op gemeentelijk niveau is het belangrijk om samen met bewoners een aanpak voor een gezonde fysiek en sociale wijk te ontwikkelen. Een gemeenschappelijke agenda van alle betrokken sectoren is cruciaal, inclusief participatie en betrokkenheid van de inwoners van de gemeente. Relevante regionale en lokale partijen met de focus op de fysieke en sociale leefomgeving zijn onder andere: woningcorporaties, welzijnsorganisaties, wijkbeheer, wijkmanagers, sociale wijkteams, specifieke gemeentelijke beleidsafdelingen (stadsontwikkeling, verkeer en vervoer, volksgezondheid, groenbeheer), politie, bedrijven, sportservice organisaties, lokale organisaties voor sport en recreatie (bijvoorbeeld sportfoundations, de fitnessbranche en sportbuurtwerk) en de afdeling milieu en gezondheid van de GGD (www.loketgezondleven.nl).
De website www.loketgezondleven.nl geeft tips voor de aanpak van een gezonde leefomgeving:

- Laat bewoners in een wijk een stukje grond of bijvoorbeeld een speeltuin beheren.
- Richt een buurtwerkplaats op, waar bewoners, instellingen en gemeente verbeterpunten en actieplannen voor de buurt bespreken.
- Help wijkbewoners elkaar te vinden met behulp van een digitaal platform of initieer een maatjesproject.

- Maak duidelijke afspraken over de rol van de betrokken partijen. Dit is van belang voor het slagen van samenwerking in een wijk.
- Luister naar de behoeften en wensen van bewoners. Betrek bewoners bij ontwikkelingen: laat ze meedenken en met plannen komen vóórdat de gemeente een plan maakt.
- Sluit aan bij bestaande ontwikkelingen rondom leefomgeving (bijvoorbeeld wijkenaanpak, woonservice gebieden) in uw gemeente en verleid deze partners om gezondheid mee te nemen.
- Gebruik het gezondheidsprofiel om het gesprek over leefomgeving met partijen zoals woningcorporaties aan te gaan.
- Zet interventies in op de vijf pijlers, zo vergroot u de kans op effect.
- Gebruik een buurtschouw of wijkatelier met partners en wijkbewoners om de leefomgeving met gezondheid te verbinden.

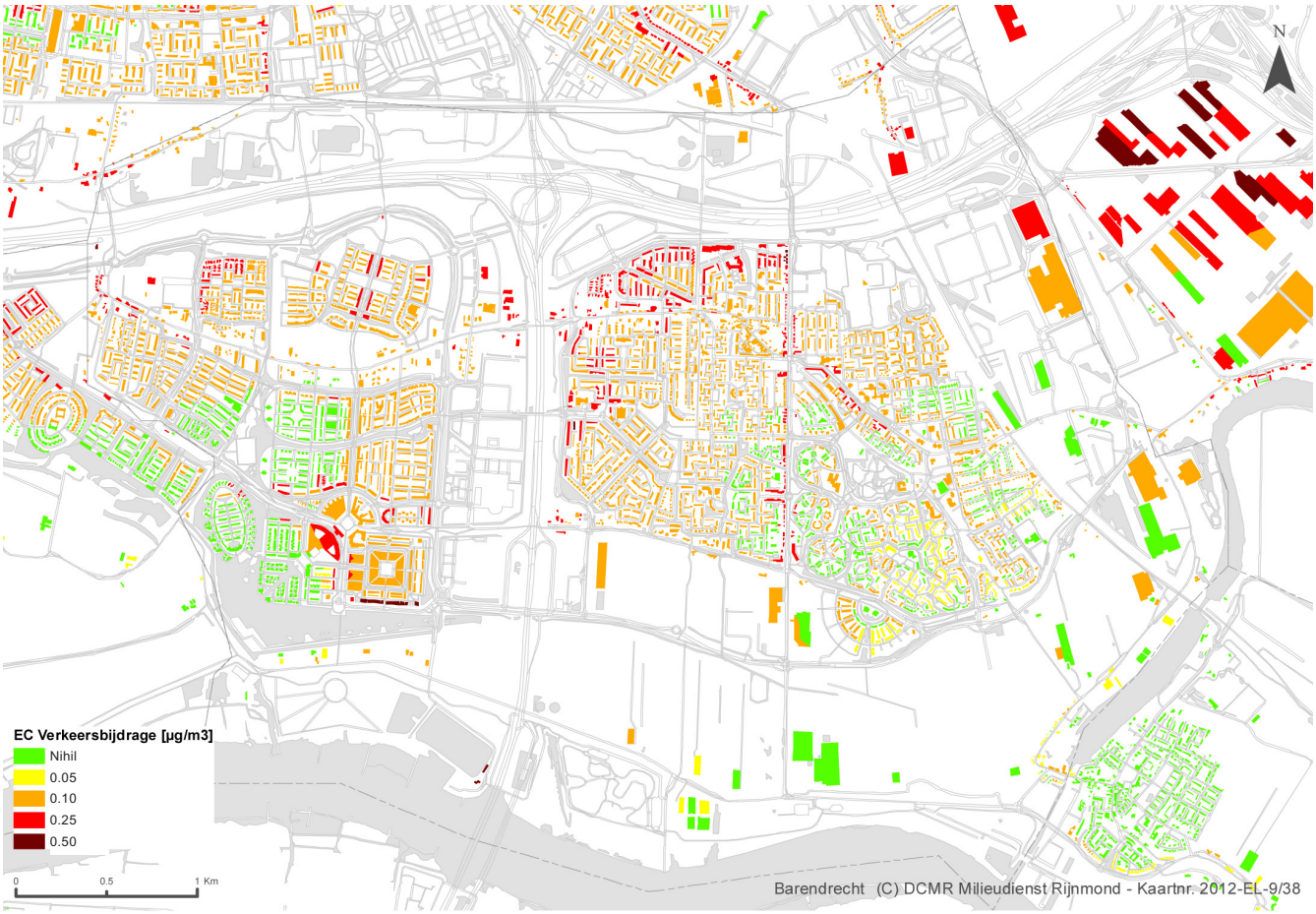
5.3.2 Luchtkwaliteit

De luchtkwaliteit blijft ook na 2015, wanneer moet zijn voldaan aan de Europese norm voor stikstofdioxide (NO2), een onderwerp waarop lokale inzet nodig is voor het verbeteren van de gezondheid. Ook bij inademing van concentraties die voldoen aan de wettelijke normen treedt namelijk gezondheidsschade op. Tot de schadelijke effecten van luchtverontreiniging behoren onder meer chronische luchtwegaandoeningen, longkanker, hart- en vaatziekten, diabetes en een minder goede ontwikkeling van het ongeboren kind (met negatieve gevolgen voor de gezondheid in het latere leven). Dit geldt voor de hele bevolking, maar kinderen, ouderen en mensen met hart- en vaatziekten en longaandoeningen krijgen over het algemeen eerder en ernstigere klachten.

Roet of elementair koolstof (EC) wordt gezien als de meest schadelijke stof in het mengsel van luchtverontreiniging en is voor het grootste deel afkomstig van wegverkeer. Langs drukke wegen zijn daardoor de concentraties roet hoger en hebben mensen meer gezondheidsklachten door luchtverontreiniging (Janssen et al., 2012). Voor roet bestaat geen wettelijke norm.

In Barendrecht wonen ongeveer 1.221 mensen dicht langs een drukke weg. Concentraties roet als gevolg van het lokale wegverkeer zijn in *figuur 5.4* weergegeven.

Figuur 5.4 Bijdrage roet of elementair koolstof (EC) als gevolg van het wegverkeer in Barendrecht (DCMR Milieudienst Rijnmond, 2012).



Aanpak luchtkwaliteit

Om de blootstelling van inwoners aan roet te verminderen, raadt de GGD aan om structurele bronmaatregelen te nemen (gericht op schoner vervoer) en langs drukke wegen (zones binnen 50m langs drukke wegen en 300m langs snelwegen) geen nieuwe woningen en 'gevoelige bestemmingen' (bijvoorbeeld scholen, kinderopvangcentra en verzorgingshuizen) te bouwen.

5.3.3 Omgevingsgeluid

Blootstelling aan omgevingsgeluid kan tot uiteenlopende gezondheidsproblemen leiden, zoals hinder en slaapverstoring, maar ook een verhoogde kans op hoge bloeddruk en hartinfarct. Er zijn aanwijzingen dat langdurige blootstelling aan transportgeluid een negatief effect heeft op de leerprestaties van kinderen (WHO 2011).

Wegverkeer is in Nederland de belangrijkste bron van omgevingsgeluid (www.nationaalkompas.nl). In Barendrecht geeft 26% van de 19- tot 65-jarigen aan ernstige geluidshinder te hebben ondervonden. Dit is vergelijkbaar met het percentage in de regio (29%). In vergelijking met 2008 is de ervaren geluidshinder in Barendrecht toegenomen. Voor de afzonderlijke bronnen is de hinder van brommers/ scooters toegenomen[7].

[7] In 2008 is de groep tot en met 54 jaar ondervraagd over geluidshinder. Daarom is tussen 2008 en 2012 een vergelijking gemaakt voor de leeftijdsgroep 17-54 jaar. Dit komt niet overeen met het cijferoverzicht in de bijlage en cijfers zijn daarom niet opgenomen.

5.3.4 Tevredenheid woonomgeving

Woontevredenheid is een belangrijke component van iemands kwaliteit van leven en verwijst naar het oordeel over de woning en de woonomgeving. In Barendrecht is het percentage tevreden inwoners over de woning en woonomgeving zowel onder 19- tot 65-jarigen als onder ouderen hoger dan gemiddeld in de regio. Ook het percentage inwoners dat hun buurt zeer of voldoende geschikt vindt voor kinderen in de basisschoolleeftijd is hoger dan het regionale percentage (94% versus 88%).

6 De zorg in gemeente Barendrecht

Thematische kernboodschap voor het gezondheidsbeleid van Barendrecht

Zorg
Ouderen in Barendrecht hebben in afgelopen 12 maanden vaker contact met huisarts gehad dan gemiddeld in de regio (87 versus 83%). Een vergelijking met de vorige meting laat een toename zien van het aandeel volwassenen dat in afgelopen 2 maanden contact met huisarts heeft gehad.

Welke invloed de decentralisaties van de Awbz en de Jeugdzorg hebben op het zorggebruik is nu nog moeilijk in te schatten. Naar verwachting zal bijvoorbeeld de druk op de mantelzorg toenemen.
Het is voor de gemeente Barendrecht belangrijk om het zorggebruik te blijven monitoren en tijdig knelpunten te signaleren.

6.1 Zorggebruik in Barendrecht

In Barendrecht heeft 70% van de 19- tot 65-jarigen in afgelopen 12 maanden contact met huisarts gehad. Dit is vergelijkbaar met het percentage in de regio. Van de 65-plussers heeft 87% in afgelopen 12 maanden contact met huisarts gehad. Dit is hoger dan gemiddeld in de regio (83%).

Hoewel het percentage 19- tot 65-jarigen dat in afgelopen 2 maanden contact met huisarts heeft gehad, niet verschilt van het regionale gemiddelde, laat een vergelijking met de vorige meting een toename zien (36% in 2012 versus 26% in 2008).

Het aantal personen per 1.000 inwoners dat WMO-zorg (huishoudelijke hulp) heeft ontvangen is in Barendrecht lager dan gemiddeld in Nederland (32 versus 43 per 1.000 inwoners). Ook het aantal personen per 1.000 inwoners dat zorg zonder verblijf (AWBZ zorg) heeft ontvangen is in Barendrecht lager (23 versus 39 per 1.000 inwoners).

In Barendrecht is het aantal cliënten per 10.000 inwoners ingeschreven in de ambulante verslavingszorg in verband met alcoholverslaving lager dan gemiddeld in de regio en Nederland (13 versus 19 en 22 per 10.000 inwoners).

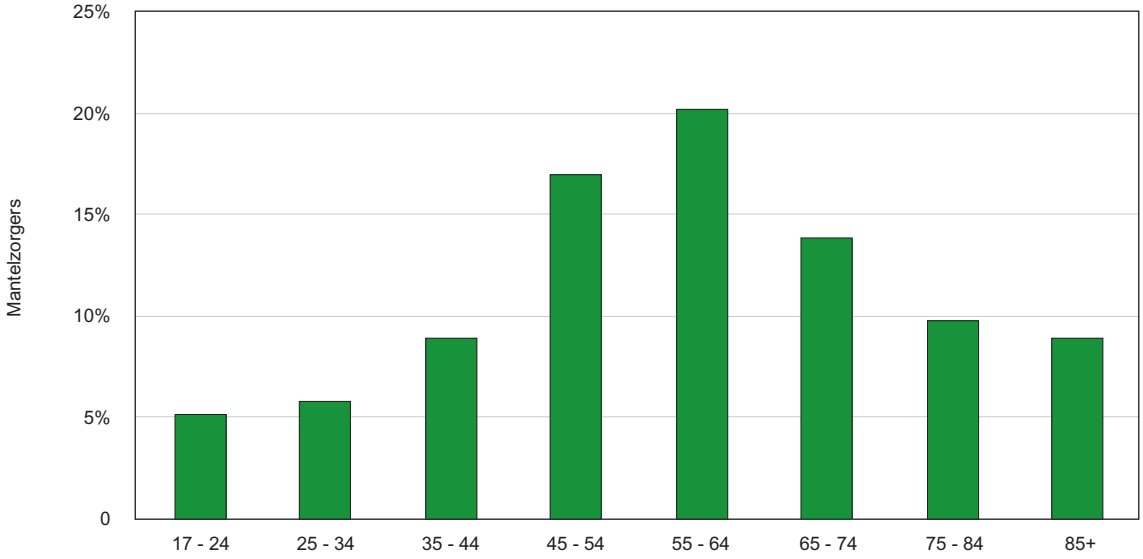
6.2 Mantelzorg

Mantelzorg is de zorg die gegeven wordt in het eigen gezin, familie- of vriendenkring aan iemand die ondersteuning nodig heeft vanwege een chronische ziekte of beperking;.het bieden van hulp dus aan zieke mensen in de directe omgeving. Het verlenen van mantelzorg kan voor zowel de zorgbehoevende als de mantelzorger een positief effect hebben. Het SCP stelt dat meer dan de helft van de mantelzorgers redelijk positieve tot positieve ervaringen heeft (SCP, 2009). Dit krijgt vorm door de intrinsieke voldoening die het verlenen van zorg geeft, maar ook door een verbeterde relatie met de hulpbehoevende en het aanleren van nieuwe vaardigheden.

Naarmate de zorg echter langer duurt of intensiever wordt, kan het zorgen voor een ander juist een averechts effect hebben. De mantelzorger dreigt dan overbelast te raken. Begin 2013 meldde het CBS op basis van de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012 dat ruim anderhalf miljoen mensen in Nederland intensief of langdurig mantelzorg geven. Van deze mantelzorgers voelt een op de zeven, ongeveer 220.000 personen, zich tamelijk zwaar tot zwaar belast (www.expertisecentrummantelzorg.nl).

In Barendrecht geeft 11% van de 19- tot 65-jarigen mantelzorg en 12% van de ouderen. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde in de regio. Het percentage mantelzorgers verschilt per leeftijdscategorie. In de regio is het percentage mantelzorgers het hoogst onder de 55- tot 65-jarigen (*figuur 6.1*).

Figuur 6.1 Percentage dat mantelzorg geeft naar leeftijd in de regio (IM 2012).



Preventieve aanpak overbelasting van mantelzorgers

Om overbelasting te voorkomen is aandacht voor en ondersteuning van mantelzorgers noodzakelijk. Er zijn acht basisfuncties mantelzorgondersteuning[8] geformuleerd die een handreiking bieden om de lokale ondersteuningsfuncties effectief in te richten, aan te sturen en lokale inspanningsverplichtingen te formuleren (www.expertisecentrummantelzorg.nl).
In tabel 6.1 worden deze acht basisfuncties ingedeeld aan de hand van de pijlers voor een integrale aanpak.
Naar verwachting zal door de overheveling van de Awbz naar de Wmo de druk op de mantelzorg toenemen. Het is voor de gemeente belangrijk om deze ontwikkelingen te blijven volgen en knelpunten voor mantelzorgers tijdig te signaleren.

[8] Meer informatie over de acht basisfuncties in de praktijk is te vinden op www.movisie.nl/publicaties/basisfuncties-mantelzorg-praktijk.

Tabel 6.1 Integrale preventieve aanpak van overbelasting mantelzorgers, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers (www.expertisecentrummantelzorg.nl; www.loketgezondleven.nl).

Inrichting van de omgeving • Respijtzorg: respijt, wekelijks een paar uur vrij van de zorg of af en toe er helemaal tussenuit. Vooral bij langdurige mantelzorg is het voor velen een noodzakelijke voorwaarde om de zorg vol te houden. Respijtzorg kan in vele vormen worden aangeboden, variërend van 'oppas aan huis' of dagopvang op een zorgboerderij tot kortdurende opname in een zorginstelling.
Voorlichting en educatie • Informatie: mantelzorgers hebben behoefte aan informatie. Informatie over ziekten en beperkingen, over beschikbaar hulpaanbod en over hoe om te gaan met het mantelzorgerschap. • Educatie: op mantelzorg is niemand voorbereid. Of het nu gaat om tiltechniek of om het leren stellen van eigen grenzen, kennis en vaardigheden moeten gaandeweg worden opgebouwd. Educatie in de vorm van voorlichting of training is daarom een belangrijke vorm van mantelzorgondersteuning.
Signalering en advies • Advies en begeleiding: veel mantelzorgers hebben vooral een luisterend oor nodig om hun vragen te verhelderen en begeleiding bij het vinden van passende oplossingen. Want de mogelijkheden zijn talrijk en voor een leek vaak niet te overzien.
Ondersteuning • Emotionele steun: wie intensief zorgt voor een ander krijgt zelf ook veel te verwerken. Zorg, ziekte en snel veranderende perspectieven vragen specifieke ondersteuning, individueel of in groepsverband, afgestemd op de aard van de problematiek en op de doelgroep. • Praktische hulp: wie helpt mij met…? Praktische problemen rond verzorging of huishouding zijn voor veel mantelzorgers de eerste aanleiding om ondersteuning te zoeken. De praktische hulp is vaak primair gericht op de zorgbehoevende, maar betekent ook een taakverlichting voor de mantelzorger. • Financiële tegemoetkoming: het bieden van mantelzorg kost niet alleen tijd en energie, maar ook geld. Mantelzorgers met een laag inkomen kunnen hierdoor financieel in de knel komen. De gemeente kan mantelzorgers hierin op verschillende manieren ondersteunen. De gemeente is verantwoordelijk voor de (aftrekregelingen) Bijzondere Bijstand. Uitkerings- en bijstandsgerechtigde mantelzorgers kunnen soms niet voldoen aan de bijzondere voorwaarden vanwege hun mantelzorgtaken. Soms zijn zij als gevolg daarvan zelfs terecht gekomen in de bijstand. • Materiële hulp: hulpmiddelen kunnen in allerlei vormen de zorgtaken van de mantelzorger verlichten. De concrete invulling kan variëren van verpleegartikelen of woningaanpassing tot een parkeervergunning of een complete tijdelijke woning voor de mantelzorger.

6.3 Vrijwilligerswerk

In het themarapport Gezondheid en Maatschappelijke participatie (Harbers, Hoeymans, 2014) wordt maatschappelijke participatie gedefinieerd als het actief meedoen aan activiteiten die bijdragen aan de maatschappij, waaronder arbeid, onderwijs, informele zorg en vrijwilligerswerk. De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg leiden waarschijnlijk tot een toename van de vraag naar mantelzorg en vrijwilligerswerk. Tegelijkertijd zal als gevolg van een vergrijzende bevolking een groter deel van de verouderende bevolking aan het werk moeten blijven. Het is niet onlogisch te veronderstellen dat een verhoging

van het ene type maatschappelijke participatie ten koste gaat van het andere type (RIVM, 2014). Bij vrijwilligerswerk spelen meerdere motieven een rol, zoals het opdoen van nieuwe vaardigheden, sociale contacten en je ergens bij betrokken voelen (RIVM, 2014).

In Barendrecht doen zowel 19- tot 65-jarigen als ouderen even vaak vrijwilligerswerk als gemiddeld in de regio.

6.4 Ziektepreventie

6.4.1 Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma beschermt alle kinderen in Nederland tegen twaalf ernstige infectieziekten. Deze infectieziekten waren vroeger belangrijke doodsoorzaken bij kinderen. Dankzij vaccinatie komen deze infectieziekten in Nederland niet of nauwelijks meer voor. Het RIVM coördineert het Rijksvaccinatieprogramma in opdracht van het ministerie van VWS. In de uitvoering wordt samengewerkt met consultatiebureaus, de GGD en de Centra voor Jeugd en Gezin.
Deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma is niet verplicht. De meeste ouders doen dat wel: 95% van de ouders laat hun kind inenten. De inentingen zijn gratis (www.rivm.nl).

De vaccinatiegraad van kinderen in Barendrecht komt overeen met de regio en met het landelijk gemiddelde. Het percentage 14-jarige meisjes dat volledig is gevaccineerd tegen HPV is hoger dan in de regio (63 versus 51%).

De griepprik wordt in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) uitgevoerd in de meeste Nederlandse huisartsenpraktijken. Het in 1997 gestarte NPG is bedoeld voor risicogroepen. Door een griepprik is bij hen ziekte en sterfte als gevolg van griep te voorkómen. Sinds het najaar 2008 is de leeftijdsgrens verlaagd van 65 naar 60 jaar. In 2011-2012 heeft 65,7% van alle 60-plussers een griepvaccinatie gehaald.

De vaccinatiegraad voor 60-plussers in Barendrecht is met 69% nagenoeg gelijk aan landelijk (66%).

6.4.2 Bevolkingsonderzoek

Sommige levensbedreigende ziektes zijn al in een vroeg stadium op te sporen. De kans op genezing is dan groter. In een bevolkingsonderzoek worden risicogroepen gescreend op afwijkingen die kunnen wijzen op zo'n ziekte. Voorbeelden zijn de onderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker. De Rijksoverheid biedt deze landelijke bevolkingsonderzoeken gratis aan (www.rijksoverheid.nl).

De opkomst voor het bevolkingsonderzoek in de gemeente Barendrecht is nagenoeg gelijk aan de regionale opkomst.

6.4.3 Preventie van infectieziekten

De afdeling Infectieziektebestrijding van de GGD Rotterdam-Rijnmond heeft een taak in het bestrijden en voorkomen van bepaalde infectieziekten. Dit is geregeld in de Wet Publieke Gezondheid[9]. De meldingsplicht schrijft voor dat artsen en medisch microbiologische laboratoria bepaalde infectieziekten moeten melden aan de GGD. Op basis van deze meldingen onderneemt de GGD actie. Activiteiten zijn o.a. advisering van instellingen over preventie van infectieziekten en maatregelen tijdens uitbraken van infectieziekten, afhandeling van prik- en zedenaccidenten en vaccinatie van reizigers en professionals.

[9] Volgens de Wet publieke gezondheid worden de 43 meldingsplichtige infectieziekten in vier categorieën onderverdeeld: de groepen A, B1, B2 en C. Voor elke groep staat vast welke maatregelen kunnen worden afgedwongen. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/M/Meldingsplicht_infectieziekten/Welke_infectieziekten_zijn_meldingsplichtig

De gemeenten worden op drie manieren geïnformeerd over infectieziekten:
- een wekelijks overzicht van de meldingen per gemeente;
- een informatieve memo over een infectieziekte waar meerdere gemeenten mee te maken hebben en waar in de pers aandacht aan wordt besteed (zoals de mazelen in de zomer van 2013);
- een memo over een individuele melding naar de gemeente waar de betreffende persoon woonachtig is.

Nu informeert de GGD de regiogemeenten per mail. In de nabije toekomst zal de GGD het wekelijks overzicht van meldingen en de informatieve memo's niet langer per email versturen, maar op het extranet van de GGD plaatsen. De memo over individuele meldingen ontvangt de gemeente als vanouds per mail. Jaarcijfers, zowel absoluut als de incidentie, zijn op gemeenteniveau te vinden op de Gezondheidsatlas van de GGD (www.gezondheidsatlasrotterdam.nl).

Infectieziekten in Barendrecht

Voor de landelijke VTV is een nieuwe selectie van ziekten gemaakt (RIVM, 2013). Zo zijn bijvoorbeeld zoönosen (bijvoorbeeld de ziekte van Lyme) aan de selectie toegevoegd. De reden hiervoor is dat zoönosen een bedreigend en toenemend probleem vormen, veel ziektelast veroorzaken en leiden tot chronische klachten na infectie. Deze ziekten zijn mogelijk minder lokaal beleidsrelevant, maar vormen in het kader van preventie wel een aandachtspunt voor gemeenten. Een gemeente kan preventief overgaan tot bijvoorbeeld een waarschuwing bij recreatiegebieden en informatie naar burger toe.

7 Toekomstverkenning

Thematische kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid van gemeente Barendrecht

Toekomstige ontwikkelingen van de bevolking en de gezondheid
Barendrecht krijgt de komende 20 jaar naar verwachting te maken met een bevolkingsafname. De vergrijzing neemt in Barendrecht naar verwachting sterk toe. Dit vraagt om specifiek beleid voor deze doelgroep op het gebied van zorg.

Vanwege een stijgend percentage chronisch zieken en ouderen zal de ervaren gezondheid in de toekomst afnemen. Het percentage mensen met een depressie of angststoornis zal naar verwachting stijgen. Tevens zal met de toenemende vergrijzing naar verwachting de eenzaamheid in Barendrecht ook toenemen.

Op korte termijn (2016) wordt in Barendrecht een stijging in de contacttijd met de huisarts verwacht.

In dit hoofdstuk blikken we vooruit op de ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Deze vooruitblik is met name gebaseerd op landelijk onderzoek. We gaan er vanuit dat landelijke trends voor gezondheid ook voor de regio Rotterdam-Rijnmond gelden. Hierbij moeten wel de lokale bevolkingsgroei en vergrijzing (demografische ontwikkeling) in acht worden genomen.

7.1 Veranderingen in de bevolking

Over de periode van 2012 tot 2030 wordt er voor de gemeente Barendrecht een bevolkingsafname van 5% verwacht. Dit is tegengesteld aan de verwachte groei in de regio Rotterdam-Rijnmond en Nederland (zie *tabel 7.1*).

Tabel 7.1 Huidige en verwachte bevolkingsomvang en verwachte bevolkingsgroei in de gemeente Barendrecht, de regio en Nederland (Tympaan Instituut en CBS Statline).

Gemeente	Bevolkingsomvang 2013	Verwachte bevolkingsomvang 2030	Groei 2013-2030
Barendrecht	47.371	45.000	-5,0 %
Regio Rotterdam-Rijnmond[10]	1.266.915	1.287.296	1,6 %
Nederland	16.777.640	17.593.756	4,9 %

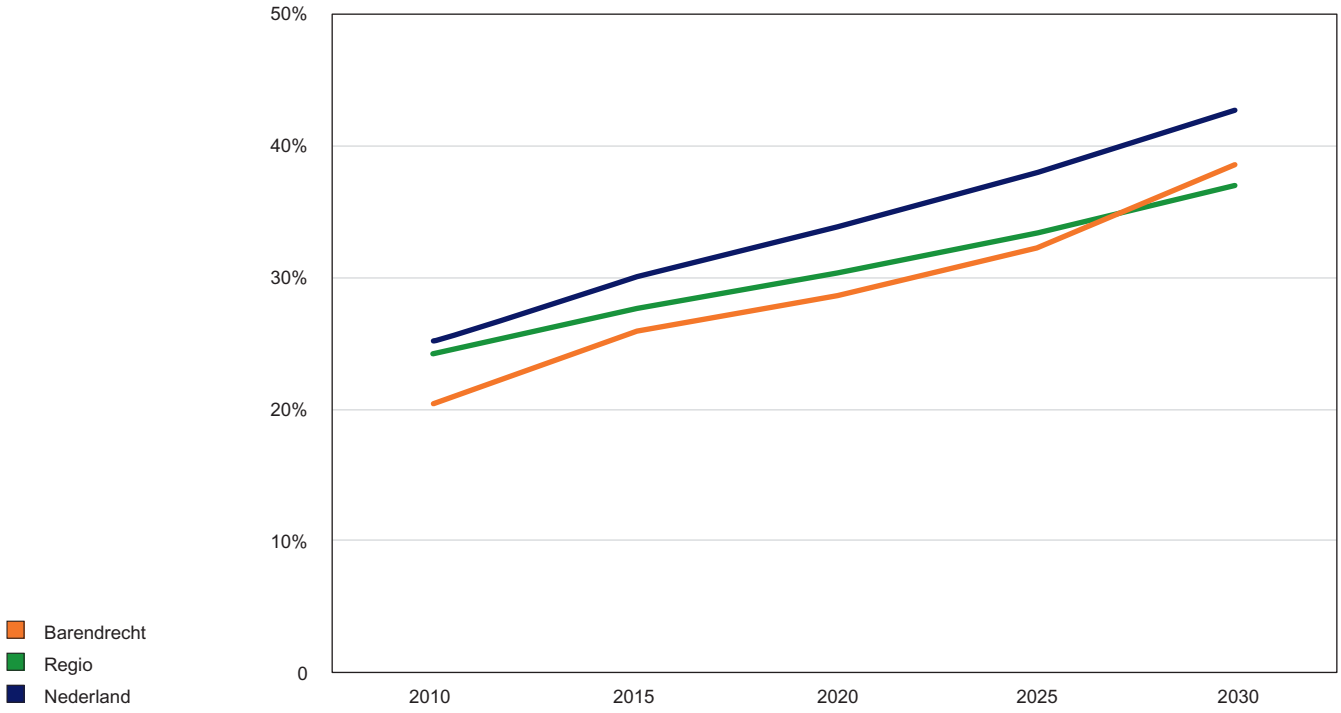
Vergrijzing

Nederland vergrijst de komende jaren. De grijze druk neemt sterk toe, hiermee wordt bedoeld de verhouding van ouderen ten opzichte van het werkende deel van de bevolking. In *figuur 7.1* is de prognose van de grijze druk weergegeven voor Nederland, de regio (inclusief Rotterdam) en Barendrecht.

In Nederland stijgt de grijze druk naar verwachting van 25% in 2010 naar 43% in 2030. In de regio stijgt de grijze druk iets minder fors dan landelijk; van 24% in 2010 naar 37% in 2030. In de gemeente Barendrecht is de stijging sterker dan landelijk en regionaal van 20% in 2010 naar 39% in 2013.

[10] Regio, inclusief Rotterdam

Figuur 7.1 Prognose van de grijze druk in de gemeente Barendrecht, de regio en Nederland (Tympaan Instituut en CBS Statline).



De groene druk, dat wil zeggen de verhouding 0- tot 19-jarigen ten opzichte van het werkende deel van de bevolking, blijft zowel in Nederland als in de regio de komende jaren nagenoeg gelijk. In de gemeente Barendrecht ligt de groene druk in 2010 hoger dan het landelijke (47%), maar daalt tot 2030 naar het landelijke niveau (39%).

7.2 Veranderingen in gezondheid en welzijn

7.2.1 Levensverwachting en sterfte

De levensverwachting in Nederland stijgt nog steeds. Het CBS voorspelt in 2030 voor vrouwen een levensverwachting van 85,2 jaar en voor mannen van 82,5 jaar. Het verschil tussen mannen en vrouwen blijft afnemen, maar hoe lang het verschil nog afneemt en wat het minimum verschil zal zijn, is niet goed te voorspellen. Het is wel zeer waarschijnlijk dat de levensverwachting van vrouwen hoger zal blijven dan die van mannen (Luijben en Kommer, 2010).

Als gevolg van de vergrijzing van de naoorlogse geboortegolf (babyboom) zal het aantal sterfgevallen in de komende decennia flink toenemen. De stijging zal het sterkst zijn in de periode 2020-2040. In 2011 waren er in Nederland nog ongeveer 136.000 sterfgevallen, in 2040 zullen dit er naar schatting 193.000 zijn.
Naar verwachting zal de gestandaardiseerde sterfte echter dalen. Bij gestandaardiseerde sterfte wordt rekening gehouden met de bevolkingsopbouw. Dit komt doordat naar verwachting de sterftekans voor zowel mannen als vrouwen op iedere leeftijd verder zal dalen. Voor mannen zal de daling waarschijnlijk iets groter zijn dan voor vrouwen. Naar verwachting zal vooral de sterfte aan hart- en vaatziekten en longkanker (alleen voor mannen) verder dalen in de toekomst (www.nationaalkompas.nl/ Stoeldrayer et al., 2012).

7.2.2 Ziekten en aandoeningen

Ouderen hebben relatief vaker last van chronische aandoeningen. Door de toenemende vergrijzing zal het aantal mensen met een of meerdere chronische aandoeningen groter worden.

Diabetes

In de periode 2001-2011 is de prevalentie van diabetes voor mannen ruim verdubbeld en voor vrouwen met ongeveer 65% gestegen. Een deel van deze stijging is te verklaren door demografische ontwikkelingen (groei en vergrijzing van de bevolking). Het grootste deel van de stijging is echter te verklaren door epidemiologische ontwikkelingen, zoals toename in overgewicht, actievere opsporing door huisartsen en een langere overleving. Op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen zal de prevalentie van diabetes tot 2030 naar verwachting verder stijgen (www.nationaalkompas.nl).

7.2.3 Functioneren en kwaliteit van leven

Ervaren gezondheid

Het aantal mensen met een (zeer) goed ervaren gezondheid lijkt in de afgelopen jaren nauwelijks veranderd. Als met leeftijdsopbouw geen rekening wordt gehouden, is het percentage mensen met een goede gezondheid wel degelijk afgenomen. In de toekomst zal dit ongestandaardiseerde percentage personen met een goed ervaren gezondheid verder afnemen vanwege een verder stijgend percentage ouderen en chronisch zieken in de bevolking. Deze afname zal wel minder zijn dan de verslechtering van de objectieve gezondheid, zoals lichamelijke beperkingen en chronische ziekten. Een subjectieve maat voor de gezondheid is namelijk minder gevoelig voor veranderingen in de tijd. De reden hiervoor is dat personen vaak geneigd zijn de eigen gezondheid te vergelijken met de gezondheidstoestand die gezien wordt als ‘normaal’. Ook ‘normaal’ wordt slechter bij ouderen en chronisch zieken (www.nationaalkompas.nl).

Psychische gezondheid

Uit diverse bevolkingsonderzoeken is gebleken dat het aantal mensen met een depressie of een angststoornis de afgelopen jaren gelijk is gebleven. Het aantal mensen waarbij een depressie of een angststoornis is gediagnosticeerd door de huisarts is de afgelopen jaren wel toegenomen. Deze toename heeft mogelijk te maken met een betere herkenning en een vroege opsporing door de huisarts. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absolute aantal patiënten met een depressie of een angststoornis dat door de huisarts per jaar gediagnosticeerd wordt tussen tot 2030 zal stijgen (www.nationaalkompas.nl).

7.2.4 Leefstijl

Landelijke trends op het gebied van leefstijlontwikkeling zijn nauwelijks voorhanden. Wel is bekend hoe bepaalde leefstijlfactoren zich hebben ontwikkeld in de afgelopen jaren.

Overgewicht

Sinds 1981 is het aantal Nederlanders met overgewicht sterk gestegen van 33% tot bijna de helft van alle volwassenen (48%) in 2012. Het percentage mensen met obesitas verdubbelde van 5% tot 12%. De laatste jaren is de stijging afgevlakt. Het percentage kinderen met overgewicht blijft nog stijgen. Alhoewel meisjes nog altijd vaker (ernstig) overgewicht hebben dan jongens, wordt dit verschil steeds kleiner (www.nationaalkompas.nl).

Bewegen

In de periode 2001-2011 is het percentage Nederlanders van 12 jaar en ouder dat voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) licht toegenomen (www.nationaalkompas.nl).

Roken

Na een stabilisatie van het percentage rokers, lijkt er vanaf 2010 weer een lichte daling in te zetten, Ook het percentage jongeren dat rookt is de afgelopen jaren afgenomen (www.nationaalkompas.nl).

Alcoholgebruik

Het totale alcoholgebruik per hoofd van de bevolking is sinds de jaren negentig stabiel. Zwaar alcoholgebruik onder volwassen is sinds 2001 licht gedaald van 14% tot 10%.
Sinds 2003 neemt het percentage 12-16-jarigen dat wel eens alcohol gedronken heeft af. Ook het percentage recente drinkers (jongeren die hebben gedronken in de afgelopen maand) daalt. Deze bevindingen gelden voor de jongste groep tot 15 jaar, maar niet voor de 16-jarigen. Zeer waarschijnlijk heeft de daling in alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar te maken met de verscherpte wet- en regelgeving en met de boodschap die de laatste jaren wordt uitgedragen om voor het 16e jaar geen alcohol te drinken. (www.nationaalkompas.nl).
Wellicht dat de daling onder jongeren verder doorzet naar de 16- en 17-jarigen door de wijziging van de Drank- en Horecawet (DHW), waardoor de verkoop en het gebruik van alcohol aan jongeren onder de 18 jaar aan banden wordt gelegd.

7.2.5 Sociale leefomgeving

Eenzaamheid

Ouderen zijn vaker eenzaam. Met sterk toenemende vergrijzing is het de verwachting dat de eenzaamheid in Barendrecht ook sterk toeneemt.

7.2.6 Fysieke leefomgeving

Luchtkwaliteit

De luchtkwaliteit is de afgelopen decennia sterk verbeterd door autonome verschoning van het wagenpark en gerichte maatregelen. De wettelijke normen voor fijn stof en stikstofdioxide (NO_2) worden binnen de regio Rijnmond op de meeste plaatsen gehaald, hoewel er in de buurt van drukke verkeerswegen nog enkele knelpunten zijn t.a.v. NO_2 concentraties. Ook de roetconcentraties zijn afgenomen, maar de laatste jaren stabiliseren de concentraties zich. De verwachting is dat roetconcentraties op lange termijn zullen afnemen door schoner wordend verkeer. Voor de gezondheid blijft het echter belangrijk in te zetten op vermindering van de blootstelling aan roet en fijn stof, want gezondheidsschade treedt al op bij lage concentraties.

Geluidshinder

Als gevolg van de economische groei, de hoge bevolkingsdichtheid, de voortgaande verstedelijking en de hiermee samenhangende groei van het verkeer, is de verwachting dat de blootstelling aan geluid in de toekomst zal toenemen.

7.3 Veranderingen in de zorg

Doordat mensen steeds ouder worden zal de druk op de zorg toenemen. Hierdoor zullen ook de zorgkosten hoger worden. Op korte termijn (2016) wordt zowel in Nederland als geheel als in Barendrecht een stijging in de contacttijd met de huisarts verwacht (4,1% versus 6,5%).

De decentralisatie van de Awbz en de decentralisatie van de jeugdzorg vormen een grote uitdaging voor gemeenten. Niet alleen komen er nieuwe taken op gemeenten af, de bezuinigingen zijn fors. Gemeenten moeten dus meer gaan doen met minder geld en de eigen kracht van burgers aan gaan spreken. Door de overheveling van de Awbz naar de Wmo worden mensen gedwongen langer zelfstandig te wonen, maar tegelijkertijd wordt op de ondersteuning hierbij bezuinigd (huishoudelijke zorg, verzorging thuis en begeleiding). Naar verwachting zal hierdoor de druk op de mantelzorg toenemen.
De toekomst moet uitwijzen of de zorgkosten daadwerkelijk minder worden of wellicht verschuiven. Welke invloed de decentralisaties hebben op het zorggebruik is nu nog moeilijk in te schatten

8 Tot slot

Dit is de tweede rVTV. In vergelijking met 2010 is dit een uitgebreider rapport. De reden dat hiervoor is gekozen heeft te maken met de uitvoering van het product Integrale Gezondheidsmonitor Rijnmond. Van de onderzoeken die uitgevoerd worden in het kader van de integrale monitor worden geen afzonderlijke rapporten meer uitgebracht. Alle resultaten worden nu op een integrale wijze gebundeld in de rVTV. Bij het ontwikkelen en schrijven van deze rVTV is zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van de gemeenten en de punten die uit de evaluatie van de vorige rVTV naar voren zijn gekomen. De gemeenten zijn betrokken geweest bij de keuze van onderwerpen voor de rVTV. Er is regelmatig een terugkoppeling geweest van de stand van zaken met betrekking tot de rVTV, en er is een rapport op maat per gemeente gemaakt. Toch blijft met name de toekomstontwikkeling nog een ontwikkelpunt. Hiervoor is meer kennis en tijd nodig om dit grondiger en vollediger te presenteren dan we nu gedaan hebben.
Deze regionale VTV blijft een groeiproces. Een evaluatie kan ons wellicht een bepaalde groeirichting geven. Want met alle veranderingen in de zorg van de komende tijd is het zeer goed denkbaar dat de behoefte aan informatie en kennis verandert en/ of verschuift.

In het kader van de rVTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond sinds 2010 ook een Gezondheidsatlas: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel) gemeenten van het Rijnmondgebied (www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl). Deze website wordt regelmatig aangevuld met actuele cijfers. Op deze manier kunnen gemeenten altijd beschikken over de meest recente gegevens.

Tot slot willen we alle collega's die hebben meegewerkt aan de rVTV heel erg bedanken voor hun inzet. Ook willen we de gemeenten bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van de rapportages.

Bijlagen

Bijlage 1 Gezondheidsprofiel Barendrecht

Legenda



Gunstige afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de regio[11] of Nederland



Ongunstige afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de regio[11] of Nederland



Afwijking (niet direct als gunstig of ongunstig te benoemen) ten opzichte van het gemiddelde de regio[11] of Nederland

\- Gegevens zijn niet beschikbaar of er kan niet bepaald worden of het cijfer afwijkt van het gemiddelde van de regio of Nederland

[11] De gemeente is zoveel mogelijk vergeleken met een gemiddelde van de regio Rotterdam-Rijnmond exclusief gemeente Rotterdam. Bij sommige gegevens is alleen een regionaal gemiddelde inclusief Rotterdam bekend en kon er geen gemiddelde exclusief Rotterdam berekend worden. Wanneer dit het geval is, is het in het gezondheidsprofiel weergegeven.

Tabel 1 **Bevolking**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Bron
		% / aantal	Regio	NL	% / aantal	% / aantal	
Bevolkingsomvang							
Totaal aantal inwoners		47.371			650.621	16.779.575	CBS Statline 2013
Percentage mannen		50	▲		49	50	CBS Statline 2013
Percentage vrouwen		50	▼	▼	51	51	CBS Statline 2013
Leeftijdsopbouw							
Demografische druk: het aantal personen van 0 t/m 19 jaar en 65 jaar of ouder per 100 personen van 20 t/m 64 jaar		71		▲	68	66	CBS Statline 2013
Groene druk: het aantal personen van 0 t/m 19 jaar per 100 personen van 20 t/m 64 jaar		47	▲	▲	39	38	CBS Statline 2013
Grijze druk: het aantal personen van 65 jaar of ouder per 100 personen van 20 t/m 64 jaar		24	▼		29	28	CBS Statline 2013
Etniciteit							
Autochtonen: percentage personen van wie beide ouders in Nederland zijn geboren		79			79	79	CBS Statline 2013
Allochtonen (van eerste en tweede generatie): percentage personen van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren		21			21	21	CBS Statline 2013
Westerse allochtonen: percentage allochtonen met als herkomstgroepering één van de landen in de werelddelen Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië of Indonesië of Japan		8			8	9	CBS Statline 2013
Niet-westerse allochtonen: percentage allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië		13		▲	13	12	CBS Statline 2013
Sociaaleconomische status (SES)							
Percentage hoogopgeleiden (personen met een afgeronde hbo- of wo-opleiding)	19 tot 65 jaar	36	▲	-	29	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	13		-	15	-	IM 2012
Percentage laagopgeleiden (personen met basisonderwijs, v(m)bo, mavo of mbo-1)	19 tot 65 jaar	27	▼	-	33	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	66		-	67	-	IM 2012
Besteedbaar inkomen (x €1000)		23	-	▲	-	20	CBS Statline 2010
Percentage huishoudens onder de lage-inkomensgrens		3,8	▼	▼	6	8	CBS Statline 2011
Het percentage kinderen van 0 tot 18 jaar dat opgroeit in een meerpersoonshuishouden, met een inkomen tot 120 procent van het sociaal minimum.		7	▼	▼	11	12	CBS RIO 2010
Percentage met een betaalde werkring	19 tot 65 jaar	82	▲	▲	78	77	IM 2012
Percentage werklozen	19 tot 65 jaar	2	▼	▼	3,7	4,4	IM 2012
Percentage dat moet rondkomen van AOW	65 jaar en ouder	14	▼	▼	18	21	IM 2012
Percentage dat moeite heeft met rondkomen	19 tot 65 jaar	17	▼	▼	21	25	IM 2012
	65 jaar en ouder	9	▼	▼	10	14	IM 2012
Huishoudsamenstelling							
Eenpersoonshuishoudens: percentage particuliere huishoudens bestaande uit één persoon		24	▼	▼	30	37	CBS Statline 2012
Meerpersoonshuishoudens: percentage particuliere huishoudens bestaande uit twee of meer personen		76	▲	▲	70	63	CBS Statline 2012

Tabel 2 **Levensverwachting en sterfte**

Indicator	Geslacht	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio*	Nederland	Bron
		jaren /aantal	Regio	NL		jaren /aantal	
Levensverwachting bij geboorte							
Het gemiddeld aantal levensjaren dat pasgeborenen kunnen verwachten te leven (obv sterfte in 2007 tot en met 2010)	Totaal	82,0	-	▲	79,9	80,5	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	80,8	-	▲	77,6	78,3	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	83,2	-		81,9	82,5	RGI/ zorgatlas RIVM
Gezonde levensverwachting							
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid in jaren (obv sterfte 2010 tot en met 2012)	Mannen	68,7			-	63,7	Jonker 2012, nationaal kompas 2008, 24 maart 2010
	Vrouwen	66,9			-	63,5	Jonker 2012, nationaal kompas 2008, 24 maart 2010
Absolute sterfte							
Gemiddeld aantal overledenen in 2007 tot en met 2010	Totaal	1.052	-	-	43.455	538.369	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	487	-	-	20.750	260.996	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	565	-	-	22.705	277.373	RGI/ zorgatlas RIVM
Bruto sterfte							
Gemiddeld aantal overledenen per 10.000 inwoners in 2007 tot en met 2010	Totaal	58	-		88	82	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	55	-		85	80	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	62	-		90	83	RGI/ zorgatlas RIVM
Gestandaardiseerde sterfte							
Gemiddeld aantal overledenen per 10.000 in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht	Totaal	65	-		75	72	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	53	-		71	68	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	75	-		78	75	RGI/ zorgatlas RIVM
Verwachte sterfte (SMR)							
Verschil in sterfte en de sterfte verwacht op basis van leeftijd en geslacht van de bevolking in 2007 tot en met 2010	Totaal	89	-	▼	104	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	79	-	▼	105	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	98	-		104	100	RGI/ zorgatlas RIVM
Sterfte naar doodsoorzaak (SMR)							
Sterfte aan kanker in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht	Totaal	91	-		105	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	88	-		105	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	94	-		106	100	RGI/ zorgatlas RIVM
Sterfte aan ziekten van hart en vaatstelsel in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht	Totaal	84	-	▼	102	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	72	-	▼	104	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	95	-		101	100	RGI/ zorgatlas RIVM
Sterfte aan ziekten van ademhalingsorganen in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht	Totaal	87	-		101	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	71	-	▼	99	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Vrouwen	102	-		103	100	RGI/ zorgatlas RIVM

* In deze tabel is de gemeente vergeleken met de hele regio Rotterdam-Rijnmond, dus inclusief Rotterdam.

Tabel 3 **Ziekte en aandoeningen**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Bron
		%	Regio	NL	%	%	
Chronische aandoening							
Percentage met minimaal één chronische aandoening (vastgesteld door arts)	4 tot 12 jaar	24		-	24	14	JRB 2011
Percentage met minimaal één chronische aandoening	19 tot 65 jaar	34		-	38	38	IM 2012
	65 jaar en ouder	77		-	77	78	IM 2012
Suikerziekte							
Percentage met suikerziekte	19 tot 65 jaar	1,8	▼	▼	4	3,6	IM 2012
	65 jaar en ouder	14		-	14	16	IM 2012
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct							
Percentage dat ooit een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct heeft gehad	19 tot 65 jaar	1,8		-	1,6	1,6	IM 2012
	65 jaar en ouder	10		-	9	8	IM 2012
Hartinfarct							
Percentage dat ooit een hartinfarct heeft gehad	19 tot 65 jaar	1,3		-	1,7	1,4	IM 2012
	65 jaar en ouder	11		-	10	10	IM 2012
Ernstige hartaandoening							
Percentage met een andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	1,2		-	1	1	IM 2012
	65 jaar en ouder	6		-	6	7	IM 2012
Kanker							
Percentage dat ooit kanker (kwaadaardige aandoening) heeft gehad	19 tot 65 jaar	4,5		-	4,4	4	IM 2012
	65 jaar en ouder	20		-	18	18	IM 2012
Migraine of ernstige hoofdpijn							
Percentage met migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn (door arts vastgesteld) in de afgelopen 12 maanden	4 tot 12 jaar	1		-	1	2,6	JRB 2011
Percentage met migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	19		-	19	19	IM 2012
	65 jaar en ouder	6		-	7	8	IM 2012
Hoge bloeddruk							
Percentage met hoge bloeddruk in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	11		-	13	13	IM 2012
	65 jaar en ouder	43		-	41	42	IM 2012
Vernauwing bloedvaten in buik of benen							
Percentage met vernauwing bloedvaten in buik of benen in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	1,2		-	1,6	1,6	IM 2012
	65 jaar en ouder	4,6	▼	▼	7	8	IM 2012
Luchtwegklachten							
Percentage met astma of bronchitis (door arts vastgesteld) in de afgelopen 12 maanden	2 jaar	3	-	-	-	-	JMR 2011
	4 tot 12 jaar	8		-	9	6,4	JRB 2011
Percentage met Astma of COPD (chronische bronchitis, longemfyseem) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	4,8	▼	▼	8	8	IM 2012
	65 jaar en ouder	7	▼	▼	11	13	IM 2012
Psoriasis							
Percentage met psoriasis in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	0,8	▼	▼	2	2,8	IM 2012
	65 jaar en ouder	3,8		-	3,5	3,9	IM 2012

Tabel 3 **Ziekte en aandoeningen (vervolg 1)**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Bron
		%	Regio	NL	%	%	
Eczeem							
Percentage met eczeem (door arts vastgesteld) in de afgelopen 12 maanden	2 jaar	17	-	-	-	-	JMR 2011
	4 tot 12 jaar	13		-	12	5,7	JRB 2011
Percentage met chronisch eczeem in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	4,6		-	6	6	IM 2012
	65 jaar en ouder	3,9		-	3,7	4,2	IM 2012
Duizeligheid met vallen							
Percentage met duizeligheid met vallen in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	1,7	▼	▼	3,1	3,6	IM 2012
	65 jaar en ouder	5		-	7	8	IM 2012
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen							
Percentage met ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maanden in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	4		-	4,6	4,4	IM 2012
	65 jaar en ouder	7		-	6	6	IM 2012
Onvrijwillig urineverlies							
Percentage met onvrijwillig urineverlies (incontinentie) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	7		-	4,6	4,8	IM 2012
	65 jaar en ouder	12		-	14	16	IM 2012
Gewrichtsslijtage							
Percentage met gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	7	▼	▼	10	10	IM 2012
	65 jaar en ouder	30		-	34	37	IM 2012
Chronische gewrichtsontsteking							
Percentage met chronische gewrichtsontsteking (ontstekings-/chronische reuma, reumatoïde artritis) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	2,6	▼	▼	4,1	4,2	IM 2012
	65 jaar en ouder	11		-	10	12	IM 2012
Rugaandoening							
Percentage met een ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (inclusief hernia) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	10		-	10	10	IM 2012
	65 jaar en ouder	15		-	14	17	IM 2012
Aandoening nek of schouder							
Percentage met andere ernstige aandoening van nek of schouder in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	8		-	7	10	IM 2012
	65 jaar en ouder	8		-	10	14	IM 2012
Aandoening elleboog, pols of hand							
Percentage met andere ernstige aandoening van elleboog, pols of hand in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	3,7		-	4,9	6	IM 2012
	65 jaar en ouder	7		-	9	11	IM 2012
Belemmerd door ziekte of aandoening							
Percentage dat in lichte of sterke mate belemmerd is door chronische aandoening	4 tot 12 jaar	17		-	18	-	JRB 2011
Percentage dat in enige of sterke mate belemmerd is door chronische ziekte of aandoening	19 tot 65 jaar	31		-	32	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	51		-	51	-	IM 2012

Tabel 3 **Ziekte en aandoeningen (vervolg 2)**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Bron
		%	Regio	NL	%	%	
Beperkingen							
Percentage met minimaal 1 beperking op gehoor, zicht of mobiliteit	19 tot 65 jaar	10		-	12	11	IM 2012
	65 jaar en ouder	28		-	29	30	IM 2012
Percentage met beperking op gehoor	19 tot 65 jaar	1,9		-	2,8	3,0	IM 2012
	65 jaar en ouder	10		-	8	8	IM 2012
Percentage met beperking op zicht	19 tot 65 jaar	5		-	6	4,9	IM 2012
	65 jaar en ouder	8		-	10	9	IM 2012
Percentage met beperking op mobiliteit	19 tot 65 jaar	4,6		-	7	6	IM 2012
	65 jaar en ouder	21		-	22	23	IM 2012
Percentage met beperking bij huishoudelijke dagelijkse activiteiten	65 jaar en ouder	21		-	23	-	IM 2012

Tabel 4 **Functioneren en kwaliteit van leven**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting		Bron
		%	Regio	NL	%	%	%	sign.	
Gezondheidsbarometer									
Indexcijfer gezondheidsbarometer*	17 jaar en ouder	102	▲		100	-	-	-	IM 2012, bewerking Ö. Erdem RSO 2013
Ervaren gezondheid									
Percentage dat gezondheid als goed of zeer goed ervaart	2 jaar	97	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	95		-	95	97	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	92	-	-	-	-	89		JMR 2010-2011
	14-15 jaar	-	-	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
	19 tot 65 jaar	84		-	81	81	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	65		-	62	61	-	-	IM 2012
Psychische gezondheid									
Percentage met (een verhoogd risico op) psychosociale problemen (SDQ)	4-12 jaar	8	▼	-	10	-	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	3	-	-	-	-	6	▼	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	-	-	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
Percentage met matig of hoog risico op depressie of angststoornis	19 tot 65 jaar	42		-	41	40	33	▲	IM 2012
	65 jaar en ouder	43		-	45	38	48		IM 2012
Percentage met hoog risico op depressie of angststoornis	19 tot 65 jaar	4,6		-	6	6	3,0		IM 2012
	65 jaar en ouder	4,3		-	4,6	4,3	3,6		IM 2012
Emotionele problemen									
Percentage dat vaak van streek is/ snel huilt	2 jaar	7	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
Percentage dat neerslachtige/ verdrietige indruk maakt	2 jaar	0	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
Tevredenheid met leven									
Percentage dat niet of helemaal niet gelukkig is	19 tot 65 jaar	7		-	9	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	7		-	10	-	-	-	IM 2012
Percentage dat een onvoldoende geeft voor tevredenheid met het leven	19 tot 65 jaar	3,6	▼	-	6	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	4,1		-	7	-	-	-	IM 2012
Percentage dat een ruime voldoende (>7) geeft voor tevredenheid met het leven	19 tot 65 jaar	71		-	70	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	72		-	70	-	-	-	IM 2012
Percentage dat gevoel heeft voldoende regie te hebben over eigen leven	19 tot 65 jaar	94		-	93	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	86		-	86	-	-	-	IM 2012

* Voor deze uitkomstmaat is de gemeente vergeleken met de hele regio Rotterdam-Rijnmond, dus inclusief Rotterdam.

Tabel 5 **Leefstijl**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting		Bron
		%	Regio	NL	%	%	%	sign.	
Lichaamsgewicht									
Percentage met overgewicht	2 jaar	7	-	-	7	-	-	-	CJG 2012
Percentage met matig overgewicht (exclusief obesitas)- zelfrapportage	4-12 jaar	9		-	11	9,7	-	-	JRB 2011
Percentage met matig overgewicht (exclusief obesitas)	5-6 jaar	6	-	-	9	-	-	-	CJG 2012
Percentage met matig overgewicht (exclusief obesitas)	10-11 jaar	14	-	-	-	-	-	-	CJG 2011
Percentage met matig overgewicht (exclusief obesitas)- zelfrapportage	12-13 jaar	6	-	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
	19 tot 65 jaar	43	▲	▲	37	34	34		IM 2012
	65 jaar en ouder	41			44	43	43		IM 2012
Percentage met ernstig overgewicht (obesitas)- zelfrapportage	4-12 jaar	1		-	3	2,9	-	-	JRB 2011
Percentage met ernstig overgewicht (obesitas)	5-6 jaar	1	-	-	3	-	-	-	CJG 2012
Percentage met ernstig overgewicht (obesitas)	10-11 jaar	13	-	-	-	-	-	-	CJG 2011
Percentage met ernstig overgewicht (obesitas)- zelfrapportage	12-13 jaar	1,3	-	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
	19 tot 65 jaar	11			13	12	12		IM 2012
	65 jaar en ouder	14			16	16	13		IM 2012
Roken									
Percentage ouders dat het acceptabel vindt als een kind jonger dan 16 af en toe roken uitprobeert	4-12 jaar	3		-	5	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat nu wel eens rookt	12-13 jaar	0,4	-	-	-	-	2	▼	JMR 2010-2011
Percentage dat dagelijks rookt	12-13 jaar	0	-	-	-	0,5 - 1,9	0		JMR 2010-2011, Peilstation A&D 2011
Percentage dat rookt	19 tot 65 jaar	20		▼	24	26	19		IM 2012
	65 jaar en ouder	11			13	13	7		IM 2012
Percentage mannen dat rookt	19 jaar en ouder	19			24	26	20		IM 2012
Percentage vrouwen dat rookt	19 jaar en ouder	17			19	20	14		IM 2012
Alcoholgebruik									
Percentage ouders dat het acceptabel vindt als een kind jonger dan 16 af en toe alcohol drinkt	4-12 jaar	5			8		-	-	JRB 2011
Percentage dat wel eens alcohol heeft gedronken	12-13 jaar	32	-	-	-	35,4 - 53,4	-	-	JMR 2010-2011, Peilstation A&D 2011
Percentage dat alcohol heeft gedronken in de afgelopen 4 weken	12-13 jaar	5	-	-	-	7,6 - 18,0	-	-	JMR 2010-2011, Peilstation A&D 2011
Percentage dat meer dan vijf glazen alcohol heeft gedronken bij de laatste gelegenheid	12-13 jaar	2	-	-	-	3,3 - 9,5	-	-	JMR 2010-2011, Peilstation A&D 2011
Percentage dat alcohol heeft gedronken in het afgelopen jaar	19 tot 65 jaar	83			80	84	85		IM 2012
	65 jaar en ouder	80			78	77	80		IM 2012
Percentage met overmatig alcoholgebruik	19 tot 65 jaar	6			6	12	9		IM 2012
	65 jaar en ouder	8			9	6	6		IM 2012
Percentage met zwaar alcoholgebruik	19 tot 65 jaar	8			8	8	9		IM 2012
	65 jaar en ouder	4			6	8	3		IM 2012
Percentage dat alcoholafhankelijk is	19 tot 65 jaar	9		-	9	-	6		IM 2012
	65 jaar en ouder	6		-	8	-	10		IM 2012
Percentage dat alcoholafhankelijk en overmatige drinker en/of zware drinker is	19 jaar en ouder	4,5		-	3,9	-	3		IM 2012
Drugsgebruik									
Percentage dat softdrugs heeft gebruikt in de afgelopen 4 weken	12-13 jaar	0,4	-	-	-	0,2 - 2,9	-	-	JMR 2010-2011, Peilstation A&D 2011
Percentage dat cannabis heeft gebruikt in de afgelopen 4 weken	19 tot 65 jaar	1,2			2,6	4,2	-	-	IM 2012, Nationale Drug Monitor 2011
Percentage dat cannabis heeft gebruikt in het afgelopen jaar	19 tot 65 jaar	2,6			4,3	7	-	-	IM 2012, Nationale Drug Monitor 2011
Percentage dat harddrugs heeft gebruikt in de afgelopen 4 weken	12-13 jaar	0,2	-	-	-	-	0,6		JMR 2010-2011
	19 tot 65 jaar	0,7	-	-	1	-	-	-	IM 2012
Percentage dat harddrugs heeft gebruikt in het afgelopen jaar	19 tot 65 jaar	1,3	-	-	2,1	-	-	-	IM 2012

Tabel 5 **Leefstijl (vervolg 1)**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting		Bron
		%	Regio	NL	%	%	%	sign.	
Voeding									
Percentage dat minstens 5 dagen per week ontbijt	2 jaar	99	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	99	▲	-	97	-	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	94	-	-	-	-	90	▲	JMR 2010-2011
Percentage dat dagelijks fruit eet	2 jaar	57	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	43		-	40	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat voldoet aan de fruitnorm	12-13 jaar	25	-	-	-	-	23		JMR 2010-2011
	19 tot 65 jaar	34		-	37	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	67		-	61	-	-	-	IM 2012
Percentage dat dagelijks groente eet	2 jaar	51	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	31		-	29	-	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	30	-	-	-	-	32		JMR 2010-2011
Percentage dat voldoet aan de groentenorm	19 tot 65 jaar	40		-	41	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	46		-	50	-	-	-	IM 2012
Lichamelijke activiteit									
Percentage dat minstens 5 dagen per week buiten speelt	2 jaar	51	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
Percentage dat minstens 5 dagen per week buiten speelt	4-12 jaar	75		-	76	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat minstens 1 dag per week bij een sportvereniging sport	4-12 jaar	83		-	80	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat minstens 2 keer per week buiten schooltijd sport	12-13 jaar	82	-	-	-	-	79		JMR 2010-2011
Percentage dat lid is van een sportvereniging	4-12 jaar	68	-	-	65	-	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	77	-	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
Percentage dat bewegen of sporten belangrijk vindt	19 tot 65 jaar	84		-	85	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	83	▲	-	79	-	-	-	IM 2012
Percentage dat aangeeft zelf (zeker/meestal wel) voldoende te bewegen	19 tot 65 jaar	65		-	69	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	77		-	78	-	-	-	IM 2012
Percentage dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen	19 tot 65 jaar	61			63	65	66		IM 2012
	65 jaar en ouder	68			69	69	64		IM 2012
Seksueel gedrag									
Percentage dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	12-13 jaar	0,6	-	-	-	3	0,3		JMR 2010-2011, Seks onder je 25ste
Percentage dat ooit zonder condoom met iemand naar bed is geweest	12-13 jaar	0,2	-	-	-	-	0,3		JMR 2010-2011
Percentage met losse seksuele contacten dat niet altijd condooms gebruikt	19 tot 65 jaar	3,8		-	3,9	-	-	-	IM 2012
Percentage dat zich in de afgelopen 6 maanden heeft laten testen op een soa	19 tot 65 jaar	2,6		-	4,4	-	-	-	IM 2012
Percentage dat zich in de afgelopen 6 maanden heeft laten testen op hiv	19 tot 65 jaar	1,2	▼	-	3,9	-	-	-	IM 2012

Tabel 6 **Fysieke en sociale leefomgeving**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting		Bron
		%	Regio	NL	%	%	%	sign.	
Binnenmilieu									
Percentage dat blootstaat aan vocht en/of schimmel in woon- en/of slaapkamer	19 tot 65 jaar	1,3	▼	-	5	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	1,3		-	2,4	-	-	-	IM 2012
Percentage dat in afgelopen week is blootgesteld aan sigarettenrook in huis	4-12 jaar	4	▼	-	9	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat dagelijks blootgesteld is aan sigarettenrook in huis	19 tot 65 jaar	10	▼	-	16	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	10		-	12	-	-	-	IM 2012
Buitenmilieu									
Percentage dat ernstige geluidhinder ondervindt (7 geluidbronnen)	19 tot 65 jaar	26			29	-	-	-	IM 2012
Aantal inwoners langs drukke binnenstedelijke wegen (<50m) of snelweg (<100m)		1.221		-	28.844	-	-	-	DCMR
Percentage inwoners langs drukke binnenstedelijke wegen (<50m) of snelweg (<100m)		2,6		-	4,4	-	-	-	DCMR
Aantal inwoners op 100-300m van snelweg		2.452		-	22.682	-	-	-	DCMR
Percentage inwoners op 100-300m van snelweg		5,2		-	3,5	-	-	-	DCMR
Woonomgeving									
Percentage dat tevreden is met de buitenspeelmogelijkheden voor peuters	2 jaar	96	-	-	-	-	-	-	JMR 2011
Percentage dat buurt zeer of voldoende geschikt vindt voor kinderen in de basisschoolleeftijd	4-12 jaar	94	▲	-	88	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat ruim voldoende geeft voor tevredenheid met woonomgeving (rapportcijfer ≥ 8)	19 tot 65 jaar	70	▲	-	63	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	84	▲	-	80	-	-	-	IM 2012
Percentage dat ruim voldoende geeft voor tevredenheid met woning (rapportcijfer ≥ 8)	19 tot 65 jaar	81	▲	-	75	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	84	▲	-	78	-	-	-	IM 2012
Percentage dat ruim voldoende geeft voor het groen in de buurt (rapportcijfer ≥ 8)	19 tot 65 jaar	48		-	45	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	70	▲	-	59	-	-	-	IM 2012
Percentage dat vindt dat er voldoende groen in de buurt is	19 tot 65 jaar	70		-	70	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	90	▲	-	81	-	-	-	IM 2012
Percentage dat het belangrijk vindt dat er groen in de buurt is	19 tot 65 jaar	93		-	92	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	99	▲	-	97	-	-	-	IM 2012
Eenzaamheid									
Percentage dat matig tot (zeer) ernstig eenzaam is	19 tot 65 jaar	39		-	39	37	31	▲	IM 2012
	65 jaar en ouder	50		-	46	55	41		IM 2012
Percentage met emotionele eenzaamheid	19 tot 65 jaar	13		-	14	-	8		IM 2012
	65 jaar en ouder	15		-	17	-	14		IM 2012
Percentage met sociale eenzaamheid	19 tot 65 jaar	28		-	29	-	21		IM 2012
	65 jaar en ouder	35		-	33	-	27		IM 2012
Plek in samenleving									
Percentage dat moeite heeft zich te redden in de samenleving	19 tot 65 jaar	11	▼	-	14	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	29		-	28	-	-	-	IM 2012
Percentage dat (zeer) vaak het gevoel heeft buiten de samenleving te staan	19 tot 65 jaar	3,6		-	4,1	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	3,4		-	4,2	-	-	-	IM 2012
Percentage dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is	19 tot 65 jaar	2,4	▼	▼	5,1	5,5	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	1,5		-	2,5	2,9	-	-	IM 2012
Pesten									
Percentage dat vaak met andere kinderen vecht of ze pest	4-12 jaar	9		-	9	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	4-12 jaar	14	▼	-	19	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat tenminste een keer per week gepest wordt	12-13 jaar	4		-		-	2,6		JMR 2010-2011

Tabel 6 **Fysieke en sociale leefomgeving (vervolg 1)**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting		Bron
		%	Regio	NL	%	%	%	sign.	
Huiselijk geweld									
Percentage dat in het afgelopen jaar slachtoffer is geweest	19 tot 65 jaar	0,7		-	1	0,9	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	0,3		-	0,3	0,3	-	-	IM 2012
Percentage dat in de afgelopen 5 jaar slachtoffer is geweest	19 tot 65 jaar	2		-	2,4	2,4	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	0,3		-	0,5	0,6	-	-	IM 2012
Percentage dat ooit slachtoffer is geweest	19 tot 65 jaar	6		-	8	8	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	5		-	3	3,8	-	-	IM 2012
Aantal meldingen ASHG en LTHG		197			1.396	-	-	-	Jaarverslag actieprogramma Veilig Thuis 2012. Jaarverslag Huiselijk geweld 2012.
Aantal meldingen ASHG en LTHG per 10.000 inwoners		42			52	-	-	-	Jaarverslag actieprogramma Veilig Thuis 2012. Jaarverslag Huiselijk geweld 2012.
Vrijwilligerswerk									
Percentage dat vrijwilligerswerk doet	19 tot 65 jaar	24		-	24	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	24		-	25	-	-	-	IM 2012

Tabel 7 **Preventie**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio*	Nederland	Bron
		%	Regio	NL	%	%	
Vaccinaties							
DKTP: percentage kinderen dat basisimmuun is	2 jaar	97			96	96	tabel RIVM
DKTP: percentage kinderen bij revaccinatie	5 jaar	95			90	92	tabel RIVM
DKTP: percentage kinderen dat de DTP-serie volledig heeft afgesloten	10 jaar	94			92	93	tabel RIVM
BMR: percentage kinderen dat basisimmuun is	2 jaar	97			97	96	tabel RIVM
BMR: percentage kinderen dat de BMR-serie volledig heeft afgesloten	10 jaar	93			92	93	tabel RIVM
Hib: percentage kinderen dat de Hib-serie volledig heeft afgesloten	2 jaar	97			97	96	tabel RIVM
Meningokokken C: percentage kinderen dat de Meningokokken C-serie volledig heeft afgesloten	2 jaar	97			96	96	tabel RIVM
Pneumokokken: percentage kinderen dat de pneumokokken-serie volledig heeft afgesloten	2 jaar	97			96	95	tabel RIVM
HPV: percentage meisjes dat de HPV-serie volledig heeft afgesloten	14 jaar	63			51	58	tabel RIVM
Griep: percentage tegen griep gevaccineerd	60-plussers	69	-		-	66	Zorgatlas Nationaal Programma Griepreventie 2010-2011
Bevolkingsonderzoeken							
Borstkankerscreening: aantal vrouwen dat heeft deelgenomen in jaar 2011 of 2012 / aantal vrouwen dat is uitgenodigd in jaar 2011 of 2012	50-75 jaar	81		-	78	-	Bevolkingsonderzoek Zuidwest
Baarmoederhalsscreening: percentage vrouwen dat in de afgelopen vijf jaar minstens één cervixuitstrijkje heeft laten maken	30-60 jaar	68		-	67	-	Bevolkingsonderzoek Zuidwest
Baarmoederhalsscreening: aantal vrouwen dat heeft deelgenomen in jaar 2012 t/m mei 2013 / aantal vrouwen dat is uitgenodigd in jaar 2012	30-60 jaar	65		-	64	-	Bevolkingsonderzoek Zuidwest

* In deze tabel is de gemeente vergeleken met de hele regio Rotterdam-Rijnmond, dus inclusief Rotterdam.

Tabel 8 **Zorg**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting		Bron
		% / aantal	Regio	NL	% / aantal	% / aantal	% / aantal	sign.	
Huisarts									
Percentage dat contact met huisarts heeft gehad in afgelopen 2 maanden	19 tot 65 jaar	36		-	32	-	26	▲	IM 2012
	65 jaar en ouder	49		-	45	-	57		IM 2012
Percentage dat contact met huisarts heeft gehad in afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	70		-	72	-	68		IM 2012
	65 jaar en ouder	87	▲	-	83	-	83		IM 2012
Aantal huisartsen in gemeente		15					-	-	VAAM Nivel
Huisartsendichtheid: aantal inwoners per fte huisarts		3.511	-		-	2.371	-	-	VAAM Nivel
Geschatte procentuele ontwikkeling van de contacttijd met de huisartsenpraktijk 2011-2016		+6,5	-		-	+4,1	-	-	VAAM Nivel
Hulp en verzorging									
Percentage dat huishoudelijke hulp ontvangt	65 jaar en ouder	26		-	30	-	-	-	IM 2012
Percentage dat persoonlijke verzorging ontvangt	65 jaar en ouder	10		-	10	-	-	-	IM 2012
Aantal personen per 1.000 inwoners dat WMO-zorg (huishoudelijke hulp) heeft ontvangen	18 jaar en ouder	32	-	▼	40	43	-	-	RGI / WMO CAK 2011
Aantal personen per 1.000 inwoners dat zorg zonder verblijf (AWBZ zorg) heeft ontvangen	18 jaar en ouder	23	-	▼	33	39	-	-	RGI / WMO CAK 2011
Percentage cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg		2,8	-	-	-	4,8	-	-	Zorgatlas 2013
Mantelzorg									
Percentage dat mantelzorg geeft (langer dan 3 maanden of meer dan 8 uur per week)	19 tot 65 jaar	11			13	12	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	12			12	13	-	-	IM 2012
Percentage dat nu mantelzorg geeft (ongeacht uren of duur)	19 tot 65 jaar	12		-	13	-	8		IM 2012
	65 jaar en ouder	13		-	13	-	17		IM 2012
Percentage mantelzorgers dat zich tamelijk belast tot overbelast voelt door het geven van mantelzorg	19 tot 65 jaar	14			15	14	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	19			14	14	-	-	IM 2012

Tabel 8 **Zorg (vervolg 1)**

Indicator	Leeftijd	Barendrecht	Afwijkend t.o.v.		Regio	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting		Bron
		% / aantal	Regio	NL	% / aantal	% / aantal	% / aantal	sign.	
Zorg jeugd									
Percentage jongeren met een indicatie voor Jeugdzorg	0 tot 23 jaar	1,0			1		-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren met een lopend traject voor OTS	0 tot 23 jaar	0,4			0,7		-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren met een lopend traject voor Voogdij	0 tot 23 jaar	0,1			0,1		-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren met een lopend traject voor Jeugdreclassering	0 tot 23 jaar	0,2			0,2		-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren dat Jeugd- en Opvoedhulp ontvangt	0 tot 23 jaar	0,9			1,5		-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren dat extramurale AWBZ-zorg in natura ontvangt	0 tot 18 jaar	0,4			-		-	-	Vektis 2012
Percentage jongeren dat intramurale AWBZ-zorg in natura ontvangt	0 tot 18 jaar	0,1			-		-	-	Vektis 2012
Percentage jongeren dat extramurale AWBZ-zorg persoonsgebonden budget ontvangt	0 tot 18 jaar	1,2			-		-	-	Vektis 2011
Percentage jongeren dat intramurale AWBZ-zorg persoonsgebonden budget ontvangt	0 tot 18 jaar	0			-		-	-	Vektis 2011
GGZ ZVW	0 tot 18 jaar	7			7		-	-	APE/Vektis en CVZ 2010
Verslavingszorg									
Aantal cliënten per 10.000 inwoners, ingeschreven in de ambulante verslavingszorg ivm alcoholverslaving	12 jaar en ouder	13	▼	▼	19	22	-	-	Ladis 2011

Bijlage 2 Definities

Alcohol: zwaar gebruik	mannen: minstens 1 keer per week 6 glazen of meer per dag; vrouwen: minstens 1 keer per week 4 glazen of meer per dag
Alcohol: overmatig gebruik	mannen: meer dan 21 glazen per week; vrouwen: meer dan 14 glazen per week
Alcoholafhankelijkheid	problematische drinkgedrag in maatschappelijk opzicht
Alcohol: binge drinken	jeugd: meer dan vijf glazen alcohol drinken bij één gelegenheid
Allochtoon	Iemand van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren. De eerste generatie allochtonen bestaat uit personen die zelf ook in het buitenland zijn geboren. De tweede generatie bestaat uit personen die in Nederland zijn geboren. De herkomst van de eerste generatie wordt bepaald door het geboorteland van de persoon. De herkomst van de tweede generatie wordt bepaald door het geboorteland van de moeder als de moeder in het buitenland is geboren. Als de moeder in Nederland is geboren, is het geboorteland van de vader bepalend (www.cbs.nl).
Bevolkingsgroei: groene druk	Het aantal personen van 0 t/m 19 jaar per 100 personen van 20 t/m 64 jaar
Bevolkingsgroei: grijze druk	Het aantal personen van 65 jaar of ouder per 100 personen van 20 t/m 64 jaar
Gewicht: BMI	De body mass index (BMI) is gebaseerd op de verhouding tussen lengte en gewicht. (BMI= gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters [kg/m²]). De BMI is de meest gebruikte maat om (ernstig) overgewicht te definiëren. Internationaal zijn er geslacht- en leeftijdspecifieke afkappunten bepaald.
Gewicht: overgewicht	Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) zijn abnormale of buitensporige opeenhopingen van vet die de gezondheid kunnen beïnvloeden (WHO, 2006h)
Gewicht: zelfrapportage	De cijfers overgewicht in dit rapport zijn voor een deel gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens over lengte en gewicht, zoals bij de jongeren, volwassenen en ouderen. Bij de 2-jarigen, de 5- en 6-jarigen en de 10- en 11-jarigen is gebruik gemaakt van gemeten gegevens. De gegevens uit Jeugd Rijnmond in Beeld over de 4- tot 12-jarigen zijn gebaseerd op door de ouders gerapporteerde gegevens. Bij zelfrapportage is er kans op onderschatting van lichaamsgewicht. De gemiddelde BMI van een populatie kan wel vaak aardig geschat worden op basis van zelfgerapporteerde gegevens (Visscher et al., 2006; Scholtens et al., 2006). Bij bestudering van de zelfgerapporteerde cijfers moeten we daarom rekening houden met een mogelijk te positief beeld.
Incidentie	Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte, of het aantal personen dat een bepaalde ziekte voor de eerste maal ontwikkelt, gedurende een specifieke periode.
Nederlandse Norm Gezond Bewegen	Jongeren: dagelijks één uur ten minste 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: een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. 55+-ers: een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.
Omgevingsadressen dichtheid (OAD)	De gemiddelde waarde van een straal van 1 km rondom een adres voor alle adressen binnen die gemeente. Er zijn vijf stedelijkheidsklassen, gebaseerd op klassegrenzen van 2.500, 1.500, 1.000 en 500 adressen per km²

SES-score	De SES-score is een maat voor de sociaaleconomische status in een wijk. Deze is samengesteld uit het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt.
Significant	Er is sprake van een verschil tussen twee gemiddelden dat met 95% zekerheid niet op berust op toeval
Standaard Mortality Rate (SMR)	De standaard mortality rate is een relatieve maat voor sterfte in een indexpopulatie (de bevolking in een gemeente) ten opzichte van een standaardpopulatie (de Nederlandse bevolking). De SMR geeft aan of er sprake is van oversterfte of ondersterfte. Als de SMR gelijk is aan 100, is de sterfte in de regio gelijk aan die van Nederland. Als de SMR hoger is dan 100, is er sprake van ‘oversterfte’ en als de SMR lager is van ‘ondersterfte’ ten opzichte van Nederland. Een SMR van 125 duidt bijvoorbeeld op 25% ‘oversterfte’ in de gemeente ten opzichte van Nederland.
Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Sterke en zwakke punten vragenlijst. De SDQ is een screeningslijst met 25 stellingen die de psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen van 3 tot en met 16 jaar meet.

Bijlage 3 Afkortingen

Afkorting	Betekenis
ASHG	Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
AOW	Algemene Ouderdomswet
Awbz	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BMR	Bof, Mazelen en Rode hond
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CMF	Comparative Mortality Figure
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstructieve longziekte)
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DHW	Drank- en Horecawet
DKTP	Difterie , Kinkhoest , Tetanus en Poliomyelitis
DTP	Difterie, Tetanus en Poliomyelitis
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	Geestelijke Gezondheidszorg
Havo	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
Hib	Haemophilus influenzae type B
Hiv	Humaan immunodeficiëntievirus
HPV	Humaan Papillomavirus
IM	Integrale Monitor
JMR	Jeugd Monitor Rijnmond
JRB	Jeugd Rijnmond in Beeld
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LTHG	Lokaal team Huiselijk geweld
Mavo	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
Mbo	Middelbare beroepsopleiding
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
OAD	Omgevingsadressen dichtheid
OTS	Ondertoezichtstelling
RIO	Regionaal inkomens onderzoek
RIVM	Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SDQ	Strenght and Difficulties Questionnaire
SES	Sociaal economische status
SMR	Standaard Mortality Rate
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
V(m)bo	Voorbereidend (middelbaar) beroepsonderwijs
Vwo	Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wet Wajong)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning.
WPG	Wet Publieke Gezondheid
Wsw	Wet sociale werkvoorziening
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 4 Literatuur en bronnen

Literatuur

Agenda 'Verbinden door bewegen. 2013-2016'. Gemeente Barendrecht, 2013.

Anschutz J., Berg- de Ruiter R. van den, Mieloo C., Rietveld L., Vogel I. *Startfoto regio Rotterdam-Rijnmond. Zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011.* GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam, 2013.

Bergen van A., Van Loon A., *Methodologische toelichting bij de Sociale Uitsluitingsindex Gezondheidsenquête.* Academische Werkplaats OGGZ G4-USER, Amsterdam, 2013.

Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. WHO 2011.

Dorsselaer S. van, Looze M. de, Vermeulen-Smit E., Roos S. de, Verdurmen J., Bogt T. ter, et al., *HBSC 2009. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Eysink P.E.D., Poos M.J.J.C. Verschillende sterftematen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. Bilthoven: RIVM, <http://www.toolkitvtv.nl> Toolkit regionale VTV\Inhoud\ Methodologie, 25 februari 2010. Toolkit regionale VTV, versie 4.7, 20 december 2012.

Gezondheidsraad. *Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid.* Den Haag, 2004a; 14. GGD Nederland, Meedoen is Gezond, 2013.

Harbers M.M., Hoeymans N. *Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014.* RIVM, 2014.

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L., *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries.* Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) 2012.

Hildebrandt V.H., Bernaards C.M., Stubbe J.H., T*rendrapport bewegen en gezondheid 2010 2011.* TNO, 2013.

Hoenderkamp J., *Van zorg naar participatie: de overgang van de begeleiding naar de Wmo,* In opdracht van VNG & G32, 2012.

Hoeymans N., Melse J.M., Schoemaker C.G., *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter*. RIVM, Bilthoven, 2010.

Janssen N.A.H., Gerlofs-Nijland M.E., Lanki T., O Salonen R., Cassee F., Hoek G., Fischer P., Brunekreef B., Krzyzanowski M., *Health effects of black carbon.* WHO 2012.

Kanne P., Van den Berg J., Albeda H., *Niet iedereen is toe aan de participatiesamenleving: Handreiking voor een gesegmenteerde doe-democratie-strategie,* TNS NIPO 2013.

Kaplan R., Kaplan S., *The experience of nature: a psychological perspective.* Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

Kempen E.E.M.M. van, Houthuijs D.J.M., *Omvang van de effecten op gezondheid en welbevinden in de Nederlandse bevolking door geluid van weg- en railverkeer.* RIVM-rapport nr. 630180001. Bilthoven: RIVM 2008.

Knol F., *Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010,* Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag, 2012.

Luijben A.H.P., Kommer G. J., T*ijd en toekomst. Deelrapport van de VTV 2010, Van gezond naar beter.* RIVM, Bilthoven, 2010.

Maas J., *Vitamin G: Green environments - Healthy environments,* PhD thesis, University of Utrecht, 2009.

Maas J., Verheij R.A., de Vries S., Spreeuwenberg P., Schellevis F.G., Groenewegen P.P., *Morbidity is related to a green living environment.* J Epidemiol Community Health, 2009; 63:967-73.

Ministerie van Justitie *Modelaanpak huiselijk geweld: elementen voor lokaal beleid,* Publicatie-nr. J-5525 1001 Den Haag, 2010.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Landelijke nota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij,* Den Haag, 2011.

Rijksoverheid, A*lles is gezondheid… Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016*, Den Haag, 2013.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Een nieuwe selectie van ziekten voor de Volksgezondheid Toekomstverkenningen,* 2013.

Samenwerkende gemeenten in de regio Rotterdam, *Programmaplan Decentralisatie Jeugdzorg 2012-2015*, Rotterdam, 2012.

Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, De Girolamo G, et al. *Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys.* Int J Obes (Lond), 2008; 32: 192-200

Scholtens S., Brunekreef B., Visscher T.L.S., Smit H.A., Kerkhof M., de Jongste J.C., Gerritsen J., Wijga A.H., *Reported versus measured body weight and height of 4-year-old children and the prevalence of overweight,* 2006.

Stansfeld, Berglund, Clark, Lopez-Barrio, Fischer, Öhrström,et al. *Aircraft and road traffic noise and children's cognition and health: a cross-national study on behalf of the RANCH study team* LANCET,2005;365: 20051942 www.thelancet.com (2005).

Steketee M., Tierolf B., Mak J. (red), Brolsma E., K*inderen in Tel Databoek 2012. Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Verwey-Jonker Instituut, 2012.

Stoeldraijer L., Van Duin C., Janssen F., *Bevolkingsprognose 2012–2060: model en veronderstellingen betreffende de sterfte.* Den Haag, Heerlen, CBS, 2012.

Strauss R.S., *Childhood Obesity and Self-Esteem*. Pediatrics 2000; 105(1): e15.

Tang-Péronard J.L., Heitmann B.L., *Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender*. Obes Rev, 2008; 9: 522-34.

Uitgangspuntennota 2.0. Decentralisatie Awbz Wmo. Gemeenten Barendrecht, Albrandswaard en Ridderkerk (BAR-gemeenten).

Verdurmen J., Monshouwer K., Van Dorsselaer S., Lokman S., Vermeulen-Smit E., Vollebergh W., Jeugd en riskant gedrag 2011. *Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren.* Utrecht: Trimbos-instituut 2012.

Visscher T.L.S., Viet A.L., Kroesbergen I.H., Seidell J.C., *Underreporting of BMI in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998 to 2001*. Obesity, 2006; 14: 2054-63.

Wijnen L.G. van, Boluijt P.R., Hoeven-Mulder H.B., Bemelmans W.J., Wendel-Vos G.C., *Weight Status, Psychological Health, Suicidal Thoughts, and Suicide Attempts in Dutch Adolescents: Results From the 2003* E-MOVO Project. Obesity (Silver Spring), 2009.

WHO, World Health Organization. *Night noise guidelines for Europe.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2009a.

Websites

www.loketgezondleven.nl
http://tule.slo.nl
www.toolkitvtv.nl
www.nationaalkompas.nl
www.stivoro.nl
www.nivel.nl
www.nji.nl
http://statline.cbs.nl/statweb
www.scp.nl
www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl
www.eenzaam.nl
www.vtv2010.nl
www.rijksoverheid.nl
www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld
www.expertisecentrummantelzorg.nl
www.beweegtest.nl
www.dubbel30.nl
www.gemeenteloket.minszw.nl/dossiers/werk-en-inkomen
www.gezonderwijs.nl
www.nisb.nl/themas/ruimte-voor-bewegen.html
http://lokalejeugdspiegel.databank.nl
www.barendrecht.nl

Gebruikte vragenlijsten en registraties

Vragenlijsten

Project	Organisatie	Doelgroep	Jaar van onderzoek
Jeugdmonitor Rijnmond	GGD Rotterdam-Rijnmond	peuters[11]	2011
Jeugd Rijnmond in Beeld	GGD Rotterdam-Rijnmond	4- tot 12-jarigen	2011
Jeugdmonitor Rijnmond	GGD Rotterdam-Rijnmond	VO1[12]	2010-2011
Jeugdmonitor Rijnmond	GGD Rotterdam-Rijnmond	VO3[13]	2010-2011
Gezonde Slagkracht Voorne Putten	GGD Rotterdam-Rijnmond	Groep 7, VO2 en VO4	2012
Integrale Monitor 2012	GGD Rotterdam-Rijnmond	17 jaar en ouder	2012
Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM 2012	GGD'en, CBS en RIVM	19 jaar en ouder	2012

[11] De Jeugdmonitor Rijnmond Peuters is afgenomen in: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Maassluis, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen.

[12] De Jeugdmonitor Rijnmond VO1 is afgenomen in: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Rotterdam, Lansingerland, Krimpen aan den IJssel, Maassluis, Ridderkerk, Schiedam, Vlaardingen.

[13] De Jeugdmonitor Rijnmond VO3 is afgenomen in: Maassluis, Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen.

Gebruikte registraties

Onderwerp	Brongegevens	Bewerking	Periode
Levensverwachting en sterfte	CBS sterftecijfers en doodsoorzaken	RIVM-VTV in opdracht van GGD Nederland project RGI	2007-2010
Overgewicht (gemeten)	KIDOS, Centrum voor Jeugd en Gezin	OBI Gemeente Rotterdam	2012
Jeugd ggz, Awbz-gefinancierde zorg, forensische psychiatrie en AMK	Vektis, APE, CVZ	OBI Gemeente Rotterdam (VOO3)	2010, 2011 en 2012
Zorggebruik en zorgkosten van de jeugd	Bureau Jeugdzorg	GGD Rotterdam-Rijnmond (Startfoto)	2010 en 2011
Wmo-zorg (huishoudelijke hulp) en Zorg zonder Verblijf	Centraal Administratie Kantoor	Verstrekt via GGD Nederland (RGI)	2008-2011
Verslavingszorg	LADIS, Stichting Informatie voorziening Zorg	Verstrekt via GGD Nederland (RGI)	2011
Huiselijk geweld	Zorgpunt en LTHG centrumgemeente Spijkenisse (jaarverslag) ASHG en LTHG centrumgemeente Rotterdam (jaarverslag) SHG Nieuwe Waterweg Noord		2012
Vaccinatiegraad	Rijksvaccinatieprogramma, RIVM Verslagjaar 2013		2012
Bevolkingsonderzoek borstkanker	Bevolkingsonderzoek Zuid-West		2011 en 2012[14]
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	Bevolkingsonderzoek Zuid-West		2012

[14] Brielle, Capelle aan den IJssel, Goeree Overflakkee, Rotterdam, Spijkenisse, Vlaardingen, Westvoorne in 2011; Albrandswaard, Barendrecht, Bernisse, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam in 2012