

Bijlage 2 bij bouwstenennotitie

Epidemiologische verkenningen over demografie, trends en complexiteit

Publieke gezondheid in Zuid-Holland Zuid 2023

April 2023



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Demografie	6
2.1	Aantal inwoners op 1 januari 2022	6
2.2	Bevolkingssamenstelling en -kenmerken van de regio Zuid-Holland Zuid	7
2.3	Bevolkingsontwikkeling en -prognose in de regio Zuid-Holland Zuid	13
3	Netwerkanalyses en trends	16
3.1	Inleiding	16
3.2	Netwerkanalyse jeugd	17
3.3	Trends jeugd	18
3.4	Netwerkanalyse met correlaties voor 18- tot en met 64-jarigen	21
3.5	Netwerkanalyse met correlaties voor 65-plussers	22
3.6	Trends van thema's met de sterkste correlaties met ervaren gezondheid	23
4	Verdieping: werken aan meer inzicht en participatie	29
5	Conclusies	32
	Literatuur	33

1 Inleiding

Alle Nederlandse gemeenten stellen om de vier jaar hun ambities voor het lokaal gezondheidsbeleid vast. Gemeenten bepalen hun ambities en doelen op basis van o.a. epidemiologisch onderzoek van de GGD-en. In de afgelopen jaren heeft ook de GGD ZHZ op basis van regulier monitoringsonderzoek veel gegevens verzameld over de gezondheid van de bevolking. Deze gegevens zijn belangrijk om ontwikkelingen in ervaren gezondheid te volgen in relatie tot verschillende gezondheidsdeterminanten en -uitkomsten.

Impactvolle gezondheidsdeterminanten

Het RIVM (2022) heeft recent enkele zogenoemde impactvolle determinanten gepubliceerd die op basis van de Volkgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV) en de *Global Burden of Disease 2017* de meeste invloed hebben op de ervaren gezondheid. Het is ingewikkeld om met zekerheid te zeggen in hoeverre de gekozen determinanten bijdragen aan de ziektelast in Nederland. Het RIVM spreekt daarom met nadruk van een indicatie. Het RIVM benoemt ongezonde voeding, te weinig bewegen, problematisch alcoholgebruik, ongezonde psychosociale arbeidsbelasting en een ongezonde luchtkwaliteit als de meest impactvolle determinanten die gezamenlijk 30-40 procent van de ziektelast veroorzaken.¹ Echter, deze determinanten zijn niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Het aantal mensen dat rookt daalt bijvoorbeeld harder bij mensen in een hogere sociaal-economische positie en het aandeel mensen met overgewicht stijgt harder bij mensen in een lagere sociaal-economische positie. Bij het verbeteren van gezondheid, zeker als het doel is om gezondheidsachterstanden te verminderen, is het ook nodig om verschil te maken in en tussen doelgroepen, buurten en gemeenten en bestaande ongelijkheid in beleidsmaatregelen te betrekken (*equity in all policies*). Bovendien is het belangrijk om meer zicht te hebben op wat 'achterliggende determinanten' worden genoemd, te weten "factoren die beïnvloeden hoe we ons gedragen, ons voelen en het milieu waar we leven" (RIVM 2022). In het ideale geval maakt inzicht in de wijze waarop deze determinanten met elkaar interacteren duidelijk welke factoren op een positieve of negatieve manier bijdragen aan gezondheid. Het kan zo zijn dat als een determinant beïnvloed wordt door beleid andere, samenhangende, determinanten hierdoor meeveranderen. Simpel gezegd: door aan één 'touwtje' te trekken kunnen er meerdere dingen veranderen, ook door de tijd heen. In academische termen wordt gesproken over complexe-adaptieve systemen of complexe gezondheidssystemen (zie bijvoorbeeld Nobles et al, 2021).

¹ <https://www.rivm.nl/factsheet-determinanten>

Health in and with all policies (integraal gezondheidsbeleid)

Om gezonde voeding te bevorderen of bewegen te stimuleren is het niet voldoende om overheidsbeleid te beperken tot het beïnvloeden van individuele keuzes. Het RIVM (2021) laat met betrekking tot de impactvolle determinant ongezonde voeding bijvoorbeeld zien dat vanuit meerdere beleidsterreinen op het gehele voedselsysteem, inclusief productie, verwerking, groothandel, detailhandel, handel, marketing en consumptie ingezet moet worden. Bovendien zijn er strategieën nodig om verschillen in gezondheid te verminderen die het gevolg zijn van lokale omgevingen en risicofactoren voor ziekten. Tenslotte is er gecoördineerde beleidsmatige actie nodig op het gebied van o.a. stadsplanning en economische ontwikkeling. Kortom: om **gezondheid op populatieniveau** via bijvoorbeeld gezonde voeding te bevorderen is het nodig om in te zetten op *health in and with all policies*, oftewel integraal in te zetten op gezondheid, niet alleen door interventies in leefstijl maar door te interveniëren in het systeem waardoor ongezondheid tot stand komt en in stand wordt gehouden

Doel van dit document

De GGD ZHZ heeft onderzoeksdata voor alle gemeenten toegankelijk gemaakt op de website www.hoegezondiszhz.nl. Op deze website zijn voor alle gemeenten de gegevens te vinden die verzameld worden via de kindmonitor, de Gezondheidsmonitor Jeugd en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen. We presenteren op de website de 'losse' variabelen die op zichzelf uiteraard beleidsinformatie bieden, maar onvoldoende de complexiteit laten zien zoals in de vorige paragrafen is beschreven. In dit document willen we juist de complexiteit uitlichten. Geïnspireerd op het concept complexe gezondheidssystemen maken we netwerkanalyses van alle uitkomstmaten uit de verschillende monitors.

De netwerkanalyses laat zien welke en in hoeverre verschillende variabelen met elkaar correleren. Het resultaat toont de complexiteit van (publieke) gezondheid en de verschillende beïnvloedende factoren daarop. Het is hierbij echter wel belangrijk om op te merken dat deze analyses niets zeggen over de causaliteit van de gevonden relaties. Daarnaast moet worden opgemerkt dat de gegevens en dus de analyses gebaseerd zijn op zelfrapportage. De netwerkanalyses geven dus een beeld over hoe inwoners zelf rapporteren over hun gezondheid. Ten slotte zijn de analyses uitgevoerd met de gemeten variabelen en kunnen we dus niet uitsluiten dat bestaande relaties in de analyses, indirecte relaties zijn welke via een derde (niet gemeten) variabele te verklaren is. Voor de sterkste associaties die uit de netwerkanalyses naar voren zijn gekomen hebben we voor de volwassenen en ouderen ook de trends in beeld gebracht van variabelen die het sterkst samenhangen of correleren met ervaren gezondheid. Hierdoor kunnen gemeenten zien op

welke manier deze variabelen zich ontwikkelen. Voor de jeugdmonitor kunnen nog geen trends van de uitgevraagde variabelen worden gepresenteerd. Vanuit de JGZ data is het wel mogelijk om enkele trends te laten zien.

De analyses die we in deze rapportage presenteren kunnen gemeenten als **hulpmiddel** gebruiken om naast andere wetenschappelijke inzichten (zoals bijvoorbeeld in de eerdere paragrafen geschetst) hun visie, beleid en ambities te bepalen. Hierbij willen we specifiek de gemeenten uitdagen om overstijgend en integraal te kijken naar beleid en interventies.

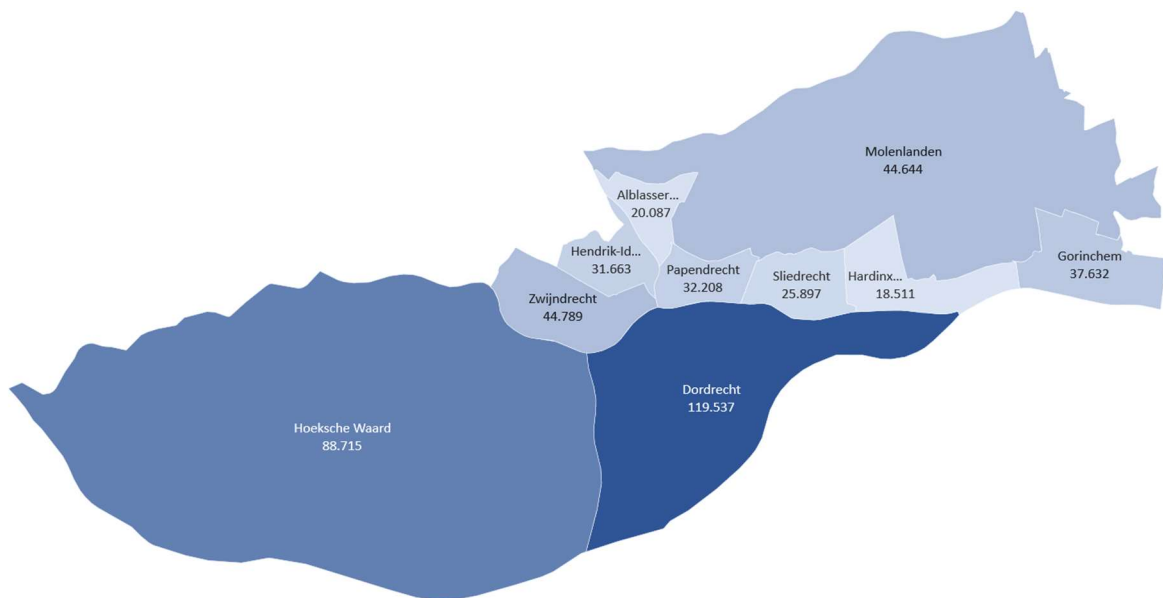
Leeswijzer

Voordat we de netwerkanalyses en trends in hoofdstuk drie presenteren, gaan we in hoofdstuk twee eerst in op de demografische ontwikkelingen van onze regio. In hoofdstuk vier lichten we de plannen toe die er zijn om meer verdiepend onderzoek te doen. Deze rapportage sluit af met een conclusie die benadrukt waarop toekomstig gezondheidsbeleid zich (mede) op zou kunnen richten.

2 Demografie

2.1 Aantal inwoners op 1 januari 2022

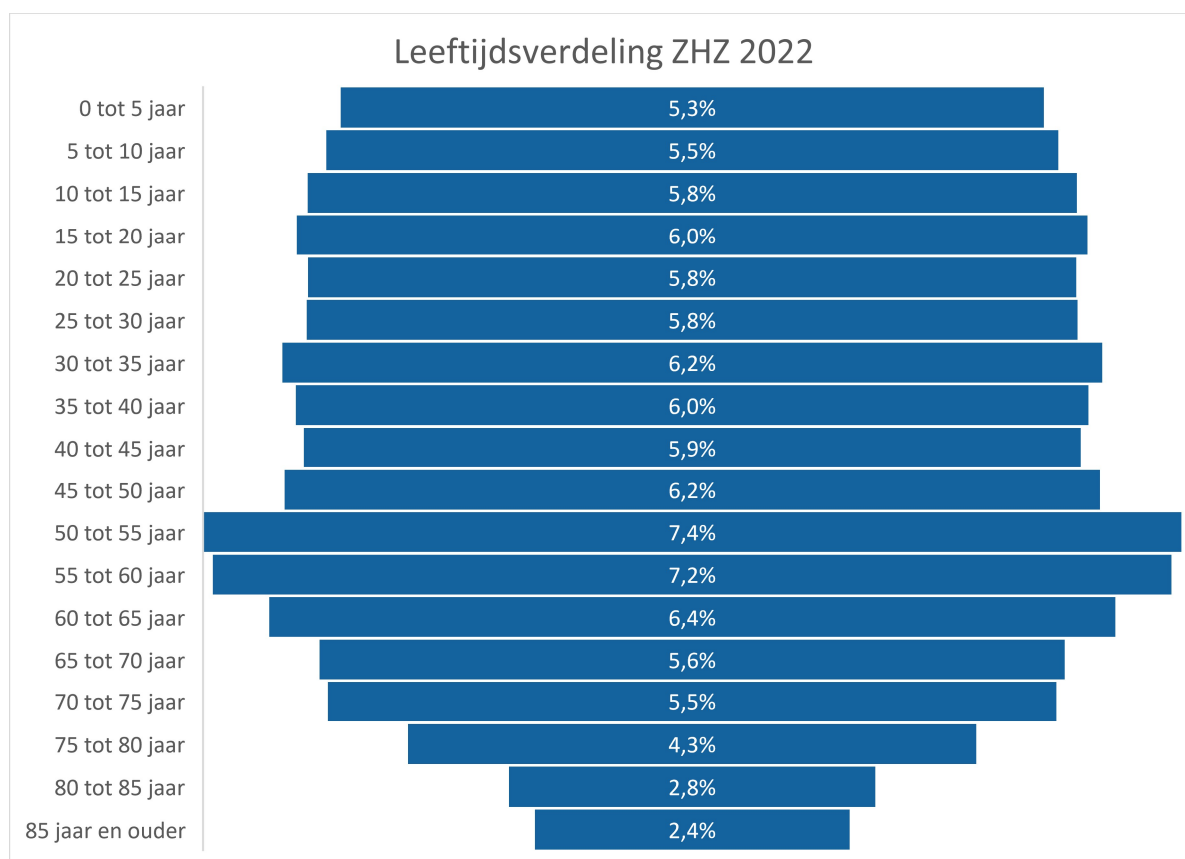
Op 1 januari 2022 woonden er in de regio in totaal 463.683 inwoners. Per gemeente was dit, zoals ook te zien in Figuur 1, 20.087 inwoners in Alblasserdam (4%), 119.537 inwoners in Dordrecht (26%), 37.632 inwoners in Gorinchem (8%), 18.511 inwoners in Hardinxveld-Giessendam (4%), 31.663 inwoners in Hendrik-Ido-Ambacht (7%), 88.715 inwoners in de Hoeksche Waard (19%), 44.644 inwoners in Molenlanden (10%), 32.208 inwoners in Papendrecht (7%), 25.897 inwoners in Sliedrecht (6%) en 44.789 inwoners in Zwijndrecht (9%).



Figuur 1. Aantal inwoners per gemeente op 1 januari 2022. Bron: CBS.

2.2 Bevolkingssamenstelling en -kenmerken van de regio Zuid-Holland Zuid

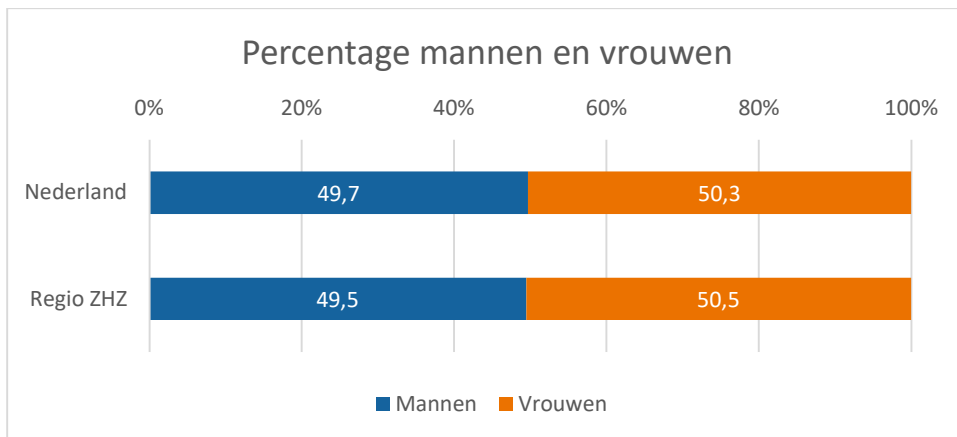
De meeste inwoners vielen in de leeftijdscategorie 45 tot 65 jaar oud (125.961; 27%), gevolgd door de leeftijdscategorie 25 tot 45 jaar (110.633; 25%) en 65 tot 80 jaar oud (71.489; 15%) (**Figuur 2**).



Figuur 2. Leeftijdsverdeling 2022 in ZHZ. Bron: CBS.

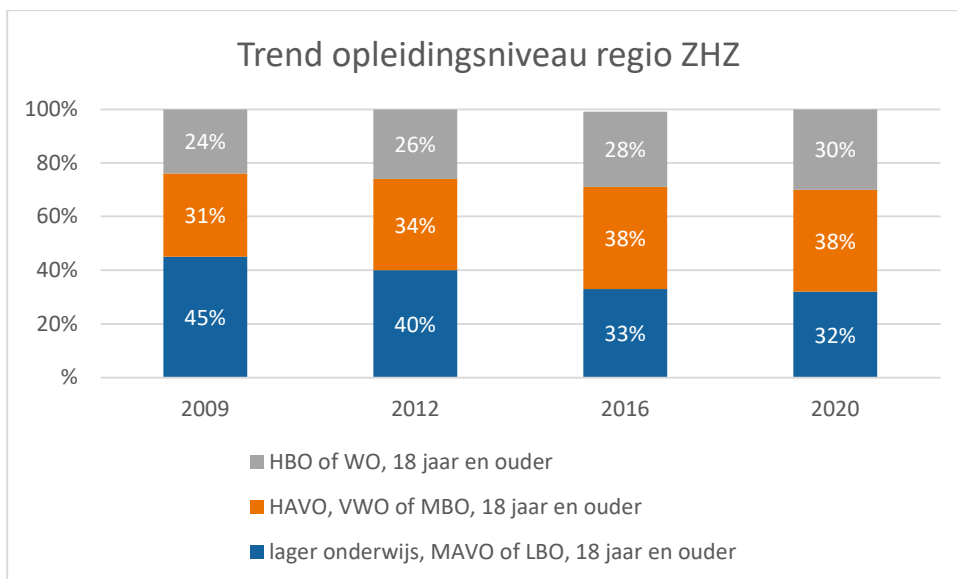
Het aantal mannen en vrouwen² is redelijk gelijk verdeeld in 2022 (49,5% versus 50,5%, respectievelijk) zoals ook te zien is in **Figuur 3**.

² Wij zijn ons ervan bewust dat er mensen zijn die zich non-binair of anders dan man/vrouw identificeren. Echter is er vanuit de cijfers van het CBS geen zicht op de grootte van deze groep. Om deze reden wordt alleen het percentage mannen en vrouwen getoond



Figuur 3. Vrouw/man verdeling ZHZ en Nederland 2022. Bron: CBS.

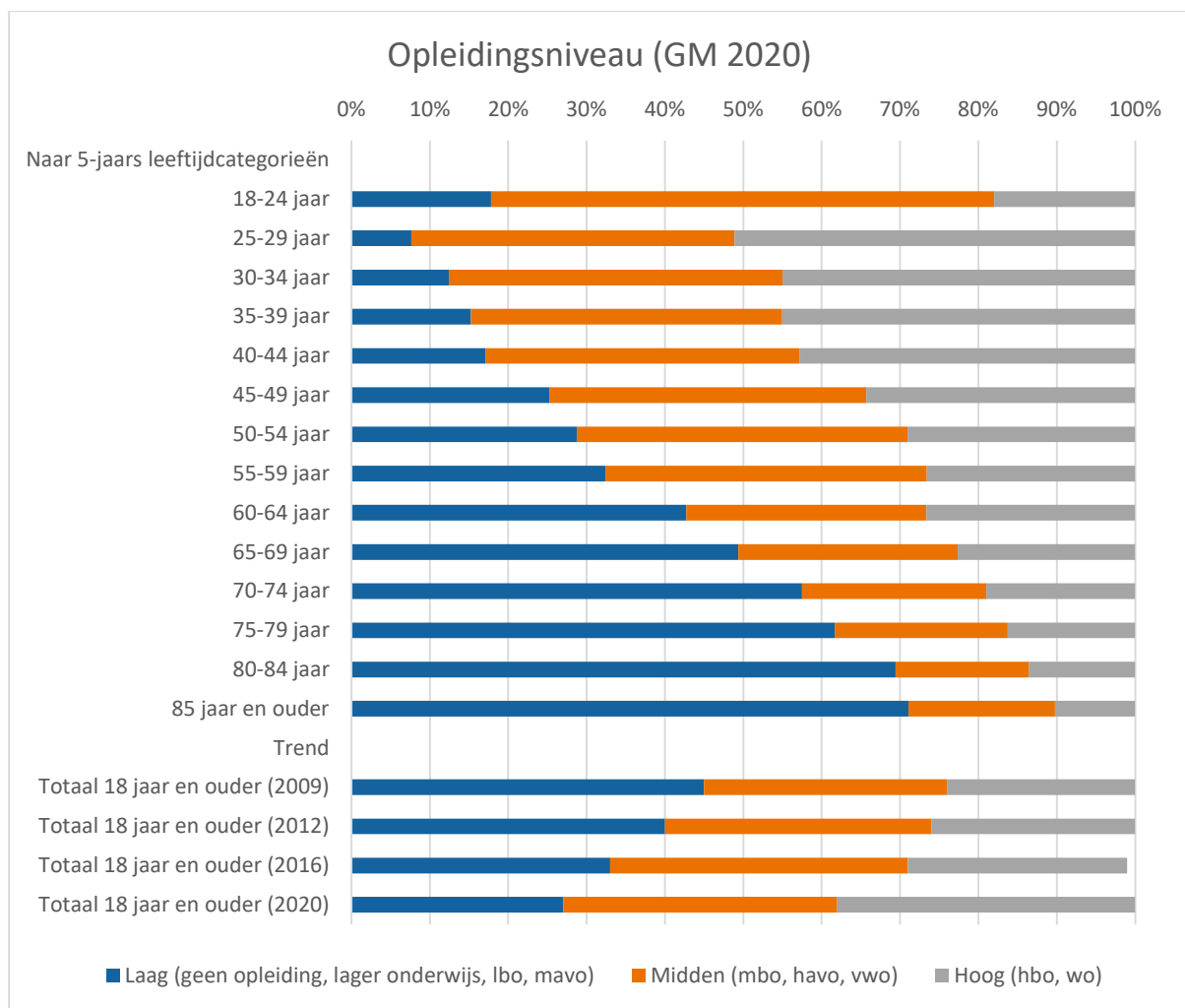
Tussen 2009 en 2020 zien we een lichte doch opvallende verschuiving in opleidingsniveau. Namelijk een relatieve afname van het aantal inwoners met een laag opleidingsniveau in vergelijking met een relatieve toename in het aantal inwoners met een middelbaar- of hoog opleidingsniveau tussen 2009 en 2020 (**Figuur 4**).



Figuur 4. Opleidingsniveau ZHZ 2009-2020. Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD Zuid-Holland Zuid).

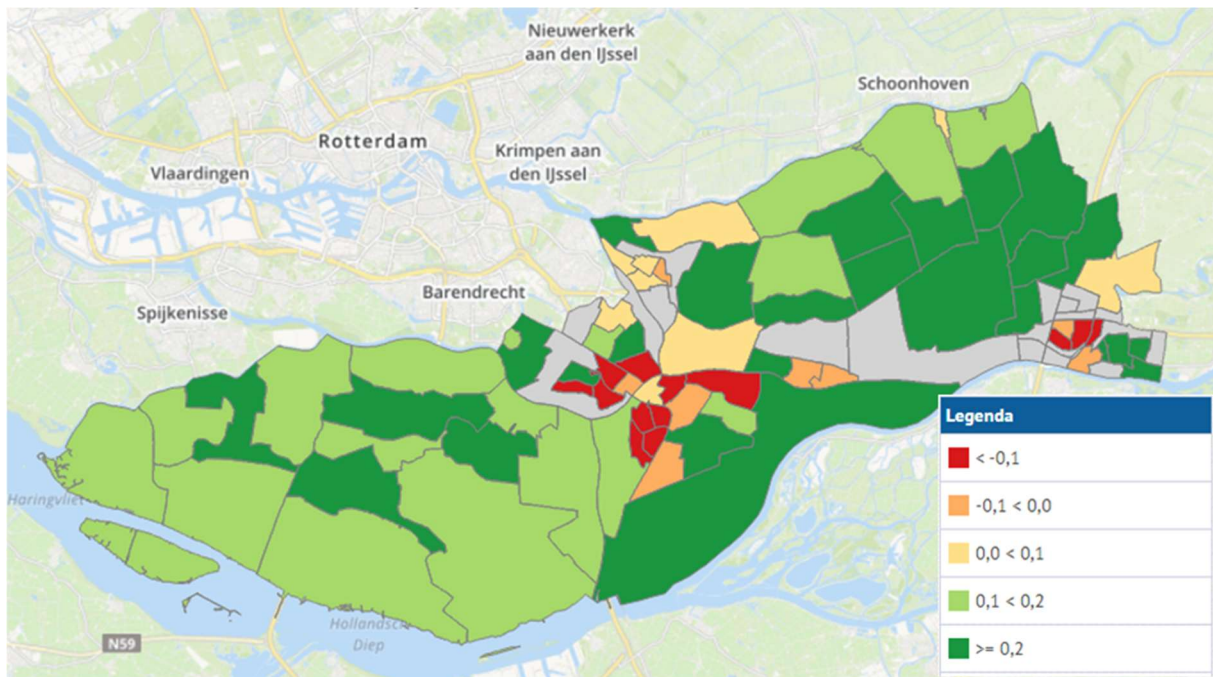
In **Figuur 5** is opleidingsniveau zoals gemeten in 2020 uitgesplitst naar leeftijdscategorieën per 5 jaar en weergegeven voor iedereen van 18 jaar en ouder voor het jaar 2009, 2012, 2016 en 2020. Bij de ouderen in de regio zien we dat de meerderheid een laag opleidingsniveau heeft. Echter is er een verschuiving waarneembaar waarbij het opvallend is dat hoe lager de leeftijd is des te meer mensen een middelbaar- of hoog opleidingsniveau hebben. Voor alle inwoners van 18 jaar en ouder zien we over de jaren

heen eenzelfde soort verschuiving. Steeds meer inwoners hebben een middelbaar- of hoog opleidingsniveau.

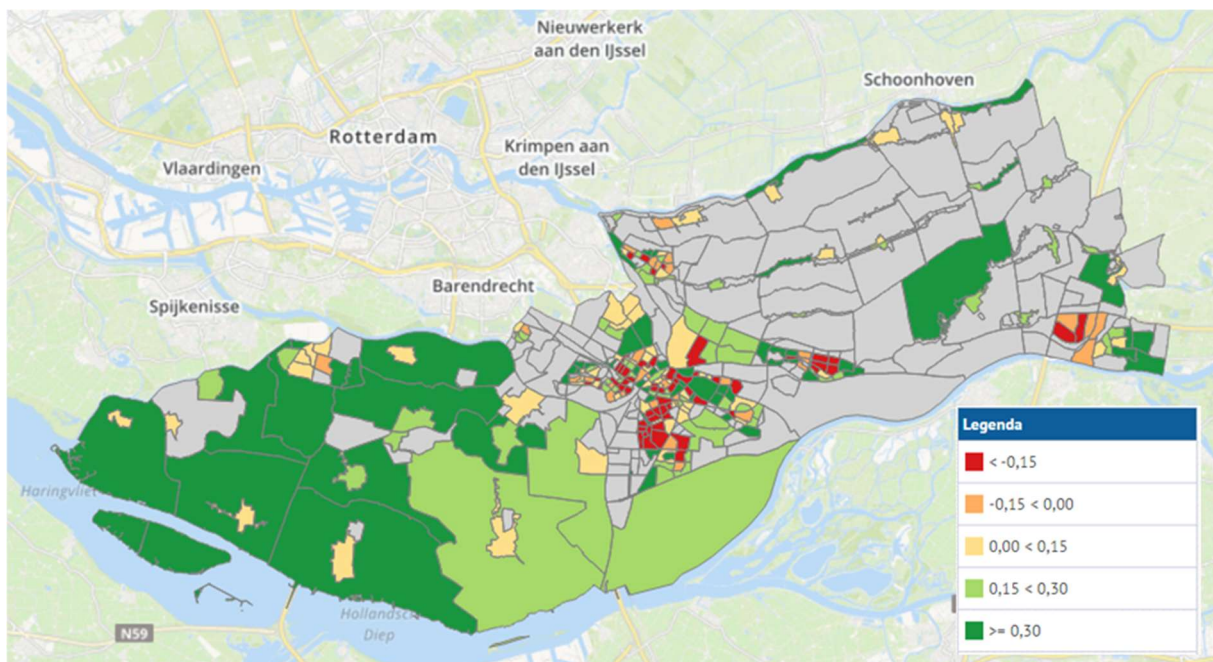


Figuur 5. Opleidingsniveau naar leeftijd en voor alle inwoners van 18 jaar en ouder over de jaren 2009, 2012, 2016, 2020. Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (GGD Zuid-Holland Zuid)

In **Figuur 6** en **Figuur 7** staan de wijken en buurten (respectievelijk) naar sociaal economische positie (SEP). De SEP-score van iedere wijk en buurt is afgezet naar het landelijke gemiddelde van 0. Wanneer een wijk oranje of rood kleurt is de score lager dan het gemiddelde van Nederland en de scores boven het gemiddelde zijn geel of groen (zie legenda bij Figuur 6 en Figuur 7). Buurten en wijken waar te weinig mensen wonen (of die een nieuwe wijk- en buurtindeling hebben van na 2020) hebben geen score en zijn grijs. Wijken en buurten met een lage SEP clusteren zich voornamelijk in de Drechtsteden en Gorinchem. De groene gebieden hebben een hogere SEP dan het landelijke gemiddelde. De rode gebieden zitten echter onder het landelijke gemiddelde.

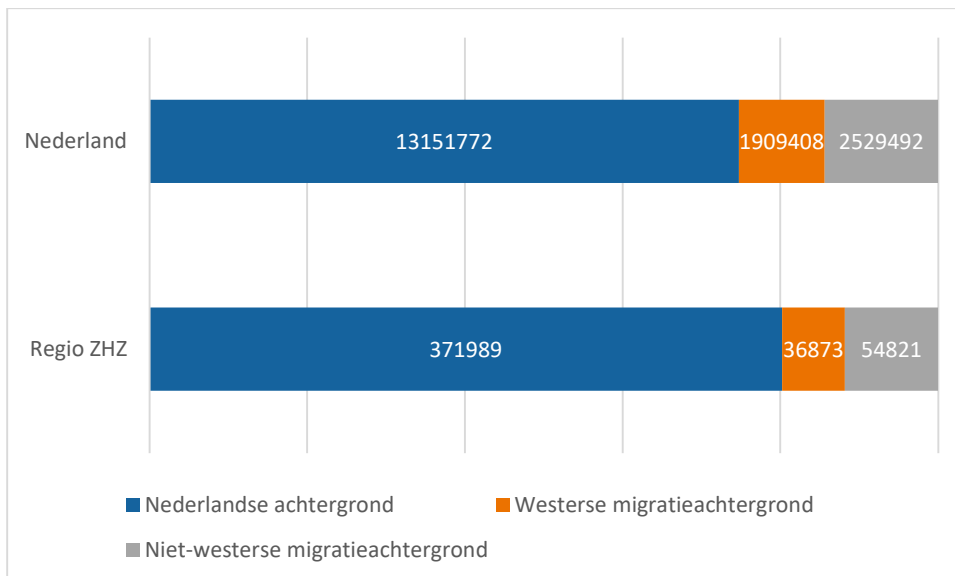


Figuur 6. Sociaaleconomische positie naar wijk in 2019. Bron: CBS.



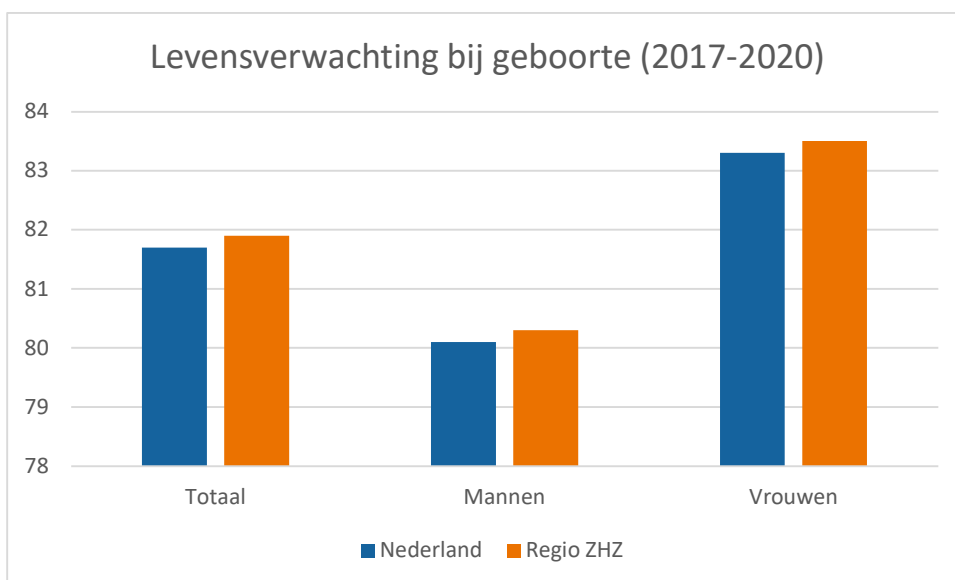
Figuur 7. Sociaaleconomische positie naar buurt in 2019. Bron: CBS.

In de regio zijn relatief meer mensen met een Nederlandse achtergrond in vergelijking met de rest van Nederland en dus relatief minder inwoners met een westerse- of een niet-westerse migratieachtergrond (**Figuur 8**).



Figuur 8. Verdeling inwoners ZHZ met een Nederlandse-, niet-westerse of westerse migratieachtergrond in 2022. Bron: CBS.

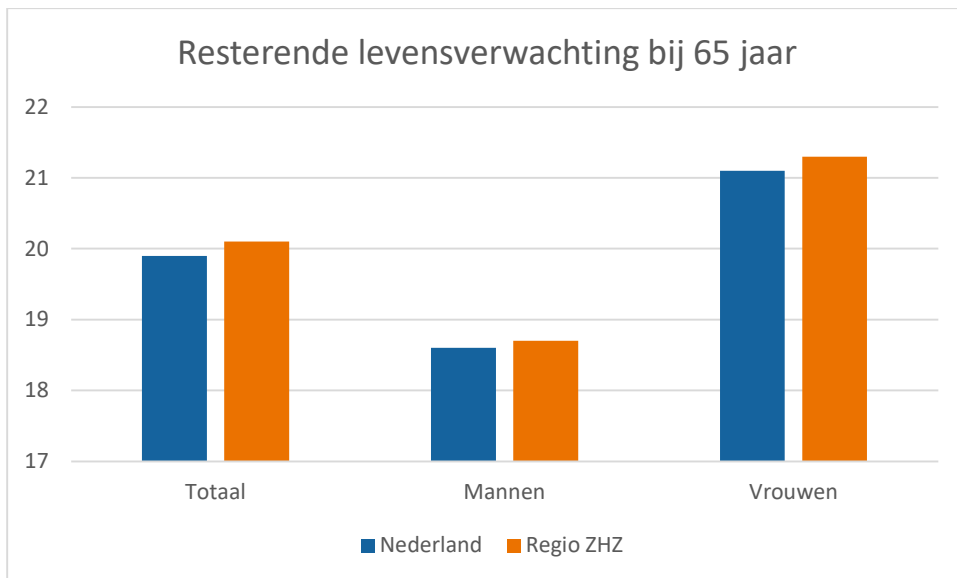
De levensverwachting bij inwoners uit de regio geboren tussen 2017 en 2020 ligt relatief iets hoger dan in de rest van Nederland (81,9 jaar versus 81,7 jaar, respectievelijk) (**Figuur 9**). Vrouwen hebben bij geboorte een hogere levensverwachting dan mannen (83,5 jaar versus 80,3 jaar). Net zoals voor de gehele ZHZ-populatie ligt de gemiddelde levensverwachting voor zowel mannen als vrouwen relatief iets hoger dan voor de rest van Nederland.



Figuur 9. Levensverwachting bij geboorte (2017-2020) in de regio ZHZ in 2022. Bron: RIVM.

Eenzelfde beeld is waarneembaar voor de levensverwachting bij een leeftijd van 65 jaar. Gemiddeld hebben 65-jarigen uit de regio een resterende levensverwachting van 20,1 jaar vergeleken met een resterende levensverwachting van 19,9 jaar voor 65-jarigen in de rest

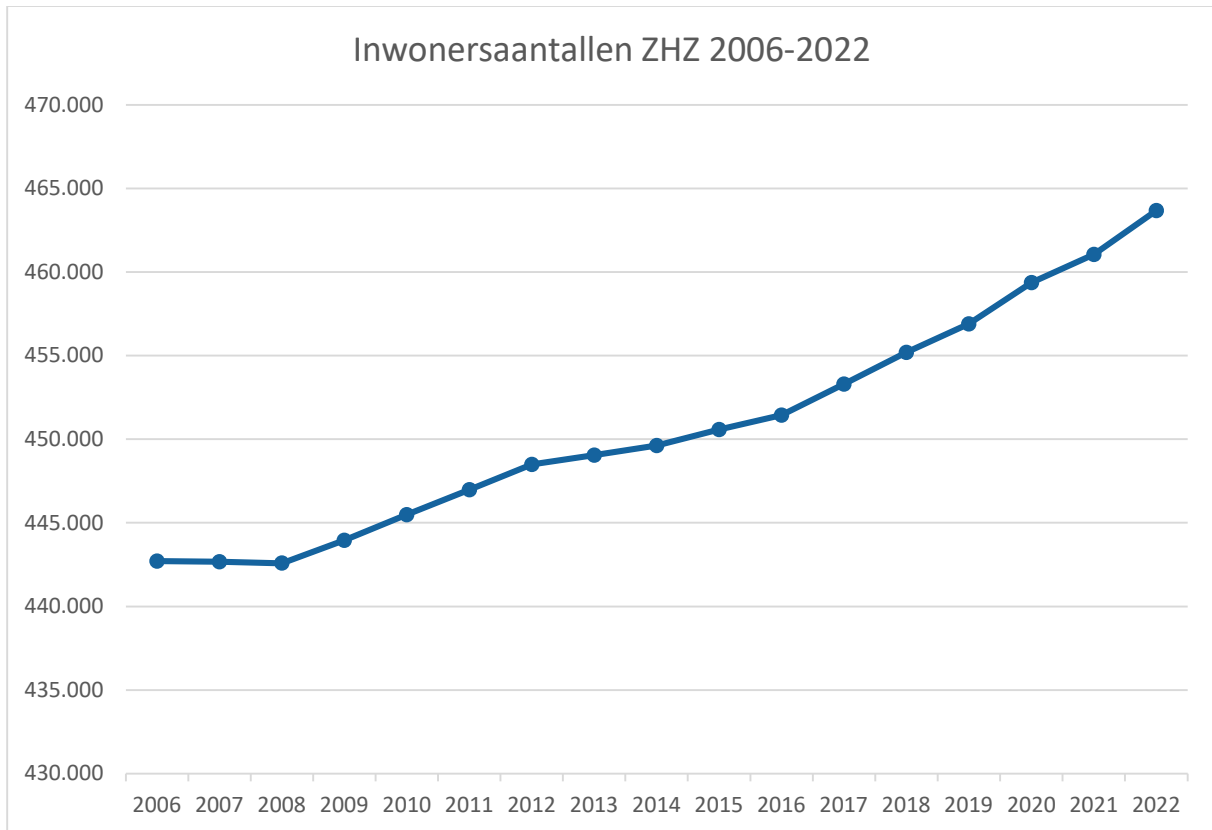
van Nederland (**Figuur 10**). Ook hier hebben vrouwelijke 65-jarigen uit de regio een hogere resterende levensverwachting (21,3 jaar) dan mannen (18,7 jaar).



Figuur 10. Resterende levensverwachting van 65-jarigen in de regio ZHZ in 2022. Bron: RIVM.

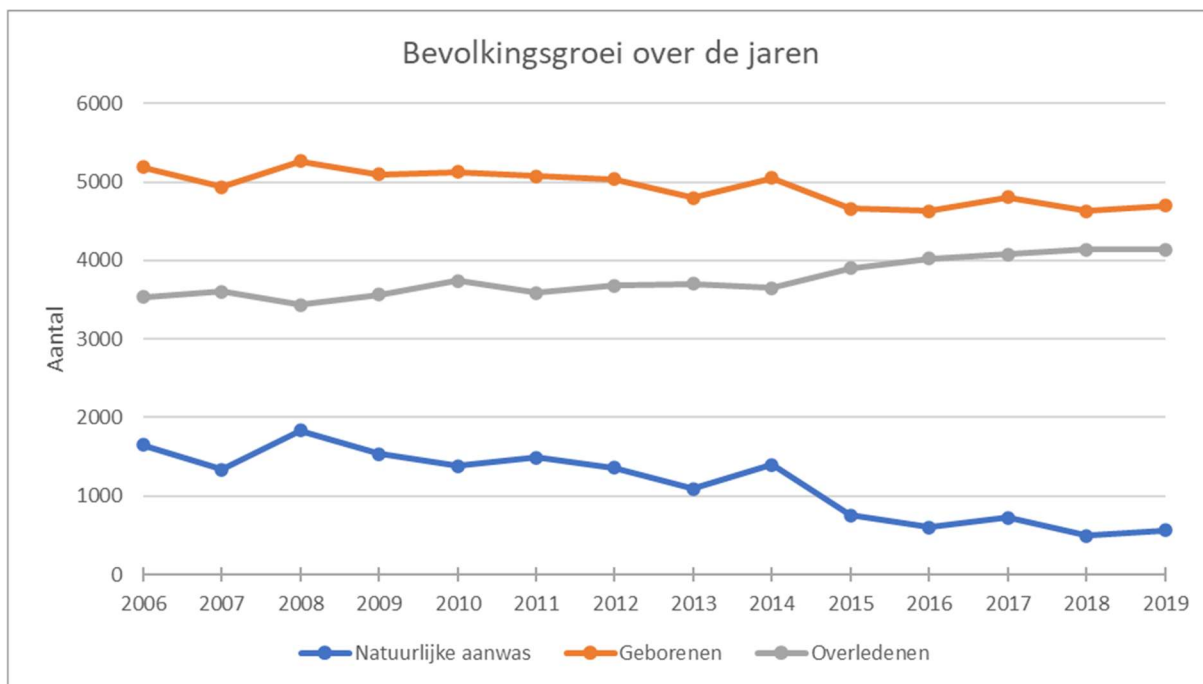
2.3 Bevolkingsontwikkeling en -prognose in de regio Zuid-Holland Zuid

De bevolking is in de afgelopen jaren gegroeid (**Figuur 11**). Namelijk van 442.703 inwoners in 2006 naar 463.683 in 2022 (zoals gemeten op 1 januari). Dit is een groei van 4,7%.



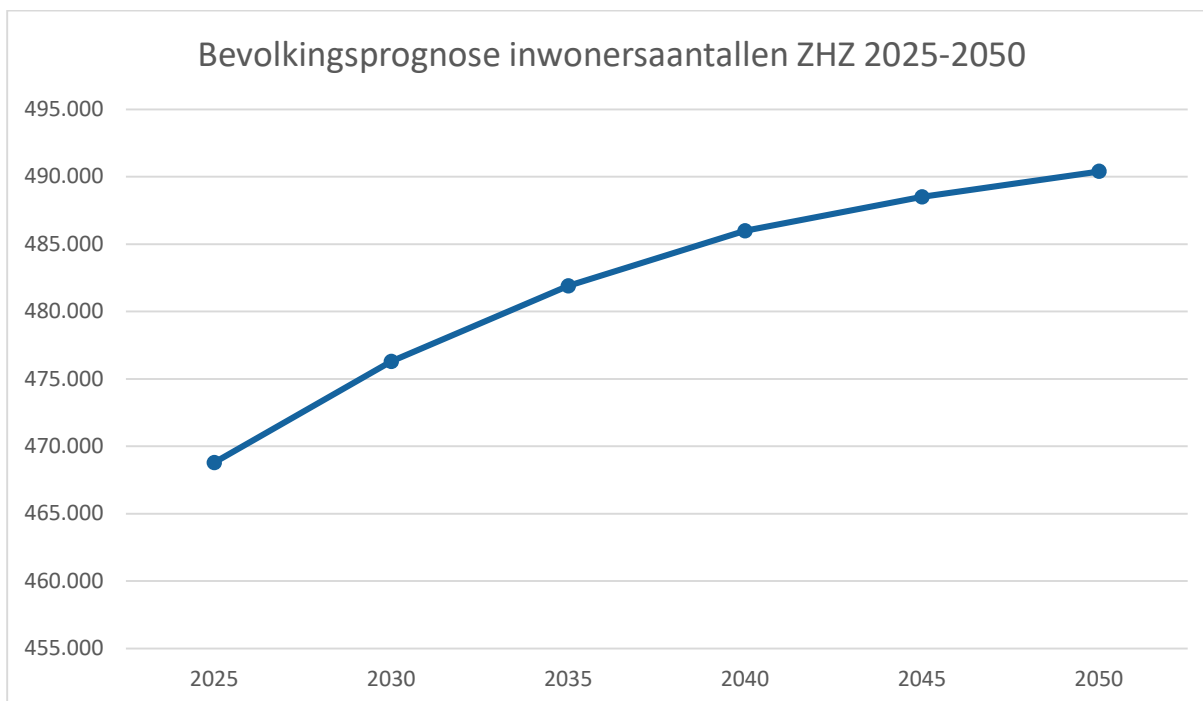
Figuur 11. Inwoners aantallen in de regio ZHZ 2006-2022. Bron: CBS.

In **Figuur 12** is de bevolkingsgroei weergegeven onderverdeeld naar geboren en overledenen en samengevat in natuurlijke aanwas tussen 2006 en 2019. Let op: natuurlijke aanwas zijn alle veranderingen in de omvang van de bevolking bedoeld voor zover die het gevolg zijn van geboorte en sterfte. Er wordt hier dus geen rekening gehouden met verhuizingen, emigratie of immigratie. Opvallend is een dalende natuurlijke aanwas, verklaard door een stijgend sterftecijfer en een dalend geboortecijfer.



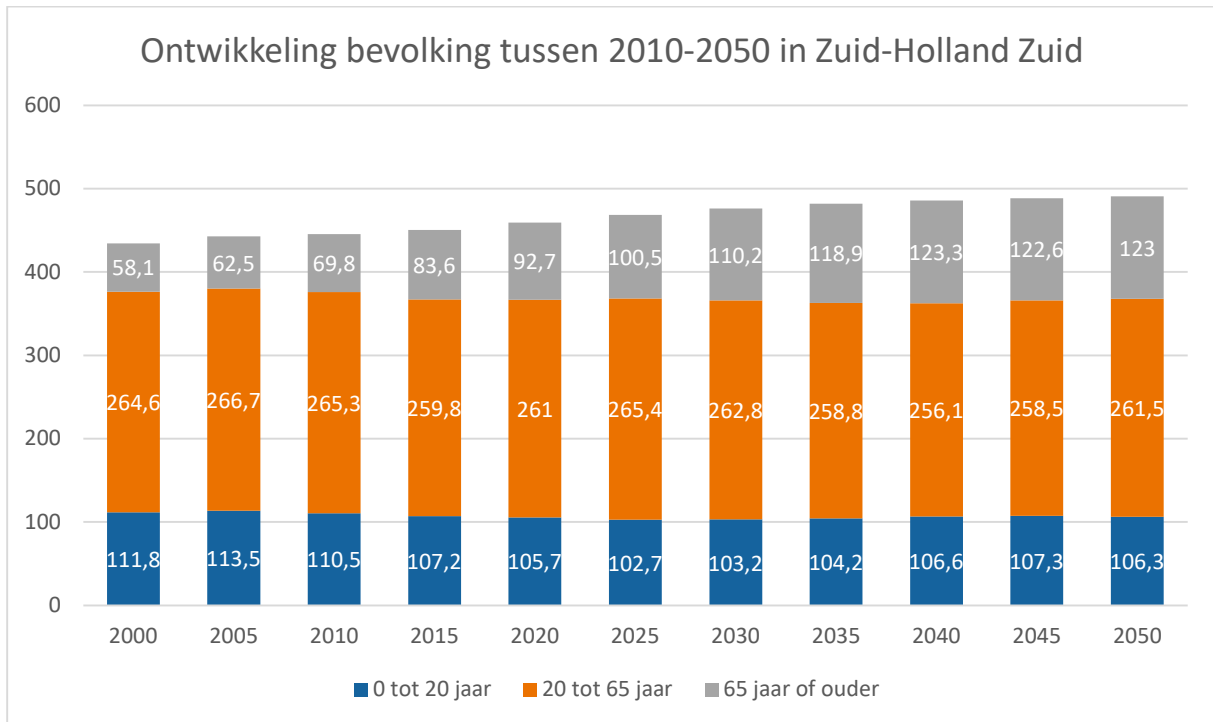
Figuur 12. Bevolkingsgroei ZHZ 2006-2019. Bron: CBS.

In **Figuur 13** staat de prognose weergegeven van het aantal inwoners in de regio tussen 2025 en 2050. Er wordt voorspeld dat de komende jaren de bevolking in Zuid-Holland Zuid verder zal groeien. Namelijk van 468.800 inwoners in 2025 naar 490.400 inwoners in 2050. Dit is een voorspelde groei van 4,6% tussen 2025 en 2050.



Figuur 13. Bevolkingsprognose ZHZ 2025-2050. Bron: CBS.

Passend bij landelijke signalen zien we dat ook de bevolking in Zuid-Holland Zuid de komende jaren verder zal vergrijzen zoals afgebeeld in **Figuur 14**.



Figuur 14. Bevolkingsprognose ZHZ naar leeftijd 2010-2050. Bron: CBS.

3 Netwerkanalyses en trends

3.1 Inleiding

Een slechte gezondheid, of een slecht ervaren gezondheid, van een persoon wordt bijna nooit veroorzaakt door één enkele factor, maar ontstaat door de invloed van meerdere factoren. Wanneer je naar de 'gezondheid' van de gehele bevolking kijkt, of groepen inwoners, wordt het een nog complexer verhaal. Veel factoren spelen een rol bij gezondheid en deze factoren beïnvloeden elkaar ook nog eens. Om een deel van deze complexiteit weer te geven heeft de GGD Zuid-Holland Zuid een netwerkanalyse gemaakt met daarin alle uitkomstmaten zoals deze in de dataset van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020 en corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 zitten. Daarnaast wordt deze netwerkanalyse gebruikt om de thema's te benoemen die het sterkst correleren met ervaren gezondheid. Van deze thema's zullen, waar de data beschikbaar is, de trend weergegeven en beschreven worden. Vanuit de Gezondheidsmonitor Jeugd zijn geen trends weer te geven en zullen de trends die voorhanden zijn vanuit de Jeugdgezondheidszorg weergegeven worden, namelijk van de vaccinatiëgraad en het overgewicht.

De Gezondheidsmonitor 2020 is een vragenlijstonderzoek waarin ruim 12.000 respondenten van 18 jaar en ouder hebben geparticipeerd en een vragenlijst hebben ingevuld met daarin uiteenlopende gezondheidsthema's. De corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 is eveneens een vragenlijstonderzoek over gezondheid en welzijn, waar bijna 5.200 jongeren uit klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs en woonachtig in de regio ZHZ hebben meegedaan. De uitkomsten van beide gezondheidsmonitors zijn verwerkt in netwerkanalyses en het tonen de aanwezige correlaties tussen de gezondheidsthema's en de nodige achtergrondkenmerken. Allereerst volgt de netwerkanalyse van de Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 en daarna volgende de netwerkanalyses van de 18- tot en met 64-jarigen en de 65-plussers vanuit Gezondheidsmonitor 2020.

Disclaimer

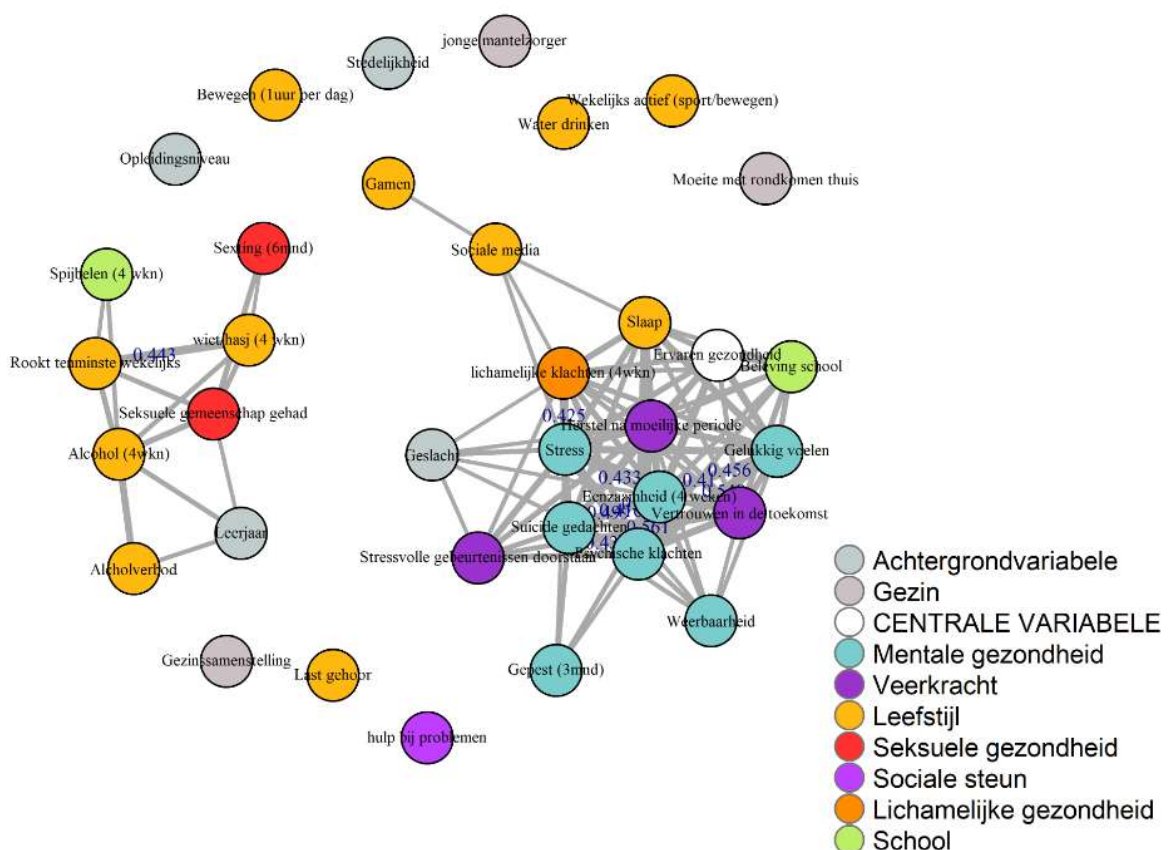
Met de Gezondheidsmonitoring wordt een beperkt aantal onderwerpen uitgevraagd, waardoor het mogelijk is dat factoren die wel van invloed zijn op de gezondheid, niet terugkomen in de huidige resultaten. Tevens is het van belang de gepresenteerde resultaten voorzichtig te interpreteren: door de huidige opzet gaat het hier louter om correlaties en zeggen de resultaten zodoende niets over eventuele causaliteit. Bovendien is het van belang om te realiseren dat door de huidige studie opzet factoren die in het

dagelijks leven van (grote) invloed zijn op ervaren gezondheid in de huidige setting mogelijk geen correlatie tonen met ervaren gezondheid.

3.2 Netwerkanalyse jeugd

De netwerkanalyse van de Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 toont welke indicatoren uit het onderzoek met elkaar correleren.

Figuur 15 toont de uitkomsten van de correlatie analyse op de indicatoren van de Gezondheidsmonitor Jeugd 2021. In het figuur zijn twee clusters te zien. Aan de linkerkant heeft zich een cluster gevormd rondom middelengebruik, seksuele gezondheid en spijbelen. Aan de rechterkant van het figuur is een groter cluster met voornamelijk variabelen over mentale gezondheid. Veel van deze indicatoren zijn gecorreleerd aan ervaren gezondheid. Deze indicator geeft aan hoe mensen vinden dat het met hun eigen gezondheid gaat. Wanneer gekeken wordt naar de vijf indicatoren die het meest correleren met ervaren gezondheid, dan zijn dat: gelukkig voelen, psychische klachten, eenzaamheid (in de afgelopen 4 weken), stress en suïcide gedachten.



Figuur 15. Netwerkanalyse correlaties Gezondheidsmonitor Jeugd.

3.3 Trends jeugd

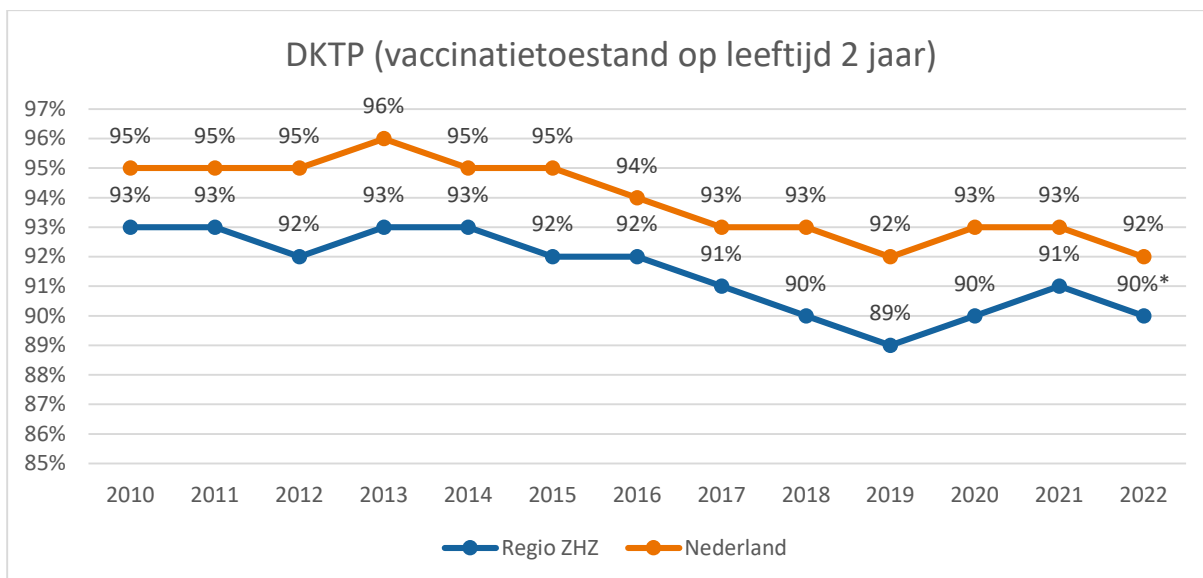
Vanuit de Gezondheidsmonitor Jeugd zijn nog geen trends beschikbaar

De Gezondheidsmonitor Jeugd is nu tweemaal uitgevoerd, in 2019 en in 2021, en van daaruit kunnen nog geen trends weergegeven worden. Vanuit Jong JGZ (Jeugdgezondheidszorg organisatie in Zuid-Holland Zuid) kunnen wel een aantal trends worden weergegeven. Jong JGZ ziet tijdens contactmomenten jeugdigen in de leeftijd van 0 tot jaar 18. Tijdens deze contactmomenten worden onder andere jeugdigen gevaccineerd en gemeten/gewogen. Onderstaand zullen de trends van zowel de vaccinatiegraad als overgewicht beschreven worden.

Vaccinatiegraad

We laten hier niet de cijfers van alle vaccinaties zien, maar beperken ons tot DKTP (difterie, kinkhoest, tetanus en polio) en BMR (bof, mazelen en rodehond) (vaccinatietoestand van kinderen op het moment dat ze 2 jaar oud worden). Zowel bij DKTP als BMR is tussen 2010 en 2022 een daling te zien in de vaccinatiegraad, zowel in Zuid-Holland Zuid als in Nederland. Daarnaast ligt de vaccinatiegraad in de regio Zuid-Holland Zuid standaard een paar procent lager dan in Nederland als geheel en zitten we bij DKTP tegen de minimale vaccinatiegraad van 90% aan en bij BMR onder de grens van 95%. De minimale vaccinatiegraad van respectievelijk 90% en 95% zijn nodig voor groepsbescherming enerzijds en voor het uitroeien van de ziekten anderzijds, maar daarvoor moet de vaccinatiegraad liefst hoger zijn en ook in alle landen. DKTP in de afgelopen jaren iets gestegen en lijkt nu weer te dalen/stabiliseren.

Bij DKTP is de vaccinatiegraad tussen 2010 en 2014 vrijwel gelijk en daalt tussen 2015 en 2019 van 93% naar 89% om vervolgens tot en met 2021 weer te stijgen naar 91%. In 2022 is de vaccinatiegraad weer met 1% gedaald naar 90%. De vaccinatiegraad van 2022 gaat over het kalenderjaar 2021 en in dat jaar zijn door de coronacrisis de nodige vaccinatiemomenten uitgesteld door de Jeugdgezondheidszorg. Na een correctie van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (waarin de uitgestelde vaccinatiemomenten van 2021 naar 2022 hebben meegeteld) is de vaccinatiegraad voor DKTP niet 90% maar hetzelfde als in het jaar daarvoor, namelijk 91% (**Figuur 16**).

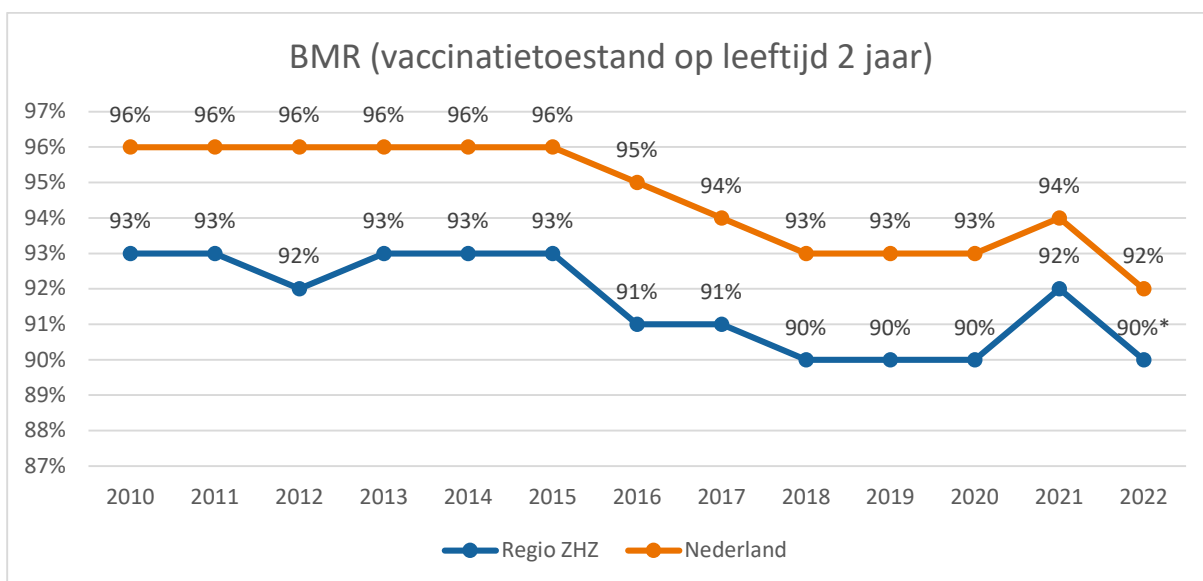


Figuur 16. Vaccinatiegraad van DKTP (vaccinatietoestand op leeftijd 2 jaar) tussen 2010 en 2022 in Zuid-Holland Zuid.

*na een correctie van het RIVM, waarin de uitgestelde vaccinaties van 2021 naar 2022 worden meegerekend, is de vaccinatiegraad in 2022 91% in plaats van 90%

BMR lijkt iets te dalen in het afgelopen jaar

Bij BMR is een vergelijkbaar verloop van dalingen en stijgingen te zien als bij DKTP. Echter zien we na een daling vanaf 2015 een stabilisatie tussen 2018 en 2020, en na een stijging naar 92% in 2021 weer een daling naar 90% in 2022. Na een correctie van het RIVM (waarin de uitgestelde vaccinatiemomenten van 2021 naar 2022 hebben meegeteld) is de vaccinatiegraad voor BMR niet 90% maar 91%; alsnog een daling van 1% in vergelijking met 2021 (**Figuur 17**).



Figuur 17. Vaccinatiegraad van BMR (vaccinatietoestand op leeftijd 2 jaar) tussen 2010 en 2022 in Zuid-Holland Zuid.

*na een correctie van het RIVM, waarin de uitgestelde vaccinaties van 2021 naar 2022 worden meegerekend, is de vaccinatiegraad in 2022 91% in plaats van 90%

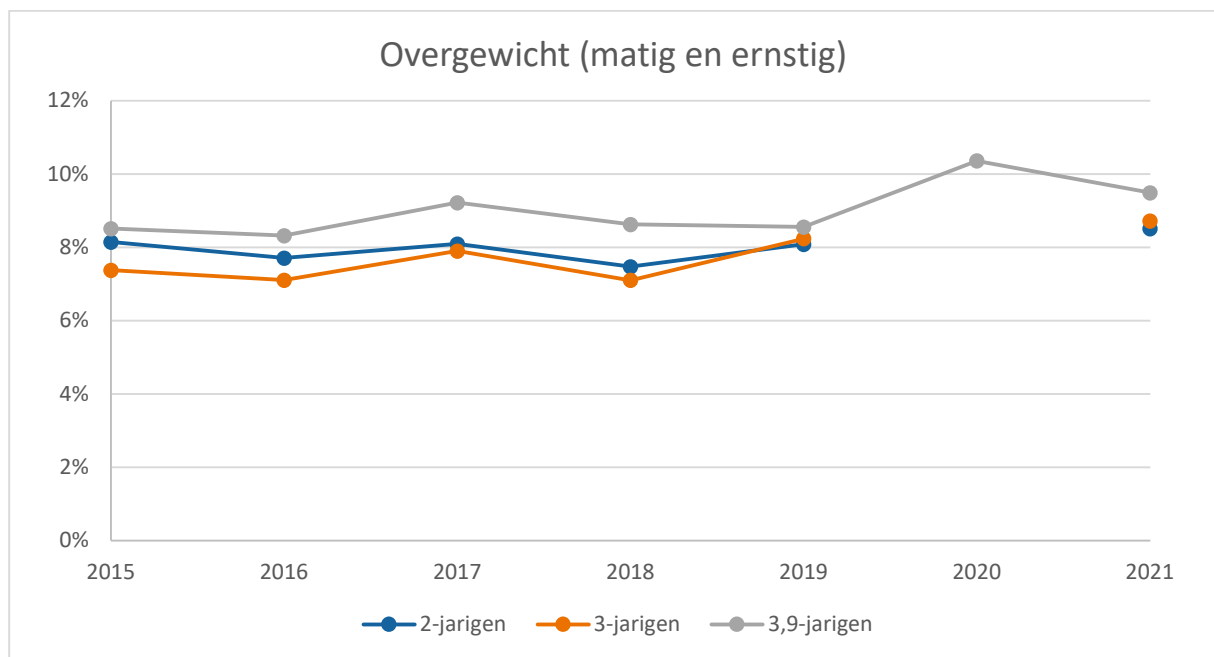
Invloed coronacrisis

De werkwijze van de Jeugdgezondheidszorg is tijdens de coronacrisis noodgedwongen aangepast. De invloed hiervan op de vaccinatiegraad is niet duidelijk. Daarnaast heeft de coronacrisis veel losgemaakt in de samenleving rondom vaccineren en de vraag is of dit invloed heeft gehad of gaat hebben op de vaccinatiegraad bij kinderen. De komende jaren zullen uitwijzen hoe de vaccinatiegraad zich ontwikkeld.

Overgewicht (matig en ernstig) bij jeugd

Overgewicht (matig en ernstig) is de afgelopen jaren redelijk stabiel bij 0- tot 4-jarigen

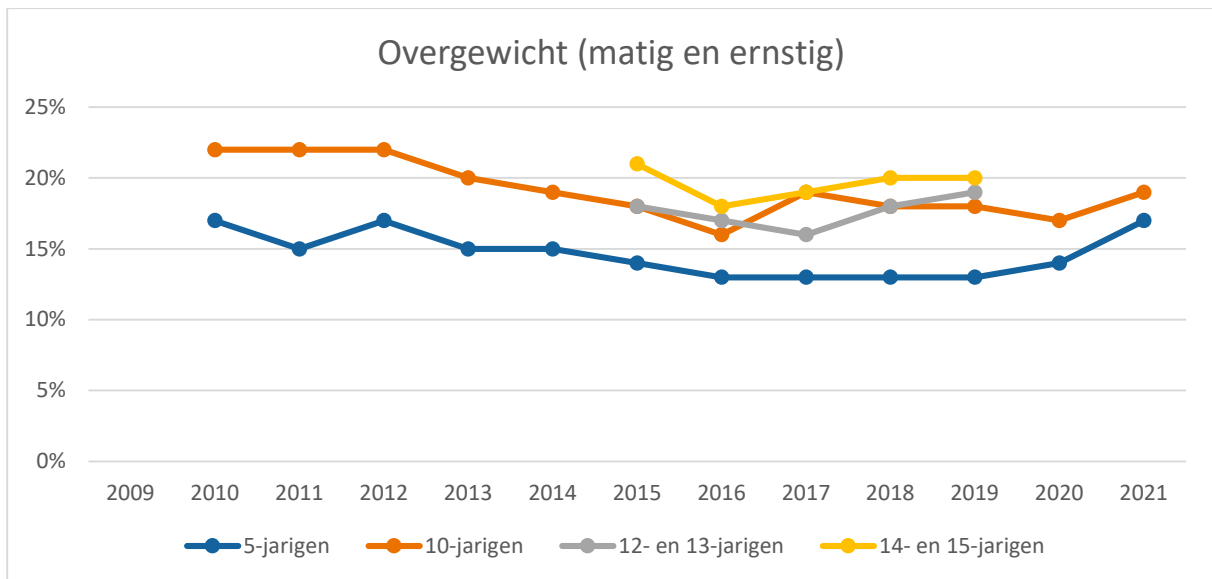
Het overgewicht bij 0- tot 4-jarigen is tussen 2015 en 2021 redelijk stabiel rond de 7-9% (**Figuur 18**).



Figuur 18. Overgewicht (matig en ernstig) bij 0-4 jaar tussen 2015 en 2021 in Zuid-Holland Zuid.

Overgewicht (matig en ernstig) van 5- en 10-jarigen stijgt licht de afgelopen jaren

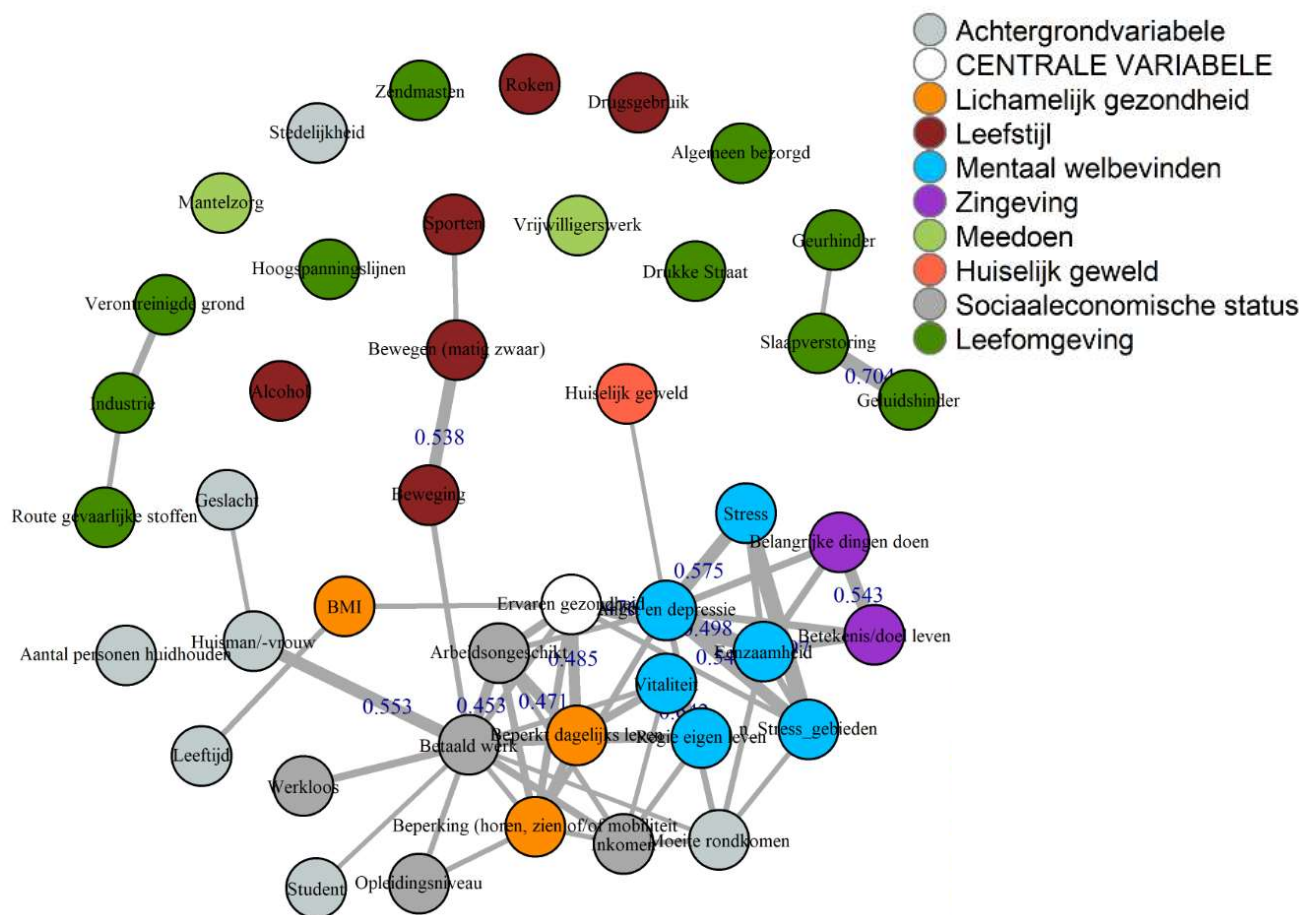
Vanaf 2012 is een lichte daling te zien in het overgewicht bij 5- en 10-jarigen. Vanaf 2016 stabiliseert de trend om vervolgens weer iets te stijging richting het niveau van 2021. Van de 12- tot en met 15-jarigen zijn alleen overgewichtcijfers tussen 2015 en 2019 beschikbaar. In die periode is eerst een lichte daling waar te nemen gevolgd door een lichte stijging (**Figuur 19**).



Figuur 19. Overgewicht (matig en ernstig) bij 5 tot en met 15 jaar tussen 2010 en 2021 in Zuid-Holland Zuid.

3.4 Netwerkanalyse met correlaties voor 18- tot en met 64-jarigen

Wanneer we ervaren gezondheid als centraal thema nemen dan zien we dat deze ervaren gezondheid enerzijds correleert met de psychische gezondheid (angst/depressie, vitaliteit, regie over eigen leven) en anderzijds met lichamelijke gezondheid (gewicht zoals uitgedrukt in BMI (Body Mass Index), lichamelijke beperkingen zoals mobiliteit, gehoorverlies en visusproblemen en beperkt in dagelijks leven door gezondheid). De correlatie is als volgt: hoe beter de ervaren gezondheid is, des te beter is psychische en lichamelijke gezondheid. Daarnaast is bij de 18- tot en met 64-jarigen (de beroepsbevolking) ervaren gezondheid gecorreleerd met de werksituatie (**Figuur 20**); inwoners die werken ervaren hun gezondheid over het algemeen beter dan mensen die niet werken.



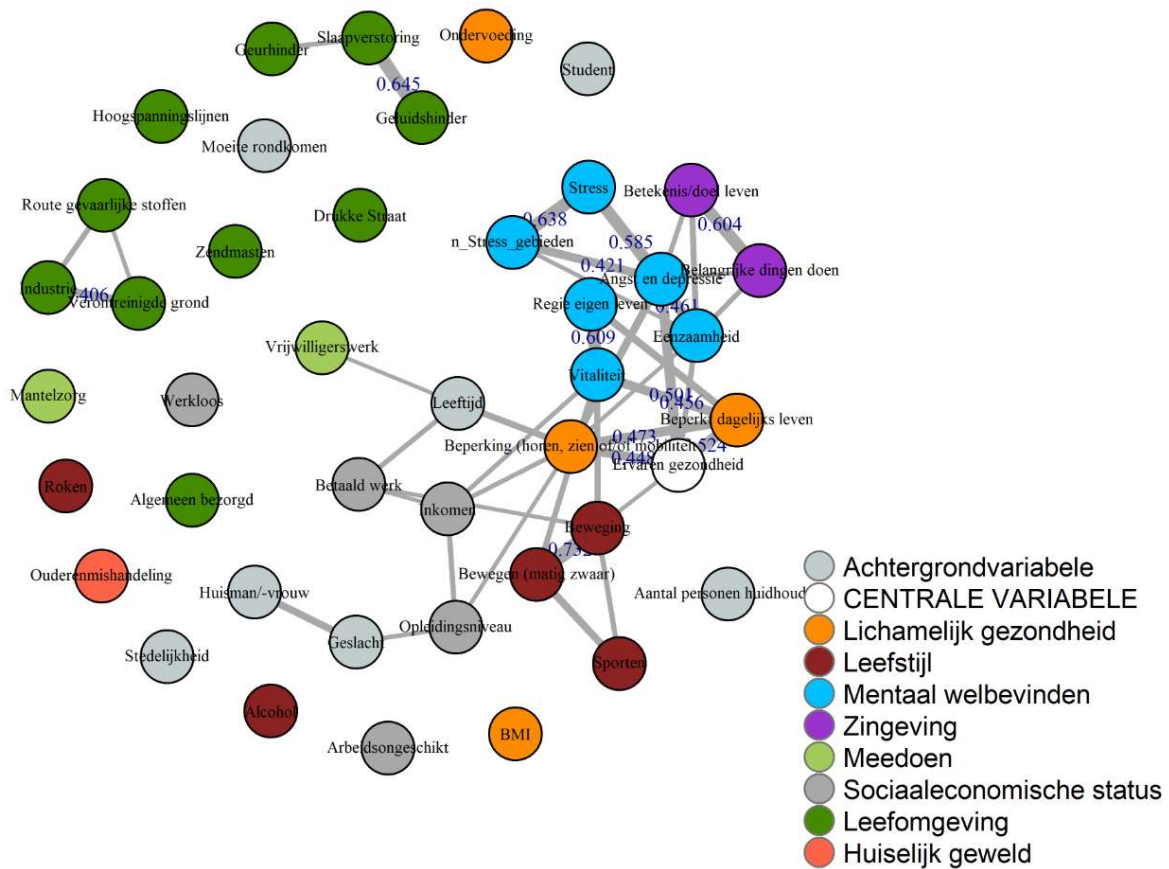
Figuur 20. Netwerkanalyse correlaties 19-65 jaar

3.5 Netwerkanalyse met correlaties voor 65-plussers

Net als bij de 18- tot en met 64-jarigen correleert ervaren gezondheid bij de 65-plussers enerzijds met de psychische gezondheid (angst/depressie, vitaliteit, regie over eigen leven) en anderzijds met lichamelijk gezondheid (lichamelijke beperkingen zoals mobiliteit, gehoorverlies en visusproblemen en beperkt in dagelijks leven door gezondheid) (**Figuur 21**). Ook zijn er een aantal opvallende verschillen tussen de 18- tot en met 64-jarigen en de 65-plussers. Zo is er bij de 18- tot en met 64-jarigen wel een correlatie tussen ervaren gezondheid en gewicht (uitgedrukt in BMI) en is die er bij de 65-plussers niet. Een ander verschil is dat bij 65-plussers er een correlatie is tussen ervaren gezondheid en beweging en die is er bij de 18- tot en met 64-jarigen niet.

Ongeacht de beperkingen van de huidige analyse, geeft het wel een beeld hoe complex het hele systeem rondom de ervaren gezondheid is. Het laat zien dat wanneer je de ervaren gezondheid van inwoners wilt verbeteren het gezondheidsbeleid vanuit meerdere kanten moet aanvliegen. Beleid op collectief niveau zal dus ingezet moeten worden op meerdere factoren om de publieke gezondheid te bevorderen. Tevens laten de huidige resultaten zien dat er ook maatwerk nodig is. Immers, zorgen die spelen rondom

het effect van industrie op de gezondheid spelen zeer waarschijnlijk het meest bij mensen die dichtbij dergelijke industrie wonen.



Figuur 21. Netwerkanalyse correlaties 65 jaar en ouder

3.6 Trends van thema's met de sterkste correlaties met ervaren gezondheid

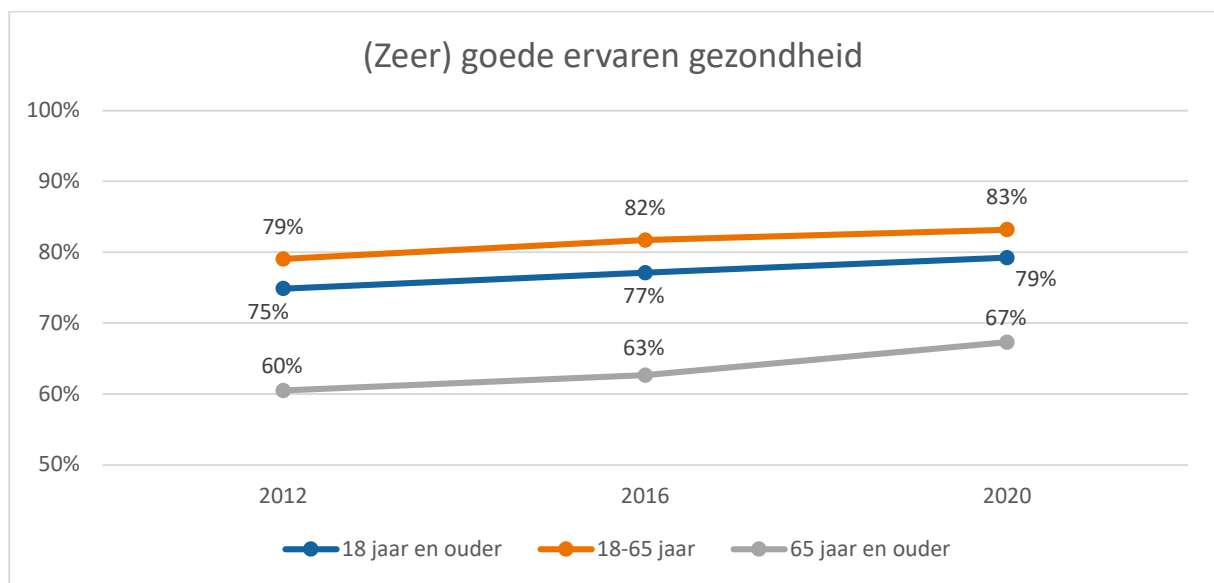
Een trend laat zien hoe het voorkomen van een bepaald gezondheidsthema daalt, gelijk blijft of juist stijgt en geeft hiermee informatie voor beleidsmakers. Doordat de GGD de gezondheidsmonitor om de 4 jaar herhaalt, is er voor de meeste gezondheidsthema's een trend te maken.

Voor beide doelgroepen (18- tot en met 64-jarigen en 65-plussers) volgen nu de trends van de thema's die het sterkst correleren met ervaren gezondheid uit de netwerkanalyses. Voor de 18- tot en met 64-jarigen zijn dit de thema's vitaliteit, lichamelijke beperkingen, risico op angststoornis en/of depressie, regie over eigen leven, werksituatie en eenzaamheid. En voor de 65-plussers zijn dit de thema's vitaliteit, lichamelijke beperkingen, risico op angststoornis en/of depressie, regie over eigen leven, eenzaamheid en beweging. Voor beide doelgroepen komen de thema's bijna geheel overeen met uitzondering van de werksituatie bij 18- tot en met 64-jarigen en beweging

bij de 65-plussers. Voor vitaliteit is geen trend beschikbaar en deze zal dan ook niet beschreven worden.

Ervaren gezondheid

In 2020 heeft 79% van de inwoners van 18 jaar en ouder een (zeer) goede ervaren gezondheid. Van de groep 18-65 jaar heeft 83% een (zeer) goede ervaren gezondheid en van de groep 65 jaar en ouder 67%. **Figuur 22** toont een significante stijging in (zeer) goed ervaren gezondheid voor de totale groep 18 jaar en ouder tussen 2012 en 2016 (75% versus 79%) en ook bij de 18- tot en met 64-jarigen en de 65-plussers is dit het geval.



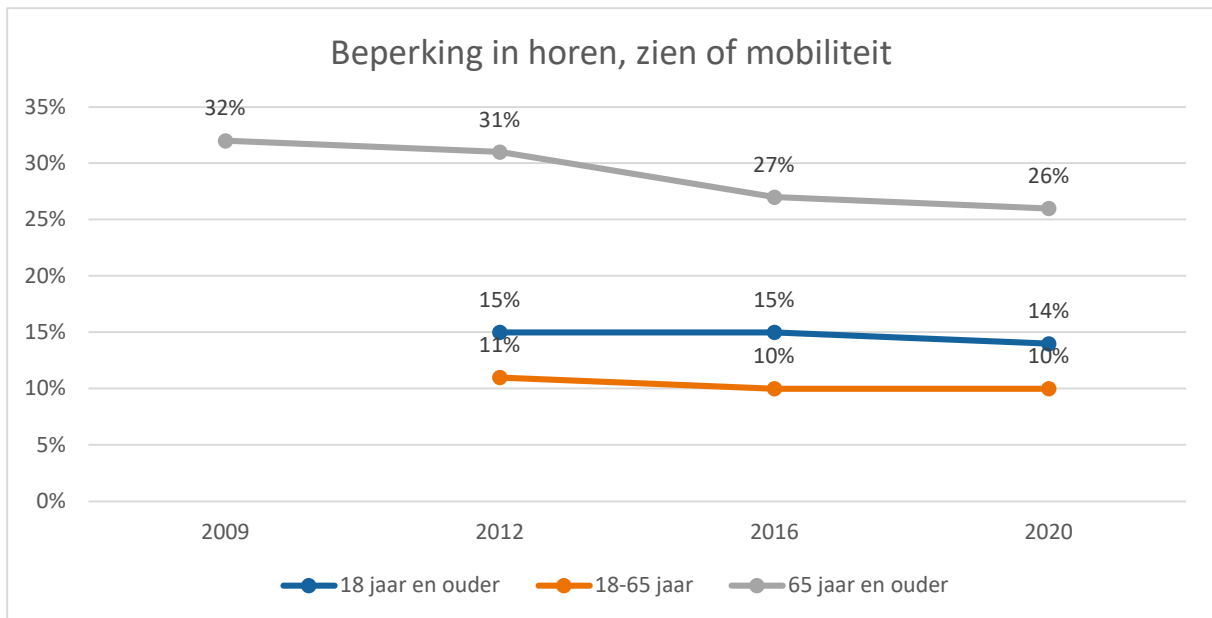
Figuur 22. (Zeer) goede ervaren gezondheid van 2012-2020 in Zuid-Holland Zuid.

Als we de ervaren gezondheid vergelijken op basis van de hoogst afgeronde opleiding, dan zijn er duidelijke verschillen zichtbaar. Ongeveer 68 procent van de volwassenen die geen onderwijs, alleen lager onderwijs, lbo of mavo hebben afgerond ervaren hun gezondheid als goed of zeer goed. Bij mensen die HBO of WO hebben afgerond is dit 87 procent.

Lichamelijke beperkingen in horen, zien en mobiliteit zijn bij 65-plussers afgenomen

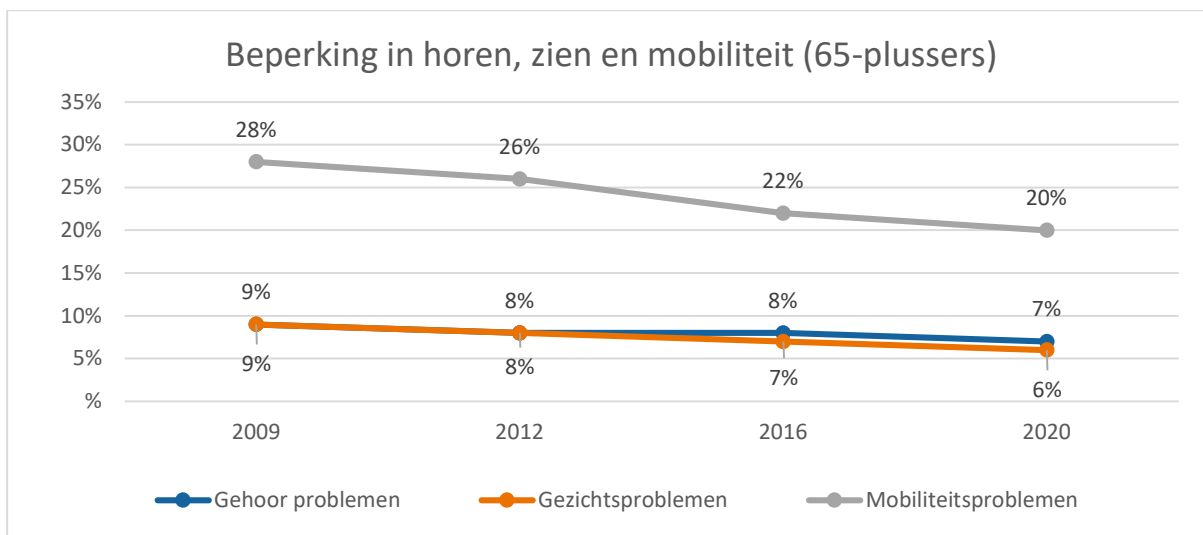
Onder alle inwoners van 18 jaar en ouder is het percentage met minimaal één beperking in horen, zien of mobiliteit tussen 2012 en 2020 stabiel rond de 14-15%. Alleen bij de inwoners van 65 jaar en ouder zien we tussen 2009 en 2020 een significantie daling in het percentage met minimaal één beperking in horen, zien of mobiliteit van 32% in 2009 naar 26% in 2020 (**Figuur 23**). Het lijkt niet te kloppen dat het percentage inwoners van 18 jaar en ouder met minimaal één beperking in horen, zien of mobiliteit tussen 2012 en 2016 niet daalt. Doordat in figuur 22 gebruik wordt gemaakt van afgeronde percentages is niet

te zien dat het percentage van de 18-plussers daalt van 15,2% in 2012 naar 14,5% in 2016. De daling van 0,7% bij de 18-plussers wordt voornamelijk veroorzaakt door de daling bij de 65-plussers, een daling van 3,4% tussen 2012 en 2016. Dat de 65-plussers weinig invloed hebben op het gemiddelde komt doordat de 65-plussers een relatief kleine groep is, slecht 20% van alle volwassenen (inwoners van 18 jaar en ouder) is 65 jaar of ouder.



Figuur 23. Minimaal 1 beperking in horen, zien of mobiliteit van 2009-2020 naar leeftijd in Zuid-Holland Zuid.

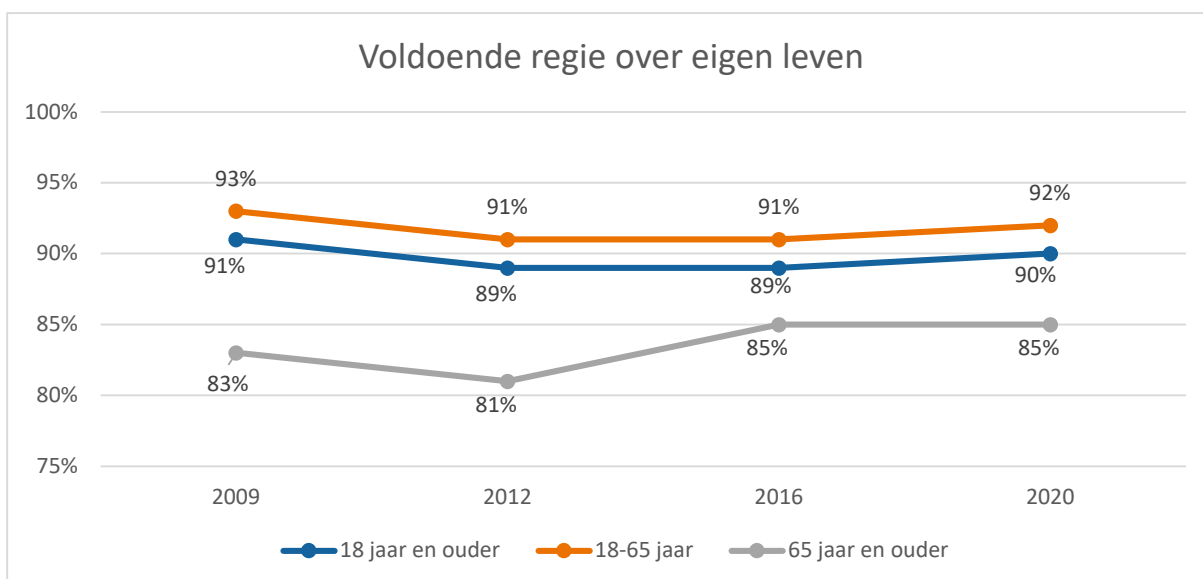
In **Figuur 24** zijn de percentages van horen, zien en mobiliteit los weergegeven voor de 65-plussers en dit maakt duidelijk dat de daling met name wordt veroorzaakt door de significante daling in het voorkomen van mobiliteitsproblemen bij de 65-plussers (van 28% in 2009 naar 20% in 2020). Deze afname is in overeenstemming met de bestaande literatuur, waarin als verklaring voor de afname een lichte daling in geslacht-specifieke prevalentie van mobiliteitsbeperkingen wordt gegeven. Mobiliteitsbeperkingen lijken de afgelopen jaren met name te dalen onder de mannelijke bevolking (Picavet & Hoeymans, 2002). De gemiddelde levensverwachting is de afgelopen jaren toegenomen en daarmee ook de ziekte (of handicap-)vrije levensverwachting (Enroth, et al., 2021). Het is aannemelijk om te veronderstellen dat ouderen de afgelopen decennia hebben kunnen profiteren van betere leefomstandigheden, betere zorg en een gezondere levensstijl (t.o.v. de oudste inwoners), wat de verhoogde levensverwachting en functionele vooruitgang van de oudere populatie voor een groot deel kan verklaren.



Figuur 24. Beperking in horen, zien en mobiliteit onder 65-plussers tussen 2009 en 2020 in Zuid-Holland Zuid.

Meer inwoners hebben voldoende regie over eigen leven

Tussen 2009 en 2020 is de trend in het percentage inwoners van 18 jaar en ouder dat voldoende regie over het eigen leven heeft stabiel te noemen en ligt rond de 90%. Onder inwoners van 65 jaar en ouder is dit beeld anders en is tussen 2012 en 2020 een significante stijging te zien van 81% in 2012 naar 85% in 2020 (**Figuur 25**).

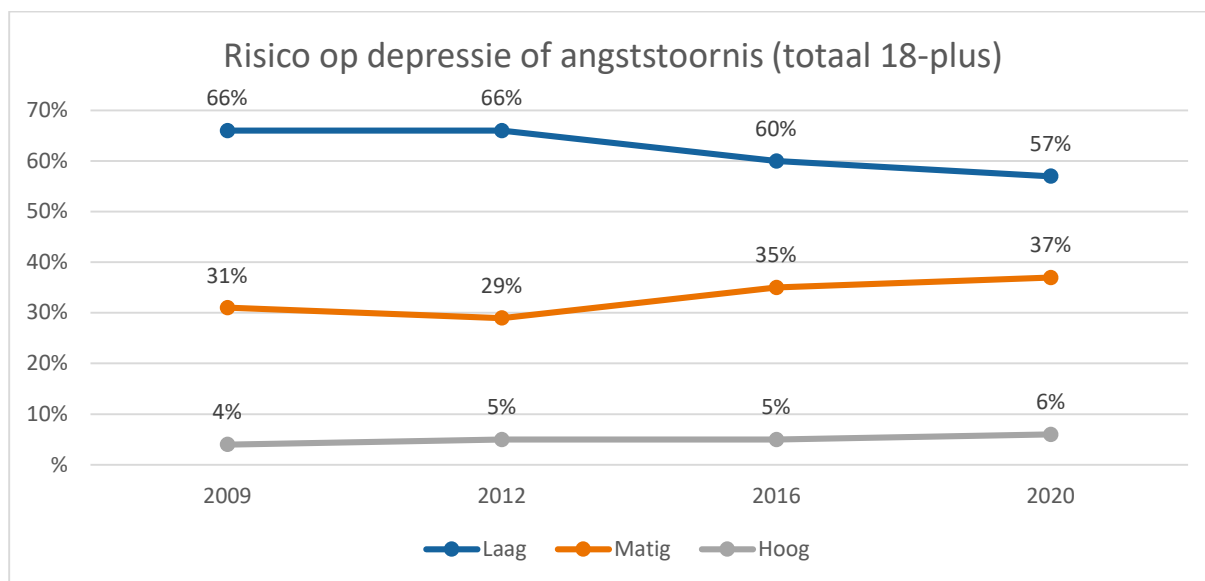


Figuur 25. Voldoende regie over eigen leven tussen 2009 en 2020 in Zuid-Holland Zuid.

Risico op angststoornis en/of depressie is toegenomen

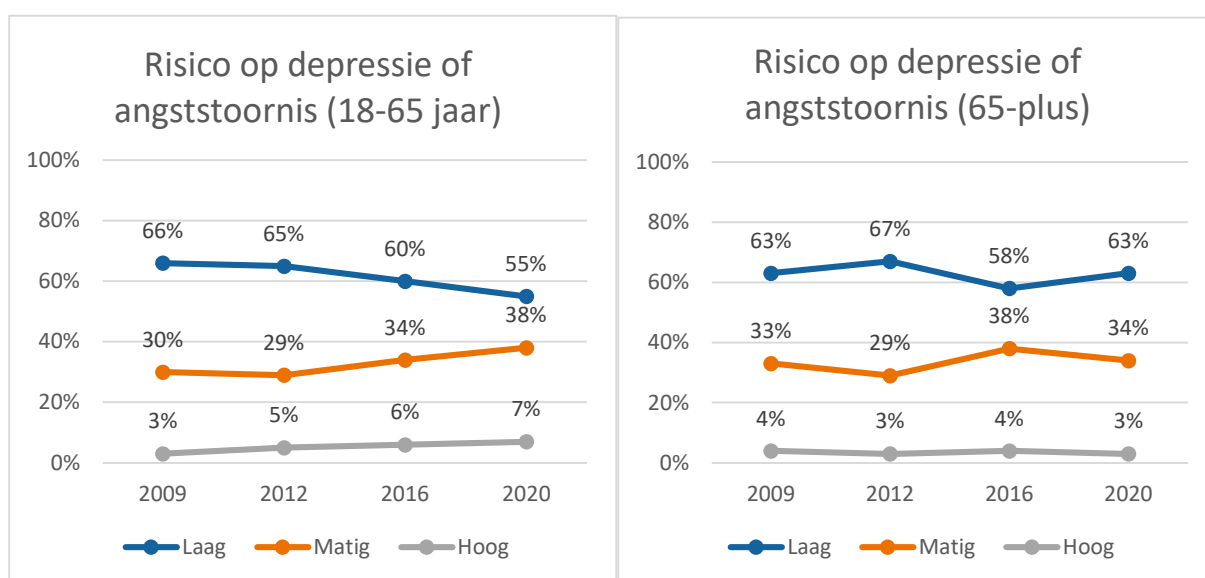
Het percentage met een laag risico op een angststoornis en/of een depressie is onder inwoners van 18 jaar en ouder tussen 2009 en 2020 significant gedaald, namelijk van 66% in 2009 naar 57% in 2020. Deze daling valt samen met een stijging in het percentage

inwoners met een matig of hoog risico. Dit risico is namelijk tussen 2009 en 2020 toegenomen van 35% naar 43% (**Figuur 26**).



Figuur 26. Risico op depressie of angststoornis tussen 2009 en 2020 in Zuid-Holland Zuid.

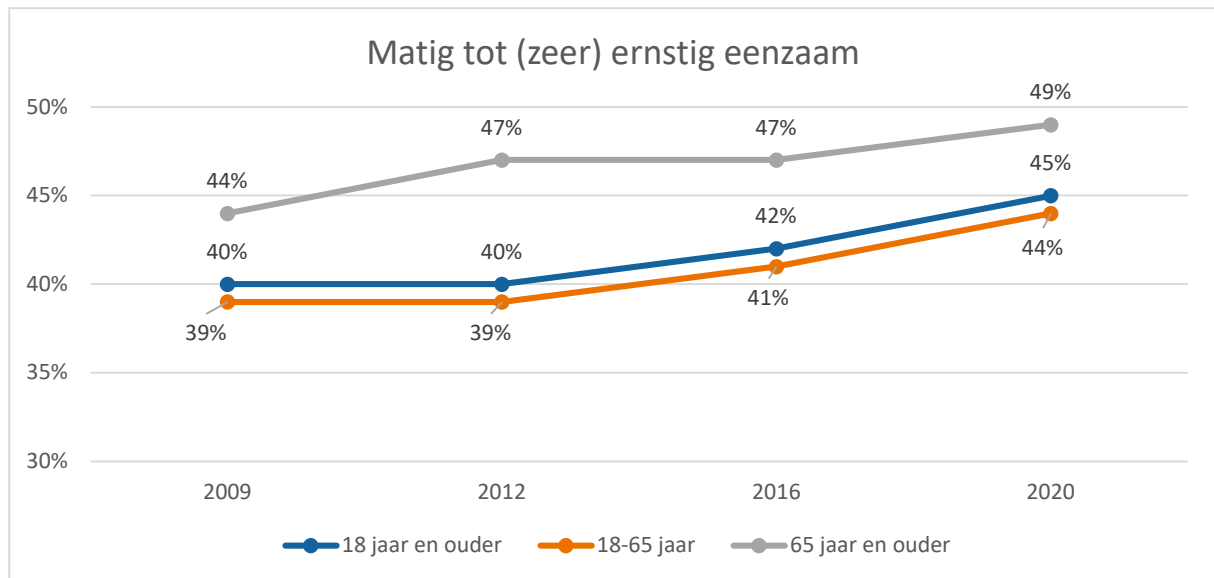
Interessant genoeg komt de stijging in het percentage matig en hoog risico op een depressie of angststoornis alleen voor onder 18- tot en met 64-jarigen, niet onder 65-plussers (**Figuur 27 en 28**). Tussen 2009 en 2020 is het percentage 65-plussers met een matig of hoog risico op een depressie of angststoornis relatief stabiel. Dit in tegenstelling tot inwoners tussen de 18- en 65-jaar oud, waar een significante toename waar te nemen is van 34% in 2009 naar 45% in 2020 voor een matig of hoog risico (**Figuur 27 en 28**).



Figuur 27 (links) en 28 (rechts). Risico op depressie of angststoornis bij 18-65 jaar en 65-plus tussen 2009 en 2020 in Zuid-Holland Zuid.

Enzaamheid is toegenomen

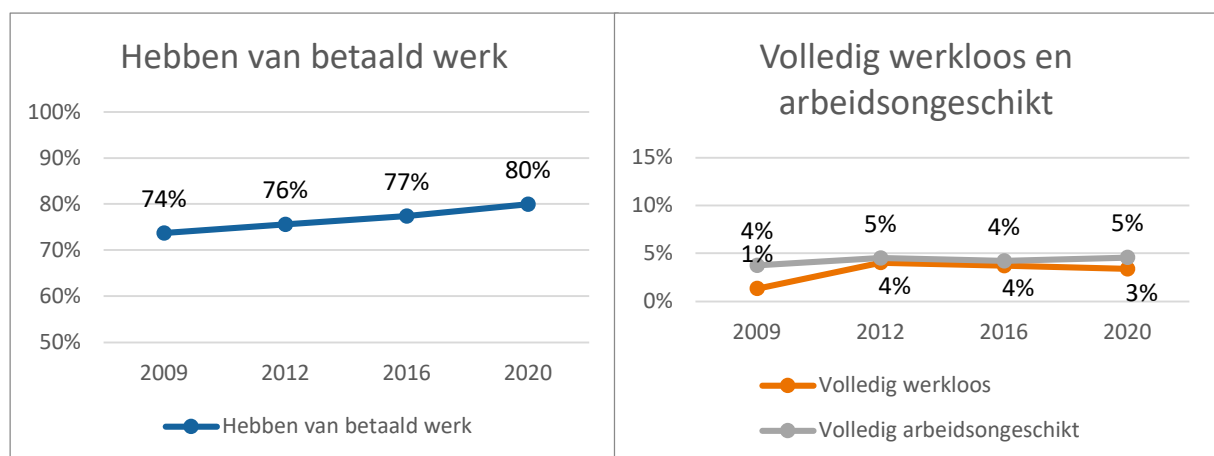
Tussen 2009 en 2020 is het percentage matig tot zeer ernstig eenzame inwoners van 18 jaar en ouder gestegen van 40% naar 45%. Dezelfde beweging is ook bij de doelgroepen 18- tot en met 64-jarigen en 65-plussers terug te zien; bij 18- tot en met 64-jarigen is de stijging van 39% naar 44% en bij 65-plussers is de stijging van 44% naar 49% (**Figuur 29**).



Figuur 29. Matige tot zeer ernstige eenzaamheid tussen 2009 en 2020 in Zuid-Holland Zuid.

Werksituatie

In 2020 heeft 80% van de inwoners van 18 tot en met 64 jaar betaald werk (minimaal 1 uur per week), dat is hoger dan in 2009. In 2009 had 74% van de 18- tot en met 64-jarigen betaald werk en sindsdien is dit percentage gestaag gestegen. Het percentage van volledig arbeidsongeschikten is stabiel gebleven en ligt in 2020 op 5%. Het percentage volledig werklozen is sinds 2012 redelijk stabiel en is in 2020 3% (**Figuur 30 en 31**).



Figuur 30 (links) en 31 (rechts). Hebben van betaald werk en volledige werkloosheid/arbeitsongeschiktheid tussen 2009 en 2020 in Zuid-Holland Zuid.

4 Verdieping: werken aan meer inzicht en participatie

De netwerkanalyses en trends geven nog niet veel informatie over de kenmerken van variabelen of inzicht op welke manier factoren op elkaar inwerken. Ook zeggen deze analyses weinig over hoe bewoners bijvoorbeeld overgewicht beleven en welke oplossingen zij zien om hun gezondheid te beschermen of te bevorderen. Hiervoor is verdiepend onderzoek nodig, zowel met kwantitatieve (epidemiologische) als kwalitatieve (ethnografische en participatieve) methoden. De komende jaren gaat de GGD hieraan in haar kennisprogramma meer aandacht geven.

Verdieping

Recent heeft de GGD twee verdiepende analyses gemaakt. De eerste analyse heeft betrekking op angst en depressies bij jongvolwassenen (zie voor de conclusie **Tekstblok 1**). De tweede analyse gaat over de kenmerken van obesitas bij volwassen inwoners in onze regio (zie voor de conclusie **Tekstblok 2**). De volledige analyses zijn te lezen op www.hoegezondiszhz.nl.

Risico op angst en depressie bij jongvolwassenen.

Een hoog risico op een angststoornis of depressie komt vaker voor onder jongvolwassenen (18 t/m 34 jaar) dan bij de inwoners van 35 jaar en ouder.

Binnen de groep jongvolwassenen komt een hoog risico op een angststoornis of depressie het vaakst voor bij 18- tot en met 24-jarigen, jongvolwassenen met een midden (lbo, mavo) opleiding, een laag inkomen of moeite met rondkomen.

Jongvolwassenen ervaren door de coronacrisis meer gevoelens van angst en depressie dan inwoners van 35- jaar en ouder.

De afname van mentaal welzijn onder jongeren kan mogelijk worden verklaard door een stijging in smartphonegebruik.

Tekstblok 1. Risico op angst en depressie bij jongvolwassenen.

Obesitas bij inwoners 18-plus in Zuid-Holland Zuid

Obesitas komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

Obesitas komt vaker voor bij 65 plussers dan bij de groep 18 tot en met jaar. Echter is de sterkste stijging in de prevalentie van obesitas zichtbaar tussen de 18 en 35 jaar.

Mensen die moeite hebben met rondkomen hebben vaker obesitas dan mensen die geen moeite hebben met rondkomen.

Mensen die last hebben van mentale problematiek zoals (heel) veel stress, depressies en/of angststoornis hebben vaker obesitas, dan mensen zonder mentale problematiek.

Mensen met weinig veerkracht hebben vaker obesitas dan mensen met veel veerkracht.

Tekstblok 2. Obesitas bij inwoners 18-plus in Zuid-Holland Zuid.

In de komende maanden komen nog twee nieuwe verdiepende analyses beschikbaar. Deze gaan over eenzaamheid en over lichamelijke beperkingen. In het licht van de ontwikkelingen van het Gezond en Actief Leven Akkoord en de nieuwe beleidsontwikkelingen voor het lokaal gezondheidsbeleid gaan we in gesprek met de gemeenten over welke onderwerpen verdere verdieping vragen. Deze verdiepingen kunnen gedaan worden voor volwassen en ouderen, maar ook voor andere doelgroepen zoals kinderen, jeugd en jongvolwassenen.

Kwalitatieve verdieping

Vanuit de GGD ZHZ wordt ook gewerkt aan meer inzicht in de gezondheid van inwoners door kwalitatieve en participatieve methoden te gebruiken. Samen met inwoners wordt dan onderzoek gedaan naar gezondheid. Vragen die hierbij gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld hoe publieke ruimten bijdragen aan gezondheid en veerkracht van mensen in lage inkomensbuurten of hoe bestaansonzekerheid en onveiligheid in de buurt van invloed zijn de manier waarop mensen hun gezondheid ervaren. Het publiek maken van deze stemmen wordt in toenemende mate gezien als een publieke gezondheidstaak en een belangrijke pijler van gezondheidsbevordering en bescherming (Horstman & Knibbe, 2022). Samen met inwoners wordt vervolgens ook nagedacht over wat er moet veranderen om gezondheid of veerkracht te verbeteren.

Een mooi voorbeeld is recent focusgroep onderzoek met senioren. Uit het onderzoek blijkt dat 'zij bij het stijgen van de jaren te maken hebben of krijgen met kwetsbaarheden, op fysiek en/ of mentaal vlak. Toch is de meerderheid van mening dat ze zich vitaal voelen! Ze gaven aan het vermogen te hebben veranderingen in de levenssituatie en de achteruitgaande gezondheid te accepteren, zich hieraan aan te passen en te focussen op

wat wel mogelijk is. Dat zijn mooie inzichten en kan de beeldvorming van ouder worden, in positieve zin beïnvloeden' (GGD ZHZ, 2023).

Momenteel wordt in twee projecten op een participatieve manier gewerkt. Het gaat om een project met bewoners in Krispijn en om een door ZonMw gefinancierd project waarin met gezinnen en professionals onderzocht wordt hoe de hulpverlening aan gezinnen waarin obesitas cultuur sensitiever te maken. Daarnaast zijn er aanvragen voor subsidie in voorbereiding om wijkgericht te gaan werken aan het verminderen van roken, waarbij participatie van bewoners een belangrijke rol inneemt.

5 Conclusies

In dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten van de analyses een aantal conclusies geformuleerd. Zoals in de inleiding al aangegeven, zijn er meer determinanten die invloed hebben op de gezondheid dan in dit rapport aan de orde zijn gekomen. Bijvoorbeeld het klimaat, de inrichting van de woonomgeving, fijnstof deposities en de kwaliteit van sociale relaties. Deze factoren hebben we niet betrokken omdat de analyses beperkt zijn tot variabelen uit de recente monitors, zoals de Volwassenen en Ouderen Monitor en de Jeugdmonitor. Bij het verbeteren van gezondheid en het verminderen van gezondheidsachterstanden moeten deze factoren en achterliggende determinanten zoals ongelijkheid en armoede met nadruk worden betrokken. Gezondheid en welbevinden wordt door veel factoren beïnvloed en kunnen door de tijd heen veranderen. Dit hebben we laten zien door enkele trends van variabelen te tonen die sterk samenhangen met ervaren gezondheid.

De meeste factoren zijn door individuen niet zelf te beïnvloeden. Tegelijkertijd richt het (gezondheids)beleid zich voornamelijk op de individuele verantwoordelijkheid van mensen om gezonde keuzes te maken. Het gevolg van dit beleid is dat op **populatie niveau** beperkt duurzame en positieve resultaten worden geboekt als het gaat om gezondheid. Tegelijkertijd is de noodzaak voor een gezondere bevolking groot: de ongelijkheid neemt verder toe, de zorgkosten blijven toenemen en de zorg dreigt vast te lopen. Het verschuiven van gezondheid als individuele verantwoordelijkheid naar een **gedeelde** individuele en collectieve verantwoordelijkheid biedt hiervoor perspectief. Geïnspireerd door de beweging om gezondheid als een complex systeem te zien, hebben we aan de hand van netwerkanalyses van de gezondheidsmonitors laten zien hoe variabelen met elkaar samenhangen en van invloed zijn op de ervaren gezondheid ook als is de causaliteit en de richting hiervan niet precies te duiden. Deze analyses illustreren dat enkelvoudige interventies die alleen gericht zijn op (het nemen of versterken van) individuele verantwoordelijkheid te kort gaan schieten om daadwerkelijk **impact** te maken in de bevolking. Hiervoor is op verschillende niveaus en vanuit verschillende domeinen collectieve actie nodig, te beginnen met integrale doelstellingen. Daarnaast is het voor het verminderen van gezondheidsachterstanden essentieel om naast de academische en professionele kennis – zoals in dit document is gepresenteerd - ook de kennis van inwoners te betrekken. Kwalitatief onderzoek en participatief werken geeft dieper inzicht in wat mensen in bijvoorbeeld lage inkomensbuurten dagelijks meemaken en hoe zij betekenis geven aan gezondheid. Alleen door het betrekken van inwoners kan er daadwerkelijk collectieve actie ontstaan om gezondheid op een duurzame manier te verbeteren.

Literatuur

Enroth, L., Raitanen, J., Halonen, P., Tiainen, K., & Jylhä, M. (2021). Trends of Physical Functioning, Morbidity, and Disability-Free Life Expectancy Among the Oldest Old: Six Repeated Cross-Sectional Surveys Between 2001 and 2018 in the Vitality 90+ Study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 1227-1233. doi: 10.1093/gerona/glaa144.

GGD ZHZ (2023) *Praat mét mij: de senior bestaat niet*. Dordrecht: <https://www.hoegezondiszhz.nl/news/Praat-met-mij--De-senior-bestaat-niet/53>

Horstman, K. & Knibbe, M. (2022) *Gezonde Stad: Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte*. Uitgeverij de Graaff.

Nobles, J. D., Radley, D., Mytton, O. T. (2021). The Action Scales Model: A conceptual tool to identify key points for action within complex adaptive systems. *Perspectives in public health*, DOI: 10.1177/17579139211006747.

Picavet, H., & Hoeymans, N. (2002). Physical disability in The Netherlands: Prevalence, risk groups and time trends. *Public Health*, 231-237. doi: 10.1038/sj.ph.1900864.

RIVM (2021) Impactvolle determinanten: Ongezonde voeding. RIVM: <https://www.rivm.nl/determinanten-van-gezondheid/ongezonde-voeding>

RIVM (2022) Impactvolle determinanten van gezondheid. RIVM: www.rivm.nl/factsheet-determinanten.

Colofon

Deze publicatie is onderdeel van het kennisprogramma van de Dienst Gezondheid & Jeugd ZHZ 2019-2023.

Auteurs:

Pauline Croll, PhD.

Edis Sepo, MSc.

Johan van Veelen, MSc.

Suzan Bras, MSc.

Chrystel Luijendijk, MSc.

Arne Mellaard, PhD.

Citeren als:

Croll, P, E. Sepo, J. van Veelen, S. Bras, C. Luijendijk & A. Mellaard (2023) Publieke gezondheid in Zuid-Holland Zuid: Epidemiologische verkenningen over demografie, trends en complexiteit. Dordrecht: GGD-ZHZ.

Karel Lotsyweg 40
Postbus 166, 3300 AD Dordrecht

 078 770 8500
 info@dgjzhz.nl
 www.dienstgezondheidjeugd.nl