

Gezondheid in kaart

Rotterdam



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de gemeente Rotterdam	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	31
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	32
	Definities	34
	Afkortingen	38
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Rotterdam	40

1 Inleiding

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

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

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Rotterdam

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Rotterdam. De belangrijkste bevindingen zijn vertaald in kernboodschappen voor gezondheidsbeleid. De kernboodschappen worden toegelicht en mogelijk toekomstig beleid met betrekking tot het betreffende onderwerp wordt beschreven. In de *bijlage* is een uitgebreid gezondheidsprofiel van de gemeente opgenomen.

In het rapport is informatie bijeen gebracht die gaat over vragen als: Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen? Waarom zijn dit problemen? Waar liggen mogelijkheden voor verbetering? Van deze informatie kan de gemeente Rotterdam gebruik maken om te komen tot keuzes in het gezondheidsbeleid.

Voor elke gemeente en deelgemeente in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond is een regionaal VTV-rapport gemaakt (totaal 33). De psychosociale gezondheid van de jeugd is voor het hele Rijnmondgebied een belangrijk thema. Daarom wordt daar in alle rapporten aandacht aan besteed. Omdat de invloed van de fysieke omgeving op gezondheid vaak onderbelicht blijft, komt ook dit in elk rapport aan de orde.

De kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid in Rotterdam luiden:

- De inwoners van Rotterdam zijn minder gezond dan de inwoners van Nederland. Dit vraagt actie, ook buiten het terrein van de gezondheid.
- Veel kinderen in Rotterdam maken een slechte start bij de geboorte. Een brede aanpak van preconceptie tot kraamzorg kan verbetering brengen.
- Eenzaamheid is in Rotterdam een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de inwoners van Rotterdam heeft een slechte psychische gezondheid. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Een deel van de jeugd van Rotterdam groeit niet op in veiligheid. Bestaande programma's moeten voortgezet worden om de situatie verder te verbeteren.
- Overgewicht is in Rotterdam een hardnekkig en groot probleem. Een brede aanpak van voeding en beweggedrag is nodig.
- In Rotterdam wordt minder alcohol gedronken dan gemiddeld in Nederland en evenveel gerookt. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren gaan roken.
- Huiselijk geweld is onacceptabel. Niet alleen opvang van slachtoffers, maar ook preventie is nodig.
- Veel Rotterdammers kampen met een combinatie van lichamelijke, geestelijke en psychische problemen. Een persoonsgerichte aanpak en samenwerking door de verschillende partijen biedt perspectief.
- Investeren in de leefomgeving is niet alleen bevorderlijk voor de gezondheid van de Rotterdammers, maar draagt ook bij aan de beleving van de stad.

Naast deze stedelijke kernboodschappen heeft de GGD kernboodschappen geformuleerd per deelgemeente, passend bij de specifieke situatie in de deelgemeente. De kernboodschappen over huiselijk geweld en Rotterdammers die kampen met complexe problemen gelden als kernboodschap voor alle Rotterdamse deelgemeenten.

Het Rotterdams gemeentebestuur ziet gezonde Rotterdammers als voorwaarde voor een sociaal sterke stad. Bevorderen van de gezondheid is daarmee een onderdeel van de sociale strategie van de stad.

Aan het bevorderen van gezondheid kan op verschillende manieren worden gewerkt. In de eerste plaats door acties vanuit de gezondheidssector, specifiek gericht op de gezondheid. Daarnaast kan de gezondheidssector samenwerken met andere sectoren om de gezondheid te bevorderen. Tot slot kunnen ook acties buiten de gezondheidssector die niet op gezondheid zijn gericht daar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze diverse benaderingen van de bevordering van gezondheid

komen naar voren in de verschillende gezondheidsprogramma's in Rotterdam, in het stadsbrede programma 'Gezond in de Stad' en het stadsregionale programma 'Ieder Kind Wint'. Daarnaast heeft het bevorderen van de gezondheid meer of minder expliciet een plaats in de integrale wijkactieplannen en de gebiedsvisies die onder regie van de deelgemeenten tot stand komen.

Leeswijzer

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

De inwoners van de gemeente Rotterdam

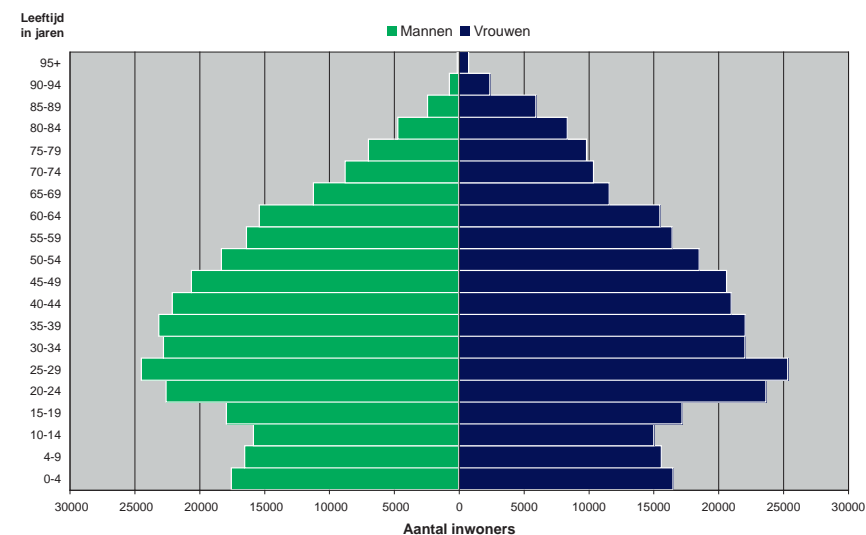
2

Rotterdam, stad aan de Maas, is met bijna 600.000 inwoners de op één na grootste stad van Nederland. Rotterdam bestaat uit 12 deelgemeenten en een wijkraad voor Pernis. Op 18 maart 2010 wordt de gemeente Rotterdam uitgebreid met de nieuwe deelgemeente Rozenburg. De Rotterdamse haven behoort tot de grootste en belangrijkste havens ter wereld. Rotterdam is tevens een multiculturele stad: Rotterdam herbergt meer dan 160 verschillende nationaliteiten.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van Rotterdam geeft dit hoofdstuk informatie over de bevolkingssamenstelling van de stad. Er wordt ingegaan op aspecten van de demografie die een relatie kunnen hebben met de gezondheid zoals de leeftijdsopbouw, de etniciteit, de sociaaleconomische status en de bevolkingsprognose.

Aantal inwoners en leeftijdsopbouw

Rotterdam had op 1 januari 2009 587.161 inwoners. Rotterdam heeft het grootste oppervlak van de G4 (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht). De bevolkingsdichtheid van Rotterdam is met 2.831 inwoners per vierkante kilometer (in 2008) de laagste van de vier grote steden. De hoogste bevolkingsdichtheid heeft Den Haag (5.773 inwoners per vierkante kilometer).



Figuur 2.1: Demografische opbouw van de gemeente Rotterdam op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

De lagere bevolkingsdichtheid van Rotterdam wordt voor een deel verklaard uit het feit dat een deel van de gemeente uit havengebied bestaat.

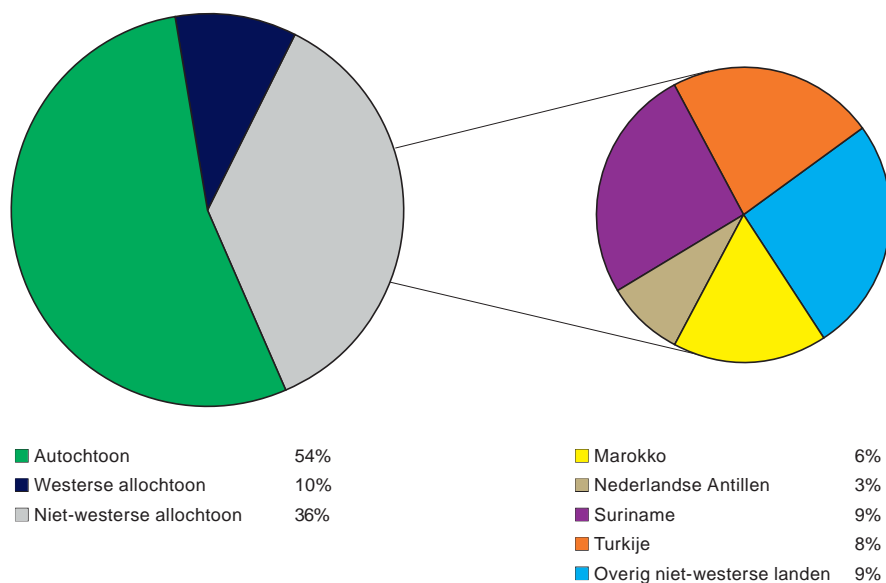
De bevolkingsdichtheid van de deelgemeenten varieert sterk. Delfshaven telt gemiddeld 13.889 inwoners per vierkante kilometer, Hoek van Holland 671.

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw in Rotterdam per 1 januari 2009 weergegeven. In Rotterdam is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen nagenoeg gelijk verdeeld: 50,9% vrouwen en 49,1% mannen. In de leeftijdscategorie 20-29 jaar en vanaf 65 jaar zijn er meer vrouwen dan mannen.

Het aantal 0- tot 19-jarigen in Rotterdam is met 22% bijna gelijk aan het landelijk gemiddelde. Ook het percentage 65-plussers wijkt, met 14%, nauwelijks af van het Nederlandse gemiddelde. Van alle huishoudens in Rotterdam bestaat 47% uit eenpersoonshuishoudens, 29% uit huishoudens met kinderen en 24% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

Rotterdam is één van de sterkst gekleurde steden van Nederland. Bijna de helft van de inwoners van Rotterdam (46%) is van allochtone afkomst, tegenover 20% in heel Nederland.

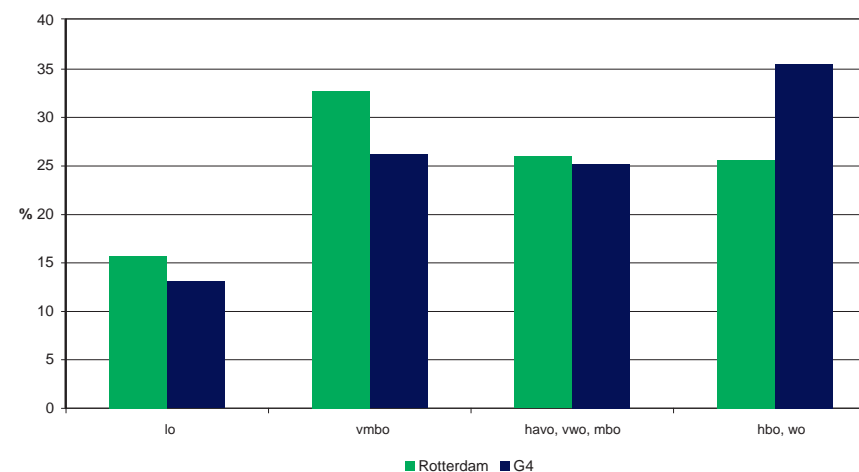


Figuur 2.2: Etniciteit van inwoners van de gemeente Rotterdam op 1 januari 2008 (Bron: CBS Statline, 2009).

Van alle inwoners is 36% niet-westers allochtoon en 10% westers allochtoon. Surinamers vormen de grootste groep niet-westerse allochtonen van de Rotterdamse bevolking (9%), gevolgd door Turken (8%) en Marokkanen (6%). Met 9% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Rotterdam. Van de vier grote steden heeft Amsterdam het hoogste percentage inwoners van allochtone afkomst (totaal 49%; niet-westers allochtoon 35%, westers allochtoon 14%).

Opleidingsniveau

Rotterdamers hebben een lager opleidingsniveau dan gemiddeld in de G4. Rotterdam heeft meer laagopgeleide inwoners (lo, vmbo): 48% tegenover 39% gemiddeld in de G4. Het aandeel hoogopgeleide inwoners (hbo, wo) is lager: 26% tegenover 35% gemiddeld in de G4. Het aantal Rotterdamers met een middelhoge opleiding (havo, vwo, mbo) wijkt niet af van het gemiddelde van de G4.



Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Rotterdam en de G4 in 2008 (Bron: Van Veelen et al., 2009).

Sociaaleconomische status

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) berekent de sociaaleconomische status (SES) van inwoners van gebieden in Nederland. De SES-score (zie *Definities*) wordt ingedeeld in zeven groepen, oplopend van lage naar hoge status. De SES-scores van de postcodegebieden in Rotterdam variëren van zeer laag tot zeer hoog. Gebieden met hogere SES-scores bevinden zich voornamelijk in het noorden van de stad.



Figuur 2.4: Sociaaleconomische status per vierpositie postcodegebied Rotterdam in 2006
(Bron: SCP, 2006).

Eén op de vijf Rotterdammers ontvangt een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. In de rest van de G4 is het percentage uitkeringsontvangers lager. In heel Nederland is dit 16%. Het gemiddeld gestandaardiseerde inkomen, waarbij rekening wordt gehouden met de samenstelling van een huishouden, is in Rotterdam 19.600 euro per huishouden. Dit is lager dan het Nederlandse gemiddelde van 21.600 euro en ook lager dan in de rest van de G4.

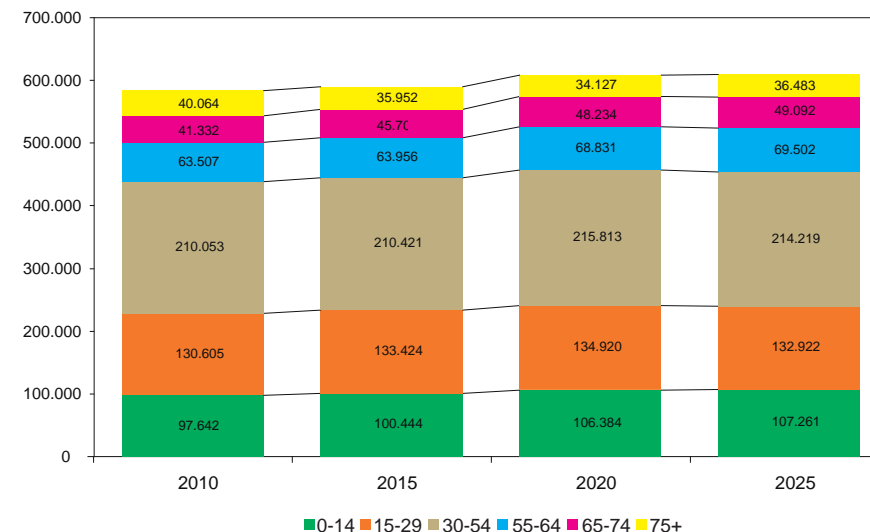
Veiligheidsindex en Sociale index

Rotterdam scoort op de Veiligheidsindex 2009 (veiligheidssituatie 2008) gemiddeld een 7,2 en is daarmee een (redelijk) veilige stad. Ten opzichte van de vorige meting is in Rotterdam onder meer op de elementen 'overlast' en 'schoon en heel' een verslechtering waar te nemen. De elementen die ongeveer hetzelfde zijn gebleven zijn 'drugsoverlast', 'diefstal', 'geweld', 'inbraak' en 'vandalisme' (Gemeente Rotterdam, 2009).

Op de Sociale Index 2009 scoort Rotterdam gemiddeld een 6. Deze score is net hoog genoeg om de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Rotterdam scoort vooral ongunstig op het aspect 'capaciteiten'. Hierbij gaat het om eigenschappen die mensen nodig hebben om mee te kunnen doen in de samenleving, zoals voldoende opleiding en een goede gezondheid. De score op 'gezondheid' is 5,2. Rotterdam is in dit opzicht kwetsbaar (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose zal het aantal inwoners van Rotterdam tussen 2010 en 2020 licht groeien. Het aantal inwoners in Rotterdam zal van circa 583.000 inwoners in 2010 geleidelijk groeien naar ongeveer 608.000 inwoners in 2020. Tussen 2020 en 2025 zal het aantal inwoners nagenoeg gelijk blijven. Naar verwachting zal de Rotterdamse bevolking het meest toenemen in de leeftijdscategorieën 65-74 en 0-14 jaar en alleen onder de 75-plussers afnemen.



Figuur 2.5: Prognose leeftijdsopbouw bevolking Rotterdam, 2010-2025
(Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van de gemeente Rotterdam gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de gemeente Rotterdam, al dan niet in combinatie met deelgemeentelijk beleid. De gezondheidstoestand van de inwoners wordt beschreven aan de hand van beschikbare enquêtegegevens, zoals de Gezondheidsenquête en de Jeugdmonitor van de GGD Rotterdam-Rijnmond, zorgregistraties en sterftestatistieken. Waar mogelijk worden de cijfers van de gemeente Rotterdam vergeleken met het gemiddelde van de G4 en Nederland. Deze cijfers zijn in uitgebreide vorm terug te vinden in de *bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Rotterdam*.



➤ In Rotterdam is de levensverwachting voor mannen 75,4 jaar en voor vrouwen 80,2 jaar (totaal 77,9 jaar). Voor mannen en vrouwen in Rotterdam is dat ongeveer anderhalf jaar lager dan het gemiddelde van Nederland. De levensverwachting is ook lager dan in de drie andere grote steden.

De sterfte is in Rotterdam hoger dan in Nederland. Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in Rotterdam als in Nederland de belangrijkste doodsoorzaken. In Rotterdam sterven naar verhouding meer mensen aan deze ziekten dan gemiddeld in Nederland.

De ervaren gezondheid van de Rotterdammers is slechter dan gemiddeld in Nederland. De laatste landelijke vergelijkingscijfers zijn van 2006. In dat jaar gaf in Rotterdam gemiddeld 24,4% van de bevolking aan zijn gezondheid als minder goed te ervaren; gemiddeld in Nederland was dit 19%.

In 2008 gaf 19% van de Rotterdammers van 16 jaar en ouder aan zijn gezondheid als matig of slecht te ervaren. Dit is evenveel als in 2005. Het percentage is iets hoger dan het gemiddelde in de G4 (17%). De verschillen tussen de grote steden zijn het gevolg van de verschillen in de bevolkingssamenstelling.

Van de Rotterdamse jongeren geeft ongeveer 18% aan zijn gezondheid als gaat wel tot slecht te ervaren. Een landelijk vergelijkingscijfer is niet beschikbaar.

De inwoners van Rotterdam van 16 jaar en ouder rapporteren een aantal ziekten en aandoeningen relatief vaker dan gemiddeld in de G4. Zo is in Rotterdam het percentage inwoners met hoge bloeddruk, migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn en artrose van heupen of knieën hoger dan gemiddeld in de G4.

In *hoofdstuk 2* is aangegeven dat Rotterdam een SES-score heeft, die varieert van (zeer) laag tot (zeer) hoog. Een lage SES-score gaat vaak samen met ziekten en aandoeningen. In Nederland bestaan er aanzienlijke verschillen in gezondheid naar sociaaleconomische status. Zo leven lager opgeleide mannen en vrouwen gemiddeld respectievelijk 5 jaar en 3 jaar korter dan hoogopgeleiden. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is zelfs 15 jaar. Deze gezondheidsachterstanden zijn ook te zien bij enkele andere groepen, zoals werklozen, arbeidsongeschikten en allochtonen (Deuning & Roedig, 2006).

De gezondheidsachterstand in Rotterdam vraagt om een intensieve aanpak, die niet beperkt mag blijven tot de gezondheidssector. Ook andere sectoren kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de gezondheid. Zo kan verbetering van de leefomgeving het voorkomen van astma en COPD positief beïnvloeden. Ook onderwijs, woningbouw, veiligheid, groen en verkeer hebben hun inbreng. Tot slot kunnen ook acties in andere sectoren, die niet primair zijn gericht op gezondheid, verbetering van gezondheid als bijkomend effect hebben. Zo dragen programma's om niet-werkenden naar werk te geleiden bij aan de gezondheid en is een aangename woonomgeving ook gezond. Het verminderen van schooluitval leidt tot goed opgeleide jongeren, met een betere kans op gezondheid. Dit zijn voorbeelden van acties door andere sectoren, die als bijkomend effect een positief effect op de gezondheid hebben (gezondheid als "bijvangst").



Uit recente analyses blijkt dat 1 op de 6 Rotterdamse baby's een slechte start maakt: te vroeg geboren, te licht geboren, een minder goede score op de gezondheidstest voor pasgeborenen en/of aangeboren afwijkingen. De meeste van deze kinderen komen ter wereld in de achterstandswijken. Een slechte start bij de geboorte is sterk verbonden met perinatale sterfte (zie *Definities*) en is tevens een voorbode voor ziekten op langere termijn en leer- en gedragsstoornissen.

De perinatale sterfte in Rotterdam is in de periode 2000-2004 hoger dan in de rest van Nederland (11,6 per 1.000 geboren tegenover 10,1 per 1.000 geboren in Nederland). In de achterstandswijken van Rotterdam is de perinatale sterfte nog hoger, namelijk 13 per 1.000 geboren en onder allochtone vrouwen 13,5 per 1.000 geboren. Ook onder autochtone Rotterdamers in de achterstandswijken is perinatale sterfte relatief hoog: 12 per 1.000 geboren. Er is kennelijk sprake van zowel aan etniciteit gerelateerde problemen als grootstedelijke achterstandsproblematiek (GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus MC, 2008).

De gemeente Rotterdam heeft in 2008 het belang van terugdringen van perinatale sterfte al onderkend. In 2009 is uitvoering gestart van het programma 'Klaar voor een Kind', gericht op de verbetering van de perinatale gezondheid. Dit programma richt zich op optimale zorg en begeleiding tijdens de zwangerschap, preconceptiezorg, beter gebruik van de kraamzorg en een goede positie van het Centrum voor Jeugd en Gezin in de keten. Ook is in het Erasmus Medisch Centrum een geboortecentrum ingericht.

Om perinatale sterfte te verminderen en minder kinderen een slechte start te laten maken zou het programma 'Klaar voor een Kind' de komende jaren stevig moeten worden voortgezet. Van belang is te onderzoeken hoe het komt dat mensen in achterstandswijken relatief laat en beperkt gebruik maken van verloskundige zorg en kraamzorg. Tegelijkertijd is het zaak de samenwerking in de verloskundige keten te verbeteren. In het onderwijs zou meer aandacht moeten zijn voor anticonceptie en preconceptie, vooral op de ROC's waar relatief veel jongeren studeren die in een achterstandssituatie verkeren. Een extra contactmoment van de jeugdgezondheidszorg bij 15/16 jaar zou hiervoor een goed begin zijn. Ook moet er meer aandacht zijn voor tieners die zwanger worden en voor jonge moeders. Zij hebben vaak te kampen met complexe problemen, maar vinden onvoldoende steun en begeleiding. En natuurlijk draagt alles wat leidt tot een betere gezondheid van jonge vrouwen bij aan gezondere zwangerschappen en betere geboorteuitskomsten. Dergelijke maatregelen zijn niet beperkt tot de zorg, maar strekken zich uit over sectoren als arbeid en opleiding.



Eenzaamheid is in Rotterdam net zo'n groot probleem als gemiddeld in de G4. Van de inwoners van 16 jaar en ouder voelt ruim 40% zich eenzaam. (Zeer) ernstige eenzaamheid komt bij 10% van de inwoners van 16 jaar en ouder voor. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van Nederland (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Het percentage eenzame volwassenen in Rotterdam is sinds 2005 ongeveer 10% lager geworden.

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

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

Voor sommige ouderen heeft eenzaamheid te maken met onzekerheid, gebrek aan assertiviteit of aan sociale vaardigheid. Geestelijke gezondheidszorginstellingen organiseren een breed pakket aan trainingen gericht op deze specifieke problematiek. Naast een aanpak in de zorg- en welzijnssector kunnen gemeente en deelgemeenten een aantal voorwaarden realiseren om sociaal isolement van ouderen te voorkomen of bestrijden: sociale veiligheid en vervoersvoorzieningen.

Eenzaamheid van niet-oudere volwassenen is niet vaak een onderwerp van beleid. Er zijn geen effectieve eenzaamheidsinterventies bekend gericht op deze groep. De kans op sociaal isolement van volwassenen is kleiner wanneer zij een baan hebben of aan vrijwilligerswerk zinvolle contacten kunnen ontfangen.

In Rotterdam is in februari 2007 een driejarig traject gestart gericht op het bestrijden en voorkomen van sociaal isolement bij ouderen. De gemeente werkt daarin samen met het Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventies (LESI). Het traject omvat vijf deelgemeentelijke projecten en een stadsbreed project. Om in Rotterdam brede kennis en ervaring op te bouwen met dit specifieke terrein is een kenniskring sociaal isolement gestart. De ervaringen met de verschillende projecten zijn positief: de doelgroep wordt bereikt, professionals worden deskundiger, goede interventies zijn beschikbaar en geleidelijk verbetert de situatie van een deel van de ouderen. Reden om de aanpak na de projectfase (februari 2010) te verankeren en te continueren.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Rotterdam voor. Volgens de ouders heeft 15% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkracht is dit percentage ook 15%. Ouders geven bij 14% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Leerkrachten geven dit aan voor 6% van de 10- en 11-jarigen. Bij 13% van de 12- en 13-jarigen en 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 19% van de 12- en 13-jarigen en 18% van de 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad.

De psychische gezondheid van volwassen Rotterdammers is gelijk aan die van volwassenen gemiddeld in de G4. Dat blijkt onder meer uit cijfers die betrekking hebben op depressie of angststoornis. In Rotterdam heeft 8% van de inwoners van 16 jaar en ouder een hoog risico op depressie of angststoornis (ongeveer 2% lager dan in 2005). Er zijn geen landelijke vergelijkingscijfers beschikbaar.

Psychische problematiek kan verregaande gevolgen hebben. Het hebben van een depressie op jonge leeftijd is bijvoorbeeld een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van een depressie op latere leeftijd. Psychische problematiek belemmert het functioneren en kan ernstige zelfdestructieve vormen aannemen, zoals suïcidaal gedrag. Ook kunnen psychische problemen vroeg in de levensloop van invloed zijn op de school- en beroeps carrière en

uiteindelijk op de maatschappelijke en sociale positie die iemand zich kan verwerven. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk.

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

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

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

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



➤ Een deel van de Rotterdamse jeugd groeit op in een situatie die niet veilig is. Zo heeft 10% van de 12- en 13-jarigen en van de 14- en 15-jarigen in Rotterdam in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek één keer een ernstig geweldsdelict gepleegd. Van de jongeren in de leeftijdsgroep 14 en 15 jaar draagt 9% een wapen bij zich. Ruim één op de vijf 12- tot 15-jarigen heeft te maken met problematiek thuis. Van de 10- en 11-jarigen geeft 56% aan zich soms of (heel) vaak niet veilig te voelen in de woonbuurt. Van de 0- tot 16-jarigen is 9% ernstig bedreigd in de ontwikkeling. Bij 4% is er sprake van acuut veiligheidsgevaar. Voor deze jeugdigen zet het Centrum voor Jeugd en Gezin snel passende zorg en hulpverlening in gang.

Rotterdam maakt werk van haar jongeren door de uitvoering van de integrale programma's 'Ieder Kind Wint', 'Communities that Care' (CtC) en het 'Rotterdams offensief VMBO-MBO', maar ook via het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak (DOSA). De gemeente zet met name in op vroegsignalering van problemen, preventie via leefstijlprogramma's en het positief beïnvloeden van de omstandigheden waarin kinderen opgroeien. Daarnaast streeft de gemeente naar de ontwikkeling van de talenten van jongeren.



➤ Overgewicht is in Rotterdam een omvangrijk probleem. In Rotterdam komt overgewicht meer voor dan gemiddeld in de G4: in 2008 had 34% van de inwoners van Rotterdam van 16 jaar en ouder matig overgewicht en 14% obesitas (31% en 12% in de G4). Dit is evenveel als in 2005. Een geschikt landelijk vergelijkingscijfer ontbreekt.

Ook onder de Rotterdamse jeugd komt overgewicht veel voor. In Rotterdam heeft 10% van de 2-jarigen matig overgewicht en 2% obesitas. Van de 10- en 11-jarigen heeft 21% matig overgewicht en 7% obesitas. Geschikte landelijke vergelijkingscijfers ontbreken.

Overgewicht hangt voor een deel samen met bewegen. Van de Rotterdamse kinderen van 5 en 6 jaar sport 39% tenminste twee dagen per week buiten schooltijd. Van de 12- en 13-jarigen is dit 77%.

Van de inwoners van Rotterdam van 16 jaar en ouder voldoet 43% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*). Dit is hoger dan het gemiddelde in de G4, dat 40% is. Ook hier zijn geen geschikte landelijke vergelijkingscijfers beschikbaar.

Overgewicht, met name ernstig overgewicht (obesitas), hangt samen met meerdere chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2 (suikerziekte), hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten. Ook hebben mensen met (ernstig) overgewicht vaker verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen. Bovendien komen bij vrouwen met (ernstig) overgewicht menstruatiestoornissen en

onvruchtbaarheid vaker voor (Visscher & Schoemaker, 2008). De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven (Voedingscentrum, 2008). Een kind met (ernstig) overgewicht kan gemakkelijk doelwit worden van pesterijen, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

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

- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist.
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de (deel)gemeente, op de werkplek en in scholen.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat burgers veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk is.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat keuze voor gezonde voeding een gemakkelijke keuze is: gezonde voeding in automaten, voorlichting over en promotie van gezonde voeding in de lokale supermarkten.

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

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in een aantal deelgemeenten in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Dit is opgezet voor mensen die van hun huisarts een dringend leefstijladvies hebben gekregen, omdat ze (vooral door overgewicht) hard op weg zijn een aandoening als diabetes te ontwikkelen. In het programma worden een persoonlijke leefstijladviseur en een activiteitenprogramma op maat aangeboden. Voor de jeugd kent Rotterdam het actieprogramma 'Voeding en beweging'. Een belangrijk onderdeel daarvan is het project 'Lekker fit' op scholen. Hierin worden voorlichting, beweegactiviteiten en een gezond aanbod in de schoolkantine gecombineerd. Recent onderzoek toont aan dat de beweegprogramma's 'COACH-methode', 'Jump-in' en 'Revalidatie, Sport en Bewegen' significant positieve effecten hebben op het beweeggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse et al., 2009).



Alcohol

In Rotterdam wordt minder alcohol gedronken dan gemiddeld in Nederland. In de periode 2004-2007 was 15% van de inwoners van de regio Rotterdam-Rijnmond van 12 jaar en ouder overmatig of zware drinker, tegenover 18% gemiddeld in Nederland.

In 2008 was 10% van de Rotterdammers van 16 jaar en ouder overmatig drinker. Dit is lager dan het G4-gemiddelde van 12%. Het is ook gedaald sinds 2005: toen was het percentage overmatige drinkers ruim 13%.

In Rotterdam geeft 7% van de 10- en 11-jarigen, 11% van de 12- en 13-jarigen en 32% van de 14- en 15-jarigen aan alcohol gedronken te hebben in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek. Landelijke vergelijkingscijfers voor dezelfde leeftijdscategorieën zijn niet beschikbaar.

Dat het alcoholgebruik in Rotterdam relatief laag is, is goed nieuws. De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk. Alcoholgebruik heeft invloed op alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig aandoeningen (Kuunders & Van Laar, 2009). De schadelijkheid van het drinken van alcohol op jonge leeftijd staat steeds meer in de belangstelling. Er zijn aanwijzingen dat het drinken van (grote hoeveelheden) alcohol als je nog in de groei bent extra schadelijk is en een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd.

Doel van landelijk alcoholbeleid is dat jongeren onder de 16 jaar geen alcohol drinken. Bovendien is er een discussie gaande om de leeftijd te verhogen naar 18 jaar. Gelet op de negatieve effecten van alcoholgebruik op jonge leeftijd is iedere alcohol drinker onder de 16 er één teveel.

Roken

In Rotterdam wordt net zo veel gerookt als gemiddeld in Nederland. In 2008 rookte 28% van de Rotterdammers van 16 jaar en ouder en gemiddeld 27% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder (Stivoro, 2009). Het percentage Rotterdamse rokers wijkt niet af van het gemiddelde van de G4. Volwassenen in Rotterdam zijn sinds 2005 minder gaan roken: in 2005 rookte ruim 33%. In Rotterdam heeft 15% van de 12- en 13-jarigen en 35% van de 14- en 15-jarigen wel eens gerookt. 7% van de laatstgenoemde groep rookt dagelijks.

In bepaalde allochtone groepen (Turken, Surinamers, Antillianen/Arubanen) wordt meer gerookt dan gemiddeld.

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

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



➤ In Rotterdam geeft 8% van de inwoners van 16 jaar en ouder aan ooit slachtoffer te zijn geweest van huiselijk geweld.

In 2008 ontving het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld Rotterdam 2.844 meldingen van slachtoffers van huiselijk geweld, 49 per 10.000 inwoners.

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

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

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

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

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

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

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

Tenslotte is preventie van belang. Het gaat hierbij onder meer om doelgroepspecifieke campagnes, voorlichtingen en het bieden van preventieprogramma's aan doelgroepen. Gebiedsgericht werken en het actief betrekken van burgers en lokale partijen vormen hierbij het speerpunt. De gebiedsspecifieke aanpak van de deelgemeenten versterkt het beleid.



Rotterdam kent een flinke groep mensen die problemen hebben op verschillende leefgebieden. In lokale zorgnetwerken worden deze mensen geholpen middels een keten-aanpak waarbij relevante hulp- en zorgverleners met elkaar samenwerken. In 2008 waren er 2.583 meldingen in Rotterdam, 44 per 10.000 inwoners. Het aantal meldingen verschilt per deelgemeente. Een deel van de meldingen bij lokale zorgnetwerken heeft ook betrekking op huiselijk geweld. Wanneer in de deelgemeente een gespecialiseerd zorgnetwerk voor huiselijk geweld functioneert, worden meldingen geregistreerd als meldingen huiselijk geweld. Het aantal meldingen lokale zorgnetwerken is dan lager.

Bij mensen met complexe problematiek is vaak sprake van een opeenstapeling van problemen. Ze verwaarlozen zichzelf, verkeren in een sociaal isolement, zijn in de war en/of veroorzaken overlast en hebben vaak financiële problemen. De opeenstapeling van problemen kan uiteindelijk leiden tot uithuiszetting, opname in een psychiatrisch ziekenhuis of dak- en thuisloosheid. Omdat het hier gaat om mensen die zorgmijdend zijn, moeten zij vanuit de hulpverlening actief worden benaderd. De hulpverlening moet in omvang en deskundigheid in staat zijn de noodzakelijke hulp, zoals maatschappelijk werk, te bieden. Omdat de problematiek niet door één organisatie kan worden opgelost, is samenwerking tussen verschillende instanties, in de directe leefomgeving van de cliënt, geboden.

Als het de lokale instanties niet lukt om gezamenlijk de grenzen van hetgeen mogelijk is op te rekken teneinde multiproblematiek op te lossen, worden knelpunten in de ketensamenwerking ervaren. Genoemde knelpunten dienen vervolgens te worden opgeschaald. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de deelgemeenten, die mede de zorg dragen voor adequate hulp aan kwetsbare burgers in hun gebied. In de stuurgroep LZN, die veelal onder voorzitterschap van de portefeuillehouder plaatsvindt, worden de knelpunten besproken en worden oplossingsrichtingen benoemd. De GGD ondersteunt de deelgemeenten hierin.

Een specifieke groep mensen met complexe problemen is die van de dak- en thuislozen. Voor hen loopt het programma 'Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang'. Dit programma, uitgevoerd met medewerking van de deelgemeenten, is er op gericht 2.900 mensen in een stabiele mix van wonen en zorg te brengen. In de afgelopen vier jaar is 60% van het genoemde aantal in een stabiele mix terecht gekomen; 40% van het aantal is wel in zorg, maar nog niet stabiel.

Als vervolg op het eerste Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang is begin 2010 gestart met een 'Plan van aanpak kwetsbare groepen', waarin een vergelijkbare persoonsgerichte aanpak wordt toegepast op andere kwetsbare personen die dreigen af te glijden. Preventie van terugval van voormalig dak- en thuislozen en de aanpak van zwerfjongeren zijn hierin belangrijke elementen.



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

In de 'Stadsvisie Rotterdam; Ruimtelijke ontwikkelingsstrategie 2030 (2007)' wordt een goede milieukwaliteit, veiligheid en gezondheid van groot belang genoemd voor Rotterdam als aantrekkelijke stad om in te wonen en te werken. In het 'Programma Milieu Rotterdam 2008-2012' wordt een gezondere leefomgeving als één van de milieudoelen genoemd.

Lucht en gezondheid

Van de woningen in Rotterdam ligt 9% direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*) en ligt 1% binnen honderd meter van een rijksweg. Dit betekent dat de bewoners van ongeveer 18.500 woningen in een gebied wonen met een relatief slechte luchtkwaliteit.

Luchtverontreiniging door wegverkeer kan leiden tot luchtwegklachten, zoals hoesten, piepen en kortademigheid. De kleinste deeltjes van ingeademd fijn stof kunnen bovendien vanuit de

longen het bloed in gaan. Dan kunnen vaatvernauwing, bloedklontering en een verstoorde hartslag ontstaan. Voor de gezondheid is dan ook de fijnste fractie van het fijn stof, afkomstig van de verbranding van wegverkeer, het meest schadelijk. Daarom zijn vooral langs drukke wegen gezondheidsrisico's te verwachten, ook als er aan de normen wordt voldaan. Kinderen die op een school dicht bij een rijksweg zitten, hebben meer luchtwegklachten en hun longen werken minder goed. Volwassenen die langs een rijksweg of drukke binnenstedelijke weg wonen, hebben meer kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte. Dit geldt vooral binnen 100 meter van een rijksweg of in de eerstelijns bebouwing (binnen 50 meter) van een drukke stadsweg. Om gevoelige groepen (ouderen, kinderen en mensen met luchtwegklachten of hart- en vaatziekten) te beschermen tegen te hoge concentraties luchtverontreiniging, is het belangrijk de luchtverontreiniging door drukke binnenstedelijke wegen aan te pakken.

De Rotterdamse aanpak luchtkwaliteit (RAL) heeft twee doelstellingen. Ten eerste wordt ingezet op verbetering (of in ieder geval tegengaan van verdere verslechtering) van de luchtkwaliteit. Ten tweede worden wetgeving, normering en maatregelenpakket zodanig ingericht dat de stad zich economisch en ruimtelijk kan blijven ontwikkelen. Het zal duidelijk zijn dat aanpassing van wetgeving en normering ten behoeve van ontwikkeling in eerste instantie niet zal leiden tot een betere leefomgevingkwaliteit. Alleen toepassen van maatregelen zal daadwerkelijk iets op kunnen leveren voor de leefomgeving. Aangezien de RAL in 2010 wordt herijkt, ligt er een kans voor de luchtkwaliteit.

Geluid en gezondheid

Bijna één op de drie inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart hinder door geluid van wegverkeer. Ruim een derde ervaart geluidshinder door burens. Brommers en scooters veroorzaken bij 38% van de Rotterdammers hinder. Het percentage inwoners in Rotterdam van 16 tot 55 jaar dat ernstige hinder door geluid ervaart is 31%. Vergeleken met de G4 ervaren de Rotterdammers meer geluidshinder van verkeer, burens en industrie.

Geluid is in toenemende mate een gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt geluidsoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Wegverkeer is de belangrijkste bron van geluidshinder. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopectiviteiten en burens belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen daarom nadelige gezondheidseffecten optreden.

Rotterdam heeft een Actieplan Geluid (2009) vastgesteld. Het doel van het actieplan is ten eerste de geluidshinder te beperken, ten tweede de akoestische kwaliteit van de stad te verbeteren en daarmee de kwaliteit van de leefomgeving te verhogen en de stad

aantrekkelijker te maken. Ten derde moet het kansen scheppen voor de gewenste ruimtelijke ontwikkeling van Rotterdam. Het is de uitdaging voor bijvoorbeeld stiller asfalt daadwerkelijk middelen vrij te maken.

Groen en gezondheid

In Rotterdam geeft 61% van de 16- tot 55-jarigen een voldoende aan het groen. Voor 55-plussers is dit 82%. Van de 16- tot 55-jarigen vindt 61% dat men in het groen tot rust kan komen, 64% vindt dat er actief in de buurt gerecreëerd kan worden. 45 procent van de 16- tot 55-jarigen en 65% van de 55-plussers vindt dat er voldoende groen in de buurt is.

De aanwezigheid van groen stimuleert bewegen, zorgt voor herstel van stress en aandachtsmoeheid, maakt zingeving mogelijk en kan sociale contacten stimuleren. Kinderen die opgroeien in een groene omgeving zijn beter in het opnemen van kennis. Bovendien worden kinderen in een natuurlijke omgeving meer uitgenodigd tot bewegen dan in een niet-natuurlijke omgeving. Groen heeft ook een recreatieve functie; het werkt vooral als het makkelijk toegankelijk en uitnodigend is. Maar ook uitzicht op groen brengt al positieve effecten met zich mee.

Het stedelijk Groenplan en het Regionale Groenstructuurplan 2 en vervolgens het Meerjaren Investeringsprogramma Buitenruimte hebben geleid tot onder meer het Handboek openbare ruimte (Rotterdamse Stijl), Bomenstructuurvisie, Lichtvisie, Groene daken, Kleur en Fleur. De stad, samen met de deelgemeenten, heeft succesvolle projecten uitgevoerd, zoals het Kralingse Bos en het Zuiderpark. Het Groenjaar 2008 heeft een diversiteit aan projecten en ideeën, en een groener beeld van de stad opgeleverd. Eén van de onderzoeken is 'Rotterdam gezond groen, gewoon doen' (2009). Maar ook de Rotterdamse Norm voor buitenspeelruimte, de Stedenbouwkundige visie Kindvriendelijke wijken en de studie 'Bio+divers=gezond'. Uitvoering van (onderdelen van) de plannen zullen bijdragen aan de gezondheid.

Tot slot

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

De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

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

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

Christiaanse B, Schouten G, Stam B, Veelen J van. Gezondheidsenquête 2008. De gezondheid van volwassenen in Rotterdam. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009.

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

COS, Centrum voor Onderzoek en Statistiek. Rotterdam sociaal gemeten: 2e meting Sociale Index. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2009.

Deuning CM, Roedig A. Sociaaleconomische status 2006. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Beïnvloedende factoren\ Sociale omgeving\ Ses, 12 december 2006.

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

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

Gemeente Rotterdam. Veiligheidsindex 2009: Meting van de veiligheid in Rotterdam. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2009.

GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus Medisch Centrum, Aanvalsplan perinatale sterfte Rotterdam. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2008.

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

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

Kuunders MMAP, Laar MW van. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal

Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Alcoholgebruik, 30 maart 2009.

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

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

Stivoro. Jaarverslag 2008. Stivoro voor een rookvrije toekomst. Den Haag, 2009.

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

Veelen JJ van et al. G4: Op gezondheid uitgemeten. Over gezondheid en gezondheidsverschillen in de vier grote steden. Den Haag: 2009.

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

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

Gegevensbronnen

GE. Gezondheidsenquête. Onderzoek naar gezondheidstoestand van volwassen in Rotterdam en omgeving (GGD Rotterdam-Rijnmond).

JMR. Jeugdmonitor Rotterdam. Onderzoek naar gezondheidstoestand van jeugd in Rotterdam en omgeving (GGD Rotterdam-Rijnmond).

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

Websites

www.cbs.nl/statline
www.nationaalkompas.nl
www.cos.rotterdam.nl

De elektronische databank van het CBS
Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)
Centrum voor Onderzoek en Statistiek

Definities

ADL-beperking

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

Direct gestandaardiseerde sterfte

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

Drukke binnenstedelijke weg

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

Eenzaamheid

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

Ernstige geweldsdelicten

Een jongere heeft een ernstig geweldsdelict gepleegd als hij/zij minstens één van onderstaande daden heeft gedaan:

- Iemand in elkaar heeft geslagen of zo heeft geslagen dat hij/zij naar de dokter moest.
- Iemand heeft bedreigd met een wapen of heeft gedreigd hem/haar in elkaar te slaan alleen om hem/haar bang te maken.
- Iemand heeft bedreigd met een wapen of heeft gedreigd hem/haar in elkaar te slaan om geld of andere waardevolle artikelen te krijgen.
- Iemand met een mes of wapen heeft verwond.

Gestandaardiseerd huishoudinkomen

Om inkomens van huishoudens vergelijkbaar te maken wordt het besteedbaar huishoudensinkomen gecorrigeerd voor grootte en samenstelling van een huishouden (zie: CBS Statline).

Gezondheid

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

Groente- en fruitnorm

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

G4

De grootste vier steden van Nederland, te weten Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht.

HDA-beperking

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

Ingrijpende gebeurtenissen

Ingrijpende gebeurtenissen zijn bijvoorbeeld het overlijden van een familielid of een ander geliefd persoon, langdurige ziekte of ziekenhuisopname van een gezinslid, conflicten of ruzies binnen het gezin, problemen met een ander kind in het gezin en verhuizing of migratie.

Mantelzorg

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

Nederlandse norm gezond bewegen

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

Volwassenen (18-55 jaar): een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf,

maar bij voorkeur alle dagen van de week.

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

Niet-westerse allochtoon

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

Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

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

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

Overgewicht

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

Bij volwassenen is sprake van *matig overgewicht* bij een body mass index (BMI = gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters [kg/m²]) van 25 tot 30 kg/m².

Bij volwassenen is sprake van *ernstig overgewicht/obesitas* bij een BMI groter of gelijk aan 30 kg/m².

Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.

Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.

Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

Perinatale sterfte

Sterfte vanaf de 22ste week van de zwangerschap tot en met de eerste week na de geboorte.

Psychosociale problemen

Psychische problemen voor 5- en 6-jarigen zijn gemeten met het Kort Instrument Psychologische en Pedagogische Probleeminventarisatie (Monitor KIPP 5). Voor het meten van de psychosociale gezondheid is gebruik gemaakt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). De SDQ bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op vijf subschalen: 'emotionele problemen', 'gedragsproblemen', 'hyperactiviteit', 'problemen met leeftijdsgenoten' en 'pro-sociaal gedrag'. De SDQ totaalscore maakt een goed onderscheid mogelijk tussen jongeren die waarschijnlijk geen psychosociale problemen hebben en jongeren die dit wel hebben.

SES-score

De SES-score is een maat voor de sociale status van een postcodegebied. Deze maat is samengesteld uit drie elementen: inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau.

Significant

De kans dat een onderzoeksresultaat op toeval berust, is kleiner dan 5% (bij een betrouwbaarheid van 95% en een nauwkeurigheid van 5%).

Sociale index

Een instrument waarmee een score wordt berekend voor de sociale situatie in een gebied. Een deelgemeente met een score van 3,8 en lager wordt beschouwd als 'sociaal zeer zwak', 3,9 tot 5,0 als 'probleem', 5,0 tot 6,0 als 'kwetsbaar', 6,0 tot 7,1 als 'sociaal voldoende' en 7,1 en hoger als 'sociaal sterk'.

Standardized Mortality Ratio (SMR)

De SMR is het toepassen van de leeftijd- en geslachtspecifieke sterfte kansen van de standaardpopulatie (Nederland) op de bevolking van de index (gemeente of GGD). De verwachte sterfte wordt op 100 gezet, de sterfte in de indexpopulatie is daaraan gerelateerd. Als de SMR 100 is, is de sterfte in de indexpopulatie gelijk aan die van de standaardpopulatie. Als de SMR hoger is, is de sterfte in de indexpopulatie hoger. En als de SMR lager is, is de sterfte juist lager.

Uitkeringsontvangers

Het aandeel uitkeringsontvangers van 15 tot en met 64 jaar uitgedrukt in hele procenten van het aantal personen van 15 tot en met 64 jaar.

Veiligheidsindex

Een instrument waarmee een score wordt berekend voor de veiligheidssituatie in een gebied. Een deelgemeente met een score 3,8 en lager wordt beschouwd als 'onveilig', 3,9 tot 5,0 als 'probleem', 5,0 tot 6,0 als 'bedreigd', 6,0 tot 7,1 als 'aandacht' en 7,1 of hoger als '(redelijk) veilig'.

Zware drinker

Mannen: minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol per dag.

Vrouwen: minstens 1 keer per week 4 of meer glazen alcohol per dag.

Afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
ASHG	Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
BMI	Body Mass Index
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CtC	Communities that Care
DOSA	Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
havo	Hoger algemeen voortgezet onderwijs
hbo	Hoger beroepsonderwijs
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KDVK	Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen
lbo	Lager beroepsonderwijs
LESI	Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventies
lo	Lager onderwijs
LZN	Lokaal Zorgnetwerk
mavo	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
NIDI	Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	Sociaaleconomische status
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
vmbo	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
vwo	Vorbereidend wetenschappelijk onderwijs
WHO	World Health Organization
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	Wetenschappelijk onderwijs
WPG	Wet publieke gezondheid

Bijlage: Gezondheidsprofiel van de gemeente Rotterdam

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Totale sterfte				
Totaal (2003-2006)	Aantal per jaar	6.011		137.539
Mannen (2003-2006)		2.758		66.743
Vrouwen (2003-2006)		3.253		70.796
Totaal (2003-2006)	Aantal per 10.000 inwoners per jaar	101	●	84
Mannen (2003-2006)		95	●	83
Vrouwen (2003-2006)		108	●	86
Totaal (2003-2006)	Direct gestandaardiseerd per 10.000 inwoners per jaar	85	●	77
Mannen (2003-2006)		83	●	73
Vrouwen (2003-2006)		87	●	79
Totaal (2003-2006)	SMR	110	▼	100
Mannen (2003-2006)		112	▼	100
Vrouwen (2003-2006)		109	▼	100
Ziekten van het hart- en vaatstelsel				
Totaal (2003-2006)	SMR	108	▼	100
Mannen (2003-2006)		110	▼	100
Vrouwen (2003-2006)		108	▼	100
Kwaadaardige nieuwvormingen				
Totaal (2003-2006)	SMR	107	▼	100
Mannen (2003-2006)		106	▼	100
Vrouwen (2003-2006)		110	▼	100
Ziekten van de ademhalingsorganen				
Totaal (2003-2006)	SMR	107	▼	100
Mannen (2003-2006)		107	▼	100
Vrouwen (2003-2006)		108	▼	100
Levensverwachting bij de geboorte				
Totaal (2003-2006)	Jaren	77,9	▼	79,4
Mannen (2003-2006)		75,4	▼	77,0
Vrouwen (2003-2006)		80,2	▼	81,6

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

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Chronische aandoening				
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	48		
55 jaar en ouder (2008)		79		
16 jaar en ouder (2008)		55	▼	53
Diabetes				
16-55 jaar (2008)	%	3		
55 jaar en ouder (2008)		12		
16 jaar en ouder (2008)		6	6	
Migraine/ernstige hoofdpijn				
16-55 jaar (2008)	%	17		
55 jaar en ouder (2008)		10		
16 jaar en ouder (2008)		15	▼	14
Hoge bloeddruk				
16-55 jaar (2008)	%	9		
55 jaar en ouder (2008)		33		
16 jaar en ouder (2008)		16	▼	15
Luchtwegaandoeningen				
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	8		
55 jaar en ouder (2008)		12		
16 jaar en ouder (2008)		9	9	
Aandoening aan rug				
16-55 jaar (2008)	%	9		
55 jaar en ouder (2008)		18		
16 jaar en ouder (2008)		12	11	
Artrose van heup/knie				
16-55 jaar (2008)	%	7		
55 jaar en ouder (2008)		34		
16 jaar en ouder (2008)		15	▼	14
Aandoening nek/schouder				
16-55 jaar (2008)	%	9		
55 jaar en ouder (2008)		15		
16 jaar en ouder (2008)		11	11	
Aandoening elleboog/pols/ hand				
16-55 jaar (2008)	%	6		
55 jaar en ouder (2008)		12		
16 jaar en ouder (2008)		8	7	

- ▲ Significat gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.
- ▼ Significat ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Depressiviteit				
16-55 jaar (2008)	%	11		
55 jaar en ouder (2008)		11		
ADL-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	14	14	
HDL-beperking				
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	22	21	
Beperking in horen				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	9	8	
Beperking in zien				
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	9 ▲	11	

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Bevolkingsonderzoek				
Baarmoederhalskanker (2008)	Beschermingsgraad	57		
Infectieziekten				
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	21		
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)		188		
Kinkhoest (2008)		805		
Tuberculose (2008)		112		
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	8.274		
Vaccinatie				
2 jaar (2009)	% gevaccineerd ¹	94		
10 jaar (2009)	% gevaccineerd ²	90		

¹ Gemiddelde vaccinatiegraad van zuigelingen met geboortjaar 2006 van DKTP basis immuun, Hib volledig afgesloten, BMR basis immuun, MenC volledig afgesloten, pneumokokken volledig afgesloten.

² Gemiddelde vaccinatiegraad van schoolkinderen met geboortjaar 1998 DTP volledig afgesloten en BMR volledig afgesloten.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Ervaren gezondheid				
5-6 jaar (2007-2008)	% gaat wel tot slecht	6		
10-11 jaar (2008-2009), landelijk 0-11 jaar (2007-2008)		17		5
12-13 jaar (2007-2008)		18		
14-15 jaar (2007-2008)		18		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-17 jaar (2007-2008)		18		10
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	14		
55 jaar en ouder (2008)		30		
16 jaar en ouder (2008)		19 ▼	17	
Eenzaamheid				
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	41		
55 jaar en ouder (2008)		44		
16 jaar en ouder (2008)	% (zeer) ernstig eenzaam	10	9	
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	16		
55 jaar en ouder (2008)		16		
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	31		
55 jaar en ouder (2008)		32		
Depressie				
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	8		
55 jaar en ouder (2008)		7		
16 jaar en ouder (2008)		8	7	
Psychofarmaca				
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	6		
55 jaar en ouder (2008)		9		
16 jaar en ouder (2008)		7	7	
Psychosociale problemen				
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	15		
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	15		
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel ouders als leerkracht	4		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	14		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	6		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel ouders als leerkracht (SDQ)	2		
12-13 jaar (2007-2008)	% hoge score op psychosociale problemen (SDQ)	13		
14-15 jaar (2007-2008)		13		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		13		16

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Emotionele problemen				
2 jaar (2007-2008)	% vaak / (bijna) altijd van streek/ huilt snel volgens de ouders	11		
5-6 jaar (2007-2008)		12		
5-6 jaar (2007-2008)	% vaak / (bijna) altijd van streek/ huilt snel volgens de leerkracht	4		
2 jaar (2007-2008)	% maakt neerslachtige / verdrietige indruk volgens de ouders	2		
5-6 jaar (2007-2008)		3		
5-6 jaar (2007-2008)	% maakt neerslachtige / verdrietige indruk volgens de leerkracht	2		
10-11 jaar (2008-2009)	% hoge score op sombere gevoelens volgens KDVK	23		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de ouders	11		
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen volgens de leerkracht	8		
12-13 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score op SDQ, subschaal emotionele problemen	18		
14-15 jaar (2007-2008)		17		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		17		15
Ontwikkeling/gedrag				
2 jaar (2007-2008)	% ouder maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/gedrag	12		
5-6 jaar (2007-2008)		13		
5-6 jaar (2007-2008)	% leerkracht maakt zich veel zorgen over ontwikkeling/gedrag	21		
5-6 jaar (2007-2008)	% ouder en leerkracht maken zich veel zorgen over ontwikkeling/gedrag	5		
Suicide				
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidegedachten in afgelopen jaar	19		
14-15 jaar (2007-2008)		18		
12-13 jaar (2007-2008)	% ooit suïcidepoging gedaan	3		
14-15 jaar (2007-2008)		4		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Probleemgedrag				
2 jaar (2007-2008)	% met drie of meer ongunstige antwoorden op probleemgedrag volgens de ouders	25		
5-6 jaar (2007-2008)		13		
	% met drie of meer ongunstige antwoorden op probleemgedrag volgens de leerkracht	7		
10-11 jaar (2008-2009)	% frequent probleemgedrag ¹	13		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal (vandalisme, gevecht, diefstal, ernstig geweldsdelict, ouders mishandeld of weggelopen van huis) - tenminste 1 keer in afgelopen 12 maanden	65		
14-15 jaar (2007-2008)		67		
12-13 jaar (2007-2008)	% probleemgedrag totaal - meer dan 1 keer in afgelopen 12 maanden	49		
14-15 jaar (2007-2008)		55		
12-13 jaar (2007-2008)	% vandalisme in afgelopen 12 mnd	29		
14-15 jaar (2007-2008)		27		
12-13 jaar (2007-2008)	% gevecht in afgelopen 12 mnd	32		
14-15 jaar (2007-2008)		33		
12-13 jaar (2007-2008)	% diefstal (incl. zwartrijden) in afgelopen 12 mnd	52		
14-15 jaar (2007-2008)		58		
12-13 jaar (2007-2008)	% ernstig geweldsdelict in afgelopen 12 mnd	10		
14-15 jaar (2007-2008)		10		
12-13 jaar (2007-2008)	% ouders mishandeld in afgelopen 12 mnd	5		
14-15 jaar (2007-2008)		4		
12-13 jaar (2007-2008)	% weggelopen in afgelopen 12 mnd	3		
14-15 jaar (2007-2008)		4		
Wapenbezit				
10-11 jaar (2008-2009)	% dat wel eens een wapen bij zich draagt	6		
12-13 jaar (2007-2008)		7		
14-15 jaar (2007-2008)		9		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

¹ Probleemgedrag wordt frequent genoemd wanneer leerlingen meer dan 3 probleemgedragingen rapporteren over het afgelopen jaar of wanneer leerlingen rapporteren één of meer probleemgedragingen vaak of heel vaak te hebben gedaan het afgelopen jaar.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Spijbelen				
5-6 jarigen	% vaak ongeoorloofd afwezig van school	3		
10-11 jarigen		2		
12-13 jaar (2007-2008)	% gespijeld in afgelopen vier weken	3		
14-15 jaar (2007-2008)		11		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk: 12-16 jaar (2005)		7		14
12-13 jaar (2007-2008)	% drie uur of meer gespijeld in afgelopen vier weken	<1		
14-15 jaar (2007-2008)		4		
Pesten				
5-6 jarigen (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd geplaagd wordt volgens de ouders	2		
5-6 jarigen (2007-2008)	% dat vaak of (bijna) altijd geplaagd wordt volgens de leerkracht	<1		
5-6 jarigen (2007-2008)	% dat vaak of bijna altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de ouders	4		
5-6 jarigen (2007-2008)	% dat vaak of bijna altijd ruzie maakt of anderen plaagt, volgens de leerkracht	6		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat tenminste één keer per week wordt gepest	13		
12-13 jaar (2007-2008)		7		
14-15 jaar (2007-2008)		3		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk: 12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand gepest wordt	6		7
10-11 jaar (2008-2009)	% dat tenminste één keer per week anderen pest	8		
12-13 jaar (2007-2008)		3		
14-15 jaar (2007-2008)		3		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk: 12-16 jaar (2005)	% dat minstens twee keer per maand anderen pest	5		9
Ingrijpende gebeurtenissen				
2 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt in de afgelopen 2 jaar	61		
5-6 jarigen		44		
2 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	67		
5-6 jaar (2007-2008)		80		
10-11 jaar (2008-2009)		81		
12-13 jaar (2007-2008)		89		
14-15 jaar (2007-2008)		87		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Problematiek thuis				
12-13 jaar (2007-2008)	% met problematiek thuis	21		
14-15 jaar (2007-2008)		24		
Hoogrisico kinderen²				
0-16 jaar (2007-2008)	% acuut risico (acuut veiligheidsgevaar)	4		
0-16 jaar (2007-2008)	% hoog risico (ernstig bedreigde kindontwikkeling)	9		
0-16 jaar (2007-2008)	% verhoogd risico (bedreigde kindontwikkeling)	8		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

¹ Probleemgedrag wordt frequent genoemd wanneer leerlingen meer dan 3 probleemgedragingen rapporteren over het afgelopen jaar of wanneer leerlingen rapporteren één of meer probleemgedragingen vaak of heel vaak te hebben gedaan het afgelopen jaar.

² Risicokinderen zijn kinderen waarbij er sprake is van risicofactoren in het kind zelf of in diens omgeving (waaronder problematische opvoedingssituaties) die een bedreiging vormen voor de gezonde ontwikkeling. Deze kinderen zijn getaxeerd in eerste instantie op basis van de JMR en informatie van derden; daarna op basis van een risicotaxatie lijst die standaard afgenomen is tijdens de consulten van de JGZ.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Matig overgewicht (exl. obesitas)				
2 jaar (2007-2008), landelijk: 2 jaar (1996-1997)		10		8
10-11 jaar (2008-2009), landelijk: 10-11 jaar (2002-2004)		21		14
14-15 jaar (2007-2008), landelijk: 14-15 jaar (2006)		14		14
16-55 jaar (2008)	% BMI 25-30	30		
55 jaar en ouder (2008)		41		
16 jaar en ouder (2008)		34	▼	31
Obesitas				
2 jaar (2007-2008), landelijk: 2 jaar (1996-1997)		2		1
10-11 jaar (2008-2009), landelijk: 10-11 jaar (2002-2004)		7		3
14-15 jaar (2007-2008), landelijk: 14-15 jaar (2006)		5		4
16-55 jaar (2008)	% BMI ≥30	12		
55 jaar en ouder (2008)		19		
16 jaar en ouder (2008)		14	▼	12

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Voeding				
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	96		
5-6 jaar (2007-2008)		92		
10-11 jaar (2008-2009)		90		
12-13 jaar (2007-2008)		80		
14-15 jaar (2007-2008)		71		
2 jaar (2007-2008)	% dat voldoet aan de fruitnorm ¹	54		
5-6 jaar (2007-2008)		42		
10-11 jaar (2008-2009)		31		
12-13 jaar (2007-2008)		30		
14-15 jaar (2007-2008)		24		
10-11 jaar (2008-2009), landelijk 11-12 jaar (2007-2008))	% dat dagelijks fruit eet	45		37
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		37		29
2 jaar (2007-2008)	% dat dagelijks groente eet	54		
5-6 jaar (2007-2008)		39		
10-11 jaar (2008-2009), landelijk 11-12 jaar (2007-2008))		39		44
12-13 jaar (2007-2008)		42		
14-15 jaar (2007-2008)		37		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		39		41
2 jaar (2007-2008)	% dat meer dan twee glazen fris drinkt ²	27		
5-6 jaar (2007-2008)		36		
10-11 jaar (2008-2009)		34		
12-13 jaar (2007-2008)		35		
14-15 jaar (2007-2008)		41		
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥3 tussendoortjes per dag eet	4		
5-6 jaar (2007-2008)		5		
10-11 jaar (2008-2009)		7		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

¹ Peuters en kleuters anderhalf stuk per dag, vanaf groep 7 twee stuks per dag. Bij alle leeftijdsgroepen mag 1 stuk fruit vervangen worden door een glas sinaasappel- of grapefruitsap.

² Frisdrank of andere gezoete dranken.

³ Populatie: jongeren die wel een geslachtsgemeenschap hebben gehad.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Lichaamsbeweging				
2 jaar (2007-2008), landelijk 3 jaar (2005)	% dat ≥5 dagen per week buiten speelt	51		60
5-6 jaar (2007-2008), landelijk 5-12 jaar (2005)		34		67
10-11 jaar (2008-2009), landelijk 5-12 jaar (2005)		40		67
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	39		
10-11 jaar (2008-2009)		69		
12-13 jaar (2007-2008)		77		
14-15 jaar (2007-2008)		67		
10-11 jaar (2008-2009), landelijk 8-12 jaar (2005)	% dat lid is van sportvereniging	65		77
12-13 jaar (2007-2008)		56		
14-15 jaar (2007-2008)		49		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		53		67
2 jaar (2007-2008)	% dat ≥1 uur per dag tv kijkt/ computert	56		
5-6 jaar (2007-2008)		81		
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 uur per dag tv kijkt/ computert	46		
10-11 jaar (2008-2009)		65		
12-13 jaar (2007-2008)		77		
14-15 jaar (2007-2008)		83		
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	47		
55 jaar en ouder (2008)		34		
16 jaar en ouder (2008)		43	▼ 40	
Roken				
10-11 jaar (2008-2009)	% wel eens gerookt	6		
12-13 jaar (2007-2008)		15		
14-15 jaar (2007-2008)		35		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		24		33
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1		
12-13 jaar (2007-2008)		<1		
14-15 jaar (2007-2008)		7		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		3		8
16-55 jaar (2008)	% rokers	30		
55 jaar en ouder (2008)		22		
16 jaar en ouder (2008)		28	27	

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Alcoholgebruik				
10-11 jaar (2008-2009), landelijk 11-12 jaar (2005)	% dat wel eens alcohol heeft gedronken	28		49
12-13 jaar (2007-2008),		24		
14-15 jaar (2007-2008)		49		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		37		77
10-11 jaar (2008-2009), landelijk 11-12 jaar (2005)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	7		14
12-13 jaar (2007-2008)		11		
14-15 jaar (2007-2008)		32		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		22		49
12-13 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 glazen heeft gedronken in afgelopen 4 weken tijdens 1 gelegenheid	7		
14-15 jaar (2007-2008)		21		
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	9		
55 jaar en ouder (2008)		12		
16 jaar en ouder (2008)		10	▲	12
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	50		
55 jaar en ouder (2008)		40		
Drugsgebruik				
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in afgelopen 4 weken	<1		
14-15 jaar (2007-2008)		7		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		3		7
12-13 jaar (2007-2008)	% harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	<1		
14-15 jaar (2007-2008)		<1		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		<1		2
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	10		
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen 4 weken	6	▲	7
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	10		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

¹ Peuters en kleuters anderhalf stuk per dag, vanaf groep 7 twee stuks per dag. Bij alle leeftijdsgroepen mag 1 stuk fruit vervangen worden door een glas sinaasappel- of grapefruitsap.

² Frisdrank of andere gezoete dranken.

³ Populatie: jongeren die wel een geslachtsgemeenschap hebben gehad.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Seksueel risicogedrag				
12-13 jaar (2007-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	4		
14-15 jaar (2007-2008)		16		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)		9		15
12-13 jaar (2007-2008)	% dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad zonder condoom ³	37		
14-15 jaar (2007-2008)		37		
12-15 jaar (2007-2008), landelijk 12-16 jaar (2005)	% dat bij de laatste keer geslachtsgemeenschap geen condoom heeft gebruikt	21		18
12-13 jaar (2007-2008)	% dat bij de laatste keer geslachtsgemeenschap geen enkel voorbehoedsmiddel heeft gebruikt ¹	20		
14-15 jaar (2007-2008)		11		
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	11		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

¹ Peuters en kleuters anderhalf stuk per dag, vanaf groep 7 twee stuks per dag. Bij alle leeftijdsgroepen mag 1 stuk fruit vervangen worden door een glas sinaasappel- of grapefruitsap.

² Frisdrank of andere gezoete dranken.

³ Populatie: jongeren die wel een geslachtsgemeenschap hebben gehad.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Huiselijk geweld				
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	10		
55 jaar en ouder (2008)		5		
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	2.844		
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	49		
	Aantal meldingen ASHG pleger	3.351		
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	58		
Hulpverlening				
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	2.583		
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	44		

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Geluidhinder				
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	31 ▼	29	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen	38 ▼	36	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door burenen	36 ▼	34	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door verkeer <50 km/u	32 ▼	27	
Groenbeleving in de buurt				
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	61		
55 jaar en ouder (2008)		82		
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	93		
55 jaar en ouder (2008)		96		
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	61		
55 jaar en ouder (2008)		72		
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	64		
55 jaar en ouder (2008)		70		
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	45		
55 jaar en ouder (2008)		65		
Buurtbeleving				
2 jaar (2007-2008)	% ouders dat tevreden is over de buitenspeelmogelijkheden in de buurt	87		
5-6 jaar (2007-2008)		84		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de woonbuurt niet leuk vindt	13		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat zich soms of (heel) vaak onveilig voelt in de woonbuurt	56		
10-11 jaar (2008-2009)	% dat vindt dat er niet genoeg te doen is in de buurt	32		
Luchtvervuiling				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	2.364		
	% <100 m rijksweg	1		
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	16.147		
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	9		
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	10		
	% 100-300 m rijksweg	8		

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Rotterdam	G4	NL
Huisarts				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	70		
55 jaar en ouder (2008)		83		
16 jaar en ouder (2008)		74	74	
Tandarts¹				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	73		
55 jaar en ouder (2008)		54		
16 jaar en ouder (2008)		67	68	
GGZ / AMW				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	10		
55 jaar en ouder (2008)		6		
16 jaar en ouder (2008)		9 ▲	10	
Thuiszorg				
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	2		
55 jaar en ouder (2008)		11		
16 jaar en ouder (2008)		5 ▼	4	
Mantelzorg				
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	9		
55 jaar en ouder (2008)		14		
16 jaar en ouder (2008)		10	10	
Hulp en zorg				
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	22		
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	11		

¹ Uitgangspunt: jaarlijkse bezoek aan de tandarts is positief.

▲ Significant gunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

▼ Significant ongunstiger dan het laatste cijfer in de rij.

COLOFON

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

Herziene druk april 2010

Redactie: Ö. Erdem, C. Nanninga,

R. Kiela en W.M.M. Klaus-Meijls

Vormgeving: troy! creatieve communicatie

Drukwerk: TDS

GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032

3000 LP Rotterdam

(010) 433 99 66

info@ggd.rotterdam.nl

www.ggd.rotterdam.nl



rivm