

Gezondheid in kaart

Rotterdam Centrum



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van Rotterdam Centrum	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	28
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	29
	Definities	31
	Afkortingen	35
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van Rotterdam Centrum	36

1 Inleiding

Gemeenten krijgen een steeds grotere rol in het volksgezondheidsbeleid. De Wet publieke gezondheid (WPG) schrijft voor dat gemeenten elke vier jaar hun volksgezondheidsbeleid vaststellen. Daarnaast zijn gezondheid en zorg belangrijke onderwerpen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en in het jeugdbeleid van (deel)gemeenten. 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 Centrum

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Rotterdam Centrum. 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 deelgemeente 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 Rotterdam Centrum gebruik maken om te komen tot keuzes in het gezondheidsbeleid.

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

De kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid in Rotterdam Centrum luiden:

- De gezondheid van de inwoners van Rotterdam Centrum ligt op het Rotterdams gemiddelde. Er is nog veel gezondheidswinst te behalen, vooral in de wijken met achterstand.
- Veel kinderen in Rotterdam Centrum maken bij de geboorte een slechte start. Een brede aanpak van preconceptie tot kraamzorg kan verbetering brengen.
- Eenzaamheid is vooral voor ouderen in Rotterdam Centrum een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Rotterdam Centrum heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Rotterdam Centrum net als elders in de stad een hardnekkig probleem. Een brede aanpak op voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het gebruik van alcohol en harddrugs in Rotterdam Centrum is hoog. Een gecombineerde aanpak van preventie en handhaving kan verbetering brengen.
- Roken bedreigt de gezondheid van de inwoners van Rotterdam Centrum. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Meer groen en minder auto's maken de leefomgeving in Rotterdam Centrum gezonder en versterken het stadscentrum als visitekaartje van Rotterdam

Deze kernboodschappen hebben betrekking op de specifieke situatie in Rotterdam Centrum. Voor de gemeente Rotterdam als geheel is een aantal aanvullende kernboodschappen geformuleerd. Deze kernboodschappen zijn van belang voor alle Rotterdamse deelgemeenten:

- Huiselijk geweld is onacceptabel. Niet alleen opvang van slachtoffers, maar ook preventie is nodig.
- Veel Rotterdammers kampen met een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Een individuele aanpak en samenwerking door de verschillende partijen biedt perspectief.

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 gezond-

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

De inwoners van Rotterdam Centrum 2

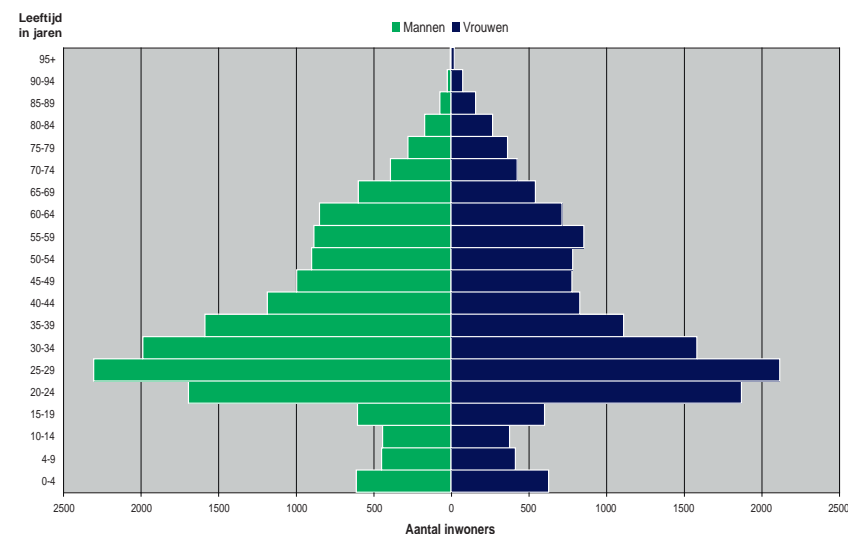
Met ingang van 3 maart 2010 is Rotterdam Centrum, tot die tijd een Centrumraad, een volwaardige deelgemeente. Rotterdam Centrum bestaat uit zes buurten: Oude Westen, Stadsdriehoek, Cool, C.S. kwartier, Nieuwe Werk (Scheepvaartkwartier) en Dijkzigt.

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

Aantal inwoners en leeftijdsopbouw

Rotterdam Centrum had op 1 januari 2009 30.543 inwoners. De inwoners van Rotterdam Centrum wonen op een klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 6.872 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners per vierkante kilometer in heel Rotterdam.

In *Figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van Rotterdam Centrum per 1 januari 2009 weergegeven. De leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen is over het algemeen nagenoeg gelijk verdeeld: 47,6% vrouwen en 52,4% mannen. In de leeftijdscategorie 25-64 jaar zijn er meer mannen dan vrouwen. In de hogere leeftijdscategorieën, vanaf 75 jaar en ouder, daarentegen zijn er meer vrouwen dan mannen.

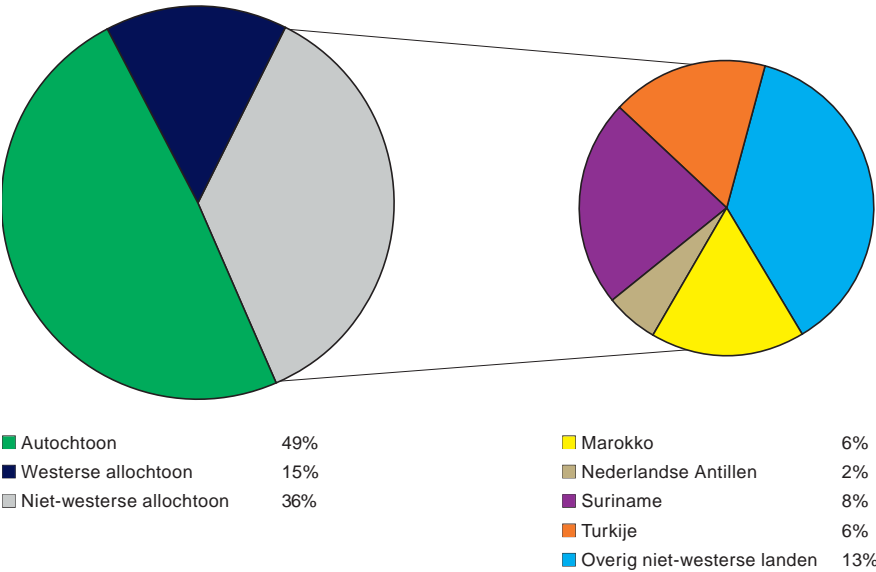


Figuur 2.1: Demografische opbouw van het Stadscentrum op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

De bevolking van Rotterdam Centrum is relatief jong en is daarmee in contrast met het landelijke beeld, waarbij vergrijzing de toon zet. De helft van de inwoners (51%) van Rotterdam Centrum is jonger dan 35 jaar. Deze ‘groene’ bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 63% uit eenpersoonshuishoudens, 15% uit huishoudens met kinderen en 23% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

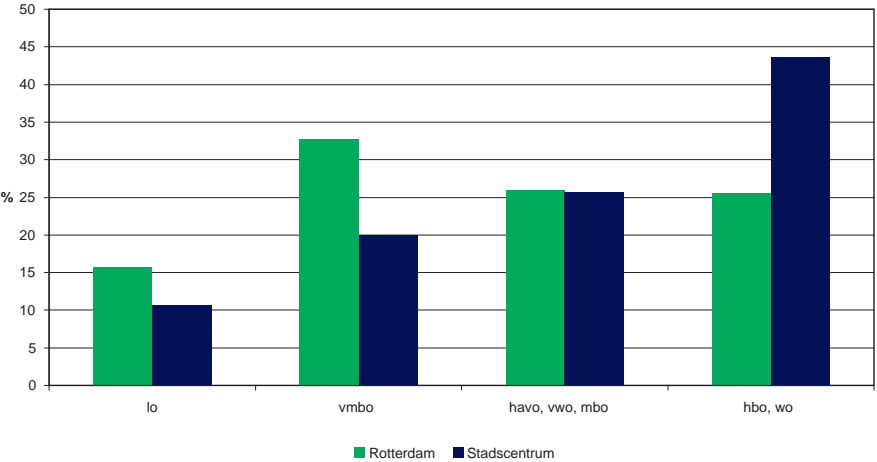
In Rotterdam Centrum wonen evenveel inwoners met een niet-westerse achtergrond als in heel Rotterdam. Met 36% niet-westerse allochtone inwoners is Rotterdam Centrum vergelijkbaar met het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Surinamers de grootste groep van de totale bevolking, gevolgd door Turken en Marokkanen, respectievelijk 8%, 6% en 6%. Met 13% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Rotterdam Centrum.



Figuur 2.2: Etniciteit van inwoners van het Stadscentrum op 1 januari 2008
(Bron: CBS StatLine, 2009).

Opleidingsniveau

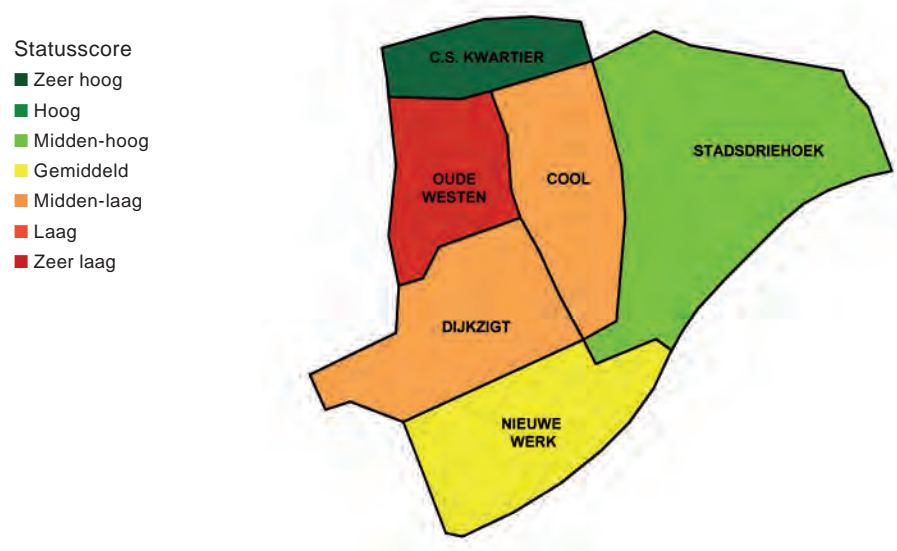
Rotterdam Centrum heeft vergeleken met Rotterdam als geheel relatief minder laag opgeleide inwoners (lo, vmbo): 31% tegenover 48%. Van alle inwoners van Rotterdam Centrum heeft 44% een hogere opleiding (hbo, wo), tegenover 26% in Rotterdam als geheel.



Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van het Stadscentrum en Rotterdam in 2008
(Bron: Gezondheidsenquête 2008, GGD Rotterdam-Rijnmond).

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-score in Rotterdam Centrum varieert van zeer laag tot zeer hoog.



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

Van alle inwoners van Rotterdam Centrum ontvangt 18% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. In heel Rotterdam ontvangt één op de vijf inwoners (21%) een uitkering. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner bedraagt in Rotterdam Centrum 14.900 euro tegenover 12.500 euro in Rotterdam.

Veiligheidsindex en Sociale Index

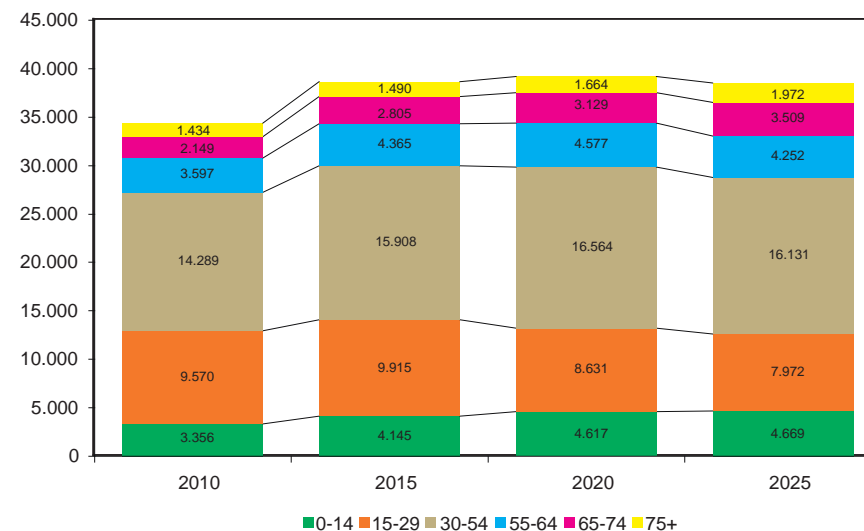
Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Rotterdam Centrum een 4,6. Rotterdam Centrum valt daarmee in de categorie 'probleem'. Ten opzichte van de vorige meting is in Rotterdam Centrum onder meer op de elementen 'drugsoverlast', 'vandalisme' en 'overlast' een verslechtering waar te nemen. Voor heel Rotterdam is de score een 7,2 en hiermee is Rotterdam een (redelijk) veilige stad (Veiligheidsindex, 2009).

Op de Sociale Index 2009 scoort Rotterdam Centrum een 6,3. Daarmee zit Rotterdam Centrum in de categorie 'sociaal voldoende'. Rotterdam scoort op de Sociale Index gemiddeld

een 6,0. Deze score is net hoog genoeg om de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Rotterdam Centrum scoort vooral op de onderdelen 'voldoende taalbeheersing' 'vervuiling en overlast' en 'mutaties (o.a. percentage verhuizingen)' laag. De score voor 'gezondheid' is 6,2 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt Rotterdam Centrum tussen 2010 en 2020 te maken met bevolkingsgroei. Het aantal inwoners in Rotterdam Centrum zal van ongeveer 34.400 in 2010 groeien naar ongeveer 39.200 inwoners in 2020. In 2025 zal het aantal inwoners licht dalen naar ongeveer 38.500. De groei zal in alle leeftijdscategorieën plaatsvinden, met uitzondering van 15-29 jaar. Naar verwachting zal in de nabije toekomst tegelijkertijd de vergrijzing doorzetten en de 'groene bevolking' blijven toenemen.



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

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van het Stadscentrum gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de deelgemeente Rotterdam Centrum, al dan niet in combinatie met gemeentelijk 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 het Stadscentrum vergeleken met het gemiddelde van Rotterdam. Deze cijfers zijn in uitgebreide vorm terug te vinden in de *bijlage: Gezondheidsprofiel van het Stadscentrum*.



➤ Rotterdam Centrum scoort op verscheidene aspecten van gezondheid niet anders dan Rotterdam als geheel. In Rotterdam Centrum is de levensverwachting voor mannen 75,6 jaar en voor vrouwen 80,6 jaar.

De sterfte is in Rotterdam Centrum lager dan in Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in Rotterdam Centrum lager is dan in Rotterdam. In 2008 stierven 7 mensen

per 1.000 inwoners, in Rotterdam als geheel 10. Hart- en vaatziekten en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in Rotterdam Centrum als in Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Inwoners van Rotterdam Centrum ervaren hun gezondheid niet beter of slechter dan de inwoners van Rotterdam als geheel. Van de inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart 12% zijn gezondheid als matig of slecht. Voor de inwoners van 55 jaar en ouder ligt dit percentage op 28. Jeugdigen in Rotterdam Centrum ervaren hun gezondheid slechter dan gemiddeld in Rotterdam. Van de kinderen van 10/11 jaar ervaart 21% de gezondheid als slecht, van de 14/15-jarigen 24%, tegenover 17% en 18% gemiddeld in Rotterdam.

Hoewel de ervaren gezondheid van de inwoners van Rotterdam Centrum nagenoeg gelijk is aan het gemiddelde van Rotterdam, wordt een aantal ziekten en aandoeningen door de inwoners van Rotterdam Centrum relatief vaker gerapporteerd. Zo ligt in Rotterdam Centrum het percentage inwoners met een depressie hoger dan in Rotterdam als geheel. Ouderen in Rotterdam Centrum rapporteren relatief vaker beperkingen van het zicht en van horen dan ouderen in Rotterdam: 15% en 14% in Rotterdam Centrum tegenover respectievelijk 9% en 9% in Rotterdam.

In *hoofdstuk 2* is aangegeven dat Rotterdam Centrum 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 de sociaaleconomische status. Zo leven bijvoorbeeld 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).

Met name de wijken met een lage SES-score vragen 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 astma en COPD positief beïnvloeden. Ook onderwijs, woningbouw, veiligheid, groen en verkeer hebben hun inbreng in een integrale aanpak. Tot slot kunnen ook acties in andere sectoren, die niet 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 meer kans op een goede gezondheid. Dit zijn voorbeelden van acties door andere sectoren, die als bijkomend effect een positief effect op de gezondheid hebben (gezondheid als "bijvangst").

In de nabije toekomst zal het aantal inwoners van Rotterdam Centrum in bijna alle leeftijdscategorieën toenemen. Daarom zullen naar verwachting ziekten die veel bij volwassenen van 30 jaar en ouder

voorkomen vaker worden vastgesteld: hoge bloeddruk, overgewicht en daarmee samenhangend diabetes en artrose. De vraag naar eerstelijnszorg (huisarts, maatschappelijk werk en fysiotherapie) en ziekenhuiszorg zal hierdoor waarschijnlijk toenemen.



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 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 tegen 10,1 per 1.000 geboren). In de achterstandswijken, waar ook wijken van Rotterdam Centrum toe behoren, is de perinatale sterfte nog hoger, namelijk 13 per 1.000 geboren en onder allochtone vrouwen zelfs 13,5 per 1.000 geboren. Ook onder autochtone Rotterdammers 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).

In 2000-2004 maakte 80% van de gezinnen geen of te weinig gebruik van kraamzorg (Steeegers, 2008). Omdat het zorggebruik in achterstandswijken relatief laag is, onderzoekt de GGD in 2010 in deze wijken de omvang van het kraamzorggebruik. Ook wordt onderzocht op welk moment zwangeren voor het eerst in zorg komen. Idealiter zou dit met acht weken zwangerschap zijn.

Omdat Antillianen en Marokkanen in 30% van de gevallen pas na 16 weken zwangerschap voor het eerst bij de verloskundige komen en Surinamers pas na 24 weken, vormen zij specifieke doelgroepen van beleid (Choté et al, 2009).

De gemeente Rotterdam heeft in 2008 het belang van het terugdringen van de perinatale sterfte al onderkend. In 2009 is de uitvoering gestart van het programma Klaar voor een Kind, gericht op de verbetering van de perinatale gezondheid. Dit programma richt zich op het verbeteren van de zorg en begeleiding in de zwangerschapsketen. Voorafgaande aan de zwangerschap wordt preconceptiezorg geboden, tijdens de zwangerschap worden zwangeren gestimuleerd eerder in zorg te komen, het gebruik van de kraamzorg wordt bevorderd en een goede opvolging van zorg door het Centrum voor Jeugd en Gezin wordt aangeboden. Ook is bij het Erasmus Medisch Centrum een geboortecentrum ingericht. De deelgemeente werkt volop mee aan het programma, gericht op de eigen inwoners. Om te beginnen met het aanbieden van preconceptiezorg: zorg gericht op het opsporen en elimineren van risicofactoren bij jonge mannen en vrouwen vóór de bevruchting.

De Rotterdamse aanpak van dit probleem is vooral gericht op deelgemeenten waar veel risicogroepen of achterstandsgroepen wonen. De deelgemeente Rotterdam Centrum is daar één van. Een succesvolle aanpak is alleen mogelijk met medewerking van de deelgemeente. Draagvlak bij professionals in de deelgemeente is van belang. De deelgemeente kan ook welzijns- en zelforganisaties een rol geven in het bereik van de doelgroepen met informatie over gezonde zwangerschap. Verloskundigen kunnen zwangeren of stellen met een kinderwens verwijzen naar de Vraagwijzerloketten. Zij hebben een sociale kaart en helpen zwangeren met vragen over Wonen, Zorg, Welzijn en Inkomen. Tenslotte kan de deelgemeente de aanpak ondersteunen door bijvoorbeeld actief informatie te verspreiden en interventies te ondersteunen met communicatie.



➤ Eenzaamheid is in Rotterdam Centrum, net als elders in de stad, een probleem. Van de ouderen geeft 42% aan zich eenzaam te voelen. Inwoners van Rotterdam Centrum van 16 tot 55 jaar voelen zich iets minder vaak eenzaam dan gemiddeld in Rotterdam. Het percentage is echter met 32% nog steeds hoog.

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 Centrum. 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. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg organiseren een breed pakket aan trainingen gericht op deze specifieke problematiek.

In Rotterdam Centrum werken instellingen sinds februari 2007 mee in het stedelijk programma 'Voorkomen en bestrijden van sociaal isolement bij ouderen in Rotterdam'. In het project 'Schakelen in sociaal isolement' richt de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Centrum zich op het versterken van de lokale sociale infrastructuur met betrekking tot het bestrijden van sociaal isolement onder ouderen. Onder meer wordt een geselecteerde groep ouderen persoonlijk begeleid. De ervaringen met dit project en de projecten die in andere deelgemeenten worden uitgevoerd in het kader van het programma 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.

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

Eenzaamheid van niet-oudere volwassenen is niet vaak een onderwerp van beleid. Er zijn geen effectieve eenzaamheidsinterventies bekend gericht op deze groep. Wanneer de eenzaamheid samenhangt met onzekerheid, gebrek aan assertiviteit of aan sociale vaardigheid kunnen mensen zich aanmelden voor een specifieke training van een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg.

De kans op sociaal isolement van volwassenen is kleiner wanneer zij een baan hebben of aan vrijwilligerswerk zinvolle contacten kunnen ontleenen.

Een aanpak in de deelgemeente vereist aansluiting bij de specifieke lokale situatie.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Rotterdam Centrum voor. Volgens de ouders heeft 14% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkracht is dit percentage 12%. Ouders geven bij 13% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 5%. Bij 14% van de 12- en 13-jarigen en 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 20% van de 12- en 13-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad.

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

Met het voorkomen van psychosociale problemen is grote gezondheidswinst en ook maatschappelijke winst te behalen. Depressie is niet voor niets één van de speerpunten in het volksgezondheidsbeleid. Preventie van psychische en psychosociale problemen

heeft de beste resultaten als publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, ondersteuningsprogramma's en maatregelen gericht op de omgeving in combinatie worden uitgevoerd. Het gaat om:

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

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

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



➤ Overgewicht is in Rotterdam Centrum een probleem. Van de inwoners van het Stadscentrum van 16 jaar en ouder heeft 31% matig overgewicht. Dit is nagenoeg gelijk aan het (hoge) Rotterdamse gemiddelde. Obesitas (ernstig overgewicht) komt bij 16-55 jarigen in Rotterdam Centrum minder voor dan gemiddeld in Rotterdam (5% tegenover 12%).

Overgewicht komt bij de jeugdigen in Rotterdam Centrum even veel voor als gemiddeld in Rotterdam. Bij 23% van de 10- en 11-jarigen is sprake van matige overgewicht, 7% heeft obesitas. Kinderen van 5/6 jaar in Rotterdam Centrum ontbijten minder vaak dagelijks dan gemiddeld in Rotterdam (87% tegenover 92% gemiddeld in Rotterdam). Van de 14- en 15-jarigen in Rotterdam Centrum ontbijt 63% dagelijks tegenover 71% in Rotterdam.

Gezien de relatief hoge percentages overgewicht is het niet verrassend dat de inwoners minder vaak bewegen. Meer dan de helft van de volwassenen in Rotterdam Centrum (59%) voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*). Dat is aanzienlijk meer dan gemiddeld in Rotterdam, waar 47% niet aan de landelijke norm voldoet. Minder kinderen in Rotterdam Centrum sporten minstens twee keer buiten schooltijd dan gemiddeld in Rotterdam (28% van de 5/6 jarigen in Rotterdam Centrum tegenover 39% in Rotterdam). In Rotterdam Centrum is een lager percentage kinderen en jeugdigen lid van een sportvereniging dan gemiddeld in Rotterdam.

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 beweggedrag, 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.

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in Rotterdam Centrum 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 voert de GGD met andere partijen het programma 'Lekker fit' uit. Hierin worden voorlichting, beweegactiviteiten en een gezond aanbod in de schoolkantine gecombineerd. Recent onderzoek toont aan dat de beweegprogramma's 'COACH-methode', 'Jump-in' en 'Revalidatie, Sport en Bewegen' significant positieve effecten hebben op het beweggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse et al., 2009).

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



De norm aanvaardbaar alcoholgebruik (zie *Definities*) wordt in Rotterdam Centrum door 65% van de 16 tot 55 jarigen overschreden. Dit is meer dan gemiddeld in Rotterdam. Ook het percentage overmatige drinkers onder de volwassenen in Rotterdam Centrum ligt hoger dan in Rotterdam, respectievelijk 12% en 9%. Onder jongeren in Rotterdam Centrum is het alcoholgebruik aanzienlijk lager dan in Rotterdam: 31% van de 14- en 15-jarigen in Rotterdam Centrum heeft ooit gedronken en 19% van deze leeftijdsgroep heeft in de afgelopen vier weken gedronken. Gemiddeld in Rotterdam liggen deze percentages op 49 en 32%.

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. Streven is dat minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk zijn van alcohol en dat alcoholgebruik minder schadelijke gevolgen heeft in het gezin, op het werk, in het verkeer en in uitgaanssituaties.

Effectief lokaal alcoholbeleid steunt op vier pijlers:

- Draagvlak bij het publiek. Bijvoorbeeld door communicatie via de media, scholen en verenigingen.
- Regelgeving in relatie tot de beschikbaarheid van alcohol. Onder meer door afspraken te maken met de horeca over alcoholmarketing, sluitingstijden, toelatingsbeleid en schenkeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De school is een goede plaats om jongeren te bereiken, bijvoorbeeld via het programma 'Gezonde school'. De laatste jaren blijken ook zelfhulpprogramma's op internet steeds vaker succesvol.

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

Harddrugs

Het percentage inwoners van Rotterdam Centrum van 16 tot 55 jaar dat ooit harddrugs heeft gebruikt is beduidend hoger dan het Rotterdamse gemiddelde. Van de volwassenen in Rotterdam Centrum heeft 18% ooit harddrugs gebruikt. In heel Rotterdam ligt dit op 10%. Onder de 14- en 15-jarigen in Rotterdam Centrum worden meer harddrugs gebruikt dan gemiddeld in Rotterdam: 3% van deze leeftijdsgroep heeft in de afgelopen vier werken harddrugs gebruikt tegenover 0,7% in Rotterdam. Het cannabisgebruik is in Rotterdam Centrum niet hoger dan gemiddeld in Rotterdam.

Er is zeker reden tot zorg over het gebruik van cannabis. Juist onder risico- en probleemjongeren is het cannabisgebruik hoog. Uit recent onderzoek in Rotterdam blijkt dat cannabisgebruik de problemen van deze jongeren verergert (De Jong, 2009).

Het stedelijke coffeeshop/cannabisbeleid pakt dit probleem aan door een combinatie van preventie en repressie. Het aanbod van cannabis via coffeeshops wordt bewaakt en gereguleerd. Coffeshoppersoneel wordt getraind om voorlichting te geven. Via de websites www.cannabisenik.nl en www.alcoholenik.nl wordt laagdrempelig informatie en begeleiding aangeboden.

Via jongerenwerk, acties per wijk, acties via zelforganisaties, het voeren van genotmidelenbeleid bij organisaties in de wijk en het bevorderen van een integrale aanpak kan de deelgemeente het stedelijk beleid versterken met gebiedsspecifieke acties.



➤ Het aantal volwassen rokers in Rotterdam Centrum is hoog. Van de 16 tot 55 jarigen rookt 35%, van de 55-plussers 27%. Het percentage kinderen en jeugdigen dat ooit gerookt heeft in Rotterdam Centrum lager dan gemiddeld in Rotterdam.

Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, bijvoorbeeld longkanker. Ook verhoogt roken het risico op COPD (zie *Afkortingen*), 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 het voorkomen dat jongeren gaan roken. Het programma 'Gezonde school en genotmiddelen', dat door de GGD wordt gecoördineerd biedt hiervoor goede mogelijkheden. Verenigingen met veel jongere leden kunnen roken ontmoedigen en toezien op naleving van het rookverbod in bijvoorbeeld de sportkantine.



➤ De leefomgeving beïnvloedt de gezondheid op drie manieren. Ten eerste rechte reeks door blootstelling aan fijn stof in de buitenlucht, ernstige geluidhinder 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.

Lucht en gezondheid

Van de woningen in Rotterdam Centrum ligt 28% direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*). Dit betekent dat de bewoners van ongeveer 1.100 woningen in een gebied wonen met een relatief slechte luchtkwaliteit. Dit aandeel is een factor drie hoger dan gemiddeld voor Rotterdam.

Luchtverontreiniging door wegverkeer kan leiden tot luchtwegklachten, zoals hoesten, piepen en kortademigheid. Het kleinste deel van ingeademd fijn stof kan 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.

In iWAP 2010 Stadsdriehoek en CS-kwartier is veel beleid geformuleerd over onder andere veiligheid en sociale zaken, maar weinig over de fysieke leefomgeving. Het zou een goed idee zijn om de milieuzonering verder te ontwikkelen. Ook de algemene autobereikbaarheid is erg hoog. Het bieden van voldoende alternatieven voor de auto in de vorm van veilige en aantrekkelijke langzaam vervoerverbindingen verbetert niet alleen de luchtkwaliteit, maar is ook een stimulans om meer te bewegen en helpt daarmee overgewicht verminderen. Verder wordt aangeraden om waar mogelijk te voorkomen dat scholen en kinderdagverblijven direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Geluid en gezondheid

Ruim één op de drie inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart hinder door geluid van wegverkeer. Deze cijfers liggen iets hoger dan gemiddeld voor Rotterdam. De geluidhinder veroorzaakt door bouwen en slopen is beduidend groter: ruim 40% voor de binnenstadbewoners, terwijl dit voor Rotterdam gemiddeld op 25% ligt.

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 geluidhinder. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopactiviteiten en burelen belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen daarom gezondheidseffecten optreden.

Het geluidbeleid krijgt in de iWAP's niet expliciet aandacht. Het is belangrijk om in Rotterdam Centrum stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte. Ook is het belangrijk beleid te ontwikkelen voor het bouwlawaai. Naast stille technieken is het ook mogelijk met informatie naar bewoners en afspraken met aannemers de hinder beter te beheersen.

Groen en gezondheid

In Rotterdam Centrum zijn er relatief minder mensen die vinden dat er voldoende groen in de buurt is dan het gemiddelde voor Rotterdam (24% tegenover 45% gemiddeld in Rotterdam). Ook geeft slechts 36% van de 16-55 jarigen in Rotterdam Centrum het groen een voldoende, tegenover 61% gemiddeld in Rotterdam. Bovendien vinden veel minder bewoners van Rotterdam Centrum dat er tot rust gekomen of gerecreëerd kan worden dan gemiddeld in Rotterdam.

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. Een positieve ontwikkeling is de subsidie voor groene daken. Uitzicht op groene daken vanuit hoogbouw draagt bij aan het welbevinden van bewoners en werknemers.

In het stedelijk programma 'Rotterdam Kindvriendelijk' krijgen wonen en opgroeien extra aandacht. In het kader van het programma zijn elf wijken geselecteerd die in 2010 aantoonbaar kindvriendelijker moeten zijn. Samen met de wijkbewoners zijn plannen gemaakt voor concrete acties, zoals aantrekkelijke schoolpleinen, veilige loop- en fietsroutes en leuke speelplekken.

Cool is één van de voor dit programma geselecteerde wijken.

De cijfers geven aan dat het groen onvoldoende is in Rotterdam Centrum. Dit is niet alleen jammer voor de bewoners, maar ook voor de vele bezoekers. Het is ook opmerkelijk omdat juist het stadscentrum het visitekaartje van Rotterdam zou moeten zijn. Verbetering is mogelijk door onder meer toegankelijke binnenterreinen, laanbeplanting en het vergemakkelijken van het oversteken naar mooie kades.

4 Tot slot

In het kader van de regionale VTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een Gezondheidsatlas ontwikkeld: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel)gemeenten van het Rijnmondgebied (www.Gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl). 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

Choté AA, Groot CJ de, Bruijnzeels MA, Redekop WK, Jaddoe VW, Hofman A, Steegers EA, Mackenbach JP, Foets M. Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Midwifery*, 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.

Jong WM de. Blomen op Zuid. Rapid Assessment en Response naar het gebruik van cannabis door buurt- en risicogroepen in Rotterdam-Zuid. Bureau BP&O, 2009.

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.

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

Steeegers, EAP. Recht op een goede start in Medisch Contact. Nr. 03-15 januari 2008.

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.

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 bedreigd hem/haar in elkaar te slaan alleen om hem/haar bang te maken.
- iemand heeft bedreigd met een wapen of heeft bedreigd hem/haar in elkaar te slaan om geld of andere waardevolle artikelen te krijgen.
- iemand met een mes of wapen heeft verwond.

Gemiddeld inkomen per inwoner

Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner. Het besteedbaar inkomen is het totaal aan inkomsten van een individu, verminderd met betaalde premies en belastingen. Voor de berekening van dit veld zijn de besteedbare inkomens van alle individuen binnen een gebied opgeteld. Het resulterende bedrag is vervolgens gedeeld door het aantal inwoners van het gebied. Dit gegeven is afkomstig uit het Regionaal Inkomensonderzoek van het CBS.

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.

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

Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

Mannen: maximaal 2 glazen per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week.
Vrouwen: maximaal 1 glas per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week.

Overgewicht

Jeugd (onder de 18 jaar): de definitie voor overgewicht en obesitas is afhankelijk van de leeftijd en het geslacht. Dit onder meer omdat de hoeveelheid lichaamsvet tijdens de kinderjaren steeds verandert. Internationaal zijn er 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 van 10- en 11-jarigen en 12- tot en met 15-jarigen is gebruik gemaakt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). De SDQ bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op 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'.

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
HDA	Huishoudelijke Dagelijkse Activiteiten
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 Rotterdam Centrum

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Totale sterfte			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	251	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	7 ●	10
Ziekten van het hart- en vaatstelsel¹			
Totaal	Aantal	72	1.623
Kwaadaardige nieuwvormingen¹			
Totaal	Aantal	75	2.008
Ziekten van de ademhalingsorganen¹			
Totaal	Aantal	22	620
Levensverwachting bij de geboorte			
Mannen (2003-2006)	Jaren	75,6 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		80,6 ●	81,0

¹ De vergelijking tussen het Stadscentrum en Rotterdam is op basis van deze cijfers niet mogelijk omdat de cijfers niet zijn gestandaardiseerd.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Chronische aandoening			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	37 ▲	48
55 jaar en ouder (2008)		84	79
Diabetes			
16-55 jaar (2008)	%	-	3
55 jaar en ouder (2008)	%	13	12
Migraine/ernstige hoofdpijn			
16-55 jaar (2008)	%	10 ▲	17
55 jaar en ouder (2008)	%	9	10
Hoge bloeddruk			
16-55 jaar (2008)	%	5	9
55 jaar en ouder (2008)	%	27	33

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Luchtwegaandoeningen			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	6	8
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	12	12
Aandoening aan rug			
16-55 jaar (2008)	%	5	9
55 jaar en ouder (2008)	%	11	18
Artrose van heup/knie			
16-55 jaar (2008)	%	6	7
55 jaar en ouder (2008)	%	33	34
Aandoening nek/schouder			
16-55 jaar (2008)	%	8	9
55 jaar en ouder (2008)	%	12	15
Aandoening elleboog/pols/hand			
16-55 jaar (2008)	%	8	6
55 jaar en ouder (2008)	%	13	12
Depressiviteit			
16-55 jaar (2008)	%	8	11
55 jaar en ouder (2008)	%	18	11
ADL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	14	14
HDA-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	18	22
Beperking in horen			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	14	9
Beperking in zien			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	15	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Bevolkingsonderzoek			
Borstkanker (2006)	% deelname	-	-
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	-	57

- Onbekend.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Infectieziekten			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	2	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	20	188
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	27	805
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	19	112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	2.332	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.

- Onbekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Ervaren gezondheid			
5-6 jaar	% slecht	4	6
10-11 jaar		21	17
12-13 jaar (VO1)		19	18
14-15 jaar (VO2)		24	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	12	14
55 jaar en ouder (2008)		28	30
Eenzaamheid			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	32 ▲	41
55 jaar en ouder (2008)		42	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	14	16
55 jaar en ouder (2008)		16	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	24	31
55 jaar en ouder (2008)		30	32
Depressie			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	6	8
55 jaar en ouder (2008)		9	7
Psychofarmaca			
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	-	6
55 jaar en ouder (2008)		12	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Psychische gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	12	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	14	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	1	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	5	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	13	14
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders (SDQ)	1	2
12-13 jaar	% hoge score op psychosociale problemen (SDQ)	14	13
14-15 jaar		14	13
Suicide			
12-13 jaar	% suïcidedachten, afgelopen jaar	20	19
14-15 jaar		15	18
12-13 jaar	% suïcidepoging ooit	<1	3
14-15 jaar		3	4
Ingrijpende gebeurtenissen			
5-6 jaar	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	73	79
10-11 jaar		76	80
12-13 jaar		96 ▼	89
14-15 jaar		82	87
12-13 jaar	% meer dan één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, ooit	73 ▼	63
14-15 jaar		56	62
Ernstig geweldsdelict			
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	14	10
14-15 jaar (2007-2008)		6	10
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden meer dan 1 keer	5	5
14-15 jaar (2007-2008)		3	5
Probleemgedrag			
10-11 jaar (2008-2009)	% een wapen bij zich dragen	<1 ▲	6
12-13 jaar (2007-2008)		7	7
14-15 jaar (2007-2008)		9	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Seksuele gezondheid			
12-13 jaar	% wel eens gevreeën	23	19
14-15 jaar		39	48
12-13 jaar	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	3	4
14-15 jaar		13	16
14-15 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	-	-
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	15	11

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Matig overgewicht			
10-11 jaar (2008)	% BMI 25-30	23	21
16-55 jaar (2008)		29	30
55 jaar en ouder (2008)		39	41
Obesitas			
10-11 jaar (2008)	% BMI ≥30	7	7
16-55 jaar (2008)		5 ▲	12
55 jaar en ouder (2008)		20	19
Roken			
10-11 jaar	% ooit gerookt	2	6
12-13 jaar		11	15
14-15 jaar		31	35
10-11 jaar	% dagelijkse rokers	<1	<1
12-13 jaar		<1	0,5
14-15 jaar		6	7
16-55 jaar (2008)	% rokers	35	30
55 jaar en ouder (2008)		27	22

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Lichaamsbeweging			
5-6 jaar	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	28 ▼	39
10-11 jaar		71	69
12-13 jaar		74	77
14-15 jaar		71	67
10-11 jaar	% dat lid is van sportvereniging	56 ▼	65
12-13 jaar		49	56
14-15 jaar		45	49
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	59	47
55 jaar en ouder (2008)		40	34
Alcoholgebruik			
10-11 jaar	% ooit alcohol gedronken	21	28
12-13 jaar		14 ▲	24
14-15 jaar		31 ▲	49
10-11 jaar	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	8	7
12-13 jaar		8	11
14-15 jaar		19 ▲	32
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	12	9
55 jaar en ouder (2008)		20	12
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	65	50
55 jaar en ouder (2008)		43	40
Drugsgebruik			
12-13 jaar	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	0,9	1,0
14-15 jaar		6	7
14-15 jaar	% harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	3 ▼	0,7
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	11	10
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	18 ▼	10
Voeding			
5-6 jaar (2005)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	87	92
10-11 jaar		90	90
12-13 jaar		84	80
14-15 jaar		63	71

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Huiselijk geweld			
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	4	10
55 jaar en ouder (2008)		11	5
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	126	2.844
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	41	49
	Aantal meldingen ASHG pleger	146	3.351
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	48	58
Hulpverlening			
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	165	2.583
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	54	44

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Geluidhinder			
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	29	31
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bouw- of sloop-activiteiten	42	▼
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen of scooters	39	38
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door verkeer wegen < 50 km/uur	35	32
Groenbeleving in de buurt			
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	36	▼
55 jaar en ouder (2008)		63	▼
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	91	93
55 jaar en ouder (2008)		88	▼
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	43	▼
55 jaar en ouder (2008)		50	▼
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	39	▼
55 jaar en ouder (2008)		42	▼
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	24	▼
55 jaar en ouder (2008)		30	▼
Buurtbeleving jeugd			
10-11 jaar	% vindt de woonbuurt niet leuk	20	▼
10-11 jaar	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	69	▼

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Luchtvervuiling			
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	0	●
	% <100 m rijksweg	0	●
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	1.123	●
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	28	●
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	28	●
	% 100-300 m rijksweg	0	●

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Stadscentrum	Rotterdam
Huisarts			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	65	70
55 jaar en ouder (2008)		88	83
Tandarts¹			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	77	73
55 jaar en ouder (2008)		62	54
GGZ / AMW			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	11	10
55 jaar en ouder (2008)		10	6
Thuiszorg			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	-	2
55 jaar en ouder (2008)		12	11
Mantelzorg			
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	9	9
55 jaar en ouder (2008)		12	14
Hulp en zorg			
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	22	22
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	4	11

¹ Uitgangspunt: jaarlijkse bezoek aan de tandarts is positief.

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

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