



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Charlois



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de deelgemeente Charlois	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	29
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	30
	Definities	32
	Afkortingen	36
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Charlois	38

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 Charlois

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

- De inwoners van Charlois zijn minder gezond dan andere Rotterdammers. Dit vraagt actie, ook buiten het terrein van de gezondheid.
- Veel kinderen in Charlois maken een slechte start bij de geboorte. Een brede aanpak van preconcectie tot kraamzorg kan verbetering brengen.
- Eenzaamheid is in Charlois een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- De psychische gezondheid van de inwoners van Charlois ligt onder het Rotterdams gemiddelde. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Charlois een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik onder jongeren ligt in Charlois boven het Rotterdams gemiddelde. Dit vraagt om een intensieve preventieve aanpak.
- Roken bedreigt de gezondheid van de inwoners van Charlois. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Aanpak van geluid en lucht zou, samen met het groen, de kwaliteit van Zuidwijk en Pendrecht als tuinkijken verder kunnen versterken.

Deze kernboodschappen hebben betrekking op de specifieke situatie in Charlois. 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, geestelijke en psychische 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. Op 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 maar 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 deelgemeente Charlois is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de deelgemeente Charlois 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 deze 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 de deelgemeente Charlois

2

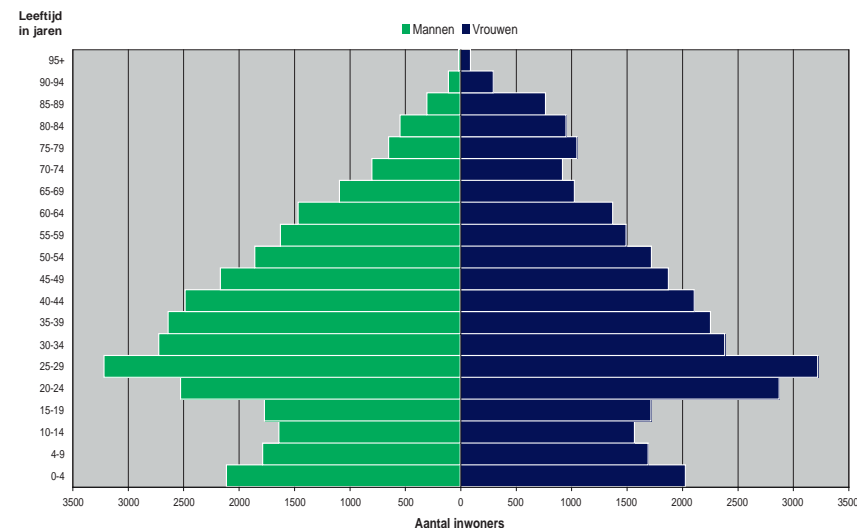
De deelgemeente Charlois kenmerkt zich door haar diversiteit in culturen, levensstijlen en buurten. De deelgemeente bestaat uit acht wijken: Carnisse, Heijplaat, Oud-Charlois, Pendrecht, Tarwewijk, Wielewaal, Zuidplein en Zuidwijk.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Charlois 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

De deelgemeente Charlois had op 1 januari 2009 62.925 inwoners. De inwoners van Charlois wonen op een klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 5.430 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in heel Rotterdam.

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van Charlois per 1 januari 2009 weergegeven.



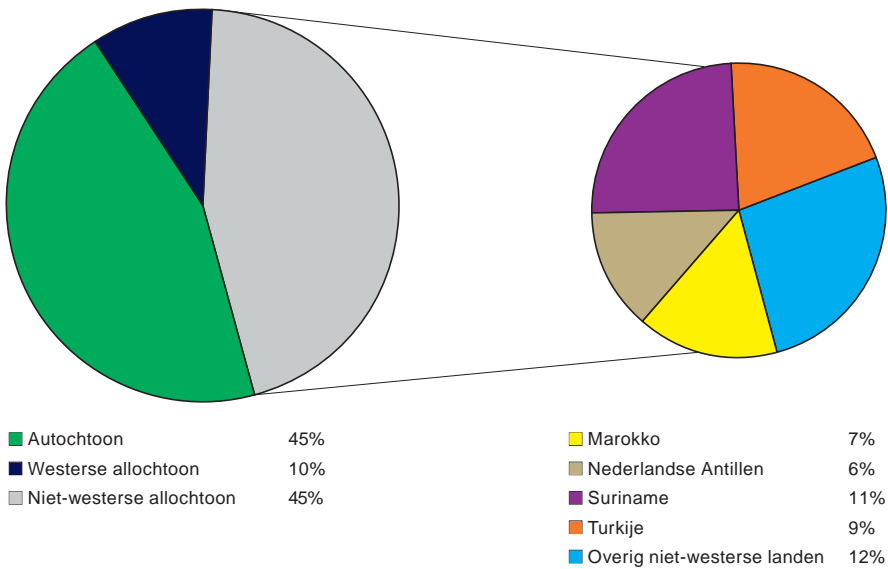
Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Charlois op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

In Charlois is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen nagenoeg gelijk verdeeld. In de leeftijdscategorie 20-24 jaar zijn er meer vrouwen dan mannen. Ook in de hogere leeftijdscategorieën, vanaf 70 jaar en hoger, zijn er meer vrouwen dan mannen. Mannen daarentegen zijn er meer in de leeftijdscategorie 30-59. De verdeling man-vrouw is in evenwicht: 50% vrouwen en 50% mannen.

De bevolking van Charlois is relatief jong en is daarmee in contrast met het landelijke beeld, waarbij vergrijzing de toon zet. De helft van de inwoners (50%) van de deelgemeente Charlois is jonger dan 35 jaar. Voor de hele stad Rotterdam ligt dit percentage op 46. Deze 'groene' bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 51% uit eenpersoonshuishoudens, 28% uit huishoudens met kinderen en 21% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

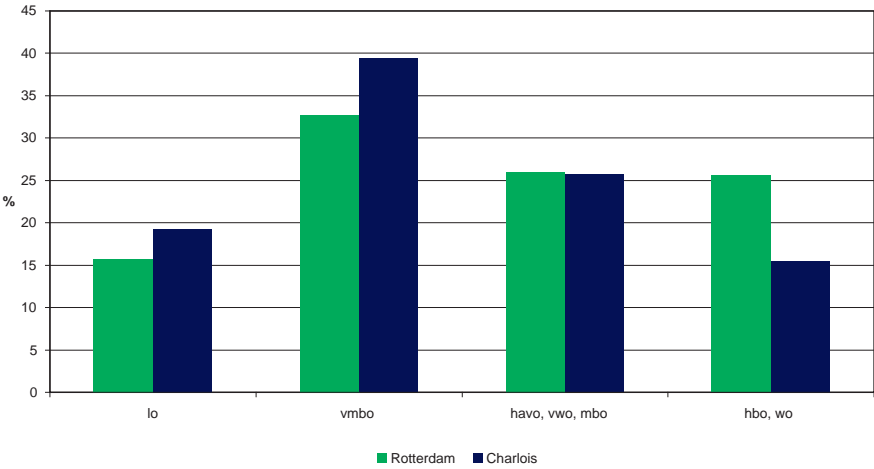
De deelgemeente Charlois wordt gekenmerkt door een relatief hoog percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond. Met 45% niet-westerse allochtone inwoners ligt Charlois boven het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Surinamers in Charlois de grootste groep van de totale bevolking, gevolgd door Turken en Marokkanen, respectievelijk 11%, 9% en 7%. Met 12% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Charlois.



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

Opleidingsniveau

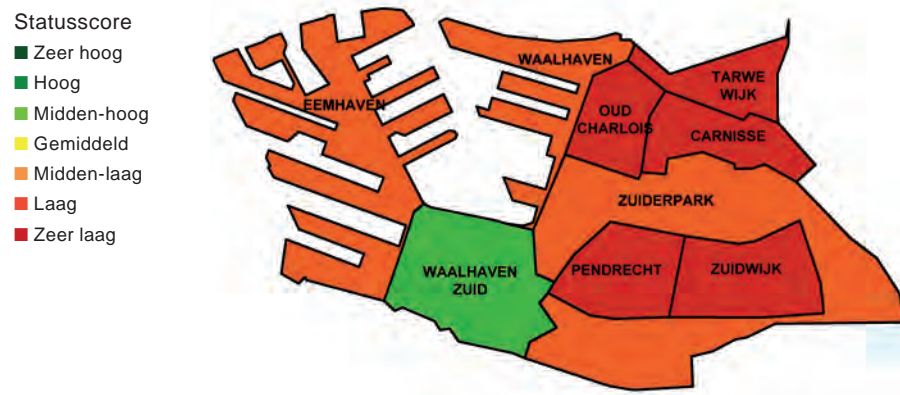
Charlois heeft vergeleken met Rotterdam als geheel meer laagopgeleide inwoners (lo, vmbo): 59% tegenover 48%. Van alle inwoners van Charlois heeft 16% een hogere opleiding (hbo, wo), tegenover 26% in heel Rotterdam.



Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Charlois 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 Charlois varieert van zeer laag tot midden-hoog.



Figuur 2.4: Sociaaleconomische status per vierposities postcodegebied in Charlois in 2006
(Bron: SCP, 2006).

Eén op de vier inwoners (25%) van Charlois ontvangt 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 in Charlois bedraagt 11.100 euro tegenover 12.500 euro in heel Rotterdam.

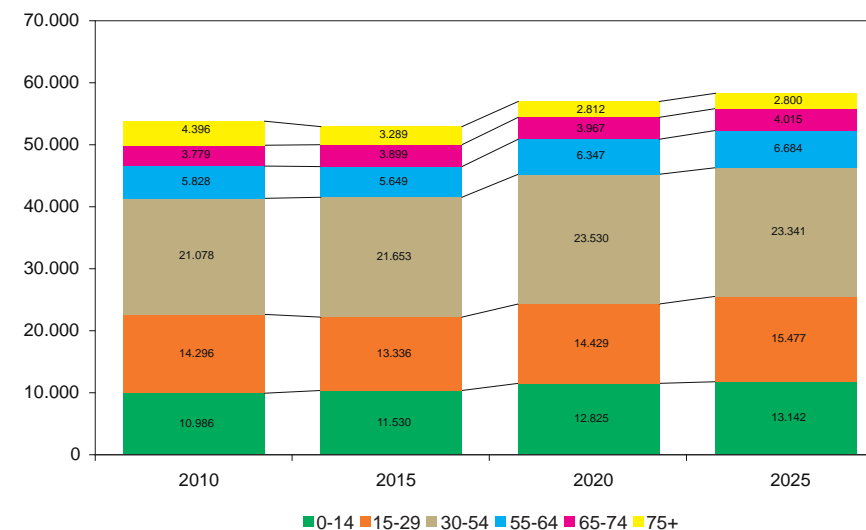
Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Charlois een 5,8. De deelgemeente valt daarmee in de categorie 'bedreigd'. Ten opzichte van de vorige meting is in Charlois onder meer op de elementen 'drugsoverlast' en 'overlast' een verslechtering waar te nemen. Voor heel Rotterdam is de score een 7,2. Hiermee is Rotterdam een (redelijk) veilige stad (Veiligheidsindex, 2009).

Op de Sociale Index 2009 scoort Charlois een 5,1 en heeft daarmee de laagste score van alle deelgemeenten in Rotterdam. Charlois zit daarmee in de categorie 'kwetsbaar'. Rotterdam als geheel scoort op de Sociale Index gemiddeld een 6,0. Deze score is net hoog genoeg om de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Charlois scoort vooral op de onderdelen 'gezondheid', 'voldoende taalbeheersing', 'voldoende inkomen' en 'ervaren binding met elkaar en omgeving' laag. De score voor 'gezondheid' is 4,1 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt Charlois tussen 2010 en 2025 te maken met bevolkingsgroei. Het aantal inwoners in Charlois zal van ongeveer 60.300 in 2010, na een kleine inkrimping in 2015, groeien naar ongeveer 65.400 inwoners in 2025. De groei zal met name plaatsvinden in de leeftijdscategorieën 0-14 jaar en 55-64 jaar. Naar verwachting zal het aantal inwoners van 75 jaar en ouder in de nabije toekomst afnemen.



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

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van Charlois gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de deelgemeente Charlois, 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. Daarnaast zijn cijfers uit registraties gebruikt, zoals sterftecijfers en gegevens over huiselijk geweld. Waar mogelijk worden de cijfers van Charlois vergeleken met het gemiddelde van Rotterdam. De cijfers zijn in uitgebreide vorm terug te vinden in de *bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Charlois*.



➤ Charlois scoort op verscheidene aspecten van gezondheid ongunstiger dan Rotterdam als geheel. In Charlois is de levensverwachting voor mannen 74,4 jaar en voor vrouwen 80 jaar. Voor de mannen is dat bijna anderhalf jaar lager dan het gemiddelde van Rotterdam en voor de vrouwen één jaar. In Rotterdam is de levensverwachting

voor mannen 75,8 jaar en voor vrouwen 81 jaar. Vergeleken met het landelijk gemiddelde is het verschil met Charlois nog groter (2,6 jaar voor mannen en 1,6 jaar voor vrouwen).

De sterfte is in Charlois hoger dan Rotterdam. In Charlois stierven in 2008 12 mensen per 1.000 inwoners, in Rotterdam 10. Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in Charlois als in Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Ouderen in Charlois ervaren hun gezondheid beduidend slechter dan gemiddeld in heel Rotterdam. Van de 55-plussers in Charlois ervaart 42% zijn gezondheid als matig of slecht tegenover 30% in heel Rotterdam. Volwassenen van 16 tot 55 jaar ervaren hun gezondheid niet beter of slechter dan gemiddeld in Rotterdam. Ook kinderen en jeugdigen in Charlois ervaren hun gezondheid slechter dan hun leeftijdgenoten in heel Rotterdam. Het verschil is het grootst bij 5- en 6-jarigen. Van hen ervaart 9% de gezondheid als slecht, tegenover 6% in Rotterdam.

De inwoners van Charlois van 16 jaar en ouder rapporteren een aantal ziekten en aandoeningen relatief vaker dan de inwoners van Rotterdam als geheel. Zo ligt in Charlois het percentage volwassenen met artrose van heup of knie hoger dan in Rotterdam als geheel, respectievelijk 11% tegenover 7%. Het percentage ouderen dat last heeft van duizeligheid met vallen is in Charlois hoger dan in Rotterdam, respectievelijk 11% tegenover 7%. Ook het percentage ouderen met minimaal één HDA-beperking (zie *Definities*) ligt in Charlois met 28% hoger dan in Rotterdam (22%). In het verlengde hiervan: in Charlois is het percentage ouderen dat hulp krijgt bij de persoonlijke verzorging hoger dan in de rest van Rotterdam: 16% van de ouderen in Charlois tegenover 11% in heel Rotterdam krijgt hulp bij de persoonlijke verzorging.

In *hoofdstuk 2* is aangegeven dat de deelgemeente Charlois een lage SES-score heeft, die varieert van zeer laag tot midden-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 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 alloctonen (Deuning & Roedig, 2006). De achterstand in gezondheid vraagt intensieve actie, die niet beperkt mag blijven tot de gezondheidssector. Ook andere sectoren kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de gezondheid. Om die reden zou er meer samenwerking met andere sectoren moeten worden gevonden. 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. Programma's om niet-werkenden naar werk te geleiden dragen bij aan de gezondheid en een aangename woonomgeving is 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 Charlois toenemen, vooral in de categorie 0-14 en 55-64 jaar. Naar verwachting zal een aantal ziekten en aandoeningen als gevolg van deze groei vaker voorkomen. Dit betreft ziektes die vaak bij volwassenen van 55 jaar en ouder voorkomen, zoals 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 de deelgemeente Charlois 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 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).

In 2000-2004 maakte 80% van de gezinnen geen of te weinig gebruik van kraamzorg (Steegers, 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 terugdringen van 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 verminderen 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 Charlois 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 kindervens 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.



➤ In Charlois geven meer inwoners aan dat ze zich eenzaam voelen dan gemiddeld in Rotterdam: 48% van de 16- tot 55-jarigen en 52% van de 55-plussers in de deelgemeente Charlois voelt zich eenzaam. In Rotterdam zijn deze percentages respectievelijk 41 en 44%. Bij ouderen in Charlois komt naar verhouding zowel sociale eenzaamheid als emotionele eenzaamheid (zie *Definities*) vaker voor dan gemiddeld in Rotterdam.

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 Charlois. 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.

In Charlois werken instellingen sinds februari 2007 mee in het stedelijk programma 'Voorkomen en bestrijden van sociaal isolement bij ouderen in Rotterdam'. In het project 'Sociale participatie' richt de Stichting Charlois Welzijn zich met name op een brede interne kennis- en draagvlakvergroting met betrekking tot sociaal isolement. Daarnaast worden sociaal geïsoleerde ouderen individueel 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.

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 dat aansluiting wordt gezocht op de specifieke lokale situatie.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Charlois voor. Van de 5- en 6- jarigen heeft 20% een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Ouders geven bij 14% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Leerkrachten zien dit bij 4%. Bij 20% van de 12- en 13-jarigen en 8% van de 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 18% van de 12- en 13-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad. En 4% van de 12- en 13-jarigen in Charlois heeft ooit een suïcidepoging ondernomen.

Ouderen in de deelgemeente Charlois hebben vergeleken met Rotterdam als geheel een slechtere psychische gezondheid. Dat blijkt onder meer uit cijfers die betrekking hebben op depressie. In Charlois heeft 13% van de ouderen een hoog risico op depressie tegenover 7% in heel Rotterdam. Voor de 16- tot 55-jarigen ligt dit percentage in Charlois op 9.

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

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

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

Landelijk is op deze gebieden en voor diverse doelgroepen een keur aan interventies ontwikkeld, die vertaald kunnen worden naar de specifieke situatie in de deelgemeente. 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 Charlois net als elders in Rotterdam een omvangrijk probleem. Van de inwoners van Charlois van 16 jaar en ouder heeft 34% matig overgewicht. Charlois heeft meer inwoners met obesitas (ernstig overgewicht) dan Rotterdam. Van de volwassenen in Charlois heeft 17% obesitas, terwijl dit in Rotterdam 12% is. Van de kinderen van 10 en 11 jaar in Charlois heeft 21% matig overgewicht en 6% obesitas.

Voeding en beweging hebben veel invloed op overgewicht. In Charlois ontbijten jongeren van 10 en 11 jaar minder vaak dagelijks dan in Rotterdam: 83% tegenover 90% in Rotterdam. Kinderen en jongeren in Charlois bewegen minder dan gemiddeld in Rotterdam. Van de 12- en 13-jarigen in Charlois sport 71% minstens twee keer buiten schooltijd, in Rotterdam is dit 77%. Voor de 10- en 11-jarigen ligt dit percentage op 63 in Charlois en 69% in Rotterdam. Gemiddeld is in Rotterdam 65% van de 10- en 11-jarigen lid van een sportclub. In Charlois is dit 60%.

Ruim 40% van de volwassenen in Charlois voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*). Vooral ouderen bewegen relatief weinig.

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:

- 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.
- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist.

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in Charlois 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 beweegactiviteiten, een gezond aanbod in de schoolkantine en voorlichting gecombineerd. De beschikbaarheid van voldoende gymzalen is hierbij een voorwaarde. 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.



➤ Onder jongeren in Charlois is het alcoholgebruik opmerkelijk hoger dan in Rotterdam. Het verschil in alcoholgebruik is het grootst in de leeftijdscategorie 14- en 15-jarigen. In Charlois heeft 60% van de 14- en 15-jarigen ooit alcohol gedronken, ten opzichte van 49% van de jongeren in Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen in Charlois heeft 42% in de afgelopen vier weken gedronken, tegenover 32% in Rotterdam. Van de jongeren van 12/13 jaar heeft 26% ooit alcohol gedronken en heeft 13% in de afgelopen vier weken gedronken, in vergelijking met 24 en 11% in Rotterdam. Volwassenen in Charlois drinken net zoveel alcohol als andere volwassenen in Rotterdam. 49% van de volwassenen en 37% van de ouderen in Charlois overschrijdt de norm van aanvaardbaar alcoholgebruik (zie *Definities*). De norm wordt zowel in Charlois als in heel Rotterdam relatief vaker overschreden door volwassenen dan ouderen.

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 alcoholdrinker onder de 16 er één teveel. Streven is dat minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk zijn van alcohol en dat alcoholgebruik minder schadelijke gevolgen heeft in het gezin, op het werk, in het verkeer en in uitgaanssituaties.

Effectief lokaal alcoholbeleid stoelt op vier pijlers:

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

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

Het alcoholgebruik in Charlois is punt van aandacht. Het stadsbrede 'Plan van Aanpak Alcohol' stelt zich ten doel het drinken van alcohol onder de 16 jaar uit te bannen en boven de 16 jaar gematigd te houden. Het 'Plan van Aanpak Alcohol' omvat een pakket van maatregelen in de sfeer van preventie en repressie. Het alcoholgebruik onder ouderen verdient speciale aandacht.



➤ In Charlois zijn er vergeleken met Rotterdam als geheel meer volwassen rokers. Van de 16- tot 55-jarigen in Charlois rookt 37% tegenover 30% in Rotterdam. Bij de ouderen is dit percentage lager: 27% rookt in Charlois tegenover 22% in Rotterdam. Het percentage dagelijkse rokers onder jongeren wijkt niet af van het percentage in Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen heeft 40% ooit gerookt en rookt 6% dagelijks.

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 deelgemeente 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.

Softdrugs

Het gebruik van soft- en harddrugs in Charlois is vergelijkbaar met het gemiddelde van Rotterdam. Van de volwassenen heeft 11% het jaar voorafgaand aan het onderzoek cannabis gebruikt en heeft 10% ooit harddrugs gebruikt. Van de 14- en 15-jarigen heeft 7% in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek softdrugs gebruikt.

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. Coffeeshoppers worden getraind om voorlichting te geven. Via de website www.cannabisenik.nl wordt laagdrempelig informatie en begeleiding aangeboden. Via jongerenwerk, acties per wijk, acties via zelforganisaties, het voeren van genotmiddelenbeleid bij organisaties in de wijk en het bevorderen van een integrale aanpak kan de deelgemeente het stedelijk beleid versterken met gebiedsspecifieke acties.



➤ De leefomgeving beïnvloedt de gezondheid op drie manieren. Ten eerste rechtstreeks 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 door de beleving van de omgeving. Hier wordt dat toegespitst op de positieve beleving van het groen.

Lucht en gezondheid

Van de woningen in Charlois ligt 10% direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*). Dit betekent dat de bewoners van ongeveer 1.800 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. Er ligt een kans om luchtkwaliteit in diverse Gebiedsvisies en IWAP's (Integraal WijkActieProgramma) voor Charlois aan te pakken. Bijvoorbeeld door waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Geluid en gezondheid

Bijna één op de drie inwoners van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidhinder. Meer dan één derde van de inwoners wordt gehinderd door geluid van verkeer aan wegen waar niet harder gereden mag worden dan 50 km per uur. 43 Procent ervaart geluidhinder door bromfietsen of scooters.

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 slooptactiviteiten 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 nadelige gezondheidseffecten optreden.

Er ligt een kans om in diverse Gebiedsvisies en IWAP's voor Charlois geluidhinder op te nemen. Juist het tuinstadkarakter kan worden versterkt met maatregelen om geluidhinder terug te dringen. Belangrijk is het om in de stad stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte.

Groen en gezondheid

Vergeleken met het gemiddelde voor geheel Rotterdam hechten de inwoners van Charlois in gelijke mate aan groen in hun directe omgeving. In Charlois zijn er relatief meer mensen die vinden dat er voldoende groen in de buurt is. Dat vindt namelijk 52% van de inwoners van Charlois van 16 tot 55 jaar tegenover het Rotterdamse gemiddelde van 45%.

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 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.

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. Carnisse en Tarwewijk zijn twee van de elf wijken.

Het bestuursprogramma 2006-2010 geeft aan het Zuiderpark en het herinrichten van de groene omgeving belangrijk te vinden. In de voorstellen voor de nieuwe gebiedsvisie van Charlois wordt groen nu als een accent toegevoegd. Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk om het groen als sterk punt van Charlois verder te versterken.

Tot slot

4

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

Christiaanse B, Stam B, Schouten G. Gezondheidsenquête 2008. De gezondheid van volwassenen in deelgemeente Charlois. 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.

Jong WM de. Blows op Zuid. Rapid Assessment en Response naar het gebruik van cannabis door buurt- en risicjongeren 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.

Steegers, 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 volwassenen 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 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.

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 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 de deelgemeente Charlois

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Totale sterfte			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	801	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	12 ●	10
Ziekten van het hart- en vaatstelsel¹			
Totaal	Aantal	203	1.623
Kwaadaardige nieuwvormingen¹			
Totaal	Aantal	254	2.008
Ziekten van de ademhalingsorganen¹			
Totaal	Aantal	89	620
Levensverwachting bij de geboorte			
Mannen (2003-2006)	Jaren	74,4 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		80,0 ●	81,0

¹ De vergelijking tussen Charlois 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	Charlois	Rotterdam
Chronische aandoening			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	48	48
55 jaar en ouder (2008)		81	79
Diabetes			
16-55 jaar (2008)	%	4	3
55 jaar en ouder (2008)	%	14	12
Migraine/ernstige hoofdpijn			
16-55 jaar (2008)	%	20	17
55 jaar en ouder (2008)	%	13	10
Hoge bloeddruk			
16-55 jaar (2008)	%	10	9
55 jaar en ouder (2008)	%	32	33

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Luchtweegaandoeningen			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	6	8
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	16	12
Aandoening aan rug			
16-55 jaar (2008)	%	12	9
55 jaar en ouder (2008)	%	20	18
Artrose van heup/knie			
16-55 jaar (2008)	%	11 ▼	7
55 jaar en ouder (2008)	%	30	34
Aandoening nek/schouder			
16-55 jaar (2008)	%	10	9
55 jaar en ouder (2008)	%	16	15
Aandoening elleboog/pols/hand			
16-55 jaar (2008)	%	5	6
55 jaar en ouder (2008)	%	12	12
Depressiviteit			
16-55 jaar (2008)	%	11	11
55 jaar en ouder (2008)	%	13	11
Duizeligheid met vallen			
55 jaar en ouder (2008)	%	11 ▼	7
ADL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	14	14
HDL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	28 ▼	22
Beperking in horen			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	10	9
Beperking in zien			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	10	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Bevolkingsonderzoek			
Borstkanker (2006)	% deelname	71	-
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	-	57
Infectieziekten			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	1	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	40	188
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	73	805
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	12	112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	708	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, Men C volledig afgesloten, pneumokokken volledig afgesloten.

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

● Significantie is niet berekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Ervaren gezondheid			
5-6 jaar	% slecht	9 ▼	6
10-11 jaar		17	17
12-13 jaar (VO1)		23	18
14-15 jaar (VO2)		21	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	13	14
55 jaar en ouder (2008)		42 ▼	30
Eenzaamheid			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	48 ▼	41
55 jaar en ouder (2008)		52 ▼	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	20	16
55 jaar en ouder (2008)		25 ▼	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	33	31
55 jaar en ouder (2008)		39 ▼	32

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Depressie			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	9	8
55 jaar en ouder (2008)		13 ▼	7
Psychofarmaca			
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	4	6
55 jaar en ouder (2008)		10	9
Psychische gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	20 ▼	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	20 ▼	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	8 ▼	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	4	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	14	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)	20	13
14-15 jaar		8	13
Suicide			
12-13 jaar	% suïcidegedachten, afgelopen jaar	18	19
14-15 jaar		16	18
12-13 jaar	% Suïcidepoging ooit	4	3
14-15 jaar		2	4
Ingrijpende gebeurtenissen			
5-6 jaar	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	80	80
10-11 jaar		79	81
12-13 jaar		90	89
14-15 jaar		90	87
12-13 jaar	% meer dan één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, ooit	67	63
14-15 jaar		69	62
Ernstige geweldsdelicten			
12-13 jaar	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	14	10
14-15 jaar		11	10
12-13 jaar	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	4	5
14-15 jaar		3	5

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Probleemgedrag			
10-11 jaar	% een wapen bij zich dragen	9	6
12-13 jaar		5	7
14-15 jaar		14	9
Seksuele gezondheid			
12-13 jaar	% wel eens gevreeën	24	19
14-15 jaar		58 ▼	48
12-13 jaar	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	6	4
14-15 jaar		27 ▼	16
14-15 jaar	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	52	37
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	6	11

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Matig overgewicht			
10-11 jaar (2008)	% BMI 25-30	21	21
16-55 jaar (2008)		30	30
55 jaar en ouder (2008)		45	41
Obesitas			
10-11 jaar (2008)	% BMI ≥30	6	7
16-55 jaar (2008)		17 ▼	12
55 jaar en ouder (2008)		22	19
Roken			
10-11 jaar	% ooit gerookt	7	6
12-13 jaar		11	15
14-15 jaar		40	35
10-11 jaar	% dagelijkse rokers	<1	<1
12-13 jaar		<1	<1
14-15 jaar		6	7
16-55 jaar (2008)	% rokers	37 ▼	30
55 jaar en ouder (2008)		27	22

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Lichaamsbeweging			
5-6 jaar	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	34 ▼	39
10-11 jaar		63 ▼	69
12-13 jaar		71	77
14-15 jaar		64	67
10-11 jaar	% dat lid is van sportvereniging	60 ▼	65
12-13 jaar		55	56
14-15 jaar		52	49
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	42	47
55 jaar en ouder (2008)		44 ▼	34
Alcoholgebruik			
10-11 jaar	% ooit alcohol gedronken	27	28
12-13 jaar		26	24
14-15 jaar		60 ▼	49
10-11 jaar	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	5	7
12-13 jaar		13	11
14-15 jaar		42 ▼	32
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	8	9
55 jaar en ouder (2008)		12	12
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	49	50
55 jaar en ouder (2008)		37	40
Drugsgebruik			
12-13 jaar	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	2	1
14-15 jaar		7	7
12-13 jaar	% harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	<1	<1
14-15 jaar		<1	<1
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	11	10
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	10	10
Voeding			
5-6 jaar (2005)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	89	92
10-11 jaar		83 ▼	90
12-13 jaar		76	80
14-15 jaar		71	71

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Huiselijk geweld			
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	10	10
55 jaar en ouder (2008)		6	5
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	505	2.844
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	80	49
	Aantal meldingen ASHG pleger	547	3.351
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	87	58
Hulpverlening			
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	418	2.583
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	66	44

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Geluidshinder			
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	32	31
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door bromfietsen of scooters	43	38
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door burens	40	36
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door verkeer wegen <50 km/uur	36	32
Groenbeleving in de buurt			
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	62	61
55 jaar en ouder (2008)		80	82
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	92	93
55 jaar en ouder (2008)		97	96
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	64	61
55 jaar en ouder (2008)		77	72
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	64	64
55 jaar en ouder (2008)		75	70
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	52 ▲	45
55 jaar en ouder (2008)		66	65
Buurtbeleving jeugd			
10-11 jaar	% vindt de woonbuurt niet leuk	13	13
10-11 jaar	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	61 ▼	56

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Luchtvervuiling			
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	7 ●	2.364
	% <100 m rijksweg	0 ●	1
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	1.813 ●	16.147
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	10 ●	9
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	10 ●	10
	% 100-300 m rijksweg	1 ●	8

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Charlois	Rotterdam
Huisarts			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	71	70
55 jaar en ouder (2008)		87	83
Tandarts¹			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	75	73
55 jaar en ouder (2008)		43 ▼	54
GGZ / AMW			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	8	10
55 jaar en ouder (2008)		7	6
Thuiszorg			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	2	2
55 jaar en ouder (2008)		15	11
Mantelzorg			
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	10	9
55 jaar en ouder (2008)		11	14
Hulp en zorg			
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	28	22
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	16 ▼	11

¹ Uitgangspunt: jaarlijkse bezoek aan de tandarts is positief.

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

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