

Gezondheid in kaart

Feijenoord



Inhoud

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Inleiding | 4 |
| 2 | De inwoners van de deelgemeente Feijenoord | 7 |
| 3 | Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid | 12 |
| 4 | Tot slot | 28 |
| | Literatuur, gegevensbronnen en websites | 29 |
| | Definities | 31 |
| | Afkortingen | 35 |
| | Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Feijenoord | 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 Feijenoord

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

- De inwoners van Feijenoord zijn minder gezond dan de gemiddelde Rotterdammer. Dit vraagt actie, ook buiten het terrein van de gezondheid.
- Veel kinderen in Feijenoord maken bij de geboorte een slechte start. Een brede aanpak van preconcectie tot kraamzorg kan verbetering brengen.
- Eenzaamheid is in Feijenoord een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- De psychische gezondheid van de inwoners van Feijenoord ligt onder het Rotterdams gemiddelde. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Feijenoord een hardnekkig probleem. Een intensieve en langdurige aanpak om dit te bestrijden is nodig.
- In Feijenoord wordt relatief weinig alcohol gedronken en het percentage rokers is verminderd. Toch blijven dit punten van aandacht, vooral bij de jeugd.
- In Feijenoord kan walstroom de luchtvervuiling en geluidhinder van schepen verminderen. De kades bieden mogelijkheden voor recreatief gebruik.
- Een deel van de jeugd van Feijenoord groeit niet op in veiligheid. Voortzetting van de huidige maatregelen en afstemming daarbij is belangrijk.

Deze kernboodschappen hebben betrekking op de specifieke situatie in Feijenoord. Voor de gemeente Rotterdam als geheel is een aantal aanvullende kernboodschappen geformuleerd:

- 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 kan perspectief bieden.

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 zijn gericht op gezondheid daar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze verschillende 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 Feijenoord is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de deelgemeente Feijenoord 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.

2 De inwoners van de deelgemeente Feijenoord

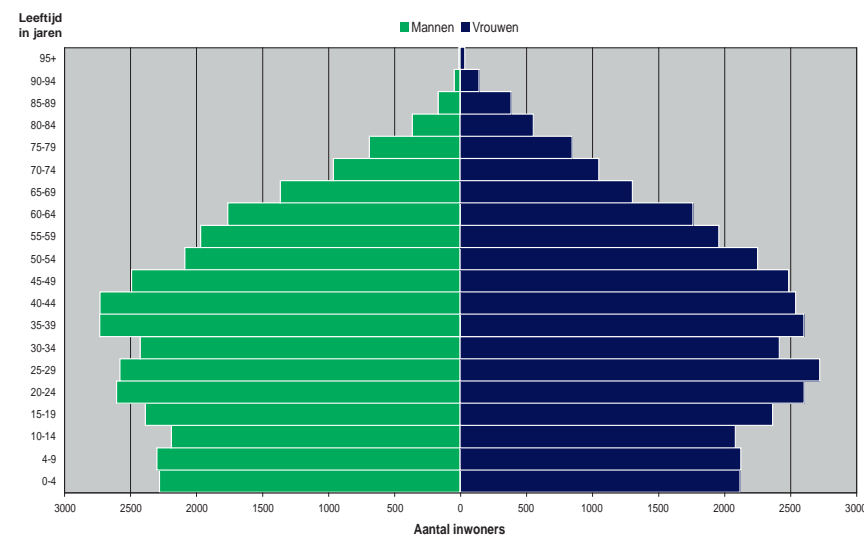
De deelgemeente Feijenoord is de stad Rotterdam, maar dan op kleinere schaal. Van het traditioneel dorpse Vreewijk tot de moderne nieuwbouw op de Kop van Zuid/Entrepot, van het maritieme Noordereiland, de wijk Feijenoord en het schiereiland Katendrecht tot de oude stadswijken als Bloemhof, Afrikaanderwijk en Hillesluis; de vele soorten wijken die de stad herbergt, zijn in een of andere vorm terug te vinden in de deelgemeente Feijenoord.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Feijenoord 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 Feijenoord had op 1 januari 2009 68.478 inwoners. De inwoners van Feijenoord wonen op een betrekkelijk klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 10.824 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in heel Rotterdam.

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van de deelgemeente Feijenoord per 1 januari 2009 weergegeven. In Feijenoord is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen nagenoeg gelijk verdeeld.



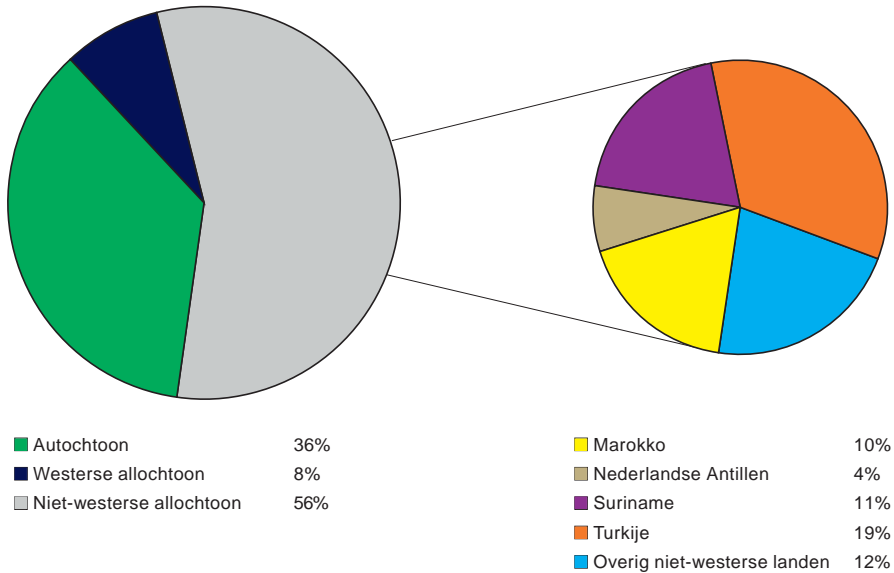
Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Feijenoord op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

In de leeftijdscategorie 35-44 jaar zijn er meer mannen dan vrouwen. In de leeftijdscategorie 25-29 jaar daarentegen zijn er meer vrouwen dan mannen. Vanaf 70 jaar zijn er meer vrouwen dan mannen in Feijenoord. De verdeling man-vrouw is bijna in evenwicht: 50,2% vrouwen en 49,8% mannen.

De bevolking van Feijenoord is relatief jong. Er is een scherp contrast met het landelijke beeld waarbij vergrijzing de toon zet. Bijna de helft van de inwoners (48%) van de deelgemeente Feijenoord is jonger dan 35 jaar. Deze 'groene' bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 44% uit eenpersoonshuishoudens, 34% uit huishoudens met kinderen en 22% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

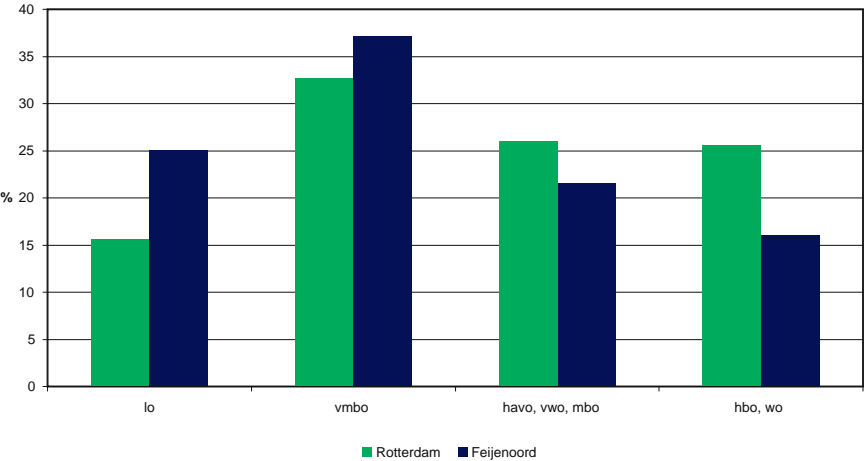
Feijenoord wordt gekenmerkt door een relatief hoog percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond. Met 56% niet-westerse allochtone inwoners ligt Feijenoord ver boven het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Turken in Feijenoord de grootste groep van de totale bevolking, gevolgd door Surinamers en Marokkanen, respectievelijk 19%, 11% en 10%.



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

Opleidingsniveau

Feijenoord heeft vergeleken met Rotterdam als geheel relatief meer laagopgeleide inwoners (lager onderwijs, vmbo): 63% tegenover 49%. Van alle inwoners van Feijenoord heeft 16% een hogere opleiding (hbo, wo), tegenover 26% in Rotterdam.



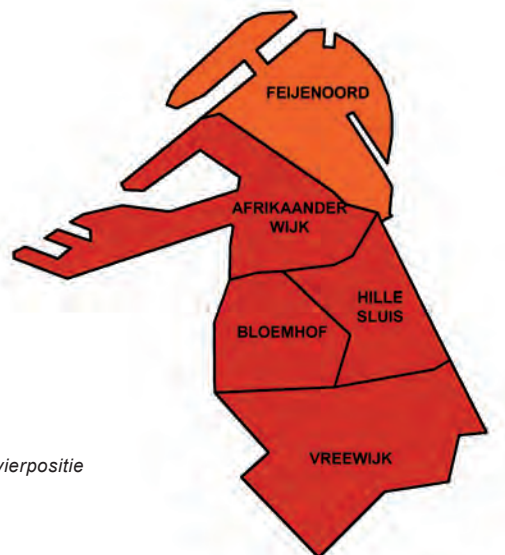
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Feijenoord en Rotterdam in 2008 (Bron: Gezondheidsenquête 2008, GGD Rotterdam-Rijnmond).

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 Feijenoord is gemiddeld (zeer) laag. De SES-score van wijk Feijenoord is vergeleken met andere wijken beter omdat dit het postcodegebied is waartoe de Kop van Zuid behoort.

Statusscore

- Zeer hoog
- Hoog
- Midden-hoog
- Gemiddeld
- Midden-laag
- Laag
- Zeer laag



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

Bijna één op de drie inwoners (29%) van de deelgemeente Feijenoord 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 Feijenoord bedraagt 10.500 euro tegenover 12.500 euro in heel Rotterdam.

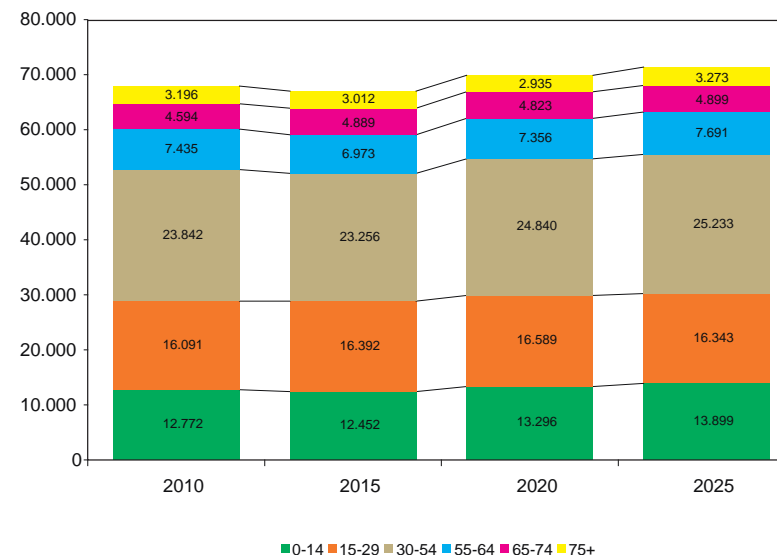
Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Feijenoord een 6,2. De deelgemeente valt daarmee in de categorie 'aandacht'. Ten opzichte van de vorige meting is in Feijenoord op de elementen 'drugsoverlast', 'vandalisme', 'overlast' en 'schoon en heel' een verslechtering waar te nemen. Voor heel Rotterdam is de score een 7,2 (Veiligheidsindex, 2009).

Op de Sociale Index 2009 scoort Feijenoord een 5,2. Deze deelgemeente zit daarmee in de categorie 'kwetsbaar'. Rotterdam scoort op de Sociale Index gemiddeld een 6,0. Deze score is net hoog genoeg om de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Feijenoord scoort vooral op de onderdelen 'gezondheid', 'voldoende taalbeheersing', 'voldoende inkomen' en 'passende huisvesting' laag. De score op het onderdeel 'gezondheid' is 4,5 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt Feijenoord tussen 2015 en 2025 te maken met bevolkingsgroei. Het aantal inwoners zal van ongeveer 68.000 in 2010, na een kleine krimp in 2015, groeien naar ruim 71.000 inwoners in 2025. De groei zal met name plaatsvinden in de leeftijdscategorieën 0-14 jaar en 30-54 jaar.



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

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over de gezondheid van inwoners van Feijenoord gepresenteerd die geresulteerd hebben in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en mogelijk toekomstig beleid van de deelgemeente Feijenoord, al dan niet in combinatie met gemeentelijk beleid, wordt beschreven. 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 Feijenoord vergeleken met het gemiddelde van Rotterdam. De cijfers zijn in uitgebreide vorm terug te vinden in de *bijlage: gezondheidsprofiel van de deelgemeente Feijenoord*.



➤ Feijenoord scoort op verscheidene aspecten van gezondheid ongunstiger dan Rotterdam als geheel. In Feijenoord is de levensverwachting voor mannen 74,6 jaar en voor vrouwen 79,7 jaar. Dat is ruim één jaar lager dan het Rotterdamse gemiddelde. Voor mannen in Rotterdam is de levensverwachting 75,8 jaar en voor vrouwen 81 jaar. Vergeleken met het landelijk gemiddelde is de levensverwachting voor beide seksen rond twee jaar lager (mannen 77 jaar; vrouwen 81,6 jaar).

De sterfte is in Feijenoord lager dan in Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in Feijenoord lager is dan in Rotterdam. In Feijenoord stierven in 2008 8 mensen per 1.000 inwoners, in Rotterdam 10. Hart- en vaatziekten, kwaadaardige nieuwvormingen (kanker) en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in Feijenoord als in Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Inwoners van Feijenoord ervaren hun gezondheid slechter dan de inwoners van Rotterdam. Van de inwoners van Feijenoord van 16 tot 55 jaar ervaart 22% zijn gezondheid als matig of slecht tegenover 14% in Rotterdam als geheel. Ook kinderen en jongeren in Feijenoord ervaren hun gezondheid slechter dan hun leeftijdgenoten in heel Rotterdam. Het verschil is het grootst bij 12- en 13-jarigen, waarvan 23% de gezondheid als slecht ervaart, tegenover 18% in Rotterdam.

De inwoners van Feijenoord van 16 jaar en ouder rapporteren een aantal ziekten en aandoeningen relatief vaker dan de inwoners van Rotterdam als geheel. Zo ligt in Feijenoord het percentage inwoners met diabetes mellitus, astma of COPD (zie *Afkortingen*), artrose van heup of knie, aandoeningen aan nek of schouder en reuma hoger dan in Rotterdam als geheel. Daarnaast rapporteren 55-plussers in Feijenoord vaker beperkingen bij het zien dan ouderen in Rotterdam: respectievelijk 13% tegenover 9%.

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

Het aantal inwoners van Feijenoord in leeftijdscategorie 30-54 jaar zal in de nabije toekomst toenemen. Daarom zullen naar verwachting ziekten die vaak 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.

De gezondheidsachterstand in Feijenoord vraagt om een intensieve aanpak, die niet beperkt mag blijven tot de gezondheidssector. Ook andere sectoren kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de gezondheid. Zo kan verbetering van de leefomgeving astma en COPD positief beïnvloeden. Ook onderwijs, woningbouw, veiligheid, groen en verkeer hebben hun inbreng. Tot slot kunnen ook acties in andere sectoren, die niet primair zijn gericht op gezondheid, verbetering van gezondheid als bijkomend effect hebben. Zo dragen programma's om mensen naar werk te geleiden bij aan de gezondheid en is een aangename woonomgeving ook gezond. Het verminderen van schooluitval leidt tot goed

opgeleide jongeren, met een betere kans op gezondheid. Dit zijn voorbeelden van acties door andere sectoren, die als bijkomend effect een positief effect op de gezondheid hebben (gezondheid als “bijvangst”).



➤ Uit recente analyses blijkt dat 1 op de 6 Rotterdamse baby's een slechte start maakt: te vroeg geboren, te licht geboren, een minder goede score op de gezondheidstest voor pasgeborenen en/of aangeboren afwijkingen. De meeste van deze kinderen komen ter wereld in de achterstandswijken. Een slechte start bij de geboorte is sterk verbonden met perinatale sterfte 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 Feijenoord 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 (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 en het gebruik van de kraamzorg wordt bevorderd. Dit wordt opgevolgd door zorg van het Centrum voor Jeugd en Gezin. 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 Feijenoord is daar één van. Een succesvolle aanpak is alleen mogelijk met medewerking van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en 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.



➤ In Feijenoord geven meer inwoners aan dat ze zich eenzaam voelen dan gemiddeld in Rotterdam: 49% van de 16- tot 55-jarigen en 55% van de 55-plussers voelt zich eenzaam. In Rotterdam zijn deze percentages respectievelijk 41 en 44%.

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, 2005). Gezien de hoge scores van eenzaamheid, zowel in Feijenoord als in Rotterdam, vormt dit nu en voor de toekomst een omvangrijk probleem.

Er is in Nederland al lange tijd aandacht voor de problematiek van eenzaamheid van ouderen, ook in de deelgemeente Feijenoord. 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. GGZ-instellingen organiseren een breed pakket aan trainingen gericht op deze specifieke problematiek.

In Feijenoord werken instellingen sinds februari 2007 mee in het stedelijk Programma 'Voorkomen en bestrijden van sociaal isolement bij ouderen in Rotterdam'. In het project 'Ongewenst alleen' richt de Stichting Welzijn Feijenoord zich op het verbeteren van de interne organisatie en de ketensamenwerking om sociaal isolement van ouderen te bestrijden. 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 GGZ. De kans op sociaal isolement van volwassenen is kleiner wanneer zij een baan hebben of aan vrijwilligerswerk zinvolle contacten kunnen ontleen.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Feijenoord voor. Volgens de ouders heeft 19% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie Definities). Volgens de leerkracht is dit percentage ook 19%. Ouders geven bij 14% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 8%. Bij 15% van de 12- en 13-jarigen en 17% van de 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 20% van de 12- en 13-jarigen en 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad.

Ook volwassenen in Feijenoord zijn psychisch minder gezond. Dat blijkt onder meer uit cijfers die betrekking hebben op depressie. In Feijenoord is 18% van de inwoners van 16 tot 55 jaar depressief, tegenover 11% in Rotterdam.

Het medicijngebruik voor angst, depressie, spanning of stress is onder de inwoners in Feijenoord van 16 tot 55 jaar hoger dan gemiddeld in Rotterdam. Gebruikt in Rotterdam 6% van de inwoners deze medicijnen, in Feijenoord betreft het 10%.

Als we kijken naar de contacten met de GGZ of het AMW (in 2007), dan zien we dat meer volwassenen in Feijenoord (14%) contact hebben gehad met de GGZ of het AMW dan gemiddeld in Rotterdam (10%).

Psychische problematiek kan verregaande gevolgen hebben. Het hebben van een depressie op jonge leeftijd is bijvoorbeeld een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van een depressie op latere leeftijd. Psychische problematiek belemmert het functioneren

en kan ernstige zelfdestructieve vormen aannemen, zoals suïcidaal gedrag. Ook kunnen psychische problemen vroeg in de levensloop van invloed zijn op de school- en beroeps-carrière en uiteindelijk op de maatschappelijke en sociale positie die iemand zich kan verwerven. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk.

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

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

Landelijk is op deze gebieden en voor diverse doelgroepen een keur aan interventies ontwikkeld. Voor (preventie)beleid op het terrein van psychosociale gezondheid van kinderen is goede samenwerking met partners in de jeugdketen van preventie naar zorg -zoals beschreven in het 'Ieder Kind Wint' programma- een belangrijke voorwaarde.



➤ Matig overgewicht is in Feijenoord een omvangrijk probleem. 36% van de inwoners van Feijenoord van 16 tot 55 jaar heeft matig overgewicht. In Rotterdam bedraagt dit percentage in dezelfde leeftijdsgroep 30. Feijenoord heeft naar verhouding meer inwoners met obesitas (ernstig overgewicht) dan Rotterdam. De aandoening komt zowel bij volwassenen als bij ouderen vaker voor. Van de volwassenen in Feijenoord heeft 16% obesitas, terwijl dit in Rotterdam 12% is. Bij de ouderen ligt het percentage nog hoger: 25% van de ouderen in Feijenoord heeft obesitas tegenover 19% in heel Rotterdam.

Matig overgewicht en obesitas komt bij 10- en 11-jarigen in Feijenoord relatief vaker voor dan in Rotterdam. Van de 10- en 11-jarigen in Feijenoord heeft 30% matig overgewicht en 10% obesitas. In Rotterdam zijn deze percentages respectievelijk 21 en 7%. In Feijenoord ontbijten kinderen en jongeren minder vaak dan in Rotterdam. De verschillen zijn niet gering: 80% van de 10- en 11-jarigen in Feijenoord ontbijt dagelijks tegenover 90% in Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen in Feijenoord ontbijt 58% dagelijks tegenover 71% in Rotterdam als geheel.

Gezien de relatief hoge percentages overgewicht is het niet verrassend dat de inwoners minder vaak bewegen. Meer dan de helft van de volwassenen in Feijenoord (59%) voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*). Vergelijken met Rotterdam is het percentage volwassenen in Feijenoord dat te weinig beweegt aanzienlijk hoger: in Rotterdam voldoet 47% van de volwassenen niet aan de landelijke norm.

Jongeren in Feijenoord bewegen relatief weinig. Het percentage kinderen en jongeren dat minstens twee keer per week buiten schooltijd sport, is lager dan het percentage in

Rotterdam. Van de 12- en 13-jarigen in Feijenoord sport 74% minstens twee keer per week buiten schooltijd, in Rotterdam is dit 77%. In Feijenoord is 43% van de jongeren in deze leeftijd lid van een sportclub, in Rotterdam is dit percentage 56. Voor 14- en 15-jarigen is dit verschil nog groter: in Feijenoord is 34% van deze leeftijdsgroep lid van een sportclub of sportvereniging tegenover 49% in heel 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. De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Mensen met (ernstig) overgewicht hebben 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). Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven. Een kind met (ernstig) overgewicht kan gemakkelijk doelwit worden van pesten, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

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

- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies bijvoorbeeld door een diëtist.
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de deelgemeente, 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 Feijenoord 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 beweeggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse, 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.



➤ Overmatig alcoholgebruik komt onder volwassenen in Feijenoord minder vaak voor dan in Rotterdam, respectievelijk 7% tegenover 12%. De norm aanvaardbaar alcoholgebruik (zie *Definities*) wordt in Feijenoord door zowel volwassenen als ouderen minder vaak overschreden dan in Rotterdam. De religieuze overtuiging van een deel van de inwoners van Feijenoord is hiervoor een belangrijke verklaring.

Ook onder kinderen en jongeren in Feijenoord is het alcoholgebruik lager dan gemiddeld in Rotterdam. Het verschil in alcoholgebruik is het grootst in de leeftijdscategorie 14- en 15-jarigen: 35% van de 14- en 15-jarigen in Feijenoord heeft ooit gedronken tegenover 49% in Rotterdam.

Dit lagere alcoholgebruik in Feijenoord is goed nieuws, want 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.

Inwoners van Feijenoord van 16 jaar en ouder roken bijna evenveel als in Rotterdam, beiden ongeveer 28%. Het percentage dagelijkse rokers onder jongeren in Feijenoord wijkt ook niet veel af van het percentage in Rotterdam. Met name door Turken, Surinamers en Antillianen/Arubanen wordt veel gerookt.

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 deelgemeente worden gerealiseerd.

Stoppen met roken is al vele jaren een belangrijk punt van landelijk beleid, zowel van de overheid als van de stichting 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.

Het gebruik van softdrugs komt zowel in Feijenoord als in Rotterdam voor. Van de 14- en 15-jarigen in Feijenoord heeft 5 % in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek softdrugs gebruikt. Gemiddeld ligt dit percentage in Rotterdam op 7.

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. Coffeeshoppersoneel 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 genotmiddelenbeleid bij organisaties in de wijk en het bevorderen van een integrale aanpak kan de deelgemeente bijdragen aan het stedelijk beleid.



➤ 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 hoe 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

Tien procent van de woningen in Feijenoord ligt direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*). Dit betekent dat de bewoners van ongeveer 2100 woningen in een gebied wonen met een relatief slechte luchtkwaliteit. 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. Op deelgemeentelijk niveau heeft Feijenoord geen beleid voor luchtkwaliteit. Toch is het raadzaam om daar waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen. Mogelijke luchtvervuiling van dieselaggregaten van aangemeerde schepen kan vermeden worden door walstroom aan te bieden.

Geluid en gezondheid

Eén op de drie inwoners van Feijenoord van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidhinder. Eén derde van de inwoners wordt gehinderd door geluid van verkeer van wegen waar langzamer gereden mag worden dan 50 km per uur. Bijna de helft ervaart geluidhinder door bromfietsen of scooters. Deze cijfers liggen iets hoger dan gemiddeld voor Rotterdam.

Geluid is in toenemende mate een gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot hartvaatziekten. 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 geluidbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Overigens kunnen ook onder de wettelijke norm nadelige gezondheidseffecten optreden.

Het geluidsbeleid krijgt op deelgemeentelijk niveau niet expliciet aandacht. Belangrijk is het om in de deelgemeente stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte. Juist voor de wijken met een tuinstadkarakter, zoals Vreewijk is het belangrijk deze bijzondere kwaliteit te behouden en verder te versterken. Ook is van belang dat de deelgemeente alert is op geluidmaatregelen bij boven deelgemeentelijke ontwikkelingen van stadswegen en de spoorlijn. Mogelijk lawaai van aggregaten van aangemeerde schepen kan vermeden worden door walstroom aan te bieden.

Groen en gezondheid

In Feijenoord zijn er relatief minder mensen die vinden dat er voldoende groen in de buurt is dan het gemiddelde voor Rotterdam. Dat vindt namelijk 36% van de inwoners van Feijenoord tegenover het Rotterdamse gemiddelde van 45%. Ook zijn er minder Feijenoorders die het groen een voldoende geven, die in het groen tot rust kunnen komen en actief kunnen recreëren.

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.

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. De wijk Feijenoord is één van de elf wijken.

Het groen in de deelgemeente Feijenoord bestaat uit parken, groenstroken, speelvelden en havens/kades. In de plannen voor 'Port Feijenoord' krijgt de kwaliteit van de buitenruimte volop aandacht. Dit biedt ook kansen voor de gezondheid.



➤ Een groot aantal kinderen en jongeren in Feijenoord heeft in zijn of haar leven één of meer ingrijpende gebeurtenissen (zie *Definities*) meegemaakt. 87 Procent van de 12- en 13-jarigen en 85% van de 14- en 15-jarigen geeft aan ooit één of meer ingrijpende gebeurtenissen te hebben meegemaakt. Dit percentage is hoog en ongeveer gelijk aan het Rotterdams gemiddelde.

Met betrekking tot veiligheid en buurtbeleving voelen kinderen van 10/11 jaar in Feijenoord zich minder vaak onveilig in de woonbuurt dan deze leeftijdsgroep in Rotterdam. Een lager percentage kinderen dan in Rotterdam geeft aan de buurt leuk te vinden.

Opvallend is dat jongeren in Feijenoord relatief vaak ernstige geweldsdelicten plegen. Van de 12- en 13-jarigen heeft 13% de afgelopen 12 maanden één keer een ernstig geweldsdelict gepleegd, van de 14- en 15-jarigen 12%. In Rotterdam bedragen deze percentages voor beide leeftijdsgroepen 10. Ook het percentage 12- en 13-jarigen dat de afgelopen 12 maanden meer dan één ernstig geweldsdelict pleegde is in Feijenoord iets hoger dan gemiddeld in Rotterdam.

In Feijenoord wijkt het percentage jongeren dat een wapen bij zich draagt af van het gemiddelde van Rotterdam. 8 Procent van de 12- en 13-jarigen en 12% van de 14- en 15-jarigen draagt een wapen bij zich in Feijenoord. Deze percentages zijn in Rotterdam, respectievelijk 7 en 9%.

Uit de CtC-analyse (Communities that Care) blijkt dat er sprake is van veel gedragsproblemen bij de jeugd in Feijenoord: agressief gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag en homofobie.

Rotterdam maakt werk van haar jongeren door de uitvoering van de programma's 'Ieder Kind Wint', 'Communities that Care' en het 'Rotterdams offensief VMBO-MBO', maar ook via het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak (DOSA). Deze programma's zijn gericht op vroegsignalering van problemen, preventie via leefstijlprogramma's en het positief beïnvloeden van de omstandigheden waarin kinderen opgroeien. Ook het ontwikkelen en benutten van de kwaliteiten van jongeren krijgt aandacht. De programma's worden ook in Feijenoord uitgevoerd. Een goede afstemming tussen de genomen en te nemen maatregelen is van belang.

4 Tot slot

In het kader van de regionale VTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een Gezondheidsatlas ontwikkeld: een website op internet (www.Gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl) met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel)gemeenten van het Rijnmondgebied. 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 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 het werkgebied. De komende jaren zal de GGD dit aanvullen met prognoses voor de toekomst.

Voor 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.

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.

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.

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.

Ministerie van Justitie. Privé Geweld - Publieke zaak. Een nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2002.

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

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 | De elektronische databank van het CBS |
| www.nationaalkompas.nl | Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM) |
| www.cos.rotterdam.nl | 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.

G4

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

HDA-beperking

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

Huiselijk geweld

Onder huiselijk geweld wordt verstaan: (dreigen met) geweld, op enigerlei locatie, door iemand uit de huiselijke kring, waarbij onder geweld wordt verstaan: de fysieke, seksuele of psychische aantasting van de persoonlijke integriteit van het slachtoffer, daaronder ook begrepen uitbuiting. Tot de huiselijke kring van het slachtoffer behoren: (ex)partners, gezinsleden, familieleden en huisvrienden (Ministerie van Justitie, 2002).

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.

Nederlands 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 glazen 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/m^2]) van 25 tot 30 kg/m^2 .

Bij volwassenen is sprake van ernstig overgewicht/obesitas bij een BMI groter of gelijk aan 30 kg/m^2 .

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.

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 'onveilig', 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'.

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.

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 | Lagere 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 | Strenght 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 Feijenoord

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

| Indicator | Definitie | Feijenoord | Rotterdam |
|---|------------------------------------|------------|-----------|
| Totale sterfte | | | |
| Totaal (2002-2005) | Aantal per jaar | 574 | 6.169 |
| Totaal | Aantal per 1.000 inwoners per jaar | 8 ● | 10 |
| Ziekten van het hart- en vaatstelsel¹ | | | |
| Totaal | Aantal | 174 | 1.623 |
| Kwaadaardige nieuwvormingen¹ | | | |
| Totaal | Aantal | 169 | 2.008 |
| Ziekten van de ademhalingsorganen¹ | | | |
| Totaal | Aantal | 60 | 620 |
| Levensverwachting bij de geboorte | | | |
| Mannen (2003-2006) | Jaren | 74,6 ● | 75,8 |
| Vrouwen (2003-2006) | | 79,7 ● | 81,0 |

¹ De vergelijking tussen Feijenoord 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 | Feijenoord | Rotterdam |
|------------------------------|-----------------------------------|------------|-----------|
| Chronische aandoening | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % minimaal 1 ziekte of aandoening | 58 ▼ | 48 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 82 | 79 |
| Diabetes | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 5 | 3 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 18 ▼ | 12 |

▲ = Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ = Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

| Indicator | Definitie | Feijenoord | Rotterdam |
|--------------------------------------|----------------------------|------------|-----------|
| Migraine/ernstige hoofdpijn | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 18 | 17 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 11 | 10 |
| Hoge bloeddruk | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 10 | 9 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 32 | 33 |
| Luchtwegaandoeningen | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % astma/COPD | 12 ▼ | 8 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % astma/COPD | 15 | 12 |
| Aandoening aan rug | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 6 ▲ | 9 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 19 | 18 |
| Artrose van heup/knie | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 10 ▼ | 7 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 38 | 34 |
| Aandoening nek/schouder | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 13 ▼ | 9 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 18 | 15 |
| Aandoening elleboog/pols/hand | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 10 ▼ | 6 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 10 | 12 |
| Depressiviteit | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % | 18 ▼ | 11 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % | 14 | 11 |
| ADL-beperking | | | |
| 55 jaar en ouder (2008) | % met minimaal 1 beperking | 16 | 14 |
| HDL-beperking | | | |
| 55 jaar en ouder (2008) | % met minimaal 1 beperking | 18 | 22 |
| Beperking in horen | | | |
| 55 jaar en ouder (2008) | % met beperking | 12 | 9 |
| Beperking in zien | | | |
| 55 jaar en ouder (2008) | % met beperking | 13 ▼ | 9 |

▲ = Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ = Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 3: Infectieziekten

| Indicator | Definitie | Feijenoord | | Rotterdam | |
|---|--|------------|---|-----------|--|
| Bevolkingsonderzoek | | | | | |
| Borstkanker (2006) | % deelname | 70 | ● | - | |
| Baarmoederhalskanker (2008) | % beschermingsgraad | - | ● | 57 | |
| Infectieziekten | | | | | |
| Hepatitis B acuut (2008) | Aantal meldingen | 2 | | 21 | |
| Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008) | Aantal meldingen | 20 | | 188 | |
| Kinkhoest (2008) | Aantal meldingen | 94 | | 805 | |
| Tuberculose (2008) | Aantal meldingen | 18 | | 112 | |
| Tuberculose (2008) | Aantal röntgenfoto's ter identificatie | 928 | | 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.

● = Significantie is niet berekend.

- = Onbekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

| Indicator | Definitie | Feijenoord | | Rotterdam |
|------------------------------|--------------------------|------------|---|-----------|
| Ervaren gezondheid | | | | |
| 5-6 jaar (2007-2008) | % slecht | 10 | ▼ | 6 |
| 10-11 jaar (2008-2009) | | 21 | ▼ | 17 |
| 12-13 jaar (VO1) (2007-2008) | | 23 | ▼ | 18 |
| 14-15 jaar (VO3) (2007-2008) | | 19 | | 18 |
| 16-55 jaar (2008) | % matig of slecht | 22 | ▼ | 14 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 33 | | 30 |
| Eenzaamheid | | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % matig tot zeer ernstig | 50 | ▼ | 41 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 55 | ▼ | 44 |
| 16-55 jaar (2008) | % emotioneel eenzaam | 20 | | 16 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 22 | | 16 |
| 16-55 jaar (2008) | % sociaal eenzaam | 41 | ▼ | 31 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 42 | ▼ | 32 |

▲ = Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ = Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

| Indicator | Definitie | Feijenoord | | Rotterdam | |
|-----------------------------------|--|------------|---|-----------|--|
| Depressie | | | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % hoog risico | 13 | ▼ | 8 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 10 | | 7 | |
| Psychofarmaca | | | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % gebruikers | 10 | ▼ | 6 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 9 | | 9 | |
| Psychische gezondheid | | | | | |
| 5-6 jaar (2007-2008) | % zorgelijke score volgens leerkracht | 19 | ▼ | 15 | |
| 5-6 jaar (2007-2008) | % zorgelijke score volgens ouders | 19 | ▼ | 15 | |
| 5-6 jaar (2007-2008) | % zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders | 7 | ▼ | 4 | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ) | 8 | ▼ | 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) | 4 | | 2 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % hoge score op psychosociale problemen (SDQ) | 15 | | 13 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 17 | ▼ | 13 | |
| Suicide | | | | | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % suïcidegedachten, afgelopen jaar | 20 | | 19 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 20 | | 18 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % suïcidepoging, ooit | 4 | | 3 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 3 | | 4 | |
| Ingrijpende gebeurtenissen | | | | | |
| 5-6 jaar (2007-2008) | % één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit | 78 | | 79 | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | | 78 | | 81 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 87 | | 89 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 85 | | 87 | |
| Ernstig geweldsdelict | | | | | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % in de afgelopen 12 maanden 1 keer | 13 | ▼ | 10 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 12 | | 10 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % in de afgelopen 12 maanden meer dan 1 keer | 7 | ▼ | 5 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 5 | | 5 | |
| Probleemgedrag | | | | | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % een wapen bij zich dragen | 6 | | 6 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 8 | | 7 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 12 | | 9 | |

▲ = Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ = Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

| Indicator | Definitie | Feijenoord | | Rotterdam | |
|------------------------|--|------------|---|-----------|--|
| Seksuele gezondheid | | | | | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % wel eens gevreeën | 17 | | 19 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 45 | | 48 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % wel eens geslachtsgemeenschap gehad | 4 | | 4 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 19 | | 16 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | % wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom | 36 | | 37 | |
| 16-55 jaar (2008) | % dat seks heeft gehad met losse partner(s) | 7 | ▲ | 11 | |

▲ = Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ = Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl

| Indicator | Definitie | Feijenoord | | Rotterdam | |
|--------------------------|---|------------|---|-----------|--|
| Matig overgewicht | | | | | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % BMI 25-30 | 30 | ▼ | 21 | |
| 16-55 jaar (2008) | | 36 | ▼ | 30 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 36 | | 41 | |
| Obesitas | | | | | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % BMI ≥30 | 10 | ▼ | 7 | |
| 16-55 jaar (2008) | | 16 | | 12 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 25 | | 19 | |
| Lichaamsbeweging | | | | | |
| 5-6 jaar (2007-2008) | % dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd | 28 | ▼ | 39 | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | | 61 | ▼ | 69 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 74 | | 77 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 63 | | 67 | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % dat lid is van sportvereniging | 56 | ▼ | 65 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 43 | | 56 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 34 | ▼ | 49 | |
| 16-55 jaar (2008) | % dat de NNGB niet haalt | 59 | ▲ | 47 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 35 | | 34 | |

▲ = Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ = Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

| Indicator | Definitie | Feijenoord | | Rotterdam | |
|-------------------------|--|------------|---|-----------|--|
| Roken | | | | | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % ooit gerookt | 10 | ▼ | 6 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 17 | | 15 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 34 | | 35 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % dagelijkse rokers | <1 | | <1 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 9 | | 7 | |
| 16-55 jaar (2008) | % rokers | 29 | | 30 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 26 | | 22 | |
| Alcoholgebruik | | | | | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken | 5 | | 7 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 6 | ▲ | 11 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 21 | ▲ | 32 | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % ooit alcohol gedronken | 19 | ▲ | 28 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 16 | ▲ | 24 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 35 | ▲ | 49 | |
| 16-55 jaar (2008) | % overmatige drinkers | 6 | ▲ | 9 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 9 | | 12 | |
| 16-55 jaar (2008) | % dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt | 32 | ▲ | 50 | |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 30 | ▲ | 40 | |
| Drugsgebruik | | | | | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | % softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken | 0,7 | | 1,0 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 5 | | 7 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | % harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken | 1,2 | | 0,7 | |
| 16-55 jaar (2008) | % cannabis gebruikt in afgelopen jaar | 9 | | 10 | |
| 16-55 jaar (2008) | % ooit harddrugs gebruikt | 7,8 | | 9,9 | |
| Voeding | | | | | |
| 5-6 jaar (2007-2008) | % dat ≥5 dagen per week ontbijt | 89 | | 92 | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | | 80 | ▼ | 90 | |
| 12-13 jaar (2007-2008) | | 74 | ▼ | 80 | |
| 14-15 jaar (2007-2008) | | 58 | ▼ | 71 | |

▲ = Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ = Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

| Indicator | Definitie | Feijenoord | Rotterdam |
|-------------------------|---|------------|-----------|
| Huiselijk geweld | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % dat ooit slachtoffer is geweest | 11,3 | 9,6 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 6,2 | 5,1 |
| Meldingen ASHG (2008) | Aantal meldingen ASHG slachtoffer | 394 | 2.844 |
| | Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners | 58 | 49 |
| | Aantal meldingen ASHG pleger | 500 | 3.351 |
| | Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners | 73 | 58 |
| Hulpverlening | | | |
| Meldingen LZN (2008) | Aantal meldingen | 249 | 2.583 |
| | Aantal meldingen per 10.000 inwoners | 36 | 44 |

Tabel 7: Leefomgeving

| Indicator | Definitie | Feijenoord | Rotterdam |
|----------------------------------|--|------------|-----------|
| Groenbeleving in de buurt | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % dat het groen een voldoende geeft | 49 ▼ | 61 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 73 ▼ | 82 |
| 16-55 jaar (2008) | % dat groen belangrijk vindt | 89 ▼ | 93 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 91 ▼ | 96 |
| 16-55 jaar (2008) | % dat tot rust kan komen in het groen | 60 | 61 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 61 ▼ | 72 |
| 16-55 jaar (2008) | % dat actief kan recreëren in het groen | 60 | 64 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 51 ▼ | 70 |
| 16-55 jaar (2008) | % dat vindt dat er voldoende groen is | 36 ▼ | 45 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 47 ▼ | 65 |
| Geluidhinder | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % dat ernstige geluidhinder ervaart | 34 | 31 |
| 16-55 jaar (2008) | % geluidhinder door bromfietsen of scooters | 45 ▼ | 38 |
| 16-55 jaar (2008) | % geluidhinder door burelen | 40 | 36 |
| 16-55 jaar (2008) | % geluidhinder door verkeer wegen <50 km/uur | 33 | 32 |

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

| Indicator | Definitie | Feijenoord | Rotterdam |
|------------------------|---|------------|-----------|
| Buurtbeleving | | | |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % vindt de woonbuurt niet leuk | 16 | 13 |
| 10-11 jaar (2008-2009) | % voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt | 62 ▲ | 56 |

Tabel 8: Zorg

| Indicator | Definitie | Feijenoord | Rotterdam |
|-----------------------------|---|------------|-----------|
| Huisarts | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % contact in afgelopen jaar | 74 | 70 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 84 | 83 |
| Tandarts¹ | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % contact in afgelopen jaar | 65,5 ▼ | 73,2 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 49 | 54 |
| GGZ / AMW | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % contact in afgelopen jaar | 13,6 ▼ | 10,0 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 7,1 | 6,0 |
| Thuiszorg | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % contact in afgelopen jaar | 2,6 | 1,7 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 11 | 11 |
| Mantelzorg | | | |
| 16-55 jaar (2008) | % mantelzorgers op het moment van het onderzoek | 9,1 | 8,5 |
| 55 jaar en ouder (2008) | | 9,1 | 14,1 |
| Hulp en zorg | | | |
| 55 jaar en ouder (2008) | % dat hulp in huishouding krijgt | 24 | 22 |
| 55 jaar en ouder (2008) | % dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt | 10 | 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