



GGD

Rotterdam-Rijnmond

# Gezondheid in kaart

Hoogvliet



# Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de deelgemeente Hoogvliet	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 Hoogvliet	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 Hoogvliet

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

- De levensverwachting van de inwoners van Hoogvliet ligt boven het Rotterdams gemiddelde. Inwoners van Hoogvliet voelen zich net zo gezond als de gemiddelde Rotterdammer.
- Eenzaamheid is in Hoogvliet een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Hoogvliet heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Veel jongeren in Hoogvliet vrijen onveilig. Relationale en seksuele vorming is een aandachtspunt voor iedereen die betrokken is bij de opvoeding.
- Overgewicht is in Hoogvliet een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik van de jeugd in Hoogvliet is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Hoogvliet een bedreiging voor de volksgezondheid. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Het softdruggebruik onder jongeren in Hoogvliet is hoger dan gemiddeld in Rotterdam. Preventie is vooral voor risicojongeren van belang.
- Luchtkwaliteit, akoestische kwaliteit en groen zijn sterke punten van Hoogvliet.

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

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

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

Aan het bevorderen van gezondheid kan op verschillende manieren worden gewerkt. In de eerste plaats door acties vanuit de gezondheidssector, specifiek gericht op de gezondheid. Daarnaast kan de gezondheidssector samenwerken met andere sectoren om de gezondheid te bevorderen. Tot slot kunnen ook acties buiten de gezondheidssector, die niet op gezondheid zijn gericht daar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze diverse benaderingen van de bevordering van gezondheid komen naar voren in de verschillende gezondheidsprogramma's in Rotterdam, in het stadsbrede programma 'Gezond in de Stad' en het stadsregionale programma 'Ieder Kind Wint'. Daarnaast heeft het bevorderen van de gezondheid meer of minder expliciet een plaats in de integrale wijkactieplannen en de gebiedsvisies die onder regie van de deelgemeenten tot stand komen.

### Leeswijzer

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

## De inwoners van de deelgemeente Hoogvliet

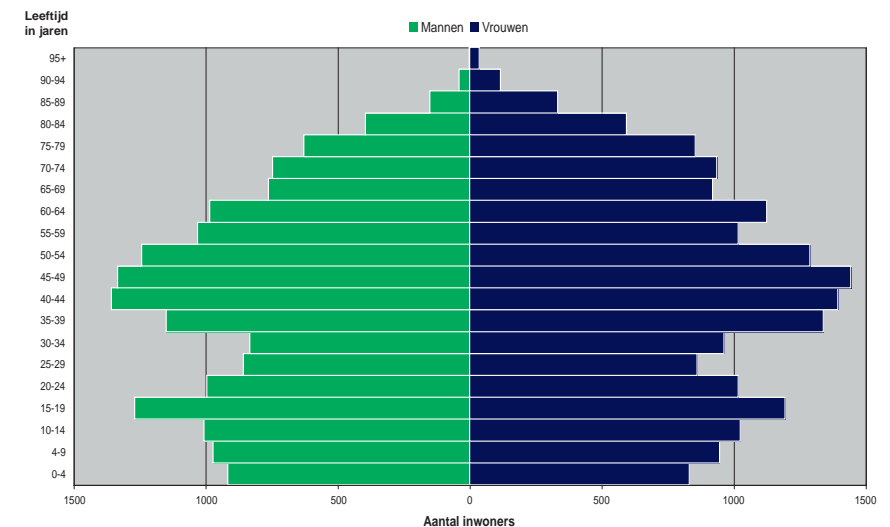
De deelgemeente Hoogvliet bestaat uit acht wijken: Middengebied, Boomgaardshoek, Oudeland, Nieuw Engeland, Tussenwater, Westpunt, Zalmplaat en Meeuwenplaat.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Hoogvliet 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 Hoogvliet had op 1 januari 2009 34.904 inwoners. De inwoners van Hoogvliet wonen op een klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 3.556 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in heel Rotterdam.

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van de deelgemeente Hoogvliet per 1 januari 2009 weergegeven. In Hoogvliet is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen nagenoeg gelijk verdeeld: 52,2 % vrouwen en 47,8% mannen. In de jongste leeftijdscategorieën (0-9 jaar) en in de leeftijdscategorie 15-19 jaar zijn er meer mannen dan vrouwen. Vanaf 60 jaar daarentegen zijn er meer vrouwen dan mannen in Hoogvliet.

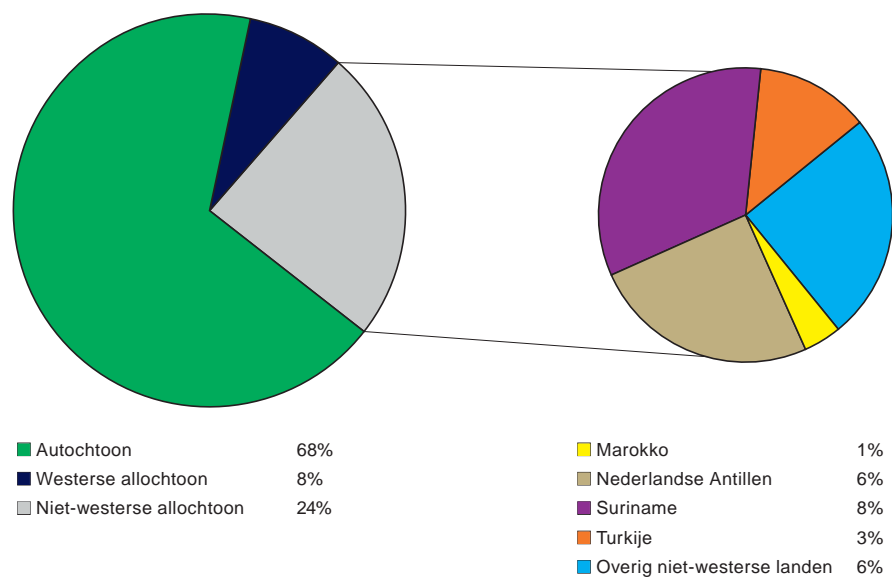


Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Hoogvliet op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

De bevolking van Hoogvliet is relatief oud. Dit wijkt niet af van het landelijke beeld. Het aandeel 65-plussers in Hoogvliet bedraagt 19%. In heel Rotterdam is dit percentage 14. Het aandeel 'groene' bevolking (0-35 jaar) in Hoogvliet is vergeleken met Rotterdamse cijfers lager: 39% van de inwoners van Hoogvliet is jonger dan 35 jaar tegenover 46% in heel Rotterdam. Deze 'grijze' bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 34% uit eenpersoonshuishoudens, 37% uit huishoudens met kinderen en 29% uit huishoudens zonder kinderen.

### Etniciteit

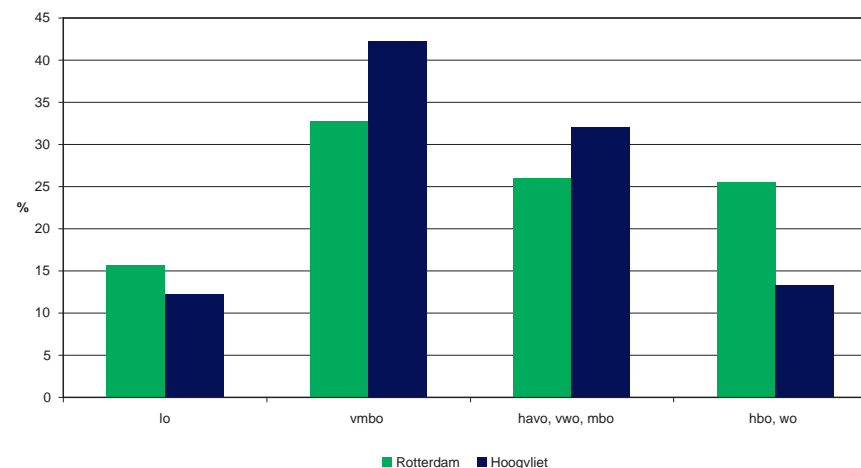
De deelgemeente Hoogvliet heeft relatief minder inwoners met een niet-westerse achtergrond dan Rotterdam, respectievelijk 24% tegenover 36%. Van de niet-westerse allochtonen vormen Surinamers in Hoogvliet de grootste groep van de totale bevolking, gevolgd door inwoners van de Nederlandse Antillen, respectievelijk 8% en 6%. Met 6% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Hoogvliet.



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

### Opleidingsniveau

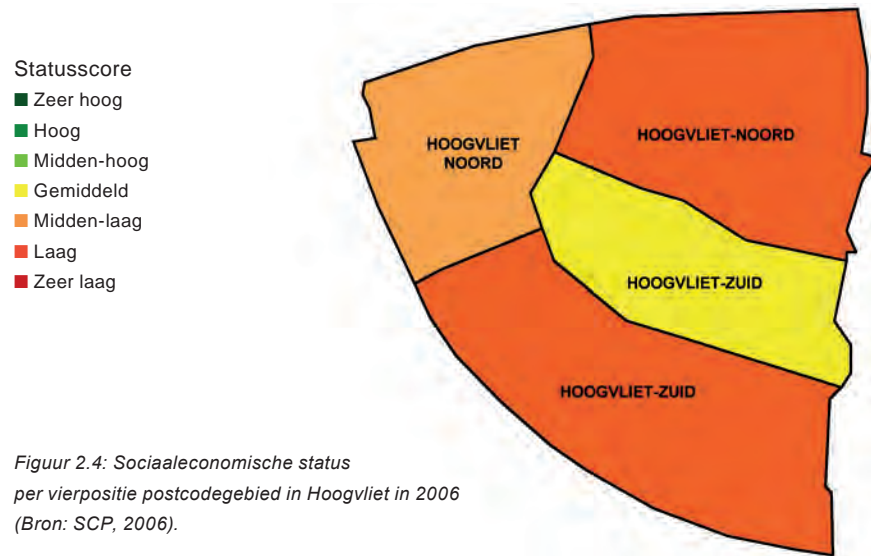
Ruim de helft van de inwoners (55%) van Hoogvliet van 16 jaar en ouder heeft een lagere opleiding (lo, vmbo) tegenover 48% in heel Rotterdam. Van alle inwoners van Hoogvliet heeft 13% een hogere opleiding (hbo, wo). In heel Rotterdam is dit percentage twee keer zo groot (26%).



Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Hoogvliet 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 Hoogvliet varieert van laag tot gemiddeld.



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

Van de inwoners van Hoogvliet ontvangt 18% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. In heel Rotterdam ontvangt één op de vijf inwoners (21%) een uitkering. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner in Hoogvliet bedraagt 12.400 euro en is hiermee vergelijkbaar met Rotterdamse gemiddelde (12.500 euro).

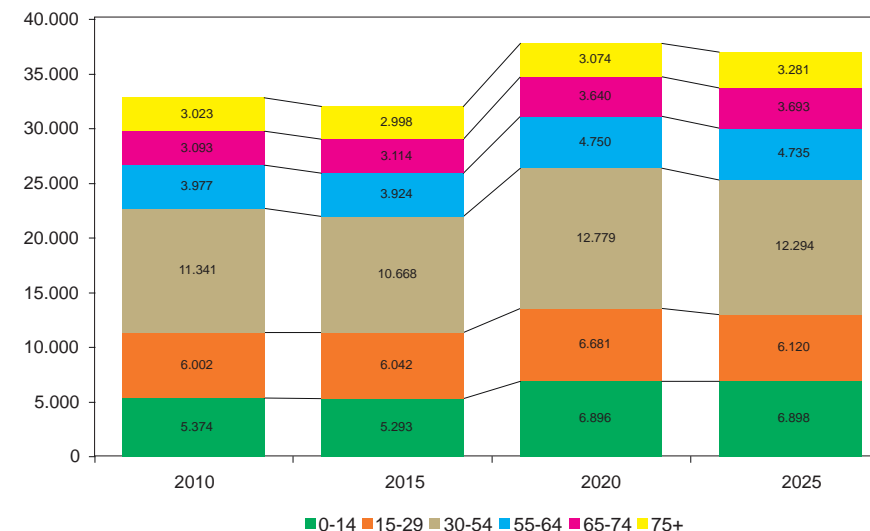
### Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Hoogvliet een 8,1. De deelgemeente valt daarmee in de categorie 'veilig'. Ten opzichte van de vorige meting is in Hoogvliet onder meer op de elementen 'inbraak', 'vandalisme' 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 Hoogvliet met een 6,9 bijna een heel punt hoger dan het Rotterdamse gemiddelde (6,0). Deze scores zijn (net) hoog genoeg om Hoogvliet en de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. De bevolking van Hoogvliet is kwetsbaar op de onderdelen 'goede gezondheid' en 'sociale contacten'. De score op 'gezondheid' is 5,4 (COS, 2009).

### Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt de deelgemeente Hoogvliet tussen 2010 en 2025 te maken met bevolkingsgroei. Het aantal inwoners in Hoogvliet zal van ongeveer 32.800 in 2010, na een kleine daling in 2015, groeien naar ongeveer 37.800 inwoners in 2020. In 2025 wordt ook een kleine daling verwacht. De groei zal met name plaatsvinden in de jongste leeftijdscategorie 0-14 jaar evenals bij 55-plussers.



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



### 3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

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



➤ In Hoogvliet is de levensverwachting voor mannen 77,5 jaar en voor vrouwen 81,7 jaar. Dat is voor mannen bijna twee jaar en voor vrouwen bijna één jaar hoger dan het gemiddelde van Rotterdam. De levensverwachting in Hoogvliet ligt op het Nederlands gemiddelde.

De sterfte is in Hoogvliet naar verhouding iets hoger dan in Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in Hoogvliet hoger is dan in Rotterdam. In Hoogvliet stierven in 2008 ongeveer 11 mensen per 1.000 inwoners, gemiddeld in Rotterdam stierven 10 mensen per 1.000 inwoners. Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van ademhalingsorganen zijn in Hoogvliet net als in heel Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Inwoners van Hoogvliet ervaren hun gezondheid niet vaker als matig of slecht dan de inwoners in Rotterdam als geheel: 12% van de 16- tot 55-jarigen en 27% van de 55-plussers in Hoogvliet ervaart zijn gezondheid als matig of slecht.

Kinderen en jongeren in Hoogvliet ervaren hun gezondheid niet vaker als slecht dan hun leeftijdgenoten in heel Rotterdam: 17% van de 10- tot 15-jarigen in Hoogvliet ervaart zijn gezondheid als slecht.

In Hoogvliet is het aantal volwassenen dat aangeeft minimaal één ziekte of aandoening te hebben gelijk aan het Rotterdams gemiddelde. Migraine komt bij 16- tot 55-jarigen in Hoogvliet meer voor dan gemiddeld in Rotterdam; depressie komt minder voor.

Door de verwachte toename van het aantal 55-plussers in de nabije toekomst, zullen ziekten en aandoeningen die vaak bij ouderen voorkomen vaker worden vastgesteld: hoge bloeddruk, astma of COPD (zie *Afkortingen*), aandoeningen aan rug, nek of schouder, overgewicht en daarmee samenhangend diabetes en artrose. De vraag naar eerstelijnszorg (huisarts, maatschappelijk werk en fysiotherapie) en ziekenhuiszorg zal hierdoor waarschijnlijk toenemen.

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

Met name de gezondheidsachterstand in de gebieden met een lage SES-score 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 niet-werkenden naar werk te geleiden bij aan de gezondheid en is een aangename woonomgeving ook gezond. Het verminderen van schooluitval leidt tot goed opgeleide jongeren, met een betere kans op gezondheid. Dit

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



➤ In Hoogvliet voelt 39% van de volwassenen zich eenzaam. Dit percentage is gelijk aan het percentage voor Rotterdam als geheel.

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

in een woonzorgcentrum) en vriendschapscursussen, gericht op het verbeteren van sociale contacten en het bevorderen van vriendschappelijke relaties.

Voor sommige ouderen heeft eenzaamheid te maken met onzekerheid, gebrek aan assertiviteit of aan sociale vaardigheid. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg organiseren een breed pakket aan trainingen gericht op deze specifieke problematiek.

In Rotterdam is in februari 2007 een driejarig programma gestart gericht op het bestrijden en voorkomen van sociaal isolement bij ouderen. De gemeente werkt daarin samen met het Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventies (LESI). Het programma omvat vijf deelgemeentelijke projecten en een stadsbreed project. De projecten zijn gericht op deskundigheidsbevordering, signalering van sociaal isolement en individuele begeleiding van sociaal geïsoleerde ouderen. De ervaringen met de projecten zijn positief: de doelgroep wordt bereikt, professionals worden deskundiger, goede interventies zijn beschikbaar en geleidelijk verbeterd de situatie van een deel van de ouderen. Reden om de aanpak na de projectfase (februari 2010) te verankeren en te continueren. De deelgemeente Hoogvliet zou daarbij aan kunnen sluiten.

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 onttelen.





Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Hoogvliet voor. Volgens de ouders heeft 13% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkracht is dit percentage 12%. Ouders geven bij 17% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 7%. Bij 17% van de 12- en 13-jarigen en 11% van de 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 23% van de 12- en 13-jarigen en 20% van de 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad. Van de 12- en 13-jarigen heeft 6% ooit een suïcidepoging ondernomen.

Volwassen inwoners van Hoogvliet zijn psychisch gezonder dan gemiddeld in Rotterdam.

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 aangepast kunnen worden aan de lokale situatie.

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



➤ Seksuele gezondheid wordt gemeten aan het percentage jongeren dat wel eens gevreeën heeft, wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad en geslachtsgemeenschap zonder condoom heeft gehad. Het percentage 12- en 13-jarigen en 14- en 15-jarigen in Hoogvliet dat wel eens gevreeën heeft, is vergelijkbaar met Rotterdamse cijfers. Ook het percentage 12- en 13-jarigen en 14- en 15-jarigen in Hoogvliet dat geslachtsgemeenschap heeft gehad, is vergelijkbaar met Rotterdamse cijfers.

Een opvallend hoog percentage is dat van de 14- en 15-jarigen in Hoogvliet die wel eens geslachtsgemeenschap hebben gehad, 44% dit zonder condoom heeft gedaan.

Onveilig vrijen kan leiden tot ongewenste zwangerschappen en tot seksueel overdraagbare aandoeningen. Meerdere factoren zijn van invloed op veilig vrijen. De kennis over de risico's van onveilig vrijen, de houding ten opzichte van het condoomgebruik en het al dan niet bespreekbaar kunnen maken van het condoomgebruik zijn van belang voor het al dan niet veilig vrijen. Behalve deze persoonsgebonden factoren beïnvloeden ook omgevingsfactoren het (on)veilig vrijen, zoals opvattingen over seksualiteit in de samenleving en de beschikbaarheid van condooms (Eysink, 2009).

Bij seksuele opvoeding denken veel volwassenen aan het geven van informatie over geslachtsgemeenschap en dus aan voorlichting die pas rond de puberteit ingezet zou moeten worden. Echter, relationele en seksuele vorming is veel breder en begint al in de wieg.

Kinderen en jongeren leren constant en dit gebeurt op verschillende momenten en plaatsen: thuis, op school en in hun vrije tijd. Het vormen van kinderen en jongeren zodat zij later

gezonde (seksuele) relaties aangaan, is daarom een verantwoordelijkheid van iedere volwassene die zich met de opvoeding van kinderen en jongeren bezig houdt. De verschillende opvoeders kunnen daarbij ondersteuning gebruiken, te weten onderwijspersoneel, ouders, pedagogisch medewerkers (BSO) en jongerenwerkers. Ondersteuning kan bestaan uit voorlichting, deskundigheidsbevordering, lesmateriaal en trainingen. Met een mix van interventies op verschillende niveaus kan een deelgemeente komen tot een sterke primaire preventie van seksueel risicogedrag.



➤ Overgewicht is in Hoogvliet net als elders in Rotterdam een omvangrijk probleem. Onder 16- tot 55-jarigen in Hoogvliet komt matig overgewicht minder voor dan gemiddeld in Rotterdam: 22% heeft matig overgewicht tegenover 30% gemiddeld in Rotterdam. Obesitas komt in deze leeftijdsgroep in Hoogvliet net zo vaak voor als gemiddeld in Rotterdam: 11%. Het overgewicht onder ouderen is gelijk aan het Rotterdams gemiddelde: 42% heeft matig overgewicht en 24% heeft obesitas. Van de 10- en 11-jarigen heeft 15% matig overgewicht en 8% obesitas.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten van overgewicht. In Hoogvliet ontbijten kinderen vaker dagelijks dan in Rotterdam: 96% van de 5- en 6-jarigen en 10- en 11-jarigen in Hoogvliet ontbijt dagelijks, in vergelijking met 92% en 90% in Rotterdam. De jeugd van 12 tot 15 jaar in Hoogvliet ontbijt, net als gemiddeld in Rotterdam, minder vaak: ongeveer 75% ontbijt dagelijks.

Kinderen en jongeren in Hoogvliet bewegen ongeveer evenveel als gemiddeld in Rotterdam. Van de 12- en 13-jarigen in Hoogvliet sport 79% minstens twee keer per week buiten schooltijd en is 60% lid van een sportclub. In Hoogvliet sport 62% van de 14- en 15-jarigen minstens twee keer per week buiten schooltijd en is 50% lid van een sportclub.

Volwassenen in Hoogvliet bewegen net zo veel als gemiddeld in Rotterdam: 41% van de inwoners van Hoogvliet van 16 jaar en ouder voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*).

Overgewicht, met name ernstig overgewicht (obesitas), hangt samen met meerdere chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2 (suikerziekte), hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten. Ook hebben mensen met (ernstig) overgewicht vaker verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat (artrose) en de ademhalingsorganen. Bovendien komen bij vrouwen met (ernstig) overgewicht menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor (Visscher & Schoemaker, 2008). De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven (Voedingscentrum, 2008). Een kind met (ernstig) overgewicht kan gemakkelijk doelwit worden van pesterijen, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

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

- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist.
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de (deel)gemeente, op de werkplek en in scholen.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat burgers veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en dat 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 een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Dit programma heeft aansluiting op de 'Beweegkuur', waar het ministerie van VWS op inzet. 'Van Klacht naar Kracht' 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. De GGD kan uitzoeken wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van een organisatorisch en financieel sluitende keten voor uitvoering van dit project in Hoogvliet.

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 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.



➤ Jongeren in Hoogvliet drinken meer alcohol dan gemiddeld in Rotterdam. Van de 10- en 11-jarigen heeft 39% ooit gedronken en 11% in de afgelopen vier weken, in vergelijking met 28% en 7% in Rotterdam. In Rotterdam heeft 49% van de 14- en 15-jarigen ooit alcohol gedronken ten opzichte van 60% van de jongeren in Hoogvliet. Het verschil in alcoholgebruik is het grootst in de leeftijdscategorie 12- en 13-jarigen: 37% van de 12- en 13-jarigen in Hoogvliet heeft ooit gedronken, tegenover 24% in heel Rotterdam. Daarnaast heeft 17% van deze leeftijdsgroep in Hoogvliet in de afgelopen vier weken gedronken tegenover 11% in Rotterdam.

Het alcoholgebruik van volwassenen in Hoogvliet wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde. 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 schenkeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De school is een goede plaats om jongeren te bereiken, bijvoorbeeld via het programma 'Gezonde school'. De laatste jaren blijken ook zelfhulpprogramma's op internet steeds vaker succesvol.
- 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. Aanpassing aan de lokale situatie is noodzakelijk.



➤ In Hoogvliet zijn er onder de volwassen inwoners bijna net zo veel rokers als in heel Rotterdam. Van de inwoners van Hoogvliet van 16 jaar en ouder rookt 26%. In heel Rotterdam is dit 28%.

Jongeren in Hoogvliet roken meer dan gemiddeld in Rotterdam: 43% van de 14- en 15-jarigen in Hoogvliet heeft ooit gerookt, tegenover 35% in Rotterdam. Daarnaast rookt 15% van deze leeftijdsgroep in Hoogvliet dagelijks, tegenover 7% in Rotterdam als geheel. Ook jongeren van 12 en 13 jaar in Hoogvliet roken vaker dagelijks en hebben vaker ooit gerookt.

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 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 softdrugsgebruik van jongeren in Hoogvliet is hoger dan gemiddeld in Rotterdam: 13% van de 14- en 15-jarigen in Hoogvliet heeft in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek softdrugs gebruikt, tegenover 7% in heel Rotterdam. Er is zeker reden tot zorg over het gebruik van cannabis. Juist onder risico- en probleemjongeren is het cannabisgebruik hoog. Uit recent onderzoek in Rotterdam blijkt dat cannabisgebruik de problemen van deze jongeren verergert (De Jong, 2009).

Het stedelijke coffeeshop/cannabisbeleid pakt dit probleem aan door een combinatie van preventie en repressie. Het aanbod van cannabis via coffeeshops wordt bewaakt

en gereguleerd. Coffeeshoppersoneel wordt getraind om voorlichting te geven. Via de website [www.canabisenik.nl](http://www.canabisenik.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.



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

#### Lucht en gezondheid

Van de woningen in Hoogvliet ligt 3% direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*). Enkele woningen liggen binnen 100 meter van een snelweg. Dat is lager dan het

gemiddelde van 10% voor Rotterdam. Toch betekenen deze cijfers dat de bewoners van ongeveer 450 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.

Het is raadzaam om bijvoorbeeld daar waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingsteuizen, scholen en kinderdagverblijven direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

### **Geluid en gezondheid**

De ervaren geluidshinder in Hoogvliet is lager dan gemiddeld voor Rotterdam. Toch heeft een kwart van de inwoners van Hoogvliet van 16 tot 55 jaar ernstige geluidshinder. Minder dan een kwart van de inwoners wordt gehinderd door geluid van verkeer van wegen waar langzamer gereden mag worden dan 50 km per uur.

Geluid is in toenemende mate een gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt geluidsoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Wegverkeer is de belangrijkste bron van geluidshinder. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en 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 daarom nadelige gezondheidseffecten optreden.

Het is belangrijk om in de deelgemeente stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte. Ook is van belang dat de deelgemeente alert is op geluidsmaatregelen bij boven deelgemeentelijke ontwikkelingen van rijkswegen, provinciewegen, spoorlijnen en industrie en haven.

### **Groen en gezondheid**

Vergeleken met het gemiddelde voor heel Rotterdam geven de inwoners van Hoogvliet vaker een voldoende aan het groen in hun directe omgeving. Ook vinden meer mensen in Hoogvliet dan gemiddeld in Rotterdam dat er genoeg groen in de buurt aanwezig is.

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

In het stedelijk programma 'Rotterdam Kindvriendelijk' krijgen wonen en opgroeien extra aandacht. In het kader van het programma zijn elf gebieden 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. Hoogvliet Noord is één van de elf gebieden.

'Groen wonen' is in Hoogvliet één van de kernvoorwaarden voor herstructurering. Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk om het groen als sterk punt van Hoogvliet aandacht te geven. Ook expliciete aandacht voor het gebruik van het Hoogvlietse groen voor lichamelijke beweging is belangrijk, gezien het feit dat de bevolking relatief veel last heeft van overgewicht.



## 4 Tot slot

In het kader van de regionale VTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond ook een Gezondheidsatlas ontwikkeld: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel)gemeenten van het Rijnmondgebied ([www.Gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl](http://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 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 gemeentelijk gezondheidsbeleid is naast informatie over de gezondheidssituatie van de burgers ook informatie over zorgbehoefte en zorgaanbod van belang. Hierover gaat de GGD meer kennis verzamelen. Deze toekomstige ontwikkelingen zullen zowel de volgende serie (deel)gemeentelijke rapportages als de Gezondheidsatlas op internet verrijken. Daarnaast zullen de evaluatie van de huidige rapportages en de ervaringen met de Gezondheidsatlas leiden tot verbeteringen in de toekomst. Deze regionale VTV is een groeiproces. Groei op basis van beschikbare informatie zowel als behoeften van (deel)gemeenten.

## Literatuur, gegevensbronnen en websites

### Literatuur

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

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.

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

<a href="http://www.cbs.nl/statline">www.cbs.nl/statline</a>	De elektronische databank van het CBS
<a href="http://www.nationaalkompas.nl">www.nationaalkompas.nl</a>	Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)
<a href="http://www.cos.rotterdam.nl">www.cos.rotterdam.nl</a>	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.

### 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 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/m<sup>2</sup>]) van 25 tot 30 kg/m<sup>2</sup>.

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

### 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.

### 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 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 'prosociaal 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	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	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 Hoogvliet

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Hoogvliet	Rotterdam
<b>Totale sterfte</b>			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	395	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	11 ●	10
<b>Ziekten van het hart- en vaatstelsel<sup>1</sup></b>			
Totaal	Aantal	111	1.623
<b>Kwaadaardige nieuwvormingen<sup>1</sup></b>			
Totaal	Aantal	140	2.008
<b>Ziekten van de ademhalingsorganen<sup>1</sup></b>			
Totaal	Aantal	41	620
<b>Levensverwachting bij de geboorte</b>			
Mannen (2003-2006)	Jaren	77,5 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		81,7 ●	81,0

<sup>1</sup> De vergelijking tussen Hoogvliet 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	Hoogvliet	Rotterdam
<b>Chronische aandoening</b>			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	49	48
55 jaar en ouder (2008)		81	79
<b>Diabetes</b>			
16-55 jaar (2008)	%	-	3
55 jaar en ouder (2008)	%	9	12
<b>Migraine/ernstige hoofdpijn</b>			
16-55 jaar (2008)	%	24 ▼	17
55 jaar en ouder (2008)	%	6	10

▲ Significat gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significat ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Hoogvliet	Rotterdam
<b>Hoge bloeddruk</b>			
16-55 jaar (2008)	%	12	9
55 jaar en ouder (2008)	%	33	33
<b>Luchtwegaandoeningen</b>			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	11	8
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	15	12
<b>Aandoening aan rug</b>			
16-55 jaar (2008)	%	6	9
55 jaar en ouder (2008)	%	23	18
<b>Artrose van heup/knie</b>			
16-55 jaar (2008)	%	7	7
55 jaar en ouder (2008)	%	40	34
<b>Aandoening nek/schouder</b>			
16-55 jaar (2008)	%	8	9
55 jaar en ouder (2008)	%	13	15
<b>Aandoening elleboog/pols/hand</b>			
16-55 jaar (2008)	%	4	6
55 jaar en ouder (2008)	%	15	12
<b>Depressiviteit</b>			
16-55 jaar (2008)	%	7 ▲	11
55 jaar en ouder (2008)	%	7	11
<b>ADL-beperking</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	15	14
<b>HDL-beperking</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	23	22
<b>Beperking in horen</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	10	9
<b>Beperking in zien</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	4 ▲	9

▲ Significat gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significat ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

**Tabel 3: Infectieziekten**

Indicator	Definitie	Hoogvliet	Rotterdam
<b>Bevolkingsonderzoek</b>			
Borstkanker (2006)	% deelname	73	-
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	-	57
<b>Infectieziekten</b>			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	0	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	3	188
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	45	805
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	1	112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	169	8.274
<b>Vaccinatie</b>			
2 jaar (2009)	% gevaccineerd <sup>1</sup>	-	94
10 jaar (2009)	% gevaccineerd <sup>2</sup>	-	90

<sup>1</sup> Gemiddelde vaccinatiegraad van zuigelingen met geboortjaar 2006 van DKTP basis immuun, HIB volledig afgesloten, BMR basis immuun, MenC volledig afgesloten, pneumokokken volledig afgesloten.

<sup>2</sup> Gemiddelde vaccinatiegraad van schoolkinderen met geboortjaar 1998 DTP volledig afgesloten en BMR volledig afgesloten.

- = Onbekend.

**Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven**

Indicator	Definitie	Hoogvliet	Rotterdam
<b>Ervaren gezondheid</b>			
5-6 jaar (2007-2008)	% slecht	3	6
10-11 jaar (2008-2009)		17	17
12-13 jaar (VO1) (2007-2008)		18	18
14-15 jaar (VO3) (2007-2008)		17	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	12	14
55 jaar en ouder (2008)		27	30
<b>Eenzaamheid</b>			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	39	41
55 jaar en ouder (2008)		40	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	10	16
55 jaar en ouder (2008)		14	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	31	31
55 jaar en ouder (2008)		26	32
<b>Depressie</b>			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	6	8
55 jaar en ouder (2008)		6	7

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

**Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)**

Indicator	Definitie	Hoogvliet	Rotterdam
<b>Psychofarmaca</b>			
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	9	6
55 jaar en ouder (2008)		8	9
<b>Psychische gezondheid</b>			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	12 ▲	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	13	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	4	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	7	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	17	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)	17	13
14-15 jaar (2007-2008)		11	13
<b>Suicide</b>			
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidegedachten, afgelopen jaar	23	19
14-15 jaar (2007-2008)		20	18
12-13 jaar (2007-2008)	% Suïcidepoging ooit	6	3
14-15 jaar (2007-2008)		4	4
<b>Ingrijpende gebeurtenissen</b>			
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	82	79
10-11 jaar (2008-2009)		86	81
12-13 jaar (2007-2008)		92	89
14-15 jaar (2007-2008)		93 ▼	87
12-13 jaar (2007-2008)	% meer dan één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, ooit	69	63
14-15 jaar (2007-2008)		65	62
<b>Probleemgedrag</b>			
10-11 jaar (2008-2009)	% een wapen bij zich dragen	10 ▼	6
12-13 jaar (2007-2008)		10	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	Hoogvliet		Rotterdam	
Ernstige geweldsdelicten					
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	15	▼	10	
14-15 jaar (2007-2008)		11		10	
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden meer dan 1 keer	4		5	
14-15 jaar (2007-2008)		4		5	
Seksuele gezondheid					
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gevreeën	22		19	
14-15 jaar (2007-2008)		51		48	
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	3		4	
14-15 jaar (2007-2008)		22		16	
14-15 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	44		37	
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	5		11	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Hoogvliet		Rotterdam	
Matig overgewicht					
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI 25-30	15		21	
16-55 jaar (2008)		22	▲	30	
55 jaar en ouder (2008)		42		41	
Obesitas					
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI ≥30	8		7	
16-55 jaar (2008)		11		12	
55 jaar en ouder (2008)		24		19	
Voeding					
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	96	▲	92	
10-11 jaar (2008-2009)		96	▲	90	
12-13 jaar (2007-2008)		77		80	
14-15 jaar (2007-2008)		73		71	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Hoogvliet		Rotterdam	
Roken					
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit gerookt	6		6	
12-13 jaar (2007-2008)		18		15	
14-15 jaar (2007-2008)		43	▼	35	
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1		<1	
12-13 jaar (2007-2008)		2	▼	0,5	
14-15 jaar (2007-2008)		15	▼	7	
16-55 jaar (2008)	% rokers	29		30	
55 jaar en ouder (2008)		21		22	
Lichaamsbeweging					
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	38		39	
10-11 jaar (2008-2009)		70		70	
12-13 jaar (2007-2008)		79		77	
14-15 jaar (2007-2008)		62		67	
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	63		65	
12-13 jaar (2007-2008)		60		56	
14-15 jaar (2007-2008)		50		49	
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	44		47	
55 jaar en ouder (2008)		37		34	
Alcoholgebruik					
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit alcohol gedronken	39	▼	28	
12-13 jaar (2007-2008)		37	▼	24	
14-15 jaar (2007-2008)		60	▼	49	
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	11	▼	7	
12-13 jaar (2007-2008)		17	▼	11	
14-15 jaar (2007-2008)		39		32	
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	5		9	
55 jaar en ouder (2008)		9		12	
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	47		50	
55 jaar en ouder (2008)		39		40	
Drugsgebruik					
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	2		1,0	
14-15 jaar (2007-2008)		13	▼	7	
12-13 jaar (2007-2008)	% harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	0,6		<1	
14-15 jaar (2007-2008)		1,0		0,7	
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	4	▲	10	
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	9		10	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

**Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties**

Indicator	Definitie	Hoogvliet		Rotterdam	
Huiselijk geweld					
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	7		10	
55 jaar en ouder (2008)		-		5	
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	185		2.844	
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	53		49	
	Aantal meldingen ASHG pleger	191		3.351	
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	55		58	
Hulpverlening					
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	173		2.583	
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	50		44	

- Onbekend.

**Tabel 7: Leefomgeving**

Indicator	Definitie	Hoogvliet		Rotterdam	
Geluidhinder					
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	26		31	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen of scooters	42		38	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door buren	32		36	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door verkeer wegen <50 km/uur	22	▲	32	
Groenbeleving in de buurt					
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	72	▲	61	
55 jaar en ouder (2008)		90	▲	82	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	94		93	
55 jaar en ouder (2008)		98		96	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	60		61	
55 jaar en ouder (2008)		77		72	
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	62		64	
55 jaar en ouder (2008)		82	▲	70	
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	53	▲	45	
55 jaar en ouder (2008)		75	▲	65	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.  
▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.  
● Significantie is niet berekend.

**Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)**

Indicator	Definitie	Hoogvliet		Rotterdam
Buurtbeleving jeugd				
10-11 jaar (2008-2009)	% vindt de woonbuurt niet leuk	13		13
10-11 jaar (2008-2009)	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	52		56
Luchtvervuiling				
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	20	●	2.364
	% <100 m rijksweg	0	●	1
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	443	●	16.147
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	3	●	9
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	3	●	10
	% 100-300 m rijksweg	2	●	8

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.  
▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.  
● Significantie is niet berekend.

**Tabel 8: Zorg**

Indicator	Definitie	Hoogvliet		Rotterdam	
Huisarts					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	72		70	
55 jaar en ouder (2008)		79		83	
Tandarts <sup>1</sup>					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	82	▲	73	
55 jaar en ouder (2008)		50		54	
GGZ / AMW					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	7		10	
55 jaar en ouder (2008)		4		6	
Thuiszorg					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	-		2	
55 jaar en ouder (2008)		12		11	
Mantelzorg					
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	10		9	
55 jaar en ouder (2008)		14		14	
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	16	▼	11	

<sup>1</sup> Uitgangspunt: jaarlijkse bezoek aan de tandarts is positief.  
▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.  
▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.  
- Onbekend.

## COLOFON

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

Herziene druk april 2010

Redactie: Ö. Erdem, C. Nanninga,  
R. Kiela en W.M.M. Klaus-Meijls  
Vormgeving: troy! creatieve communicatie  
Drukwerk: TDS

### GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032  
3000 LP Rotterdam  
(010) 433 99 66  
[info@ggd.rotterdam.nl](mailto:info@ggd.rotterdam.nl)  
[www.ggd.rotterdam.nl](http://www.ggd.rotterdam.nl)



*rivm*