



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

IJsselmonde



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de deelgemeente IJsselmonde	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	25
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	26
	Definities	28
	Afkortingen	32
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente IJsselmonde	34

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 IJsselmonde

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

- De inwoners van IJsselmonde zijn iets minder gezond dan andere Rotterdammers. Actie is nodig, ook buiten het terrein van de gezondheid.
- Eenzaamheid is in IJsselmonde een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in IJsselmonde heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in IJsselmonde een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- In IJsselmonde wordt relatief weinig alcohol gedronken, maar evenveel gerookt als in Rotterdam. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen te roken.
- Door geluidshinder aan te pakken en in te zetten op groen voor sport, spel en recreatie kan de leefomgeving in IJsselmonde gezonder worden.

Deze kernboodschappen hebben betrekking op de specifieke situatie in IJsselmonde. 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 maar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze diverse benaderingen van de bevordering van gezondheid komen naar voren in de verschillende gezondheidsprogramma's in Rotterdam, in het stadsbrede programma 'Gezond in de Stad' en het stadsregionale programma 'Ieder Kind Wint'. Daarnaast heeft het bevorderen van de gezondheid meer of minder expliciet

een plaats in de integrale wijkactieplannen en de gebiedsvisies die onder regie van de deelgemeenten tot stand komen. In de deelgemeente IJsselmonde biedt de ontwikkeling van de zorgboulevard in Lombardijen kansen om de gezondheid te verbeteren.

Leeswijzer

Dit rapport met kernboodschappen voor de deelgemeente IJsselmonde is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de deelgemeente IJsselmonde 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 IJsselmonde

2

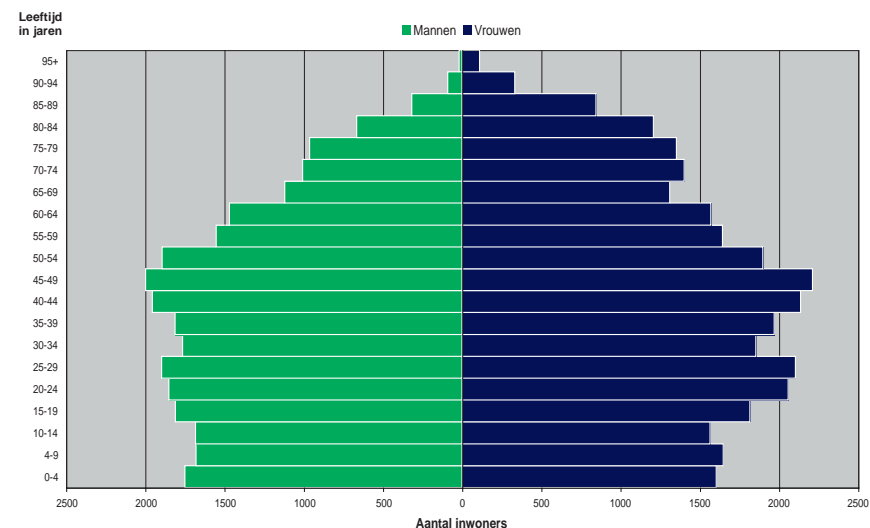
De deelgemeente IJsselmonde kenmerkt zich door haar diversiteit in culturen, levensstijlen en buurten en aanwezigheid van groen. De deelgemeente bestaat uit vier wijken: Oud-IJsselmonde, Groot-IJsselmonde, Beverwaard en Lombardijen.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente IJsselmonde 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 IJsselmonde had op 1 januari 2009 57.941 inwoners. De inwoners van IJsselmonde wonen vergeleken met Rotterdam op een klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 4.904 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in Rotterdam als geheel.

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



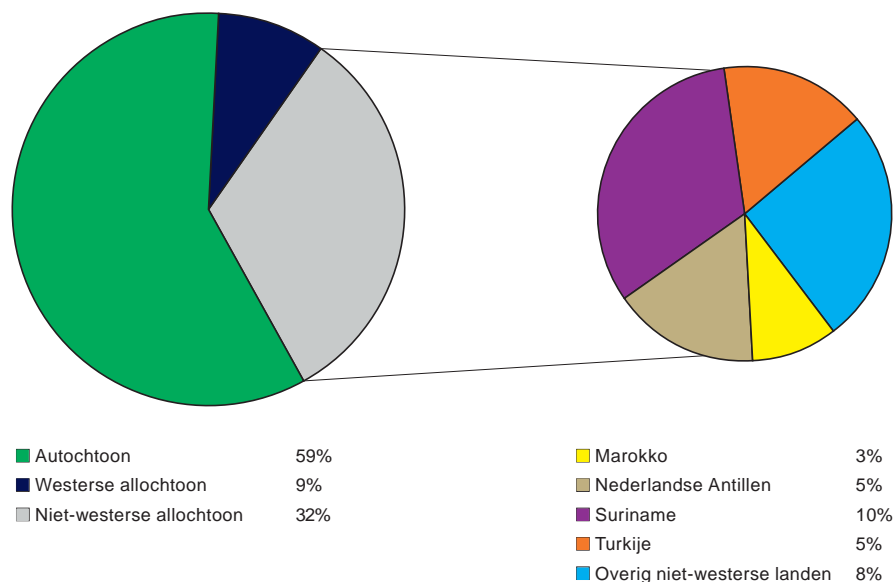
Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente IJsselmonde op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

In IJsselmonde is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het geheel gezien bijna gelijk verdeeld: 52,9 % vrouwen tegenover 47,1% mannen. In de leeftijdscategorieën vanaf 20 jaar zijn er over het algemeen meer vrouwen dan mannen.

In IJsselmonde zijn er relatief meer inwoners van 65 jaar en ouder dan in heel Rotterdam. Van de inwoners van de deelgemeente IJsselmonde is 19% 65 jaar en ouder, tegenover 14% in heel Rotterdam. Deze 'grijze' bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 43% uit eenpersoonshuishoudens, 32% uit huishoudens met kinderen en 25% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

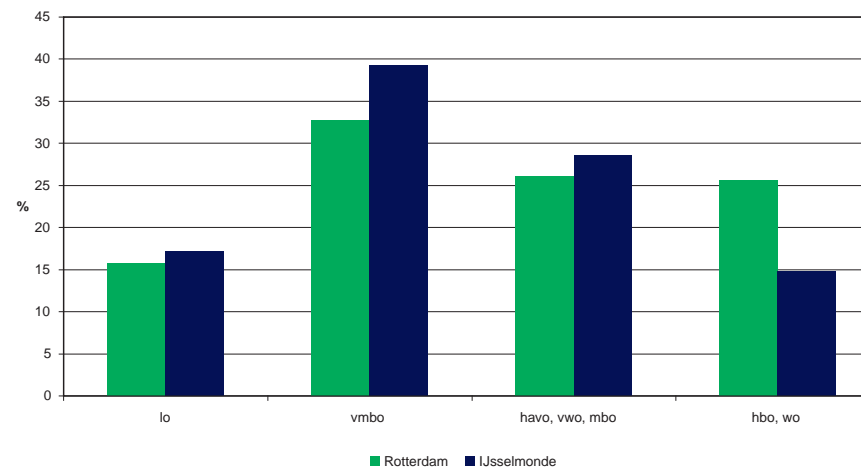
In IJsselmonde wonen bijna net zoveel inwoners met een niet-westerse achtergrond als gemiddeld in Rotterdam: 32%. Surinamers vormen in IJsselmonde de grootste groep niet-westerse allochtonen, gevolgd door Turken en mensen afkomstig van de Nederlandse Antillen: respectievelijk 10%, 5% en 5% van de totale bevolking. Met 8% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in IJsselmonde.



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

Opleidingsniveau

IJsselmonde heeft vergeleken met Rotterdamse cijfers meer inwoners met een vmbo-achtergrond en beduidend minder met een hbo of wo. Van alle inwoners van IJsselmonde van 16 jaar en ouder heeft 39% een vmbo-achtergrond en 15% hbo of wo. In Rotterdam is dit respectievelijk 33% en 26%.



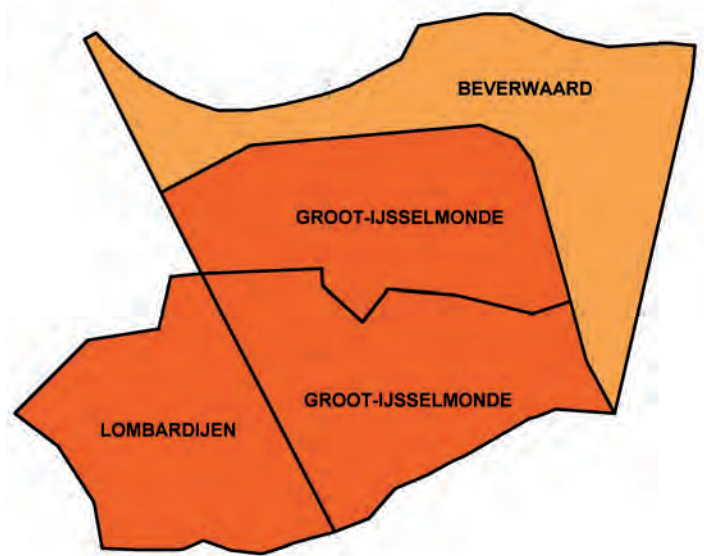
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van IJsselmonde en Rotterdam in 2008
(Bron: Gezondheidsenquête 2008, GGD Rotterdam-Rijnmond).

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 IJsselmonde is (midden-)laag.

Statusscore

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



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

Ruim één op de vijf inwoners (22%) van IJsselmonde ontvangt een uitkering voor werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of algemene bijstand. Dit wijkt niet af van het Rotterdamse gemiddelde. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner in IJsselmonde bedraagt 11.800 euro tegenover 12.500 euro in Rotterdam.

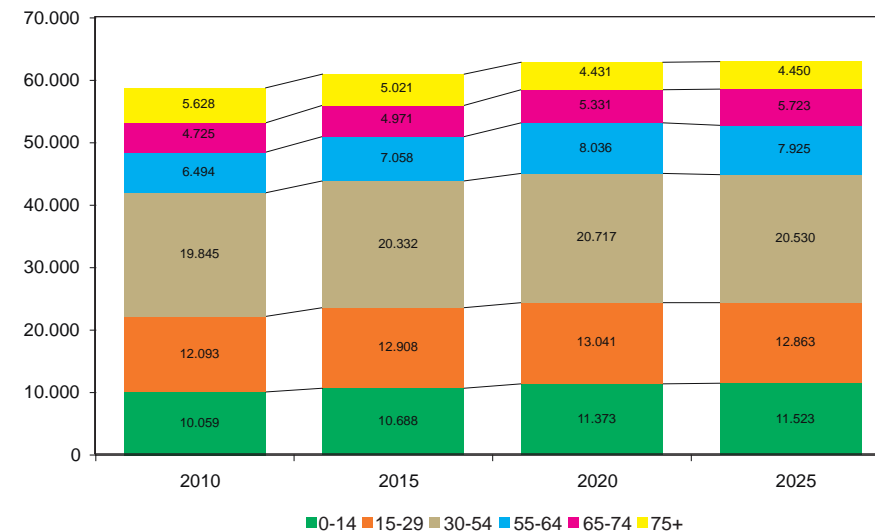
Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort IJsselmonde een 7. De deelgemeente valt hiermee in de categorie 'aandacht'. Ten opzichte van de vorige meting is in IJsselmonde onder meer op de elementen '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 IJsselmonde een 6,1, net boven het Rotterdamse gemiddelde (6,0). Deze score is hoog genoeg om de deelgemeente als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. IJsselmonde scoort vooral op de onderdelen 'gezondheid' en 'voldoende taalbeheersing' laag. De score voor 'gezondheid' is 5,1 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt IJsselmonde tussen 2010 en 2025 te maken met een bevolkingsgroei. Het aantal inwoners in IJsselmonde zal van ongeveer 58.800 in 2010 geleidelijk groeien naar ongeveer 63.000 inwoners in 2025. Het aantal inwoners zal procentueel gezien het sterkste toenemen in de leeftijdscategorieën 55-64 en 65-74. Naar verwachting zal in IJsselmonde alléén het aantal inwoners van 75 jaar en ouder in de nabije toekomst afnemen.



Figuur 2.5: Prognose leeftijdsopbouw bevolking IJsselmonde, 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 IJsselmonde gepresenteerd, samengevat in een aantal kernboodschappen voor het lokaal gezondheidsbeleid. Elke kernboodschap wordt toegelicht en aangevuld met mogelijk toekomstig beleid van de deelgemeente IJsselmonde, al dan niet in combinatie met stedelijk 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 IJsselmonde vergeleken met het gemiddelde van Rotterdam. Deze cijfers zijn in uitgebreide vorm terug te vinden in de *bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente IJsselmonde*.



➤ In IJsselmonde is de levensverwachting voor mannen 75,7 jaar en voor vrouwen 80,2 jaar. Voor vrouwen in IJsselmonde is dat bijna één jaar lager dan het gemiddelde van Rotterdam. Vergeleken met het landelijk gemiddelde is de levensverwachting voor beide seksen ongeveer anderhalf jaar lager (mannen 77 jaar; vrouwen 81,6 jaar).

De sterfte is in IJsselmonde hoger dan Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in IJsselmonde hoger is dan in Rotterdam. In IJsselmonde stierven in 2008 13 mensen per 1.000 inwoners, in Rotterdam 10. Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in IJsselmonde als in Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Inwoners van IJsselmonde beoordelen hun gezondheid vergelijkbaar met de rest van Rotterdam: 18% van de inwoners van IJsselmonde van 16 jaar en ouder ervaart zijn gezondheid als matig of slecht.

Ook kinderen en jongeren in IJsselmonde beoordelen hun gezondheid vergelijkbaar met de rest van Rotterdam. Een uitzondering hierop vormen de 12- en 13-jarigen: 24% van deze leeftijdsgroep ervaart zijn gezondheid als slecht tegenover 18% in heel Rotterdam.

Volwassenen in IJsselmonde rapporteren even vaak dat ze lijden aan minimaal één ziekte of aandoening als gemiddeld in Rotterdam. Astma of COPD en vernauwing van de bloedvaten komen in IJsselmonde relatief veel voor: 12% van de inwoners van 16 tot 55 jaar heeft astma of COPD (Rotterdam 8%) en 12% heeft vernauwde bloedvaten (Rotterdam 8%).

Het aantal inwoners van IJsselmonde in leeftijdscategorie 55-74 jaar zal in de nabije toekomst toenemen. Daarom zullen naar verwachting ziekten die vaak bij volwassenen van 55 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.

In *hoofdstuk 2* is aangegeven dat IJsselmonde een SES-score heeft die (midden-)laag is. 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).

Met name de gezondheidsachterstand in de wijken met een lage SES-score in IJsselmonde 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 IJsselmonde biedt de ontwikkeling van de zorgboulevard kansen om de gezondheid van de inwoners te verbeteren. In het bijzonder voor ouderen is er bovendien de Vitaliteitswijzer, een verbreding en verdieping van de Vraagwijzer, gericht op vroegsignalering van gezondheids- en welzijnsproblemen.



➤ Eenzaamheid is in IJsselmonde net als in Rotterdam een omvangrijk probleem: 40% van de 16- tot 55-jarigen en 43% van de 55-plussers voelt zich matig tot zeer ernstig eenzaam.

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 IJsselmonde. 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 vriendschapskursussen, 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.

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 ontleen.

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 verbetert de situatie van een deel van de ouderen. Reden om de aanpak na de projectfase (februari 2010) te verankeren en te continueren. De deelgemeente IJsselmonde zou daarbij aan kunnen sluiten.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in IJsselmonde 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 16%. Ouders geven bij 13% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 8%. Bij 15% van de 12- en 13-jarigen en 12% van de 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 19% van de 12- en 13-jarigen en 16% van de 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad.

De psychische gezondheid van 16- tot 55 jarigen in IJsselmonde wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde. De 55-plussers in IJsselmonde hebben een betere psychische gezondheid 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 beroepscarrière en uiteindelijk op de maatschappelijke positie die iemand zich kan verwerven. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk.

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

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

Landelijk is op deze gebieden en voor diverse doelgroepen een keur aan interventies ontwikkeld. Deze interventies kunnen worden aangepast aan de specifieke situatie in de deelgemeente.

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



➤ Overgewicht is in IJsselmonde net als in Rotterdam een omvangrijk probleem: 28% van de inwoners van 16 tot 55 jaar heeft matig overgewicht en 18% obesitas. Dit percentage is hoger dan gemiddeld in Rotterdam (12%). Van de 55-plussers heeft 46% overgewicht en 15% obesitas. Van de 10-en 11-jarigen in IJsselmonde heeft 24% matig overgewicht en 9% obesitas.

Voeding en beweging zijn belangrijke determinanten van overgewicht. In IJsselmonde ontbijten jongeren minder vaak dan in heel Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen ontbijt 60% dagelijks, terwijl in Rotterdam 71% van deze leeftijdsgroep dagelijks ontbijt. Kinderen en jeugdigen in IJsselmonde bewegen relatief weinig. Het percentage kinderen en jeugdigen dat minstens twee keer per week buiten schooltijd sport en lid is van een sportschool is lager dan het percentage in Rotterdam. Van de 12- en 13-jarigen in IJsselmonde sport 69% minstens twee keer buiten schooltijd, in Rotterdam is dit 77%. In IJsselmonde is 40% van deze leeftijdsgroep lid van een sportclub, in Rotterdam is dit percentage 56. Bij de leeftijdsgroep 14/15 jaar is 33% lid van een sportclub of sportvereniging en sport 61% minstens twee keer buiten schooltijd, in Rotterdam zijn deze percentages 49 en 67%.

Volwassenen in IJsselmonde bewegen net zo vaak als andere volwassenen in Rotterdam: 51% van de 16- tot 55-jarigen en 35% van de ouderen in IJsselmonde 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 pesten, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

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

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

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

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in IJsselmonde onder regie van de GGD uitvoeren. Dit is opgezet voor mensen die van hun huisarts een dringend leefstijladvies hebben gekregen, omdat ze (vooral door overgewicht) hard op weg zijn een aandoening als diabetes te ontwikkelen. In het programma worden een persoonlijke leefstijladviseur en een activiteitenprogramma op maat aangeboden.

Voor de jeugd voert de GGD met andere partijen het programma 'Lekker fit' uit. Hierin worden voorlichting, beweegactiviteiten en een gezond aanbod in de schoolkantine gecombineerd. Recent onderzoek toont aan dat de beweegprogramma's 'COACH-methode', 'Jump-in' en 'Revalidatie, Sport en Bewegen' significant positieve effecten hebben op het beweggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse et al., 2009).

De realisatie van het Stadionpark is voor inwoners van IJsselmonde een kans om meer te gaan bewegen.



Alcohol

In IJsselmonde wordt iets minder alcohol gedronken dan gemiddeld in Rotterdam. De norm aanvaardbaar alcoholgebruik (zie *Definities*) wordt door de 16- tot 55-jarigen in IJsselmonde minder vaak overschreden dan in Rotterdam, 38% tegenover 50%.

Ook onder jeugdigen van 14/15 jaar in IJsselmonde is het alcoholgebruik lager dan in Rotterdam. In Rotterdam heeft 49% van de 14- en 15-jarigen ooit alcohol gedronken, ten opzichte van 40% in IJsselmonde. De percentages alcoholgebruik in IJsselmonde van de 10- en 11-jarigen en 12- en 13-jarigen komen overeen met Rotterdamse cijfers.

Dit lagere alcoholgebruik 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.

Roken

De deelgemeente IJsselmonde heeft naar verhouding net zo veel rokers als heel Rotterdam: 28% van de inwoners van 16 jaar en ouder rookt. Ook het percentage dagelijkse rokers onder jongeren in IJsselmonde is vergelijkbaar met het Rotterdamse gemiddelde. Van de 14/15-jarigen is 6% dagelijks roker.

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

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



➤ 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 van IJsselmonde ligt 5% direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*) of binnen 100 meter van een rijksweg. Dit betekent dat de bewoners van ongeveer 1.200 woningen in een gebied wonen met een relatief slechte luchtkwaliteit.

Luchtverontreiniging door wegverkeer kan leiden tot luchtwegklachten, zoals hoesten, piepen en kortademigheid. De kleinste deeltjes van ingeademd fijn stof kunnen bovendien vanuit de longen het bloed in gaan. Dan kunnen vaatvernauwing, bloedklontering en een verstoorde hartslag ontstaan. Voor de gezondheid is dan ook de fijnste fractie van het fijn stof, afkomstig van de verbranding van wegverkeer, het meest schadelijk. Daarom zijn vooral langs drukke wegen gezondheidsrisico's te verwachten, ook als er aan de normen wordt voldaan. Kinderen die op een school dicht bij een rijksweg zitten, hebben meer luchtwegklachten en hun longen werken minder goed. Volwassenen die langs een rijksweg of drukke binnenstedelijke weg wonen, hebben meer kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte. Dit geldt vooral binnen 100 meter van een rijksweg of in de eerstelijns bebouwing (binnen 50 meter) van een drukke stadsweg.

Om gevoelige groepen (ouderen, kinderen en mensen met luchtwegklachten of hart- en vaatziekten) te beschermen tegen te hoge concentraties luchtverontreiniging, is het belangrijk de luchtverontreiniging door drukke binnenstedelijke wegen aan te pakken.

De deelgemeente besteedt in 'Een milieuprogramma voor deelgemeente IJsselmonde' (2005) aandacht aan luchtkwaliteit. IJsselmonde wil onder de wettelijke grenswaarden blijven en noemt de volgende maatregelen: nieuwe ontwikkelingen in nieuwbouw, stedelijke vernieuwing en aanleg van infrastructuur zodanig inpassen dat geen overschrijding plaatsvindt en terugdringen van de milieubelasting die wordt veroorzaakt door dienstreizen en woon-werkverkeer.

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

Geluid en gezondheid

Ruim één op de drie inwoners van 16 tot 55 jaar in IJsselmonde ervaart ernstige geluidshinder. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van Rotterdam. Bijna de helft ervaart geluidshinder door bromfietsen of scooters. Dat cijfer ligt 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 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 sloopactiviteiten en burelen belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen daarom gezondheids-effecten optreden.

De deelgemeente besteedt in 'Een milieuprogramma voor deelgemeente IJsselmonde' (2005) aandacht aan geluid. IJsselmonde wil het aantal geluidsgehinderden verminderen (m.b.t. wegverkeer, sociale overlast, industrie, bouwlawaaai, horeca, evenementen, laden en lossen, rangeren), met name door actief te participeren bij het opstellen van het gemeentelijke Geluidbeleidsplan. De deelgemeente wil ook voorkomen dat nieuwe geluidshinder ontstaat (aandacht voor plaatsen van geluidschermen of innovaties op dit gebied). Het is van belang 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. Ook is het goed als de deelgemeente alert is op geluidsmaatregelen bij boven deelgemeentelijke ontwikkelingen van rijkswegen, doorgaande stadswegen, en de spoorlijn.

Groen en gezondheid

In IJsselmonde zijn er relatief meer mensen boven de 55 jaar die het groen een voldoende geven dan het gemiddelde voor Rotterdam. Dat vindt namelijk 87% van de inwoners van IJsselmonde tegenover het Rotterdamse gemiddelde van 82%. Over de bruikbaarheid van

het groen in de buurt (tot rust komen, recreëren) is de mening in IJsselmonde gelijk aan het Rotterdamse gemiddelde.

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 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. Beverwaard en Groot-IJsselmonde behoren tot de wijken waar dit programma wordt uitgevoerd.

De deelgemeente wordt gekenmerkt door een groot aandeel groen. Er wordt dan ook ingezet op het behoud van dit groene karakter. Uit het rapport 'Onderzoek aanbod en beleving speel-, sport- en recreatief groenvoorzieningen in de deelgemeente IJsselmonde' (2009) blijkt dat er een groot aanbod is aan speelvoorzieningen en openbaar groen. Echter, speelplekken zijn vaak te klein en liggen niet evenwichtig verspreid door het gebied. Het aanbod van speeltoestellen is vaak te eenzijdig en enkele buurten hebben te weinig speelruimte. Uit het participatietraject kwam vooral naar voren dat het aanbod niet aansluit op de wensen van gebruikers. Kinderen geven aan dat plekken saai zijn en dat ze het avontuurlijke element missen. Ook is er behoefte aan georganiseerde speel- en sportactiviteiten. Verharde (voetbal) veldjes worden verkozen boven grasvelden. Veel bewoners geven aan dat de sport- en speelplekken belangrijk zijn als ontmoetingsplek, niet alleen voor kinderen maar ook voor de buurtbewoners. Omdat er weinig bankjes in het openbaar (recreatief) groen staan, worden de speelplekken weinig gebruikt als ontmoetingsplek. De rapportage biedt de deelgemeente een goede basis om aan de slag te gaan met speelplekken en groengebieden.

Tot slot

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

De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

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

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

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-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.

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

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

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

Gegevensbronnen

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

JMR. Jeugdmonitor Rotterdam. Onderzoek naar gezondheidstoestand van jeugd in Rotterdam en omgeving (GGD Rotterdam-Rijnmond).
Statusscore. Rangorde naar sociale status van postcodegebieden in Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau).

Websites

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

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

Definities

ADL-beperking

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

Drukke binnenstedelijke weg

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

Eenzaamheid

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

Ernstige geweldsdelicten

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

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

Gemiddeld inkomen per inwoner

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

Gezondheid

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

Groente- en fruitnorm

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

HDA-beperking

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

Ingrijpende gebeurtenissen

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

Mantelzorg

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

Nederlandse norm gezond bewegen

Jeugd (onder de 18 jaar): dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).
Volwassenen (18-55 jaar): een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.
55-plussers: een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. Voor niet-actieven, zonder of met lichamelijke beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen.

Niet-westerse allochtoon

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

Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

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

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

Overgewicht

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

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

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

Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.

Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.

Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

Psychosociale problemen

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

SES-score

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

Significant

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

Sociale index

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

Uitkeringsontvangers

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

Veiligheidsindex

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

Zware drinker

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

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

Afkortingen

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

Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente IJsselmonde

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Totale sterfte			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	820	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	13 ●	10
Ziekten van hart- en vaatstelsel¹			
Totaal	Aantal	208	1.623
Kwaadaardige nieuwvormingen¹			
Totaal	Aantal	268	2.008
Ziekten van de ademhalingsorganen¹			
Totaal	Aantal	90	620
Levensverwachting bij de geboorte			
Mannen (2003-2006)	Jaren	75,7 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		80,2 ●	81,0

¹ De vergelijking tussen IJsselmonde 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	IJsselmonde	Rotterdam
Chronische aandoening			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	55	48
55 jaar en ouder (2008)		76	79
Diabetes			
16-55 jaar (2008)	%	4	3
55 jaar en ouder (2008)	%	12	12
Migraine/ernstige hoofdpijn			
16-55 jaar (2008)	%	20	17
55 jaar en ouder (2008)	%	10	10
Hoge bloeddruk			
16-55 jaar (2008)	%	16	9
55 jaar en ouder (2008)	%	25 ▲	33

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Luchtwegaandoeningen			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	12 ▼	8
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	11	12
Aandoening aan rug			
16-55 jaar (2008)	%	10	9
55 jaar en ouder (2008)	%	14	18
Artrose van heup/knie			
16-55 jaar (2008)	%	7	7
55 jaar en ouder (2008)	%	37	34
Aandoening nek/schouder			
16-55 jaar (2008)	%	10	9
55 jaar en ouder (2008)	%	17	15
Aandoening elleboog/pols/hand			
16-55 jaar (2008)	%	5	6
55 jaar en ouder (2008)	%	14	12
Depressiviteit			
16-55 jaar (2008)	%	10	11
55 jaar en ouder (2008)	%	7 ▲	11
Vernauwing van bloedvaten			
16-55 jaar (2008)	%	3	2
55 jaar en ouder (2008)	%	12 ▼	8
ADL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	16	14
HDL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	21	22
Beperking in horen			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	9	9
Beperking in zien			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	9	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Bevolkingsonderzoek			
Borstkanker (2006)	% deelname	75	-
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	-	57

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Infectieziekten			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	3	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	12	188
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	150	805
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	7	112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	313	8.274
Vaccinatie			
2 jaar (2009)	% gevaccineerd ¹	-	94
10 jaar (2009)	% gevaccineerd ²	-	90

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

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

- Onbekend

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Ervaren gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% slecht	5	6
10-11 jaar (2008-2009)		17	17
12-13 jaar (2007-2008)		24 ▼	18
14-15 jaar (2007-2008)		23	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	13	14
55 jaar en ouder (2008)		28	30
Eenzaamheid			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	40	41
55 jaar en ouder (2008)		43	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	16	16
55 jaar en ouder (2008)		13	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	29	31
55 jaar en ouder (2008)		33	32
Depressie			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	9	8
55 jaar en ouder (2008)		5	7
Psychofarmaca			
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	6	6
55 jaar en ouder (2008)		10	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Psychische gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	16	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	13	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	2	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	8	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	13	14
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders (SDQ)	2	2
12-13 jaar (2007-2008)	% hoge score op psychosociale problemen (SDQ)	15	13
14-15 jaar (2007-2008)		12	13
Suicide			
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidegedachten, afgelopen jaar	19	19
14-15 jaar (2007-2008)		16	18
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidepoging, ooit	3	3
14-15 jaar (2007-2008)		4	4
Ingrijpende gebeurtenissen			
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	80	79
10-11 jaar (2008-2009)		87 ▼	81
12-13 jaar (2007-2008)		92	89
14-15 jaar (2007-2008)		83	87
Ernstig geweldsdelict			
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	14 ▼	10
14-15 jaar (2007-2008)		9	10
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden meer dan 1 keer	5	5
14-15 jaar (2007-2008)		4	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)		6	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Seksueel gedrag			
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gevreeën	23	19
14-15 jaar (2007-2008)		41	48
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	3	4
14-15 jaar (2007-2008)		19	16
14-15 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	50	37
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	10	11

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Matig overgewicht			
10-12 jaar (2008-2009)	% BMI 25-30	24	21
16-55 jaar (2008)		28	30
55 jaar en ouder (2008)		46	41
Obesitas			
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI ≥30	9	7
16-55 jaar (2008)		18 ▼	12
55 jaar en ouder (2008)		15	19
Roken			
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit gerookt	3 ▲	6
12-13 jaar (2007-2008)		15	15
14-15 jaar (2007-2008)		37	35
10-11 jaar (2007-2008)	% dagelijkse rokers	<1	<1
12-13 jaar (2007-2008)		<1	0,5
14-15 jaar (2007-2008)		6	7
16-55 jaar (2008)	% rokers	30	30
55 jaar en ouder (2008)		25	22
Voeding			
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	91	92
10-11 jaar (2008-2009)		88	90
12-13 jaar (2007-2008)		76	80
14-15 jaar (2007-2008)		60 ▼	71

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Lichaamsbeweging			
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	30 ▼	39
10-11 jaar (2008-2009)		66	69
12-13 jaar (2007-2008)		69 ▼	77
14-15 jaar (2007-2008)		61 ▼	67
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	63	65
12-13 jaar (2007-2008)		40 ▼	56
14-15 jaar (2007-2008)		33 ▼	49
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	51	47
55 jaar en ouder (2008)		35	34
Alcoholgebruik			
10-11 jaar (2008-2009)	% dat ooit alcohol heeft gedronken	29	28
12-13 jaar (2007-2008)		24	24
14-15 jaar (2007-2008)		40 ▲	49
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	7	7
12-13 jaar (2007-2008)		10	11
14-15 jaar (2007-2008)		21 ▲	32
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	6	9
55 jaar en ouder (2008)		10	12
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	38 ▲	50
55 jaar en ouder (2008)		38	40
Drugsgebruik			
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	0,7	1,0
14-15 jaar (2007-2008)		7	7
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	10	10
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	7	10

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Huiselijk geweld			
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	12	10
55 jaar en ouder (2008)		3	5
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	320	2.844
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	55	49
	Aantal meldingen ASHG pleger	341	3.351
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	59	58
Hulpverlening			
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	211	2.583
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	36	44

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Geluidhinder			
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	35	31
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen of scooters	49 ▼	38
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door burelen	38	36
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door verkeer wegen <50 km/uur	33	32
Groenbeleving in de buurt			
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	66	61
55 jaar en ouder (2008)		88 ▲	82
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	96	93
55 jaar en ouder (2008)		95	96
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	59	61
55 jaar en ouder (2008)		69	72
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	64	64
55 jaar en ouder (2008)		65	70
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	48	45
55 jaar en ouder (2008)		69	65

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Buurtbeleving Jeugd			
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	63 ▼	56
Luchtvervuiling			
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	367 ●	2.364
	% <100 m rijksweg	2 ●	1
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	834 ●	16.147
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	4 ●	9
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	5 ●	10
	% 100-300 m rijksweg	15 ●	8

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	IJsselmonde	Rotterdam
Huisarts			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	69	70
55 jaar en ouder (2008)		80	83
Tandarts¹			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	75	73
55 jaar en ouder (2008)		48	54
GGZ / AMW			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	11	10
55 jaar en ouder (2008)		8	6
Thuiszorg			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	2	2
55 jaar en ouder (2008)		9	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	21	22
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	7	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