



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Noord



Inhoud

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

1 Inleiding

Gemeenten krijgen een steeds grotere rol in het volksgezondheidsbeleid. De Wet publieke gezondheid (WPG) schrijft voor dat gemeenten elke vier jaar hun volksgezondheidsbeleid vaststellen. Daarnaast zijn gezondheid en zorg belangrijke onderwerpen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en in het jeugdbeleid van (deel)gemeenten. In de Rotterdamse situatie krijgt dit beleid vorm in het samenspel tussen gemeente en deelgemeenten.

Budgetten zijn beperkt, dus (deel)gemeenten moeten keuzes maken. Ze willen die keuzes zoveel mogelijk baseren op inzicht in de lokale gezondheidssituatie. Dat is ook wat de WPG voorschrijft.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) stelt elke vier jaar de landelijke Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) op. Dit is de basis voor het rijksbeleid op het terrein van de volksgezondheid. Vanaf 2010 zal de GGD Rotterdam-Rijnmond vierjaarlijks een regionale VTV opstellen. Hierin brengt de GGD bestaande gegevens over de gezondheidssituatie in de gemeenten en deelgemeenten in het werkgebied samen. De regionale VTV kan dienen als feitelijke onderbouwing voor bestuurlijke keuzes in het gezondheidsbeleid.

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Noord

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

- De gezondheid van de inwoners van de deelgemeente Noord ligt op het Rotterdams gemiddelde. In de achterstandswijken is de gezondheid slechter.
- Veel kinderen in Noord maken bij de geboorte een slechte start. Een brede aanpak van preconceptie tot kraamzorg kan verbetering brengen.
- Eenzaamheid is in Noord een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de bevolking van Noord is psychisch ongezond. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Noord een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik van volwassenen in Noord is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Noord een bedreiging voor de volksgezondheid. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen te roken.
- Het drugsgebruik onder volwassenen in Noord is hoger dan gemiddeld in Rotterdam. Voorkomen van gezondheidsschade en overlast zijn van belang.
- Door de ligging van de deelgemeente Noord zijn zowel lucht, geluid als groen punten van aandacht.

Deze kernboodschappen hebben betrekking op de specifieke situatie in Noord. 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 Noord is als volgt opgebouwd. In deze *inleiding* is toegelicht wat de regionale VTV Rotterdam-Rijnmond is. *Hoofdstuk 2* brengt de bevolking van de deelgemeente Noord 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 Noord

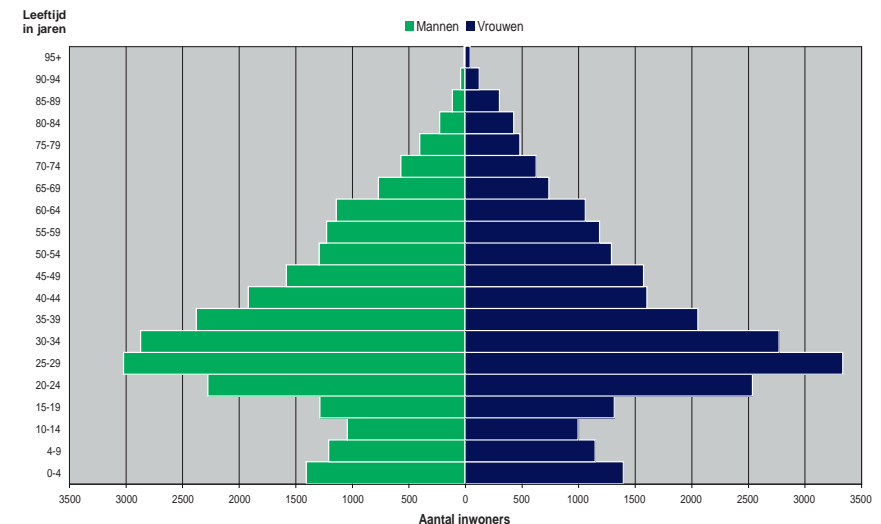
De deelgemeente Noord kenmerkt zich door haar diversiteit in culturen, levensstijlen en buurten. De deelgemeente bestaat uit zes wijken: Agniesebuurt, Bergpolder, Blijdorp/Blijdorpsepolder, Liskwartier, Oude Noorden en Provenierswijk.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Noord 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 Noord had op 1 januari 2009 49.790 inwoners. De inwoners van Noord wonen op een betrekkelijk klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 9.573 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in heel Rotterdam.

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw per 1 januari 2009 weergegeven. In de deelgemeente Noord is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen nagenoeg gelijk verdeeld: 50,3 % vrouwen tegen 49,7% mannen. In de leeftijdscategorie 20-29 jaar zijn er meer vrouwen dan mannen evenals in de hoogste leeftijdscategorieën. Het grootste aandeel van de bevolking zit in de leeftijdscategorie 25-34 jaar.

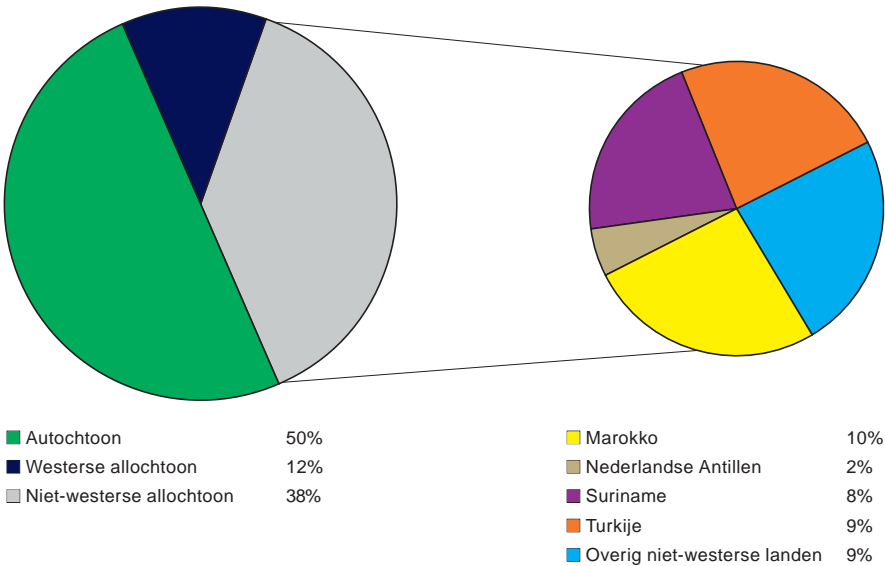


Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Noord op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

De bevolking van Noord is relatief jong en is daarmee in contrast met het landelijke beeld, waar vergrijzing de toon zet. Iets meer dan de helft van de inwoners (53%) is jonger dan 35 jaar. In heel Rotterdam is dit 46%. Van alle huishoudens bestaat 55% uit eenpersoons-huishoudens, 23% uit huishoudens met kinderen en 22% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

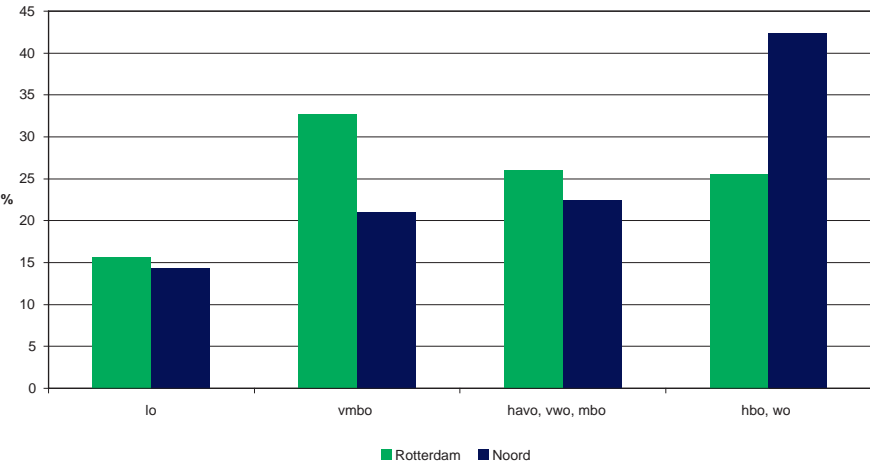
Noord wordt gekenmerkt door een relatief hoog percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond. Met 38% niet-westerse allochtone inwoners wijkt Noord nauwelijks af van het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Marokkanen de grootste groep van de totale bevolking, gevolgd door Turken en Surinamers, respectievelijk 10%, 9% en 8%. Met 9% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Noord.



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

Opleidingsniveau

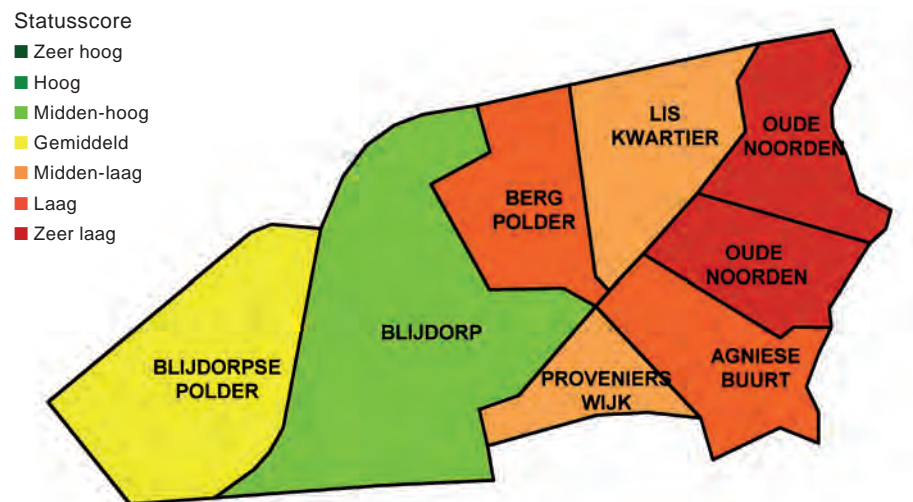
De deelgemeente Noord heeft vergeleken met Rotterdam als geheel relatief minder laagopgeleide inwoners (lo, vmbo), respectievelijk 35% tegenover 48% en relatief meer hoogopgeleide inwoners (hbo, wo), respectievelijk 42% tegenover 26%.



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



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

Eén op de vijf inwoners van Noord ontvangt een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner in Noord bedraagt 12.700 euro tegenover 12.500 euro in Rotterdam.

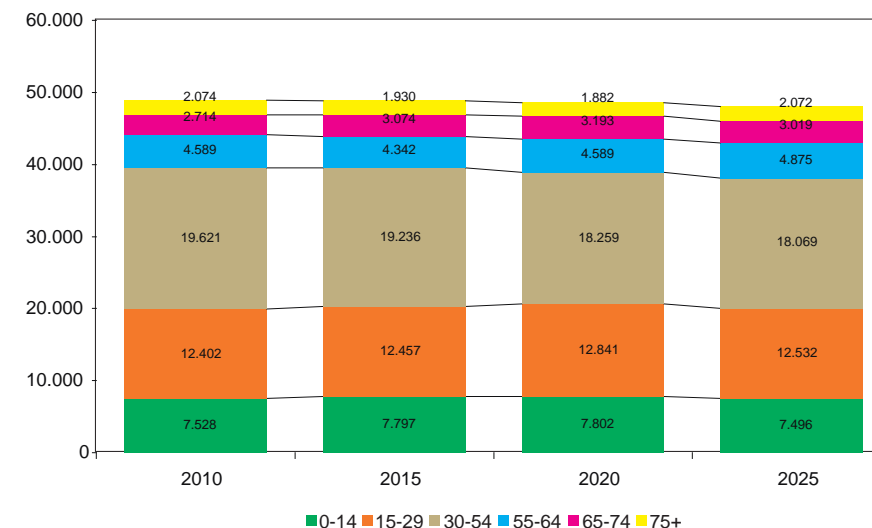
Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Noord een 6,9, iets lager dan geheel Rotterdam (7,2). De deelgemeente valt hiermee in de categorie 'aandacht'. Ten opzichte van de vorige meting is in Noord op de elementen 'drugsoverlast', 'diefstal', 'overlast' en 'schoon en heel' een verslechtering waar te nemen (Veiligheidsindex, 2009).

Op de Sociale Index 2009 scoort Noord net als Rotterdam als geheel een 6,0. Deze score is net hoog genoeg om de deelgemeente als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Noord scoort vooral op de onderdelen 'verhuizingen', 'sociale binding' en 'voldoende inkomen' laag. De score op 'gezondheid' is 5,9 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt Noord tussen 2010 en 2025 te maken met een lichte bevolkingsafname. De bevolking van Noord zal van ongeveer 48.900 inwoners in 2010 geleidelijk afnemen tot ongeveer 48.000 inwoners in 2025. De afname zal met name plaatsvinden in de leeftijdscategorie 30-54 jaar. Tegelijkertijd is er tot 2020 een lichte toename te verwachten van het aantal inwoners tussen de 0-29 jaar. De vergrijzing zal ook in de nabije toekomst doorzetten.



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



➤ In Noord is de levensverwachting voor mannen 75,6 jaar en voor vrouwen 81,1 jaar. Dit is gelijk aan het gemiddelde van Rotterdam (mannen 75,8 jaar en vrouwen 81 jaar). Vergeleken met het landelijk gemiddelde is de levensverwachting voor beide seksen lager (mannen 77 jaar, vrouwen 81,6 jaar).

De sterfte is in Noord lager dan Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in Noord lager is dan in Rotterdam. In Noord stierven in 2008 7 mensen per 1.000 inwoners, in Rotterdam 10. Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van de ademhalingsorganen zijn zowel in Noord als in Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

De ervaren gezondheid van de inwoners van Noord wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde: 18% van de inwoners van Noord van 16 jaar en ouder ervaart zijn gezondheid als matig of slecht. Voor 10- tot 15-jarigen ligt dit percentage tussen de 17% en 21%.

De inwoners van Noord van 16 jaar en ouder rapporteren net zo vaak als gemiddeld in Rotterdam dat zij aan minimaal één ziekte of aandoening lijden. Onder ouderen in Noord komt astma of COPD (zie *Afkortingen*) vaker voor dan in heel Rotterdam (21% tegenover 12%).

Binnen de deelgemeente Noord zijn gezondheidsverschillen waarneembaar. Inwoners van 16 jaar en ouder van het Oude Noorden ervaren hun gezondheid vaker als matig of slecht. Verder zijn inwoners van deze wijk vaker matig tot zeer ernstig eenzaam. Ook zijn zij vaker ontevreden over de buurt waarin zij wonen.

In *hoofdstuk 2* is aangegeven dat Noord een SES-score heeft die varieert van zeer laag tot midden-hoog. Een lage SES-score gaat vaak samen met ziekten en aandoeningen. In Nederland bestaan er aanzienlijke verschillen in gezondheid naar 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).

Voor 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").



➤ Uit recente analyses blijkt dat 1 op de 6 Rotterdamse baby's een slechte start maakt: te vroeg geboren, te licht geboren, een minder goede score op de gezondheidstest voor pasgeborenen en/of aangeboren afwijkingen. De meeste van deze kinderen komen ter wereld in de achterstandswijken. Een slechte start bij de geboorte is sterk verbonden met perinatale sterfte en is tevens een voorbode voor ziekten op langere termijn en leer- en gedragsstoornissen.

De perinatale sterfte in Rotterdam is in de periode 2000-2004 hoger dan in de rest van Nederland (11,6 per 1.000 geboren tegen 10,1 per 1.000 geboren). In de achterstandswijken, waar ook wijken van de gemeente Noord toe behoren (Oude Noorden en Bergpolder), is de perinatale sterfte nog hoger, namelijk 13 per 1.000 geboren en onder allochtone vrouwen zelfs 13,5 per 1.000 geboren. Ook onder autochtone Rotterdammers in de achterstandswijken is perinatale sterfte relatief hoog, 12 per 1.000 geboren. Er is kennelijk sprake van zowel aan etniciteit gerelateerde problemen als grootstedelijke achterstandsproblematiek (GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus MC, 2008).

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

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

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

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



➤ In Noord geven net zoveel inwoners aan dat ze zich eenzaam voelen als gemiddeld in Rotterdam: 40% van de 16- tot 55-jarigen en 49% van de 55-plussers voelt zich eenzaam. Het aantal 55-plussers in Noord dat zich emotioneel eenzaam voelt is hoger dan gemiddeld in Rotterdam: 24% tegenover 16%.

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 de deelgemeente Noord. Er worden verschillende activiteiten uitgevoerd, individueel of groepsgericht.

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

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

In 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 Noord zou daarbij aan kunnen sluiten.

Nast 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.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Noord voor. Volgens de ouders heeft 14% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkrachten is dit 17%. Ouders geven bij 15% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 4%. Bij 10% 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 18% van de 12- en 13-jarigen en 19% van de 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidedachten te hebben gehad. Van de 12- en 13-jarigen heeft 1% ooit een suïcidepoging ondernomen.

Meer dan de helft van de inwoners van 16 jaar en ouder van Noord heeft een matig of hoog risico op depressie; dit is hoger dan gemiddeld in Rotterdam (54% tegenover 48%).

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 Noord net als elders in Rotterdam een omvangrijk probleem. Van de 10- en 11-jarigen in Noord heeft 20% overgewicht en 8% heeft obesitas. Van de 16- tot 55-jarigen in Noord heeft 28% matig overgewicht en 10% obesitas. Bij de 55-plussers liggen de percentages hoger: 36% heeft matig overgewicht en 22% obesitas.

Voeding en beweging zijn belangrijke determinanten van overgewicht en obesitas. De jeugd in Noord ontbijt even vaak dagelijks als gemiddeld in Rotterdam. Zij bewegen minder dan gemiddeld in Rotterdam. Het percentage kinderen dat minstens twee keer per week buiten schooltijd sport, is lager dan het percentage in Rotterdam: 31% van de 5- en 6-jarigen in Noord sport minstens twee keer per week buiten schooltijd ten opzichte van 39% in Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen in Noord is 39% lid van een sportclub of sportvereniging, in Rotterdam is dit 49%.

Volwassenen in Noord bewegen net zo vaak als in heel Rotterdam: 40% van de inwoners in Noord 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 beweggedrag, die bestaat uit verschillende elementen die in samenhang worden uitgevoerd:

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

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

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

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



➤ Volwassen in Noord drinken meer alcohol dan gemiddeld in Rotterdam. Van de 16- tot 55-jarigen in Noord is 13% een overmatige drinker (Rotterdam 9%). De norm aanvaardbaar alcoholgebruik (zie *Definities*) wordt in Noord door 16- tot 55-jarigen vaker overschreden dan in Rotterdam, 59% tegenover 50%. In tegenstelling tot de volwassenen is onder jongeren in Noord het alcoholgebruik lager dan in Rotterdam. In Rotterdam heeft 24% van de 12- en 13-jarigen ooit alcohol gedronken ten opzichte van 16% van de jongeren in Noord. Van de 14- en 15-jarigen in Noord heeft 34% ooit gedronken tegenover 49% in Rotterdam.

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:

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

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



➤ De inwoners van de deelgemeente Noord roken net zo veel als gemiddeld in Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen heeft 28% ooit gerookt en is 3% dagelijks roker. Van de inwoners van 16 jaar en ouder rookt 28%.

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 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 actief onder de aandacht te brengen. Bijzondere aandacht verdient voorkomen dat jongeren gaan roken. Het programma 'Gezonde school en genotmiddelen', dat door de GGD wordt gecoördineerd biedt hiervoor goede mogelijkheden. Verenigingen met veel jongere leden kunnen roken ontmoedigen en toezien op naleving van het rookverbod in bijvoorbeeld de sportkantine.



➤ Het gebruik van zowel softdrugs als harddrugs is in Noord aanzienlijk hoger dan gemiddeld in Rotterdam. Van de 16- tot 55-jarigen in Noord heeft 17% (in 2007) cannabis gebruikt, terwijl dit in Rotterdam op 10% ligt. En 16% van de 16- tot 55-jarigen in Noord heeft ooit harddrugs gebruikt, terwijl dit percentage in Rotterdam ook op 10% ligt.

Het gebruik van softdrugs onder jongeren in Noord wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde: 5% van de 14- en 15-jarigen in Noord heeft in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek softdrugs gebruikt, in vergelijking met 7% in Rotterdam.

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

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

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

Het Rotterdams drugsbeleid is gericht op zowel vermindering van overlast als verbetering van de gezondheid. Gemeente en deelgemeenten zijn partners in de aanpak.



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

Een vijfde van de woningen in de deelgemeente Noord (ongeveer 2.300 woningen) ligt direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*), ten opzichte van gemiddeld 9% in Rotterdam. Dit betekent dat een aanzienlijk deel van de bewoners van Noord in een gebied woont met een relatief slechte luchtkwaliteit. Ook de A20 is een bron van luchtverontreiniging. Ongeveer een tiende van de woningen ligt binnen 300 meter van de rijksweg.

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 direct aan een drukke binnenstedelijke weg wonen, hebben meer kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte.

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 bieden van voldoende alternatieven voor de auto in de vorm van veilige en aantrekkelijke langzaam verkeersverbindingen, verbetert niet alleen de luchtkwaliteit, maar is ook een stimulans om meer te bewegen en helpt overgewicht verminderen. Verder wordt aangeraden om waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van de A20 of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Geluid en gezondheid

Bijna een derde van de inwoners van 16 tot 55 jaar in Noord ervaart ernstige geluidshinder. Bijna 40% van de inwoners wordt gehinderd door verkeersgeluid van binnenstedelijke wegen en een derde door geluid van bromfietzers. Opvallend is dat bijna de helft van de inwoners aangeeft geluidshinder te ondervinden van burens, ten opzichte van iets meer dan een derde in 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 geluidsbron. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopactiviteiten en burens belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen daarom gezondheidseffecten optreden. Om geluidshinder te voorkomen heeft het inzetten op bronmaatregelen, door bijvoorbeeld stil asfalt, de voorkeur boven overdrachtsmaatregelen als dove gevels. Het is belangrijk om in de deelgemeente stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte.

Groen en gezondheid

Vergeleken met rest van Rotterdam zijn er in de deelgemeente Noord minder inwoners die het groen in hun directe omgeving voldoende vinden. Gevraagd naar een rapportcijfer voor het groen in de buurt, geeft iets meer dan de helft van de inwoners het groen een voldoende. Ze kunnen ook minder actief recreëren in het groen in hun buurt.

De aanwezigheid van groen in de directe omgeving van bewoners 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. Het Oude Noorden en het Liskwartier behoren tot de wijken waar dit programma wordt uitgevoerd.

Op basis van bovenstaande cijfers wordt aanbevolen om extra in te zetten op groenvoorzieningen in de wijken. Vanuit het oogpunt van gezondheid is het ook belangrijk aandacht te besteden aan (groene) speelplekken voor kinderen en de toegankelijkheid van groen in de directe (woon)omgeving.

Tot slot

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

De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

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

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

Choté AA, Groot CJ de, Bruijnzeels MA, Redekop WK, Jaddoe VW, Hofman A, Steegers EA, Mackenbach JP, Foets M. Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands. Midwifery, 2009.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ, 2000;320(7244):1240-3.

COS, Centrum voor Onderzoek en Statistiek. Rotterdam sociaal gemeten: 2e meting Sociale Index. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2009.

Deuning CM, Roedig A. Sociaaleconomische status 2006. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Beïnvloedende factoren\ Sociale omgeving\ Ses, 12 december 2006.

Eysink PED. Seksueel gedrag samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Seksueel gedrag, 8 december 2009.

Fokkema T, Tilburg T van. Eenzaam en dan? De (on)mogelijkheden van interventies bij ouderen. Eindrapportage aan de Stichting Sluyterman van Loo van een vergelijkend effect- en procesevaluatie-onderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen. Den Haag/Amsterdam: NIDI/VU, 2005.

Gelder BM van, Poos MJJC, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Roken, 8 december 2009.

Gemeente Rotterdam. Veiligheidsindex 2009: Meting van de veiligheid in Rotterdam. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2009.

GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus Medisch Centrum, Aanvalsplan perinatale sterfte Rotterdam. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, 2008.

Jong WM de. Blazen 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.

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

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

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

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

Gegevensbronnen

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

JMR. Jeugdmonitor Rotterdam. Onderzoek naar gezondheidstoestand van jeugd in Rotterdam en omgeving (GGD Rotterdam-Rijnmond).

Statusscore. Rangorde naar sociale status van postcodegebieden in Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau).

Websites

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

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

Definities

ADL-beperking

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

Drukke binnenstedelijke weg

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

Eenzaamheid

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

Ernstige geweldsdelicten

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

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

Gemiddeld inkomen per inwoner

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

Gezondheid

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

Groente- en fruitnorm

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

HDA-beperking

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

Ingrijpende gebeurtenissen

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

Mantelzorg

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

Nederlandse norm gezond bewegen

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

Niet-westerse allochtoon

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

Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

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

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

Overgewicht

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

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

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

Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.

Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.

Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

Perinatale sterfte

Sterfte vanaf de 22ste week van de zwangerschap tot en met de eerste week na de geboorte.

Psychosociale problemen

Psychische problemen voor 5- en 6-jarigen zijn gemeten met het Kort Instrument Psychologische en Pedagogische Probleeminventarisatie (Monitor KIPP 5). Voor het meten van de psychosociale gezondheid van 10- en 11-jarigen en 12- tot en met 15-jarigen is gebruik gemaakt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). De SDQ bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op vijf subschalen: 'emotionele problemen', 'gedragsproblemen', 'hyperactiviteit', 'problemen met leeftijdsgenoten' en 'pro-sociaal gedrag'. De SDQ totaalscore maakt een goed onderscheid mogelijk tussen jongeren die waarschijnlijk geen psychosociale problemen hebben en jongeren die dit wel hebben.

SES-score

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

Significant

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

Sociale index

Een instrument waarmee een score wordt berekend voor de sociale situatie in een gebied.

Een deelgemeente met een score van 3,8 en lager wordt beschouwd als 'sociaal zeer zwak', 3,9 tot 5,0 als 'probleem', 5,0 tot 6,0 als 'kwetsbaar', 6,0 tot 7,1 als 'sociaal voldoende' en 7,1 en hoger als 'sociaal sterk'.

Uitkeringsontvangers

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

Veiligheidsindex

Een instrument waarmee een score wordt berekend voor de veiligheidssituatie in een gebied.

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

Zware drinker

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

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

Afkortingen

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

Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Noord

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Noord	Rotterdam
Totale sterfte			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	344	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	7 ●	10
Ziekten van het hart- en vaatstelsel¹			
Totaal	Aantal	93	1.623
Kwaadaardige nieuwvormingen¹			
Totaal	Aantal	111	2.008
Ziekten van de ademhalingsorganen¹			
Totaal	Aantal	32	620
Levensverwachting bij de geboorte			
Mannen (2003-2006)	jaren	75,6 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		81,1 ●	81,0

¹ De vergelijking tussen Noord 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	Noord	Rotterdam
Chronische aandoening			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	49	48
55 jaar en ouder (2008)		84	79
Diabetes			
16-55 jaar (2008)	%	4	3
55 jaar en ouder (2008)	%	15	12
Migraine/ernstige hoofdpijn			
16-55 jaar (2008)	%	17	17
55 jaar en ouder (2008)	%	12	10
Hoge bloeddruk			
16-55 jaar (2008)	%	8	9
55 jaar en ouder (2008)	%	32	33

▲ Significat gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significat ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Noord	Rotterdam
Luchtwegaandoeningen			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	9	8
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	21 ▼	12
Aandoening aan rug			
16-55 jaar (2008)	%	8	9
55 jaar en ouder (2008)	%	17	18
Artrose van heup/knie			
16-55 jaar (2008)	%	5	7
55 jaar en ouder (2008)	%	35	34
Aandoening nek/schouder			
16-55 jaar (2008)	%	11	9
55 jaar en ouder (2008)	%	18	15
Aandoening elleboog/pols/hand			
16-55 jaar (2008)	%	7	6
55 jaar en ouder (2008)	%	11	12
Depressiviteit			
16-55 jaar (2008)	%	10	11
55 jaar en ouder (2008)	%	10	11
ADL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	9	14
HDL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	22	22
Beperking in horen			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	6	9
Beperking in zien			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	9	9

▲ Significat gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significat ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Noord	Rotterdam
Bevolkingsonderzoek			
Borstkanker (2006)	% deelname	63	-
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	-	57

- Onbekend.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Noord	Rotterdam
Infectieziekten			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	3	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	17	188
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	24	805
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	6	112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	593	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	Noord	Rotterdam
Ervaren gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% slecht	8	6
10-11 jaar (2008-2009)		18	17
12-13 jaar (VO1) (2007-2008)		17	18
14-15 jaar (VO3) (2007-2008)		21	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	16	14
55 jaar en ouder (2008)		28	30
Eenzaamheid			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	40	41
55 jaar en ouder (2008)		49	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	19	16
55 jaar en ouder (2008)		24	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	27	31
55 jaar en ouder (2008)		35	32
Depressie			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	10	8
55 jaar en ouder (2008)		6	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	Noord	Rotterdam
Psychische gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	17	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	14	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	5	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	4	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	15	14
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders (SDQ)	2	2
12-13 jaar (2007-2008)	% hoge score op psychische problemen (SDQ)	10	13
14-15 jaar (2007-2008)		12	13
Suicide			
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidedgedachten, afgelopen jaar	18	19
14-15 jaar (2007-2008)		19	18
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidepoging ooit	1	3
14-15 jaar (2007-2008)		4	4
Ingrijpende gebeurtenissen			
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	76	79
10-11 jaar (2008-2009)		70	▲ 81
12-13 jaar (2007-2008)		86	▲ 89
14-15 jaar (2007-2008)		87	87
12-13 jaar (2007-2008)	% meer dan één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, ooit	57	▲ 63
14-15 jaar (2007-2008)		56	62
Ernstig geweldsdelict			
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	9	10
14-15 jaar (2007-2008)		10	10
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden meer dan 1 keer	6	5
14-15 jaar (2007-2008)		6	5
Probleemgedrag			
10-11 jaar (2008-2009)	% een wapen bij zich dragen	5	6
12-13 jaar (2007-2008)		7	7
14-15 jaar (2007-2008)		10	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Noord		Rotterdam	
Seksuele gezondheid					
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gevreeën	13	▲	19	
14-15 jaar (2007-2008)		42	▲	48	
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	3		4	
14-15 jaar ((2007-2008)		14		16	
14-15 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	25		37	
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	18	▼	11	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Noord		Rotterdam	
Matig overgewicht					
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI 25-30	20		21	
16-55 jaar (2008)		28		30	
55 jaar en ouder (2008)		36		41	
Obesitas					
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI ≥30	8		7	
16-55 jaar (2008)		10		12	
55 jaar en ouder (2008)		22		19	
Roken					
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit gerookt	9		6	
12-13 jaar (2007-2008)		13		15	
14-15 jaar (2007-2008)		28		35	
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1		<1	
12-13 jaar (2007-2008)		<1		0,5	
14-15 jaar (2007-2008)		3		7	
16-55 jaar (2008)	% rokers	32		30	
55 jaar en ouder (2008)		16		22	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Noord		Rotterdam	
Lichaamsbeweging					
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	31	▼	39	
10-11 jaar (2007-2008)		70		69	
12-13 jaar (2007-2008)		73		77	
14-15 jaar (2007-2008)		65		67	
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	62		65	
12-13 jaar (2007-2008)		41		56	
14-15 jaar (2007-2008)		39	▼	49	
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	43		47	
55 jaar en ouder (2008)		31		34	
Alcoholgebruik					
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit alcohol gedronken	23		28	
12-13 jaar (2007-2008)		16	▲	24	
14-15 jaar (2007-2008)		34	▲	49	
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	6		7	
12-13 jaar (2007-2008)		7	▲	11	
14-15 jaar (2007-2008)		21	▲	32	
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	13		9	
55 jaar en ouder (2008)		9		12	
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	59	▼	50	
55 jaar en ouder (2008)		39		40	
Drugsgebruik					
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	1,3		1,0	
14-15 jaar (2007-2008)		5		7	
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	17	▼	10	
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	16	▼	9,9	
Voeding					
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	92		92	
10-11 jaar (2008-2009)		85		90	
12-13 jaar (2007-2008)		80		80	
14-15 jaar (2007-2008)		69		71	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Noord		Rotterdam	
Huiselijk geweld					
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	12		10	
55 jaar en ouder (2008)		9		5	
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	221		2.844	
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	44		49	
	Aantal meldingen ASHG pleger	296		3.351	
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	59		58	
Hulpverlening					
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	142		2.583	
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	29		44	

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Noord		Rotterdam	
Geluidhinder					
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	32		31	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen of scooters	34		38	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door burens	48	▼	36	
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door verkeer wegen <50 km/uur	37		32	
Groenbeleving in de buurt					
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	54	▼	61	
55 jaar en ouder (2008)		62	▼	82	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	89	▼	93	
55 jaar en ouder (2008)		95		96	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	55		61	
55 jaar en ouder (2008)		65		72	
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	57	▼	64	
55 jaar en ouder (2008)		51	▼	70	
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	35	▼	45	
55 jaar en ouder (2008)		53	▼	65	
Buurtbeleving jeugd					
10-11 jaar (2008-2009)	% vindt de woonbuurt niet leuk	21	▼	13	
10-11 jaar (2008-2009)	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	58		56	

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

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Noord		Rotterdam	
Luchtvervuiling					
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	42	●	2.364	
	% <100 m rijksweg	0	●	1	
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	2.303	●	16.147	
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	22	●	9	
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	22	●	10	
	% 100-300 m rijksweg	12	●	8	

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

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Noord		Rotterdam	
Huisarts					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	66		70	
55 jaar en ouder (2008)		83		83	
Tandarts ¹					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	69		73	
55 jaar en ouder (2008)		53		54	
GGZ / AMW					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	9		10	
55 jaar en ouder (2008)		7		6	
Thuiszorg					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	2		2	
55 jaar en ouder (2008)		11		11	
Mantelzorg					
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	8		9	
55 jaar en ouder (2008)		17		14	
Hulp en zorg					
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	22		22	
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	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