



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Overschie



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de deelgemeente Overschie	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	28
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	29
	Definities	31
	Afkortingen	35
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Overschie	36

1 Inleiding

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

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

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

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Overschie

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

- De inwoners van Overschie zijn minder gezond dan de gemiddelde Rotterdammer. Dit vraagt actie, ook buiten het terrein van de gezondheid.
- Veel kinderen in Overschie maken bij de geboorte een slechte start. Een brede aanpak van preconcectie tot kraamzorg kan verbetering brengen.
- Eenzaamheid is in Overschie een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een aanzienlijk deel van de inwoners van Overschie heeft psychische problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Overschie een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik in Overschie is hoog, vooral onder de jeugd. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering opleveren.
- Roken is ook in Overschie een bedreiging voor de volksgezondheid. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Door de ligging zijn lucht en geluid aandachtspunten in Overschie. De aanwezigheid en toegankelijkheid van groen kan de kwaliteit van de leefomgeving verbeteren.

Deze kernboodschappen hebben betrekking op de specifieke situatie in Overschie. 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.

Leeswijzer

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

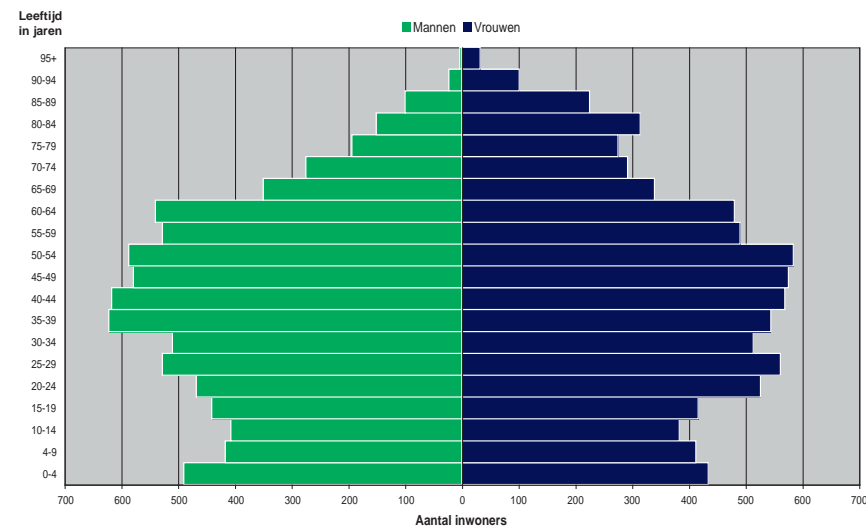
De inwoners van de deelgemeente Overschie

De deelgemeente Overschie, van oorsprong een zelfstandige gemeente, is binnen Rotterdam één van de kleinste deelgemeenten als het om het aantal inwoners gaat. De deelgemeente bestaat uit zes wijken: Kleinpolder, Noord-Kethel, Schieveen, Zestienhoven (luchthaven), Overschie en Landzicht. In de deelgemeente is een diversiteit in culturen, levensstijlen en buurten aanwezig.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Overschie 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 Overschie had op 1 januari 2009 15.896 inwoners. De inwoners van Overschie wonen op een betrekkelijk groot oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 1.040 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in heel Rotterdam.



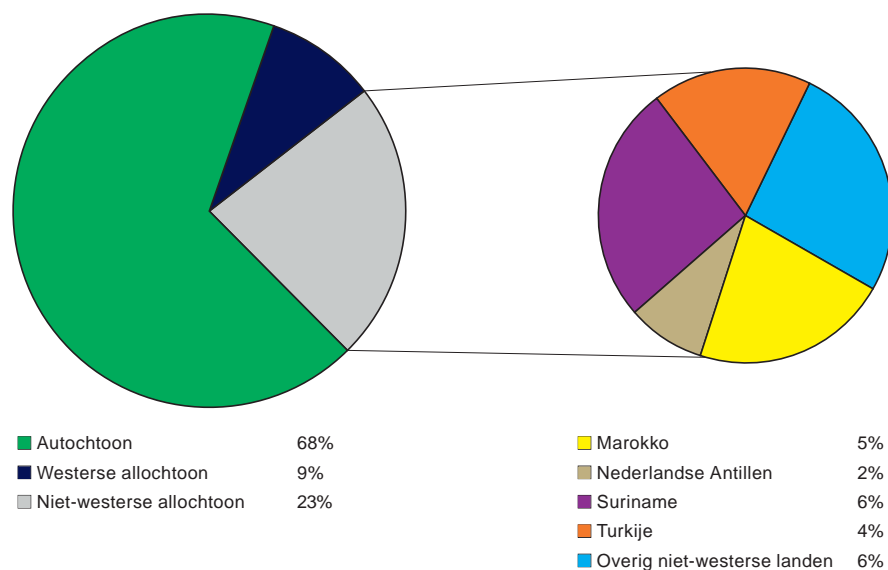
Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Overschie op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van Overschie per 1 januari 2009 weergegeven. In Overschie is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen vrijwel gelijk verdeeld: 50,7% vrouwen en 49,3% mannen. In de jongste leeftijdscategorie (0-4 jaar) zijn er meer mannen dan vrouwen evenals in de leeftijdscategorieën 35-44 jaar en 55-64 jaar. Vanaf 70 jaar daarentegen zijn er meer vrouwen dan mannen in Overschie.

De bevolking van Overschie is relatief oud en is daarmee in overeenstemming met het landelijke beeld, waarbij vergrijzing de toon zet. De figuur laat zien dat een belangrijk aandeel van de bevolking 65-plussers is (17%). Vergeleken met het Rotterdamse gemiddelde (14%) is dit hoog. Verder is 41% van de inwoners van Overschie jonger dan 35 jaar tegenover 46% in heel Rotterdam. Deze 'grijze' bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 41% uit eenpersoonshuishoudens, 33% uit huishoudens met kinderen en 26% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

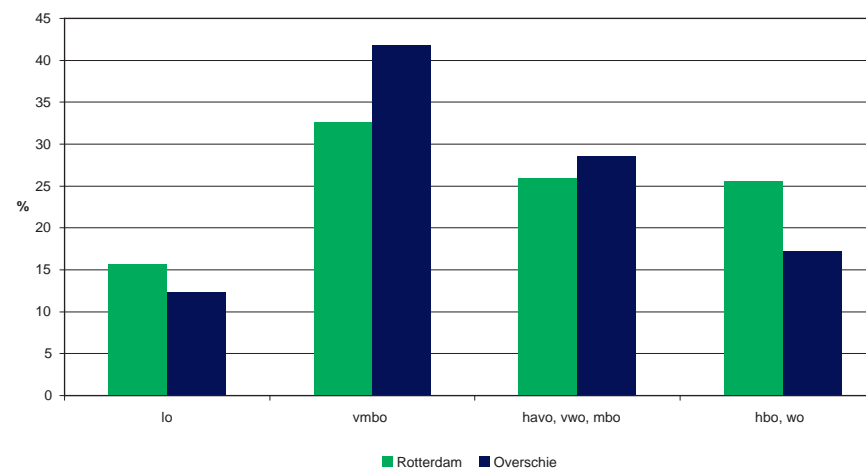
Overschie wordt gekenmerkt door een relatief laag percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond. Met 23% niet-westerse allochtone inwoners ligt Overschie onder het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Surinamers in Overschie de grootste groep van de totale bevolking, gevolgd door Marokkanen en Turken, respectievelijk 6%, 5% en 4%. Met 6% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Overschie.



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

Opleidingsniveau

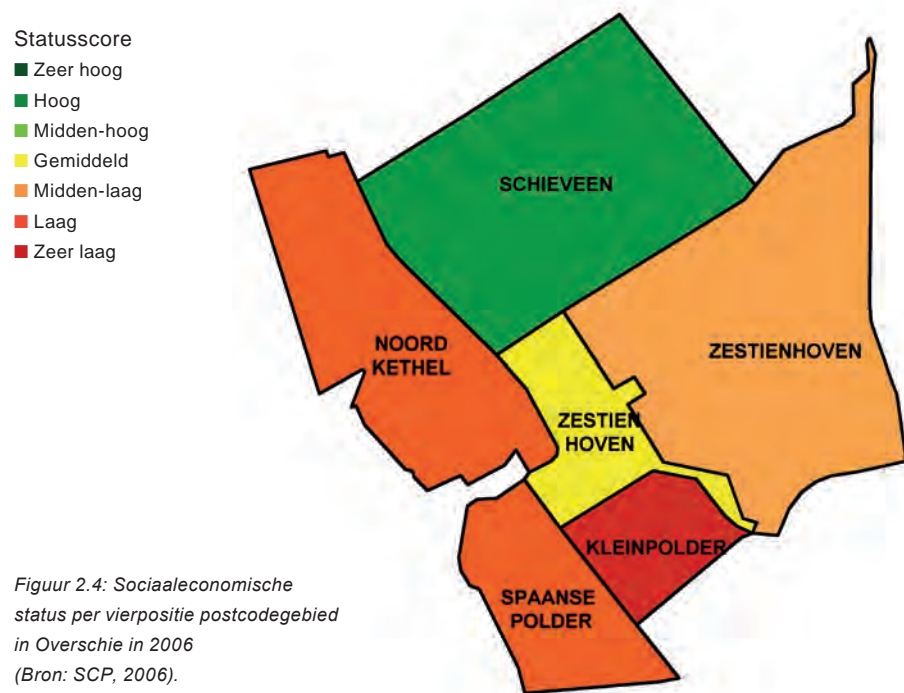
Een belangrijk aandeel van de inwoners van de deelgemeente Overschie van 16 jaar en ouder heeft een vmbo-achtergrond, namelijk 42%. Dit is in heel Rotterdam 33%. Van alle inwoners van Overschie heeft 17% een hogere opleiding (hbo, wo) tegenover 26% in Rotterdam als geheel.



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



Van de inwoners van Overschie ontvangt 19% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. Dit is nagenoeg vergelijkbaar met Rotterdamse cijfers. In heel Rotterdam ontvangt 21% een uitkering. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner in Overschie bedraagt 12.400 euro tegenover 12.500 euro in heel Rotterdam.

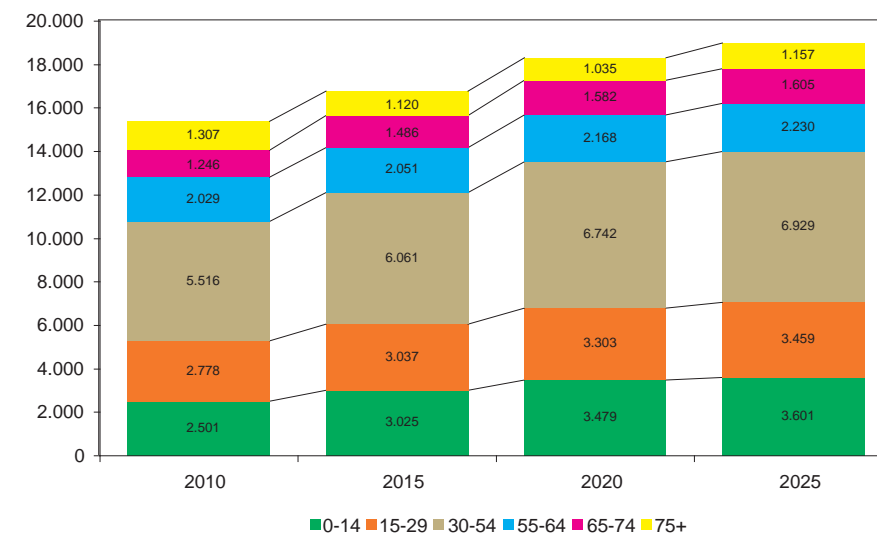
Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Overschie een 8,7. De deelgemeente valt hiermee in de categorie 'veilig'. Met deze score behoort Overschie tot één van de veiligste deelgemeenten in Rotterdam. Ten opzichte van de vorige meting is in Overschie onder meer op de elementen 'vandalisme' en 'verkeer' 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 Overschie een 6,4. Overschie zit daarmee in de categorie 'sociaal voldoende'. Rotterdam als geheel scoort op de Sociale Index gemiddeld een 6. Deze score is net hoog genoeg om de stad ook als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Overschie scoort vooral op de onderdeel 'sociale contacten', 'voldoende opleiding', 'adequate voorzieningen' en 'ontbreken van discriminatie' laag. De score op 'gezondheid' is 6 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt de deelgemeente Overschie tussen 2010 en 2025 te maken met een sterke bevolkingsgroei. Het aantal inwoners in Overschie zal van ongeveer 15.400 in 2010 groeien naar ongeveer 19.000 inwoners in 2025. De groei zal in alle leeftijdscategorieën plaatsvinden met uitzondering van de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder. Naar verwachting zal het aantal inwoners het sterkste in de jongste leeftijdscategorie (0-14 jaar) toenemen evenals in de leeftijdscategorie 65-74 jaar.



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



➤ Overschie scoort op verscheidene aspecten van gezondheid ongunstiger dan Rotterdam als geheel. In Overschie is de levensverwachting voor mannen 75,5 jaar en voor vrouwen 79,8 jaar. Voor de vrouwen is dat ruim één jaar lager dan het gemiddelde van Rotterdam. De levensverwachting is ook voor beide seksen lager dan het landelijk gemiddelde (mannen 77 jaar; vrouwen 81,6 jaar).

De sterfte is in de deelgemeente Overschie aanzienlijk hoger dan Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in Overschie hoger is dan in Rotterdam. In Overschie stierven in 2008 15 mensen per 1.000 inwoners, in heel Rotterdam 10. Hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in Overschie als in heel Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Inwoners van Overschie ervaren hun gezondheid niet beter of slechter dan de rest van Rotterdam. Van de inwoners van Overschie van 16 jaar en ouderervaart 19% zijn gezondheid als matig of slecht.

Ook de kinderen en jongeren in Overschie ervaren hun gezondheid niet beter of slechter dan de rest van Rotterdam. Van de 5- en 6-jarigenervaart 7% zijn gezondheid als slecht. Dit percentage loopt op tot 18% bij de 14- en 15-jarigen.

Het percentage volwassenen in Overschie dat aangeeft minimaal één ziekte of aandoening te hebben wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde. Ouderen in Overschie hebben wel vaker last van beperkingen bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-beperking) dan gemiddeld in Rotterdam.

Percentage inwoners van 16 jaar en ouder met artrose van heup of knie en aandoeningen aan rug is in Overschie hoger dan in de rest van Rotterdam. Depressiviteit komt onder ouderen in Overschie relatief veel voor (24% tegenover 11% gemiddeld in Rotterdam).

In *hoofdstuk 2* is aangegeven dat de deelgemeente Overschie een SES-score heeft, die varieert van zeer laag tot gemiddeld. 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).

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

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



➤ Eenzaamheid is in Overschie een aanzienlijk probleem: 38% van de inwoners van 16 jaar en ouder van Overschie is matig tot zeer ernstig eenzaam. Hierin wijkt Overschie niet af van het gemiddelde in Rotterdam.

Eenzaamheid tast het welzijn ofwel het psychisch of sociaal welbevinden van mensen aan en is daarmee op zichzelf een gezondheidsprobleem. Eenzaamheid kan in allerlei opzichten ook ziekmakend zijn, zowel geestelijk als lichamelijk (Fokkema & Van Tilburg, 2005).

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

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

In Rotterdam is in februari 2007 een driejarig programma gestart gericht op het bestrijden en voorkomen van sociaal isolement bij ouderen. De gemeente werkt daarin samen met het Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventies (LESI). Het programma omvat vijf deelgemeentelijke projecten en een stadsbreed project. De projecten zijn gericht op deskundigheidsbevordering, signalering van sociaal isolement en individuele begeleiding van sociaal geïsoleerde ouderen. De ervaringen met de projecten zijn positief: de doelgroep wordt bereikt, professionals worden deskundiger, goede interventies zijn beschikbaar en geleidelijk 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 Overschie 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 ontleenen.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Overschie voor. Volgens de ouders heeft 14% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkracht gaat het om 9%. Ouders geven bij 18% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 4%. Bij 9% van de 12- en 13-jarigen en 13% van de 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 13% van de 12- en 13-jarigen en 15% van de 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad. Van de 14- en 15-jarigen heeft 6% ooit een suïcidepoging ondernomen.

De psychische gezondheid van de inwoners van Overschie van 16 tot 55 jaar wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde. Ouderen in Overschie daarentegen zijn vaker depressief dan gemiddeld in Rotterdam (24% tegenover 11%).

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

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

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

Landelijk is op deze gebieden en voor diverse doelgroepen een keur aan interventies ontwikkeld, die aangepast kunnen worden aan de lokale situatie.

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



➤ Overgewicht is in Overschie, net als elders in Rotterdam, een probleem: 41% van de inwoners van Overschie van 16 jaar en ouder heeft matig overgewicht en 16% heeft obesitas. Van de 10- en 11-jarigen heeft 20% matig overgewicht en 6% obesitas.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten van overgewicht. Het percentage kinderen en jongeren in Overschie dat dagelijks ontbijt verschildt niet van Rotterdamse gemiddelde.

Kinderen en jongeren bewegen in Overschie vaker dan gemiddeld in Rotterdam en ze zijn over het algemeen ook vaker lid van een sportvereniging. Van de inwoners van Overschie van 16 jaar en ouder voldoet 42% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*). Dit wijkt niet af van het Rotterdams gemiddelde.

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 (Visser & Schoemaker, 2008). De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot

verlies aan kwaliteit van leven (Voedingscentrum, 2008). Een kind met (ernstig) overgewicht kan gemakkelijk doelwit worden van pesterijen, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

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

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

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Dit is opgezet voor mensen die van hun huisarts een dringend leefstijladvies hebben gekregen, omdat ze (vooral door overgewicht) hard op weg zijn een aandoening als diabetes te ontwikkelen. In het programma worden een persoonlijke leefstijladviseur en een activiteitenprogramma op maat aangeboden. De GGD kan uitzoeken wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van een organisatorisch en financieel sluitende keten voor uitvoering van dit project in Overschie.

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

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



➤ Onder jongeren in Overschie is het alcoholgebruik hoger dan in heel Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen in Overschie heeft 68% ooit gedronken (49% in heel Rotterdam). Daarnaast heeft 46% van deze leeftijdsgroep in Overschie in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek gedronken, tegenover 32% in Rotterdam.

Het alcoholgebruik onder volwassenen in Overschie wijkt niet veel af van het Rotterdams gemiddelde: 14% van de inwoners van Overschie van 16 jaar en ouder is overmatig drinker.

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.

Oudere mensen verdragen alcohol over het algemeen slechter. Dit komt door allerlei veranderingen in het lichaam die ontstaan bij het ouder worden. Overmatig alcoholgebruik kan leiden tot uiteenlopende lichamelijke en psychische klachten, zoals hoge bloeddruk, maagproblemen en depressie. Voor ouderen die slecht ter been zijn, verhoogt alcoholgebruik het risico op vallen. Ook kan alcohol de werking van medicijnen versterken of juist teniet doen.

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 schenkbeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De school is een goede plaats om jongeren te bereiken, bijvoorbeeld via het programma 'Gezonde school'. De laatste jaren blijken ook zelfhulpprogramma's op internet steeds vaker succesvol. Bij ouderen is vroegtijdige signalering een belangrijk aandachtspunt; een alcoholprobleem wordt bij hen vaak slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door de professionals.

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

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



➤ In Overschie zijn er naar verhouding net zo veel rokers als in heel Rotterdam. Van de inwoners van 16 jaar en ouder in Overschie rookt 28%. Ook jongeren in Overschie roken net zo veel als gemiddeld in Rotterdam: 9% van de 14- en 15-jarigen rookt dagelijks.

Roken verhoogt het risico op verschillende vormen van kanker, bijvoorbeeld longkanker. Ook verhoogt roken het risico op COPD (zie *Afkortingen*), beroerte en hartfalen. In 2007 stierven in Nederland 20.000 mensen die ten gevolge van roken één van bovenstaande ziekten kregen. Daarnaast is door roken het risico op veel andere aandoeningen verhoogd. Ook passief roken (inademen van tabaksrook uit je omgeving) verhoogt het risico op het krijgen van verschillende aandoeningen (Van Gelder et al., 2009). Met het terugdringen van het aantal rokers kan een grote vooruitgang in de gezondheidssituatie in de 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 geluidhinder door verkeer en verontreiniging van het binnenmilieu. Ten tweede kan de leefomgeving uitnodigen tot gezond gedrag, zoals fietsen, wandelen, sporten en spelen. De derde manier waarop de leefomgeving de gezondheid beïnvloedt, is de beleving van de omgeving. Hier wordt dat toegespitst op de positieve beleving van het groen.

Lucht en gezondheid

Bijna een vijfde van de woningen in de deelgemeente Overschie ligt binnen 100 meter van een rijksweg (ongeveer 1.150 woningen) of direct aan een drukke binnenstedelijke weg (ongeveer 600 woningen), ten opzichte van gemiddeld 10% in Rotterdam. Daarnaast ligt een groot aantal woningen in de aandachtszone tussen 100 en 300 meter van de rijkswegen. Dit

betekent dat een aanzienlijk deel van de bewoners van Overschie in een gebied woont 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 direct aan een drukke binnenstedelijke weg wonen, hebben meer kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte.

De rijkswegen A13 en A20 vormen in Overschie een belangrijke bron van luchtverontreiniging. Om gevoelige groepen (ouderen, kinderen en mensen met luchtwegklachten of hart- en vaatziekten) te beschermen tegen te hoge concentraties luchtverontreiniging, is het belangrijk ook de luchtverontreiniging door drukke 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. In Overschie loopt een proef met een ventilatiesysteem met filters in woningen om de blootstelling aan luchtvervuiling te beperken. Afhankelijk van de resultaten kan dit eventueel vaker toegepast worden. Verder wordt aangeraden om waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van de rijkswegen of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Geluid en gezondheid

Een kwart van de inwoners van Overschie van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidshinder. Van de inwoners wordt 39% gehinderd door vliegtuiggeluid en ongeveer een derde door verkeersgeluid van wegen waar sneller mag worden gereden dan 50 km/uur (ten opzichte van respectievelijk 10% en 20% 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 burelen belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen (behalve bij de bepaling van gevelisolatie). Overigens kunnen ook onder de wettelijke norm gezondheidseffecten optreden.

Om geluidshinder te voorkomen heeft het inzetten op bronmaatregelen, door bijvoorbeeld het toepassen van stil asfalt en het omleiden van nachtelijk vrachtverkeer (zoals is opgenomen in het Integraal Actieprogramma Milieu Overschie), de voorkeur boven overdrachtsmaatregelen als dove gevels. Belangrijk is het om in de deelgemeente stille, groene, plekken (groene hofjes) te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte.

Groen en gezondheid

Inwoners van 55 jaar en ouder in Overschie zijn minder tevreden met het groen in hun buurt dan de 55-plussers in Rotterdam als geheel. Ze geven minder vaak een voldoende aan het groen in hun directe omgeving. Gevraagd naar een rapportcijfer voor het groen in de buurt, geeft ongeveer 70% van de 55-plussers het groen een voldoende, ten opzichte van meer dan 80% in Rotterdam.

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 en worden 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.

Door de centrale ligging van de A13 heeft Overschie mogelijk niet te maken met rondwegen die de deelgemeente afsnijden van de recreatieve mogelijkheden van het omliggende landschap. De enquêtecijfers geven echter niet aan dat men meer tevreden is over het groen dan in andere gebieden.

Het Actieprogramma Milieu Overschie bevat diverse maatregelen die gericht zijn op groen. Bijvoorbeeld: een groen Kleinpolderplein, groene hofjes, vegetatie daken, begroeiing van geluidschermen. Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk vooral in te zetten op de aanwezigheid en toegankelijkheid van groen in de directe (woon)omgeving. Groenvoorzieningen moeten ook ouderen ertoe uitnodigen daar te verblijven.

4 Tot slot

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

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. Blomen op Zuid. Rapid Assessment en Response naar het gebruik van cannabis door buurt- en risicogroepen in Rotterdam-Zuid. Bureau BP&O, 2009.

Jong-Gierveld J de, Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement*, 1985;9:289-299.

Kuunders MMAP, Laar MW van. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Leefstijl\ Alcoholgebruik, 30 maart 2009.

Leemrijse CJ, Ooms L, Veenhof C. Evaluatie van kansrijke beweegprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen. Fase 2. Utrecht: NIVEL, 2009.

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

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

Visscher TLS, Schoemaker C. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht en ondergewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidsdeterminanten\ Persoonsgebonden\ Lichaamsgewicht, 22 september 2008. 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	De elektronische databank van het CBS
www.nationaalkompas.nl	Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)
www.cos.rotterdam.nl	Centrum voor Onderzoek en Statistiek

Definities

ADL-beperking

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

Drukke binnenstedelijke weg

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

Eenzaamheid

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

Ernstige geweldsdelicten

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

- iemand in elkaar heeft geslagen of zo heeft geslagen dat hij/zij naar de dokter moest.
- iemand heeft bedreigd met een wapen of heeft bedreigd hem/haar in elkaar te slaan alleen om hem/haar bang te maken.
- iemand heeft bedreigd met een wapen of heeft bedreigd 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 Overschie

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Totale sterfte			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	259	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	15 ●	10
Ziekten van het hart- en vaatstelsel¹			
Totaal	Aantal	56	1.623
Kwaadaardige nieuwvormingen¹			
Totaal	Aantal	79	2.008
Ziekten van de ademhalingsorganen¹			
Totaal	Aantal	25	620
Levensverwachting bij de geboorte			
Mannen (2003-2006)	Jaren	75,5 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		79,8 ●	81,0

¹ De vergelijking tussen Overschie 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	Overschie	Rotterdam
Chronische aandoening			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	52	48
55 jaar en ouder (2008)		80	79
Diabetes			
16-55 jaar (2008)	%	-	3
55 jaar en ouder (2008)		13	12
Migraine/ernstige hoofdpijn			
16-55 jaar (2008)	%	15	17
55 jaar en ouder (2008)		9	10
Hoge bloeddruk			
16-55 jaar (2008)	%	9	9
55 jaar en ouder (2008)		35	33

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Luchtwegaandoeningen			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	7	8
55 jaar en ouder (2008)		12	12
Aandoening aan rug			
16-55 jaar (2008)	%	12	9
55 jaar en ouder (2008)		25	18
Artrose van heup/knie			
16-55 jaar (2008)	%	13 ▼	7
55 jaar en ouder (2008)		36	34
Aandoening nek/schouder			
16-55 jaar (2008)	%	9	9
55 jaar en ouder (2008)		16	15
Aandoening elleboog/pols/hand			
16-55 jaar (2008)	%	6	6
55 jaar en ouder (2008)		11	12
Depressiviteit			
16-55 jaar (2008)	%	7	11
55 jaar en ouder (2008)		24 ▼	11
ADL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	24 ▼	14
HDL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	27	22
Beperking in horen			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	-	9
Beperking in zien			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	11	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 3: Infectieziekten

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

- Onbekend.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Infectieziekten			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	0	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)		5	188
Kinkhoest (2008)		12	805
Tuberculose (2008)			112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	104	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	Overschie	Rotterdam
Ervaren gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% slecht	7	6
10-11 jaar (2008-2009)		12	17
12-13 jaar (2007-2008)		13	18
14-15 jaar (2007-2008)		18	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	10	14
55 jaar en ouder (2008)		34	30
Eenzaamheid			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	33	41
55 jaar en ouder (2008)		45	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	6 ▲	16
55 jaar en ouder (2008)		15	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	26	31
55 jaar en ouder (2008)		31	32
Depressie			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	3	8
55 jaar en ouder (2008)		-	7
Psychofarmaca			
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	3	6
55 jaar en ouder (2008)		11	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Psychische gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	9 ▲	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	14	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	3	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	4	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	18	14
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders (SDQ)	1	2
12-13 jaar (2007-2008)	% hoge score op psychische problemen (SDQ)	9	13
14-15 jaar (2007-2008)		13	13
Suicide			
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidedachten, afgelopen jaar	13	19
14-15 jaar (2007-2008)		15	18
12-13 jaar (2007-2008)	% Suïcidepoging ooit	2	3
14-15 jaar (2007-2008)		6	4
Ingrijpende gebeurtenissen			
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	82	79
10-11 jaar (2008-2009)		87	81
12-13 jaar (2007-2008)		89	89
14-15 jaar (2007-2008)		87	87
12-13 jaar (2007-2008)	% meer dan één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, ooit	67	63
14-15 jaar (2007-2008)		63	62
Ernstig geweldsdelict			
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	4	10
14-15 jaar (2007-2008)		9	10
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden meer dan 1 keer	2	5
14-15 jaar (2007-2008)		6	5
Probleemgedrag			
10-11 jaar (2008-2009)	% een wapen bij zich dragen	8	6
12-13 jaar (2007-2008)		6	7
14-15 jaar (2007-2008)		6	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Seksuele gezondheid			
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gevreeën	18	19
14-15 jaar (2007-2008)		53 ▼	48
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	1	4
14-15 jaar (2007-2008)		17	16
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	8	11

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.
▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.
- Onbekend.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Matig overgewicht			
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI 25-30	20	21
16-55 jaar (2008)		37	30
55 jaar en ouder (2008)		48	41
Obesitas			
10-11 jaar (2007-2008)	% BMI ≥30	6	7
16-55 jaar (2008)		14	12
55 jaar en ouder (2008)		20	19
Roken			
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit gerookt	5	6
12-13 jaar (2007-2008)		15	15
14-15 jaar (2007-2008)		35	35
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1	<1
12-13 jaar (2007-2008)		<1	0,5
14-15 jaar (2007-2008)		9	7
16-55 jaar (2008)	% rokers	29	30
55 jaar en ouder (2008)		25	22

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.
▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Lichaamsbeweging			
5-6 jaar	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	52 ▲	39
10-11 jaar (2008-2009)		74	69
12-13 jaar (2007-2008)		88 ▲	77
14-15 jaar (2007-2008)		74	67
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	76 ▲	65
12-13 jaar (2007-2008)		68 ▲	56
14-15 jaar (2007-2008)		60 ▲	49
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	45	47
55 jaar en ouder (2008)		37	34
Alcoholgebruik			
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit alcohol gedronken	32	28
12-13 jaar (2007-2008)		28	24
14-15 jaar (2007-2008)		68 ▼	49
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	10	7
12-13 jaar (2007-2008)		8	11
14-15 jaar (2007-2008)		46 ▼	32
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	11	9
55 jaar en ouder (2008)		20	12
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	53	50
55 jaar en ouder (2008)		45	40
Drugsgebruik			
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	<1	1,0
14-15 jaar (2007-2008)		8	7
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	6	10
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	11	10
Voeding			
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	91	92
10-11 jaar (2008-2009)		94	90
12-13 jaar (2007-2008)		86	80
14-15 jaar (2007-2008)		74	71

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.
▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Huiselijk geweld			
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	8	10
55 jaar en ouder (2008)		13	5
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	68	2.844
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	43	49
	Aantal meldingen ASHG pleger	72	3.351
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	45	58
Hulpverlening			
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	41	2.583
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	26	44

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Geluidhinder			
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	26	31
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen of scooters	34	38
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door vliegtuigen	39 ▼	10
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door verkeer wegen >50 km/uur	35 ▼	20
Groenbeleving in de buurt			
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	55	61
55 jaar en ouder (2008)		71 ▲	82
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	97	93
55 jaar en ouder (2008)		97	96
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	60	61
55 jaar en ouder (2008)		64	72
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	62	64
55 jaar en ouder (2008)		64	70
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	41	45
55 jaar en ouder (2008)		57	65
Buurtbeleving jeugd			
10-11 jaar (2008-2009)	% vindt de woonbuurt niet leuk	9	13
10-11 jaar (2008-2009)	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	57	56

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

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Luchtvervuiling			
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	1.147 ●	2.364
	% <100 m rijksweg	16 ●	1
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	618 ●	16.147
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	9 ●	9
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	19 ●	10
	% 100-300 m rijksweg	35 ●	8

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

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Overschie	Rotterdam
Huisarts			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	67	70
55 jaar en ouder (2008)		83	83
Tandarts¹			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	79	73
55 jaar en ouder (2008)		59	54
GGZ / AMW			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	8	10
55 jaar en ouder (2008)		9	6
Thuiszorg			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	-	2
55 jaar en ouder (2008)		11	11
Mantelzorg			
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	12	9
55 jaar en ouder (2008)		18	14
Hulp en zorg			
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	20	22
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	12	11

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

COLOFON

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

Herziene druk april 2010

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

GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032
3000 LP Rotterdam
(010) 433 99 66
info@ggd.rotterdam.nl
www.ggd.rotterdam.nl



rivm