

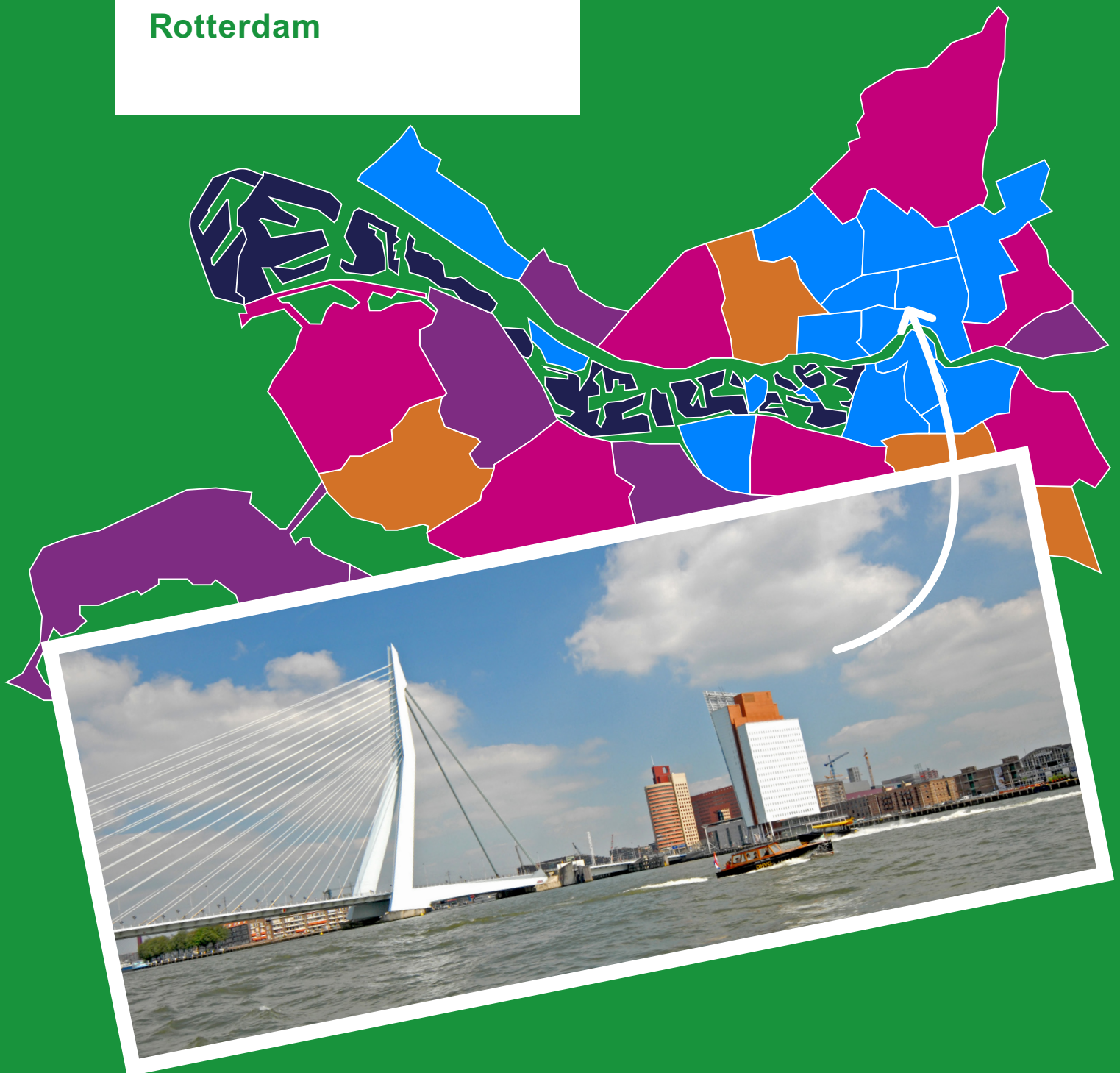


GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart 2014

Rotterdam



Colofon

Dit rapport is een onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning Rotterdam-Rijnmond.

Dit is een uitgave van de GGD Rotterdam-Rijnmond in samenwerking met de afdeling Onderzoek & Business Intelligence.

Januari 2014

A.E. van den Berg- de Ruiter

G.M. Schouten

N. Smit

N.F.A. van Veelen- Dieleman

Vormgeving: Rotterdamse Service Organisatie.

GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032

3000 LP Rotterdam

ggdrotterdamrijnmond@rotterdam.nl

www.ggdrotterdamrijnmond.nl



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4
De kernboodschappen voor Rotterdam	7
1 Inleiding	10
2 Het lokale en landelijke gezondheidsbeleid	12
2.1 De vierjaarlijkse cyclus	12
2.2 Prominente rol voor preventie	12
2.3 De laatste ontwikkelingen op het gebied van de zorg	13
2.3.1 Decentralisatie Awbz naar Wmo en de participatiebereidheid	13
2.3.2 Decentralisatie Jeugdzorg	14
2.3.3 Wijkteams en Vraagwijzers	15
2.4 Gebiedsgericht werken in Rotterdam	16
3 De bevolking van gemeente Rotterdam	17
3.1 Relatie bevolkingssamenstelling en gezondheid	17
3.2 Aantal inwoners en bevolkingsopbouw	18
3.3 Sociaaleconomische status	20
4 De gezondheid in Rotterdam	24
4.1 Gezondheid en leefsituatie in één score	24
4.2 Levensverwachting en sterfte	25
4.3 Ziekte en aandoeningen	26
4.3.1 Diabetes	26
4.3.2 Lichamelijke beperkingen	27
4.4 Functioneren en kwaliteit van leven	28
4.4.1 Ervaren gezondheid	28
4.4.2 Psychische gezondheid	29
5 Gezondheidsdeterminanten in Rotterdam	32
5.1 Leefstijl	33
5.1.1 Overgewicht	33
5.1.2 Bewegen	35
5.1.3 Seksuele gezondheid	37
5.1.4 Roken	40
5.1.5 Alcoholgebruik	44
5.1.6 Drugsgebruik	47
5.2 Sociale leefomgeving	48
5.2.1 Eenzaamheid	48
5.2.2 Sociale uitsluiting	51
5.2.3 Pesten	53
5.2.4 Huiselijk geweld	53
5.3 Fysieke leefomgeving	54
5.3.1 Groen	55
5.3.2 Luchtkwaliteit	56
5.3.3 Omgevingsgeluid	58
5.3.4 Binnenmilieu	59
6 De zorg in gemeente Rotterdam	61
6.1 Zorggebruik in Rotterdam	61
6.2 Mantelzorg	62
6.3 Vrijwilligerswerk	64
6.4 Ziektepreventie	65
6.4.1 Rijksvaccinatieprogramma	65

6.4.2	Bevolkingsonderzoek	65
6.4.3	Preventie van infectieziekten	66
7	Toekomstverkenning	68
7.1	Veranderingen in de bevolking	68
7.2	Veranderingen in gezondheid en welzijn	69
7.2.1	Levensverwachting en sterfte	69
7.2.2	Ziekten en aandoeningen	69
7.2.3	Infectieziekten	70
7.2.4	Functioneren en kwaliteit van leven	70
7.2.5	Leefstijl	71
7.2.6	Sociale leefomgeving	72
7.2.7	Fysieke omgeving	72
7.3	Veranderingen in de zorg	72
8	Tot slot	73
	Bijlagen	74
Bijlage 1	Gezondheidsprofiel Rotterdam	75
Bijlage 2	Sociaaleconomische statusscore per deelgemeente	86
Bijlage 3	Definities	93
Bijlage 4	Afkorting	95
Bijlage 5	Literatuur en bronnen	96

De kernboodschappen voor Rotterdam

Hieronder vindt u gebundeld de kernboodschappen voor de gemeente. In de hierna volgende hoofdstukken komen deze kernboodschappen terug, onderbouwd met cijfers en achtergrondinformatie.

Centrale kernboodschap voor gezondheidsbeleid

De bevolking van Rotterdam haalt minder goede resultaten op het gebied van gezondheid in vergelijking met Nederland. Ook blijft de gezondheid van de Rotterdammers iets achter in vergelijking met de inwoners van de andere drie grote steden samen. Binnen de stad zijn er grote gezondheidsverschillen. Vooral in gebieden met een lagere sociaaleconomische status zijn de gezondheidsachterstanden groot. De wijkaanpak in Rotterdam gericht op het verkleinen van sociaaleconomische achterstanden en de inzet van de sociale wijkteams kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen. Voor een goede gezondheid is een gezonde leefstijl de basis. Het bevorderen van een gezonde leefstijl blijft voor jongeren, volwassenen en ouderen een aandachtspunt. Naast preventie in de zin van voorlichting, is vroegsignalering en verwijzing en tijdige inzet van de juiste zorg van groot belang.

Thematische kernboodschappen

Bevolking

Rotterdam is een gemeente met een grote diversiteit. De bevolkingsomvang zal de komende jaren licht toenemen. Ook in Rotterdam zal de vergrijzing licht toenemen van 14% in 2012 tot 18% in 2030. Naar verwachting is de grijze druk in 2030 het hoogst in de deelgemeenten Hoogvliet, Rozenburg, Prins Alexander en Hoek van Holland. De grijze druk zal stijgen tot boven de 40% en is meer vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde.

Sociaaleconomische status

Rotterdam heeft een groot aantal gebieden en wijken met een lage sociaaleconomische status. De armoede is de afgelopen jaren verder toegenomen. Een laag opleidingsniveau en een ongunstige financiële situatie zijn van invloed op de gezondheid. Een wijkgerichte aanpak gericht op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is nodig.

Algemene gezondheid

Inwoners van Rotterdam voelen zich minder gezond, hebben een lagere levensverwachting en een hogere sterfte dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting is in Rotterdam zowel voor vrouwen als mannen lager in vergelijking met Nederland; mannen 76,5 jaar versus 78,3 jaar en vrouwen 81,1 jaar versus 82,5 jaar. Dit wordt deels verklaard door de lagere sociaaleconomische status van de bevolking. Er is een grote variatie in samenstelling van de bevolking tussen en binnen de deelgemeenten en mede hierdoor ook grote verschillen in gezondheid. Ook scoort Rotterdam als laagste in de ranglijst voor een gezonde leefsituatie van de jeugd.

Diabetes

Diabetes komt in Rotterdam voor bij 5% van de 19- tot 65-jarigen en 19% van de ouderen. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van de G4 en iets hoger dan gemiddeld in Nederland. Er zijn wijken binnen Rotterdam waar het aandeel ouderen met diabetes oploopt tot 30% (Feijenoord en Delfshaven). Preventie van diabetes blijft belangrijk, want in veel gevallen kan diabetes voorkomen worden.

Psychische gezondheid

Ongeveer de helft van de volwassenen en ouderen in Rotterdam loopt een matig of hoog risico op een depressie of angststoornis. Eén op de tien volwassenen en ouderen loopt een hoog risico op een depressie of angststoornis. Het risico op een depressie is bij ouderen in Rotterdam hoger in vergelijking met de G4 en met Nederland. In de deelgemeenten Feijenoord (12%) en Charlois (15%) is het aandeel 19- tot 65-jarigen met een hoog risico op een depressie of angststoornis hoger in vergelijking met Rotterdam.

Het aandeel kinderen (4 tot 12 jaar) met een verhoogd risico op psychosociale problemen is in Rotterdam 23%. De psychische gezondheid, beoordeeld door de jongeren zelf, lijkt ten opzichte van de voorgaande meting een gunstige ontwikkeling door te maken. Preventieve maatregelen kunnen voorkomen dat inwoners daadwerkelijk psychische problemen ontwikkelen, hiermee kan al in het basisonderwijs gestart worden.

Overgewicht

Ondanks een stabilisatie moet het aandeel mensen met overgewicht verder worden teruggedrongen. In Rotterdam heeft een derde van de 19- tot 65-jarigen overgewicht en 14% ernstig overgewicht. Bij de ouderen ligt dit percentage nog hoger. In Rotterdam is de omvang van het probleem groter dan het gemiddelde in Nederland. Obesitas komt in Rotterdam zowel bij kinderen, volwassenen en ouderen vaker voor. Binnen Rotterdam is het aandeel 19- tot 65-jarigen met ernstig overgewicht in de deelgemeenten IJsselmonde (22%) en Rozenburg (19%) hoger en onder ouderen komt ernstig overgewicht vaker voor in deelgemeente Feijenoord en Charlois (beiden 25%). Ondanks dat de omvang van het probleem overgewicht varieert tussen wijken blijft in alle wijken een brede aanpak gericht op voedings- en beweeggedrag nodig.

Seksuele gezondheid

Seksueel risicogedrag komt onder jongeren in Rotterdam iets vaker voor dan landelijk. In Rotterdam vrijt 6% van de 14- en 15-jarigen onveilig. Landelijk is dit gemiddeld 4,7%. Het testgedrag op seksueel overdraagbare aandoeningen is op de meeste plekken in de stad hoger dan het aandeel dat onveilig vrijt. Het is van belang om seksueel (grensoverschrijdend) gedrag op alle scholen bespreekbaar te maken. De basis hiervoor wordt gevormd door kennis over de normale seksuele ontwikkeling, maar ook het wegnemen van de handelingsverlegenheid van professionals, het kunnen en durven signaleren van ongewenst gedrag en het ontwikkelen en bijhouden van een daarop toegerust zorgnetwerk.

Roken

Roken is een bedreiging voor de volksgezondheid. Het aandeel Rotterdamse vrouwen dat rookt neemt af. Toch is het aandeel rokers in Rotterdam nog steeds hoger in vergelijking met de rest van Nederland. Van de 19- tot 65-jarigen in Rotterdam rookt 29% (Nederland 26%) en van de ouderen rookt 15% (Nederland 13%). Inzet op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken blijft van belang. Met name in de gebieden waar meer dan een derde van de bevolking rookt (Delfshaven en Charlois) en waar het aandeel meerokers hoog is, is het wenselijk extra aandacht te geven aan ondersteuning van het stoppen met roken.

Alcohol

In Rotterdam drinken jongeren en volwassenen minder alcohol dan in Nederland. Het aantal opnames voor alcoholverslaving laat een ander beeld zien. Het aantal opnames per 10.000 inwoners is hoger dan gemiddeld in Nederland. Vooral voor jongeren is het drinken van alcohol erg schadelijk. Dit geldt nog sterker voor risico-jongeren. De herziene Drank- en Horecawet verplicht de gemeente om een preventie- en handavingsplan op te stellen. Rotterdam ziet in haar beleid geen onderscheid tussen preventie en handhaving, maar ziet handhaving als onmisbaar onderdeel van effectieve preventie. Het Rotterdamse programma Drugs en Alcohol heeft als inzet om door integraal preventiebeleid maatschappelijke winst te behalen ten aanzien van gezondheid, veiligheid en talentontwikkeling. Rotterdam kiest voor een beleidsmodel met een combinatie van 'grenzen stellen', 'grenzen overdragen' en 'grenzen bewaken', waarbij innovatie en integraal en effectief beleid samengaan, en geldt hiermee landelijk als voorbeeld.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is in Rotterdam net als in de regio en Nederland een groot maatschappelijk probleem. Bijna de helft van de inwoners is in enige mate eenzaam, 14% van de volwassenen en ouderen geeft aan (zeer) ernstig eenzaam te zijn. Er is sprake van een toename van eenzaamheid. Ook zijn er in Rotterdam meer mensen die in sterke mate sociaal uitgesloten zijn dan gemiddeld in Nederland. De gemeente kan het thema eenzaamheid en sociale uitsluiting een prominente plaats geven in de uitvoering van de Wmo. Bij de inzet op participatie en actief burgerschap en het bevorderen van bewegen kan het terugdringen van eenzaamheid één van de doelen zijn.

Huiselijk geweld

De omvang van het probleem huiselijk geweld is in Rotterdam groot. Per 10.000 inwoners waren er in 2012 124 meldingen. In de deelgemeenten Delfshaven (150), Feijenoord (170) en Charlois (170) was het aantal meldingen per 10.000 inwoners het hoogst. De intensieve inzet op huiselijk geweld die Rotterdam sinds 2006 voert blijft nodig.

Blootstelling aan roet

Om de blootstelling van inwoners aan roet te verminderen, raadt de GGD aan om structurele bronmaatregelen te nemen (gericht op schoner vervoer) en langs drukke wegen (zones binnen 50m langs drukke wegen en 300m langs snelwegen) geen nieuwe woningen en 'gevoelige bestemmingen' (bijvoorbeeld scholen, kinderopvangcentra en verzorgingshuizen) te bouwen.

Geluidshinder

Het aandeel inwoners dat ernstige geluidshinder ervaart ongeacht de bron is 33%. Dit is hoger dan in de regiogemeenten (29%). Ten opzichte van voorgaande jaren is er geen verbetering te zien. De bron en omvang van geluidsoverlast verschilt tussen gebieden binnen de stad. Aandacht voor geluidshinder blijft noodzakelijk. De GGD adviseert waar mogelijk maatregelen ter beperking van de geluidshinder toe te passen.

Zorg

Welke invloed de decentralisaties van de Awbz en de Jeugdzorg hebben op het zorggebruik is nu nog moeilijk in te schatten. Het is voor de gemeente Rotterdam belangrijk om het zorggebruik te blijven monitoren en tijdig knelpunten te signaleren. Meer nadruk op preventie en een zorgstructuur op wijkniveau biedt kansen om problemen in een eerder stadium op te pakken.

Vanwege een toenemende instroom in de jeugd ggz over de afgelopen tien jaar, de hoge zorgkosten hiervan en de decentralisatie van de jeugdzorg, is de inzet op jeugd ggz een aandachtspunt.

Mantelzorg

Naar verwachting zal de druk op de mantelzorg toenemen. Een goede afstemming van zorgtaken van mantelzorgers en professionele zorgverleners komt de kwaliteit van zorg ten goede. Belangrijke aandachtspunten in het gemeentelijk mantelzorgbeleid zijn ondermeer mantelzorgondersteuning, het bij elkaar brengen van vraag en aanbod en het bijdragen aan een positieve beeldvorming van mantelzorg. Een mogelijke niet volledig benutte bron is vrijwilligerswerk. Dit wordt in sommige gebieden van Rotterdam minder gedaan dan gemiddeld in Nederland.

Preventie infectieziekten

Vanuit de wettelijke taak is de GGD Rotterdam-Rijnmond verantwoordelijk voor het voorkomen en bestrijden van infectieziekten. Gezien de omvang van de problematiek en het snel kunnen reageren op uitbraken is het belangrijk de meldingen van infectieziekten goed te blijven monitoren.

Toekomstige ontwikkelingen van de bevolking

De vergrijzing neemt in Rotterdam in vergelijking met Nederland slechts in lichte mate toe. Ondanks de lichte groei van het aandeel ouderen in de bevolking van Rotterdam vraagt deze doelgroep aandacht in het beleid op het gebied van zorg.

Toename chronisch ziekten

Vanwege een stijgend percentage chronisch ziekten (waaronder diabetici) en ouderen zal de ervaren gezondheid in de toekomst afnemen. Het percentage mensen met een depressie of angststoornis zal naar verwachting stijgen.

1 Inleiding

Het voor u liggende 'Gezondheid in Kaart' is onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (rVTV) van de regio Rotterdam-Rijnmond. Het rapport en het bijgevoegde gezondheidsprofiel geven inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking van Rotterdam. Het is een bundeling van gegevens over de gezondheid en over factoren die samenhangen met gezondheid of invloed hebben op gezondheid. Naast deze feitelijke cijfers benoemen we de belangrijkste thema's voor lokaal gezondheidsbeleid. De beleidsaanbevelingen voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid formuleren we aan de hand van kernboodschappen.

De rVTV geeft invulling aan een van de wettelijke taken van de gemeente zoals vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Met ingang van 2012 voert de GGD Rotterdam-Rijnmond (Cluster MO) voor alle gemeenten het basisproduct Integrale Monitor Rotterdam-Rijnmond uit. De rVTV is onderdeel van het product Integrale Monitor Rotterdam-Rijnmond (zie tekstvak).

Het uitgangspunt van dit rapport is het gezondheidsprofiel van Rotterdam in bijlage 1. Dit profiel is gevuld met cijfers uit de monitors van de GGD en tal van andere bronnen. Aan de hand van dit profiel zijn in overleg met beleidsmedewerkers kernboodschappen geformuleerd voor lokaal gezondheidsbeleid. Ook zijn de landelijke speerpunten een standaard onderdeel van het rapport Gezondheid in kaart.

Integrale Gezondheidsmonitor Rotterdam-Rijnmond

De Integrale Gezondheidsmonitor Rotterdam-Rijnmond bestaat uit een vierjaarlijkse cyclus en omvat de onderstaande deelprojecten:

- Monitor jeugd tot 12 jaar
- Monitor jeugd vanaf 12 jaar
- Monitor volwassenen vanaf 17 jaar
- Rapportage 'Gezondheid in Kaart'
- Het ontsluiten van gegevens in de Gezondheidsatlas
(www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl)

Leeswijzer

Dit rapport begint met een bundeling van de kernboodschappen voor de gemeente Rotterdam. Standaard zijn kernboodschappen over de landelijke speerpunten opgenomen. Waar relevant zijn deze aangescherpt met lokale aspecten. Wanneer andere onderwerpen in Rotterdam opvallende resultaten laten zien, zijn hier aanvullende kernboodschappen voor geformuleerd. Het kan voorkomen dat een onderwerp in Rotterdam niet zorgelijk afwijkt van het gemiddelde van de vier grote steden of het landelijk gemiddelde. Dit hoeft echter niet te betekenen dat het onderwerp in Rotterdam geen aandacht behoeft. Immers, een onderwerp als overgewicht wijkt dan misschien in Rotterdam niet af van de G4 of van landelijke cijfers, maar is landelijk een gezondheidsprobleem.

Hoofdstuk 2 geeft de verhouding tussen het lokale en het landelijke gezondheidsbeleid weer. Daarnaast benoemt het de laatste ontwikkelingen op het gebied van zorg. Hoofdstuk 3 beschrijft de demografische kenmerken van Rotterdam. De hoofdstukken 4, 5 en 6 beschrijven achtereenvolgens de algemene gezondheid, de determinanten van gezondheid en het zorggebruik in de gemeente. Indien dit bekend is, geven we aan welk beleid al is ingezet in Rotterdam. Tevens benoemen we welke interventies al plaatsvinden in de gemeente. Of we verwijzen naar mogelijke (effectieve) interventies. Daarbij richten wij ons zoveel mogelijk op een integrale aanpak van de problematiek (voor meer info zie paragraaf 2.2 'prominente rol voor preventie'). Hoofdstuk 7 beschrijft een algemene toekomstverkenning met enkele lokale gegevens voor de gemeente Rotterdam. Het rapport sluit af met een slotwoord in hoofdstuk 8. Als bijlage is het gezondheidsprofiel van Rotterdam opgenomen, een tabel met cijfers uit de verschillende onderzoeken en registraties op basis waarvan dit rapport tot stand is gekomen.

In deze tabel zijn ook de gegevens voor de deelgemeenten opgenomen.

In Rotterdam is de steekproef van de gezondheidsmonitor voor volwassenen in 2012 opgehoogd naar wijkniveau. Hierdoor is het mogelijk om opvallende en/of relevante gegevens op wijkniveau te presenteren. Als aanvulling op dit rapport wordt een tabellenboek met wijkcijfers van Rotterdam uitgegeven.

Interpretatie van regionale gezondheidsinformatie

In dit rapport worden, indien mogelijk, de lokale cijfers vergeleken met die van de regio. Deze vergelijking met de regio omvat het gemiddelde van de regiogemeenten gezamenlijk, exclusief Rotterdam. Indien Rotterdam is inbegrepen spreken we over de regio Rotterdam-Rijnmond en wordt dit expliciet vermeld in de tekst. Alleen als een gemeente (significant) afwijkt van het regionaal gemiddelde is dit opgenomen in de tabel van bijlage 1.

Wanneer in het rapport een verschil vermeld wordt, is dit altijd een significant verschil. Significant wil zeggen dat het verschil met een waarschijnlijkheid van 95% niet op toeval berust.

Het merendeel van de gepresenteerde gegevens is afkomstig uit onderzoek van de GGD Rotterdam-Rijnmond, zoals de Integrale Monitor volwassenen 2012 (IM 2012) en Jeugd Rijnmond in Beeld 2011 (JRB 2011). Deze gegevens zijn afkomstig op basis van zelfrapportage. Ook zijn landelijke gegevens gebruikt uit de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012. Daarnaast is gebruikt gemaakt van registratiegegevens van lokale en landelijke gezondheids- en zorgorganisaties.

Voor sommige uitkomstmaten is het mogelijk op gemeenteniveau een vergelijking te maken met een voorgaande meting. Dit is alleen gedaan als de vraagstelling vergelijkbaar is. In deze rVTV is gekozen om voor de volwassenen te splitsen in twee leeftijdsgroepen; 19 tot en met 64 jaar en 65 jaar en ouder. In de voorgaande meting onder de volwassenen van 2008 zijn cijfers gepubliceerd over 16- tot en met 54-jarigen en 55-plussers. De cijfers van 2008 zijn opnieuw berekend voor de leeftijdsgroepen die gehanteerd worden in deze rVTV. De in dit rapport opgenomen prevalentiecijfers van 2008 zijn hierdoor niet vergelijkbaar met de cijfers van de rVTV van 2010.

2 Het lokale en landelijke gezondheidsbeleid

2.1 De vierjaarlijkse cyclus

De GGD Rotterdam-Rijnmond maakt eens per vier jaar een integrale analyse van de onderzoeksresultaten van de GGD en relevante andere partijen in de vorm van een regionale VTV. Deze rVTV ondersteunt de onderbouwing van de vierjaarlijks op te stellen lokale nota's volksgezondheid en gemeentelijk beleid over aan volksgezondheid gerelateerde terreinen (jeugdbeleid, sportbeleid, Wmo-beleid). Ook lokale college- en partijprogramma's kunnen steunen op de rVTV. Het moment waarop de rVTV beschikbaar komt is daarop afgestemd: voorafgaand aan de gemeenteraadsverkiezingen.

Het RIVM rapporteert elke vier jaar over de ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland. Van deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), verschijnt in juni 2014 de zesde uitgave (www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/VTV_2014). De inzichten uit de VTV vormen een basis voor de landelijke nota volksgezondheid van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

In mei 2011 is de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' verschenen. Het kabinet houdt in deze nota vast aan vijf speerpunten op het gebied van de publieke gezondheid uit de preventienota 2006. De landelijke geformuleerde thema's zijn: overgewicht, diabetes, depressie, roken, schadelijk alcoholgebruik en bewegen. Het accent ligt daarbij op bewegen. Met ingang van 1 december 2012 is seksualiteit en seksuele diversiteit toegevoegd in kerndoel 38 van de Kerndoelen Primair Onderwijs. Deze kerndoelen zijn eisen die de overheid aan het primair onderwijs stelt. Ook de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' noemt seksuele gezondheid naast bovengenoemde zes prioriteiten expliciet als speerpunt. In deze rVTV sluiten we hierop aan door seksuele gezondheid als zevende landelijke speerpunt op te nemen.

2.2 Prominente rol voor preventie

In oktober 2013 is het Nationaal Programma Preventie 2014-2016 'Alles is Gezondheid...' verschenen. Hierin beoogt het kabinet om de goede gezondheidssituatie van Nederland op peil te brengen, te houden en de bewoners te beschermen tegen gezondheidsrisico's, vooral waar het gaat om groepen met een gezondheidsachterstand. De insteek hierbij is de gezondheid van mensen bevorderen en chronische ziekten voorkomen, door een integrale aanpak in de omgeving waarin zij wonen, werken, leren en leven.

Integraal beleid is erop gericht de factoren die van invloed zijn op de gezondheid in samenhang aan te pakken. Dus niet alleen maatregelen vanuit gezondheidsbeleid, maar ook vanuit andere (gemeentelijke) beleidsterreinen. Om dit concreet te maken, zijn vijf pijlers geformuleerd:

1. fysieke en sociale omgeving
2. regelgeving en handhaving
3. voorlichting en educatie
4. signalering en advies
5. ondersteuning

In deze rVTV inventariseren we aan de hand van de (voor lokaal beleid relevante) pijlers welke interventies en acties al in de gemeente worden uitgevoerd. Tevens formuleren we aandachtspunten voor nieuw beleid. Bij de keuze van interventies moeten we rekening houden met de gestelde doelen en de doelgroep waarvoor de interventie bestemd is. Sluit de interventie ook aan bij de motivaties en mogelijkheden van de (specifieke) doelgroepen? Dit laatste kan met sociale marketing (zie tekstvak).

Ook bescherming tegen gezondheidsbedreigingen van buitenaf krijgt veel aandacht in het

Nationaal Programma Preventie 2014-2016. Daarbij gaat het zowel om het op peil houden van het huidige hoge niveau als de voortdurende alertheid om nieuwe bedreigingen, zoals infectieziekten, milieurisico's en resistentie van bacteriën, het hoofd te bieden.

Social marketing

Wat is social marketing?

Social marketing gaat verder dan het betrekken of laten participeren van de doelgroep. Met social marketing kruipt u in de huid van de doelgroep. U onderzoekt niet alleen wat uw doelgroep denkt of voelt over gezondheid, maar ook wat hen in hun dagelijks leven werkelijk motiveert, wat hen raakt, waarvoor zij in beweging komen. Social marketing helpt u deze drijfveren te herkennen en te vertalen naar een effectieve aanpak.

Waarom?

De publieke gezondheidszorg werkt met doelstellingen. Om die doelstellingen te halen is het vaak nodig dat anderen in actie komen. Burgers die hun gedrag veranderen, samenwerkingspartners die actief meewerken en collega's die de juiste keuzes maken. Maar hoe zorgt u ervoor dat u uw doelgroep bereikt en dat die ander echt in beweging komt? Social marketing is een bruikbaar instrument om aangrijpingspunten te vinden om het gedrag bij de doelgroep te kunnen veranderen.

Wat levert het op?

Een marketinganalyse vóóraf leidt tot een scherpere doelstelling en daarmee een hogere effectiviteit van de uiteindelijke inzet van middelen. Met social marketing wordt een bepaald gedrag aantrekkelijker gemaakt voor de doelgroep. U zoekt naar een toegevoegde waarde die hen aanspreekt (www.loketgezondleven.nl).

2.3 De laatste ontwikkelingen op het gebied van de zorg

Het Rijk geeft gemeenten steeds meer taken en verantwoordelijkheden. Op 1 januari 2015 krijgen de gemeenten er veel nieuwe taken bij op het gebied van (jeugd)zorg, welzijn en activering.

Daarnaast wordt vanaf 2015 ook de uitvoering van de Participatiewet (voor Wet werk en bijstand, voormalig Wajong en Wsw) bij gemeenten gelegd. Mensen met een bijstandsuitkering en gedeeltelijk arbeidsongeschikten vinden vaak moeilijk werk. Met de Participatiewet wil het kabinet hen helpen weer mee te doen in de samenleving. De inhoud van deze wet wordt nog uitgewerkt.

De genoemde decentralisaties van overheidstaken vormen een grote uitdaging voor gemeenten. De nieuwe taken en taakstelling, vragen niet alleen om een transitie (het inregelen van de nieuwe taken) maar ook om een transformatie (het opnieuw inrichten van processen en toepassen van nieuwe werkwijzen). Niet alleen komen er nieuwe taken op gemeenten af, de bezuinigingen zijn fors. Maar er zijn ook kansen. Voor het eerst krijgt de gemeente zeggenschap over praktisch het hele sociale domein. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid dwarsverbanden te leggen tussen de Wmo/ Awbz, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen. Dat betekent: inzetten op preventie en ondersteuning bundelen en efficiënter aanbieden (www.divosa.nl).

Door middel van het programma 'Samenhang in de vernieuwing/3 decentralisaties' wordt er in Rotterdam gestuurd op de samenhang in de vernieuwingsopgave op het gebied van (jeugd) zorg, welzijn en activering.

2.3.1 Decentralisatie Awbz naar Wmo en de participatiebereidheid

Per 2015 wordt de begeleiding, ondersteuning en verzorging uit de Awbz overgeheveld naar de Wmo. Bovendien vervalt de aanspraak op dagbesteding. De aanspraak op persoonlijke

verzorging wordt niet naar de gemeenten overgeheveld, maar zal door zorgverzekeraars worden uitgevoerd. Het gaat in Rotterdam om meer dan 10.000 burgers, meer dan 40 zorgaanbieders en een inkoopbudget van naar verwachting € 120 mln. Het implementatieteam Awbz/ Wmo van het Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling is verantwoordelijk voor het begeleiden van dit proces.

'Meedoen' is het centrale doel van de Wmo. De wet maakt daarbij duidelijk dat het wenselijk is dat ondersteuning van mensen met beperkingen meer dan in de Awbz vorm krijgt vanuit het perspectief van maatschappelijke participatie en minder vanuit het perspectief van zorgverlening. Zelfredzaamheid is in de Wmo een randvoorwaarde voor participatie. Burgers moeten zoveel mogelijk zelf de regie over hun leven voeren. Ondersteuning moet waar mogelijk geregistreerd worden door mensen met een zorgvraag zelf. Wanneer zij, met behulp van hun directe omgeving, hiertoe niet in staat zijn, moet zoveel mogelijk worden geprobeerd dat te veranderen. Alleen als regie vanuit het sociale systeem van mensen met beperkingen structureel niet mogelijk is, ontstaat op individueel niveau een regierol voor professional of overheid (Hoenderkamp, 2013).

Wetenschappers en beleidsmakers verwachten positieve effecten van maatschappelijke participatie, zowel voor de maatschappij als de participant zelf. Deze effecten zijn sterker naarmate de participatie actiever is (www.scp.nl). Recent onderzoek van TNS NIPO laat zien dat een ruime meerderheid van de Nederlandse burgers bereid is om iets te doen. Het deel dat bereid is te participeren, is veel groter dan het deel dat het nu al doet. Hierdoor is er groeipotentie voor de 'zelfredzaamheid'.

Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de potentie voor burgerparticipatie sterk verschilt per type Nederlander. 'Meedoen' hangt vooral af van de hoeveelheid contact die mensen al met elkaar hebben in de woonbuurt en de sociaaleconomische status, vastgesteld aan de hand van opleidingsniveau en beroep. Mensen met een hogere status én veel contact in de buurt (ongeveer 40% van de bevolking) zijn het meest bereid iets voor elkaar of voor 'zwakkeren' in de buurt te doen. In wijken met veel onderling contact en veel mensen met een lagere economische status is men ook tot veel bereid.

Mensen met een hoge sociaaleconomische status, maar met weinig contacten in de woonbuurt zijn minder bereid iets in de buurt te doen, maar zij hebben wel de middelen (geld en netwerken) om benodigde hulp of zorg te regelen. De grootste zorg ligt bij degenen die op beide dimensies laag scoren: weinig contact en lage welstand (de armere passieven, ongeveer 10% van de bevolking). Gelet op de genoemde verschillen is er geen eenduidige oplossing om participatiebereidheid te vergroten. Per gebied moet onderzocht worden wat de mogelijkheden zijn (Kanne, Van den Berg en Albeda, 2013).

2.3.2 Decentralisatie Jeugdzorg

Tenslotte zijn gemeenten per 2015 ook verantwoordelijk voor de jeugdzorg. Het gaat hier om de overgang van de provinciale jeugdzorg, de jeugdbescherming en -reclassering, de jeugdggz en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd naar het nieuwe jeugdstelsel. Met het plan 'Voor de jeugd: het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel (NRJ)' geeft de gemeente Rotterdam richting aan het nieuwe stelsel voor de jeugdhulp.

Met de decentralisatie van de jeugdzorg vastgelegd in de nieuwe Jeugdwet¹ krijgen de gemeenten in de regio Rijnmond de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg in de volle breedte. Dat betekent dat zij de regie voeren over alle onderdelen van de jeugdzorg, van jeugdgezondheidszorg tot jeugdreclassering (Programmaplan decentralisatie

¹ Op 2 juli 2013 is de jeugdwet naar de tweede kamer is verzonden. Het wetsvoorstel is op 17 oktober 2013 door de Tweede Kamer aangenomen. De behandeling van de nieuwe Jeugdwet is echter uitgesteld tot het voorjaar van 2014.

jeugdzorg, samenwerkende gemeenten regio Rotterdam 2012-2015). Gemeenten waren al verantwoordelijk voor de collectieve preventietaken voor jeugdigen in het kader van de Wet Publieke Gezondheid. Voor het hele werkveld geldt de beleidsvrijheid van de gemeenten. Daardoor kunnen gemeenten zelf vanaf 2015 de hele keten in de jeugdzorg en het jeugd beleid ontwikkelen en regisseren. Met de decentralisatie wordt naast een stelselwijziging ook een transformatie van de jeugdzorg beoogd. Er dient onder regie van gemeenten anders hulp te worden geboden aan jeugdigen en gezinnen. Deze hulp wordt gekarakteriseerd door 'zo vroeg mogelijk', 'zo licht mogelijk', 'zo kort mogelijk' en 'geboden in coördinatie en in samenhang' (één gezin, één plan, één regisseur).

Voor bepaalde onderdelen van het jeugd beleid (bijvoorbeeld de inkoop van duurdere voorzieningen en afspraken op het terrein van jeugdbescherming, jeugdreclassering en AMHK) wordt regionale of bovenlokale samenwerking aanbevolen of soms verplicht gesteld. De gemeenten in de regio Rotterdam-Rijnmond werken nauw samen bij het bepalen van het deel waar samen afspraken over gemaakt moeten worden.

Jeugd beleid in de breedte wordt dus een gemeentelijke verantwoordelijkheid met op een aantal terreinen gemeenschappelijke afspraken met buur- en/of regiogemeenten. Alle gemeenten bereiden zich momenteel voor op deze nieuwe taak vanaf 2015. In dat kader moet ook de nieuwe rVTV 2014 worden gezien. De GGD levert gegevens over de gezondheidsproblemen in een gemeente. Het is van belang dat gemeenten zelf die gegevens (met name gegevens over de jeugd) als uitgangspunt nemen voor het formuleren van beleidsaanbevelingen voor het jeugd beleid gedurende de nieuwe collegeperiode 2014-2018.

Tevens heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond als voorbereiding op de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten het onderzoek 'Startfoto Rotterdam. Zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011' uitgevoerd. In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over jeugdigen die in 2010 en 2011 gebruik maakten van het lokale preventieve aanbod en/of het geïndiceerde aanbod van jeugdzorg. De gegevens over het zorggebruik van de Rotterdamse jeugd zijn grotendeels gebaseerd op cliëntbestanden van instellingen en zorgaanbieders.

Evenals de andere twee decentralisaties is die van de jeugdzorg ook een bezuinigingsoperatie. De opdracht aan gemeenten is om uiteindelijk de (duurdere) zorg te ontlasten en de preventie te versterken. Hiermee worden preventie en zorg als communicerende vaten opgevat. De gezondheidstoestand van de bevolking die uit de rVTV-cijfers spreekt, aangevuld met zo specifiek mogelijke gegevens over het zorggebruik van de jeugdigen per gemeente, vormen samen de bouwstenen voor het formuleren van de nieuwe gemeentelijke beleidsaanbevelingen op het terrein van jeugd (GGD Nederland, Meedoen is Gezond, 2013). Doordat er nu wordt ingezet op meer preventie en het versterken van de eigen kracht en het netwerk van gezinnen zal eventuele gespecialiseerde hulp tijdig, op maat en dicht bij het gezin beschikbaar moeten zijn. Verschillende ZonMw-programma's leveren bruikbare kennis en inspiratie om deze omslag te ondersteunen (<http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/jeugd/zonmw-en-transformatie-jeugd/>).

2.3.3 Wijkteams en Vraagwijzers

Volwassenen

Rotterdam gaat de langdurige zorg en ondersteuning aan ouderen, chronisch zieken en gehandicapten dicht bij de mensen organiseren. Het uitgangspunt daarbij is dat Rotterdammers zoveel mogelijk zelf organiseren, al dan niet met ondersteuning van familie, kennissen of burens of andere vrijwilligers.

Om zorg dichtbij te organiseren, richt Rotterdam zogenaamde Wijkteams in. De medewerkers van de Wijkteams gaan af op Rotterdammers die meerdere problemen hebben. Samen brengen zij in kaart wat de problemen zijn en hoe ze die kunnen aanpakken. De teams leveren waar nodig een aantal maanden zelf hulp en ondersteuning of zorgen voor een eventuele doorverwijzing naar de juiste specialist. Naast de wijkteams komen er in de stad een aantal

plekken waar Rotterdammers zelf naar kunnen om ondersteuning te vragen. Deze noemen we nu de Vraagwijzers. Het ontwikkelen en organiseren van de Toegang en Wijkteams is de opdracht van het project Implementatie Toegang Volwassenen Maatschappelijke Ontwikkeling (www.rotterdam.nl/vernieuwenzorgenwelzijn).

Jeugd

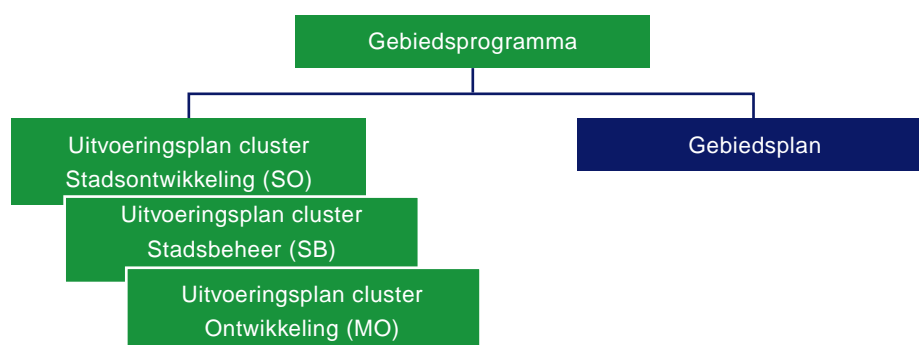
In alle Rotterdamse wijken komen ook wijkteams voor Jeugd en Gezin. Zo'n wijkteam bestaat uit vertegenwoordigers van het Centrum voor Jeugd en Gezin, jeugdhulpinstellingen, welzijnsorganisaties en schoolmaatschappelijk werk. Hier kunnen ouders met een hulpvraag terecht. Het wijkteam zorgt ervoor dat het gezin weer zelf de regie in handen krijgen. Een wijkteam geeft advies, verleent zelf hulp of verwijst snel door naar de juiste plek. Zonodig helpt het wijkteam ook bij andere zaken zoals het aanbrengen van structuur in het huishouden, het ordenen van de financiën, het zoeken naar werk en het opvoeden van de kinderen. Het uitgangspunt bij het verlenen van hulp in de wijk is: het aanboren van eigen kracht en die van de kinderen in hun eigen omgeving (www.rotterdam.nl/nieuwrotterdamsjeugdsetel). De inzet van wijkteams en vraagwijzers sluit aan bij het gebiedsgericht werken waar Rotterdam op in gaat zetten (zie ook paragraaf 2.4).

2.4 Gebiedsgericht werken in Rotterdam

Op 19 maart 2014 worden in Rotterdam, na veertig jaar, de deelgemeenten opgeheven en wordt een nieuw stelsel ingevoerd. Het uitgangspunt is dat in Rotterdam gebiedsgericht en Rotterdammer-gericht wordt gewerkt. De gemeentelijke overheid stelt de Rotterdammer centraal en organiseert zich zo dat Rotterdammers de ruimte krijgen om de eigen kracht zoveel mogelijk te benutten en mogelijke belemmeringen weg te nemen. Rotterdammer-gericht werken, is in dat opzicht complementair aan het gebiedsgericht werken. Hiervoor worden 14 gebiedscommissies ingesteld die qua gebiedsindeling en gebiedsnaamgeving gelijk zijn aan de voormalige deelgemeenten. De gebiedscommissies zijn onderdeel van het totale stadsbestuur. De gebiedscommissies spelen een belangrijke rol op het gebied van veiligheid, buitenruimte en wijkwelzijn.

Eind 2013 is voor 45 gebieden (buurten of buurtcombinaties) een gebiedsplan opgesteld. In maart 2014 ligt er voor elk gebied een uitvoeringsplan. De uitvoeringsplannen bevatten de stedelijke kaders met een gebiedsgerichte invulling en komen onder de vlag van de clusters (waaronder het Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling) en directie Veilig tot stand. Een gebiedsplan komt tot stand met de bewoners en organisaties in het gebied onder de vlag van de gebiedscommissie. Samen vormen deze plannen het gebiedsprogramma. Dit biedt de kans om gezondheid meer op de kaart te zetten.

Figuur 2.1 Samenhang tussen het gebiedsprogramma, de uitvoeringsplannen en het gebiedsplan.



3 De bevolking van gemeente Rotterdam

Thematische kernboodschap voor het gezondheidsbeleid van Rotterdam

Bevolking

Rotterdam is een gemeente met een grote diversiteit. De bevolkingsomvang zal de komende jaren licht toenemen. Ook in Rotterdam zal de vergrijzing licht toenemen van 14% in 2012 tot 18% in 2030. Naar verwachting is de grijze druk in 2030 het hoogst in de deelgemeenten Hoogvliet, Rozenburg, Prins Alexander en Hoek van Holland. De grijze druk zal stijgen tot boven de 40% en is meer vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde.

Sociaaleconomische status

Rotterdam heeft een groot aantal gebieden en wijken met een lage sociaaleconomische status. De armoede is de afgelopen jaren verder toegenomen. Een laag opleidingsniveau en een ongunstige financiële situatie zijn van invloed op de gezondheid. Een wijkgerichte aanpak gericht op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is nodig.

Rotterdam, stad aan de Maas, is met ruim 616.000 inwoners de op één na grootste stad van Nederland. Een jonge, dynamische wereldstad met een onstuimig kloppend hart. Een stad die zichzelf in hoog tempo blijft vernieuwen. De Rotterdamse haven behoort tot de grootste en belangrijkste havens ter wereld. Rotterdam is een multiculturele stad en heeft inwoners van meer dan 160 verschillende nationaliteiten. Rotterdam bestaat uit 14 deelgemeenten, maar deze worden in de huidige vorm vanaf maart 2014 opgeheven. De naam deelgemeenten vervalt en wordt vervangen door gebieden. Per gebied wordt een gebiedscommissie ingesteld die tezamen met het gemeentebestuur één gemeentelijke overheid vormt.

3.1 Relatie bevolkingssamenstelling en gezondheid

Vergrijzing

Als gevolg van de vergrijzing van de naoorlogse geboortegolf (babyboom) zal het aantal sterfgevallen in de komende decennia flink toenemen. Ouderen hebben relatief vaker last van chronische aandoeningen. Door de toenemende vergrijzing zal het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoening(en) groter worden. Ook zal de druk op de zorg toenemen door de vergrijzing.

Etnische herkomst

De gezondheidstoestand van vooral niet-westerse allochtonen is over het algemeen minder goed dan die van autochtone Nederlanders. Hiervoor is een aantal oorzaken:

- verschillen in leefstijlen die invloed hebben op gezondheid. Allochtonen gedragen zich voor wat betreft sommige leefstijlfactoren gezonder dan autochtonen, maar voor andere leefstijlfactoren juist ongezonder
- het (preventieve) zorggebruik van allochtonen wijkt af van dat van autochtone Nederlanders, de toegankelijkheid van de zorg is voor allochtonen niet minder
- het gebruik van kraamzorg loopt achter, de deelname aan het rijksvaccinatieprogramma onder allochtonen is juist goed
- bij allochtonen is veelal sprake van een opeenstapeling van factoren die samengaan met een slechtere gezondheid. Zo hebben niet-westerse allochtonen in vergelijking met autochtonen gemiddeld een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Ook hebben niet-westerse allochtonen over het algemeen een minder gunstige arbeidsmarktpositie dan autochtonen en een groot aandeel allochtonen woont in achterstandswijken van de grote steden (www.nationaalkompas.nl)

Sociaaleconomische status

De gezondheid van mensen in lagere sociaaleconomische groepen is over het algemeen slechter dan die van mensen in hogere sociaaleconomische groepen. Mensen met alleen basisschool leven zeven jaar korter dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding.

Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs meer dan vijftien jaar. Laagopgeleiden hebben over het algemeen ook meer gezondheidsproblemen dan hoogopgeleiden en hun ervaren gezondheid is slechter. Deze verschillen tussen sociaaleconomische groepen zijn de afgelopen tien jaar niet kleiner geworden (www.nationaalkompas.nl).

Huishoudsamenstelling

Gehuwde mensen leven langer dan nooit-gehuwden en mensen die gescheiden of verweduwd zijn. Voor mannen geldt dit sterker dan voor vrouwen. Voor mensen die al jaren samenwonen, geldt waarschijnlijk dat hun relatie wat betreft de effecten op sterfte gelijk kan worden gesteld aan het huwelijk, daarnaast blijkt dat alleen al het hebben van een partner samenhangt met een betere gezondheid. Ook hebben samenwonenden in vergelijking met alleenstaanden een betere ervaren gezondheid.

De hogere sterftetekansen van niet-gehuwden zijn mogelijk het gevolg van verschillen in leefstijl tussen gehuwden en niet-gehuwden. Alleenstaanden leven ongezonder en risicovoller dan gehuwden (www.nationaalkompas.nl).

3.2 Aantal inwoners en bevolkingsopbouw

Op 1 januari 2013 had Rotterdam 616.319 inwoners. De gemeente Rotterdam valt in de categorie zeer sterk stedelijk² (CBS, 2012), maar omvat ook gebieden die minder stedelijk zijn. Tabel 3.1 laat zien dat Pernis, Hoek van Holland en Rozenburg een weinig tot matig stedelijk karakter hebben. Op wijkniveau is ruim 60% van de wijken in Rotterdam zeer sterk stedelijk.

Tabel 3.1 De mate van stedelijkheid per deelgemeente (OAD, CBS 2012).

Deelgemeente	Gemiddelde OAD	Omschrijving
Pernis	733	weinig stedelijk
Hoek van Holland	1.037	matig stedelijk
Rozenburg	1.209	matig stedelijk
Overschie	1.761	sterk stedelijk
Hoogvliet	2.049	sterk stedelijk
Hillegersberg-Schiebroek	2.305	sterk stedelijk
IJsselmonde	2.570	zeer sterk stedelijk
Prins Alexander	2.653	zeer sterk stedelijk
Charlois	3.742	zeer sterk stedelijk
Feijenoord	4.604	zeer sterk stedelijk
Kralingen-Crooswijk	5.248	zeer sterk stedelijk
Delfshaven	5.263	zeer sterk stedelijk
Rotterdam Centrum	6.173	zeer sterk stedelijk
Noord	6.325	zeer sterk stedelijk

Figuur 3.1 toont de demografische opbouw van de gemeente. Daarnaast is de verwachte demografische opbouw in 2030 af te lezen. De verwachting voor 2030 is dat het aantal inwoners toeneemt tot 660.000 (COS, 2012). In de deelgemeenten Pernis, Rozenburg en Charlois wordt een beperkte groei verwacht (Hoppesteyn, 2012). Stadscentrum is naar verwachting de snelst groeiende deelgemeente. Deze groei vindt vooral plaats onder de potentiële beroepsbevolking.

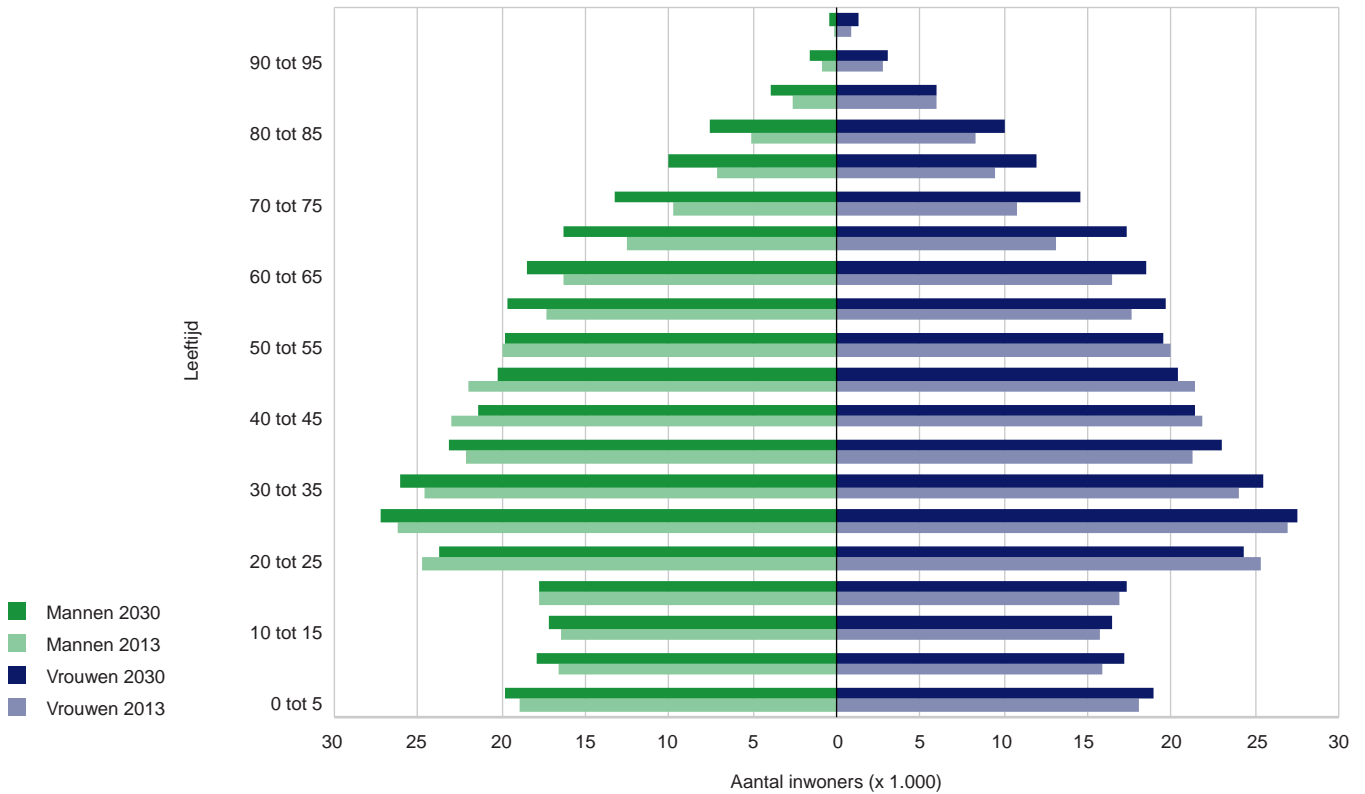
De demografische druk is lager in Rotterdam dan gemiddeld in Nederland (58% versus 66%). Dit komt vooral door een lagere grijze druk³ (23% en 28%). De grijze

² De mate van stedelijkheid van een gemeente is bepaald aan de hand van de omgevingsadressendichtheid (OAD).

³ Voor de definitie van grijze druk zie Bevolkingsgroei: grijze druk in bijlage 3

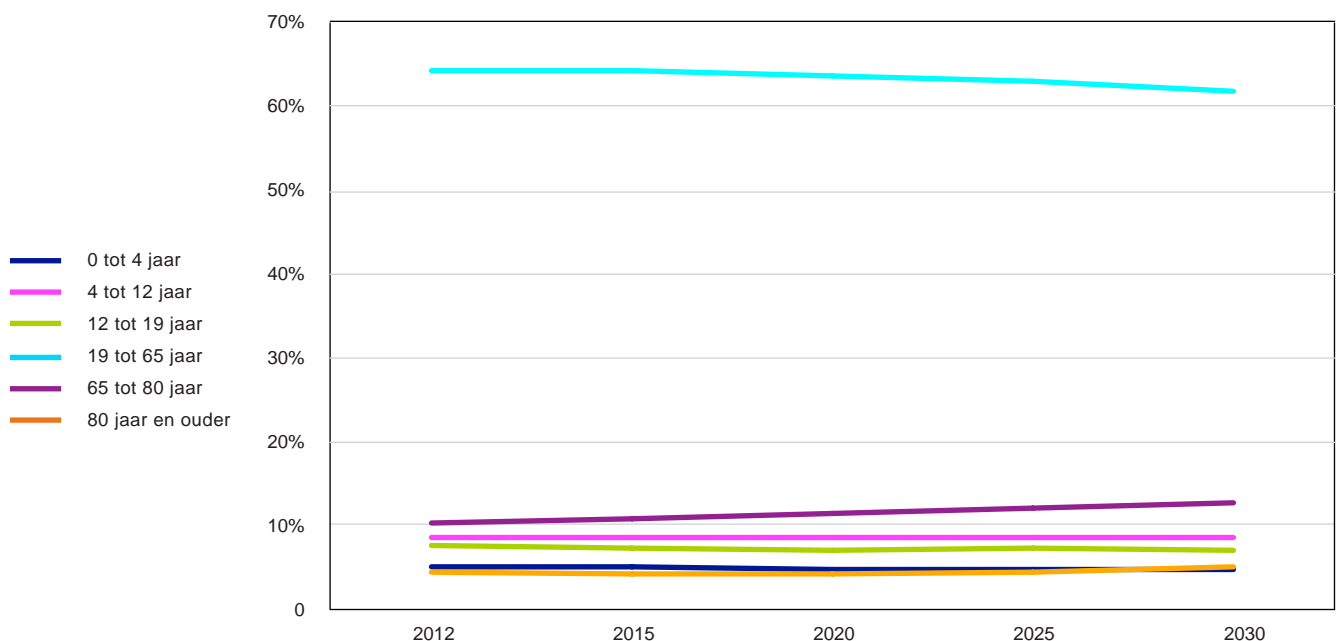
druk is in Overschie (28%), Pernis (30%), IJsselmonde (31%), Hillegersberg-Schiebroek (32%), Rozenburg (33%), Hoogvliet (34%), Prins Alexander (34%) Hoek van Holland (37%) vergelijkbaar of hoger dan het landelijk gemiddelde (28%).

Figuur 3.1 Demografische opbouw in Rotterdam op 1 januari 2013 en verwachte opbouw in 2030 (GBA OBI, 2012 en 2013).



Figuur 3.2 geeft de verwachte relatieve bevolkingsontwikkeling weer voor zes afzonderlijke leeftijdscategorieën. Naar verwachting neemt het aandeel 65-plussers tussen 2012 en 2030 toe van 14% tot 18%. Er is een lichte afname te zien voor de groep 19- tot 65-jarigen.

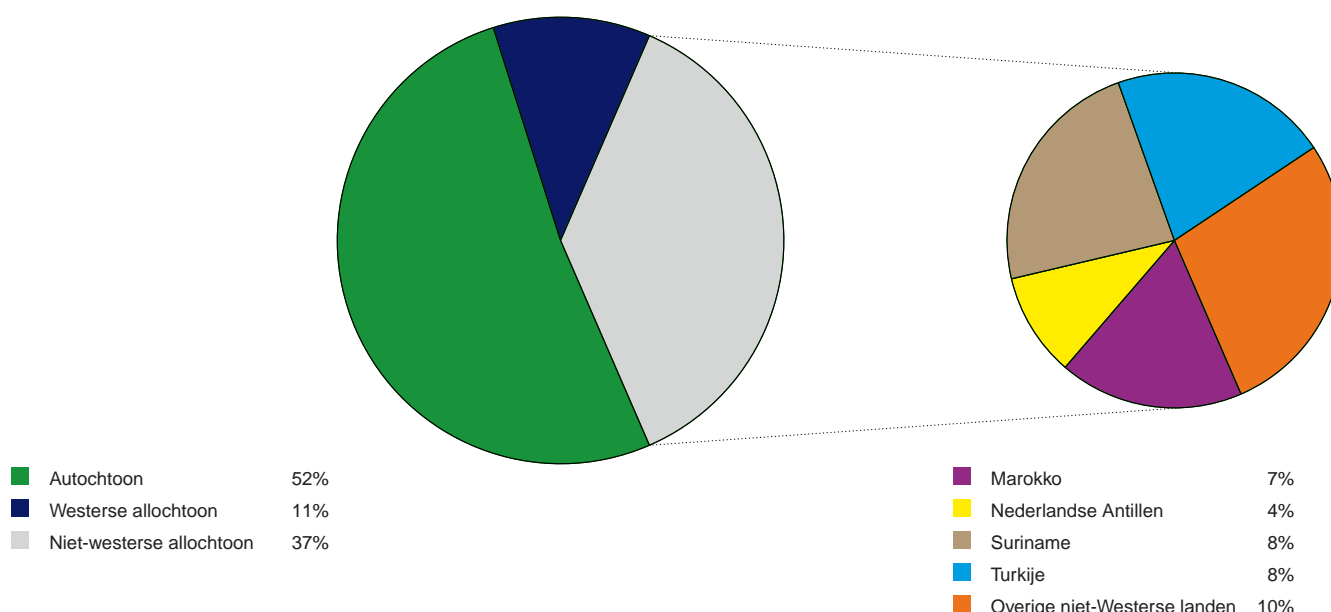
Figuur 3.2 Verwachte relatieve bevolkingsontwikkeling in Rotterdam (GBA OBI, 2012).



De etnische herkomst van de inwoners wordt weergegeven in *figuur 3.3*. Van de Rotterdammers heeft 49% een niet-Nederlandse herkomst; ruim een derde (37%) heeft een niet-westerse herkomst. De herkomst van de bevolking is grotendeels vergelijkbaar met die van Amsterdam, een uitzondering hierop is het grotere aandeel inwoners met een Caribische achtergrond in Rotterdam.

Binnen Rotterdam zijn er grote verschillen in herkomst van de bevolking. De deelgemeenten Delfshaven, Charlois en Feijenoord hebben relatief gezien het grootste aandeel inwoners met een niet-westerse herkomst. De deelgemeenten Hoek van Holland, Rozenburg en Pernis hebben relatief weinig inwoners met een niet-westerse herkomst. Op wijkniveau kan het aandeel inwoners met een niet-Nederlandse herkomst oplopen tot 80% of meer. Deze grote diversiteit komt voor in de wijken Feijenoord, Hillesluis, Bospolder, Tussendijken en Spangen.

Figuur 3.3 Etnische herkomst van inwoners van Rotterdam op 1 januari 2013 (GBA OBI, 2013).



Eenpersoonshuishoudens

In Rotterdam woont 47% van de inwoners in een eenpersoonshuishouden. Dit is hoger dan in Nederland (37%). In Rotterdam Centrum (62%) komen de meeste eenpersoonshuishoudens voor gevolgd door Noord en Kralingen-Crooswijk (beiden 55%).

3.3 Sociaaleconomische status

In Rotterdam bedraagt het gemiddeld besteedbaar inkomen van particuliere huishoudens €21.700. Dit is hoger dan het gemiddeld besteedbaar inkomen in Nederland van €20.000. Van de huishoudens in de gemeente leeft 14,9% van de huishoudens in 2011 onder de lage-inkomensgrens. Dit is hoger dan het landelijke gemiddelde van 8% in 2011 en 9,4% in 2012. Het aantal armen in Rotterdam bedraagt 65.000 (CBS en SCP, 2013). Van de 20 armste postcodegebieden liggen er negen in Rotterdam. Van de kinderen tot 18 jaar groeit 27% op in een gezin met een inkomen tot 120 procent van het sociaal minimum. Ook dit is ruim twee keer zo hoog als het landelijk gemiddelde van 12% (Vergelijkingsinstrument Jeugd en Gezin, 2010).

Ook op basis van zelfgerapporteerde gegevens blijkt dat zowel het aandeel 19- tot 65-jarigen (37%) als het aandeel 65-plussers (21%) dat moeite heeft met rondkomen in Rotterdam fors hoger is ten opzichte van Nederland (25% en 14%). In de deelgemeenten Charlois (47%), Feijenoord (45%) en Delfshaven (43%) geeft bijna de helft van de inwoners van 19 tot 65 jaar aan moeite te hebben met rondkomen van het inkomen. De vijf minst gunstige wijken op dit

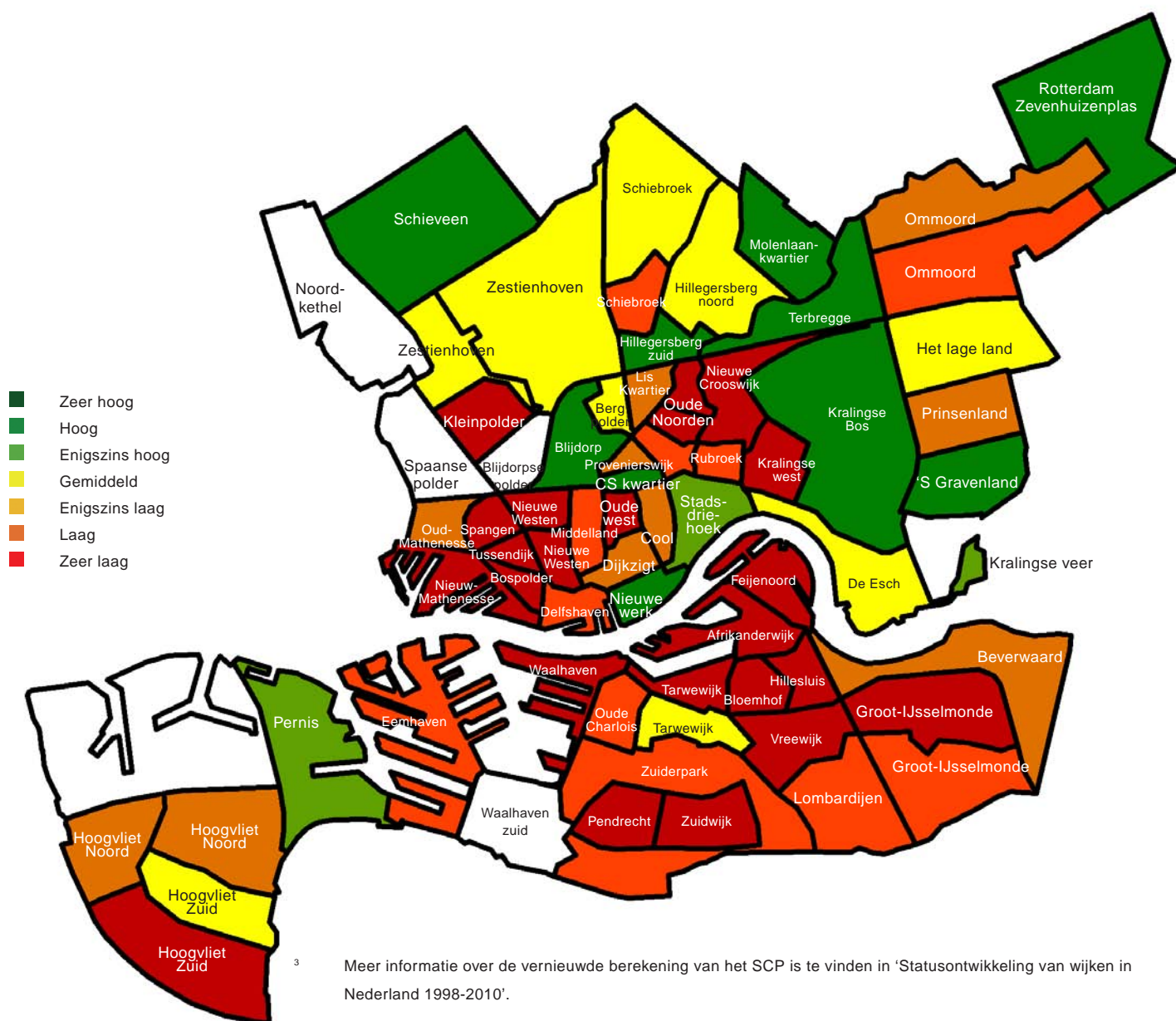
gebied zijn: Afrikaanderwijk (55%), Bospolder (52%), Tussendijken (50%), het Oude Noorden (49%) en Hillesluis (49%).

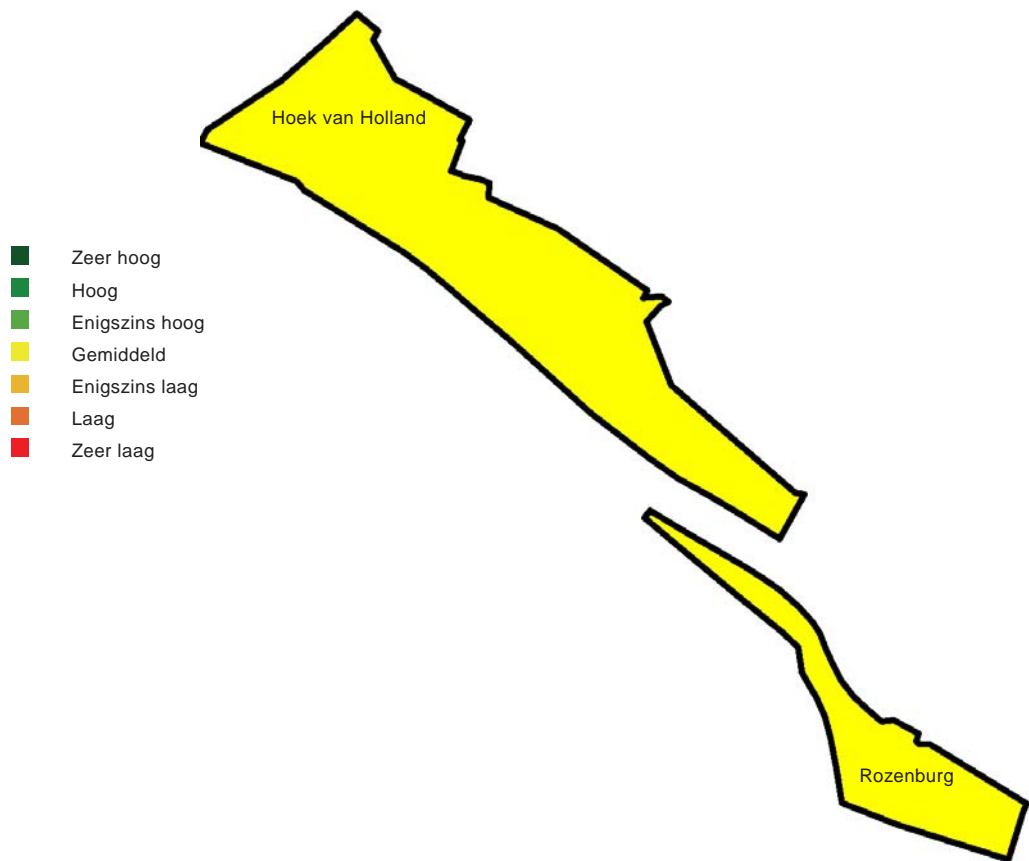
SES-score toegelicht

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) berekent de sociaaleconomische status (SES) van een gebied aan de hand van vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Deze SES-score wordt ingedeeld in zeven groepen, oplopend van lage naar hoge status (SCP, 2010). In *figuur 3.4* is de SES-score te zien voor Rotterdam. Rotterdam is een gemeente met gebieden met een uiteenlopende sociaaleconomische status. De SES-scores variëren van zeer laag tot hoog. De statusscore per viercijferig postcodegebied per deelgemeente is weergegeven in bijlage 2.

Ook in de rVTV van 2010 was een soortgelijke figuur opgenomen, gebaseerd op cijfers van het SCP in 2006. Na 2006 heeft het SCP echter een vernieuwde berekening doorgevoerd⁴. Hierdoor zijn de figuur uit 2010 en de onderstaande figuur niet vergelijkbaar. Door de nieuwe berekening toe te passen op de oorspronkelijke gegevens is vergelijking wel mogelijk. Hieruit blijkt de statusscore van 10 gebieden in Rotterdam lager scoren dan in 2006 en in 18 gebieden is de statusscore hoger dan in 2006.

Figuur 3.4 SES-score per viercijferig postcodegebied in Rotterdam (SCP, 2010 herziene berekening 2012).

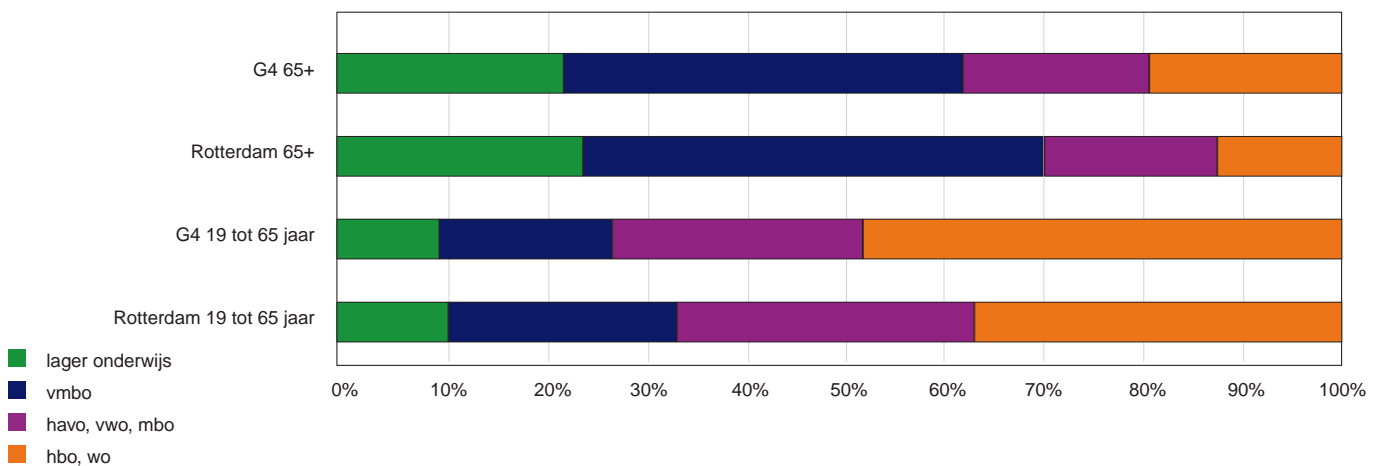




Opleiding

Figuur 3.5 geeft het opleidingsniveau weer van de 19- tot 65-jarigen en de 65-plussers in Rotterdam en in de G4. Het aandeel hoog opgeleiden in de leeftijd van 19 tot 65 jaar is in Rotterdam (35%) hoger dan in de regio (29%), maar is lager dan gemiddeld in de vier grote steden (45%). Het aandeel lager opgeleiden, en in het bijzonder de groep met alleen lager onderwijs, is hoog. Van de 19- tot 65-jarigen heeft 10% alleen lager onderwijs gevolgd en van de 65-plussers 25%. Wat betreft de deelgemeenten is het aandeel inwoners (19 tot 65 jaar) met alleen lager onderwijs hoger in Delfshaven (16%), Feijenoord (16%) en Charlois (15%) dan gemiddeld in Rotterdam.

Figuur 3.5 Opleidingsniveau van de bevolking in Rotterdam en in de G4 naar leeftijd (IM, 2012).



Werk

In Rotterdam heeft 70% van de 19- tot 65-jarigen een betaalde werkkring, 8% van de inwoners in deze leeftijdsklasse is werkloos. Dit is hoger dan de G4 (6%) en hoger dan het Nederlands gemiddelde (4,4%).

Van de ouderen in Rotterdam geeft 28% aan te moeten rondkomen van alleen AOW. Ook hiervoor geldt dat dit hoger is dan gemiddeld in de G4 (26%) en Nederland (21%).

Stapeling van achterstanden

Op Zuid is er sprake van een stapeling van achterstanden op het gebied van woningkwaliteit, werk en inkomen, scholing en onderwijs. De focuswijken op Zuid hebben een relatief jonge bevolking, met veel kinderen die opgroeien in een omgeving waarin het aan veel schort.

De ouders zijn laag opgeleid, hebben weinig te besteden en de leefomgeving is te weinig stimulerend om vooruit te komen. Vanuit het Nationaal Programma Rotterdam Zuid is er de laatste jaren veel aandacht voor deze gebieden (Mooij et al, 2012). Er zijn wijkprogramma's voor zeven focuswijken en vier kantelbuurten opgesteld. Een belangrijk onderdeel daarbij is het werken met Doel-Inspanningen-Middelen-Netwerken (DIN/Ms). Door hierbij koppelingen te maken tussen doelstellingen en inspanningen op mens-niveau (leerlingen, huishoudens, uitkeringsgerechtigden, etc.) wordt 'bottom up' de opgave van een wijk duidelijk.

De kantelbuurten hebben veel kenmerken die vergelijkbaar zijn met die van de focuswijken. Ze zijn alleen veel kleiner (ongeveer 250 woningen). Het is hier vooral zaak om te zorgen dat ze aan de goede kant blijven en niet afglijden naar het niveau van de focuswijken.

Focuswijken in deelgemeente Feijenoord	Focuswijken in deelgemeente Charlois	Kantelbuurten in deelgemeente IJsselmonde
Afrikaanderwijk Bloemhof Hillesluis Feijenoord	Oud Charlois Carnisse Tarwewijk	Thomas a Kempisbuurt Huniadijk Tuinenbuurt Meezenbroekbuurt

4 De gezondheid in Rotterdam

Thematische kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid van de gemeente Rotterdam

Gezondheid in het algemeen

Inwoners van Rotterdam voelen zich minder gezond, hebben een lagere levensverwachting en een hogere sterfte dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting is in Rotterdam zowel voor vrouwen als mannen lager in vergelijking met Nederland; mannen 76,5 jaar versus 78,3 jaar en vrouwen 81,1 jaar versus 82,5 jaar. Dit wordt deels verklaard door de lagere sociaaleconomische status van de bevolking. Er is een grote variatie in samenstelling van de bevolking tussen en binnen de deelgemeenten en mede hierdoor ook grote verschillen in gezondheid. Ook scoort Rotterdam als laagste in de ranglijst voor een gezonde leefsituatie van de jeugd.

Diabetes

Diabetes komt in Rotterdam voor bij 5% van de 19- tot 65-jarigen en 19% van de ouderen. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van de G4 en iets hoger dan gemiddeld in Nederland. Er zijn wijken binnen Rotterdam waar het aandeel ouderen met diabetes oploopt tot 30% (Feijenoord en Delfshaven). Preventie van diabetes blijft belangrijk, want in veel gevallen kan diabetes voorkomen worden.

Psychische gezondheid

Ongeveer de helft van de volwassenen en ouderen in Rotterdam loopt een matig of hoog risico op een depressie of angststoornis. Eén op de tien volwassenen en ouderen loopt een hoog risico op een depressie of angststoornis. Het risico op een depressie is bij ouderen in Rotterdam hoger in vergelijking met de G4 en met Nederland. In de deelgemeenten Feijenoord (12%) en Charlois (15%) is het aandeel 19- tot 65-jarigen met een hoog risico op een depressie of angststoornis hoger in vergelijking met Rotterdam.

Het aandeel kinderen (4 tot 12 jaar) met een verhoogd risico op psychosociale problemen is in Rotterdam 23%. De psychische gezondheid, beoordeeld door de jongeren zelf, lijkt ten opzichte van de voorgaande meting een gunstige ontwikkeling door te maken. Preventieve maatregelen kunnen voorkomen dat inwoners daadwerkelijk psychische problemen ontwikkelen, hiermee kan al in het basisonderwijs gestart worden.

4.1 Gezondheid en leefsituatie in één score

Gezondheid volwassenen in één score

De gezondheidsbarometer is ontwikkeld door de GGD Rotterdam-Rijnmond. Deze gezondheidsbarometer is een beleidsinstrument om de gezondheid van de volwassenen in de tijd te volgen. De meerwaarde van de barometer ligt in de uitdrukking van (de ontwikkeling van) de gezondheidstoestand van de inwoners in één getal. De barometer is gebaseerd op verschillende belangrijke aspecten van zelfgerapporteerde gezondheid: chronische ziekten en aandoeningen, psychosociale gezondheid en sociaal welbevinden.

Voor de barometer geldt: hoe hoger de indexscore, hoe gezonder de inwoners. Het indexcijfer van een deelgemeente is berekend ten opzichte van Rotterdam als referentiegebied.

De gemiddelde indexscore van Rotterdam is gelijk gesteld aan 100. De gezondheid in deelgemeenten Charlois (96) en Feijenoord (97) is minder goed dan Rotterdam. De deelgemeenten Pernis en Hillegersberg-Schiebroek hebben de hoogste score; beiden 104 (IM 2012, bewerking Ö. Erdem RSO 2013).

Leefsituatie kinderen in één score

In het onderzoek Kinderen in Tel (Steketee et al, 2012) krijgen alle gemeenten een score aan de hand van 12 indicatoren. De indicatoren zijn kindersterfte, zuigelingensterfte, met delict voor de rechter, werkloze jongeren, kinderen in jeugdzorg, kinderen in achterstandswijken, kinderen in uitkeringsgezinnen, melding kindermishandeling, achterstandsleerlingen, voortijdig schoolverlaters, speelruimte en tienermoeders. De score drukt het rangnummer uit dat de gemeente heeft op de totale rangorde. De best scorende gemeente krijgt rangnummer 415 en de minst goed scorende rangnummer 1.

De leefsituatie waarin kinderen en jongeren opgroeien in gemeente Rotterdam is in de afgelopen jaren vergelijkbaar gebleven. Rotterdam heeft in 2010 net als in 2008 en 2009 het rangnummer 1. Op wijkniveau lijkt er een kleine verbetering te hebben plaatsgevonden. In 2009 had gemeente Rotterdam 28 wijken in de top 100. In 2010 is dit aantal gedaald tot 23. Op wijkniveau staan vier gebieden van Rotterdam in de top 10; Oude Noorden (Noord) (rangnummer 2), Schiemond (rangnummer 4), Tarwewijk (rangnummer 5) en het Nieuwe Westen (rangnummer 10).

4.2 Levensverwachting en sterfte

Levensverwachting

De levensverwachting was in Nederland in 2012 voor zowel mannen als vrouwen nagenoeg gelijk aan de levensverwachting in 2011. In 2012 was de levensverwachting bij geboorte van mannen 79,1 jaar en voor vrouwen 82,8 jaar (CBS, 2013). Over de periode 2007 tot en met 2010 was de levensverwachting bij geboorte van mannen 78,3 jaar en voor vrouwen 82,5 jaar. In Rotterdam is de levensverwachting over de periode 2007 tot en met 2010 voor mannen 76,5 jaar en voor vrouwen 81,1 jaar. De levensverwachting onder mannen en vrouwen is lager in vergelijking met Nederland.

Binnen Rotterdam is de levensverwachting van mannen en vrouwen in de deelgemeenten Overschie, Kralingen-Crooswijk, Feijenoord, IJsselmonde, Charlois en Hoogvliet lager in vergelijking met Nederland. De levensverwachting is het laagst in de deelgemeenten Feijenoord en Charlois.

Naar verwachting zal de levensverwachting de komende jaren echter weer verder stijgen. Volgens de meest recente bevolkingsprognose ligt de levensverwachting bij geboorte in 2050 op 85,7 jaar voor mannen en op 88,5 jaar voor vrouwen.

De levensverwachting kan opgedeeld worden in gezonde jaren en ongezonde jaren. En hoewel vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen, leven mannen en vrouwen gemiddeld ongeveer even lang in goede gezondheid. Vrouwen hebben dus meer ongezonde jaren. Deze worden doorgaans doorgebracht in 'lichte' ongezondheid (www.nationaalkompas.nl). In gemeente Rotterdam is de levensverwachting in goede ervaren gezondheid voor mannen 61,7 jaar en voor vrouwen 60,7 jaar.

Sterfte

Bijna zes op de tien sterfgevallen heeft kanker of hart- en vaatziekten als doodsoorzaak. Bij mannen zorgt kanker al een aantal jaren voor de meeste sterfte, bij vrouwen de hart- en vaatziekten. In 2012 overleden bijna 141.000 inwoners van Nederland. Hiervan stierf 31% aan kanker. Hart- en vaatziekten waren verantwoordelijk voor 27% van de sterfgevallen. De derde in de groep veel voorkomende doodsoorzaken zijn longziekten (10% in 2012). Samen verklaren deze drie doodsoorzaken bijna 70% van de sterfte in Nederland (CBS, 2013).

De sterfte aan kanker is toegenomen van 27% in 1997 tot bijna 31% in 2012. Bij mannen heeft deze ziekte in 2005 de rol van hart- en vaatziekten als doodsoorzaak nummer één overgenomen. Vrouwen daarentegen overlijden nog steeds iets vaker aan hart- en vaatziekten (CBS, 2013).

Meer dan een kwart van de mannen die aan kanker sterven, gaat dood aan longkanker. Daarnaast overlijdt ruim 12% als gevolg van darmkanker en ruim 10% aan prostaatkanker. Sinds 2007 heeft longkanker ook bij vrouwen het hoogste aandeel in de totale kankersterfte (20% in 2012). In de laatste vijftien jaar is het aantal vrouwen overleden aan longkanker meer dan verdubbeld, van 1.900 in 1997 tot 4.000 in 2012. Borstkanker komt op de tweede plaats bij vrouwen, met bijna 16% van de kankersterfte, gevolgd door darmkanker met een aandeel van 13% (CBS, 2013).

Ten opzichte van Nederland is de totale sterfte in Rotterdam hoger dan op basis van de bevolkingssamenstelling verwacht zou worden. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Er is een hogere sterfte bij mannen en vrouwen aan kanker, hart- en vaatziekten en sterfte aan ziekten van de ademhalingsorganen ten opzichte van Nederland. Ten opzichte van Nederland is de sterfte in het merendeel van de deelgemeenten hoger dan op basis van de bevolkingssamenstelling verwacht zou worden. Alleen in de deelgemeenten Hoek van Holland, Prins Alexander, Pernis en Rotterdam Centrum is de sterfte vergelijkbaar met Nederland.

Verschillende sterftematen

Sterfte kan in verschillende maten uitgedrukt worden. De absolute sterfte is het gemiddeld aantal overledenen in een bepaalde periode. De absolute sterfte is niet te gebruiken voor een vergelijking van de sterfte tussen gemeenten, omdat er geen rekening gehouden wordt met verschillen in populatieomvang of leeftijdsopbouw.

De bruto sterfte is het gemiddeld aantal overledenen per 10.000 inwoners in een bepaalde periode. Bruto sterftecijfers houden wel rekening met verschillen in populatieomvang, maar niet met verschillen in leeftijdsopbouw. In een gemeente met relatief veel oudere inwoners, zal de bruto sterfte naar verwachting relatief hoog zijn. Een hoog bruto sterftecijfer zegt in zo'n geval nog weinig over de gezondheid van deze populatie.

De gestandaardiseerde sterftecijfers kunnen beter gebruikt worden voor het maken van vergelijkingen met een standaardpopulatie (Nederland) of vergelijkingen in de tijd. Twee veel gebruikte maten voor gestandaardiseerde sterfte zijn de Standardised Mortality Ratio (SMR) en de Comparative Mortality Figure (CMF).

Bron: Eysink en Poos, 2012

4.3 Ziekte en aandoeningen

In Rotterdam heeft 22% van de 4- tot 12-jarigen, 37% van de 19- tot 65-jarigen minimaal één chronische aandoening, en 81% van de 65-plussers. De chronische aandoeningen die in Rotterdam voorkomen komen grotendeels overeen met het aandeel in de G4 of in Nederland.

4.3.1 Diabetes

Diabetes vormt als landelijk speerpunt een standaard onderdeel van deze rVTV. Het aantal patiënten met diabetes is sinds de tweede helft van de jaren negentig sterk gestegen, dit geldt zowel voor type 1 als voor type 2 diabetes (www.nationaalkompas.nl). Uit de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012 blijkt dat 3,6% van de 19- tot 65-jarigen diabetes heeft en 16% van de 65-plussers. In Rotterdam heeft 5% van de 19- tot 65-jarigen suikerziekte en 19% van de 65-plussers. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde van de G4 (4,6% en 21%).

Diabetes in deelgemeenten en wijken

Het aandeel ouderen met diabetes is in deelgemeente Feijenoord (29%) en Delfshaven (30%) hoger dan in Rotterdam. Op wijkniveau is het aandeel inwoners van 17 jaar en ouder met diabetes hoger in Tussendijken, Hillesluis, Groot IJsselmonde en Pendrecht dan in Rotterdam.

Wat is diabetes en wat zijn de risicofactoren?

Diabetes mellitus, ofwel suikerziekte, is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het glucosegehalte in het bloed te hoog is. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en treden er uiteindelijk complicaties op bij het functioneren van allerlei organen zoals hart, vaten, ogen, nieren en zenuwen. De twee meest voorkomende vormen van diabetes mellitus met elk een

eigen oorzaak, zijn type 1 en type 2 diabetes⁵. Type 1 diabetes is een vorm van diabetes die vaak al op jonge leeftijd wordt gediagnosticeerd. Risicofactoren voor het ontwikkelen van type 1 diabetes zijn naast een genetische aanleg niet bekend, maar waarschijnlijk spelen virussen en voeding ook een rol. Belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van type 2 diabetes zijn ernstig overgewicht, te veel buikvet, gebrek aan lichamelijke activiteit en voedingsfactoren, zoals teveel verzadigd vet en onvoldoende voedingsvezels. Ook speelt genetische aanleg een rol. Van de personen met diabetes heeft ongeveer 90% type 2 diabetes. Het voorkomen van type 2 diabetes neemt toe met de leeftijd.

Samenhang diabetes en depressie

Mensen met diabetes hebben twee keer zoveel kans op een depressie als gezonde mensen. Het is dus ook vanwege depressiepreventie belangrijk om aandacht te geven aan het voorkomen van diabetes. Daarnaast is het van belang om onder diabetespatiënten alert te zijn op symptomen van depressie en ze adequaat te behandelen (www.loketgezondleven.nl).

Preventie van diabetes

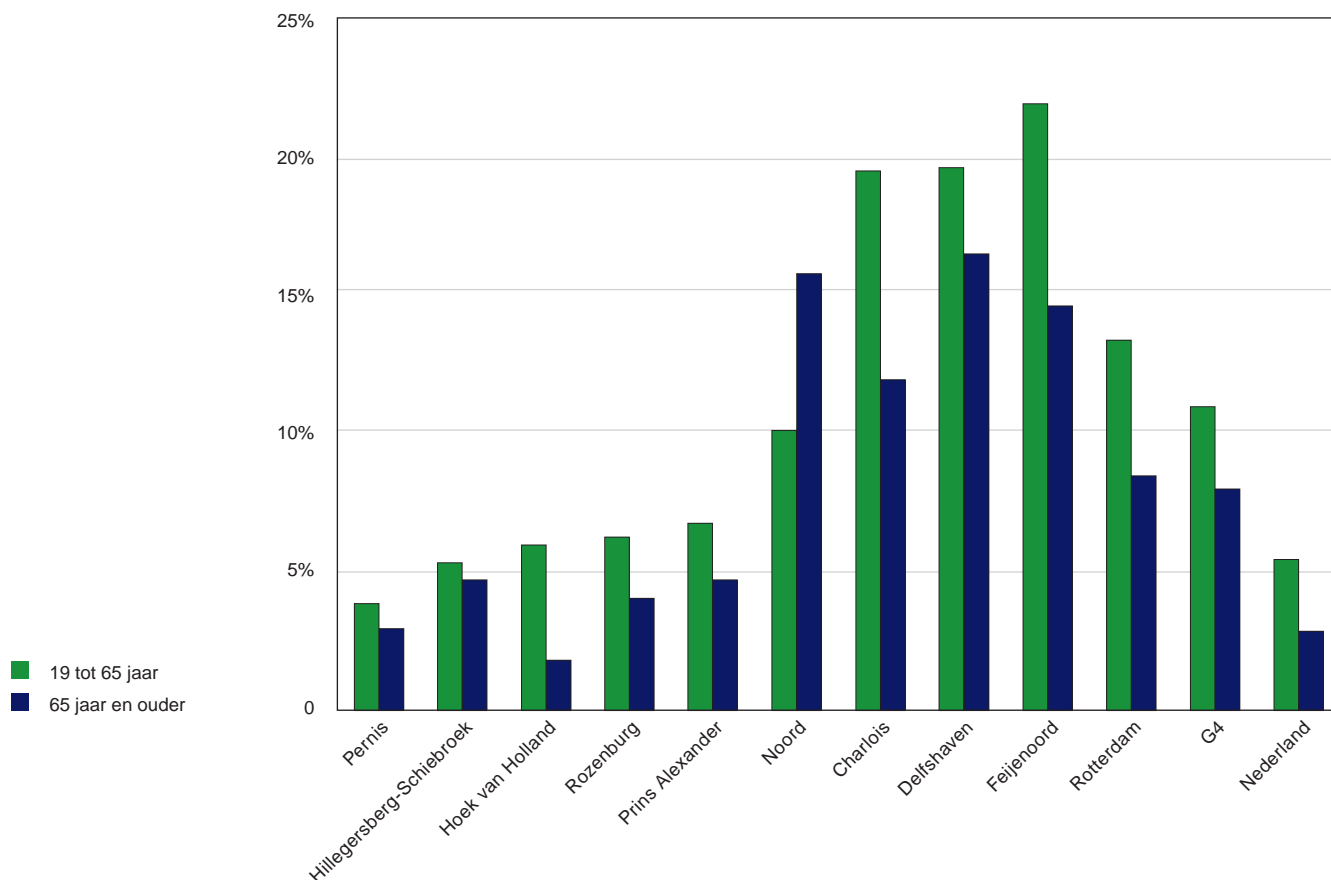
De preventie van diabetes richt zich vooral op leefstijlfactoren, vooral een gezonde leefstijl. Het aanbod van interventies expliciet gericht op het voorkómen van diabetes is zeer beperkt. Deze initiatieven zijn voornamelijk op hoogrisicogroepen toegespitst, zoals mensen met prediabetes, mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten of mensen met overgewicht. Op de website www.loketgezondleven.nl staat een overzicht van aanbevolen en goed beschreven interventies voor diabetes. De integrale aanpak van overgewicht wordt verder uitgewerkt in paragraaf 5.1.1 van dit rapport.

4.3.2 Lichamelijke beperkingen

Van de volwassenen van 19 tot 65 jaar in Rotterdam geeft 15% aan een lichamelijke beperking te hebben op gehoor, zicht of mobiliteit ondanks het gebruik van hulpmiddelen. Dit is iets hoger dan landelijk (11%) en de G4. Ouderen zijn vaker beperkt en ook is het aandeel ouderen in Rotterdam met een beperking hoger dan in Nederland (40% versus 30%). Eenderde van de ouderen geeft aan huishoudelijke dagelijkse activiteiten niet of met moeite te kunnen uitvoeren. Het aandeel ouderen met een beperking is het hoogst in deelgemeente Charlois.

⁵ Een derde vorm van diabetes is zwangerschapsdiabetes. Meestal daalt het bloedglucosegehalte van de moeder snel na de bevalling. Vrouwen die ooit zwangerschapsdiabetes hebben gehad, hebben wel een hoger risico op het ontwikkelen van type 2 diabetes later in het leven (www.nationaalkompas.nl).

Figuur 4.1 Het percentage ouderen in Rotterdam met een lichamelijke beperking en het aandeel dat beperkt is bij het uitvoeren van huishoudelijke dagelijkse activiteiten (IM 2012).



4.4 Functioneren en kwaliteit van leven

4.4.1 Ervaren gezondheid

Ziekten en beperkingen veroorzaken ongezondheid en verlies van (gezondheidsgerelateerde) kwaliteit van leven. Maar naast de aanwezigheid van ziekten en beperkingen, is het voor een goed beeld van de volksgezondheid ook belangrijk om te weten hoe mensen zelf hun eigen gezondheid en leven met een ziekte of beperking beoordelen.

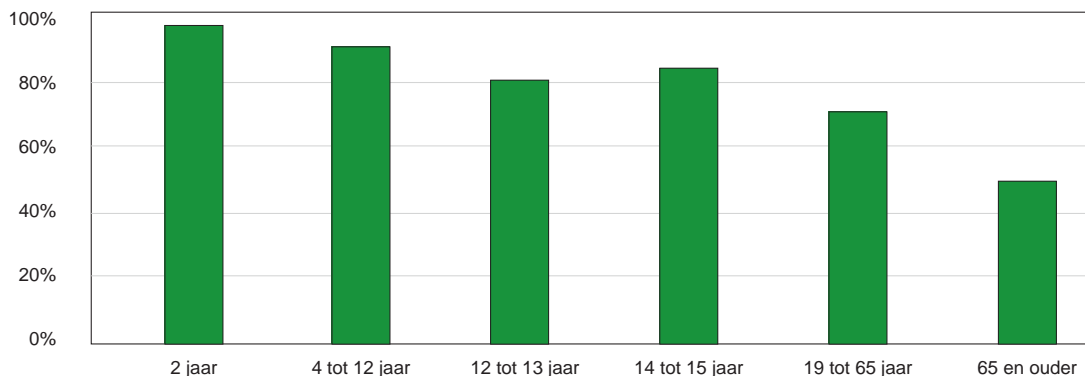
Ervaren gezondheid, het oordeel over de eigen gezondheid, is één van de beste voorspellers van sterfte. Hoe slechter de ervaren eigen gezondheid, hoe groter de kans op overlijden. Ervaren gezondheid heeft ook een verband met het gebruik van zorg- en welzijnsvoorzieningen, onafhankelijk van aanwezige ziekten en beperkingen.

Ervaren gezondheid gaat niet alleen over ziekten of beperkingen. Het eigen oordeel over de gezondheidstoestand gaat ook over zaken als fitheid, depressieve gevoelens, voeding, sociale steun, roken en lichamelijke activiteit. Gezondheid betekent niet voor iedereen hetzelfde en is ook niet voor iedereen even belangrijk. Zo leidt bijvoorbeeld het vooruitzicht op mogelijke gezondheidswinst in de toekomst niet bij iedereen tot gedragsverandering nu (Hoeymans et al., 2010).

De goede ervaren gezondheid neemt af met de leeftijd (figuur 4.2). Het merendeel van de ouders (97%) van de 2-jarigen beoordeelt de gezondheid van hun kind als goed of zeer goed. Het aandeel dat de gezondheid als goed of zeer goed beoordeelt neemt af naar mate men ouder wordt. Van de inwoners van 19 tot 65 jaar beoordeelt 75% de gezondheid als goed tot zeer goed. Dit is lager dan gemiddeld in de G4 (78%) en lager dan in Nederland, waar het gemiddelde 81% bedraagt. De ervaren gezondheid van ouderen is vergelijkbaar met de

G4 (51% versus 52%), maar het aandeel ouderen met een goede ervaren gezondheid is in Rotterdam lager in vergelijking met Nederland (61%).

Figuur 4.2 Het aandeel kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met een goede tot zeer goede ervaren gezondheid in Rotterdam (JMR 2010-2011, JRB 2011 en IM 2012).



4.4.2 Psychische gezondheid

Depressie is in de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' aangewezen als speerpunt voor gezondheidsbeleid. Zo'n vier op de tien Nederlanders lopen een matig of hoog risico op een depressie of angststoornis (IM, 2012).

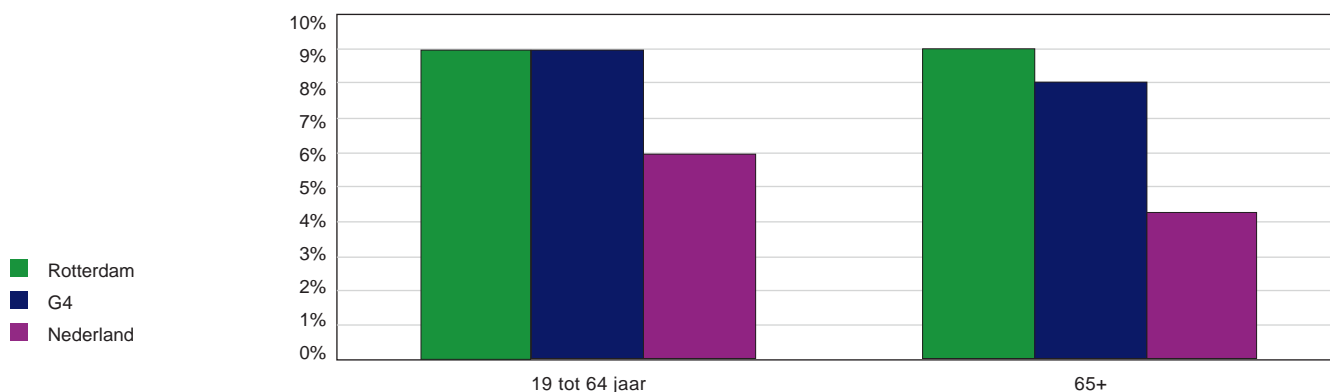
Bij kinderen van 2 jaar is met behulp van een vragenlijst voor de ouders de aanwezigheid van emotionele problemen in kaart gebracht. Hierbij is onderzocht welk percentage vaak van streek is, snel huult, en welk percentage een verdrietige, neerslachtige indruk maakt. Deze percentages zijn in Rotterdam respectievelijk 7% en 1,2%. Het percentage kinderen van 4 tot 12 jaar met een verhoogd risico op psychosociale problemen is 23%. Het percentage 12- en 13-jarigen met een verhoogd risico is 6%. In Rotterdam heeft 48% van de 19- tot 65-jarigen een matig of hoog risico op een depressie of angststoornis, en 52% van de 65-plussers.

Figuur 4.3 laat zien dat het aandeel ouderen met een matig of hoog risico op een depressie hoger is in Rotterdam dan in de G4 (45%) en gemiddeld in Nederland (38%).

Depressie en angststoornis in deelgemeenten en wijken

In Rotterdam Centrum (4,3%) en Pernis (3,8%) is het aandeel inwoners van 19 tot 65 jaar met een hoog risico op een depressie lager ten opzichte van Rotterdam. In de deelgemeenten Feijenoord en Charlois is het aandeel juist hoger (12% en 15%). Dit zijn ook de gebieden waar inwoners aangeven minder gelukkig te zijn met het leven. Op wijkniveau is het aandeel volwassenen met een hoog risico op een depressie voor de wijken Oud Charlois (19%), Pendrecht (18%), Bospolder (17%) en Afrikaanderwijk (16%) hoger dan gemiddeld in Rotterdam.

Figuur 4.3 Het percentage inwoners met een hoog risico op een depressie in Rotterdam, G4 en Nederland (IM 2012).



Wat is een depressie?

Depressie wordt gekenmerkt door een sombere stemming en interesseverlies. Het lusteloze gevoel is voor het grootste deel van de dag aanwezig gedurende minimaal twee weken. Daarnaast zijn er meerdere klachten met een versturende invloed op het functioneren van iemand, zoals een ontregelde slaap, energiegebrek, problemen met de concentratie, toename of verlies van eetlust en piekeren over de dood en suïcide. Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden. Maar bij één op de vijf duurt een depressie langer dan twee jaar en is er sprake van een chronische depressie. Iemand kan verschillende malen in zijn leven een depressie krijgen. De kans daarop is zelfs aanzienlijk: 85% van de mensen met een depressie, krijgt die binnen vijf jaar opnieuw (www.loketgezondleven.nl).

Psychische aandoeningen dragen bij aan een hoge ziektelast van de bevolking in Nederland. In 2007 droegen angststoornissen bijna 7% bij aan de ziektelast en depressie bijna 6% (Hoeymans et al., 2010).

Aanpak van psychische problemen

De landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' pleit vooral voor een integrale aanpak van depressie. Zo zijn sociale steun in de omgeving, een goede lichamelijke gezondheid, beweging, de aanpak van overgewicht en zelfwaardering factoren die volwassenen beschermen tegen depressie. Daarnaast noemt de nota voor ggz-problematiek (depressie) de volgende aandachtspunten:

- vroegsignalering en preventieve behandeling
- het inrichten van de functie basis-ggz⁶
- het bevorderen van zelfmanagement, preventie, e-health en kortdurende behandeling dichtbij huis
- het stimuleren van samenwerking en continuïteit van zorg

In *tabel 4.1* wordt aan de hand van vier pijlers de aanpak van psychische problemen uitgewerkt. Hieronder twee zeer uiteenlopende voorbeelden van de lokale aanpak.

Lestassen

De GGD Rotterdam-Rijnmond heeft lestassen ontwikkeld voor zowel het basisonderwijs, voortgezet en speciaal onderwijs voor het thema psychisch welbevinden. De lestassen Sociale weerbaarheid, Weerbaarheidstraining Take Care en de leskist Hart tegen hard vallen onder het thema psychisch welbevinden.

Programma Kwetsbare personen

In Rotterdam bevinden zo'n 30.000 mensen zich in een kwetsbare positie. Niet alleen dak- en thuislozen, maar ook mensen met meerdere psychische problemen, jongeren, ouderen en mensen met een detentieverleden hebben moeite om hun leven stabiel vorm te geven. De zelfredzaamheid wordt verhoogd via een persoonsgerichte, integrale en niet vrijblijvende aanpak. Het programma Kwetsbare personen zorgt voor tijdige signalering en een persoonsgerichte aanpak voor deze groep mensen (www.ggdrotterdamrijnmond.nl). De aanpak richt zich op drie doelgroepen waarbij zorgpartners intensief met elkaar optrekken en de problemen van de cliënt centraal staan.

⁶ In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst ggz 2013-2014 zijn afspraken gemaakt over het ontwikkelen van de generalistische basis-ggz, waarin de huidige eerstelijns ggz en een deel van de de tweedelijns ggz samengebracht worden. Hier worden mensen behandeld met lichte tot matige, niet-complexe ggz-problematiek of mensen met chronische (stabiele) problematiek met een laag risico. Op basis van de zorgvraagwaarde wordt bepaald binnen welk zorgproduct (kort, middel, intensief of chronisch) een patiënt wordt behandeld. Binnen de zorgproducten is ruimte voor verschillende behandelcomponenten, waaronder diagnostiek, e-health en de consultatie van een specialist (www.ggz nederland.nl).

Deze doelgroepen zijn:

- Jongeren op het MBO die door bijvoorbeeld schooluitval, problemen thuis en schulden nu geen goede start op de arbeidsmarkt kunnen maken.
- Ouderen zonder sociaal netwerk die door slechte woonomstandigheden en een broze gezondheid anders verder verkommeren.
- Mensen met ingewikkelde geestelijke problemen die anders gaan zwerven en/of zich verwaarlozen en overlast veroorzaken.

Tabel 4.1 Integrale aanpak van psychische problemen, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers (www.loketgezondleven.nl).

Inrichting van de omgeving

In onderzoek is vaak een relatie gevonden tussen depressie en omgevingsfactoren, zoals de buurt waarin iemand woont. Een groene en stille omgeving geeft bijvoorbeeld minder stress. Omgekeerd komt depressie vaker voor in wijken waarin onveiligheid, gebrek aan sociale cohesie, blootstelling aan misdaad, gevaarlijke of bedreigende situaties, een laag voorzieningenniveau of armoede heersen.

Voorlichting en educatie

Onjuiste ideeën en vooroordelen over depressie en andere psychische problemen bijstellen. Het belang van mentale vitaliteit benadrukken.

Signalering en advies

De signalering van depressie en de risico's daarop vormen een belangrijke schakel in de keten van depressiepreventie. Gemeenten kunnen een bijdrage leveren door activiteiten op het gebied van signalering en advies te faciliteren. Zij kunnen bijvoorbeeld intermediairs, die vaak in contact komen met doelgroepen (zoals wijkverpleegkundigen of docenten), in staat stellen om signalen van depressie te leren herkennen en benoemen.

Ondersteuning

De eigenlijke preventieve ondersteuning is gericht op mensen met depressieve klachten of op risicogroepen, zoals kinderen van ouders met psychische problemen of mantelzorgers. Deze ondersteuning kan bestaan uit (korte) groepscursussen, individuele ondersteuning of een (begeleide) zelfhulpinterventie via het internet. Gemeenten zijn de eerstverantwoordelijke voor de uitvoering van interventies voor selectieve preventie (gericht op risicogroepen). Verzekeraars vergoeden vooral de geïndiceerde preventie (voor mensen met depressieve klachten).

5 Gezondheidsdeterminanten in Rotterdam

Thematische kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid van gemeente Rotterdam

Leefstijl

Ondanks een stabilisatie moet het aandeel mensen met overgewicht verder worden teruggedrongen. In Rotterdam heeft een derde van de 19- tot 65-jarigen overgewicht en 14% ernstig overgewicht. Bij de ouderen liggen deze percentages nog hoger. In Rotterdam is de omvang van het probleem groter dan het gemiddelde in Nederland. Obesitas komt in Rotterdam zowel bij kinderen, volwassenen en ouderen vaker voor. Binnen Rotterdam is het aandeel 19- tot 65-jarigen met ernstig overgewicht in de deelgemeenten IJsselmonde (22%) en Rozenburg (19%) hoger en onder ouderen komt ernstig overgewicht vaker voor in deelgemeente Feijenoord en Charlois (26% en 25%). Ondanks dat de omvang van het probleem overgewicht varieert tussen wijken blijft in alle wijken een brede aanpak gericht op voedings- en beweeggedrag nodig.

Seksuele gezondheid

Seksueel risicogedrag komt onder jongeren in Rotterdam iets vaker voor dan landelijk. In Rotterdam vrijt 6% van de 14- en 15-jarigen onveilig. Landelijk is dit gemiddeld 4,7%. Het testgedrag op seksueel overdraagbare aandoeningen is op de meeste plekken in de stad hoger dan het aandeel dat onveilig vrijt. Het is van belang om seksueel (grensoverschrijdend) gedrag op alle scholen bespreekbaar te maken. De basis hiervoor wordt gevormd door kennis over de normale seksuele ontwikkeling, maar ook het wegnemen van de handelingsverlegenheid van professionals, het kunnen en durven signaleren van ongewenst gedrag en het ontwikkelen en bijhouden van een daarop toegerust zorgnetwerk.

Roken

Roken is een bedreiging voor de volksgezondheid. Het aandeel Rotterdamse vrouwen dat rookt neemt af. Toch is het aandeel rokers in Rotterdam nog steeds hoger in vergelijking met de rest van Nederland. Van de 19- tot 65-jarigen in Rotterdam rookt 29% (Nederland 26%) en van de ouderen rookt 15% (Nederland 13%). Inzet op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken blijft van belang. Met name in de gebieden waar meer dan een derde van de bevolking rookt (Delfshaven en Charlois) en waar het aandeel meerokers hoog is, is het wenselijk extra aandacht te geven aan ondersteuning van het stoppen met roken.

Alcohol

In Rotterdam drinken jongeren en volwassenen minder alcohol dan in Nederland. Het aantal opnames voor alcoholverslaving laat een ander beeld zien. Het aantal opnames per 10.000 inwoners is hoger dan gemiddeld in Nederland. Vooral voor jongeren is het drinken van alcohol erg schadelijk. Dit geldt nog sterker voor risico-jongeren. De herziene Drank- en Horecawet verplicht de gemeente om een preventie- en handavingsplan op te stellen. Rotterdam ziet in haar beleid geen onderscheid tussen preventie en handhaving, maar ziet handhaving als onmisbaar onderdeel van effectieve preventie. Het Rotterdamse programma Drugs en Alcohol heeft als inzet om door integraal preventiebeleid maatschappelijke winst te behalen ten aanzien van gezondheid, veiligheid en talentontwikkeling. Rotterdam kiest voor haar beleidsmodel voor een combinatie van 'grenzen stellen', 'grenzen overdragen' en 'grenzen bewaken', waarbij innovatie en integraal en effectief beleid samengaan, en geldt hiermee landelijk als voorbeeld.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is in Rotterdam net als in de regio en Nederland een groot maatschappelijk probleem. Bijna de helft van de inwoners is in enige mate eenzaam, 14% van de volwassenen en ouderen geeft aan (zeer) ernstig eenzaam te zijn. Er is sprake van een toename van eenzaamheid. Ook zijn er in Rotterdam meer mensen die in sterke mate sociaal uitgesloten zijn dan gemiddeld in Nederland. De gemeente kan het thema eenzaamheid en sociale uitsluiting een prominente plaats geven in de uitvoering van de Wmo. Bij de inzet op participatie en actief burgerschap en het bevorderen van bewegen kan het terugdringen van eenzaamheid één van de doelen zijn.

Huiselijk geweld

De omvang van het probleem huiselijk geweld is in Rotterdam groot. Per 10.000 inwoners waren er in 2012 124 meldingen. In de deelgemeenten Delfshaven (150), Feijenoord (170) en Charlois (170) was het aantal meldingen per 10.000 inwoners het hoogst. De intensieve inzet op huiselijk geweld die Rotterdam sinds 2006 voert blijft nodig.

Blootstelling aan roet

Om de blootstelling van inwoners aan roet te verminderen, raadt de GGD aan om structurele bronmaatregelen te nemen (gericht op schoner vervoer) en langs drukke wegen (zones binnen 50m langs drukke wegen en 300m langs snelwegen) geen nieuwe woningen en 'gevoelige bestemmingen' (bijvoorbeeld scholen, kinderopvangcentra en verzorgingshuizen) te bouwen.

Geluidshinder

Het aandeel inwoners dat ernstige geluidshinder ervaart ongeacht de bron is 33%. Dit is hoger dan in de regiogemeenten (29%). Ten opzichte van voorgaande jaren is er geen verbetering te zien. De bron en omvang van geluidsoverlast verschilt tussen gebieden binnen de stad. Aandacht voor geluidshinder blijft noodzakelijk. De GGD adviseert waar mogelijk maatregelen ter beperking van de geluidshinder toe te passen.

5.1 Leefstijl

5.1.1 Overgewicht

Overgewicht heeft al langere tijd de aandacht binnen het gezondheidsbeleid en was speerpunt in de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' uit 2011 en blijft weer één van de speerpunten van het nationaal Programma Preventie 2014-2016. Het blijkt een hardnekkig probleem en veroorzaakt veel ziektelast. De preventie van overgewicht kan aanzienlijke gezondheidswinst opleveren.

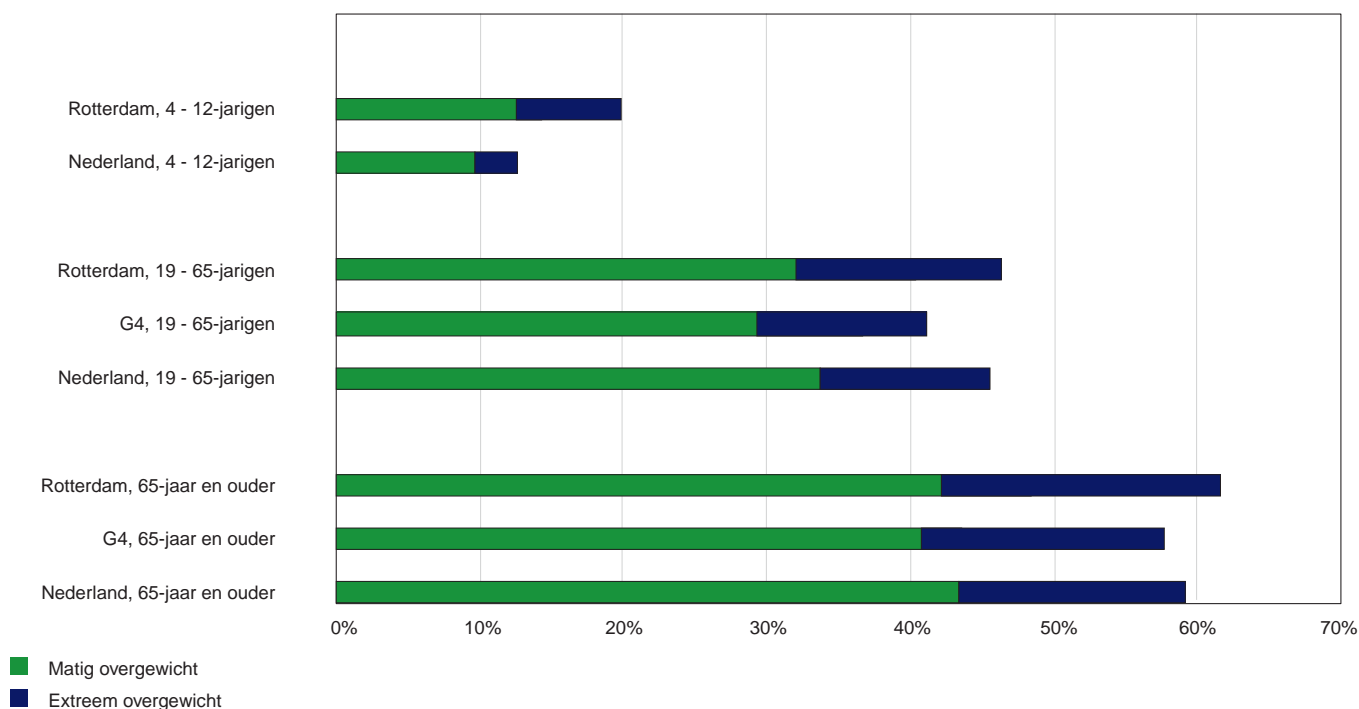
Overgewicht wordt in dit rapport vastgesteld aan de hand van de body mass index (BMI). *Figuur 5.1* geeft een overzicht van de percentages overgewicht en obesitas voor verschillende leeftijdsgroepen.

Van de 2-jarigen in Rotterdam is 8% te zwaar. Onder 5- en 6-jarigen heeft ruim één op tien (12%) matig overgewicht en heeft 5% obesitas. Van de kinderen van 4 tot 12 jaar is bijna een kwart te zwaar (23%) en dit is hoger dan gemiddeld in Nederland (13%). Het aandeel volwassenen dat te zwaar is, wijkt niet af van het landelijk gemiddelde, maar in vergelijking met de steden Utrecht en Amsterdam is er iets meer matig overgewicht en iets meer obesitas. Het aandeel ouderen met obesitas is hoger dan landelijk (19% versus 16%). Een vergelijking met 2008 laat geen toe- of afname zien voor overgewicht bij volwassenen en ouderen.

Obesitas in deelgemeenten en wijken

Het aandeel volwassenen met obesitas is in de deelgemeenten IJsselmonde en Rozenburg hoger dan in Rotterdam (22% en 19% versus 14%). In deelgemeenten Feijenoord en Charlois is het aandeel ouderen met obesitas hoger dan gemiddeld in Rotterdam (26% en 25% versus 19%). Op wijkniveau is het aandeel inwoners van 17 jaar en ouder met obesitas hoger in Tussendijken (23%) Bloemhof (21%) en Groot IJsselmonde (28%).

Figuur 5.1 Percentage matig overgewicht en obesitas naar leeftijd (JRB 2011 en IM 2012).



Oorzaken van overgewicht

De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Daarnaast komt steeds meer bewijs voor de invloed van psychische en sociale factoren op het ontstaan van overgewicht. Hoewel op individueel niveau genetica een rol kan spelen, onderkennen we steeds meer de invloed van de sociale en fysieke omgeving op de toename in overgewicht.

Mogelijke consequenties

Overgewicht, in het bijzonder ernstig overgewicht (obesitas), hangt samen met tal van 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).

Overgewicht heeft ook invloed op de psychische gezondheid. Mensen met overgewicht lopen meer risico op psychosociale problemen, stigmatisering en discriminatie. Het is niet altijd duidelijk of het hebben van overgewicht hier een oorzaak of een gevolg van is. Dikke kinderen hebben vaak te maken met stigmatisering, vooral meisjes (Tang-Péronard & Heitmann, 2008). Hierdoor hebben zij meer kans op een lagere zelfwaardering en daarmee samenhangende psychosociale problemen (Strauss, 2000). Tieners met ernstig overgewicht zitten slechter in hun vel en hebben vaker suïcidegedachten (Van Wijnen et al., 2009). Ook hier zijn oorzaak en gevolg onduidelijk (www.loketgezondleven.nl).

(Ernstig) overgewicht heeft ook maatschappelijke en economische gevolgen. Het aantal ongezonde levensjaren (doorgebracht met ziekte en beperkingen) als gevolg van overgewicht vergroot de maatschappelijke kosten. Hieronder vallen bijvoorbeeld de kosten door arbeidsongeschiktheid, ziekteverzuim en kosten in de gezondheidszorg.

Aanpak van overgewicht

De aanpak van overgewicht vraagt om een brede benadering van (op)voeding- en beweeggedrag.

In *tabel 5.1* wordt aan de hand van vier pijlers de aanpak van overgewicht uitgewerkt.

In Rotterdam wordt op het gebied van overgewicht het programma Lekker Fit! uitgevoerd (zie paragraaf 5.1.2). Daarnaast stelt de GGD Rotterdam-Rijnmond vanuit de Gezonde School Rijnmond de lesta's 'Voeding en bewegen' beschikbaar voor zowel het basisonderwijs als het voortgezet onderwijs. Op de website www.loketgezondleven.nl staat een overzicht van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van overgewicht. De interventies zijn ingedeeld per pijler. Een andere website met zowel interventies als materialen op het gebied van preventie van overgewicht bij jongeren via het onderwijs is www.gezonderwijs.nl.

Tabel 5.1 Aanpak van overgewicht, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers.

Inrichting van de omgeving

- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat mensen veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk is. Het NISB geeft advies en ondersteuning op het gebied van een beweegvriendelijke omgeving (BVO) <http://www.nisb.nl/themas/ruimte-voor-bewegen.html>
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de gemeente, op de werkplek en op scholen.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat keuze voor gezonde voeding een gemakkelijke keuze is. Zoals het aanbieden van gezonde producten in de kantine of het weren van snack-karren in de omgeving van een school.

Voorlichting en educatie

- Zorgen voor voldoende aanbod van voorlichtingsprogramma's voor alle burgers op het gebied van gezonde voeding en beweging.

Signalering en advies

- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist, het CJG en de huisarts.

Ondersteuning

- Ondersteuningsprogramma's voor kinderen met overgewicht en hun gezinnen met aandacht voor zelfvertrouwen, leren bewegen en het eetpatroon.
- Ondersteuning van gezinnen met kinderen waar gezondheidsrisico's in relatie met geldgebrek zijn geconstateerd.
- Specifiek beweegaanbod bij fysiotherapeuten en sportaanbieders voor kinderen en volwassenen met overgewicht, al dan niet met betrokkenheid van ouders, en informatie over voeding.
- Specifieke begeleiding door diëtisten.

5.1.2 Bewegen

In Rotterdam voldoet 59% van de 19- tot 65-jarigen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, en 61% van de 65-plussers. Dit is lager dan gemiddeld in de G4 en in Nederland (63 en 65%). In de deelgemeenten Hoek van Holland, Rozenburg en Hillegersberg-Schiebroek is zowel het aandeel volwassenen als ouderen dat voldoet aan de norm vergelijkbaar of juist hoger dan het Nederlands gemiddelde.

Van de 19- tot 65-jarigen geeft 88% aan bewegen of sporten belangrijk te vinden, en 76% van de ouderen. In Kralingen-Crooswijk hechten volwassenen veel belang aan bewegen en sporten (92%) en in deelgemeente Charlois wordt bewegen en sporten door minder mensen belangrijk gevonden (83%).

De helft van de 2-jarigen in Rotterdam speelt minstens vijf dagen per week buiten. Van de 4- tot 12-jarigen is 54% lid van een sportvereniging, en 74% sport minstens één dag per week bij een sportvereniging. Minstens vijf dagen per week buiten spelen doet 63%. De sportparticipatie onder kinderen in de basisschoolleeftijd is het laagst in de deelgemeenten Delfshaven, Feijenoord, Noord en Charlois.

Van de 12- en 13-jarigen in Rotterdam is 60% lid van een sportvereniging en sport 76% minstens twee keer per week buiten schooltijd. Van de 14- en 15-jarigen in Rotterdam is 54% lid van een sportvereniging en sport 67% minstens twee keer per week buiten schooltijd.

Het aantal volwassenen Nederlanders dat volgens eigen zeggen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) voldoet, is sinds 2006 redelijk stabiel. Volgens de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012 voldoet 65% van de 19- tot 65-jarigen in Nederland aan de norm en 69% van de ouderen. Het percentage jeugdigen dat de NNGB haalt is met 18% drastisch lager. Hildebrandt et al. (2013) tonen aan dat ook dit cijfer al jaren stabiel is. Uit hun Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2010/2011 blijkt dat het lastig is (nog) meer Nederlanders te laten bewegen. Specifiek 4- tot en met 17-jarigen, 75-plussers, niet-werkenden, personen met langdurige aandoeningen, personen van niet-Nederlandse herkomst en personen met overgewicht verdienen extra aandacht.

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen is vooral gericht op het onderhouden van gezondheid op de lange termijn. De norm is verschillend voor jongeren, volwassenen en ouderen (www.nationaalkompas.nl).

Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Jongeren

Dagelijks één uur ten minste 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).

Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij jongeren zijn aerobics of skateboarden.

Volwassenen

Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.

Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij volwassenen zijn wandelen met 5-6 km/uur (dus flink doorwandelen) en fietsen met 15 km/uur.

55-plussers

Een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week. Voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging zinvol, ongeacht duur, intensiteit frequentie of type.

Voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij ouderen zijn wandelen met 3-4 km/uur en fietsen met 10 km/uur.

(www.nationaalkompas.nl)

Aanpak van bewegingsarmoede

In Rotterdam wordt het programma Rotterdam Lekker Fit! uitgevoerd (www.rotterdamlekkerfit.nl). De gemeente Rotterdam wil overgewicht en bewegingsarmoede bij Rotterdamse kinderen tot 14 jaar tegengaan. Op 88 basisscholen en 25 voortgezet onderwijs scholen ondersteunen leerkrachten, sportdocenten, gezondheidsprofessionals en diëtisten de (ruim 20.000) leerlingen om meer te bewegen en gezonder te eten. Het programma biedt ouders manieren om zelf de verantwoordelijkheid voor het overgewicht van hun kinderen op te pakken. Ook worden partners in de wijk benaderd voor ondersteuning van de aanpak.

In tabel 5.2 wordt aan de hand van drie pijlers een integrale aanpak van bewegen uitgewerkt. Op de website www.loketgezondleven.nl is een overzicht te vinden van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van bewegen. De interventies zijn ingedeeld per pijler.

Tabel 5.2 Aanpak van bewegen, uitgewerkt aan de hand van drie pijlers.

Inrichting van de omgeving

- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat burgers veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk is. Het NISB geeft advies en ondersteuning op het gebied van een beweegvriendelijke omgeving (BVO) <http://www.nisb.nl/themas/ruimte-voor-bewegen.html>
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de gemeente, op de werkplek en op scholen.

Voorlichting en educatie

- Lesprogramma's en trainingen op school.
- Werk samen met verschillende organisaties zoals sportverenigingen in de omgeving (bijvoorbeeld judolessen tijdens de gymles in combinatie met proeflessen bij de judovereniging).
- Zorg voor een gevarieerd en laagdrempelig aanbod voor alle kinderen, inclusief de 'kwetsbare' groepen, zoals inactieve leerlingen, motorisch zwakkere leerlingen of kinderen met overgewicht.
- Volwassenen in hun rol van ouder aanspreken op hun normen, waarden en voorbeeldfunctie op het gebied van beweging.
- Begrijpelijke artikelen over beweging in de lokale media (zoals huis-aan-huisbladen, lokale websites en de kabelkrant van regionale zenders).
- Promotieactie in samenwerking met lokale bekendheden.
- Mogelijkheden van sport en bewegen in de gemeente onder de aandacht brengen van burgers en specifieke doelgroepen als ouderen (ook via wooncentra) en mensen met een chronische aandoening of handicap.
- Valpreventie ouderen.

Signalering, advies en ondersteuning

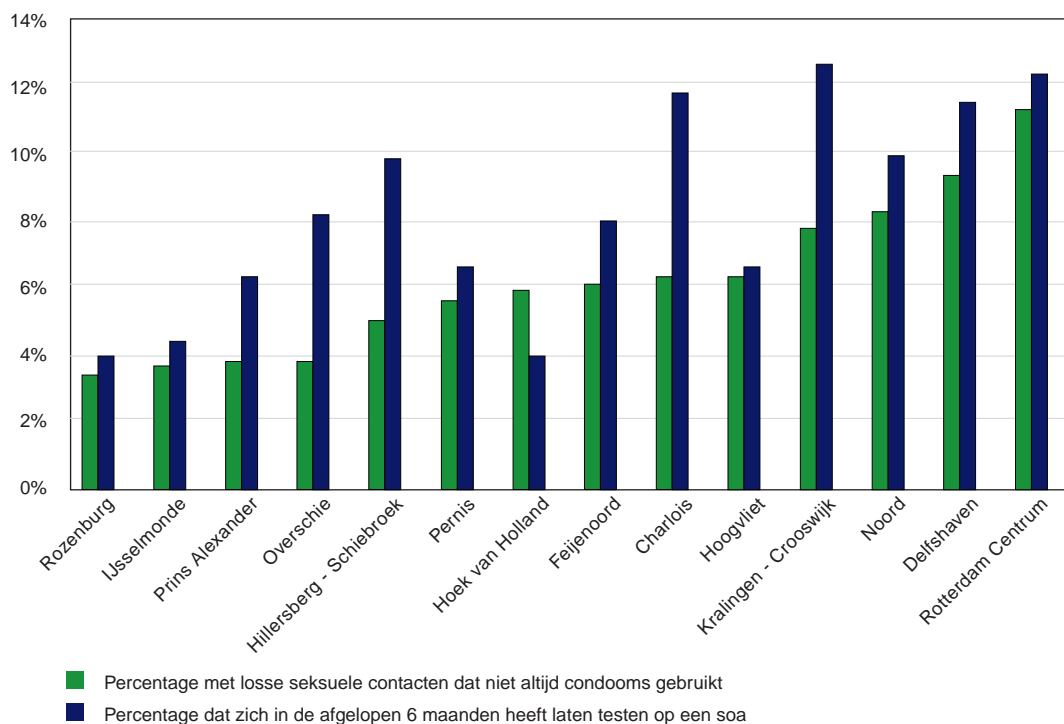
- Signalering en ondersteuning bij sport en bewegen worden vaak ingezet in relatie met overgewicht. Voor meer informatie zie paragraaf 4.1.1 over overgewicht
- Voorbeelden van meetinstrumenten waarmee mensen zelf kunnen bepalen of ze voldoen aan de NNGB zijn twee beweegtest-websites: www.beweegtest.nl (gericht op volwassenen en chronisch zieken) en www.dubbel30.nl (gericht op vmbo-jongeren).

5.1.3 Seksuele gezondheid

In Rotterdam heeft 13% van de 14- en 15-jarigen wel eens geslachtsgemeenschap gehad. Zes procent van de 14- en 15-jarigen en 6% van de volwassenen geeft aan zich op seksueel gebied aan risico's bloot te stellen. Het aandeel 14- en 15-jarigen dat onveilig vrij is hoger dan landelijk (4,7%). Van de volwassenen geeft 9% aan in het half jaar voorafgaand aan het

onderzoek zich te hebben laten testen op een SOA. *Figuur 5.2* laat zien dat in geen enkele deelgemeente het seksueel risicogedrag hoger is dan het aandeel dat zich heeft laten testen. Wel verschilt het aandeel volwassenen dat risico's neemt. Het aandeel is hoog in Delfshaven en Rotterdam Centrum.

Figuur 5.2 Percentage 19- tot 65-jarigen dat aangeeft op seksueel gebied risico's te nemen en het testgedrag (IM 2012).



De definitie van seksuele gezondheid luidt: 'Een staat van lichamelijk, emotioneel, geestelijk en maatschappelijk welbevinden met betrekking tot seksualiteit. Seksuele gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of gebrek. Het gaat bij seksuele gezondheid evenzeer om de bevordering van prettige en gewenste seksuele contacten en relaties, vrij van dwang, discriminatie of geweld. Veiligheid, weerbaarheid en vrijheid zijn hierbij belangrijke randvoorwaarden, die in onze maatschappij breed gedragen worden' (www.loketgezondleven.nl).

Het landelijk beleid op het gebied van seksuele gezondheid richt zich in het bijzonder op kinderen en jongeren. Voor het primair onderwijs is seksualiteit en seksuele diversiteit toegevoegd in kerndoel 38: 'De leerlingen leren respectvol om te gaan met seksualiteit en met diversiteit binnen de samenleving, waaronder seksuele diversiteit' (www.tule.slo.nl). Ook de kerndoelen voor speciaal onderwijs en voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs zijn hiermee aangevuld. Daarnaast wil het kabinet op dit gebied aandacht geven aan de weerbaarheid van jongeren en het bevorderen van gezond seksueel gedrag. Ten slotte zet zij in op aanvullende voorzieningen op het gebied van curatieve soa-bestrijding en seksualiteitshulpverlening (Landelijke nota volksgezondheid Gezondheid dichtbij, 2011).

Aanpak van seksuele gezondheid

Een integrale aanpak van seksuele gezondheid richt zich vooral op voorlichting en educatie, en signalering en advies. Maar ook in de inrichting van de omgeving en op het gebied van ondersteuning zijn mogelijkheden om de seksuele gezondheid te verbeteren. In *tabel 5.3* wordt aan de hand van vier pijlers de aanpak van seksuele gezondheid uitgewerkt.

De GGD Rotterdam-Rijnmond voert in opdracht van de gemeenten in de regio de Wet Publieke Gezondheid uit. Voor de soa-bestrijding betekent dit:

1. het voorkomen van introductie en (verdere) verspreiding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) en hiv. Dit valt onder de basistaak preventie en partnerwaarschuwing.
2. waar nodig bestrijden van soa/hiv. Dit valt onder de basistaak vangnet en outbreakmanagement .
3. het via surveillance monitoren van de ontwikkeling op het gebied van soa en hiv. Dit valt onder de basistaak surveillance en onderzoek.
4. beleid op het terrein van soa-bestrijding ontwikkelen. Dit valt onder de basistaak beleidsadvisering, kwaliteit en opleiding.
5. waar nodig de bestrijding van soa en hiv coördineren. Dit valt onder de basistaak netwerk en regiefunctie en outbreakmanagement.

Ondanks de halvering van de inwonerbijdrage in 2010 heeft het team Soa & Seksualiteit van de GGD blijvend geïnvesteerd in de uitvoering van de wettelijke taak met name in voorlichting en preventie.

Mede door de rijksfinanciering is de personele capaciteit binnen het team Soa & Seksualiteit voldoende om ook de basistaken kwalitatief en kwantitatief goed uit te voeren. Deze rijksregeling is echter bedoeld als aanvullende regeling en eigenlijk niet ter vervanging van de middelen voor de uitvoering van de wettelijke taak.

De preventieactiviteiten richten zich met name op hoogrisicogroepen. De activiteiten vinden plaats op locaties waar de risicogroepen goed te bereiken zijn, zoals scholen, buurthuizen, hangplekken, voetbalclubs (jongeren en migranten), sekshuizen (sekswerkers), homo ontmoetingsplekken (Mannen die Seks hebben met Mannen, MSM). De bezoekers van deze locaties komen uit de hele regio.

Veel scholen willen in hun lessen graag aandacht besteden aan gezondheidsthema's. Hiervoor heeft GGD Rotterdam-Rijnmond lestassen ontwikkeld voor zowel het basis-, voortgezet als speciaal onderwijs, waaronder de lestas Relationele en seksuele vorming. Daarnaast is er Lang Leve de Liefde. Dit is een lesmethode over liefde, relaties en seksualiteit voor het voortgezet onderwijs en MBO. Aansluitend hierbij zal voor het MBO ook lesmateriaal worden ontwikkeld om jongeren voor te bereiden op een gezonde zwangerschap.

In Rotterdam is onderzoek uitgevoerd naar seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren (Van Ansem en Wits, 2013). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat seksueel grensoverschrijdend gedrag meer voorkomt onder jongeren met een laag opleidingsniveau en jongeren met een lichtverstandelijke beperking. Daarnaast is een problematische gezinssituatie een extra risicofactor. Speciale aandacht zou uit moeten gaan naar meisjes met een Islamitische achtergrond, omdat gevolgen voor deze groep vaak ernstiger zijn. Op basis van het onderzoek wordt aanbevolen (primaire) preventie breder en meer structureel in te zetten. Daarnaast zijn er diverse aanbevelingen gericht op deskundigheidsbevordering van de professionals.

Op de website www.loketgezondleven.nl staat een overzicht van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van seksuele gezondheid.

Tabel 5.3 *Integrale aanpak van seksuele gezondheid, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers.*

<p>Inrichting van de omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zijn de randvoorwaarden in de fysieke omgeving aanwezig om wenselijk gedrag mogelijk te maken? Goede verlichting of toezicht op onveilige plekken kunnen bijvoorbeeld seksueel geweld voorkomen. • Condoomautomaten in uitgaansgelegenheden kunnen veilig vrijen bevorderen.
<p>Voorlichting en educatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het bespreekbaar maken van seksueel (grensoverschrijdend) gedrag op alle scholen. Kennis van de normale seksuele ontwikkeling is de basis. Maar ook het wegnemen van de handelingsverlegenheid van de professionals, het kunnen en durven signaleren van ongewenst gedrag en een daarop toegerust zorgnetwerk ontwikkelen en bijhouden, vormen de basis voor een integrale en structurele inbedding van dit onderwerp op de scholen. • De benadering van seksuele en relationele vorming als een doorlopende activiteit. In elke ontwikkelings- of levensfase zijn er andere aspecten die aandacht nodig hebben. Bovendien vraagt bewustwording om herhaling. Bij jongeren die aan het begin van hun seksuele loopbaan staan, is educatie over anticonceptie en veilig vrijen van belang. • Aandacht voor relationele en communicatieve vaardigheden, die nodig zijn voor een prettig, veilig en gelijkwaardig seksueel contact.
<p>Signalering en advies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vroegtijdige signalering van infectie met hiv of een andere soa. Dit maakt een tijdige behandeling mogelijk en levert voor het individu een langere levensverwachting op. Voor het collectief levert het op dat 'transmissieketens' worden verbroken. Het aantal infecties in een groep, en daarmee het transmissierisico, neemt af. • Vroegtijdige signalering van seksueel geweld. Dit zorgt voor minder schade, opsporing en vervolging waardoor recidive voorkomen kan worden. • Vroegtijdige signalering van een ongewenste (tiener)zwangerschap. Dit geeft tijd voor het zorgvuldig afwegen van keuzes.
<p>Ondersteuning</p> <p>Met goede opvang en ondersteuning kunnen we extra problemen en mogelijke herhaling van problemen op het gebied van seksuele gezondheid voorkomen. Voorbeelden zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een trainingsprogramma voor mensen die grensoverschrijdend seksueel geweld hebben meegemaakt • opvangprogramma's en opvoedingsondersteuning voor jonge ouders • opvang en begeleiding van tienermoeders of vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld in de vrouwenopvang • anticonceptiecounseling na een abortus • preventieve counseling van mensen die een soa hebben opgelopen • bij ernstiger problemen, zoals seksuele trauma's, is het van belang dat op lokaal niveau voldoende en intensievere zorg en hulpverlening beschikbaar is, waarnaar verwezen kan worden

5.1.4 Roken

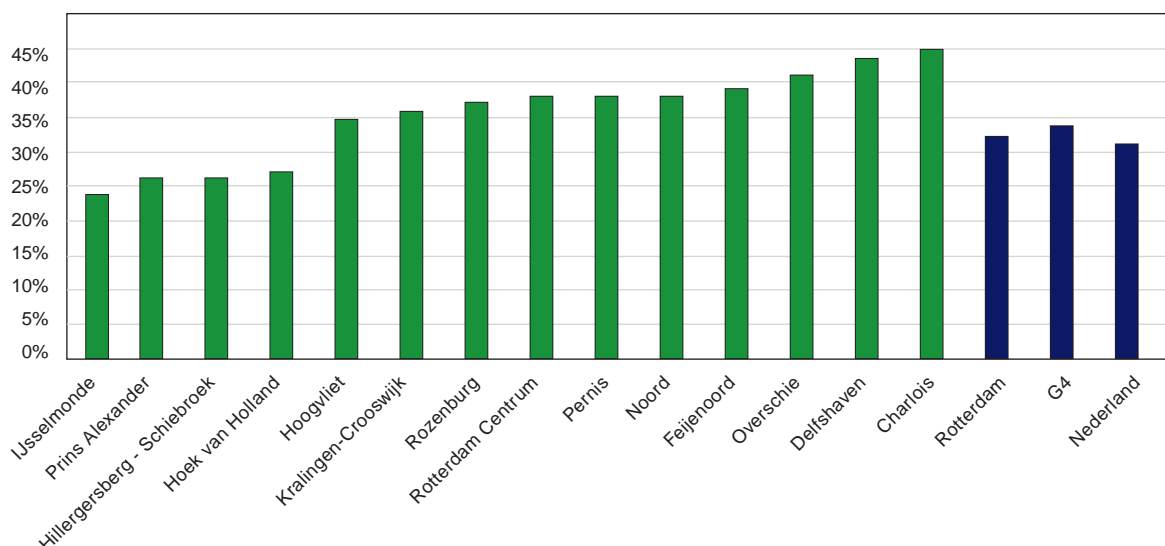
Roken is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en overlijden. Ieder jaar overlijden ongeveer 19.000 rokers aan de gevolgen van roken. Ook meerroken is bijzonder schadelijk. Zo verhoogt samenwonen met een (binnenshuis) rokende partner de kans op longkanker met 20 tot 30%. Vanwege de omvang en ernst is het thema roken in de landelijke Nota 'Gezondheid Dichtbij' aangewezen als een van de speerpunten, evenals in het huidige nationaal Programma Preventie 2014-2016.

In 2012 lag het percentage rokers onder de 19- tot 65-jarigen in Nederland op 26%, en onder de 65-plussers op 13%. Mannen rookten met 26% vaker dan vrouwen (20%) (Gezondheidmonitor GGD'en, CBS en RIVM 2012). In Rotterdam rookt 29% van de 19- tot 65-jarigen en 15% van de ouderen.

Het aandeel rokers is vergelijkbaar met de G4 en iets hoger dan in Nederland (26%). Het aandeel rokers onder vrouwen van 19 jaar en ouder is in Rotterdam afgenomen ten opzichte van de voorgaande meting (25% in 2008 en 21% in 2012) en vergelijkbaar met het niveau van de G4 en landelijk.

Figuur 5.3 laat zien dat het aandeel rokende mannen varieert tussen de deelgemeenten. Op wijkniveau is het aandeel rokers onder inwoners van 17 jaar en ouder hoger in Cool/Dijkzigt/ Nieuwe werk (36%), Het Nieuwe Westen (34%), Nieuw Crooswijk (36%), Hillesluis (39%), Carnisse (39%) en Oud Charlois (37%).

Figuur 5.3 Percentage mannen van 19 jaar en ouder dat rookt (IM 2012).



Het percentage jongeren van 12 en 13 jaar in Nederland dat dagelijks rookt, varieert van 0 tot 2%. Bij 14- en 15-jarigen varieert het percentage van 5 tot 10% (Trimbos, 2011). In Rotterdam rookt 0,4% van de 12- en 13-jarigen en 4,4% van de 14- en 15-jarigen dagelijks. Ook voor de jeugd is er een kleine afname in het aandeel rokers ten opzichte van de voorgaande meting.

Aan de ouders van 4- tot 12-jarigen is gevraagd in hoeverre zij het acceptabel vinden wanneer een kind jonger dan 16 af en toe roken uitprobeert. In Rotterdam vindt 3,4% van de ouders dat acceptabel. In Pernis geven ouders vaker aan roken acceptabel te vinden (7%).

Aanpak van roken

Er zijn verschillende groepen die om uiteenlopende redenen nog eens extra risico lopen (www.loketgezondleven.nl):

- zwangere vrouwen: roken of meerroken tijdens de zwangerschap heeft gevolgen voor het ongeboren kind. Meer Turkse dan Nederlandse vrouwen roken door tijdens de zwangerschap
- mensen met een chronische ziekte: voor mensen met hart- en vaatziekten, longpatiënten en diabetespatiënten is roken extra schadelijk
- kinderen: in Nederland wordt thuis gerookt bij 16% van de kinderen van 0 tot en met 4 jaar, bij 28% van de 4- tot 12-jarigen en bij 38% van de 12-tot 18-jarigen
- laag opgeleiden: bij mensen met een lage opleiding (lager onderwijs, lbo of mavo) is het percentage rokers groter dan bij mensen met een hoge opleiding (hbo of universiteit)
- jongeren met een laag schoolniveau: op het vmbo roken meer jongeren van 12 tot 16 jaar dan op alle andere schoolniveaus.

- mannen van Turkse herkomst: uit GGD-onderzoeken in de grote steden en een nationaal onderzoek komt naar voren dat het aandeel rokers onder mannen met een Turkse culturele achtergrond hoger is dan het gemiddelde percentage rokers onder mannen.

In *tabel 5.4* wordt aan de hand van vijf pijlers een integrale aanpak van roken uitgewerkt. Op de website www.loketgezondleven.nl is een overzicht te vinden van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van roken.

Roken was onderdeel van het Rotterdamse programma Samen Werken aan een Goede Gezondheid. Vanwege een dalende prevalentie van roken en de effectiviteit van overheidsbeleid is de keuze gemaakt hieraan geen vervolg te geven, maar de tabaksontmoediging over te laten aan zorgverleners en marktpartijen.

In opdracht van de GGD Rotterdam-Rijnmond heeft Smart Agent in 2013 de Toolkit Beter Stoppen voor eerstelijnszorgverleners ontwikkeld. De Toolkit helpt zorgverleners de stopondersteuning goed aan te laten sluiten op het leefstijlprofiel van rokers die willen stoppen en wordt in 2014 stedelijk aangeboden aan de eerstelijnszorg in Rotterdam. Daarnaast start er in 2014 een pilot in Delfshaven waarbij vrijwilligers met een bijstandsuitkering rokers gaan ondersteunen bij het stoppen met roken.

Daarnaast stelt de GGD Rotterdam-Rijnmond vanuit de Gezonde School Rijnmond de lestars 'Genotmiddelen' beschikbaar voor zowel het basisonderwijs, voortgezet en speciaal onderwijs.

Tabel 5.4 Integrale aanpak van roken, uitgewerkt aan de hand van vijf pijlers (www.loketgezondleven.nl; www.longfonds.nl/schoolterrein; www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering).

Inrichting van de omgeving

- Het beïnvloeden van de sociale norm is een belangrijk onderdeel van het totale tabaksontmoedigingsbeleid. De komende jaren is het belangrijk het bereik van interventies gericht op lager opgeleide mensen te vergroten. Daarbij is het de uitdaging om de acceptatie van roken te veranderen naar een sociale norm van niet-roken. Dit is met name belangrijk onder mensen met een lage sociaaleconomische status.
- Inzetten op rookvrije schoolterreinen, want de helft van de rokers begint op het schoolplein.

Regelgeving en handhaving

- De gemeente kan bijdragen aan de doelstelling van de Tabakswet door horecabedrijven te ondersteunen om rookvrij te worden en te blijven.
- In de nabije toekomst zal de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak verhoogd worden van 16 naar 18 jaar. De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) houdt toezicht op de naleving van de Tabakswet door controles uit te voeren bij allerlei bedrijven, van supermarkt en dorpskroeg tot stadhuis. Op grond van de Tabakswet heeft een gemeente geen handhavingstaken (anders dan het instellen, aanduiden en handhaven van de rookverboden in eigen gebouwen). Een gemeente kan wel de toezichthouders op naleving van de alcoholwetgeving (de buitengewoon opsporingsambtenaar) opdracht geven om ook overtredingen van de Tabakswet te signaleren en te melden, zoals de verkoop van tabak aan jongeren onder de 16 jaar. Of de gemeente kan een meldpunt inrichten waar burgers overtredingen kunnen melden, die vervolgens worden doorgegeven aan de NVWA.

Voorlichting en educatie

- Het vergroten van kennis over en bewustwording van de risico's van roken door aanbieden van informatiemateriaal over roken, meerroken en stoppen op locaties die bezocht worden door risicogroepen, zoals in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en het CJG.
- De gemeente maakt afspraken met het CJG over het uitvoeren van adviezen om meerroken thuis terug te dringen en dat roken onderwerp is en blijft in de contactmomenten van het CJG met scholieren.
- Rokers krijgen informatie over nut en noodzaak van stoppen en over de mogelijkheden om te stoppen met behulp van ondersteuning in de gemeente of op het werk.
- Opvoedondersteuning via bijvoorbeeld het CJG of digitaal via de website www.hoepakjijdataan.nl of www.uwkindenroken.nl.
- Tijdens ouderbijeenkomsten aandacht besteden aan roken en opvoeding.
- Programma's en lessen op school met informatie en vaardigheden om niet te beginnen met roken en om meerroken te voorkomen.

Signalering en advies

- Het signaleren van experimenteelgedrag bij kinderen en scholieren en het voorkomen van beginnen met roken.
- Het voorkomen van meerroken.

Ondersteuning

- Het stimuleren van stoppogingen. In 2012 werd voor stoppen met roken alleen nog de gedragsmatige ondersteuning vergoed. Inmiddels heeft de overheid besloten om dit terug te draaien. Per 1 januari 2013 kunnen ook de kosten van farmacologische ondersteuning weer (eenmaal per jaar) worden gedeclareerd, waarvoor bij de meeste verzekeringen geldt dat eerst het eigen risico moet worden aangesproken.

5.1.5 Alcoholgebruik

Het drinken van alcohol is in Nederland gemeengoed. Van de 19- tot 65-jarigen geeft 84% aan alcohol gedronken te hebben in het afgelopen jaar (IM, 2012). Gebruik van alcohol is schadelijk, allereerst voor bijna alle organen van het menselijk lichaam. Daarnaast zijn er sociale en maatschappelijke gevolgen van schadelijk alcohol gebruik. De grootste kostenposten zijn: verlies aan arbeidsproductiviteit, criminaliteit, verkeersongevallen, gezondheidszorg en verslavingszorg (www.loketgezondleven.nl).

In de Integrale Monitor 2012 zijn aan volwassenen vragen gesteld over het drinken van alcoholhoudende drank, het aantal dagen waarop gedronken wordt en het aantal glazen alcohol op één dag. Op basis van die vragen zijn een aantal uitkomstmaten voor alcoholgebruik berekend die een risico voor de gezondheid zijn. Tabel 5.5 geeft de cijfers van alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid weer, zowel in Rotterdam als in de G4 en Nederland.

Tabel 5.5 Percentage alcoholgebruik in Rotterdam, G4 en Nederland (IM 2012⁷).

Onderwerp	Leeftijd	Rotterdam	Afwijkend t.o.v.		G4	NL	Vergelijking met 2008	
		%	G4	NL	%	%	%	wijkt af
Percentage met overmatig alcoholgebruik	19 tot 65 jaar	7	▼	▼	9	12	10	▼
	65 jaar en ouder	8	▼		10	6	10	
Percentage met zwaar alcoholgebruik	19 tot 65 jaar	10	▼		12	8	13	▼
	65 jaar en ouder	7			7	8	9	
Percentage dat alcoholafhankelijk is	19 tot 65 jaar	11	▼	-	13	-	11	
	65 jaar en ouder	7		-	8	-	7	

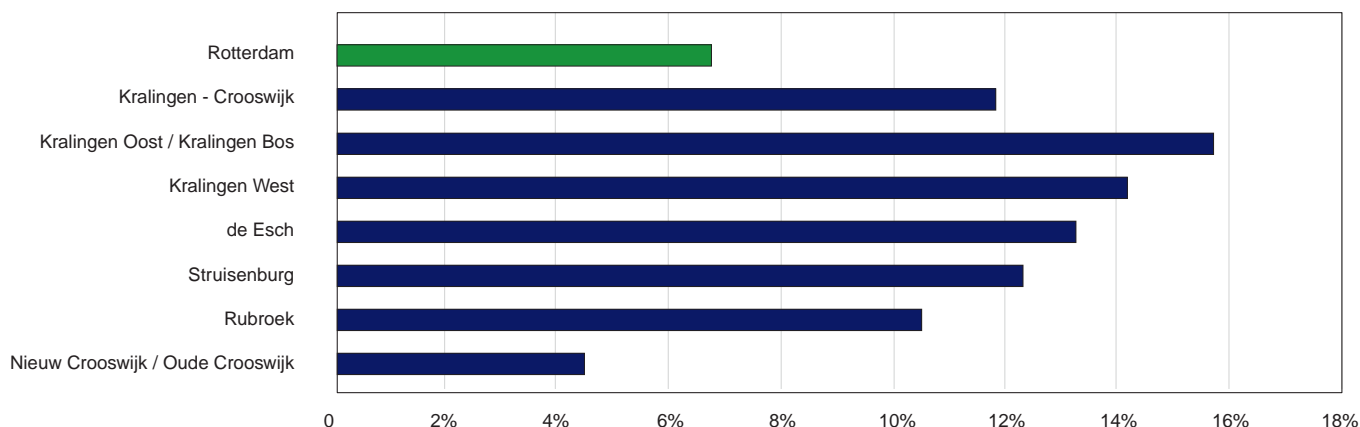
Het aandeel inwoners dat alcohol drinkt is in Rotterdam lager dan de G4, Nederland en zelfs iets afgenomen in vergelijking met de voorgaande meting. Ook op een aantal uitkomsten van risicovol alcoholgebruik onder 19- tot 65-jarigen steekt Rotterdam gunstig af ten opzichte van de G4.

Alcoholgebruik in de deelgemeenten en wijken

In de deelgemeenten Kralingen-Crooswijk en Hoek van Holland is het aandeel overmatige drinkers onder 19- tot 65-jarigen hoger dan Rotterdam gemiddeld en vergelijkbaar met het Nederlands gemiddelde. *Figuur 5.4* laat zien dat het aandeel overmatige drinkers in een groot deel van de wijken in Kralingen-Crooswijk hoger is in vergelijking met Rotterdam. In deelgemeente Feijenoord is het aandeel overmatige drinkers juist lager (4,7%). Dit is te verklaren door de samenstelling van de bevolking in de deelgemeente. Ondanks het lagere percentage mensen dat alcohol drinkt, is het aantal cliënten per 10.000 inwoners, dat ingeschreven is in de ambulante verslavingszorg in verband met een alcoholverslaving hoger dan landelijk (30 per 10.000 versus 22 per 10.000).

⁷ Definities van zwaar en overmatig alcoholgebruik en van alcoholafhankelijkheid zijn te vinden in bijlage 3.

Figuur 5.4 Percentage overmatige alcoholgebruikers van 17 jaar en ouder in Rotterdam, deelgemeente Kralingen-Crooswijk en de wijken in Kralingen-Crooswijk (IM 2012).



Het drankgebruik van jongeren in Nederland is aanzienlijk. In 2011 was Nederland één van de slechtst scorende Europese landen op het gebied van alcoholgebruik onder 15- en 16-jarigen (Hibell et al., 2012). Jongeren die drinken, drinken vaak veel. Binge drinken, dat wil zeggen vijf of meer glazen alcohol tijdens één gelegenheid, deed in 2009 een kwart van de 12- tot 16-jarigen (Van Dorsselaer et al., 2010), (www.loketgezondleven.nl).

Vooraf voor jongeren is alcohol drinken erg schadelijk voor de gezondheid, in het bijzonder voor de ontwikkeling van de hersenen en andere organen die in de groei zijn. Ook remt het de groei van het lichaam. Uit onderzoek blijkt een duidelijk verband tussen alcoholgebruik en maatschappelijk schadelijk gedrag, zoals schoolverzuim, geweld en vernieling en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Verder kan alcoholgebruik op jonge leeftijd leiden tot problemen met alcoholgebruik op latere leeftijd (verslaving). Ook lopen jongeren sneller het risico alcoholvergiftiging te krijgen. Daarom is het voor jongeren onder de 18 jaar beter om helemaal geen alcohol te drinken. (www.rijksoverheid.nl).

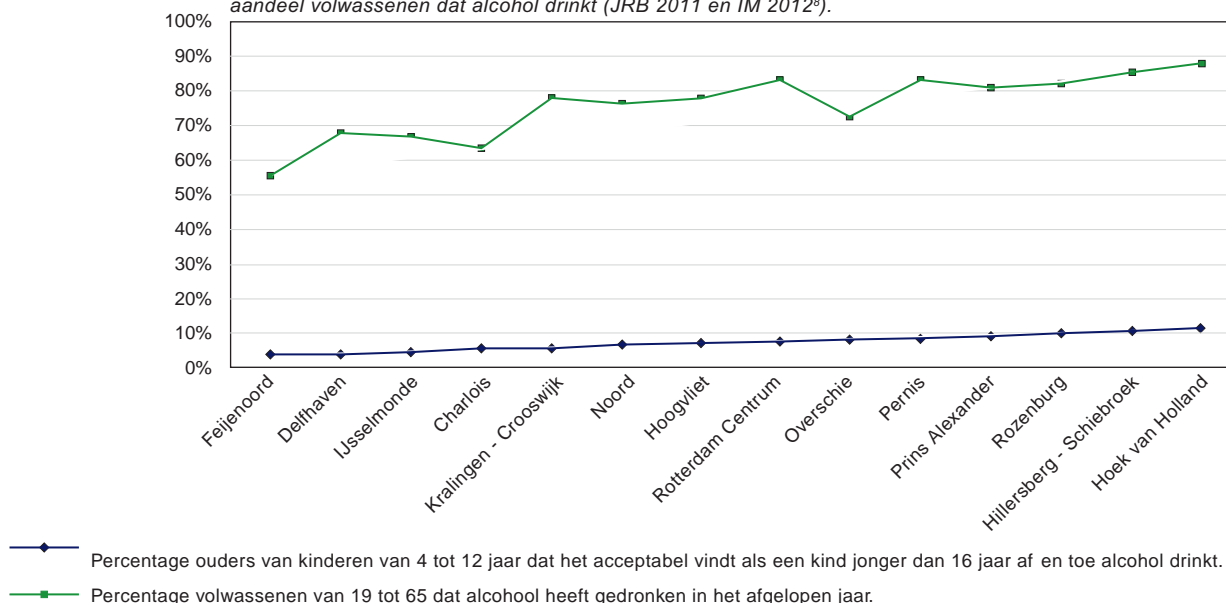
Van de 12- en 13-jarigen in Rotterdam geeft 36% in 2011 aan wel eens alcohol gedronken te hebben. Van de 14- en 15-jarigen is dit 54%. Binge drinken komt in Rotterdam voor bij 4% van de 12- en 13-jarigen en 12% van de 14- en 15-jarigen. Het aandeel drinkers onder 14- en 15-jarigen is in Rotterdam lager in vergelijking met Nederland.

Vergelijking met eerdere meting

Het landelijk percentage van de bevolking dat aangeeft wel eens alcohol te drinken, is de afgelopen tien jaar licht gedaald van 84% in 2000 tot 80% in 2009 (CBS StatLine, 2011). Sinds 2003 neemt het percentage 12- tot en met 15-jarigen dat ervaring heeft met alcohol af. Ook het percentage jongeren dat aangeeft in de afgelopen maand gedronken te hebben, en het aandeel binge drinkers neemt af (Verdurmen et al., 2012). Opvallend is dat deze bevinding niet geldt voor 16-jarigen. Mogelijk heeft de daling in alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar te maken met de boodschap die de laatste jaren wordt uitgedragen om voor het 16e jaar geen alcohol te drinken (www.loketgezondleven.nl). Cijfers van de Rotterdamse jeugd laten eenzelfde beeld zien.

Uit *figuur 5.5* komt het beeld naar voren dat in de deelgemeenten waar volwassenen minder vaak drinken ook de acceptatie dat kinderen onder hun 16e drinken lager is in vergelijking met de deelgemeenten waar het aandeel volwassenen dat alcohol drinkt hoger is.

Figuur 5.5 Percentage ouders dat het acceptabel vindt als hun kind voor hun 16e alcohol drinkt en het aandeel volwassenen dat alcohol drinkt (JRB 2011 en IM 2012⁸).



Aanpak schadelijk alcoholgebruik

In de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' houdt het kabinet vast aan schadelijk alcoholgebruik als een van de speerpunten. Daarbij zijn de volgende aandachtspunten geformuleerd:

- vertrouwen in gezondheidsbescherming: beschermen van vooral de jeugd door aanscherpen wet- en regelgeving en verbeteren van het toezicht
- zorg dichtbij in de buurt: herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbaar (e-health). Tijdige signalering door professionals uit de eerste en tweede lijn
- jeugd: vroege signalering risico's en het verhogen van weerbaarheid naast het stellen van regels

Een effectieve preventie van alcoholproblemen vraagt om een integrale aanpak. Alle factoren die van invloed zijn op het alcoholgebruik, waaronder de leefomgeving, gezondheid en opvoeding, worden in samenhang met elkaar aangesproken.

In tabel 5.6 wordt aan de hand van vijf pijlers een integrale aanpak van schadelijk alcoholgebruik uitgewerkt. In Rotterdam wordt het programma Drugs en Alcohol uitgevoerd (GGD Rotterdam-Rijnmond, 2012). Het programma, met de looptijd 2011-2014, richt zich op het terugdringen van de negatieve effecten van drugs- en alcoholgebruik onder jongeren. Het programma draagt bij aan collegeprioriteiten zoals het terugdringen van schooluitval, het terugdringen van geweld en het bevorderen van gezondheid. Het programma richt zich primair op jongeren tot 23 jaar en hun omgeving. Het programma Drugs en Alcohol zorgt voor samenhangende inzet op het gebied van preventie, curatie en repressie. Dit gebeurt door:

- Grenzen stellen met beleid en regelgeving;
- Grenzen overdragen door het creëren van publiek draagvlak via voorlichting en educatie, het verhogen van normbesef;
- Grenzen bewaken door te zorgen voor naleving, toezicht en handhaving.

⁸ Definities van zwaar en overmatig alcoholgebruik en van alcoholafhankelijkheid zijn te vinden in de bijlage.

Op de website www.loketgezondleven.nl staat een overzicht van goed beschreven en goed onderbouwde interventies op het gebied van schadelijk alcoholgebruik.

Tabel 5.6 Integrale aanpak van schadelijk alcoholgebruik, uitgewerkt aan de hand van vijf pijlers (www.loketgezondleven.nl; www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/alcohol).

<p>Inrichting van de omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcoholvrije omgeving openbare ruimten, waaronder school- en sportomgeving. • Beperving van alcoholgebruik tijdens evenementen.
<p>Regelgeving en handhaving</p> <p>Met ingang van 1 januari 2013 is de Drank- en Horecawet gewijzigd. Er is veel veranderd. Zo is het toezicht overgeheveld van het Rijk naar gemeenten en hebben de gemeenten meer bevoegdheden om op lokaal niveau het alcoholprobleem aan te pakken. (http://www.hetccv.nl/binaries/content/assets/ccv/dossiers/drank--en-horecawet/13427-cvgu-infosheet-extra-wijzigingen-drank--en-horecawet_def-internet.pdf)</p>
<p>Naast de genoemde wijzigingen wordt de Drank- en Horecawet per 1 januari 2014 aangevuld met drie relevante bepalingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de leeftijd, waarop aan jongeren zwakalcoholische dranken mogen worden verkocht, gaat van 16 naar 18 jaar. Tot die leeftijd zijn jongeren ook strafbaar als ze alcohol in hun bezit hebben in het publieke domein (inclusief de horeca). Deze laatste regel geldt niet in supermarkten • de leeftijd voor de toegang tot een slijterij zonder begeleiding van een minimaal 21-jarige gaat van 16 naar 18 jaar • gemeenten moeten elke vier jaar een preventie- en handavingsplan opstellen. Het plan bevat de hoofdzaken van het beleid over de preventie van alcoholgebruik, met name onder jongeren, en de handhaving van de wet. De eerste keer moet dit uiterlijk 1 juli 2014 gebeurd zijn
<p>Voorlichting en educatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergroten van kennis en bewustwording van de risico's van (overmatig) alcoholgebruik bij diverse doelgroepen, waaronder ouders. • Vergroten van kennis over beleidsmaatregelen, door regelmatige berichtgeving in de lokale media (bijvoorbeeld via de gemeentepagina), door debatavonden en studiedagen met deskundigen. • Resultaten van het gevoerde beleid bekend maken.
<p>Signalering en advies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgen voor activiteiten die het mogelijk maken om mensen met een hoog risico op te sporen en de toeleiding naar effectieve interventies of zorg mogelijk maken (zodat het aantal probleemdrinkers afneemt).
<p>Ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimuleren dat er verbinding wordt gelegd met preventie-interventies in de eerste en tweede lijn. • Zorgen voor een basisaanbod op het gebied van vroegsignalering en kortdurende interventies.

5.1.6 Drugsgebruik

Drugs zijn middelen die de hersenen prikkelen waardoor er geestelijke en lichamelijke effecten optreden. De effecten van drugs kunnen stimulerend, verdovend of bewustzijnsveranderend zijn (van Laar en Harbers, 2012). Ondanks de relatief lage prevalentie, leidt drugsgebruik tot een aanzienlijke maatschappelijke belasting.

In Rotterdam gebruikt 6% van volwassenen (19 tot 65 jaar) cannabis en 1,5% harddrugs. Dit is het gebruik dat nagevraagd is over een periode van vier weken voorafgaand aan het onderzoek. Onder 14- en 15-jarigen heeft 3% softdrugs en 0,5% harddrugs gebruikt in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek. Het gebruik van drugs onder volwassenen is vergelijkbaar met het gemiddelde van de G4 steden, maar lager dan in Amsterdam (8,8%) en hoger dan het landelijk gemiddelde (4%).

Diverse factoren zijn van invloed op de kans dat iemand drugs gebruikt. Deze factoren zijn onder te verdelen in:

- Omgevingsfactoren, zoals de verkrijgbaarheid van drugs (fysieke omgeving), het drugsgebruik van vrienden en de houding van ouders (sociale omgeving).
- Persoonsgebonden factoren, zoals de houding ten aanzien van drugs, persoonlijkheidskenmerken, genetische aanleg en sociale vaardigheden (bijvoorbeeld weerbaarheid).

Cannabis gebruik gaat vaak samen met ander middelengebruik en gedragsproblemen. Jongeren die cannabis gebruiken, gebruiken ook vaker andere middelen (alcohol, roken) dan jongeren die geen cannabis gebruiken. Ook hebben jongeren die cannabis gebruiken in vergelijking met jongeren die dat niet doen vaker gedragsproblemen. Ze vertonen vaker agressief en delinquent gedrag (stelen, vandalisme, zwartrijden) en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie) dan leeftijdgenoten die niet blowen. Het Programma Drugs en Alcohol richt zich vanwege deze samenhang op een integrale aanpak (zie paragraaf 5.1.5).

5.2 Sociale leefomgeving

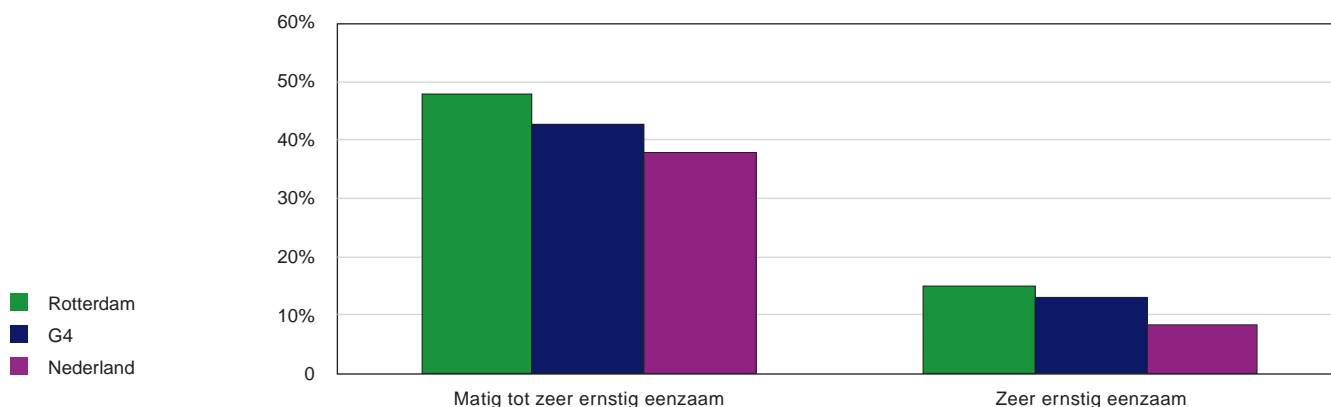
5.2.1 Eenzaamheid

Bijna 40% van de volwassenen Nederlanders voelt zich eenzaam, 30% procent zegt zich enigszins eenzaam te voelen en ruim 8% geeft aan (zeer) ernstig eenzaam te zijn. De mate waarin mensen zich eenzaam voelen, is redelijk stabiel tot een leeftijd van zeventig. Daarna volgt een toename. Van de mensen die 90 jaar of ouder zijn, zegt bijna 65% zich eenzaam te voelen, waarvan 17% zeer eenzaam (IM 2012).

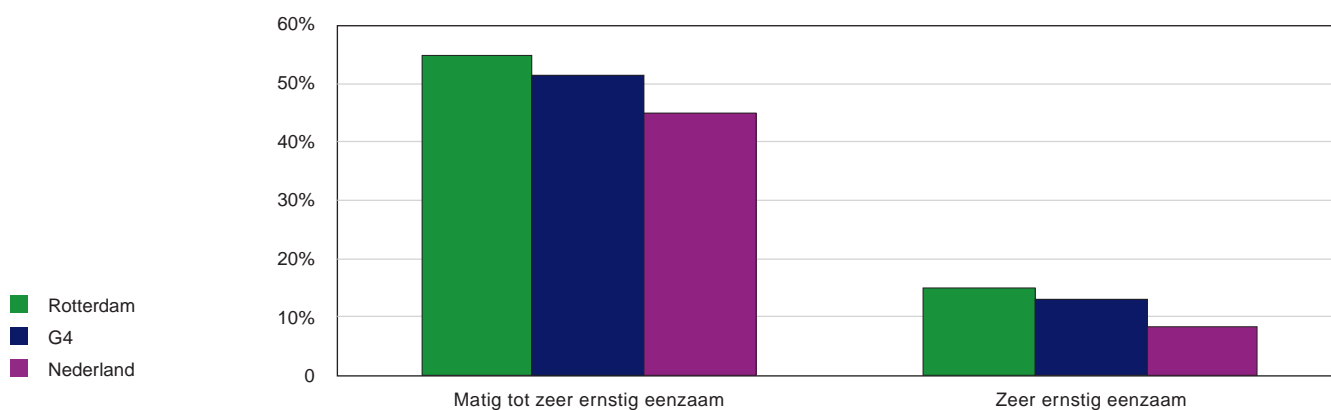
Eenzaamheid wordt gedefinieerd als het ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan bepaalde sociale relaties. Er kan sprake zijn van emotionele eenzaamheid of sociale eenzaamheid. Emotioneel eenzamen kunnen weliswaar veel mensen om zich heen hebben, maar er ontbreekt een hechte, emotionele band met deze mensen in hun omgeving. Bij sociale eenzaamheid hebben mensen minder contact met anderen dan ze wensen.

In Rotterdam geeft 47% van de 19- tot 65-jarigen en 56% van de 65-plussers aan matig tot (zeer) ernstig eenzaam te zijn. Er komt meer eenzaamheid voor onder zowel 19- tot 65-jarigen als 65-plussers in vergelijking met de G4 en Nederland. In deelgemeente Feijenoord en Charlois is de omvang van het probleem het grootst. In Feijenoord is 59% van de 19- tot 65-jarigen in enige mate eenzaam en 20% ernstig eenzaam. Van de ouderen in Feijenoord geeft 63% aan eenzaam te zijn. De drie wijken met het hoogste aandeel ernstig eenzamen (17 jaar en ouder) zijn Tussendijken (27%), Vreewijk (24%) en Lombardijen (19%).

Figuur 5.6 Percentage eenzamen 19- tot 65-jarigen in Rotterdam, G4 en Nederland (IM 2012).



Figuur 5.7 Percentage eenzame ouderen in Rotterdam, G4 en Nederland (IM 2012).

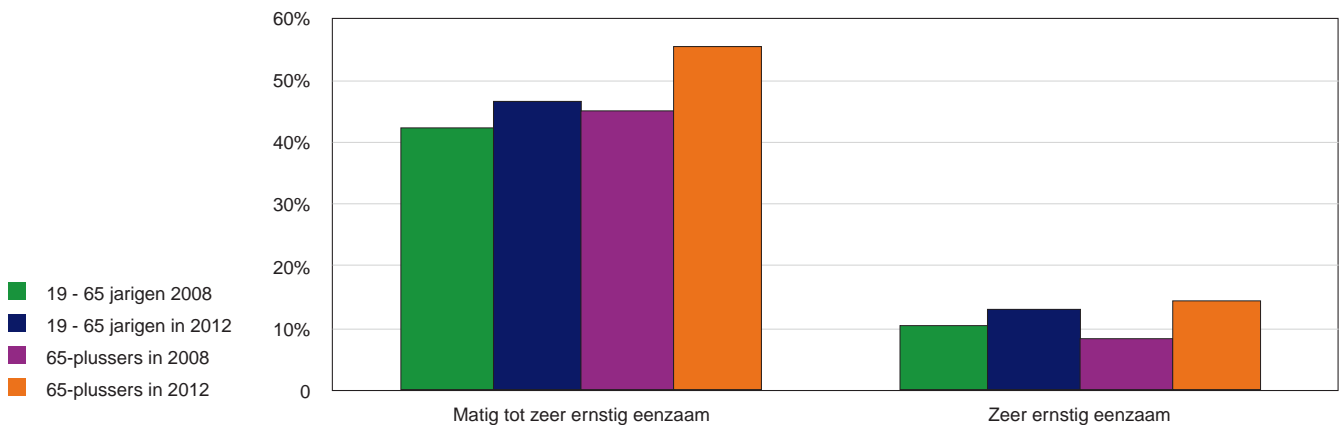


Eenzaamheid houdt verband met verschillende kenmerken. Zo is eenzaamheid hoger onder mensen met een beperking, onder mensen die zich niet gezond voelen en onder mensen zonder partner (www.nationaalkompas.nl). Daarnaast is er een samenhang te zien tussen economische kenmerken en de ervaren mate van eenzaamheid. Van de mensen die geen moeite hebben om rond te komen, voelt één op de drie (34%) zich eenzaam. Van degenen die wel moeite hebben om rond te komen geeft 55% aan zich eenzaam te voelen. Ook zijn mensen met betaald werk of een hoog opleidingsniveau minder vaak eenzaam. Ten slotte voelen autochtone Nederlanders zich minder vaak eenzaam dan niet-westerse allochtonen (35% versus 60%) (IM 2012).

Vergelijking met eerdere meting

In *Figuur 5.8* is te zien dat de eenzaamheid in Rotterdam is toegenomen tussen 2008 en 2012. Onder de 19- tot 65-jarigen is het totale percentage matig tot zeer ernstig eenzamen toegenomen van 42% tot 47%. Onder de 65-plussers is er een toename van 46% naar 56%.

Figuur 5.8 Percentage eenzamen in Rotterdam in 2008 en 2012 per leeftijdsgroep (IM 2012).



Integrale aanpak van eenzaamheid

‘Beter in Meedoen’ is het programma van het ministerie van VWS, gericht op het vernieuwen en verbeteren van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), ook op het punt van eenzaamheidsbestrijding. Lokaal beleid voor de aanpak van eenzaamheid maakt vaak deel uit van een hiermee samenhangend gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld van ouderen- en welzijnsbeleid en van beleid voor preventie van depressie. De Wmo vormt daarbij het wettelijke kader.

Eenzaamheid tegengaan vergt vaak oplossingen op verschillende terreinen. In *tabel 5.7* wordt aan de hand van drie pijlers een integrale aanpak van eenzaamheid uitgewerkt. In Rotterdam wordt de werkwijze van Even Buurten Rotterdam gevolgd (www.rotterdam.nl/evenbuurten). Het doel is ouderen langer thuis te laten wonen door het organiseren van sterke sociale wijknetwerken. Deze netwerken maken deel uit van de integrale wijkaanpak voor ouderen in Rotterdam. Even Buurten brengt ouderen van 70 jaar en ouder in contact met buurtbewoners en vrijwilligers en schakelt zonnig professionele ondersteuning in.

Tabel 5.7 *Integrale aanpak van eenzaamheid, uitgewerkt aan de hand van drie pijlers (www.nationaalkompas.nl; www.eenzaam.nl; www.loketgezondleven.nl).*

<p>Inrichting van de omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creëren van een omgeving die leidt tot meer sociale steun. Sociale steun bevordert de gezondheid van degene die deze steun ontvangt en vermindert gevoelens van eenzaamheid. Voorbeelden zijn (landelijke) voorlichtingscampagnes over eenzaamheid, georganiseerde groepsactiviteiten als zingen of schilderen en telefonische hulpdiensten of bezoekdiensten.
<p>Voorlichting en educatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algemene voorlichting en mentaliteitsverandering in de samenleving met betrekking tot eenzaamheid. Coalitie Erbij, de nationale organisatie tegen eenzaamheid, verwoordt dit als volgt: 'Verandering in de publieke opinie over eenzaamheid is nodig. De maatschappij is niet 100% maakbaar. Eenzaamheid is meestal geen persoonlijk falen. Je hoeft je er niet voor te generen. Eenzaamheid hoeft niet 'weggeorganiseerd' te worden.' • Bevordering van deskundigheid van hulpverleners: beroepskrachten en vrijwilligers leren om mensen met een gebrek aan sociale steun te signaleren en hier adequaat op te reageren.
<p>Ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociaal-culturele activering van risicogroepen, bijvoorbeeld koffie-inloopochtenden in een dienstencentrum. • Persoonlijke activering, bijvoorbeeld door lotgenotengroepen en telefonische hulpdiensten.

5.2.2 Sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting is een breed begrip dat verwijst naar het onvermogen van bepaalde groepen of individuen om, als gevolg van individuele en maatschappelijke factoren, volledig deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Het Sociaal en Cultureel Planbureau onderscheidt vier dimensies (Van Bergen en Van Loon, 2013):

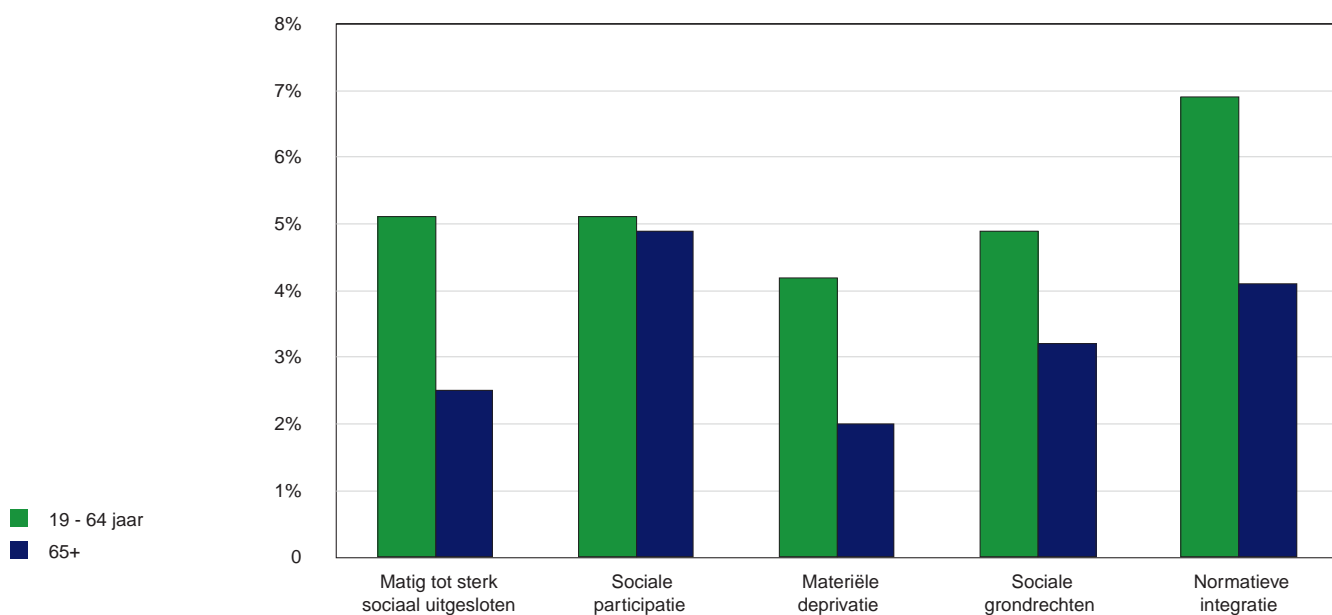
- sociale participatie: gevoelens van sociale en emotionele eenzaamheid en de frequentie van contact met burens of mensen in de straat
- materiële deprivatie; in hoeverre huishoudens over voldoende financiële middelen beschikken om de in Nederland gangbare goederen en diensten te betalen
- onvoldoende toegang tot sociale grondrechten waaronder een goede woning en medische zorg, en discriminatie in het algemeen
- onvoldoende normatieve integratie: het niet naleven van centrale normen en waarden van de Nederlandse samenleving

De sociale uitsluitingsindex stelt aan de hand van een totaalscore over 18 items, verdeeld over de 4 dimensies, vast in hoeverre een persoon sociaal uitgesloten is. Deze sociale uitsluitingsindex is opgenomen in de Integrale Monitor 2012 en Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012.

In Nederland blijkt 6% van de 19- tot 65-jarigen matig tot sterk sociaal uitgesloten te zijn, en 3% van de 65-plussers. In de regio komen de cijfers overeen met de landelijke cijfers.

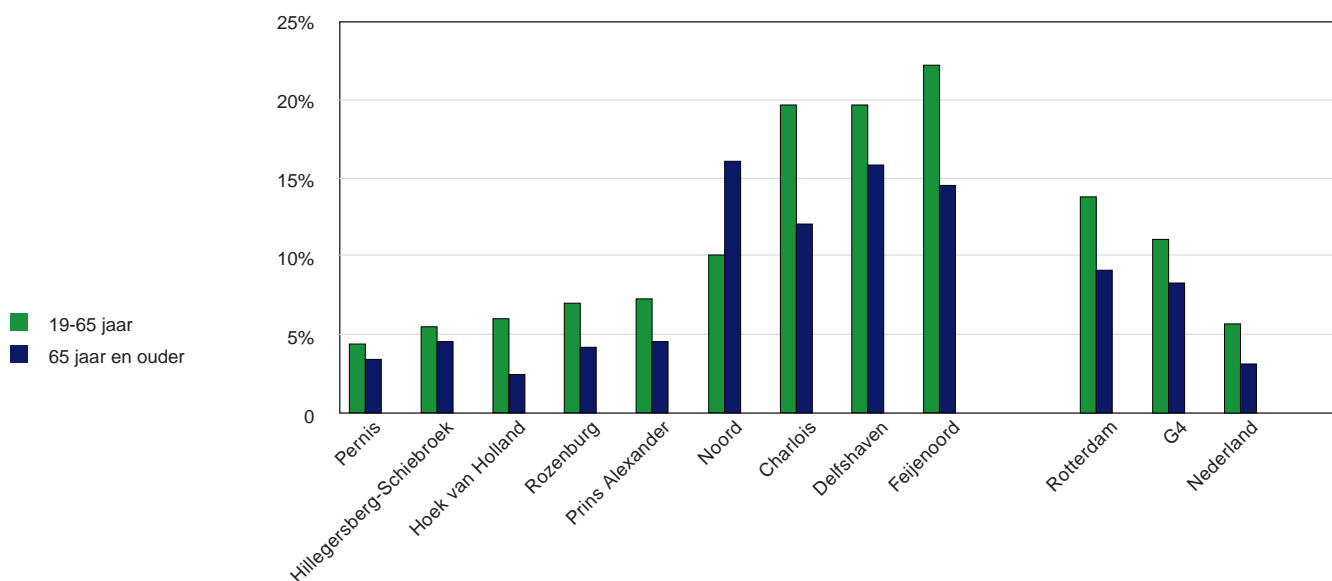
Figuur 5.9 geeft de totaalscore en de scores op de 4 dimensies in de regio weer voor de leeftijdsgroepen 19- tot 65-jarigen en 65-plussers.

Figuur 5.9 Totaalscore en score op afzonderlijke dimensies sociale uitsluitingsindex naar leeftijd (IM 2012).



In Rotterdam geeft 13% van de 19- tot 65-jarigen aan matig tot sterk sociaal uitgesloten te zijn, en 9% van de 65-plussers. Dit is hoger in vergelijking met Nederland. *Figuur 5.10* toont het aandeel sociaal uitgesloten inwoners per deelgemeente. De deelgemeenten Feijenoord, Delfshaven en Charlois hebben het grootste aandeel inwoners dat sociaal uitgesloten is. In de wijken binnen deze deelgemeenten kan het aandeel zelfs oplopen tot een vierde of een derde van de volwassen bevolking. Opvallend is dat in deelgemeente Noord het aandeel sociaal uitgesloten onder de 19- tot 65-jarigen relatief laag is, maar het aandeel uitgesloten ouderen juist relatief hoog.

Figuur 5.10 Het aandeel inwoners dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is naar leeftijd in deelgemeenten waar de uitsluiting hoger of lager is dan gemiddeld in Rotterdam (IM 2012).



Integrale aanpak van sociale uitsluiting

Binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) wordt sociale uitsluiting beschouwd als een belangrijke indicator voor het vinden van OGGz risicogroepen in de bevolking. Vanuit een breder volksgezondheidsperspectief is sociale uitsluiting relevant als factor in het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsverschillen (Van Bergen en Van Loon, 2013).

Een belangrijk uitgangspunt van het kabinetsbeleid is het voorkomen en wegnemen van drempels die de participatie van burgers belemmeren. Het is economisch niet verantwoord en uit sociaal oogpunt niet wenselijk dat mensen buiten de samenleving komen te staan (www.gemeenteloket.minszw.nl).

De preventieve aanpak van sociale participatie, de eerste genoemde dimensie, is reeds beschreven bij het onderwerp eenzaamheid (paragraaf 5.2.1).

Preventie van materiële deprivatie of schuldpreventie is voor de meeste gemeenten een vrij nieuwe activiteit. Met de inwerkingtreding van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening in 2012 is schuldpreventie een wettelijke verantwoordelijkheid. Er wordt van gemeenten verwacht dat zij hun ambities op het terrein van de schuldpreventie uitwerken in een beleidsplan. Immers, (problematische) schulden zijn een belemmering bij arbeidsparticipatie. Daarom vindt het kabinet het van groot belang om (problematische) schulden te voorkomen of op te lossen. Hiervoor zijn schuldenaren en schuldeisers in de eerste plaats zelf verantwoordelijk. Als mensen toch hulp nodig hebben, kunnen zij bij de gemeente terecht. De Kredietbank Rotterdam zet nu meer in op vroegsignalering. Sinds 1 juli loopt de pilot Verbrede Vraagwijzer in vier deelgemeenten. In Charlois, IJsselmonde, Noord en Hoogvliet werken medewerkers van de Kredietbank Rotterdam decentraal en richten zich daar vooral op de eerste fase van het intakeproces van de schulddienstverlening: het oriëntatie- en inleveragesprek.

5.2.3 Pesten

Het aandeel kinderen in de basisschoolleeftijd dat wordt getreiterd of gepest door andere kinderen is in Rotterdam 23% en varieert tussen de deelgemeenten van 15% tot 30%. Vijf procent van de 12- en 13-jarigen en 3% van de 14- en 15-jarigen geeft aan tenminste één keer per week gepest te worden.

In Rotterdam zijn op vier scholen in een aantal achterstandswijken van Rotterdam (Spangen, Bloemhof, Oude Noorden en Bospolder/Tussendijken) schoolpleinen groen heringericht. Uit onderzoek blijkt dat een geslaagde groene herinrichting van schoolpleinen gepaard kan gaan met een verbetering van het sociale klimaat (de Vries et al, 2013). Kinderen zijn aardiger voor elkaar en maken minder ruzie.

In 2014 wordt de JGZ-richtlijn pesten uitgebracht. Belangrijke thema's in de richtlijn zijn voorlichting, preventie en vroege opsporing, symptomen en signalering, ondersteuning en behandeling, en verwijzing en nazorg. Scholen kunnen bijdragen door het opstellen van een pestprotocol en aandacht besteden aan pesten in lesprogramma's. Op de website www.loketgezondleven.nl zijn voorbeelden van interventies beschreven.

5.2.4 Huiselijk geweld

Gemeenten en de GGD hebben een regierol bij de aanpak van huiselijk geweld en het bevorderen van de samenwerking op lokaal niveau. Huiselijk geweld kan bestaan uit fysiek, seksueel en psychisch geweld, zoals bedreiging en belaging. Het kan de vorm aannemen van partnergeweld, kindermishandeling en geweld tegen ouderen. Plegers kunnen familieleden zijn, of directe naasten zoals huisvrienden en (ex)partners. Slachtoffers kunnen mannen en vrouwen, jongens en meisjes zijn.

Geweld in de privé-sfeer is de omvangrijkste geweldsvorm in Nederland. De maatschappelijke gevolgen zijn groot. Zo kunnen geweldservaringen in de privé-sfeer leiden tot psychische problemen waarvoor een beroep wordt gedaan op de hulpverlening. Vooral bij kinderen zijn de

gevolgen van huiselijk geweld groot. Zij kunnen last krijgen van slaapstoornissen, presteren vaak minder op school, isoleren zich van andere kinderen of gaan zelf over tot geweldgebruik (nota 'Privé geweld - Publieke zaak', 2002).

In 2012 zijn in Rotterdam 7.600 meldingen gedaan bij het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld en Lokale Teams Huiselijk Geweld. Dit is omgerekend 124 meldingen per 10.000 inwoners. Tussen deelgemeenten varieert het van 58 tot 170 per 10.000 inwoners. Op basis van zelfrapportage blijkt dat het percentage slachtoffers in het afgelopen jaar onder 19- tot 65-jarigen (1,3%) en 65-plussers (0,1%) vergelijkbaar is met de G4 (1,1% en 0,2%).

Aanpak van huiselijk geweld

Voor gemeenten heeft het ministerie van Veiligheid en Justitie een Modelaanpak Huiselijk Geweld ontwikkeld. Deze is bedoeld als handreiking bij het opzetten, inrichten en uitbouwen van het beleid ter preventie en bestrijding van huiselijk geweld. De modelaanpak geeft weer wat minimaal in iedere gemeente beschikbaar of gerealiseerd moet zijn aan afspraken, voorzieningen en ondersteunende voorwaarden, om een effectieve aanpak van huiselijk geweld mogelijk te maken (Ministerie van Justitie, 2010).

De modelaanpak Huiselijk Geweld benadrukt een integrale aanpak van het probleem. Daarin zijn een sluitende keten, meer aandacht voor preventie en vroegsignalering, capaciteit voor outreachende hulpverlening en specifieke hulpverleningsprogramma's voor plegers, kinderen en specifieke groepen slachtoffers nodig.

Samenhang in het oplossen van de problematiek ontstaat door uit te gaan van een 'systeembenadering'. De kern van een systeembenadering is dat slachtoffers, plegers en (eventueel) de directe omgeving zoveel mogelijk gezamenlijk of in ieder geval gelijktijdig worden geholpen bij het (doen) stoppen van het geweld. Dat wil niet zeggen dat alles vanuit het systeem verklaard moet worden. De systeembenadering kijkt ook naar persoonsgebonden factoren en naar de context van een geweldssituatie. Het gaat erom bij de aanpak rekening te houden met zoveel mogelijk relevante factoren, de interactie tussen deze factoren en de invloed die ze op elkaar hebben (Ministerie van Justitie, 2010).

Meldcode huiselijk geweld

Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten, zoals huisartsen, leerkrachten en medewerkers van jeugdinrichtingen verplicht een meldcode te gebruiken bij vermoedens van geweld in huiselijke kring. De meldcode beschrijft in vijf stappen wat zij moeten doen als zij geweld vermoeden. Meer informatie hierover is te vinden op www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/hulp-bieden/meldcode.

Rotterdam voert sinds 2006 intensief beleid op de aanpak van huiselijk geweld. Hierdoor zijn huiselijk geweld en kindermishandeling uit de taboesfeer gehaald en bestuurlijk op de agenda geplaatst. In het actieprogramma Veilig Thuis is de aanpak voor de periode 2011-2014 beschreven.

5.3 Fysieke leefomgeving

De fysieke omgeving heeft zowel een direct als indirect effect op de gezondheid. Directe effecten treden op bij blootstelling aan chemische, fysische en biologische factoren. Via de bodem, het water, de lucht, het klimaat en de ons omringende organismen en via risico's die mensen lopen door ongelukken of rampen. Indirecte effecten treden op door stress, veroorzaakt door bijvoorbeeld omgevingsgeluid, en in positieve zin door aanwezigheid van groen, stilte of water. Indirecte effecten treden ook op doordat de inrichting van de fysieke omgeving de leefstijl of het sociale welbevinden beïnvloedt. Bijvoorbeeld via openbare ruimten waar mensen elkaar kunnen ontmoeten (Hoeymans et al., 2010).

5.3.1 Groen

Rekening houdend met demografische samenstelling en sociaaleconomische verschillen voelen bewoners van wijken met veel groen zich gezonder dan bewoners van wijken met weinig groen. Mensen voelen zich niet alleen gezonder, ook komen verschillende gezondheidsklachten minder vaak voor in woonomgevingen met meer groen. Dat zijn vooral angststoornissen en depressies. Maar ook aandoeningen aan de luchtwegen en diabetes werden minder vaak gerapporteerd in groenere woonomgevingen (Maas et al., 2009). De gevonden relaties blijken het sterkst te zijn voor kinderen, jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaaleconomische status. Waarschijnlijk omdat deze groepen meestal meer tijd doorbrengen in hun directe woonomgeving, waardoor ze ook meer in aanraking komen met het groen in de omgeving.

De verklaringen voor de positieve relatie tussen groen in de woonomgeving en gezondheid kunnen we voornamelijk terugvoeren op het stressreducerende effect van groen. Groen bezit eigenschappen die een stedelijke omgeving niet heeft, waardoor mensen sneller herstellen van stress (Kaplan & Kaplan, 1989). Daarnaast kan een groene woonomgeving bewegen en sociale contacten stimuleren. Groene ruimtes zijn vaak aantrekkelijke ruimtes om in te bewegen en om elkaar te ontmoeten. Vooral de lichamelijke activiteit van kinderen is gevoelig voor de hoeveelheid groen in de directe omgeving (Maas, 2009), (Hoeymans et al., 2010).

Groenbeleving in Rotterdam

Groen in de buurt wordt over het algemeen belangrijk gevonden. Uit de Integrale Monitor 2012 komt naar voren dat 92% van de 19- tot 65-jarigen en 97% van de ouderen in de regio groen in de buurt belangrijk vindt. Het groen in de buurt krijgt in de regio van 45% van de 19- tot 65-jarigen en 59% van de ouderen een rapportcijfer van een 8 of hoger.

In Rotterdam vindt 88% van de volwassenen en 95% van de ouderen groen in de buurt belangrijk. Het groen in de buurt krijgt van 39% van de 19- tot 65-jarigen en 56% van de ouderen een rapportcijfer van een 8 of hoger. In de deelgemeenten Feijenoord, Delfshaven, Rotterdam Centrum en Noord beoordelen inwoners het groen minder vaak met een 8 of hoger dan gemiddeld in Rotterdam.

Aanpak van een gezonde leefomgeving

De inrichting van de leefomgeving is één van de pijlers van integrale gezondheidsbevordering. Naast bestuurlijk en politiek draagvlak op gemeentelijk niveau is het belangrijk om samen met bewoners een aanpak voor een gezonde fysiek en sociale wijk te ontwikkelen. Een gemeenschappelijke agenda van alle betrokken sectoren is cruciaal, inclusief participatie en betrokkenheid van de inwoners van de gemeente. Relevante regionale en lokale partijen met de focus op de fysieke en sociale leefomgeving zijn onder andere: woningcorporaties, welzijnsorganisaties, wijkbeheer, wijkmanagers, sociale wijkteams, specifieke gemeentelijke beleidsafdelingen (stadsontwikkeling, verkeer en vervoer, volksgezondheid, groenbeheer), politie, bedrijven, sportservice organisaties, lokale organisaties voor sport en recreatie (bijvoorbeeld sportfoundations, de fitnessbranche en sportbuurtwerk) en het team Gezondheidsbevordering en Milieu van de GGD (www.loketgezondleven.nl).

De website www.loketgezondleven.nl geeft tips voor de aanpak van een gezonde leefomgeving:

- Laat bewoners in een wijk een stukje grond of bijvoorbeeld een speeltuin beheren.
- Richt een buurtwerkplaats op, waar bewoners, instellingen en gemeente verbeterpunten en actieplannen voor de buurt bespreken.
- Help wijkbewoners elkaar te vinden met behulp van een digitaal platform of initieer een maatjesproject.
- Maak duidelijke afspraken over de rol van de betrokken partijen. Dit is van belang voor het slagen van samenwerking in een wijk.
- Luister naar de behoeften en wensen van bewoners. Betrek bewoners bij ontwikkelingen: laat ze meedenken en met plannen komen vóórdat de gemeente een plan maakt.

- Sluit aan bij bestaande ontwikkelingen rondom leefomgeving (bijvoorbeeld wijkenaanpak, woonservice gebieden) in uw gemeente en verleid deze partners om gezondheid mee te nemen.
- Gebruik het (wijk)gezondheidsprofiel om het gesprek over leefomgeving met partijen zoals woningcorporaties aan te gaan.
- Zet interventies in op de vijf pijlers, zo vergroot u de kans op effect.
- Gebruik een buurtschouw of wijkatelier met partners en wijkbewoners om de leefomgeving met gezondheid te verbinden.

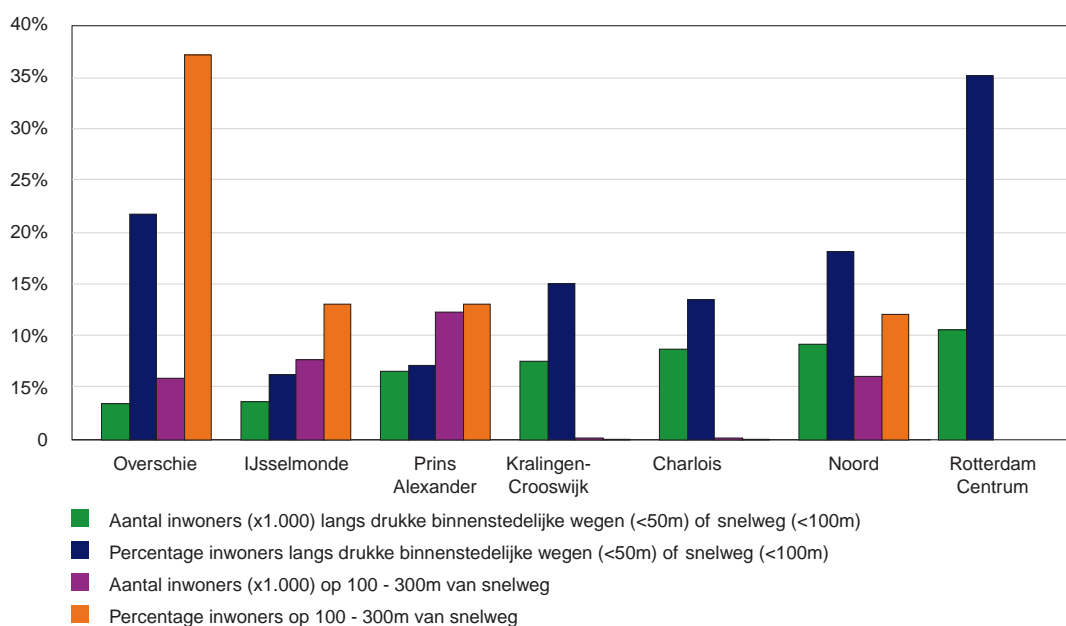
5.3.2 Luchtkwaliteit

De luchtkwaliteit blijft ook na 2015, wanneer moet zijn voldaan aan de Europese norm voor stikstofdioxide (NO₂), een onderwerp waarop lokale inzet nodig is voor het verbeteren van de gezondheid. Ook bij inademing van concentraties die voldoen aan de wettelijke normen treedt namelijk gezondheidsschade op. Tot de schadelijke effecten van luchtverontreiniging behoren onder meer chronische luchtwegaandoeningen, longkanker, hart- en vaatziekten, diabetes en een minder goede ontwikkeling van het ongeboren kind (met negatieve gevolgen voor de gezondheid in het latere leven). Dit geldt voor de hele bevolking, maar kinderen, ouderen en mensen met hart- en vaatziekten en longaandoeningen krijgen over het algemeen eerder en ernstigere klachten.

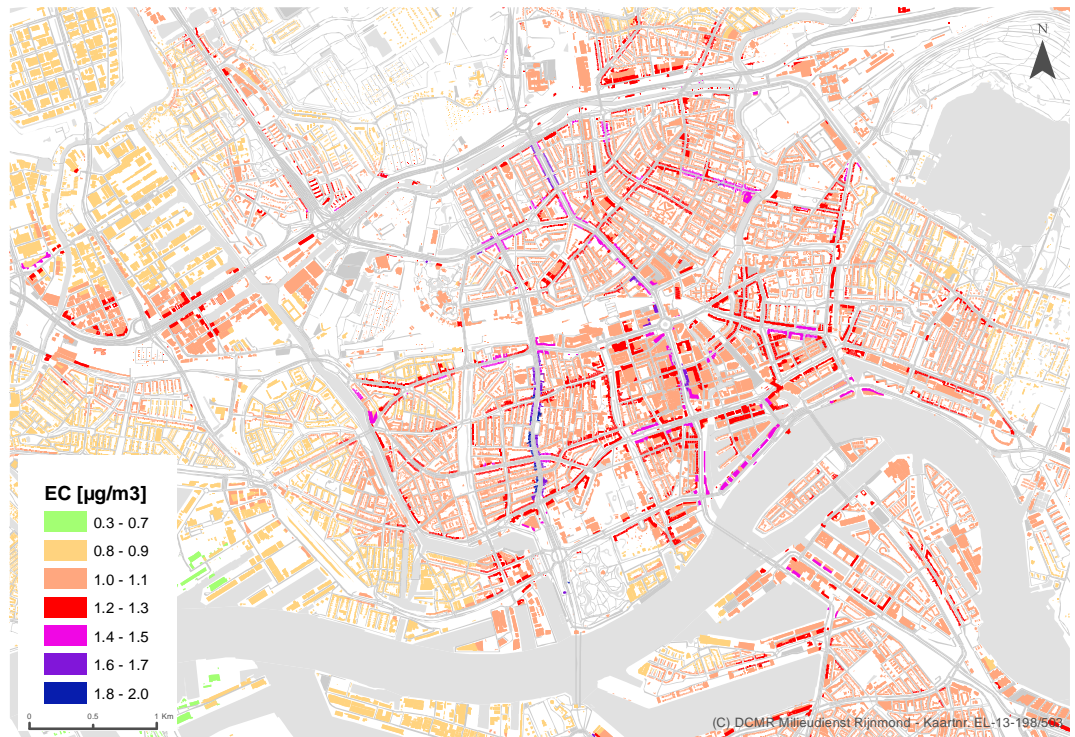
Roet of elementair koolstof (EC) wordt gezien als de meest schadelijke stof in het mengsel van luchtverontreiniging en is voor het grootste deel afkomstig van wegverkeer. Langs drukke wegen zijn daardoor de concentraties roet hoger en hebben mensen meer gezondheidsklachten door luchtverontreiniging (Janssen et al., 2012). Voor roet bestaat geen wettelijke norm.

In Rotterdam wonen ongeveer 67.926 mensen dicht langs een drukke weg en dit is 11% van de bevolking. In *figuur 5.11* zijn de deelgemeenten weergegeven waar meer dan 10% van de inwoners of dichtbij een druk binnenstedelijke weg of dichtbij een snelweg woont. Concentraties roet in Rotterdam Noord en Rotterdam Zuid zijn in *figuur 5.12* en *figuur 5.13* weergegeven.

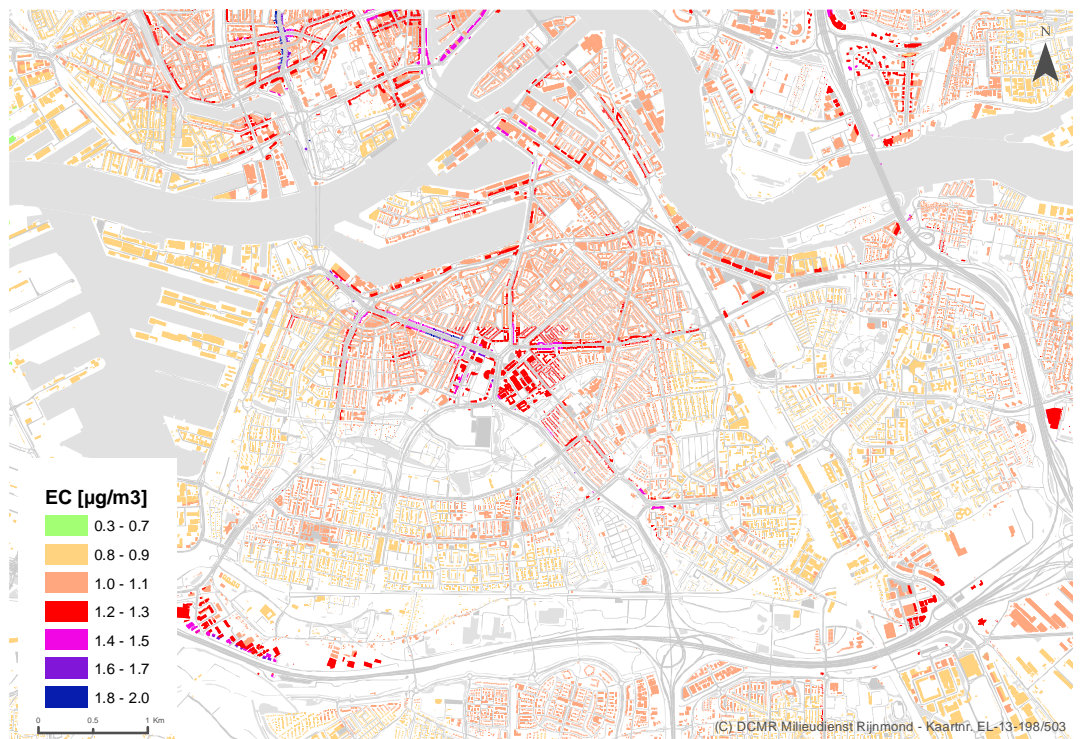
Figuur 5.11 Het aantal en percentage inwoners dat dichtbij een drukke binnenstedelijke en/of snelweg woont (DCMR Milieudienst Rijnmond, 2012).



Figuur 5.12 Concentratie roet of elementair koolstof (EC) in Rotterdam Noord (DCMR Milieudienst Rijnmond, 2014).



Figuur 5.13 Concentratie roet of elementair koolstof (EC) in Rotterdam Zuid (DCMR Milieudienst Rijnmond, 2014).



Aanpak luchtkwaliteit

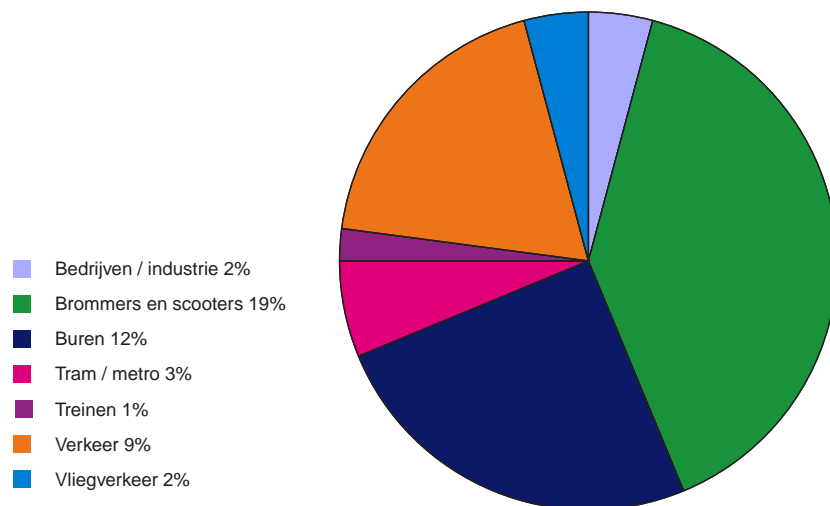
Om de blootstelling van inwoners aan roet te verminderen, raadt de GGD aan om structurele bronmaatregelen te nemen (gericht op schoner vervoer) en langs drukke wegen (zones binnen 50m langs drukke wegen en 300m langs snelwegen) geen nieuwe woningen en 'gevoelige bestemmingen' (bijvoorbeeld scholen, kinderopvangcentra en verzorgingshuizen) te bouwen. Voor dieselauto's van voor 2005 en benzineauto's die voor juli 1992 zijn gemaakt heeft gemeente Rotterdam een sloopregeling. Dezelfde auto's krijgen ook geen nieuwe parkeervergunning in Rotterdam. Bovenop de slooppremie kunnen inwoners van Rotterdam een extra premie krijgen als een elektrische - of andere groene auto wordt aangeschaft. Ter verbetering van de luchtkwaliteit wordt in 2014 de 's-Gravendijkwal tussen de Rochussenstraat en het Weena verboden gebied voor vrachtwagens.

5.3.3 Omgevingsgeluid

Blootstelling aan omgevingsgeluid kan tot uiteenlopende gezondheidsproblemen leiden, zoals hinder en slaapverstoring, maar ook een verhoogde kans op hoge bloeddruk en hartinfarct. Er zijn aanwijzingen dat langdurige blootstelling aan transportgeluid een negatief effect heeft op de leerprestaties van kinderen (WHO 2011).

Wegverkeer is in Nederland de belangrijkste bron van omgevingsgeluid (www.nationaalkompas.nl). In Rotterdam geeft 33% van de 19- tot 65-jarigen aan ernstige geluidshinder te hebben ondervonden. Dit is meer in vergelijking met het percentage in de regio (29%). In deelgemeente Rozenburg wordt het meest geluidshinder ervaren (39%). Brommers, scooters en burens worden in Rotterdam het vaakst genoemd als bron van ernstige geluidshinder (*figuur 5.14*). *Tabel 5.8* geeft per geluidsbron weer in welke deelgemeente(n) meer geluidshinder wordt ervaren dan gemiddeld in Rotterdam.

Figuur 5.14 Verdeling van ernstige geluidshinder naar geluidsbron in Rotterdam (IM 2012).



Tabel 5.8 Deelgemeenten waar meer geluidshinder wordt ervaren dan gemiddeld in Rotterdam naar geluidsbron (IM 2012).

Geluidsbron	Percentage inwoners (19 tot 65 jaar) met ernstige hinder
Bedrijven en industrie	Rotterdam Centrum 4%
	Hoek van Holland 9%
	Rozenburg 11%
	Pernis 17%
Buren	Charlois 15%
Tram en metro	Kralingen-Crooswijk 5%
Treinen	Rozenburg 12%
Verkeer	Rotterdam Centrum 14%
Vliegverkeer	Overschie 10%
	Hillegersberg-Schiebroek 8%

5.3.4 Binnenmilieu

Een goede kwaliteit van het binnenmilieu is belangrijk. De kwaliteit van het binnenmilieu in woningen kan aangetast worden door effecten van buiten, zoals een drukke verkeersweg dichtbij huis. Indien op dit gebied opvallende cijfers in Rotterdam zijn geconstateerd, is dit al in voorgaande alinea's besproken. Deze alinea beschrijft eventuele opvallende bronnen binnenshuis die kunnen zorgen voor een slechte kwaliteit van het binnenmilieu. Tot mogelijke bronnen horen een (afvoerloze) geiser, het stoken van een open haard, roken en klussen binnenshuis. Uit sommige bouwmaterialen komen verontreinigingen in de binnenlucht terecht. Zo bevatten verven en lakken organische oplosmiddelen en kan uit nieuwe meubelen, die voor een deel bestaan uit spaanplaat formaldehyde vrijkomen. Het dagelijks gebruik van een woning zoals koken, douchen, het drogen van de was en het ademen van de bewoners zorgt voor de productie van veel vocht.

In Rotterdam geeft 10% van de volwassenen en 4% van de ouderen aan last te hebben van schimmel of vocht in de woonkamer en/of slaapkamer. Op wijkniveau zijn er grote verschillen in het voorkomen van vocht en schimmel in de woning. Tabel 5.9 geeft de top vijf van wijken weer waar mensen het vaakst aangeven vocht en/of schimmel in de woning te hebben.

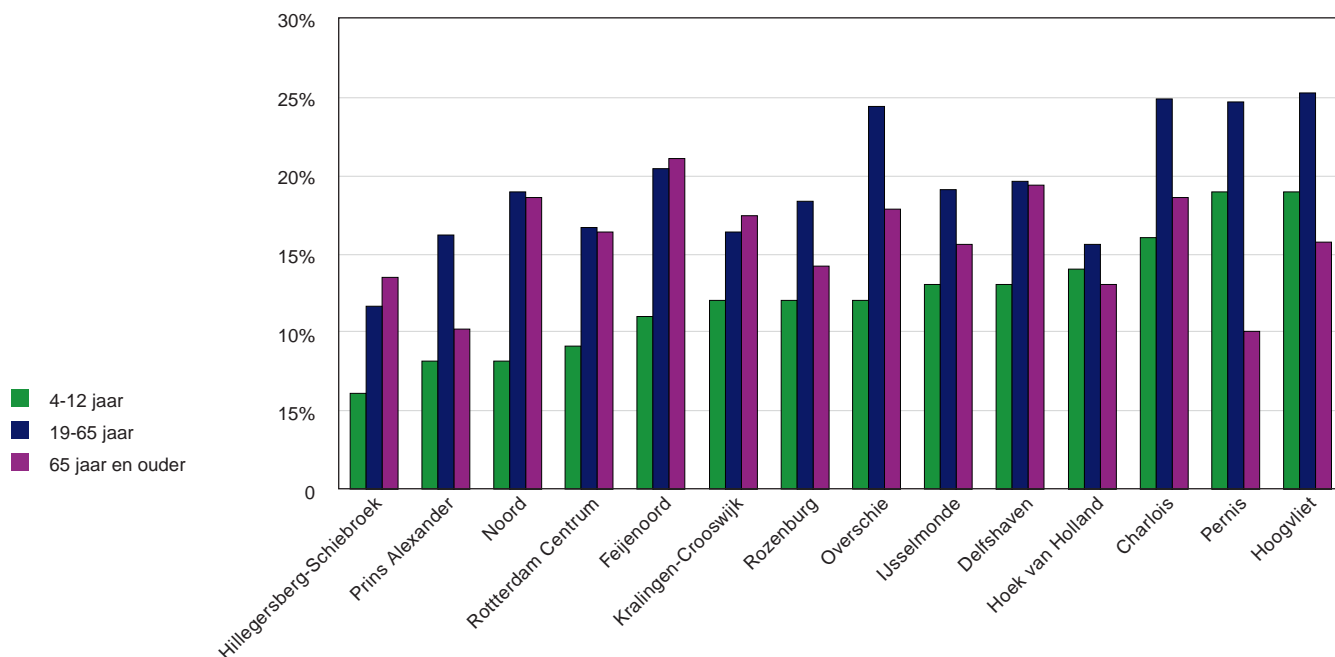
Tabel 5.9 Top 5 wijken met het hoogste percentage inwoners van 17 jaar en ouder met vocht- en/of schimmelklachten in de woon- of slaapkamer (IM 2012).

Tussendijken	25%
Carnisse	20%
Blijdorpsepolder / Bijdorp	19%
Bergpolder	18%
Bospolder	17%

De gezondheidsgevolgen van een slecht binnenmilieu zijn zeer divers en variëren van klachten zoals vermoeidheid, hoofdpijn en geïrriteerde ogen tot (verergering van) astma en hart- en vaatziekten. Ouderen, chronisch zieken en kleine kinderen zijn het gevoeligst. Zij brengen meer tijd binnenshuis door dan gezonde volwassenen en oudere kinderen en hun afweersysteem is nog niet of niet meer optimaal. Ook mensen met luchtwegaandoeningen zijn gevoeliger voor een slecht binnenmilieu dan anderen (Hoeymans et al., 2010).

In Rotterdam wordt 11% van de kinderen van 4 tot 12 jaar in huis blootgesteld aan sigarettenrook. Van de volwassenen geeft 19% aan dagelijks in huis te worden blootgesteld aan sigarettenrook en 16% van de ouderen. In Pernis en Hoogvliet is de blootstelling aan sigarettenrook in huis bij kinderen en volwassenen het hoogst.

Figuur 5.15 Het percentage kinderen, volwassenen en ouderen dat in huis wordt blootgesteld aan sigarettenrook per deelgemeente (JRB 2011 en IM 2012).



De aanpak van het binnenmilieu

Het goed ventileren van de woning zorgt ervoor dat vocht en andere verontreinigingen in de woning worden afgevoerd. Dit voorkomt schimmelvorming en ophoping van schadelijke stoffen. In het kader van de energiebesparing worden woningen tegenwoordig 'kierdicht' gemaakt waardoor ventilatie door natuurlijke openingen minder wordt. Bewust ventileren door de bewoner is dan belangrijk, maar wordt nog niet altijd optimaal gedaan (Hoeymans et al., 2010). Voorlichting aan bewoners over het gebruik van de aanwezige ventilatievoorzieningen kan bijdragen aan verbetering van het binnenmilieu. Voldoende toezicht op een juiste uitvoering van nieuwbouw- en renovatieplannen kan ervoor zorgen dat ventilatiesystemen met voldoende ventilatiecapaciteit worden aangelegd. Daarnaast is veel gezondheidswinst te behalen door het terugdringen van roken binnenshuis.

De luchtkwaliteit in klaslokalen laat vaak te wensen over. Een frisse klas is belangrijk voor kinderen, ze kunnen dan beter presteren. Op de website www.beterlerenventileren.nl krijgen docenten advies op maat voor hun eigen klaslokaal. Ze leren hoe ze het binnenmilieu positief kunnen beïnvloeden en hoe ze energie kunnen besparen in de klas.

6 De zorg in gemeente Rotterdam

Thematische kernboodschap voor het gezondheidsbeleid van Rotterdam

Zorg

Welke invloed de decentralisaties van de Awbz en de Jeugdzorg hebben op het zorggebruik is nu nog moeilijk in te schatten. Het is voor de gemeente Rotterdam belangrijk om het zorggebruik te blijven monitoren en tijdig knelpunten te signaleren. Meer nadruk op preventie en een zorgstructuur op wijkniveau biedt kansen om problemen in een eerder stadium op te pakken.

Vanwege een toenemende instroom in de jeugd ggz over de afgelopen tien jaar, de hoge zorgkosten hiervan en de decentralisatie van de jeugdzorg is de inzet op jeugd ggz een aandachtspunt.

Mantelzorg

Naar verwachting zal bijvoorbeeld de druk op de mantelzorg toenemen. Een goede afstemming van zorgtaken van mantelzorgers en professionele zorgverleners komt de kwaliteit van zorg ten goede. Belangrijke aandachtspunten in het gemeentelijk mantelzorgbeleid zijn ondermeer mantelzorgondersteuning, het bij elkaar brengen van vraag en aanbod en het bijdragen aan een positieve beeldvorming van mantelzorg. Een mogelijke niet volledig benutte bron is vrijwilligerswerk. Dit wordt in sommige gebieden van Rotterdam minder gedaan dan gemiddeld in Nederland.

Preventie infectieziekten

Vanuit de wettelijke taak is de GGD Rotterdam-Rijnmond verantwoordelijk voor het voorkomen en bestrijden van infectieziekten. Gezien de omvang van de problematiek en het snel kunnen reageren op uitbraken is het belangrijk de meldingen van infectieziekten goed te blijven monitoren.

6.1 Zorggebruik in Rotterdam

In Rotterdam heeft 37% van de 19- tot 65-jarigen in de afgelopen twee maanden contact gehad met de huisarts en 48% van de 65-plussers. Dit is vergelijkbaar met de G4. In achterstandswijken in de G4 bezoeken inwoners iets vaker de huisarts in vergelijking met inwoners van overige wijken.

Van de ouderen in Rotterdam ontvangt 35% huishoudelijke hulp en 13% persoonlijke verzorging. Alleen voor het aandeel ouderen dat huishoudelijke hulp ontvangt zijn er kleine verschillen tussen deelgemeenten. Het aandeel ouderen dat huishoudelijke hulp ontvangt is hoger in Prins Alexander (41%) en lager in de deelgemeenten Hoek van Holland, Rozenburg en Pernis, waar het aandeel lager dan 30% is.

Inwoners van Rotterdam ontvangen vaker Wmo-zorg dan gemiddeld in Nederland. Voor Awbz-zorg is er geen verschil. Tot slot zijn er in Rotterdam verhoudingsgewijs meer mensen ingeschreven in de ambulante verslavingszorg in verband met alcoholverslaving in vergelijking met Nederland.

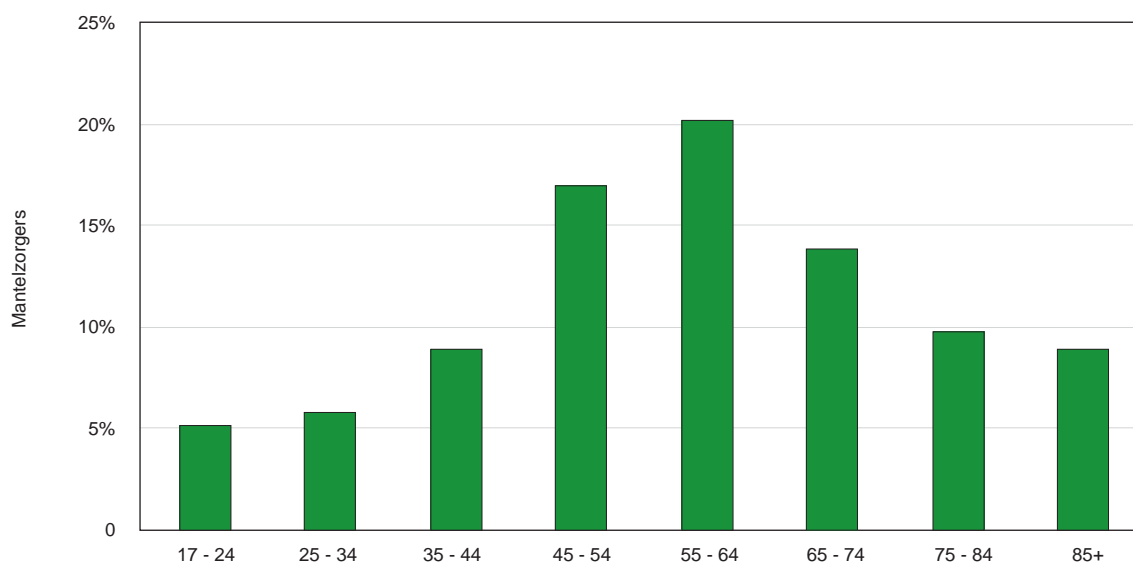
Zowel voor de decentralisatie van de Awbz naar de Wmo als voor die van de jeugdzorg zijn onderzoeken gedaan die inzicht geven in de huidige stand van zaken van het zorggebruik en de kosten voor Rotterdam, zogenaamde 'Startfoto's' (Diepenhorst et al., 2013; Diepenhorst en Hollander, 2013; Anschutz et al, 2013). Uit de startfoto over de jeugd komt naar voren dat het meeste geld naar Jeugd- en Opvoedhulp en Bureau Jeugdzorg gaat en de meeste trajecten bij jeugd-ggz zitten. Ook de instroom in de jeugd-ggz is de afgelopen tien jaar toegenomen (Bijenhof et al, 2012).

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens te blijven monitoren, want met de decentralisatie van de Awbz naar de Wmo is het aannemelijk dat het zorggebruik gaat veranderen. Dat geldt ook voor het Nieuw Rotterdams Jeugdbeleid. Eind 2014 zal een plan van aanpak voor de vervolgfase 'monitoring en bijsturing', gereed zijn (NRJ, 2013).

6.2 Mantelzorg

Mantelzorg is de zorg die gegeven wordt in het eigen gezin, familie- of vriendenkring aan iemand die ondersteuning nodig heeft vanwege een chronische ziekte of beperking; het bieden van hulp dus aan zieke mensen in de directe omgeving. Het verlenen van mantelzorg kan voor zowel de zorgbehoevende als de mantelzorger een positief effect hebben. Het SCP stelt dat meer dan de helft van de mantelzorgers redelijk positieve tot positieve ervaringen heeft (SCP, 2009). Dit krijgt vorm door de intrinsieke voldoening die het verlenen van zorg geeft, maar ook door een verbeterde relatie met de hulpbehoevende en het aanleren van nieuwe vaardigheden. Het percentage mantelzorgers verschilt per leeftijdscategorie en is het hoogst onder de 55- tot 65-jarigen (figuur 6.1).

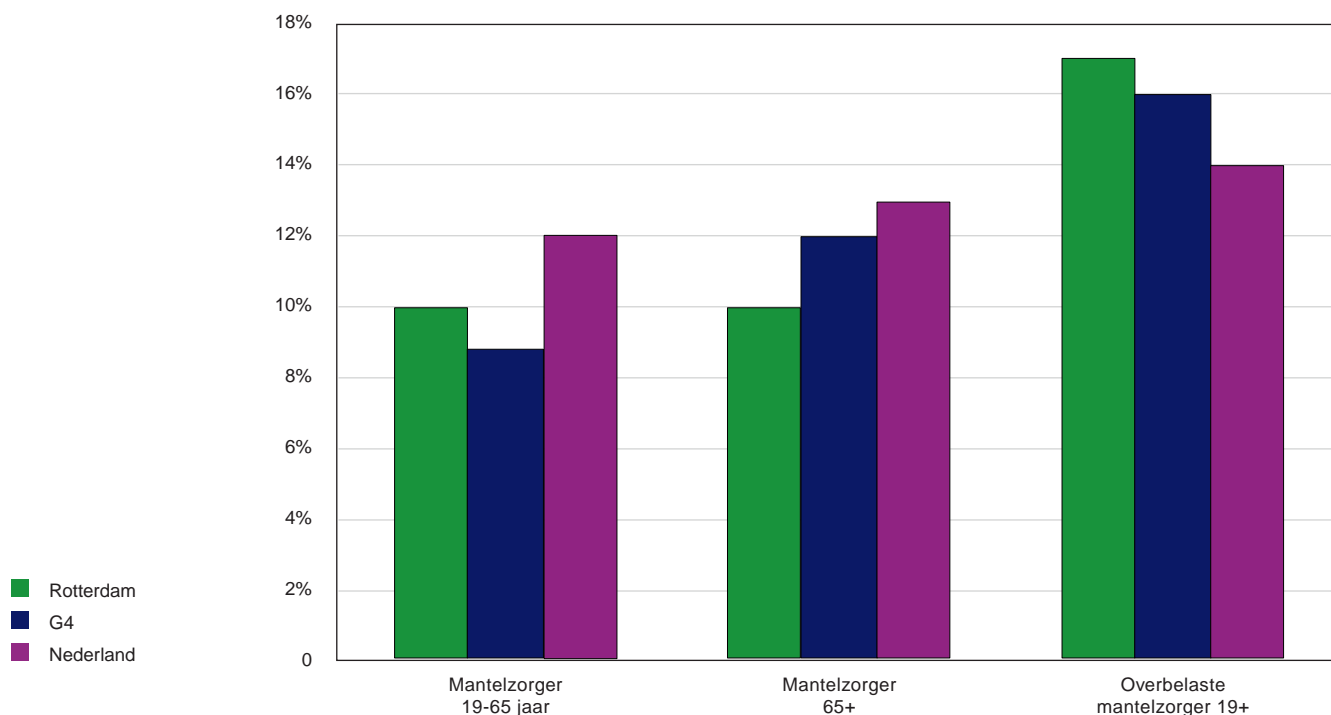
Figuur 6.1 Percentage dat mantelzorg geeft naar leeftijd in de regio Rotterdam-Rijnmond (IM 2012).



Naarmate de zorg echter langer duurt of intensiever wordt, kan het zorgen voor een ander juist een averechts effect hebben. De mantelzorger dreigt dan overbelast te raken. Begin 2013 meldde het CBS op basis van de Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012 dat ruim anderhalf miljoen mensen in Nederland intensief of langdurig mantelzorg geven. Van deze mantelzorgers voelt een op de zeven, ongeveer 220.000 personen, zich tamelijk zwaar tot zwaar belast (www.expertisecentrummantelzorg.nl).

In Rotterdam geeft 10% van de 19- tot 65-jarigen en 10% van de ouderen mantelzorg (langer dan drie maanden of meer dan acht uur per week). *Figuur 6.2* laat zien dat het aandeel mantelzorgers onder ouderen in Rotterdam iets lager is dan gemiddeld in de G4 en Nederland. Het aandeel mantelzorgers onder 19- tot 65-jarigen is laag in de deelgemeenten Noord, Delfshaven en Rotterdam Centrum en hoog in Prins Alexander en Hoek van Holland. Het aandeel mantelzorgers onder 65-plussers verschilt niet tussen de deelgemeenten. In Rotterdam geeft 17% van de mantelzorgers aan tamelijk belast tot overbelast te zijn. In deelgemeente Feijenoord zijn meer overbelaste mantelzorgers (26%).

Figuur 6.2 Percentage dat mantelzorg geeft en het aandeel hiervan dat overbelast is in Rotterdam, G4 en Nederland (IM 2012).



Preventieve aanpak overbelasting van mantelzorgers

Om overbelasting te voorkomen is aandacht voor en ondersteuning van mantelzorgers noodzakelijk. Er zijn acht basisfuncties mantelzorgondersteuning⁹ geformuleerd die een handreiking bieden om de lokale ondersteuningsfuncties effectief in te richten, aan te sturen en lokale inspanningsverplichtingen te formuleren (www.expertisecentrummantelzorg.nl). In *tabel 6.1* worden deze acht basisfuncties ingedeeld aan de hand van de pijlers voor een integrale aanpak.

Naar verwachting zal door de overheveling van de Awbz naar de Wmo de druk op de mantelzorg toenemen. Het is voor de gemeente belangrijk om deze ontwikkelingen te blijven volgen en knelpunten voor mantelzorgers tijdig te signaleren.

Via het Vraagwijzerloket in de deelgemeenten kan een mantelzorger in Rotterdam ondersteuning aanvragen.

⁹ Meer informatie over de acht basisfuncties in de praktijk is te vinden op www.movisie.nl/publicaties/basisfuncties-mantelzorg-praktijk.

Tabel 6.1 *Integrale preventieve aanpak van overbelasting mantelzorgers, uitgewerkt aan de hand van vier pijlers (www.expertisecentrummantelzorg.nl; www.loketgezondleven.nl).*

<p>Inrichting van de omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respijtzorg: respijt, wekelijks een paar uur vrij van de zorg of af en toe er helemaal tussenuit. Vooral bij langdurige mantelzorg is het voor velen een noodzakelijke voorwaarde om de zorg vol te houden. Respijtzorg kan in vele vormen worden aangeboden, variërend van 'oppas aan huis' of dagopvang op een zorgboerderij tot kortdurende opname in een zorginstelling.
<p>Voorlichting en educatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informatie: mantelzorgers hebben behoefte aan informatie. Informatie over ziekten en beperkingen, over beschikbaar hulpaanbod en over hoe om te gaan met het mantelzorgerschap. • Educatie: op mantelzorg is niemand voorbereid. Of het nu gaat om tiltechniek of om het leren stellen van eigen grenzen, kennis en vaardigheden moeten gaandeweg worden opgebouwd. Educatie in de vorm van voorlichting of training is daarom een belangrijke vorm van mantelzorgondersteuning.
<p>Signalering en advies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advies en begeleiding: veel mantelzorgers hebben vooral een luisterend oor nodig om hun vragen te verhelderen en begeleiding bij het vinden van passende oplossingen. Want de mogelijkheden zijn talrijk en voor een leek vaak niet te overzien.
<p>Ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionele steun: wie intensief zorgt voor een ander krijgt zelf ook veel te verwerken. Zorg, ziekte en snel veranderende perspectieven vragen specifieke ondersteuning, individueel of in groepsverband, afgestemd op de aard van de problematiek en op de doelgroep. • Praktische hulp: wie helpt mij met...? Praktische problemen rond verzorging of huishouding zijn voor veel mantelzorgers de eerste aanleiding om ondersteuning te zoeken. De praktische hulp is vaak primair gericht op de zorgbehoevende, maar betekent ook een taakverlichting voor de mantelzorger. • Financiële tegemoetkoming: het bieden van mantelzorg kost niet alleen tijd en energie, maar ook geld. Mantelzorgers met een laag inkomen kunnen hierdoor financieel in de knel komen. De gemeente kan mantelzorgers hierin op verschillende manieren ondersteunen. De gemeente is verantwoordelijk voor de (aftrekregelingen) Bijzondere Bijstand. Uitkerings- en bijstandsgerechtigde mantelzorgers kunnen soms niet voldoen aan de bijzondere voorwaarden vanwege hun mantelzorgtaken. Soms zijn zij als gevolg daarvan zelfs terecht gekomen in de bijstand. • Materiële hulp: hulpmiddelen kunnen in allerlei vormen de zorgtaken van de mantelzorger verlichten. De concrete invulling kan variëren van verpleegartikelen of woningaanpassing tot een parkeervergunning of een complete tijdelijke woning voor de mantelzorger.

6.3 Vrijwilligerswerk

In het themarapport Gezondheid en Maatschappelijke participatie (Harbers, Hoeymans, 2014) wordt maatschappelijke participatie gedefinieerd als het actief meedoen aan activiteiten die bijdragen aan de maatschappij, waaronder arbeid, onderwijs, informele zorg en vrijwilligerswerk. De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg leiden waarschijnlijk tot een toename van de vraag naar mantelzorg en vrijwilligerswerk. Tegelijkertijd zal als gevolg van een vergrijzende bevolking een groter deel van de verouderende bevolking aan het werk moeten blijven. Het is niet onlogisch te veronderstellen dat een verhoging van het ene type maatschappelijke participatie ten koste gaat van het andere type (RIVM, 2014).

Bij vrijwilligerswerk spelen meerdere motieven een rol, zoals het opdoen van nieuwe vaardigheden, sociale contacten en je ergens bij betrokken voelen (RIVM, 2014).

Eénvijfde (20%) van de Rotterdammers van 19 tot 65 jaar doet vrijwilligerswerk en 17% van de ouderen. Dit is iets lager dan in de G4 (22% en 21%). In de deelgemeenten Hoek van Holland, Pernis en Rozenburg doet een kwart tot eenderde van de ouderen vrijwilligerswerk. Dit is hoger dan Rotterdam. In deelgemeenten Feijenoord (12%) en Delfshaven (13%) geven ouderen minder vaak aan vrijwilligerswerk te doen.

6.4 Ziektepreventie

6.4.1 Rijksvaccinatieprogramma

Het Rijksvaccinatieprogramma beschermt alle kinderen in Nederland tegen twaalf ernstige infectieziekten. Deze infectieziekten waren vroeger belangrijke doodsoorzaken bij kinderen. Dankzij vaccinatie komen deze infectieziekten in Nederland niet of nauwelijks meer voor. Het RIVM coördineert het Rijksvaccinatieprogramma in opdracht van het ministerie van VWS. In de uitvoering wordt samengewerkt met consultatiebureaus, de GGD en de Centra voor Jeugd en Gezin.

Deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma is niet verplicht. De meeste ouders doen dat wel: 95% van de ouders laat hun kind inenten. De inenting is gratis (www.rivm.nl).

De vaccinatiegraad van kinderen in Rotterdam komt op stedelijk niveau grotendeels overeen met landelijk. Het aandeel kinderen bij revaccinatie op 5-jarige leeftijd is lager. Dit komt voort uit het feit dat in Rotterdam 6,9% van de kinderen de toestand basisimmuun op de leeftijd tussen 2 en 5 jaar bereikt, dus pas na het bereiken van de 2-jarige leeftijd. Zij komen dan niet in aanmerking voor revaccinatie op kleuterleeftijd. Op latere leeftijd verschilt de vaccinatiegraad nauwelijks van het landelijke gemiddelde en zijn de kinderen wel volledig beschermd.

Om de bevolking goed te beschermen tegen algemene infectieziekten is het van belang dat meer dan 90% van de kinderen en volwassenen is ingeënt, groepsimmunitet is dan gegarandeerd. Bij een epidemie, zoals in 2013 van mazelen, verspreidt de ziekte zich voornamelijk in gebieden met een lage vaccinatiegraad. Opvallend is de lage vaccinatiegraad bij 10-jarigen in Pernis, deze bedraagt 72%. Het verhogen van de vaccinatiegraad heeft in samenwerking met de uitvoerende instanties aandacht nodig.

Het Humaan Papillomavirus (HPV) is het virus dat baarmoederhalskanker veroorzaakt. De vaccinatiegraad voor HPV is in Rotterdam lager dan in Nederland (39% versus 58%). In de deelgemeenten Feijenoord (27%), Delfshaven (25%) en Noord (26%) is de vaccinatiegraad bij meisjes voor HPV het laagst.

De griepvaccinatie wordt in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) uitgevoerd in de meeste Nederlandse huisartsenpraktijken. Het in 1997 gestarte NPG is bedoeld voor risicogroepen. Door een griepvaccinatie is bij hen ziekte en sterfte als gevolg van griep te voorkomen. Sinds het najaar 2008 is de leeftijdsgrens verlaagd van 65 naar 60 jaar. In 2011-2012 heeft 65,7% van alle 60-plussers een griepvaccinatie gehaald. De vaccinatiegraad voor 60-plussers in Rotterdam is met 69% iets hoger dan landelijk (66%).

6.4.2 Bevolkingsonderzoek

Sommige levensbedreigende ziektes zijn al in een vroeg stadium op te sporen. De kans op genezing is dan groter. In een bevolkingsonderzoek worden risicogroepen gescreend op afwijkingen die kunnen wijzen op een dergelijke ziekte. Voorbeelden zijn de onderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker. De Rijksoverheid biedt deze landelijke bevolkingsonderzoeken gratis aan (www.rijksoverheid.nl).

De opkomst voor het bevolkingsonderzoek in de gemeente Rotterdam is lager dan de regionale opkomst. De opkomst verschilt tussen de deelgemeenten. De opkomst voor screening op borstkanker is laag in Delfshaven en hoog in Hoek van Holland en Rozenburg.

6.4.3 Preventie van infectieziekten

De afdeling Infectieziektebestrijding van de GGD Rotterdam-Rijnmond heeft een taak in het bestrijden en voorkomen van bepaalde infectieziekten. Dit is geregeld in de Wet Publieke Gezondheid¹⁰. De meldingsplicht schrijft voor dat artsen en medisch microbiologische laboratoria bepaalde infectieziekten moeten melden. Tevens moeten bepaalde gezondheidsinstellingen uitbraken van infectieziekten melden aan de GGD. Op basis van deze meldingen onderneemt de GGD actie. Activiteiten zijn o.a. bron- en contactonderzoek, advisering van instellingen over preventie van infectieziekten en maatregelen tijdens uitbraken van infectieziekten, afhandeling van besmettingsaccidenten en vaccinatie van reizigers en professionals.

De gemeenten worden op drie manieren geïnformeerd over infectieziekten:

- een wekelijks overzicht van de meldingen per gemeente;
- een informatieve memo over een infectieziekte waar meerdere gemeenten mee te maken hebben en waar in de pers aandacht aan wordt besteed (zoals de mazelen in de zomer van 2013);
- een memo over een individuele melding waar mogelijk onrust kan over ontstaan of opschaling noodzakelijk is naar de gemeente waar de betreffende persoon woont of waar de meldende instelling gevestigd is.

Nu informeert de GGD de regiogemeenten per email. In de nabije toekomst zal de GGD het wekelijkse overzicht van meldingen en de informatieve memo's niet langer per email versturen, maar op het extranet van de GGD plaatsen. De memo over individuele meldingen blijft de gemeente per email ontvangen.

Infectieziekten in Rotterdam

Voor de landelijke VTV is een nieuwe selectie van ziekten gemaakt (RIVM, 2013a). Zo zijn bijvoorbeeld zoönosen (ziekten die overdraagbaar zijn van dier naar mens, zoals de ziekte van Lyme en Q-koorts) aan de selectie toegevoegd. De reden hiervoor is dat zoönosen een bedreigend en toenemend probleem vormen, veel ziektelast veroorzaken en kunnen leiden tot chronische klachten na infectie. Deze ziekten zijn mogelijk minder lokaal beleidsrelevant, maar vormen in het kader van preventie wel een aandachtspunt voor gemeenten. Een gemeente kan preventief overgaan tot bijvoorbeeld een waarschuwing bij recreatiegebieden en het informeren van burgers en het registreren en bijhouden van locaties van kinderboerderijen en dierhouderijen.

Jaarcijfers, zowel absoluut als de incidentie, zijn op gemeenteniveau te vinden op de Gezondheidsatlas van de GGD (www.gezondheidsatlasrotterdam.nl).

In *tabel 6.2* wordt het aantal meldingen in de gemeente Rotterdam in 2012 van vijf geselecteerde infectieziekten weergegeven, en ter vergelijking ook het aantal per 100.000 inwoners in de gemeente Rotterdam en in Nederland. Hepatitis komt in Rotterdam vaker voor dan in Nederland als geheel. In Rotterdam wonen relatief veel migranten die een hoger risico hebben op chronische hepatitis B, omdat dit in veel niet-westerse landen vaker voorkomt. Bij hepatitis A wordt elk jaar een toename gezien na de zomervakantie, met een groot aandeel onder kinderen die de infectie hebben opgelopen in het buitenland.

¹⁰ Volgens de Wet publieke gezondheid worden de 43 meldingsplichtige infectieziekten in vier categorieën onderverdeeld: de groepen A, B1, B2 en C. Voor elke groep staat vast welke maatregelen kunnen worden afgedwongen. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/M/Meldingsplicht_infectieziekten/Welke_infectieziekten_zijn_meldingsplichtig

In 2012 was er sprake van een landelijke stijging van het aantal gevallen van kinkhoest ten opzichte van voorgaande jaren. In Rotterdam is de incidentie van kinkhoest lager dan in Nederland, wat in meer grote steden gezien wordt, maar waarvoor geen duidelijke verklaring is.

Er waren in 2012 slechts 5 meldingen van besmetting met de legionella bacterie. In 2012 waren er relatief veel meldingen van infecties met STEC-bacteriën (shiga-toxine producerende *Escherichia coli*). Voor onderzoek naar deze bacteriën worden door verschillende laboratoria nieuwe testtechnieken gebruikt, waardoor deze bacteriën vaker worden aangetoond. De GGD werkt mee aan een onderzoek om na te gaan wanneer mensen nog besmettelijk zijn en er dus maatregelen nodig zijn en wanneer mensen de bacterie hebben (gehad), maar niet (meer) besmettelijk zijn.

Tabel 6.2 Meldingen van 5 infectieziekten in de gemeente Rotterdam in 2012, aantal en incidentie (Directie PG&Z, 2012).

	Aantal Rotterdam	Rotterdam (aantal per 100.000 inwoners)	Nederland (aantal per 100.000 inwoners)	Significant hoger dan wel lager
Hepatitis A	18	2,9	0,7	▲
Chronische hepatitis B	129	20,9	7,7	▲
Kinkhoest	399	64,7	81,8	▼
Legionellose	5	0,8	1,8	Verschil niet significant
STEC-bacterie	218	17,2	5,3	▲

7 Toekomstverkenning

Thematische kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid van gemeente Rotterdam

Toekomstige ontwikkelingen van de bevolking en de gezondheid

De vergrijzing neemt in Rotterdam in vergelijking met Nederland slechts in lichte mate toe. Ondanks de lichte groei van het aandeel ouderen in de bevolking van Rotterdam vraagt deze doelgroep aandacht in het beleid op het gebied van zorg.

Toename chronisch ziekten

Vanwege een stijgend percentage chronisch ziekten (waaronder diabetici) en ouderen zal de ervaren gezondheid in de toekomst afnemen. Het percentage mensen met een depressie of angststoornis zal naar verwachting stijgen.

In dit hoofdstuk blikken we vooruit op de ontwikkelingen in de gezondheidssituatie. Deze vooruitblik is vooral gebaseerd op landelijk onderzoek. We gaan er vanuit dat landelijke trends voor gezondheid ook voor Rotterdam gelden. Hierbij moeten wel de lokale bevolkingsgroei en vergrijzing (demografische ontwikkeling) in acht worden genomen.

7.1 Veranderingen in de bevolking

Over de periode van 2012 tot 2030 wordt er voor de gemeente Rotterdam een bevolkingsgroei van 4,8% verwacht. Dit is hoger dan de verwachte groei in de regio Rotterdam-Rijnmond en vergelijkbaar met de verwachte groei in Nederland als geheel.

Meer informatie over de verwachte demografische opbouw in 2030 is te vinden in de bevolkingspiramide in *figuur 3.1* van hoofdstuk 3.

Tabel 7.1 Huidige en verwachte bevolkingsomvang en verwachte bevolkingsgroei in de gemeente Rotterdam, de regio en Nederland (Tympaan Instituut en CBS Statline).

Gemeente	Bevolkingsomvang 2013	Verwachte bevolkingsomvang 2030	Groei 2013-2030
Rotterdam	616.294	646.134	4,8 %
Regio Rotterdam-Rijnmond ¹¹	1.266.915	1.287.296	1,6 %
Nederland	16.777.640	17.593.756	4,9 %

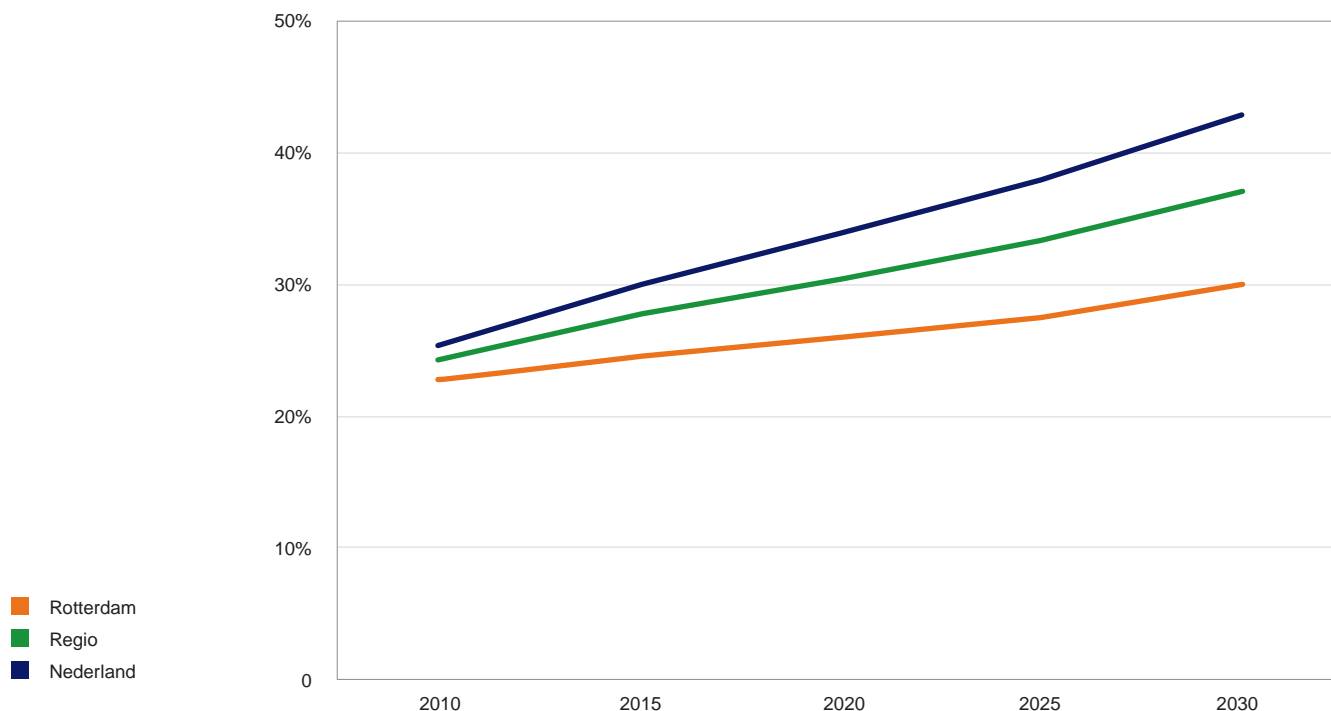
Vergrijzing

Nederland vergrijst de komende jaren. De grijze druk neemt sterk toe, hiermee wordt bedoeld de verhouding van ouderen ten opzichte van het werkende deel van de bevolking. In *figuur 7.1* is de prognose van de grijze druk weergegeven voor Nederland, de regio (inclusief Rotterdam) en Rotterdam.

In Nederland stijgt de grijze druk naar verwachting van 25% in 2010 naar 43% in 2030. In de regio stijgt de grijze druk iets minder fors dan landelijk; van 24% in 2010 naar 37% in 2030. In Rotterdam is de stijging veel kleiner van 23% in 2010 naar 30% in 2030. In de deelgemeenten Hoogvliet, Rozenburg, Prins Alexander en Hoek van Holland is de grijze druk in 2030 naar verwachting 40% of hoger. In Hoek van Holland is de grijze druk het hoogst en gaat richting de 50% (Hoppesteijn, 2012).

¹¹ Regio, inclusief Rotterdam

Figuur 7.1 Prognose van de grijze druk in de gemeente Rotterdam, de regio en Nederland (Tympaan Instituut en CBS Statline).



De groene druk, dat wil zeggen de verhouding 0- tot 19-jarigen ten opzichte van het werkende deel van de bevolking, blijft zowel in Nederland als in de regio de komende jaren nagenoeg gelijk. Ook in de gemeente Rotterdam blijft de groene druk tot 2030 nagenoeg gelijk.

7.2 Veranderingen in gezondheid en welzijn

7.2.1 Levensverwachting en sterfte

De levensverwachting in Nederland stijgt nog steeds. Het CBS voorspelt in 2030 voor vrouwen een levensverwachting van 85,2 jaar en voor mannen van 82,5 jaar. Het verschil tussen mannen en vrouwen blijft afnemen, maar hoe lang het verschil nog afneemt en wat het minimale verschil zal zijn, is niet goed te voorspellen. Het is wel zeer waarschijnlijk dat de levensverwachting van vrouwen hoger zal blijven dan die van mannen (Luijben en Kommer, 2010).

Als gevolg van de vergrijzing van de naoorlogse geboortegolf (babyboom) zal het aantal sterfgevallen in de komende decennia flink toenemen. De stijging zal het sterkst zijn in de periode 2020-2040. In 2011 waren er in Nederland nog ongeveer 136.000 sterfgevallen, in 2040 zullen dit er naar schatting 193.000 zijn.

Naar verwachting zal de gestandaardiseerde sterfte echter dalen. Bij gestandaardiseerde sterfte wordt rekening gehouden met de bevolkingsopbouw. Dit komt doordat naar verwachting de sterftekans voor zowel mannen als vrouwen op iedere leeftijd verder zal dalen. Voor mannen zal de daling waarschijnlijk iets groter zijn dan voor vrouwen. Naar verwachting zal vooral de sterfte aan hart- en vaatziekten en longkanker (alleen voor mannen) verder dalen in de toekomst (www.nationaalkompas.nl/ Stoeldrayer et al., 2012).

7.2.2 Ziekten en aandoeningen

Eén op de drie mensen heeft één of meer chronische ziekten. Het aandeel mensen met twee of meer chronische ziekten (multimorbiditeit) is toegenomen van 9% in 2004 tot 12% in 2011

(Harbers et al, 2013). Ouderen hebben relatief vaker last van chronische aandoeningen. Ook door de toenemende vergrijzing zal het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen groter worden.

Diabetes

In de periode 2001-2011 is de prevalentie van diabetes voor mannen ruim verdubbeld en voor vrouwen met ongeveer 65% gestegen. Een deel van deze stijging is te verklaren door demografische ontwikkelingen (groei en vergrijzing van de bevolking). Het grootste deel van de stijging is echter te verklaren door epidemiologische ontwikkelingen, zoals toename in overgewicht, actievare opsporing door huisartsen en een langere overleving. Op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen zal de prevalentie van diabetes tot 2030 naar verwachting verder stijgen (www.nationaalkompas.nl).

7.2.3 Infectieziekten

Bijzonder resistente micro-organismen

Er is een (inter)nationaal groeiende zorg ten aanzien van resistentie van micro-organismen tegen de gangbare antibiotica. Dit is een probleem in zorginstellingen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar ook voor burgers. In de thuissituatie ontstaan via verschillende routes (toerisme, voedselinname en voedselbereiding, specifieke woonsituaties) meer gezondheidsrisico's. De afdeling infectieziektebestrijding van de GGD Rotterdam-Rijnmond zal zich hier de komende jaren nog intensiever mee bezighouden.

Netwerkvorming zorginstellingen

Mede vanwege dit resistentieprobleem is het erg belangrijk, dat zorginstellingen in de regio meer en meer gaan samenwerken en dat hygiëne in instellingen verbetert. Versterking van de hygiëne in zorginstellingen is een speerpunt van de Inspectie voor de Volksgezondheid en vormt een belangrijke maatregel tegen de verspreiding van resistente micro-organismen (RIVM, 2013b). Omdat patiëntenstromen vaak erg complex zijn (ziekenhuis – revalidatiecentrum – verpleeghuis – thuissituatie – verzorgingstehuis – etc.) kunnen patiënten met een resistent micro-organisme een bron van besmetting worden voor andere kwetsbare personen (RIVM, 2013c). Daarom ziet de afdeling Infectieziektebestrijding het als zeer noodzakelijk om samen met deze zorginstellingen een stevig netwerk te creëren om gegevens uit te wisselen en gezamenlijk aan de slag te gaan.

Internationalisering en nieuw opkomende ziekten (emerging diseases)

Doordat we veel meer en verder reizen, producten van ver importeren en burgers ook ver weg (bijvoorbeeld in India en Zuidoost-Azië) medische zorg krijgen, kunnen micro-organismen zich veel gemakkelijker verspreiden en ook in onze regio terecht komen. Er zijn regelmatig nieuwe ziekten (bijvoorbeeld MERS CO-V, nieuwe typen van Influenza) die snel naar ons toe kunnen komen door intensief internationaal verkeer. De afdeling infectieziektebestrijding zet hier op in door extra aandacht te besteden aan reizigerszorg, zich voor te bereiden op nieuwe ziekten en grootschalige uitbraken van infectieziekten in de regio of de havens van Rotterdam. Ook is het noodzakelijk om een goede vaccinatiegraad te behouden bij de burgers.

7.2.4 Functioneren en kwaliteit van leven

Ervaren gezondheid

Het aantal mensen met een (zeer) goede ervaren gezondheid lijkt in de afgelopen jaren nauwelijks veranderd. Als met leeftijdsopbouw geen rekening wordt gehouden, is het percentage mensen met een goede gezondheid wel degelijk afgenomen. In de toekomst zal dit ongestandaardiseerde percentage personen met een goede ervaren gezondheid verder afnemen vanwege een verder stijgend percentage ouderen en chronisch zieken in de bevolking. Deze afname zal wel minder zijn dan de verslechtering van de objectieve gezondheid, zoals lichamelijke beperkingen en chronische ziekten. Een subjectieve maat voor de gezondheid is namelijk minder gevoelig voor veranderingen in de tijd. De reden hiervoor is dat personen vaak geneigd zijn de eigen gezondheid te vergelijken met de

gezondheidstoestand die gezien wordt als 'normaal'. Ook 'normaal' wordt slechter bij ouderen en chronisch zieken (www.nationaalkompas.nl).

Psychische gezondheid

Uit diverse bevolkingsonderzoeken is gebleken dat het aantal mensen met een depressie of een angststoornis de afgelopen jaren gelijk is gebleven. Het aantal mensen waarbij een depressie of een angststoornis is gediagnosticeerd door de huisarts is de afgelopen jaren wel toegenomen. Deze toename heeft mogelijk te maken met een betere herkenning en een vroege opsporing door de huisarts. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absolute aantal patiënten met een depressie of een angststoornis dat door de huisarts per jaar gediagnosticeerd wordt tussen tot 2030 zal stijgen (www.nationaalkompas.nl). In Rotterdam is het aandeel volwassenen met een hoog risico op een depressie in 2012 iets hoger dan in 2008. Voor deelgemeenten Delfshaven, Overschie en Charlois is een toename van inwoners van 19 tot 65 jaar met een hoog risico op depressie in vergelijking met de voorgaande meting. Onder scholieren is in een aantal deelgemeenten een positieve ontwikkeling te zien op het gebied van psychosociale gezondheid.

7.2.5 Leefstijl

Landelijke trends op het gebied van leefstijlontwikkeling zijn nauwelijks voorhanden. Wel is bekend hoe bepaalde leefstijlfactoren zich hebben ontwikkeld in de afgelopen jaren.

Overgewicht

Sinds 1981 is het aantal Nederlanders met overgewicht sterk gestegen van 33% tot bijna de helft van alle volwassenen (48%) in 2012. Het percentage mensen met obesitas verdubbelde van 5% tot 12%. De laatste jaren is de stijging afgevlakt. Het percentage kinderen met overgewicht blijft nog stijgen. Hoewel meisjes nog altijd vaker (ernstig) overgewicht hebben dan jongens, wordt dit verschil steeds kleiner (www.nationaalkompas.nl). Voor Rotterdam en alle deelgemeenten geldt dat het aandeel volwassenen en ouderen met overgewicht en obesitas vergelijkbaar is met de voorgaande meting.

Bewegen

In de periode 2001-2011 is het percentage Nederlanders van 12 jaar en ouder dat voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) licht toegenomen (www.nationaalkompas.nl).

Roken

Na een stabilisatie van het percentage rokers, lijkt er vanaf 2010 onder volwassenen weer een lichte daling in te zetten. Ook het percentage jongeren dat rookt is de afgelopen jaren afgenomen (www.nationaalkompas.nl).

Alcoholgebruik

Het totale alcoholgebruik per hoofd van de bevolking is sinds de jaren negentig stabiel. Zwaar alcoholgebruik onder volwassenen is sinds 2001 licht gedaald van 14% tot 10%. Ook in Rotterdam zien we een lichte afname tussen 2008 en 2012 van het aandeel overmatige en zware drinkers onder volwassenen. Sinds 2003 neemt het percentage 12-16-jarigen dat wel eens alcohol gedronken heeft af. Ook het percentage recente drinkers (jongeren die hebben gedronken in de afgelopen maand) daalt. Deze bevindingen gelden voor de jongste groep tot 15 jaar, maar niet voor de 16-jarigen. Zeer waarschijnlijk heeft de daling in alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar te maken met de verscherpte wet- en regelgeving en met de boodschap die de laatste jaren wordt uitgedragen om voor het 16e jaar geen alcohol te drinken. (www.nationaalkompas.nl). Wellicht dat de daling onder jongeren verder doorzet naar de 16- en 17-jarigen door de wijziging van de Drank- en Horecawet (DHW), waardoor de verkoop en het gebruik van alcohol aan jongeren onder de 18 jaar aan banden wordt gelegd.

7.2.6 Sociale leefomgeving

Eenzaamheid

Ouderen zijn vaker eenzaam. Met de toenemende vergrijzing is het de verwachting dat de eenzaamheid in Nederland ook toeneemt. In Rotterdam is de eenzaamheid onder de volwassenen en ouderen tussen 2008 en 2012 verder toegenomen.

7.2.7 Fysieke omgeving

Luchtkwaliteit

De luchtkwaliteit is de afgelopen decennia sterk verbeterd door autonome verschoning van het wagenpark en gerichte maatregelen. De wettelijke normen voor fijn stof en stikstofdioxide (NO₂) worden in de gemeente Rotterdam op de meeste plaatsen gehaald, hoewel er op enkele plaatsen bij drukke verkeerswegen nog sprake is van overschrijding van de norm voor NO₂. Door middel van een pakket aanvullende maatregelen, wordt ingezet op het oplossen van deze knelpunten. Ook de roetconcentraties zijn afgenomen, maar de laatste jaren stabiliseren de concentraties zich. De verwachting is dat roetconcentraties op lange termijn zullen afnemen door schoner wordend verkeer. Voor de gezondheid blijft het echter belangrijk in te zetten op vermindering van de blootstelling aan roet en fijnstof, want gezondheidsschade treedt al op bij lage concentraties.

Omgevingsgeluid

Als gevolg van de economische groei, de hoge bevolkingsdichtheid, de voortgaande verstedelijking en de hiermee samenhangende groei van het verkeer, is de verwachting dat de blootstelling aan geluid in de toekomst zal toenemen. Ook voor Rotterdam als geheel zien we een toename in ervaren geluidshinder tussen 2008 en 2012. Vooral geluidshinder door verkeer, brommers en scooters is toegenomen.

7.3 Veranderingen in de zorg

Doordat mensen steeds ouder worden zal de druk op de zorg toenemen. Hierdoor zullen ook de zorgkosten hoger worden. Op korte termijn (2016) wordt er voor Rotterdam nauwelijks een verandering in de contacttijd met de huisarts verwacht. In Nederland als geheel wordt wel een toename van 4% verwacht.

Landelijke trends in zorg

In de sociale staat van Nederland wordt in het kort een beeld geschetst van de ontwikkelingen op het gebied van zorg (Harbers et al, 2013). Het aantal ziekenhuisopnamen is tussen 2001 en 2011 met 68% gestegen, vooral door een sterke groei van het aantal dagopnamen. Er is een daling te zien van het aandeel 80-plussers dat zorg in een instelling ontvangt. Het gebruik van jeugdzorg is in de periode 2001 en 2011 fors gestegen.

De decentralisatie van de Awbz en de decentralisatie van de jeugdzorg vormen een grote uitdaging voor gemeenten. Niet alleen komen er nieuwe taken op gemeenten af, de bezuinigingen zijn fors. Gemeenten moeten dus meer gaan doen met minder geld en de eigen kracht van burgers aan gaan spreken. Door de overheveling van de Awbz naar de Wmo worden mensen gedwongen langer zelfstandig te wonen, maar tegelijkertijd wordt op de ondersteuning hierbij bezuinigd (huishoudelijke zorg, verzorging thuis en begeleiding). Naar verwachting zal hierdoor de druk op de mantelzorg toenemen.

De toekomst moet uitwijzen of de zorgkosten daadwerkelijk minder worden of wellicht verschuiven. Welke invloed de decentralisaties hebben op het zorggebruik is nu nog moeilijk in te schatten.

8 Tot slot

Dit is de tweede rVTV. In vergelijking met 2010 is dit een uitgebreider rapport. De reden dat hiervoor is gekozen heeft te maken met de uitvoering van het product Integrale Gezondheidsmonitor Rijnmond. Van de onderzoeken die uitgevoerd worden in het kader van de integrale monitor worden geen afzonderlijke rapporten meer uitgebracht. Alle resultaten worden nu op een integrale wijze gebundeld in dit rapport. Bij het ontwikkelen en schrijven van dit rapport is zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van de gemeente en de punten die uit de evaluatie van de vorige rVTV naar voren zijn gekomen. Beleidsmedewerkers zijn betrokken geweest bij de keuze van onderwerpen voor de rVTV. Er is regelmatig een terugkoppeling geweest van de stand van zaken met betrekking tot de rVTV. Toch blijft vooral de toekomstontwikkeling nog een ontwikkelpunt. Hiervoor is meer kennis en tijd nodig om dit grondiger en vollediger te presenteren dan we nu gedaan hebben. Deze VTV blijft een groeiproces. Een evaluatie kan ons wellicht een bepaalde groeirichting geven. Want met alle veranderingen in de zorg van de komende tijd is het zeer goed denkbaar dat de behoefte aan informatie en kennis verandert en/of verschuift.

In het kader van de rVTV heeft de GGD Rotterdam-Rijnmond sinds 2010 ook een Gezondheidsatlas: een website met een schat aan informatie over de gezondheid in de (deel) gemeenten van het Rijnmondgebied (www.gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl). Deze website wordt regelmatig aangevuld met actuele cijfers. Op deze manier kunnen gemeenten altijd beschikken over de meest recente gegevens.

Tot slot willen we alle collega's die hebben meegewerkt aan Gezondheid in kaart heel erg bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport.

Bijlagen

Bijlage 1 Gezondheidsprofiel Rotterdam

Legenda

- Vetgedrukt groen cijfer:** Gunstige afwijking van de deelgemeente ten opzichte van het gemiddelde van Rotterdam
- Vetgedrukt rood cijfer:** Ongunstige afwijking van de deelgemeente ten opzichte van het gemiddelde van Rotterdam
- Vetgedrukt blauw cijfer:** Afwijking van de deelgemeente ten opzichte van het gemiddelde van Rotterdam, maar niet expliciet gunstig of ongunstig te benoemen



Gunstige afwijking van Rotterdam ten opzichte van het gemiddelde van de G4 of Nederland



Ongunstige afwijking van Rotterdam ten opzichte van het gemiddelde van de G4 of Nederland



Afwijking (niet expliciet gunstig of ongunstig te benoemen) ten opzichte van het gemiddelde van de G4 of Nederland

-

Gegevens zijn niet beschikbaar of er kan niet bepaald worden of het cijfer afwijkt van het gemiddelde van Rotterdam, de G4 of Nederland

Tabel 1 Bevolking

		Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Hillegersberg/ Schiedbroek	Kralingen- Crooswijk	Prins Alexander	Feijenoord	Luisabronde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holland	Rosendburg	Pernis	Rotterdam	Akwilend t.o.v.	G4	NL	% / aantal	% / aantal	Bron	
Indicator	Leeftijd	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	G4	NL	% / aantal	% / aantal			
Bevolkingsomvang																							
Totaal aantal inwoners		30.495	74.371	16.200	50.857	42.839	50.724	93.918	72.114	58.702	64.656	33.962	10.069	12.418	4.780	616.319				-	16.779.575	GBA 2013 bewerking OBI	
Percentage mannen		52	51	50	50	47	49	47	50	48	50	48	49	50	49	49				-	50	GBA 2013 bewerking OBI	
Percentage vrouwen		48	49	50	50	53	51	53	50	52	50	52	51	50	51	51				-	51	GBA 2013 bewerking OBI	
Leeftijdopbouw																							
Demografische druk: het aantal personen van 0 t/m 19 jaar en 65 jaar of ouder per 100 personen van 20 t/m 64 jaar		34	49	63	42	75	50	72	58	70	56	71	73	70	67	58		▼		-	66	GBA 2013 bewerking OBI	
Groene druk: het aantal personen van 0 t/m 19 jaar per 100 personen van 20 t/m 64 jaar		18	36	35	27	43	30	38	39	39	36	37	36	37	36	35		▼		-	38	GBA 2013 bewerking OBI	
Grijze druk: het aantal personen van 65 jaar of ouder per 100 personen van 20 t/m 64 jaar		16	13	28	14	32	20	34	19	31	20	34	37	33	30	23		▼		-	28	GBA 2013 bewerking OBI	
Etniciteit																							
Autochtonen: percentage personen van wie beide ouders in Nederland zijn geboren		46	29	64	48	72	49	68	33	54	39	66	88	81	83	51		▼		-	79	GBA 2013 bewerking OBI	
Allochtonen (van eerste en tweede generatie): percentage personen van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren		54	71	36	52	28	51	32	67	46	61	34	12	19	17	49		▲		-	21	GBA 2013 bewerking OBI	
Westerse allochtonen: percentage allochtonen met als herkomstsgroepering één van de landen in de werelddelen Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië of Indonesië of Japan		17	13	9	13	12	14	10	10	9	14	9	8	10	8	12		▲		-	9	GBA 2013 bewerking OBI	
Niet-westerse allochtonen: percentage allochtonen uit Turkije, Afrika, Latijns-Amerika en Azië		37	59	26	39	16	37	22	57	37	46	25	4	9	9	37		▲		-	12	GBA 2013 bewerking OBI	
Socialeconomische status (SES)																							
Percentage hoogopgeleiden (personen met een afgeronde hbo- of wo-opleiding)	19 tot 65 jaar	52	37	37	52	52	52	37	27	19	17	19	28	18	19	35		▼	-	45	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	27	8	12	12	26	20	13	6	9	3	9	16	10	6	12		▼	-	15	-	IM 2012	
Percentage laagopgeleiden (personen met basisonderwijs, v(m)bo, mavo of mbo-1)	19 tot 65 jaar	18	35	34	24	21	24	28	42	43	47	42	35	36	36	33		▲	-	27	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	58	80	76	72	58	65	64	83	74	80	73	65	69	77	71		▲	-	69	-	IM 2012	
Besteedbaar inkomen (x €1.000)		24	19	21	22	28	24	24	19	20	18	22	24	24	23	22		-	-	-	-	20	CBS RIO 2010
Percentage huishoudens onder of rond sociaal minimum		-	23	14	18	11	19	11	-	15	19	11	8	6	6	17		-	▲	-	-	9	CBS Statline 2011
Percentage met een betaalde werkkring	19 tot 65 jaar	67	68	72	77	76	67	75	60	68	68	74	80	80	80	70		▼	▼	73	77	IM 2012	
Percentage werklozen	19 tot 65 jaar	10	8	8	7	5	8	7	10	10	9	8	2	3	5	8		▲	▲	6	4,4	IM 2012	
Percentage dat moet rondkomen van AOW	65 jaar en ouder	31	49	27	41	22	31	18	46	26	31	19	15	19	18	28		▲	▲	26	21	IM 2012	
Percentage dat moeite heeft met rondkomen	19 tot 65 jaar	30	43	36	39	25	34	29	45	39	47	32	29	27	28	37		▲	▲	35	25	IM 2012	
	65 jaar en ouder	26	37	18	30	11	25	16	32	20	22	17	15	12	11	21		-	-	22	14	IM 2012	
Huishoudsamenstelling																							
Eenpersoonshuishoudens: percentage particuliere huishoudens bestaande uit één persoon		62	51	41	55	39	55	48	40	45	31	35	34	33	42	47		-	▲	-	37	CBS Statline 2012	
Meerpersoonshuishoudens: percentage particuliere huishoudens bestaande uit twee of meer personen		38	49	59	45	61	45	52	60	55	69	65	66	67	58	53		-	▼	-	63	CBS Statline 2012	

Tabel 2 Levensverwachting en sterfte

Indicator	Geslacht	Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Hillegersberg Schiebroek	Kralingen- Crooswijk	Prijs Alexander	Feijenoord	IJsselmonde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holland	Rozenburg	Pernis	Rotterdam	NL	% / aantal		
Levensverwachting bij geboorte																				
Het gemiddeld aantal levensjaren dat pasgeborenen kunnen verwachten te leven (obv sterfte in 2007 tot en met 2010)		Totaal	79,8	79,7	78,2	78,7	80,0	79,0	80,5	77,1	78,4	77,5	78,4	80,2	-	80,7	78,9	▼	80,5	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	78,0	76,8	75,4	76,9	77,5	76,6	78,3	75,1	76,0	75,0	75,5	77,8	-	78,8	76,5	▼	78,3	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	81,7	82,8	81,1	80,5	82,0	81,2	82,1	79,1	80,5	79,9	81,3	82,6	-	82,7	81,1	▼	82,5	RGI/ zorgatlas RIVM	
Gezonde levensverwachting																				
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid in jaren (obv sterfte 2010 tot en met 2012)		Mannen	56,2	51,9	53,6	54,8	60,9	53,9	49,9	53,9	62,1	56,8	50,0	56,6	59,2	60,0	61,7	-	63,7	Jonker 2012, nationaal kompas 2008, 24 maart 2010
	Vrouwen	57,3	50,6	54,9	56,0	62,1	56,0	48,1	53,9	62,8	57,9	49,3	53,0	56,5	59,6	60,7	-	63,5	Jonker 2012, nationaal kompas 2008, 24 maart 2010	
Absolute sterfte																				
Gemiddeld aantal overledenen in 2007 tot en met 2010		Totaal	778	1.312	863	1.314	2.280	1.681	4.117	2.194	2.918	2.699	1.589	393	-	182	22.739		538.369	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	376	751	396	624	935	787	1.826	1.121	1.282	1.251	803	194	-	81	10.635		260.996	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	402	561	467	690	1.345	894	2.291	1.073	1.636	1.448	786	199	-	101	12.104		277.373	RGI/ zorgatlas RIVM	
Bruto sterfte																				
Gemiddeld aantal overledenen per 10.000 inwoners in 2007 tot en met 2010		Totaal	63	46	136	66	138	85	114	79	126	107	115	104	-	95	95		82	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	59	51	127	63	120	81	107	81	117	99	121	105	-	86	90		80	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	69	40	145	69	153	89	120	77	133	115	109	103	-	104	99		83	RGI/ zorgatlas RIVM	
Gestandaardiseerde sterfte																				
Gemiddeld aantal overledenen per 10.000 in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht		Totaal	75	76	91	81	78	79	71	93	83	89	85	72	-	75	81		72	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	67	77	90	76	74	77	68	88	80	87	84	69	-	67	78		67,52	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	81	72	91	85	82	81	75	95	86	90	85	73	-	82	83		75	RGI/ zorgatlas RIVM	
Verwachte sterfte (SMR)																				
Verschil in sterfte en de sterfte verwacht op basis van leeftijd en geslacht van de bevolking in 2007 tot en met 2010		Totaal	103	109	126	112	108	108	98	130	112	119	118	98	-	105	107	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	98	116	132	112	110	112	102	131	114	126	123	101	-	99	107	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	107	98	122	111	109	106	97	128	111	115	113	96	-	110	109	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	
Sterfte naar doodsoorzaak (SMR)																				
Sterfte aan kanker in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht		Totaal	98	104	110	110	96	101	102	126	107	114	114	94	-	125	107	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	95	104	117	103	94	94	101	121	112	120	115	86	-	119	107	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	101	102	104	120	100	110	107	130	105	110	112	103	-	134	109	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	
Sterfte aan ziekten van hart en vaatstelsel in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht		Totaal	94	112	115	111	108	109	98	125	100	114	120	98	-	113	108	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	88	122	121	116	119	121	101	131	103	123	125	102	-	93	114	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	99	98	111	107	103	101	97	119	99	108	116	95	-	131	104	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	
Sterfte aan ziekten van ademhalingsorganen in 2007 tot en met 2010 gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht		Totaal	89	99	128	108	117	102	92	126	115	133	113	92	-	67	110	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM
	Mannen	93	103	136	117	121	106	97	122	112	110	103	102	-	89	109	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	
	Vrouwen	83	92	124	101	117	101	91	129	120	157	123	80	-	45	113	▲	100	RGI/ zorgatlas RIVM	

Tabel 3 Ziekte en aandoeningen

			Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Hillegersberg/ Schiedbroek	Kralingen- Crooswijk	Prins Alexander	Feijenoord	Lisselmonde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holland	Rozenburg	Pernis	Rotterdam	Afwijkend t.o.v.	G4	Nederland	Bron
Indicator	Leeftijd		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Chronische aandoening																					
Percentage met minimaal één chronische aandoening (vastgesteld door arts)	4 tot 12 jaar		27	20	22	18	19	19	22	24	24	25	29	32	19	21	22	-	-	-	14
Percentage met minimaal één chronische aandoening	19 tot 65 jaar		28	36	34	29	36	35	37	41	46	42	46	37	40	36	37			37	38
	65 jaar en ouder		75	85	84	83	72	81	81	83	86	83	81	78	73	83	81	▲	▲	79	78
Suikerziekte																					
Percentage met suikerziekte	19 tot 65 jaar		2,8	7	6	3,2	3,3	3,6	3,8	6	7	7	6	2,3	8	3,5	5		-	4,6	3,6
	65 jaar en ouder		19	30	19	22	10	19	14	29	20	20	20	17	17	17	19		-	21	16
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct																					
Percentage dat ooit een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct heeft gehad	19 tot 65 jaar		0,9	2,1	3,1	0,4	1,7	1,3	0,9	1,7	3,1	3,2	1,3	0,4	0,4	0,6	1,7		-	1,5	1,6
	65 jaar en ouder		10	11	12	13	6	10	9	12	11	11	9	9	9	8	10		-	9	8
Hartinfarct																					
Percentage dat ooit een hartinfarct heeft gehad	19 tot 65 jaar		0,9	1,4	0,3	0,7	1,1	0,9	1,3	3	2,9	3,8	3,2	2,2	1,6	1,6	1,9	▲	▲	1,5	1,4
	65 jaar en ouder		8	8	10	12	8	12	10	14	11	11	13	9	9	12	11		-	11	10
Ernstige hartaandoening																					
Percentage met een andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		0,6	2,2	0,3	0,2	1,3	0,6	1	1,2	1,4	1,2	2	0,3	2,8	0	1,2		-	1,2	1
	65 jaar en ouder		6	6,9	9,3	7,1	5,9	8,2	8,8	8,4	7	10,6	7,7	6,6	6,5	9,3	8		-	8	7
Kanker																					
Percentage dat ooit kanker (kwaadaardige aandoening) heeft gehad	19 tot 65 jaar		2,3	2	3,1	1,6	3,7	4,4	3,8	2,2	3,1	2,2	3,4	4,7	5	1,7	2,9		-	3,1	4
	65 jaar en ouder		24	19	21	22	28	24	19	20	23	24	18	22	24	24	22		-	18	18
Migraine of ernstige hoofdpijn																					
Percentage met migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn (door arts vastgesteld) in de afgelopen 12 maanden	4 tot 12 jaar		0,5	1,5	0,6	1,1	0,8	1,4	0,7	1,4	1,4	0,4	1,4	-	-	-	1	-	-	-	2,6
Percentage met migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		20	21	22	21	19	19	19	22	21	24	21	18	18	17	21		-	20	19
	65 jaar en ouder		9	17	10	15	7	8	7	16	8	11	7	10	9	4,3	10		-	10	8
Hoge bloeddruk																					
Percentage met hoge bloeddruk in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		6	13	9	8	14	9	12	13	20	14	15	14	14	14	13		-	12	13
	65 jaar en ouder		38	49	50	53	37	46	43	43	44	42	45	42	38	50	44		-	43	42
Vernauwing bloedvaten in buik of benen																					
Percentage met vernauwing bloedvaten in buik of benen in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		0,4	4	1,3	1,6	1,9	2,1	1,8	3,1	3,3	2,4	1,7	1,9	0,7	1	2,3		-	2,3	1,6
	65 jaar en ouder		8	11	10	11	7	10	8	12	9	9	9	7	10	9	9		-	9	8
Luchtwegklachten																					
Percentage met astma of bronchitis (door arts vastgesteld) in de afgelopen 12 maanden	2 jaar		3,5	6	6	8	6	6	6	6	7	6	10	-	-	-	7	-	-	-	-
	4 tot 12 jaar		10	7	8	6	5	8	7	7	7	10	12	19	8	7	8	-	-	-	6
Percentage met Astma of COPD (chronische bronchitis, longemfyseem) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		3	7	5	3,6	5	6	4,2	6	5	5	3,3	7	8	6	5		-	8	8
	65 jaar en ouder		7	8	12	12	7	16	12	12	13	19	9	10	8	11	12		-	14	13
Psoriasis																					
Percentage met psoriasis in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		1,1	2,4	0,1	2,1	1,2	3,1	1,7	2,3	3,2	1,6	2	3,5	1,8	1,6	2,1		-	2,4	2,8
	65 jaar en ouder		2,5	1,1	3	5,2	3,5	3,9	4,8	3,4	3	4,3	5,5	4,2	4,7	2,7	3,9		-	3,9	3,9
Eczeem																					
Percentage met eczeem (door arts vastgesteld) in de afgelopen 12 maanden	2 jaar		13	14	18	19	16	16	17	13	14	15	14	-	-	-	15	-	-	-	-
	4 tot 12 jaar		17	10	12	9	10	8	11	13	13	13	13	15	9	13	12	-	-	-	6
Percentage met chronisch eczeem in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		6	6	4,6	6	6	6	5	6	6	6	6	2,2	7	4,3	6	▼	-	7	6
	65 jaar en ouder		5	11	5	3,6	2,9	7	3,8	4,4	4,3	4,4	5	4,5	4	4,5	4,8		-	4,9	4,2
Duizeligheid met vallen																					
Percentage met duizeligheid met vallen in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		2,5	7	6	5	3,9	4,9	4,3	8	5	9	4,3	4,9	2,6	1	6		-	6	3,6
	65 jaar en ouder		8	14	10	12	8	13	13	14	10	17	10	8	10	8	12		-	11	8
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen																					
Percentage met ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maanden in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		6	5	5	6	6	6	5	6	5	5	5	1,9	1,2	4,9	5		-	6	4,4
	65 jaar en ouder		7	6	12	7	5	9	8	10	9	12	7	8	8	9	8		-	8	6
Onvrijwillig urineverlies																					
Percentage met onvrijwillig urineverlies (incontinentie) in de afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar		3,8	4,5	2,3	4,2	3,9	3,1	4,7	6	4,1	5	9	3,8	4,3	2,2	4,6	▼	-	5	4,8
	65 jaar en ouder		13,3	16,9	20,7	23	14,3	18	15,3	22,1	15,7	22,6	17,6	15,2	15,4	15,7	18		-	18	16

Tabel 3 Ziekte en aandoeningen (vervolg 1)

Indicator	Leeftijd	Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Hillegersberg- Schiedbroek	Kralingen- Crooswijk	Piips Alexander	Feijenoord	Lisselmonde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holand	Rozenburg	Pernis	Rotterdam	Afwijkend t.o.v.	G4	Nederland	Bron
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	G4	NL	%	%
Gewrichtsslijtage																				
Percentage met gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën in de afgelopen 12 maanden																				
	19 tot 65 jaar	8	9	6	7	8	9	10	9	11	9	11	10	14	11	9		-	9	10
	65 jaar en ouder	29	42	39	38	31	40	41	37	43	47	35	39	38	36	39		-	39	37
Chronische gewrichtsontsteking																				
Percentage met chronische gewrichtsontsteking (ontstekings-/chronische reuma, reumatoïde artritis) in de afgelopen 12 maanden																				
	19 tot 65 jaar	3,3	3,4	3,2	3	3,4	3,1	3	6	7	5	6	2,6	6	2,1	4,2		-	4,4	4,2
	65 jaar en ouder	9	11	15	9	11	11	13	13	11	14	12	15	11	10	12		-	13	12
Rugaandoening																				
Percentage met een ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl hernia) in de afgelopen 12 maanden																				
	19 tot 65 jaar	7	10	9	8	9	10	8	12	11	11	12	6	10	7	10		-	10	10
	65 jaar en ouder	14	15	20	22	14	14	17	16	16	19	15	18	19	12	16	▼	-	19	17
Aandoening nek of schouder																				
Percentage met andere ernstige aandoening van nek of schouder in de afgelopen 12 maanden																				
	19 tot 65 jaar	3	7	9	8	5	6	7	11	7	10	10	7	8	5	8	▼	▼	10	10
	65 jaar en ouder	7	17	14	16	10	11	13	16	14	15	13	14	12	7	13	▼	▼	15	14
Aandoening elleboog, pols of hand																				
Percentage met andere ernstige aandoening van elleboog, pols of hand in de afgelopen 12 maanden																				
	19 tot 65 jaar	3,6	6	3,2	4,1	4,9	6	4	8	9	7	8	4,3	6	6	6	▼	-	7	6
	65 jaar en ouder	11	15	15	17	9	11	10	16	13	14	9	11	10	5	12		-	13	11
Belemmerd door ziekte of aandoening																				
Percentage dat in lichte of sterke mate belemmerd is door chronische aandoening																				
	4 tot 12 jaar	15	14	14	11	12	13	16	14	19	15	15	19	19	14	14	-	-	-	-
Percentage dat in enige of sterke mate belemmerd is door chronische ziekte of aandoening																				
	19 tot 65 jaar	27	32	30	28	30	32	33	36	38	35	39	31	38	34	33		-	32	-
	65 jaar en ouder	53	60	57	62	52	56	59	61	61	64	58	57	53	55	59		-	58	-
Beperkingen																				
Percentage met minimaal 1 beperking op gehoor, zicht of mobiliteit																				
	19 tot 65 jaar	9	17	14	13	11	13	11	22	15	20	18	13	12	9	15	▲	▲	14	11
	65 jaar en ouder	32	43	38	44	32	36	38	46	43	50	38	33	29	32	40		▲	38	30
Percentage met beperking op gehoor																				
	19 tot 65 jaar	0,9	6	3,3	3,1	4,1	3,3	3,2	6	2,6	6	3,2	3,1	1,8	2,4	4,1		-	3,6	3,0
	65 jaar en ouder	6	12	10	9	10	10	12	11	11	14	11	10	10	9	11	▲	▲	9	8
Percentage met beperking op zicht																				
	19 tot 65 jaar	6	10	5	7	4,3	6	6	11	9	12	9	7	4,3	4,6	8,1		-	7	4,9
	65 jaar en ouder	12	21	12	16	11	13	14	20	16	17	12	8	10	10	15		-	14	9
Percentage met beperking op mobiliteit																				
	19 tot 65 jaar	4,1	10	8	8	7	8	6	13	9	11	10	7	7	3,9	9		-	8	6
	65 jaar en ouder	26	33	30	36	25	26	29	39	35	42	31	25	24	23	32		-	31	23
Percentage met beperking bij huishoudelijke dagelijkse activiteiten																				
	65 jaar en ouder	26	34	26	33	27	27	32	29	35	42	34	21	24	21	32		-	-	-

Tabel 4 Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Leeftijd	Rotterdam Centrum	Delft Haven	Overzicht	Noord	Hillegersberg- Schiedbroek	Kralingen- Crooswijk	Prins Alexander	Feijenoord	Luisenonde	Charlote	Hoogvliet	Hoek van Holland	Rozendijk	Pernis	Rotterdam	G4	NL	G4	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting	Bron
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	wijkt af	
Gezondheidsbarometer																						
Indexcijfer gezondheidsbarometer*	17 jaar en ouder	103	99	100	101	104	101	101	97	100	96	100	102	103	104	100	-	-	-	-	-	IM 2012, bewerking O. Erdem RSO 2013
Ervaren gezondheid																						
Percentage dat gezondheid als goed of zeer goed ervaart	2 jaar	94	98	96	97	98	95	98	94	97	97	96	-	-	-	97	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	91	91	96	91	98	92	95	89	93	91	94	97	95	96	93	-	-	-	97	-	JRB 2011
	12-13 jaar	84	82	85	84	91	84	87	80	87	81	82	-	-	84	85	-	-	-	-	83	▲ JMR 2010-2011
	14-15 jaar	92	85	86	87	88	86	88	83	83	81	85	-	-	-	86	-	-	-	-	82	▼ JMR 2010-2011
	19 tot 65 jaar	84	72	75	82	82	78	78	67	73	70	74	81	79	89	75	▼	▼	78	81	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	51	47	50	48	61	51	53	42	50	41	54	62	61	57	51	▼	▼	52	61	-	IM 2012
Psychische gezondheid																						
Percentage met (een verhoogd risico op) psychosociale problemen (SDQ)	4-12 jaar	26	28	21	20	16	21	18	28	24	28	24	16	25	21	23	-	-	-	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	5	5	6	5	4,5	4,7	7	4,0	7	6	7	-	-	8	6	-	-	-	-	8	▼ JMR 2010-2011
	14-15 jaar	7	4,5	8	4,5	6	2,3	4,6	6	3,3	6	9	-	-	-	5	-	-	-	-	8	▼ JMR 2010-2011
Percentage met matig of hoog risico op depressie of angststoornis	19 tot 65 jaar	45	52	48	47	40	46	43	57	44	53	48	43	43	36	48	-	-	47	40	48	IM 2012
	65 jaar en ouder	45	54	50	60	46	52	53	55	52	57	48	50	43	48	52	▲	▲	45	38	48	IM 2012
Percentage met hoog risico op depressie of angststoornis	19 tot 65 jaar	4,3	11	11	8	6	9	6	12	8	15	12	7	4,9	3,8	9	-	-	9	6	8	IM 2012
	65 jaar en ouder	7	9	10	10	6	10	7	10	8	13	8	6	6	6	9	-	-	8	4,3	7	IM 2012
Emotionele problemen																						
Percentage dat vaak van streek is/ snel huilt	2 jaar	13	9	8	8	4,6	9	4,1	8	6	13	5	-	-	-	7	-	-	-	-	-	JMR 2011
Percentage dat neerslachtige/ verdrietige indruk maakt	2 jaar	1,6	1,2	0,6	0	0,2	0,9	0,4	4,6	1,4	1,8	0,5	-	-	-	1,2	-	-	-	-	-	JMR 2011
Tevredenheid met leven																						
Percentage dat niet of helemaal niet gelukkig is	19 tot 65 jaar	7	13	11	11	9	10	10	16	10	16	14	8	7	2	11	-	-	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	15	17	11	15	10	11	13	21	14	17	10	8	9	6	14	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat een onvoldoende geeft voor tevredenheid met het leven	19 tot 65 jaar	5	11	10	10	6	10	8	13	11	16	12	11	3,8	2,5	10	-	-	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	10	15	11	14	7	9	11	16	11	15	10	5	8	4,2	11	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat een ruime voldoende (≥8) geeft voor tevredenheid met het leven	19 tot 65 jaar	66	59	61	63	70	65	65	54	61	55	57	68	67	68	61	-	-	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	58	55	57	56	67	57	62	52	58	58	64	65	67	70	60	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat gevoel heeft voldoende regie te hebben over eigen leven	19 tot 65 jaar	97	88	90	92	94	89	91	85	89	86	87	93	92	94	90	-	-	90	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	86	76	85	80	83	85	77	79	85	76	82	83	87	85	81	-	-	81	-	-	IM 2012

* Voor deze uitkomstmaat is de gemeente vergeleken met de hele regio Rotterdam-Rijnmond, dus inclusief Rotterdam.

Tabel 5 Leefstijl

Indicator	Leeftijd	Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Hillegomberg Schiedamschen Kraaijen- Crosswijk	Prins Alexander	Feljoer	Lissemonde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holland	Rozendburg	Pennis	Rotterdam	Atwinkend t.o.v.	G4	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting	Bron
Lichaamsgewicht		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Percentage met overgewicht (inclusief obesitas)	2 jaar	12	10	9	9	6	15	6	13	12	12	10	9	6	4	8	-	-	-	CJG 2012
Percentage met matig overgewicht (exclusief obesitas)- zelfrapportage	4-12 jaar	19	20	16	19	10	18	13	20	18	21	16	12	-	16	17	-	-	-	JRB 2011
Percentage met matig overgewicht (exclusief obesitas)	5-6 jaar	13	11	10	16	6	10	10	14	13	15	10	20	13	11	12	-	-	-	CJG 2012
	10-11 jaar	23	23	25	23	10	25	15	24	19	24	24	19	-	-	21	-	-	-	CJG 2011
Percentage met matig overgewicht (exclusief obesitas)- zelfrapportage	12-13 jaar	17	13	14	15	5	13	7	16	15	17	8	-	-	-	12	-	-	-	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	17	15	12	13	7	11	9	16	12	16	16	-	-	-	13	-	-	-	JMR 2010-2012
	19 tot 65 jaar	31	29	32	28	33	25	32	35	37	35	42	39	37	38	33	▲	-	30	34
	65 jaar en ouder	42	40	44	40	47	39	40	42	45	43	47	46	43	48	42	-	-	41	43
Percentage met ernstig overgewicht (obesitas)- zelfrapportage	4-12 jaar	6	9	5	8	2	6	3	9	7	9	5	3	-	4	6	-	-	-	3
Percentage met ernstig overgewicht (obesitas)	5-6 jaar	6	7	4	5	1	3	2	8	5	7	2	1	4	8	5	-	-	-	-
	10-11 jaar	9	10	7	9	2	7	2	10	5	11	8	-	-	-	7	-	-	-	-
Percentage met ernstig overgewicht (obesitas)- zelfrapportage	12-13 jaar	1	2,6	0	2,9	0,6	2,5	1,8	3,9	2	3,3	1,5	-	-	-	2,3	-	-	-	-
	14-15 jaar	2	3	4	2	2	3	0	3	4	4	1	-	-	-	2	-	-	-	-
	19 tot 65 jaar	7	14	17	7	9	10	15	15	22	15	19	11	19	15	14	▲	▲	12	12
	65 jaar en ouder	16	22	19	20	11	19	17	26	20	25	18	20	22	16	19	-	-	17	16
Roken																				
Percentage ouders dat het acceptabel vindt als een kind jonger dan 16 af en toe roken uitprobeert	4-12 jaar	1,6	3,3	4,9	2,7	2,2	3,3	5	3,2	1,6	3,7	3,9	5	4,5	7	3,4	-	-	-	-
Percentage dat nu wel eens rookt	12-13 jaar	0,0	1,7	0,0	1,7	1,3	0,5	2,9	1,7	0,9	2,1	5,0	-	-	8	2	-	-	-	2,7
	14-15 jaar	6	5	11	7	14	7	12	7	8	7	14	-	-	-	9	-	-	-	12
																				0,6
Percentage dat dagelijks rookt	12-13 jaar	0	0,2	0	0	0	0	0,7	0,2	0,2	1,1	2,5	-	-	0	0,4	-	-	-	0,5 - 1,9
	14-15 jaar	2	3,2	5	4,3	6	1,3	6	3,1	6	4,0	8	-	-	-	4,4	-	-	-	5,4 - 9,8
Percentage dat rookt	19 tot 65 jaar	30	33	32	31	23	28	26	30	23	38	27	25	28	31	29	-	-	29	26
	65 jaar en ouder	18	20	15	18	15	18	9	17	14	18	15	14	14	12	15	-	-	16	13
Percentage mannen dat rookt	19 jaar en ouder	34	39	36	34	26	32	26	35	24	40	30	26	33	34	32	-	-	33	26
Percentage vrouwen dat rookt	19 jaar en ouder	21	24	23	26	18	21	19	21	18	29	20	18	16	20	21	-	-	22	20
Alcoholgebruik																				
Percentage ouders dat het acceptabel vindt als een kind jonger dan 16 af en toe alcohol drinkt	4-12 jaar	7	4,1	7	6	11	6	8	3,9	4,4	5,3	6	11	9	8	6	-	-	-	-
Percentage dat wel eens alcohol heeft gedronken	12-13 jaar	26	26	37	27	45	33	49	25	39	29	50	-	-	64	36	-	-	-	35 - 53
	14-15 jaar	47	39	65	48	68	49	68	43	54	48	75	-	-	54	-	-	-	-	69 - 83
Percentage dat alcohol heeft gedronken in de afgelopen 4 weken	12-13 jaar	7	6	13	7	13	8	12	4	7	6	12	-	-	21	8	-	-	-	8 - 18
	14-15 jaar	25	12	30	18	33	22	29	19	25	18	36	-	-	23	-	-	-	-	32 - 59
Percentage dat meer dan vijf glazen alcohol heeft gedronken bij de laatste gelegenheid	12-13 jaar	2	4	7	3	4	3	6	2	3	2	5	-	-	0	4	-	-	-	3 - 10
	14-15 jaar	16	6	16	6	16	13	17	9	11	10	21	-	-	-	12	-	-	-	19 - 41
Percentage dat alcohol heeft gedronken in het afgelopen jaar	19 tot 65 jaar	84	68	72	77	86	78	81	56	68	65	78	87	84	84	73	▼	▼	76	84
	65 jaar en ouder	73	57	72	63	82	73	79	60	69	62	72	82	78	77	71	-	-	72	77
Percentage met overmatig alcoholgebruik	19 tot 65 jaar	9	6	6	6	8	12	7	4,7	6	4,5	8	13	4,2	8	7	▼	▼	9	12
	65 jaar en ouder	14	8	7	9	10	13	6	7	8	8	7	9	8	9	8	▼	▼	10	6
Percentage met zwaar alcoholgebruik	19 tot 65 jaar	14	10	8	11	10	14	8	8	7	9	8	17	8	12	10	▼	▼	12	8
	65 jaar en ouder	10	9	3	9	7	8	4,8	8	7	6	6	7	5	9	7	-	-	7	8
Percentage dat alcoholafhankelijk is	19 tot 65 jaar	11	12	8	11	11	14	10	11	10	11	10	9	7	8	11	▼	-	13	-
	65 jaar en ouder	10	8	4,7	7	8	6	3,7	9	7	8	8	9	5	12	7	-	-	8	-
Percentage dat alcoholafhankelijk en overmatige drinker en/of zware drinker is	19 tot 65 jaar	4,8	4,8	3,4	4,6	5	6	3,7	3,9	3	4,7	4,2	6	2,5	-	4,6	▼	-	6	-

Tabel 5 Leefstijl (vervolg 1)

Indicator	Leeftijd	Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Willemsoord/Schiedamschenhoek	Kraaijenhove/Crosswijk	Prins Alexander	Felipe Noord	Liesslmonde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holland	Rozendburg	Pennis	Rotterdam	G4	NL	G4	Nederland	Vergelijking met voorgaande meting	Eron
Drugsgebruik		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	wijkt af	
Percentage dat softdrugs heeft gebruikt in de afgelopen 4 weken	12-13 jaar	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	-	-	0	0,3	-	-	-	0,2 - 2,9	-	JMR 2010-2011, Peilstation A&D 2011
	14-15 jaar	3	2	4	2	5	4	4	2	3	1	4	-	-		3	-	-	-	4,0 - 10,1	-	JMR 2010-2011, Peilstation A&D 2011
Percentage dat cannabis heeft gebruikt in de afgelopen 4 weken	19 tot 65 jaar	10	8	5	9	4	6	4	6	2	9	5	2,4	4,6	8	6,1	-	-	6,7	4,2	-	IM 2012, Nationale Drug Monitor 2011
Percentage dat cannabis heeft gebruikt in de afgelopen jaar	19 tot 65 jaar	17	14	8	15	6	11	6	9	5	12	8	5,2	5,5	10	10	▼	-	12	7	-	IM 2012, Nationale Drug Monitor 2011
Percentage dat harddrugs heeft gebruikt in de afgelopen 4 weken	12-13 jaar	0	0,2	0	0,4	0,2	0,8	0,2	0,4	0	0	0	-	-	0	0,2	-	-	-	-	0	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	0	0,7	4,1	0,5	0,5	0	0,2	0,6	0,6	0,2	0,5	-	-	-	0,5	-	-	-	-	0,6	
	19 tot 65 jaar	4,3	2,3	1,1	3,2	1,4	1,4	0,5	1,1	0,3	1,1	1,5	0	0,1	2,1	1,5	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat harddrugs heeft gebruikt in de afgelopen jaar	19 tot 65 jaar	10	6	3,4	8	3,1	6	1,9	3	1,2	2,5	1,8	2,5	1,1	4	4	-	-	-	-	-	IM 2012
Voeding																						
Percentage dat minstens 5 dagen per week ontbijt	2 jaar	96	96	100	99	98	96	99	96	99	96	99	-	-	-	98	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	92	90	96	94	97	91	98	89	95	91	96	98	97	97	93	-	-	-	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	80	79	90	84	93	86	88	81	83	74	84	-	-	88	84	-	-	-	-	81	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	71	72	73	73	86	78	87	70	71	72	74	-	-	-	76	-	-	-	-	72	JMR 2010-2011
Percentage dat dagelijks fruit eet	2 jaar	69	58	56	59	57	61	56	57	56	57	53	-	-	-	58	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	50	58	46	54	56	51	52	51	49	48	45	44	29	33	51	-	-	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat voldoet aan de fruitnorm	12-13 jaar	32	29	33	31	34	30	29	31	27	25	22	-	-	84	29	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	22	29	25	17	24	23	21	23	21	21	17	-	-	-	27	-	-	-	-	25	JMR 2010-2012
	19 tot 65 jaar	39	46	40	36	42	41	39	43	42	45	38	34	33	39	41	-	-	40	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	55	62	58	54	61	56	55	54	60	59	65	59	58	59	58	-	-	56	-	-	IM 2012
Percentage dat dagelijks groente eet	2 jaar	68	64	51	60	62	65	57	58	52	57	48	-	-	-	58	-	-	-	-	-	JMR 2011
	4-12 jaar	41	41	44	44	49	44	42	38	37	36	31	30	21	19	40	-	-	-	-	-	JMR 2011
	12-13 jaar	36	34	34	34	44	36	38	34	36	34	45	-	-	20	39	-	-	-	-	43	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	34	37	41	33	48	46	37	32	37	32	25	-	-	-	37	-	-	-	-	38	JMR 2010-2011
Percentage dat voldoet aan de groentennorm	19 tot 65 jaar	51	42	46	49	54	48	44	42	44	44	36	37	34	36	45	▼	-	48	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	54	57	52	52	48	53	46	49	51	46	44	53	56	44	50	-	-	50	-	-	IM 2012
Lichamelijke activiteit																						
Percentage dat minstens 5 dagen per week buiten speelt	2 jaar	59	44	49	53	67	60	57	46	44	41	53	-	-	-	51	-	-	-	-	-	JMR 2011
Percentage dat minstens 5 dagen per week buiten speelt	4-12 jaar	50	53	66	54	74	63	65	65	70	56	75	86	77	78	63	-	-	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat minstens 1 dag per week bij een sportvereniging sport	4-12 jaar	79	67	82	69	87	78	81	67	72	63	75	87	84	83	74	-	-	-	-	-	JRB 2011
Percentage dat minstens 2 keer per week buiten schooltijd sport	12-13 jaar	73	72	76	73	85	81	77	73	78	74	68	-	-	87	76	-	-	-	-	77	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	66	67	68	59	75	69	74	62	64	58	69	-	-	-	67	-	-	-	-	67	JMR 2010-2011
Percentage dat lid is van een sportvereniging	4-12 jaar	55	42	69	47	76	57	65	41	54	44	61	81	70	71	54	-	-	-	-	-	JRB 2011
	12-13 jaar	50	48	74	54	86	61	74	46	58	48	53	-	-	84	60	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	51	49	64	44	70	59	72	43	47	37	58	-	-	-	54	-	-	-	-	-	JMR 2010-2011
Percentage dat bewegen of sporten belangrijk vindt	19 tot 65 jaar	91	89	84	90	88	92	87	88	87	83	86	86	86	84	88	-	-	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	82	79	76	73	80	75	77	73	73	70	76	78	81	74	76	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat aangeeft zelf (zeker/meestal wel) voldoende te bewegen	19 tot 65 jaar	66	63	68	68	67	67	65	65	67	65	66	72	70	67	66	-	-	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	79	70	76	76	77	76	71	69	73	71	75	76	78	79	73	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen	19 tot 65 jaar	54	58	60	60	64	60	59	51	63	56	63	68	69	62	59	▼	▼	63	65	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	70	61	60	60	68	68	57	59	61	52	59	70	70	64	61	▼	▼	65	69	-	IM 2012
Seksueel gedrag																						
Percentage dat wel eens geslachtsgemeenschap heeft gehad	12-13 jaar	2,2	3,6	2,6	2,8	2,5	0,7	3,7	1,7	3,8	2,5	6	-	-	4,2	2,9	-	-	-	3	3	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	19	12	10	10	13	9	14	13	14	16	18	-	-	-	13	-	-	-	16	14	JMR 2010-2011
Percentage dat ooit zonder condoom met iemand naar bed is geweest	12-13 jaar	1,9	1,9	1	1,7	1,9	0,3	1,4	1,1	2,4	1,8	3,9	-	-	-	1,8	-	-	-	-	1,1	JMR 2010-2011
	14-15 jaar	4	3,8	6,1	3,9	5,4	2,2	4,7	5,3	5,8	5,3	5,2	-	-	-	6	-	-	-	-	4,7	JMR 2010-2011
Percentage met losse seksuele contacten dat niet altijd condooms gebruikt	19 tot 65 jaar	11	9	3,8	8	5	8	3,8	6	3,6	6	6	6	3,2	5	6	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat zich in de afgelopen 6 maanden heeft laten testen op een soa	19 tot 65 jaar	12	11	8	10	10	13	6	8	5	12	7	4	4	7	9	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat zich in de afgelopen 6 maanden heeft laten testen op hiv	19 tot 65 jaar	10	9	8	9	6	9	6	8	3,2	9	4,5	4,1	2,8	6	7	-	-	-	-	-	IM 2012

Tabel 6 Fysieke en sociale leefomgeving

Indicator	Leeftijd	Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Hillegarburg- Scheepbroek	Kralingen- Crossegat	Prijs Alexander	Feijenoord	Lesselmonde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holand	Rozendburg	Perris	Rotterdam	Afwijkend t.o.v. G4	NL	%	%	Vergelijking met voorgaande meting	Bron	
Binnenmilieu		% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	% / aantal	G4	NL	%	%	wijkt af		
Percentage dat blootstaat aan vocht en/of schimmel in woon- en/of slaapkamer	19 tot 65 jaar	8	14	11	16	7	9	7	11	10	11	6	3,6	7	1,8	10	-	-	-	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	6	10	3,3	8	4,6	1,1	2,9	4,2	3,9	6	1,6	3,9	3,3	4,1	4,3	-	-	-	-	-	IM 2012	
Percentage dat in afgelopen week is blootgesteld aan sigarettenrook in huis	4-12 jaar	9	13	12	8	6	12	8	11	13	16	19	14	12	19	11	-	-	-	-	-	JRB 2011	
Percentage dat dagelijks blootgesteld is aan sigarettenrook in huis	19 tot 65 jaar	17	20	24	19	12	16	16	21	19	25	25	16	18	25	19	-	-	-	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	16	19	18	19	14	18	10	21	16	19	16	13	14	10	16	-	-	-	-	-	IM 2012	
Buitenmilieu																							
Percentage dat ernstige geluidhinder ondervindt (7 geluidbronnen)	19 tot 65 jaar	33	33	36	34	33	28	32	35	34	35	29	27	39	33	33	-	-	-	-	-	IM 2012	
Aantal inwoners langs drukke binnenstedelijke wegen (<50m) of snelweg (<100m)		10.639	5.649	3.511	9.197	4.186	7.599	6.698	6.847	3.711	8.744	828	125	142	44	67.926	-	-	-	-	-	DCMR	
Percentage inwoners langs drukke binnenstedelijke wegen (<50m) of snelweg (<100m)		35	8	22	18	10	15	7	9	6	14	2	1	1	1	11	-	-	-	-	-	DCMR	
Aantal inwoners op 100-300m van snelweg		0	0	5.975	6.145	3.532	88	12.265	0	7.664	57	664	0	1.247	490	38.142	-	-	-	-	-	DCMR	
Percentage inwoners op 100-300m van snelweg		0	0	37	12	8	0	13	0	13	0	2	0	10	10	6	-	-	-	-	-	DCMR	
Woonomgeving																							
Percentage dat tevreden is met de buitenspeelmogelijkheden voor peuters	2 jaar	78	85	89	85	93	87	95	83	85	84	91	-	-	-	87	-	-	-	-	-	JMR 2011	
Percentage dat buurt zeer of voldoende geschikt vindt voor kinderen in de basisschoolleeftijd	4-12 jaar	58	58	80	61	94	70	92	64	71	62	77	89	87	87	72	-	-	-	-	-	JRB 2011	
Percentage dat ruim voldoende geeft voor tevredenheid met woonomgeving (rapportcijfer ≥ 8)	19 tot 65 jaar	53	38	55	48	71	54	62	40	44	34	46	71	56	57	49	▼	-	53	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	74	58	66	68	80	73	75	63	68	68	70	84	76	79	71	▲	-	67	-	-	IM 2012	
Percentage dat ruim voldoende geeft voor tevredenheid met woning (rapportcijfer ≥ 8)	19 tot 65 jaar	60	54	63	56	73	60	71	56	65	50	71	79	77	74	61	-	-	62	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	24	19	21	22	28	24	19	20	23	24	18	22	24	24	22	▼	-	72	-	-	IM 2012	
Percentage dat ruim voldoende geeft voor het groen in de buurt (rapportcijfer ≥ 8)	19 tot 65 jaar	20	24	40	29	60	46	56	23	41	43	49	55	42	34	39	-	-	-	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	34	32	52	41	78	57	69	38	58	54	60	67	53	48	56	-	-	-	-	-	IM 2012	
Percentage dat vindt dat er voldoende groen in de buurt is	19 tot 65 jaar	38	44	64	48	79	69	78	51	68	66	70	76	79	71	62	-	-	-	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	51	54	70	56	87	73	87	58	81	77	79	85	85	77	75	-	-	-	-	-	IM 2012	
Percentage dat het belangrijk vindt dat er groen in de buurt is	19 tot 65 jaar	84	83	90	87	95	89	93	83	89	85	94	93	94	90	88	-	-	-	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	92	91	94	92	99	92	97	93	96	96	96	98	97	95	95	-	-	-	-	-	IM 2012	
Eenzaamheid																							
Percentage dat matig tot (zeer) ernstig eenzaam is	19 tot 65 jaar	39	48	47	45	35	41	46	59	48	56	49	39	41	43	47	▲	▲	43	37	42	▲	IM 2012
	65 jaar en ouder	52	60	58	58	48	50	55	63	55	63	55	51	49	51	56	▲	-	51	55	46	▲	IM 2012
Percentage met emotionele eenzaamheid	19 tot 65 jaar	16	25	22	19	15	18	19	28	20	27	19	15	14	11	21	▲	-	19	16	17	▲	IM 2012
	65 jaar en ouder	19	33	26	25	20	20	22	31	22	30	23	21	16	15	24	▲	-	21	17	17	▲	IM 2012
Percentage met sociale eenzaamheid	19 tot 65 jaar	27	35	36	30	25	28	34	43	35	41	33	31	26	27	34	▲	-	31	31	31	▲	IM 2012
	65 jaar en ouder	37	46	41	43	36	37	42	46	41	50	36	36	36	34	42	▲	-	36	32	32	▲	IM 2012
Plek in samenleving																							
Percentage dat moeite heeft zich te redden in de samenleving	19 tot 65 jaar	17	18	16	14	15	17	16	24	19	18	21	16	18	12	18	-	-	-	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	32	32	31	41	31	36	37	36	38	46	34	29	30	33	36	-	-	-	-	-	IM 2012	
Percentage dat (zeer) vaak het gevoel heeft buiten de samenleving te staan	19 tot 65 jaar	6	7	10	6	6	6	4,4	8	6	7	12	4,1	3,4	3,1	7	-	-	7	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	5	7	7	4,5	4,3	6	6	8	7	9	6	2,9	5	3,2	6	-	-	7	-	-	IM 2012	
Percentage dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is	19 tot 65 jaar	9	20	14	10	5	9	7	22	16	20	14	6	6	3,9	13	▲	▲	11	5,5	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	6	17	7	16	5	8	5	15	7	12	6	1,9	4,1	3	9	-	-	8	2,9	-	IM 2012	
Pesten																							
Percentage dat vaak met andere kinderen vecht of ze pest	4-12 jaar	11	16	12	10	7	13	9	13	17	13	14	7	14	9	12	-	-	-	-	-	JRB 2011	
Percentage dat wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	4-12 jaar	28	27	19	21	15	25	18	29	22	30	21	20	24	16	23	-	-	-	-	-	JRB 2011	
Percentage dat tenminste een keer per week gepest wordt	12-13 jaar	4,0	6	3,9	6	2,5	3,2	7	3,8	6	5	8	-	-	13	5	-	-	-	6	▼	JMR 2010-2011	
	14-15 jaar	5	2,3	5	1,6	2,4	2,3	2,7	3,2	4,9	5	6	-	-	-	3	-	-	-	-	3,2	JMR 2010-2011	
Huiselijk geweld																							
Percentage dat in het afgelopen jaar slachtoffer is geweest	19 tot 65 jaar	1,9	1,8	0,8	0,6	1,1	0,5	0,6	1,7	0,6	2,4	1,8	1	1,6	0,9	1,3	-	-	1,1	0,9	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	0,5	0	0,5	0	0,2	0,8	0	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0	0	0,1	-	-	0,2	0,3	-	IM 2012	
Percentage dat in de afgelopen 5 jaar slachtoffer is geweest	19 tot 65 jaar	3,7	4,5	2,7	3,7	1,7	1,5	2,2	4,2	3,3	6	3,8	1,7	3,6	0,9	3,5	-	-	3	2,4	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	1,3	0,6	1,1	0	0,4	1,1	0,6	1,1	0,3	0,4	1,1	0,7	0	0	0,6	-	-	0,5	0,6	-	IM 2012	
Percentage dat ooit slachtoffer is geweest	19 tot 65 jaar	11	9	10	9	7	5	7	10	11	11	11	8	11	7	9	-	-	9	8	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	7	4,2	4,8	3,7	4,4	3,6	5	7	3,3	4,8	4,3	3,6	2,9	1,8	4,6	-	-	5	3,8	-	IM 2012	
Aantal meldingen ASHG en LTHG		307	1.117	144	473	289	601	903	1.235	845	1.106	393	58	129	393	7.600	-	-	-	-	-	Jaarverslag actieprogramma Veilig Thuis 2012. Jaarverslag Huiselijk geweld 2012.	
Aantal meldingen ASHG en LTHG per 10.000 inwoners		101	150	89	93	68	119	96	170	143	170	101	58	103	101	124	-	-	-	-	-	Jaarverslag actieprogramma Veilig Thuis 2012. Jaarverslag Huiselijk geweld 2012.	
Vrijwilligerswerk																							
Percentage dat vrijwilligerswerk doet	19 tot 65 jaar	24	18	23	18	23	19	22	17	21	18	19	29	23	26	20	▼	-	22	-	-	IM 2012	
	65 jaar en ouder	18	13	21	15	24	17	16	12	15	19	17	24	26	32	17	▼	-	21	-	-	IM 2012	

Tabel 7 Preventie

Indicator	Leeftijd	Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Hillegomberg Schiebroek	Kralingen- Crooswijk	Prins Alexander	Feijenoord	Lisselmonde	Charlois	Hoogvliet	Hoek van Holland	Rozenburg	Pernis	Rotterdam	NL	Afwijkend t.o.v. Nederland	Bron
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Vaccinaties																			
DKTP: percentage kinderen dat basisimmuun is	2 jaar	96	94	99	97	97	96	97	96	96	95	96	99	99	93	96			96 tabel RIVM
DKTP: percentage kinderen bij revaccinatie	5 jaar	84	87	90	82	86	88	93	87	86	83	91	96	88	93	87	▼		92 tabel RIVM
DKTP: percentage kinderen dat de DTP-serie volledig heeft afgesloten	10 jaar	87	91	97	90	93	88	92	90	92	89	94	94	92	72	91			93 tabel RIVM
BMR: percentage kinderen dat basisimmuun is	2 jaar	97	95	99	96	99	98	98	96	97	96	96	99	99	98	97			96 tabel RIVM
BMR: percentage kinderen dat de BMR-serie volledig heeft afgesloten	10 jaar	86	90	97	91	93	87	92	89	91	91	93	94	92	72	96			93 tabel RIVM
Hib: percentage kinderen dat de Hib-serie volledig heeft afgesloten	2 jaar	97	96	100	97	98	97	98	96	97	96	97	99	99	93	96			96 tabel RIVM
Meningokokken C: percentage kinderen dat de Meningokokken C-serie volledig heeft afgesloten	2 jaar	97	95	97	96	99	97	98	97	97	94	96	99	99	98	97			96 tabel RIVM
Pneumokokken: percentage kinderen dat de pneumokokken-serie volledig heeft afgesloten	2 jaar	94	94	98	96	98	96	97	95	96	94	96	99	98	95	91			95 tabel RIVM
HPV: percentage meisjes dat de HPV-serie volledig heeft afgesloten	14 jaar	30	25	49	26	62	35	49	27	34	38	48	64	69	48	39	▼		58 tabel RIVM
Griep: percentage tegen griep gevaccineerd	60-plussers	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69			Zorgatlas Nationaal Programma Grieppreventie 2010-2011
Bevolkingsonderzoeken																			
Borstkankerscreening: aantal vrouwen dat heeft deelgenomen in mei 2011 t/m september 2013 / aantal vrouwen dat is uitgenodigd	50-75 jaar	64	60	65	62	70	63	72	67	70	63	69	80	80	76	67	▼		78* Bevolkingsonderzoek Zuid-West
Baarmoederhalsscreening: percentage vrouwen dat in de afgelopen vijf jaar minstens één cervixuitstrijkje heeft laten maken	30-60 jaar	52	52	62	54	62	54	59	50	53	48	59	73	68	59	55	▼		67* Bevolkingsonderzoek Zuid-West
Baarmoederhalsscreening: aantal vrouwen dat heeft deelgenomen in jaar 2012 t/m mei 2013 / aantal vrouwen dat is uitgenodigd in jaar 2012	30-60 jaar	44	44	60	50	60	49	56	46	49	44	49	73	63	57	52			Bevolkingsonderzoek Zuid-West

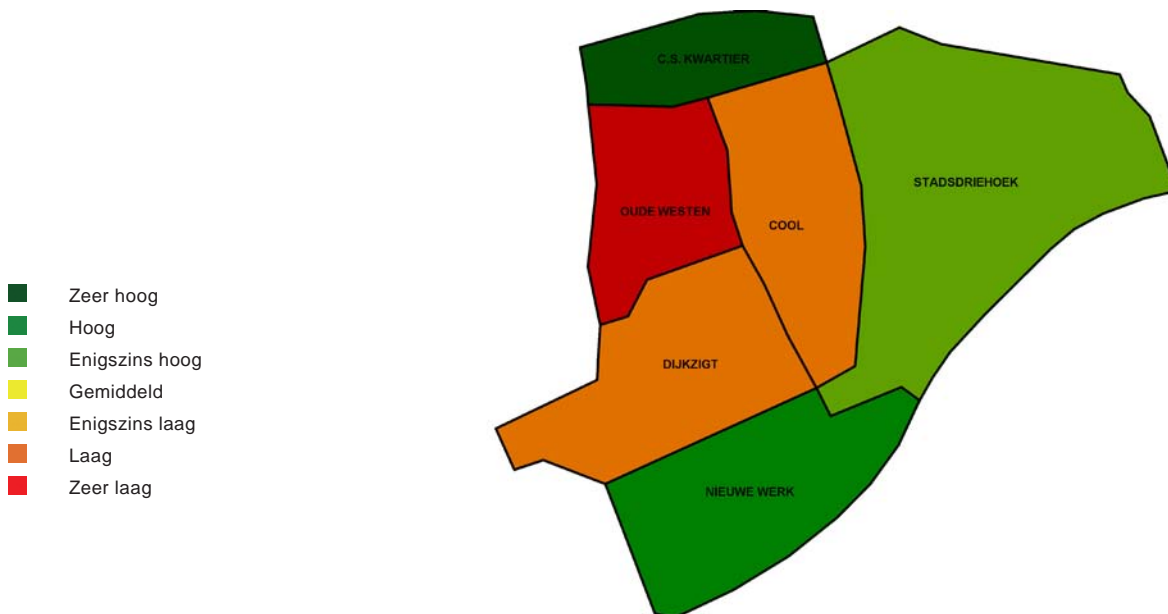
* Dit betreft een gemiddelde van de regio.

Tabel 8 Zorg

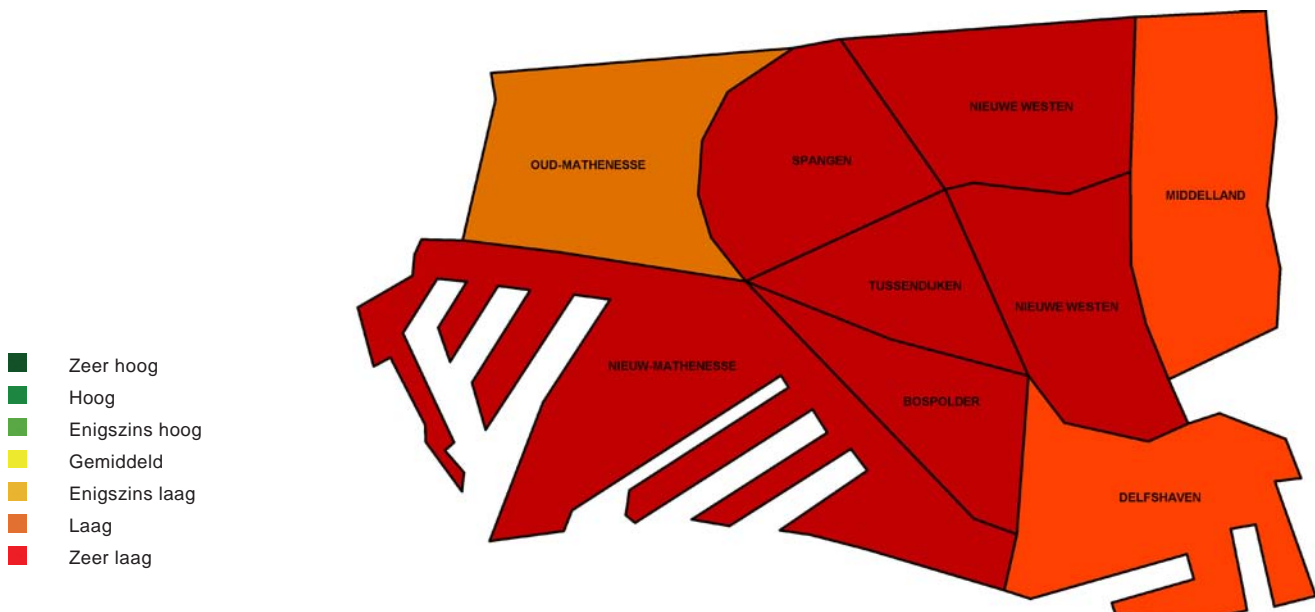
Indicator	Leeftijd	Rotterdam Centrum	Delfshaven	Overschie	Noord	Willemsoord Scheepvaart	Kralingen- Crooswijk	Prins Alexander	Feljoord	Lissemonde	Charlton	Hooftvliet	Hoek van Holland	Rozenburg	Pennis	Rotterdam	Alvikend t.o.v.	G4	Nederland	Vergelijking max voorgaande meting	wijkt af	Bron
Huisarts		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	G4	NL	%	%	%	
Percentage dat contact met huisarts heeft gehad in afgelopen 2 maanden	19 tot 65 jaar	31	38	41	32	33	39	33	40	36	43	43	35	33	31	37	-	36	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	46	53	50	52	44	49	47	51	48	52	48	48	36	36	48	-	49	-	-	-	IM 2012
Percentage dat contact met huisarts heeft gehad in afgelopen 12 maanden	19 tot 65 jaar	66	71	73	71	77	73	74	75	75	76	76	69	76	71	73	-	74	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	83	81	85	81	84	87	82	85	81	83	81	82	79	79	82	▼	85	-	-	-	IM 2012
Aantal huisartsen in gemeente		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	316	-	-	-	-	-	VAAM Nivel
Huisartsendichtheid: aantal inwoners per fte huisarts		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.454	-	-	-	-	-	VAAM Nivel
Geschatte procentuele ontwikkeling van de contacttijd met de huisartsenpraktijk 2011-2016		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,1	-	-	-	+4,1	-	VAAM Nivel
Hulp en verzorging																						
Percentage dat huishoudelijke hulp ontvangt	65 jaar en ouder	30	31	32	33	36	32	41	33	35	39	34	29	27	22	35	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage dat persoonlijke verzorging ontvangt	65 jaar en ouder	10	12	12	16	10	10	13	12	14	17	15	9	12	6	13	-	-	-	-	-	IM 2012
Aantal personen per 1.000 inwoners dat WMO-zorg (huishoudelijke hulp) heeft ontvangen	18 jaar en ouder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-	▲	-	43	-	RGI / WMO CAK 2011
Aantal personen per 1.000 inwoners dat zorg zonder verblijf (AWBZ-zorg) heeft ontvangen	18 jaar en ouder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-	-	-	39	-	RGI / WMO CAK 2011
Percentage cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	4,8	-	Zorgatlas 2013
Mantelzorg																						
Percentage dat mantelzorg geeft (langer dan 3 maanden of meer dan 8 uur per week)	19 tot 65 jaar	6	8	11	7	11	8	13	11	9	8	14	17	13	13	10	-	9	12	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	8	7	12	10	12	10	12	8	12	11	8	12	13	9	10	▼	12	13	-	-	IM 2012
Percentage dat nu mantelzorg geeft (ongeacht uren of duur)	19 tot 65 jaar	7	8	13	7	12	10	15	12	10	9	14	19	14	13	11	-	-	-	-	-	IM 2012
	65 jaar en ouder	9	8	12	11	13	11	12	8	12	11	8	13	13	10	11	-	-	-	-	-	IM 2012
Percentage mantelzorgers dat zich tamelijk belast tot overbelast voelt door het geven van mantelzorg	19 jaar en ouder	19	14	11	14	23	12	16	26	21	17	8	10	16	18	17	-	16	14	-	-	IM 2012
Zorg jeugd																						
Percentage jongeren in 2011 met een indicatie voor Jeugdzorg	0 tot 23 jaar	0,9	1,2	1,0	1,0	0,9	0,7	1,2	1,3	1,8	1,5	1,8	1,8	1,0	1,0	1,3	-	-	-	-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren in 2011 met een lopend traject voor OTS	0 tot 23 jaar	1,2	1,3	0,7	1,0	0,6	0,8	0,8	1,2	1,4	1,5	1,4	0,6	0,9	0,4	1,1	-	-	-	-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren in 2011 met een lopend traject voor Voogdij	0 tot 23 jaar	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren in 2011 met een lopend traject voor Jeugdreclassering	0 tot 23 jaar	0,4	0,7	0,4	0,6	0,1	0,5	0,4	0,7	0,8	0,6	0,4	-	0,3	-	0,5	-	-	-	-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren dat in 2011 Jeugd- en Opvoedhulp ontvangt	0 tot 23 jaar	1,9	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	2,4	2,8	2,9	2,0	2,5	2,0	1,0	2,0	-	-	-	-	-	BJZ 2011
Percentage jongeren in 2012 dat extramurale AWBZ-zorg in natura ontvangt	0 tot 18 jaar	1,9	0,4	0,2	0,4	0,1	0,6	0,5	0,6	0,4	0,9	0,5	-	0,2	-	0,5	-	-	-	-	-	Vektis 2012
Percentage jongeren in 2012 dat intramurale AWBZ-zorg in natura ontvangt	0 tot 18 jaar	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	-	0	-	0,1	-	-	-	-	-	Vektis 2012
Percentage jongeren in 2011 dat extramurale AWBZ-zorg persoonsgebonden budget ontvangt	0 tot 18 jaar	2,3	0,6	0,4	0,9	0,3	0,8	1,2	0,8	0,6	1,0	1,1	2,2	0,5	-	0,8	-	-	-	-	-	Vektis 2011
Percentage jongeren in 2011 dat intramurale AWBZ-zorg persoonsgebonden budget ontvangt	0 tot 18 jaar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	-	-	-	-	Vektis 2011
Percentage jongeren dat gebruikt maakt van Jeugd-GGZ ZVW	0 tot 18 jaar	14	3,9	2,8	8	3,1	6	8	5	3,6	6	8	10	-	-	6,0	-	-	-	-	-	APE/Vektis en CVZ 2010
Verslavingszorg																						
Aantal cliënten per 10.000 inwoners, ingeschreven in de ambulante verslavingszorg ivm alcoholverslaving	12 jaar en ouder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-	22	-	Ladis 2011

Bijlage 2 Sociaaleconomische statusscore per deelgemeente

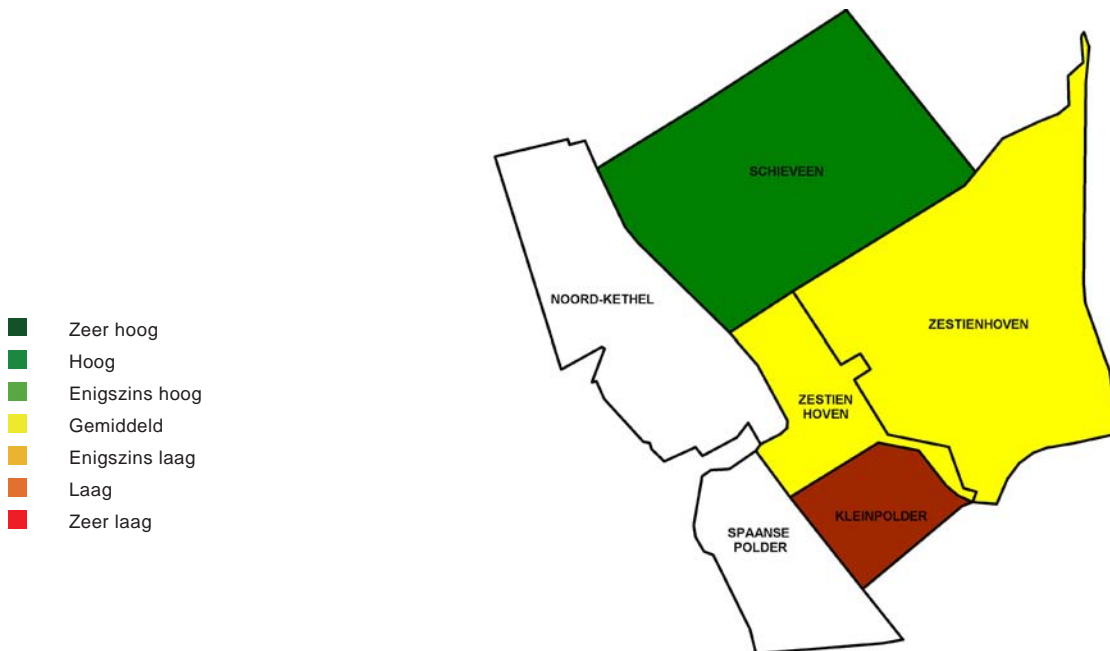
Figuur 1 SES-score per viercijferig postcodegebied in Rotterdam-Centrum (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



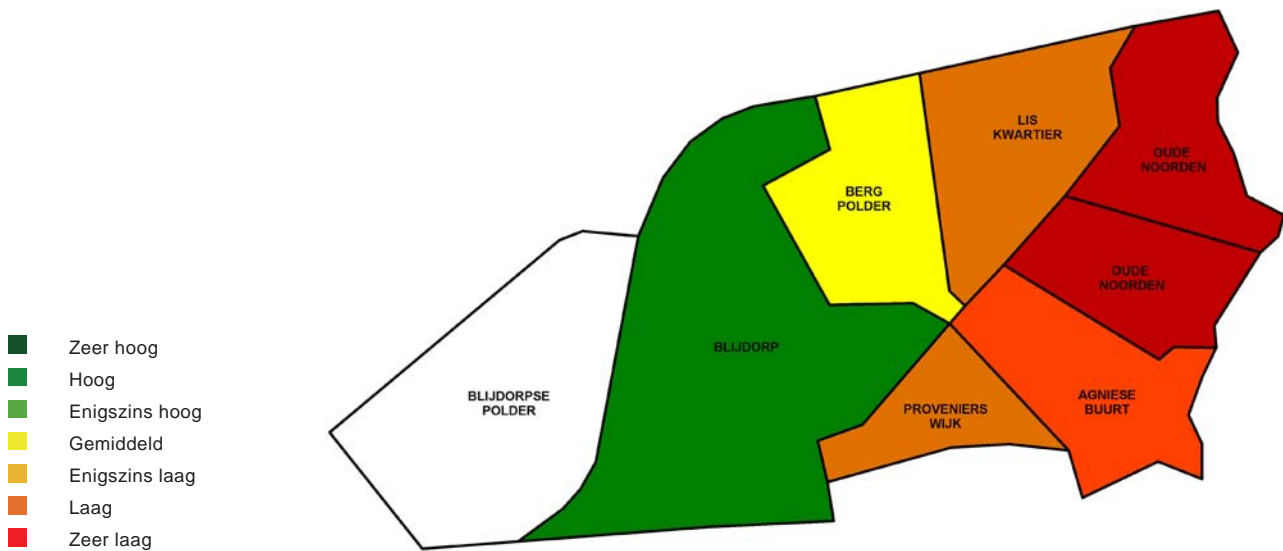
Figuur 2 SES-score per viercijferig postcodegebied in Delfshaven (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



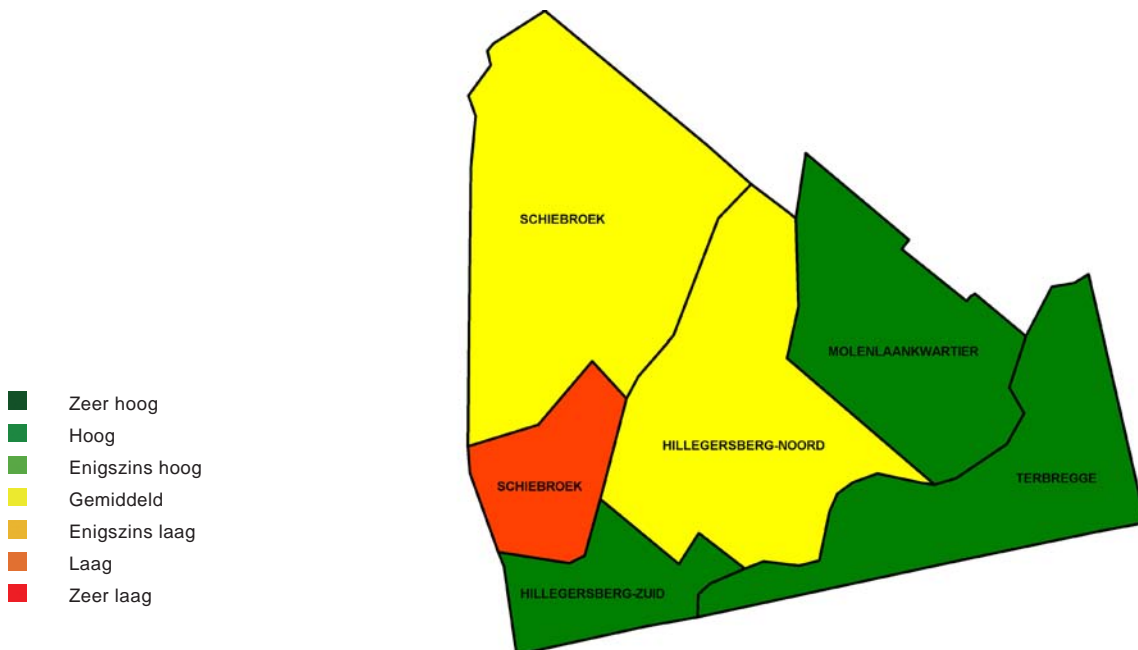
Figuur 3 SES-score per viercijferig postcodegebied in Overschie (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



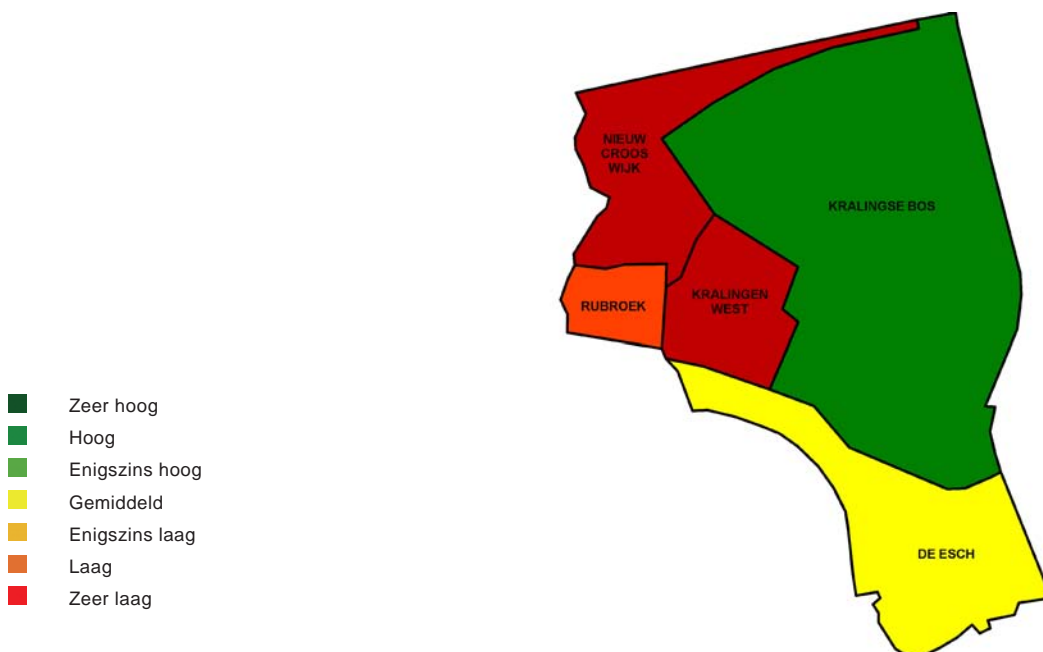
Figuur 4 SES-score per viercijferig postcodegebied in Noord (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



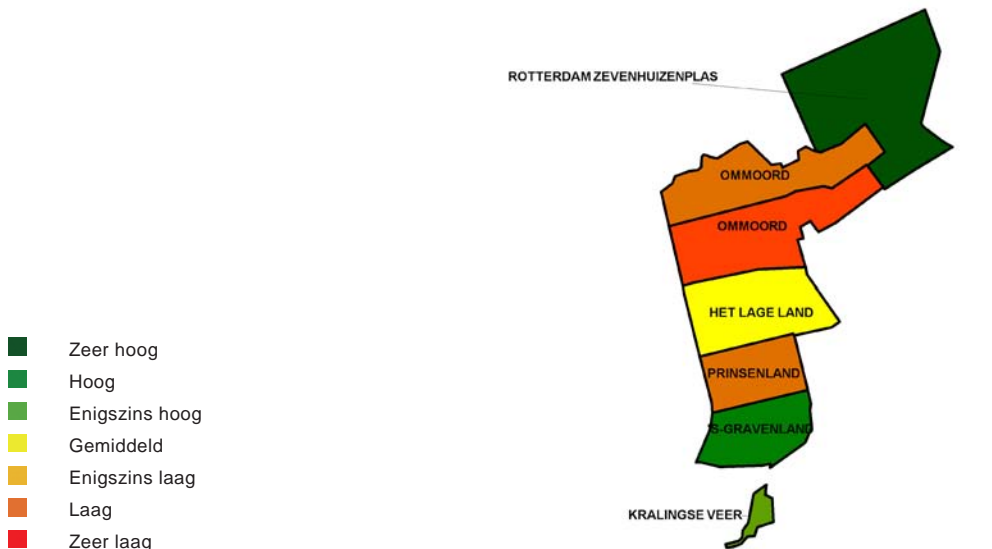
Figuur 5 SES-score per viercijferig postcodegebied in Hillegersberg-Schiebroek (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



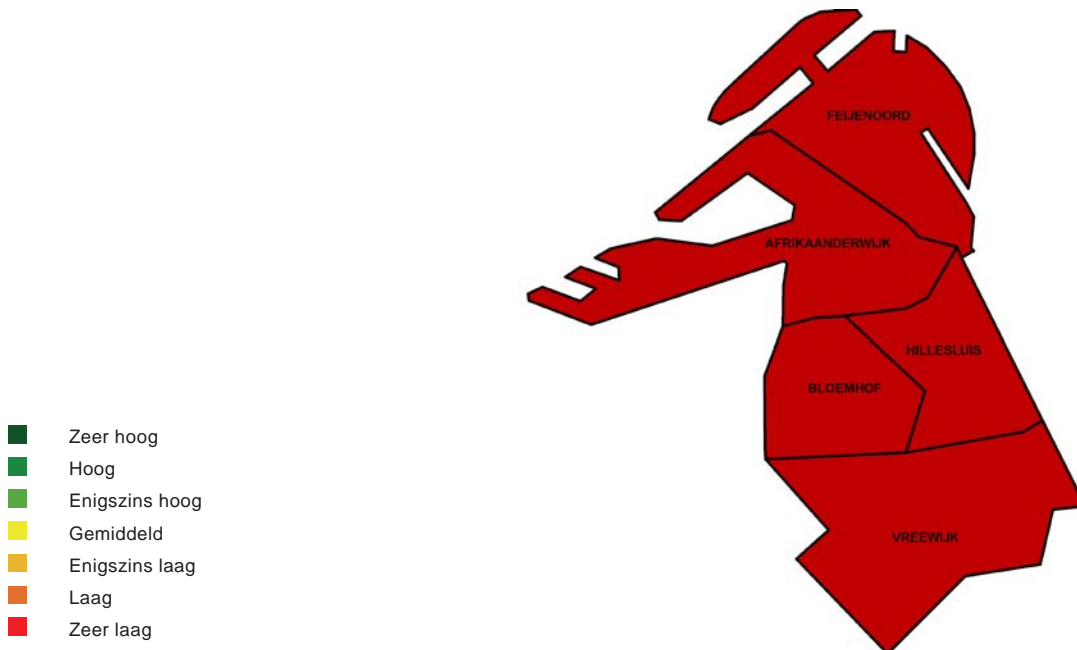
Figuur 6 SES-score per viercijferig postcodegebied in Kralingen-Crooswijk (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



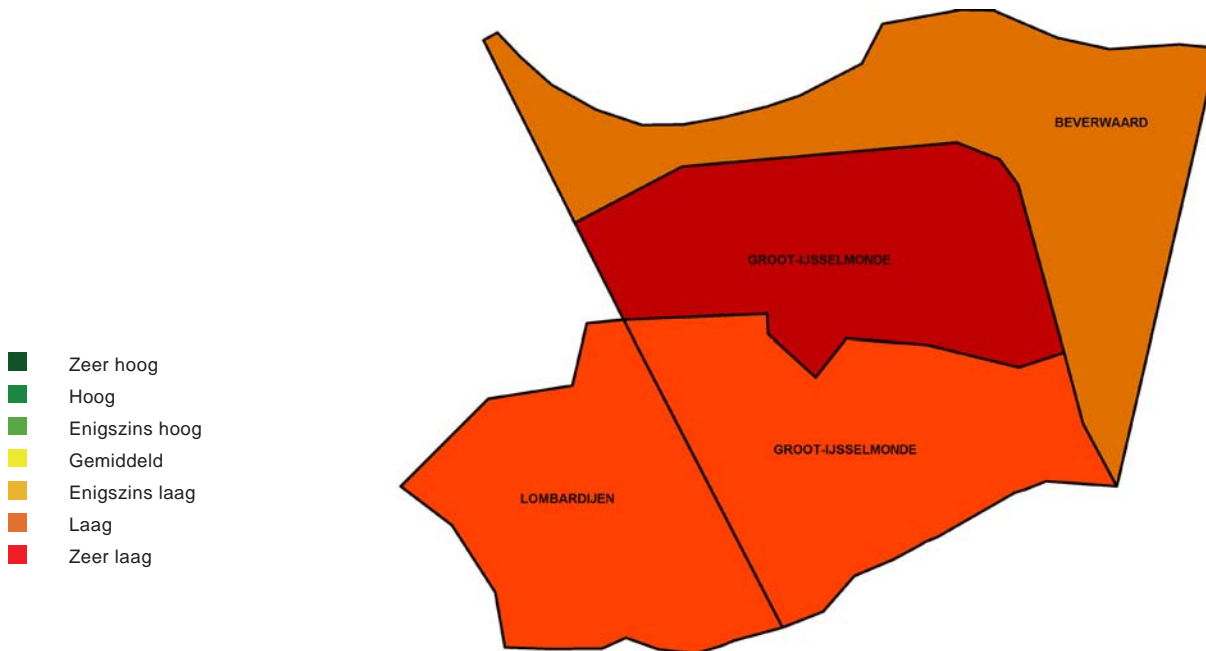
Figuur 7 SES-score per viercijferig postcodegebied in Prins Alexander (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



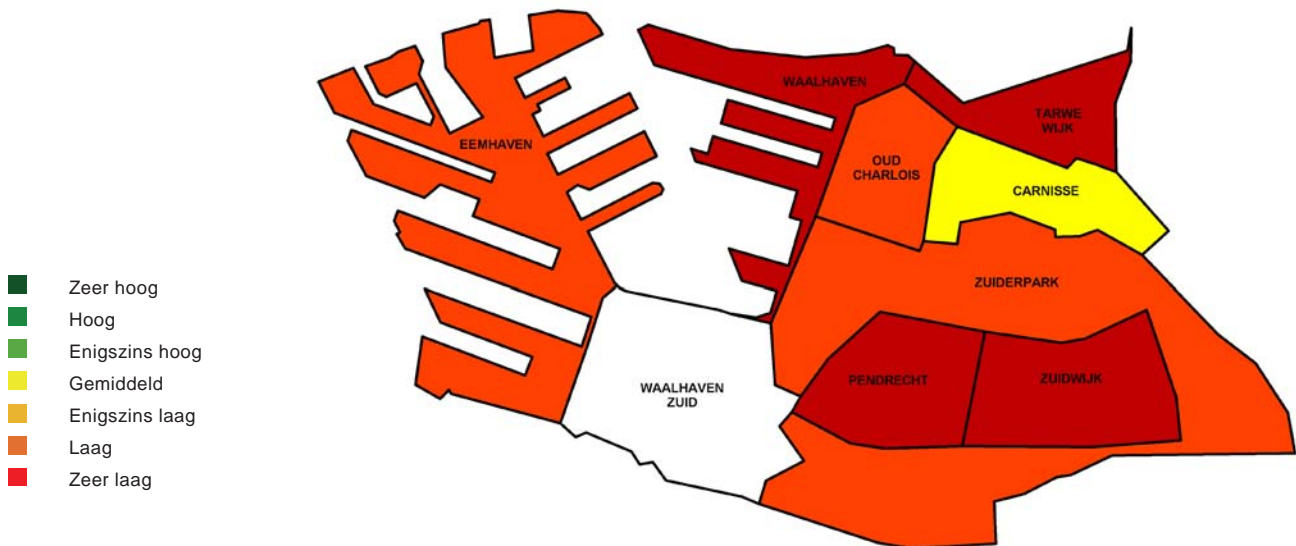
Figuur 8 SES-score per viercijferig postcodegebied in Feijenoord (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



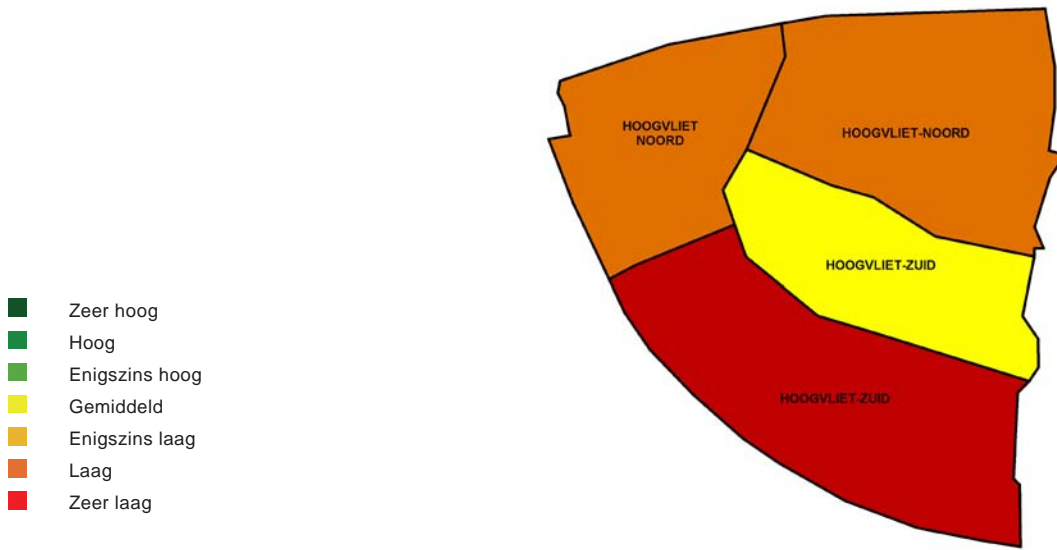
Figuur 9 SES-score per viercijferig postcodegebied in IJsselmonde (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



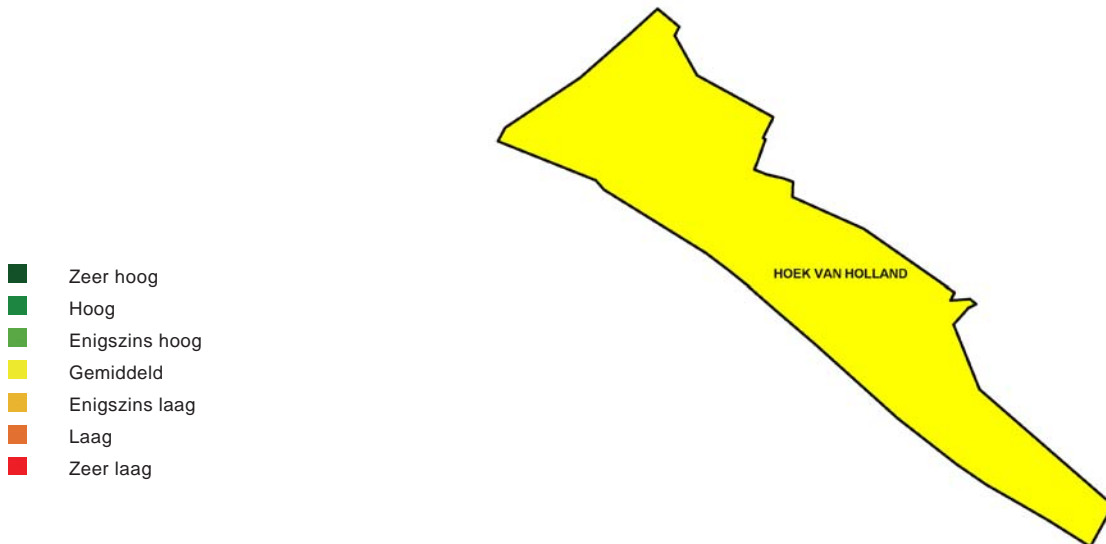
Figuur 10 SES-score per viercijferig postcodegebied in Charlois (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



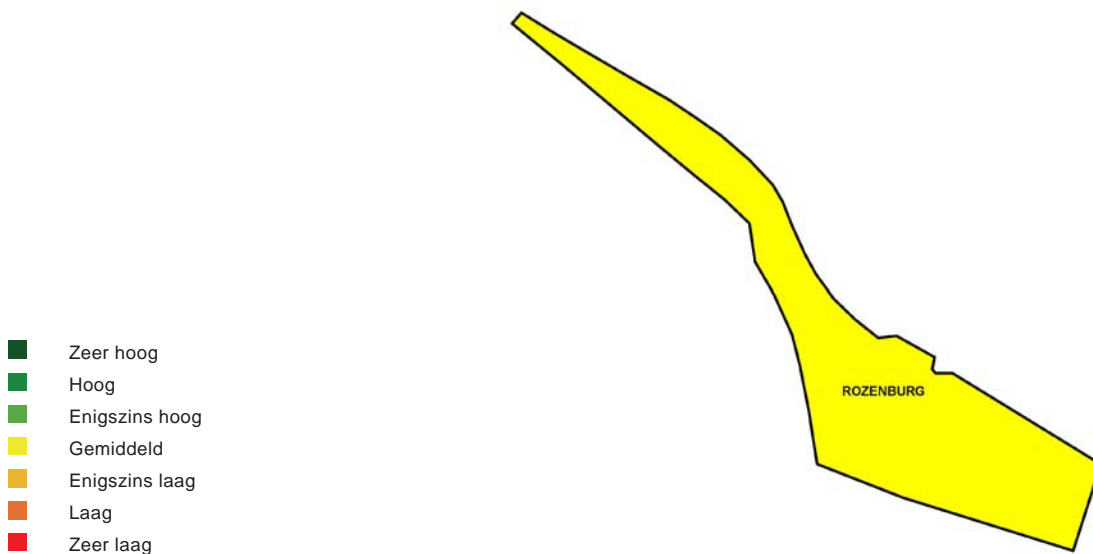
Figuur 11 SES-score per viercijferig postcodegebied in Hoogvliet (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



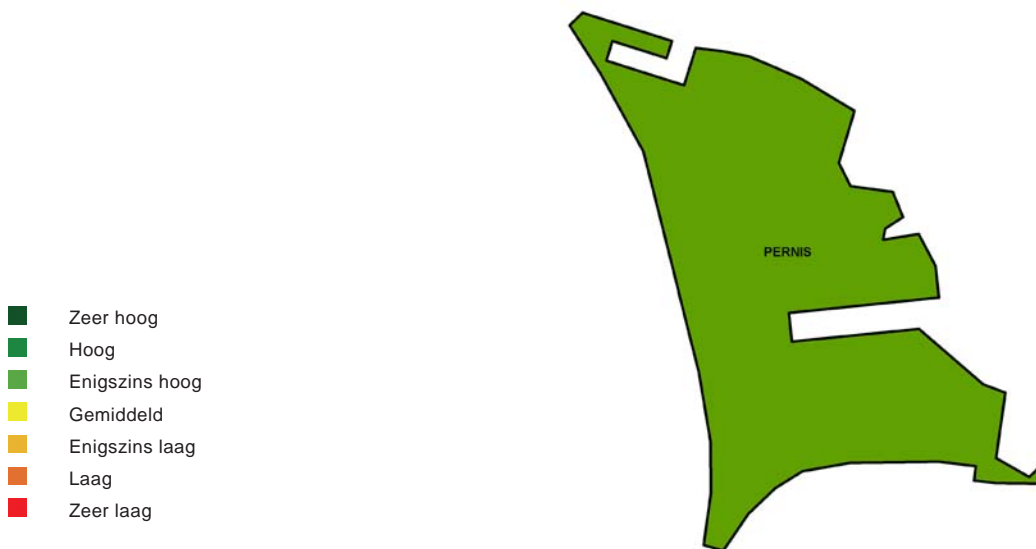
Figuur 12 SES-score per viercijferig postcodegebied in Hoek van Holland (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



Figuur 13 SES-score per viercijferig postcodegebied in Rozenburg (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



Figuur 14 SES-score per viercijferig postcodegebied in Pernis (SCP, 2010 herziene berekening 2012).



Bijlage 3 Definities

Alcohol: zwaar gebruik	mannen: minstens 1 keer per week 6 glazen of meer per dag; vrouwen: minstens 1 keer per week 4 glazen of meer per dag
Alcohol: overmatig gebruik	mannen: meer dan 21 glazen per week; vrouwen: meer dan 14 glazen per week
Alcoholafhankelijkheid	problematische drinkgedrag in maatschappelijk opzicht
Alcohol: binge drinken	jeugd: meer dan vijf glazen alcohol drinken bij één gelegenheid
Allochtoon	<p>Iemand van wie minimaal één van de ouders in het buitenland is geboren. De eerste generatie allochtonen bestaat uit personen die zelf ook in het buitenland zijn geboren. De tweede generatie bestaat uit personen die in Nederland zijn geboren.</p> <p>De herkomst van de eerste generatie wordt bepaald door het geboorteland van de persoon. De herkomst van de tweede generatie wordt bepaald door het geboorteland van de moeder als de moeder in het buitenland is geboren. Als de moeder in Nederland is geboren, is het geboorteland van de vader bepalend (www.cbs.nl).</p>
Bevolkingsgroei: groene druk	Het aantal personen van 0 t/m 19 jaar per 100 personen van 20 t/m 64 jaar
Bevolkingsgroei: grijze druk	Het aantal personen van 65 jaar of ouder per 100 personen van 20 t/m 64 jaar
Gewicht: BMI	<p>De body mass index (BMI) is gebaseerd op de verhouding tussen lengte en gewicht. (BMI= gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters [kg/m²]).</p> <p>De BMI is de meest gebruikte maat om (ernstig) overgewicht te definiëren. Internationaal zijn er geslacht- en leeftijdspecifieke afkappunten bepaald.</p>
Gewicht: overgewicht	Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) zijn abnormale of buitensporige opeenhopingen van vet die de gezondheid kunnen beïnvloeden (WHO, 2006h)
Gewicht: zelfrapportage	<p>De cijfers overgewicht in dit rapport zijn voor een deel gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens over lengte en gewicht, zoals bij de jongeren, volwassenen en ouderen. Bij de 2-jarigen, de 5- en 6-jarigen en de 10- en 11-jarigen is gebruik gemaakt van gemeten gegevens. De gegevens uit Jeugd Rijnmond in Beeld over de 4- tot 12-jarigen zijn gebaseerd op door de ouders gerapporteerde gegevens. Bij zelfrapportage is er kans op onderschatting van lichaamsgewicht. De gemiddelde BMI van een populatie kan wel vaak aardig geschat worden op basis van zelfgerapporteerde gegevens (Visscher et al., 2006; Scholtens et al., 2006). Bij bestudering van de zelfgerapporteerde cijfers moeten we daarom rekening houden met een mogelijk te positief beeld.</p>
Incidentie	Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte, of het aantal personen dat een bepaalde ziekte voor de eerste maal ontwikkelt, gedurende een specifieke periode.
Nederlandse Norm Gezond Bewegen	<p>Jongeren: dagelijks één uur ten minste 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).</p> <p>Volwassenen: een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.</p> <p>55+-ers: een half uur ten minste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.</p>
Omgevingsadressen dichtheid (OAD)	De gemiddelde waarde van een straal van 1 km rondom een adres voor alle adressen binnen die gemeente. Er zijn vijf stedelijkheidsklassen, gebaseerd op klassegrenzen van 2.500, 1.500, 1.000 en 500 adressen per km ²

SES-score	De SES-score is een maat voor de sociaaleconomische status in een wijk. Deze is samengesteld uit het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt.
Significant	Er is sprake van een verschil tussen twee gemiddelden dat met 95% zekerheid niet op berust op toeval
Standaard Mortality Rate (SMR)	De standaard mortality rate is een relatieve maat voor sterfte in een indexpopulatie (de bevolking in een gemeente) ten opzichte van een standaardpopulatie (de Nederlandse bevolking). De SMR geeft aan of er sprake is van oversterfte of ondersterfte. Als de SMR gelijk is aan 100, is de sterfte in de regio gelijk aan die van Nederland. Als de SMR hoger is dan 100, is er sprake van 'oversterfte' en als de SMR lager is van 'ondersterfte' ten opzichte van Nederland. Een SMR van 125 duidt bijvoorbeeld op 25% 'oversterfte' in de gemeente ten opzichte van Nederland.
Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Sterke en zwakke punten vragenlijst. De SDQ is een screeningslijst met 25 stellingen die de psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen van 3 tot en met 16 jaar meet.

Bijlage 4 Afkortingen

Afkorting	Betekenis
ASHG	Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
AOW	Algemene Ouderdomswet
Awbz	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BMR	Bof, Mazelen en Rode hond
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CMF	Comparative Mortality Figure
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstructieve longziekte)
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DHW	Drank- en Horecawet
DKTP	Difterie , Kinkhoest , Tetanus en Poliomyelitis
DTP	Difterie, Tetanus en Poliomyelitis
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ggz	Geestelijke Gezondheidszorg
Havo	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
Hib	Haemophilus influenzae type B
Hiv	Humaan immunodeficiëntievirus
HPV	Humaan Papillomavirus
IM	Integrale Monitor
JMR	Jeugd Monitor Rijnmond
JRB	Jeugd Rijnmond in Beeld
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem
LTHG	Lokaal team Huiselijk geweld
Mavo	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
Mbo	Middelbare beroepsopleiding
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
OAD	Omgevingsadressen dichtheid
OTS	Ondertoezichtstelling
RIO	Regionaal inkomens onderzoek
RIVM	Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SDQ	Strenght and Difficulties Questionnaire
SES	Sociaal economische status
SMR	Standaard Mortality Rate
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
V(m)bo	Vorbereidend (middelbaar) beroepsonderwijs
Vwo	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wet Wajong)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning.
WPG	Wet Publieke Gezondheid
Wsw	Wet sociale werkvoorziening
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 5 Literatuur en bronnen

Literatuur

Anschutz J., Berg- de Ruiter R. van den, Mieloo C., Rietveld L., Vogel I. *Startfoto regio Rotterdam-Rijnmond. Zorggebruik en zorgkosten van de jeugd in 2010 en 2011*. GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam, 2013.

Ansem van W., Wits E., *Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren in Rotterdam: onderzoek naar omvang, risicogroepen en benodigde aanpak*. IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving. Rotterdam, november 2013.

Armoede signalement 2013. Centraal Bureau voor de Statistiek en het Sociaal Cultureel Planbureau. Den Haag, december 2013.

Bergen van A., Van Loon A., *Methodologische toelichting bij de Sociale Uitsluitingsindex Gezondheidsenquête*. Academische Werkplaats OGGZ G4-USER, Amsterdam, 2013.

Bijenhof A.M., Folkertsma M.A., Kommer G.J., Slobbe L.C.J., Polder J.J.. *Kostenontwikkeling ggz. Kosten van ziekten notities 2012-1*. RIVM, 2012.

Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. WHO 2011.

Diepenhorst, M.C., Kleijn, M.M. de, Zelfde, D. van 't . *Decentralisatie AWBZ Rotterdam. Aard en omvang van zorg en het vervoer*. Panteia Zoetermeer, 2013.

Diepenhorst, M.C., Hollander, M. *Decentralisatie AWBZ Rotterdam. Aard en omvang van persoonlijke verzorging, verpleging, woonzorg ZZP 4 en arbeidsmatige dagbesteding*. Panteia Zoetermeer, 2013.

Dorsselaer S. van, Looze M. de, Vermeulen-Smit E., Roos S. de, Verdurmen J., Bogt T. ter, et al., HBSC 2009. *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Eysink P.E.D., Poos M.J.J.C. Verschillende sterftematen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. Bilthoven: RIVM, <<http://www.toolkitvtv.nl>> Toolkit regionale VTV\Inhoud\ Methodologie, 25 februari 2010. Toolkit regionale VTV, versie 4.7, 20 december 2012.

Gezondheidsraad. *Over de invloed van geluid op de slaap en de gezondheid*. Den Haag, 2004a; 14. GGD Nederland, Meedoen is Gezond, 2013.

GGD Rotterdam-Rijnmond. *Programma Drugs en Alcohol. Winst op talentontwikkeling, veiligheid en gezondheid*. Rotterdam, maart 2012.

Harbers M., Achterberg P, Hoeymans N., Sjoerd Kooiker, van Campen C. *Gezondheid en zorg*. In: De sociale staat van Nederland 2013. Bijl R. Boelhouwer J., Pommer E., Sonck N. (red). SCP. Den Haag, December 2013.

Harbers M.M., Hoeymans N. *Gezondheid en maatschappelijke participatie*. Themapapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014. RIVM, 2014.

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L., *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) 2012.

Hildebrandt V.H., Bernaards C.M., Stubbe J.H., *Tendrapport bewegen en gezondheid 2010 2011*. TNO, 2013.

Hoenderkamp J., *Van zorg naar participatie: de overgang van de begeleiding naar de Wmo*, In opdracht van VNG & G32, 2012.

Hoeymans N., Melse J.M., Schoemaker C.G., *Gezondheid en determinanten*. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. RIVM, Bilthoven, 2010.

Hoppesteyn M., *Bevolkingsprognoses Rotterdam 2013-2030*. Centrum voor Onderzoek en Statistiek (COS), Rotterdam, oktober 2012.

Jaarverslag actieprogramma Veilig Thuis. Centrumgemeente Rotterdam 2012. Team Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling, directie Publieke Gezondheid en Zorg (GGD Rotterdam-Rijnmond), Rotterdam, juli 2013.

Janssen N.A.H., Gerlofs-Nijland M.E., Lanki T., O Salonen R., Cassee F., Hoek G., Fischer P., Brunekreef B., Krzyzanowski M., *Health effects of black carbon*. WHO 2012.

Kanne P., Van den Berg J., Albeda H., *Niet iedereen is toe aan de participatiesamenleving: Handreiking voor een gesegmenteerde doe-democratie-strategie*, TNS NIPO 2013.

Kaplan R., Kaplan S., *The experience of nature: a psychological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

Kempen E.E.M.M. van, Houthuijs D.J.M., *Omvang van de effecten op gezondheid en welbevinden in de Nederlandse bevolking door geluid van weg- en railverkeer*. RIVM-rapport nr. 630180001. Bilthoven: RIVM 2008.

Knol F., *Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010*, Sociaal en Cultureel Planbureau Den Haag, 2012.

Laar MW van (Trimbos-instituut), Harbers MM (RIVM). *Druggebruik samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> NationaalKompasVolksgezondheid\Determinanten\Leefstijl\Druggebruik, 25 september 2012.

Luijben A.H.P., Kommer G. J., *Tijd en toekomst. Deelrapport van de VTV 2010, Van gezond naar beter*. RIVM, Bilthoven, 2010.

Maas J., Vitamin G: *Green environments - Healthy environments*, PhD thesis, University of Utrecht, 2009.

Maas J., Verheij R.A., de Vries S., Spreeuwenberg P., Schellevis F.G., Groenewegen P.P., *Morbidity is related to a green living environment*. J Epidemiol Community Health, 2009; 63:967-73.

Ministerie van Justitie *Modelaanpak huiselijk geweld: elementen voor lokaal beleid*, Publicatie-nr. J-5525 1001 Den Haag, 2010.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Landelijke nota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij*, Den Haag, 2011.

Mooij, M. de, van Krimpen M., Kroos A., *Nationaal Programma Rotterdam-Zuid. Uitvoeringsplan 2011-2014*. Programmabureau Nationaal Programma Rotterdam-Zuid, Rotterdam, juni 2012.

Rijksoverheid, *Alles is gezondheid... Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016*, Den Haag, 2013.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Een nieuwe selectie van ziekten voor de Volksgezondheid Toekomstverkenningen*, 2013a.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Keten van infectiepreventie in ziekenhuizen breekbaar: meerdere zwakke schakels leiden tot onveilige zorg*. Utrecht, december 2013c.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Verbetering van hygiëne en infectiepreventie in ouderenzorg snel realiseerbaar*. Utrecht, december 2013b.

Samenwerkende gemeenten in de regio Rotterdam, Programmaplan Decentralisatie Jeugdzorg 2012-2015, Rotterdam, 2012.

Scott KM, Bruffaerts R, Simon GE, Alonso J, Angermeyer M, De Girolamo G, et al. *Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys*. Int J Obes (Lond), 2008; 32: 192-200

Scholtens S., Brunekreef B., Visscher T.L.S., Smit H.A., Kerkhof M., de Jongste J.C., Gerritsen J., Wijga A.H., *Reported versus measured body weight and height of 4-year-old children and the prevalence of overweight*, 2006.

Stansfeld, Berglund, Clark, Lopez-Barrio, Fischer, Öhrström, et al. *Aircraft and road traffic noise and children's cognition and health: a cross-national study on behalf of the RANCH study team* LANCET, 2005; 365: 20051942 www.thelancet.com (2005).

Steketee M., Tierolf B., Mak J. (red), Brolsma E., *Kinderen in Tel Databoek 2012*. Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid. Verwey-Jonker Instituut, 2012.

Stoeldraijer L., Van Duin C., Janssen F., *Bevolkingsprognose 2012–2060: model en veronderstellingen betreffende de sterfte*. Den Haag, Heerlen, CBS, 2012.

Strauss R.S., Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics* 2000; 105(1): e15.

Tang-Péronard J.L., Heitmann B.L., *Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender*. Obes Rev, 2008; 9: 522-34.

Verdurmen J., Monshouwer K., Van Dorsselaer S., Lokman S., Vermeulen-Smit E., Vollebergh W., *Jeugd en riskant gedrag 2011. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut 2012.

Visscher T.L.S., Viet A.L., Kroesbergen I.H., Seidell J.C., *Underreporting of BMI in adults and its effect on obesity prevalence estimations in the period 1998 to 2001*. Obesity, 2006; 14: 2054-63.

Voor de jeugd: Het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel. Gemeente Rotterdam, Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling, Jeugd en Onderwijs. Rotterdam, april 2013.

Vries S. de, F. Langers, J.L.M. Donders, M.T. Willeboer en A.E. van den Berg. *Meer groen op het schoolplein: een interventiestudie. De effecten van het groen herinrichten van schoolpleinen op de ontwikkeling, het welzijn en de natuurhouding van het kind*. Alterra Wageningen UR. Wageningen, oktober 2013.

Wijnen L.G. van, Boluijt P.R., Hoeven-Mulder H.B., Bemelmans W.J., Wendel-Vos G.C., *Weight Status, Psychological Health, Suicidal Thoughts, and Suicide Attempts in Dutch Adolescents: Results From the 2003 E-MOVO Project. Obesity* (Silver Spring), 2009.

WHO, World Health Organization. *Night noise guidelines for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2009a.

Websites

www.loketgezondleven.nl
<http://tule.slo.nl>
www.toolkitvtv.nl
www.nationaalkompas.nl
www.stivoro.nl
www.nivel.nl
www.nji.nl
www.rotterdamlekkerfit.nl
<http://statline.cbs.nl/statweb>
www.scp.nl
www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl
www.eenzaam.nl
www.vtv2010.nl
www.rijksoverheid.nl
www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld
www.expertisecentrummantelzorg.nl
www.beweegtest.nl
www.dubbel30.nl
www.gemeenteloket.minszw.nl/dossiers/werk-en-inkomen
www.gezonderwijs.nl
www.nisb.nl/themas/ruimte-voor-bewegen.html
<http://lokalejeugdspiegel.databank.nl>
www.rotterdam.nl/vernieuwenzorgenwelzijn
www.rotterdam.nl/nieuwrotterdamsjeugdstelsel

Gebruikte vragenlijsten en registraties

Vragenlijsten			
Project	Organisatie	Doelgroep	Jaar van onderzoek
Jeugdmonitor Rijnmond	GGD Rotterdam-Rijnmond	peuters ¹³	2011
Jeugd Rijnmond in Beeld	GGD Rotterdam-Rijnmond	4- tot 12-jarigen	2011
Jeugdmonitor Rijnmond	GGD Rotterdam-Rijnmond	VO1 ¹⁴	2010-2011
Jeugdmonitor Rijnmond	GGD Rotterdam-Rijnmond	VO3 ¹⁵	2010-2011
Gezonde Slagkracht Voorne Putten	GGD Rotterdam-Rijnmond	Groep 7, VO2 en VO4	2012
Integrale Monitor 2012	GGD Rotterdam-Rijnmond	17 jaar en ouder	2012
Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM 2012	GGD'en, CBS en RIVM	19 jaar en ouder	2012

¹³ De Jeugdmonitor Rijnmond Peuters is afgenomen in: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Maassluis, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen.

¹⁴ De Jeugdmonitor Rijnmond VO1 is afgenomen in: Albrandswaard, Barendrecht, Capelle aan den IJssel, Rotterdam, Lansingerland, Krimpen aan den IJssel, Maassluis, Ridderkerk, Schiedam, Vlaardingen.

¹⁵ De Jeugdmonitor Rijnmond VO3 is afgenomen in: Maassluis, Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen.

Gebruikte registraties

Onderwerp	Brongegevens	Bewerking	Periode
Levensverwachting en sterfte	CBS sterftcijfers en doodsoorzaken	RIVM-VTV in opdracht van GGD Nederland project RGI	2007-2010
Overgewicht (gemeten)	KIDOS, Centrum voor Jeugd en Gezin	OBI Gemeente Rotterdam	2012
Jeugd ggz, Awbz-gefinancierde zorg, forensische psychiatrie en AMK	Vektis, APE, CVZ	OBI Gemeente Rotterdam (VOO3)	2010, 2011 en 2012
Zorggebruik en zorgkosten van de jeugd	Bureau Jeugdzorg	GGD Rotterdam-Rijnmond (Startfoto)	2010 en 2011
Wmo-zorg (huishoudelijke hulp) en Zorg zonder Verblijf	Centraal Administratie Kantoor	Verstrekt via GGD Nederland (RGI)	2008-2011
Verslavingszorg	LADIS, Stichting Informatie voorziening Zorg	Verstrekt via GGD Nederland (RGI)	2011
Huiselijk geweld	Zorgpunt en LTHG centrumgemeente Spijkenisse (jaarverslag) ASHG en LTHG centrumgemeente Rotterdam (jaarverslag) SHG Nieuwe Waterweg Noord		2012
Vaccinatiegraad	Rijksvaccinatieprogramma, RIVM Verslagjaar 2013		2012
Bevolkingsonderzoek borstkanker	Bevolkingsonderzoek Zuid-West		2011 en 2012 ¹⁶
Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	Bevolkingsonderzoek Zuid-West		2012

¹⁶ Brielle, Capelle aan den IJssel, Goeree Overflakkee, Rotterdam, Spijkenisse, Vlaardingen, Westvoorne in 2011; Albrandswaard, Barendrecht, Bernisse, Hellevoetsluis, Krimpen aan den IJssel, Lansingerland, Maassluis, Ridderkerk, Rotterdam, Schiedam in 2012

