



GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Delfshaven



Inhoud

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

1 Inleiding

Gemeenten krijgen een steeds grotere rol in het volksgezondheidsbeleid. De Wet publieke gezondheid (WPG) schrijft voor dat gemeenten elke vier jaar hun volksgezondheidsbeleid vaststellen. Daarnaast zijn gezondheid en zorg belangrijke onderwerpen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en in het jeugdbeleid van (deel)gemeenten. In de Rotterdamse situatie krijgt dit beleid vorm in het samenspel tussen gemeente en deelgemeenten. Budgetten zijn beperkt, dus (deel)gemeenten moeten keuzes maken. Ze willen die keuzes zoveel mogelijk baseren op inzicht in de lokale gezondheidssituatie. Dat is ook wat de WPG voorschrijft.

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

Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid Delfshaven

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Delfshaven. De belangrijkste bevindingen zijn vertaald in kernboodschappen voor gezondheidsbeleid. De kernboodschappen worden toegelicht en mogelijk toekomstig beleid met betrekking tot het betreffende onderwerp wordt beschreven. In de *bijlage* is een uitgebreid gezondheidsprofiel van de deelgemeente opgenomen.

In het rapport is informatie bijeen gebracht die gaat over vragen als: Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen? Waarom zijn dit problemen? Waar liggen mogelijkheden voor verbetering? Van deze informatie kan de deelgemeente Delfshaven gebruik maken om te komen tot keuzes in het gezondheidsbeleid.

Voor elke gemeente en deelgemeente is een regionaal VTV-rapport gemaakt (totaal 33). De psychosociale gezondheid van de jeugd is voor het hele Rijnmondgebied een belangrijk thema. Daarom wordt daar in alle rapporten aandacht aan besteed. Omdat de invloed van de fysieke omgeving op gezondheid vaak onderbelicht blijft, komt ook dit in elk rapport aan de orde.

De kernboodschappen voor het gezondheidsbeleid in Delfshaven luiden:

- De inwoners van Delfshaven zijn minder gezond dan de gemiddelde Rotterdammer. Dit vraagt actie, ook buiten het terrein van de gezondheid.
- Veel kinderen in Delfshaven maken bij de geboorte een slechte start. Een brede aanpak van preconceptie tot kraamzorg kan verbetering brengen.
- Eenzaamheid is in Delfshaven een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Delfshaven heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Delfshaven een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik onder jongeren in Delfshaven is lager dan gemiddeld in Rotterdam. Het gebruik van alcohol door 55-plussers is een aandachtspunt.
- Roken is ook in Delfshaven een bedreiging voor de volksgezondheid. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Het stedelijk leefmilieu in Delfshaven kan belastend zijn voor de gezondheid. Geluid, lucht en groen zijn aandachtspunten.
- Verslaafden en drugsdealers kunnen de veiligheid van de jeugd in Delfshaven bedreigen. Het vergroten van de weerbaarheid van de jeugd is een goede aanvulling op stedelijk drugsbeleid.

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

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

Het Rotterdams gemeentebestuur ziet gezonde Rotterdammers als voorwaarde voor een sociaal sterke stad. Bevorderen van de gezondheid is daarmee een onderdeel van de sociale strategie van de stad. Onder regie van de deelgemeenten komen gebiedsvisies tot stand. Voor Delfshaven is 'onderwijs, taal en jeugdbeleid' één van de drie hoofdontwikkelpunten in de nieuwe gebiedsvisie. Maatregelen in de aanpak van huiselijk geweld, kindermishandeling

en de psychosociale problemen bij de jeugd zijn voor Delfshaven van belang. Aan het bevorderen van gezondheid kan op verschillende manieren worden gewerkt. In de eerste plaats door acties vanuit de gezondheidssector, specifiek gericht op de gezondheid. Daarnaast kan de gezondheidssector samenwerken met andere sectoren om de gezondheid te bevorderen. Tot slot kunnen ook acties buiten de gezondheidssector, die niet op gezondheid zijn gericht daar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze diverse benaderingen van de bevordering van gezondheid komen naar voren in de verschillende gezondheidsprogramma's in Rotterdam, in het stadsbrede programma 'Gezond in de Stad' en het stadsregionale programma 'Ieder Kind Wint'.

Leeswijzer

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

De inwoners van de deelgemeente Delfshaven

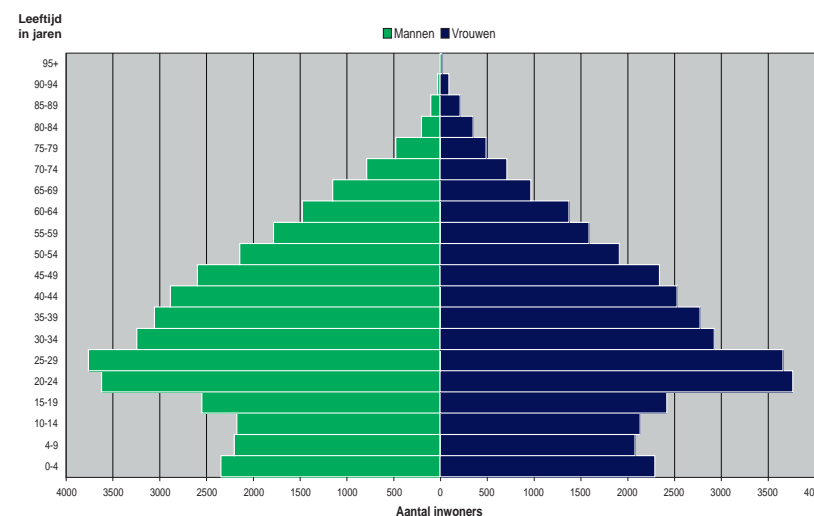
2

Delfshaven ontstond in 1389, toen de Delfshavense Schie werd gegraven om de stad Delft een verbinding met de Maas te geven. Sindsdien konden de schepen vanuit Delft via de Delftse en Delfshavense Schie de Nieuwe Maas bereiken. Rondom de sluis ontstond het havenstadje 'Delfshaven'. De deelgemeente Delfshaven kenmerkt zich door haar diversiteit in culturen, levensstijlen en buurten. De deelgemeente bestaat uit zeven wijken: Delfshaven/Schiemond, Bospolder/Tussendijken, Spangen, Oud-Mathenesse, Nieuw-Mathenesse, Nieuwe Westen en Middelland.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Delfshaven wordt in dit hoofdstuk informatie over de bevolkingssamenstelling gegeven. Dit hoofdstuk gaat in op diverse aspecten van de demografie die een relatie kunnen hebben met de gezondheid zoals de leeftijdsopbouw, de etniciteit, de sociaaleconomische status en de bevolkingsprognose.

Aantal inwoners en leeftijdsopbouw

De deelgemeente Delfshaven had op 1 januari 2009 71.201 inwoners. De inwoners van Delfshaven wonen op een betrekkelijk klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 13.889 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners per vierkante kilometer in heel Rotterdam.



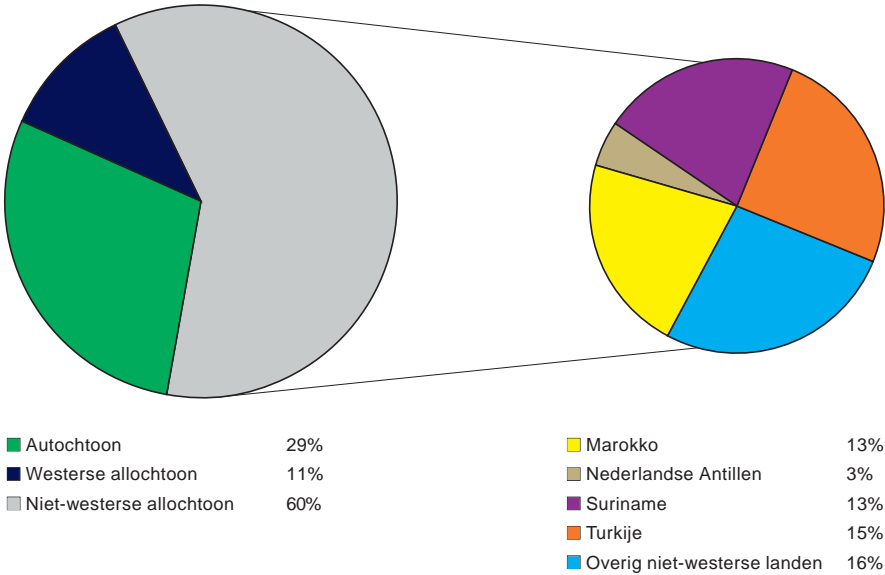
Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Delfshaven op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van Delfshaven per 1 januari 2009 weergegeven. In Delfshaven is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen nagenoeg gelijk verdeeld: 48,7% vrouwen en 51,3% mannen. In de leeftijdscategorie 30-69 jaar zijn er meer mannen dan vrouwen. Vanaf 80 jaar zijn er meer vrouwen dan mannen in Delfshaven.

De bevolking van Delfshaven is relatief jong. Dit in tegenstelling tot het landelijke beeld, waarin vergrijzing de toon zet. Meer dan de helft van de inwoners (55%) van de deelgemeente Delfshaven is jonger dan 35 jaar tegenover 46% in Rotterdam als geheel. Deze ‘groene’ bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 51% uit eenpersoonshuishoudens, 30% uit huishoudens met kinderen en 19% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

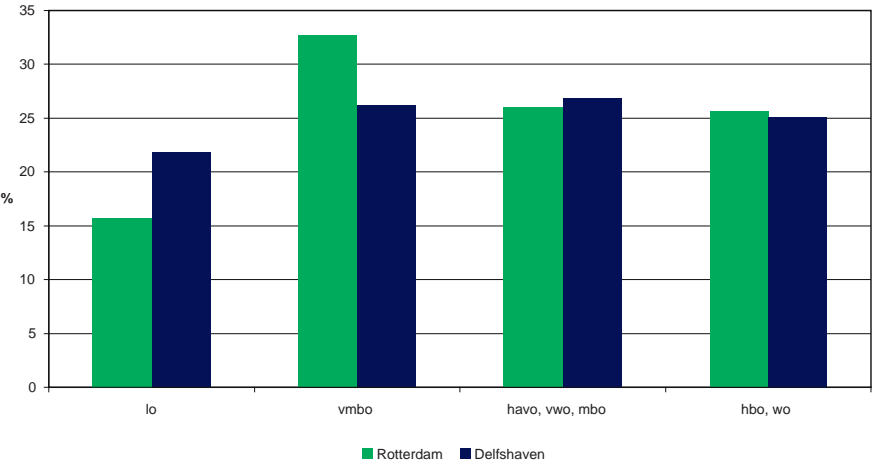
Delfshaven wordt gekenmerkt door een relatief hoog percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond. Met 60% niet-westerse allochtone inwoners ligt Delfshaven ver boven het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Turken in Delfshaven de grootste groep van de totale bevolking, gevolgd door Surinamers en Marokkanen, respectievelijk 15%, 13% en 13%. Met 16% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Delfshaven.



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

Opleidingsniveau

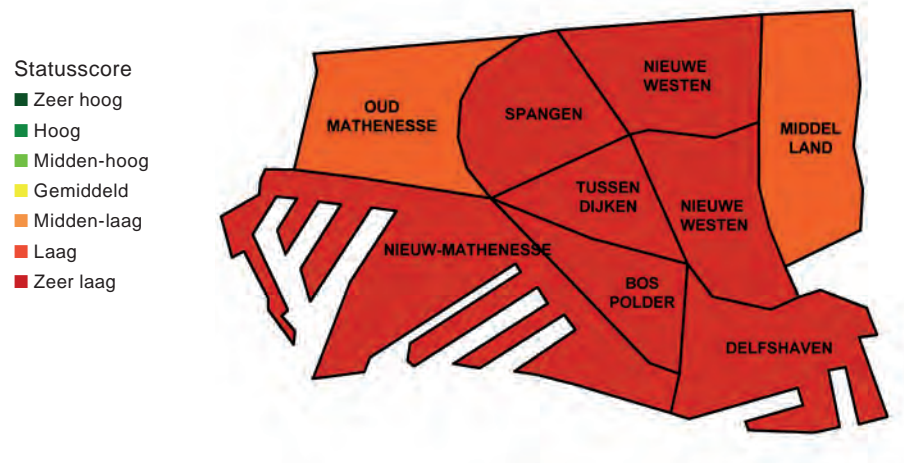
Delfshaven heeft vergeleken met Rotterdam als geheel naar verhouding meer inwoners die alleen lager onderwijs hebben gevolgd en minder inwoners met een vmbo-opleiding. Delfshaven heeft net zo veel hoogopgeleide inwoners (hbo, wo) als Rotterdam: 25%. Verder heeft Delfshaven net zo veel inwoners met een middenopleiding (havo, vwo, mbo) als Rotterdam.



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

Sociaaleconomische status

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) berekent de sociaaleconomische status (SES) van inwoners van gebieden in Nederland. De SES-score (zie *Definities*) wordt ingedeeld in zeven groepen, oplopend van lage naar hoge status. De SES-score in Delfshaven is (zeer) laag.



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

Eén op de vier inwoners (25%) van Delfshaven ontvangt een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. In heel Rotterdam ontvangt één op de vijf inwoners (21%) een uitkering. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner in Delfshaven bedraagt 10.300 euro tegenover 12.500 euro in Rotterdam.

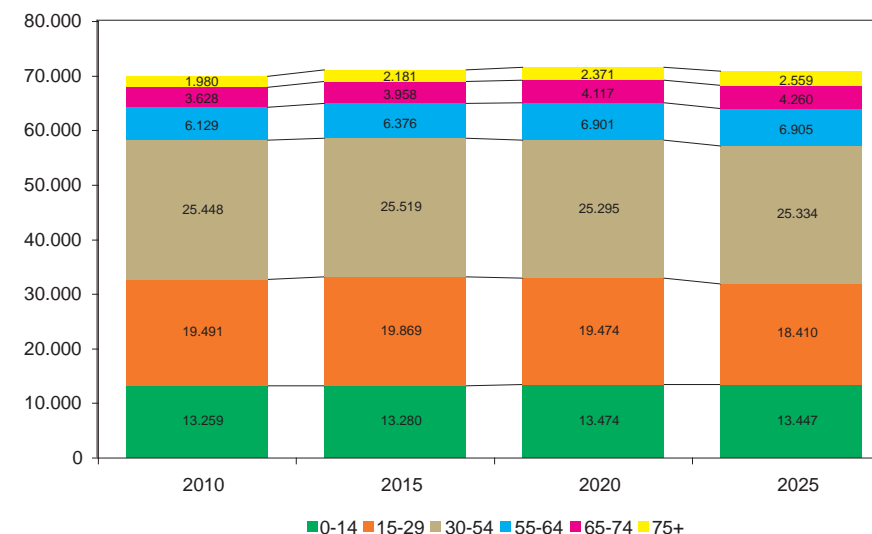
Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Delfshaven een 5,9. De deelgemeente valt hiermee in de categorie 'bedreigd'. Ten opzichte van de vorige meting is in Delfshaven onder meer op de elementen 'drugsoverlast', 'vandalisme', 'overlast' en 'geweld' een verslechtering waar te nemen. Voor heel Rotterdam is de score een 7,2. Hiermee is Rotterdam een (redelijk) veilige stad (Veiligheidsindex, 2009).

Op de Sociale Index 2009 scoort Delfshaven een 5,4. Deze deelgemeente zit hiermee in de categorie 'kwetsbaar'. Rotterdam scoort op de Sociale Index gemiddeld een 6,0. Deze score is net hoog genoeg om de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Delfshaven scoort vooral op de onderdelen 'gezondheid', 'voldoende taalbeheersing' en 'voldoende inkomen' laag. De score voor gezondheid is 4,6 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt Delfshaven tussen 2010 en 2020 te maken met een lichte bevolkingsgroei. Het aantal inwoners in Delfshaven zal van ongeveer 69.900 in 2010 groeien naar ongeveer 71.600 inwoners in 2020. Naar verwachting zal de bevolking van 2020 tot 2025 licht afnemen tot 70.900 inwoners. De vergrijzing zal in lichte vorm doorzetten, want de verwachte groei tussen de 2010 en 2020 zal met name plaatsvinden in de hogere leeftijdscategorieën (55 jaar en ouder).



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

3 Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid

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



➤ Delfshaven scoort op verscheidene aspecten van gezondheid ongunstiger dan Rotterdam als geheel. In Delfshaven is de levensverwachting voor mannen 74,3 jaar en voor vrouwen 80,7 jaar. Voor mannen in Delfshaven is dat anderhalf jaar lager dan het gemiddelde van Rotterdam. Voor mannen in Rotterdam is de levensverwachting 75,8 jaar en voor

vrouwen 81 jaar. Vergeleken met landelijk gemiddelde (mannen 77 jaar; vrouwen 81,6 jaar) is de achterstand van Delfshaven nog groter.

De sterfte is in de deelgemeente Delfshaven lager dan Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in Delfshaven lager is dan in Rotterdam. In Delfshaven stierven in 2008 5 mensen per 1.000 inwoners, in Rotterdam 10. Hart- en vaatziekten, kwaadaardige nieuwvormingen (kanker) en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in Delfshaven als in Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Inwoners van Delfshaven ervaren hun gezondheid slechter dan de inwoners van Rotterdam als geheel. Van de inwoners van Delfshaven van 16 tot 55 jaar ervaart 19% zijn gezondheid als matig of slecht tegenover 14% in Rotterdam. Bij de ouderen (55-plussers) is dit verschil nog groter: 40% van de ouderen in Delfshaven ervaart zijn gezondheid als matig of slecht tegen 30% in Rotterdam. Ook kinderen en jongeren in Delfshaven ervaren hun gezondheid als slechter dan hun leeftijdgenoten in heel Rotterdam. Van de 5- en 6-jarigen in Delfshaven ervaart 9% de gezondheid als slecht, in vergelijking met 6% in Rotterdam. Het verschil is het grootst bij de 12- en 13-jarigen; van hen ervaart 26% de gezondheid als matig of slecht, tegenover 18% in Rotterdam.

Ziekten en aandoeningen komen in Delfshaven nagenoeg even veel voor als gemiddeld in Rotterdam. In Delfshaven rapporteren meer ouderen diabetes dan gemiddeld in Rotterdam (22% tegenover 12%). Ook hoge bloeddruk wordt meer gerapporteerd (41% tegenover 33% gemiddeld in Rotterdam). Het percentage inwoners van Delfshaven van 16 tot 55 jaar dat (in 2007) contact heeft gehad met de tandarts is vergeleken met het Rotterdamse gemiddelde lager, respectievelijk 66% tegen 73%.

Door de verwachte vergrijzing zullen ziekten die relatief vaak bij 55-plussers voorkomen in de toekomst vaker worden vastgesteld: hoge bloeddruk, overgewicht en daarmee samenhangend diabetes en artrose. De vraag naar eerstelijnszorg (huisarts, maatschappelijk werk en fysiotherapie) en ziekenhuiszorg zal hierdoor waarschijnlijk toenemen.

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

De gezondheidsachterstand in Delfshaven vraagt om een intensieve aanpak, die niet beperkt mag blijven tot de gezondheidssector. Ook andere sectoren kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van de gezondheid. Zo kan verbetering van de leefomgeving astma en COPD

positief beïnvloeden. Ook onderwijs, woningbouw, veiligheid, groen en verkeer hebben hun inbreng. Tot slot kunnen ook acties in andere sectoren, die niet primair zijn gericht op gezondheid, verbetering van gezondheid als bijkomend effect hebben. Zo dragen programma's om mensen naar werk te geleiden bij aan de gezondheid en is een aangename woonomgeving ook gezond. Het verminderen van schooluitval leidt tot goed opgeleide jongeren, met een betere kans op gezondheid. Dit zijn voorbeelden van acties door andere sectoren, die als bijkomend effect een positief effect op de gezondheid hebben (gezondheid als "bijvangst").



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

De perinatale sterfte in Rotterdam is in de periode 2000-2004 hoger dan in de rest van Nederland (11,6 per 1.000 geboren tegen 10,1 per 1.000 geboren). In de achterstandswijken, waar ook wijken van de deelgemeente Delfshaven toe behoren, is de perinatale sterfte nog hoger, namelijk 13 per 1.000 geboren en onder allochtone vrouwen zelfs 13,5 per 1.000 geboren. Ook onder autochtone Rotterdammers in de achterstandswijken is de perinatale

sterfte relatief hoog, 12 per 1.000 geboren. Er is kennelijk sprake van zowel aan etniciteit gerelateerde problemen als grootstedelijke achterstandsproblematiek (GGD Rotterdam-Rijnmond & Erasmus MC, 2008).

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

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

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

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



➤ In Delfshaven geven meer inwoners aan dat ze zich eenzaam voelen dan gemiddeld in Rotterdam. 50 Procent van de 16- tot 55-jarigen en 52% van de 55-plussers voelt zich matig tot zeer ernstig eenzaam. In Rotterdam zijn deze percentages respectievelijk 41 en 44%.

Eenzaamheid tast het welzijn ofwel het psychisch of sociaal welbevinden van mensen aan en is daarmee op zichzelf een gezondheidsprobleem. Eenzaamheid kan in allerlei opzichten ook ziekmakend zijn, zowel geestelijk als lichamelijk (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Gezien de hoge scores van eenzaamheid, zowel in Delfshaven als in Rotterdam, vormt dit nu en voor de toekomst een omvangrijk probleem.

Er is in Nederland al lange tijd aandacht voor de problematiek van eenzaamheid van ouderen, ook in de deelgemeente Delfshaven. Er worden verschillende activiteiten uitgevoerd, individueel of groepsgericht. Uit onderzoek blijkt dat het niet eenvoudig is personen op hoge leeftijd te activeren (Fokkema & Van Tilburg, 2005). Daar is meer voor nodig dan het organiseren van gezamenlijke activiteiten en het aanbieden van een contactrijke omgeving. Er is een grote variëteit in de mate, vorm en oorzaken van eenzaamheid. Daarom zijn er geen standaardoplossingen. Het is zaak zorgvuldig een passende interventie te kiezen,

aan te sluiten bij de behoeften van de doelgroep en zo mogelijk gebruik te maken van ervaringen elders met dezelfde interventie. Als dat niet gebeurt, kan ook een op zich kansrijke interventie mislukken. Effectief gebleken interventies voor ouderen zijn veelal kleinschalige groepsactiviteiten (bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum) en vriendschapscursussen, gericht op het verbeteren van sociale contacten en het bevorderen van vriendschappelijke relaties.

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

In Delfshaven werken instellingen sinds februari 2007 mee in het stedelijk programma 'Voorkomen en bestrijden van sociaal isolement bij ouderen in Rotterdam'. De Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Delfshaven bouwt voort op eerdere succesvolle acties om sociaal isolement van ouderen te signaleren. Een kleine groep sociaal geïsoleerde ouderen wordt intensief begeleid. De ervaringen met dit project en de projecten die in andere deelgemeenten worden uitgevoerd in het kader van het programma zijn positief: de doelgroep wordt bereikt, professionals worden deskundiger, goede interventies zijn beschikbaar en geleidelijk verbetert de situatie van een deel van de ouderen. Reden om de aanpak na de projectfase (februari 2010) te verankeren en te continueren.

Naast een aanpak in de zorg- en welzijnssector kan de deelgemeente een aantal voorwaarden realiseren om sociaal isolement van ouderen te voorkomen of bestrijden: sociale veiligheid en vervoersvoorzieningen.

Eenzaamheid van niet-oudere volwassenen is niet vaak een onderwerp van beleid. Er zijn geen effectieve eenzaamheidsinterventies bekend gericht op deze groep. De kans op sociaal isolement van volwassenen is kleiner wanneer zij een baan hebben of aan vrijwilligerswerk zinvolle contacten kunnen ontleen.



Psychische ongezondheid komt bij een aanzienlijk deel van de jeugd in Delfshaven voor. Volgens de ouders heeft 18% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkracht is dit percentage 20. Ouders geven bij 17% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 9%. Bij 12% van de 12- en 13-jarigen en 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 18% van de 12- en 13-jarigen en 16% van de 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad. De psychische gezondheid van de volwassen inwoners van Delfshaven is gelijk aan het Rotterdams gemiddelde.

Psychische problematiek kan verregaande gevolgen hebben. Het hebben van een depressie op jonge leeftijd is bijvoorbeeld een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van een depressie op latere leeftijd. Psychische problematiek belemmert het functioneren en kan ernstige zelfdestructieve vormen aannemen, zoals suïcidaal gedrag. Ook kunnen psychische problemen vroeg in de levensloop van invloed zijn op de school- en beroeps carrière en uiteindelijk op de maatschappelijke en sociale positie die iemand zich kan verwerven. In de uitvoering van de sluitende aanpak en de groepsaanpak in Delfshaven komt via justitie naar voren dat jongeren die problemen veroorzaken relatief vaak ook een verstandelijke beperking hebben. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk.

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

- Primaire preventieprogramma's waarbij kinderen beter worden voorbereid op stressvolle situaties in hun latere leven. Voorbeelden zijn het nieuwe lesprogramma 'Zippy's Vrienden' dat kinderen leert omgaan met tegenslagen en de verschillende waarbaarheids- en sociale vaardigheidstrainingen voor kinderen.
- Signaleren en adviseren. Training en begeleiding van beroepskrachten die regelmatig in contact staan met de doelgroep. Goede afspraken over verwijzing en toepassen van signaleringsinstrumenten, zodat de hulpverlening aansluit op behoefte, het aantal loketten vermindert en de bureaucratiesering minder wordt. Soms volstaat een kort advies.
- Ondersteuning voor mensen die meer nodig hebben dan een kort advies.
- Maatregelen in de omgeving: arbeidsparticipatie, een prettige en veilige woonomgeving en sociale steun in de omgeving.
- Bewustwording en publieksvoorlichting, gericht op het onderkennen van de problematiek en het verminderen van het taboe (met name bij ouders).

Landelijk is op deze gebieden en voor diverse doelgroepen een keur aan interventies ontwikkeld. Het komt er nu op aan om maatwerk met de lokale partners in Delfshaven te leveren. Voor (preventie)beleid op het terrein van psychosociale gezondheid van kinderen is goede samenwerking met partners in de jeugdketen van preventie naar zorg -zoals beschreven in het 'Ieder Kind Wint' programma- een belangrijke voorwaarde.



➤ Overgewicht is in Delfshaven een omvangrijk probleem. Van de inwoners van Delfshaven van 16 tot 55 jaar heeft 28% matig overgewicht en 11% obesitas. Van de inwoners van 55 jaar en ouder heeft 46% matig overgewicht en 20% obesitas. Deze percentages wijken niet af van het, hoge, Rotterdamse gemiddelde. Obesitas komt ook onder kinderen voor. Ook de kinderen zijn net zo zwaar als gemiddeld in Rotterdam: van de 10- en 11-jarigen in Delfshaven heeft 19% matig overgewicht en 9% obesitas.

Voeding en bewegen zijn belangrijke determinanten van overgewicht. In Delfshaven ontbijten kinderen en jongeren minder vaak dagelijks dan in Rotterdam. De verschillen zijn niet gering: 84% van de 5- en 6-jarigen in Delfshaven ontbijt dagelijks tegenover 92% in Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen in Delfshaven ontbijt 64% dagelijks tegenover 71% in Rotterdam. Kinderen en jongeren in Delfshaven bewegen relatief weinig. Het percentage 5- en 6-jarigen en 10- en 11-jarigen dat minstens twee keer per week sport buiten schooltijd is lager dan in Rotterdam. In Delfshaven zijn deze percentages 27% en 59% in vergelijking met 39% en 69% in Rotterdam. Daarnaast is 45% van de 12- en 13-jarigen lid van een sportclub, in Rotterdam is dit percentage 56. Voor 14- en 15-jarigen zijn de verschillen nog groter: 60% van deze leeftijdsgroep sport twee keer per week buiten schooltijd en 35% is lid van een sportclub of sportvereniging, tegenover 67% en 49% in Rotterdam.

Volwassenen in Delfshaven bewegen net zo vaak als gemiddeld in Rotterdam: 44% van de 16- tot 54-jarigen en 35% van de ouderen in Delfshaven voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*).

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

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

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

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in Delfshaven onder regie van de GGD uitvoeren. Dit is opgezet voor mensen die van hun huisarts een dringend leefstijladvies hebben gekregen, omdat ze (vooral door overgewicht) hard op weg zijn een aandoening als diabetes te ontwikkelen. In het programma worden een persoonlijke leefstijladviseur en een activiteitenprogramma op maat aangeboden. Voor de jeugd voert de GGD met andere partijen het programma 'Lekker fit' uit. Hierin worden voorlichting, beweegactiviteiten en een gezond aanbod in de schoolkantine gecombineerd. Recent onderzoek toont aan dat de beweegprogramma's 'COACH-methode', 'Jump-in' en 'Revalidatie, Sport en Bewegen' significant positieve effecten hebben op het beweggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse et al., 2009).

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



➤ Onder jeugdigen in Delfshaven is het alcoholgebruik lager dan in Rotterdam: 30% van de 14- en 15-jarigen in Delfshaven heeft ooit alcohol gedronken en 17% heeft in de afgelopen vier weken alcohol gedronken, in vergelijking met 49% en 32% in Rotterdam. Overmatig alcoholgebruik onder de volwassen inwoners van Delfshaven wijkt nauwelijks af van Rotterdamse gemiddelde, respectievelijk 12% tegenover 10%. Dit gaat niet op voor de ouderen: 20% procent van de ouderen in Delfshaven is overmatige drinker, tegenover 12% in Rotterdam.

De schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik zijn talrijk. Alcoholgebruik heeft invloed op alle organen in het lichaam en hangt samen met ongeveer zestig aandoeningen (Kuunders & Van Laar, 2009). De schadelijkheid van het drinken van alcohol op jonge leeftijd staat steeds meer in de belangstelling. Er zijn aanwijzingen dat het drinken van (grote hoeveelheden) alcohol als je nog in de groei bent extra schadelijk is en een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd. Oudere mensen verdragen alcohol over het algemeen slechter. Dit komt door allerlei veranderingen in het lichaam die ontstaan bij het ouder worden. Overmatig alcoholgebruik kan leiden tot uiteenlopende lichamelijke en psychische klachten, zoals hoge bloeddruk, maagproblemen en depressie. Voor ouderen die slecht ter been zijn, verhoogt alcoholgebruik het risico op vallen. Ook kan alcohol de werking van medicijnen versterken of juist teniet doen.

Doel van landelijk alcoholbeleid is dat jongeren onder de 16 jaar geen alcohol drinken. Bovendien is er een discussie gaande om de leeftijd te verhogen naar 18 jaar. Gelet op de

negatieve effecten van alcoholgebruik op jonge leeftijd is iedere alcohol drinker onder de 16 er één teveel. Streven is dat minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk zijn van alcohol en dat alcoholgebruik minder schadelijke gevolgen heeft in het gezin, op het werk, in het verkeer en in uitgaanssituaties.

Bij ouderen is vroegtijdige signalering een belangrijk aandachtspunt; een alcoholprobleem wordt bij hen vaak slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door de professionals.

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



➤ Het percentage dagelijkse rokers onder jongeren in Delfshaven wijkt positief af van Rotterdam. 28% van de 14- en 15-jarigen in Delfshaven heeft ooit gerookt en 5% rookt dagelijks. In Rotterdam heeft 35% van deze leeftijdsgroep ooit gerookt en 7% rookt dagelijks. Daarnaast geeft 6% van de 10- en 11-jarigen aan ooit gerookt te hebben. Volwassenen in de deelgemeente Delfshaven roken net zo vaak als gemiddeld in Rotterdam: 29%.

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

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

Softdrugs

De jeugd in Delfshaven gebruikt net zo veel softdrugs als gemiddeld in Rotterdam: 5% van de 14- en 15-jarigen in Delfshaven heeft in de vier weken voor het onderzoek softdrugs gebruikt. Onder volwassenen in Delfshaven is het gebruik van softdrugs relatief hoog: 14% van de inwoners van Delfshaven van 16 tot 55 jaar heeft (in 2007) cannabis gebruikt (Rotterdam 10%).

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

Het stedelijke coffeeshop/cannabisbeleid pakt dit probleem aan door een combinatie van preventie en repressie. Het aanbod van cannabis via coffeeshops wordt bewaakt en gereguleerd. Coffeeshoppersoneel wordt getraind om voorlichting te geven. Via de website www.cannabisenik.nl wordt laagdrempelig informatie en begeleiding aangeboden. Via jongerenwerk, acties per wijk, acties via zelforganisaties, het voeren van genotmidelenbeleid bij organisaties in de wijk en het bevorderen van een integrale aanpak kan de deelgemeente het stedelijk beleid versterken met gebiedsspecifieke acties.



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

Lucht en gezondheid

Bijna 15% van de woningen in de deelgemeente Delfshaven ligt direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*). Dit komt ongeveer overeen met 1800 woningen. Dit is iets meer dan het gemiddelde in Rotterdam (9%). Deze bewoners leven in een gebied met een relatief slechte luchtkwaliteit.

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

Om gevoelige groepen (ouderen, kinderen en mensen met luchtwegklachten of hart- en vaatziekten) te beschermen tegen te hoge concentraties luchtverontreiniging, is het belangrijk de luchtverontreiniging door drukke binnenstedelijke wegen aan te pakken. Het bieden van voldoende alternatieven voor de auto in de vorm van veilige en aantrekkelijke langzaam verkeersverbindingen, verbetert niet alleen de luchtkwaliteit, maar is ook een stimulans om meer te bewegen en helpt overgewicht te verminderen. Verder wordt aangeraden om waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven binnen 100 meter van de rijkswegen of direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

Geluid en gezondheid

Ruim een derde van de inwoners van Delfshaven van 16 tot 55 jaar ervaart ernstige geluidhinder. Opvallend is dat ook ruim een derde van de inwoners geluidhinder ervaart van bouw- of sloopactiviteiten in de omgeving. Dit is ruim 10% meer dan gemiddeld in Rotterdam. Geluid is in toenemende mate een gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt geluidsoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Wegverkeer is de belangrijkste geluidbron. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopactiviteiten en burelen belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen daarom gezondheidseffecten optreden. Gezien het hoge aantal gehinderden door bouw- en sloopactiviteiten is het aan te bevelen om bij bouwwerkzaamheden extra aandacht te besteden aan de factor geluid. Het inzetten op bronmaatregelen verdient de voorkeur boven overdrachtsmaatregelen. Het is belangrijk om in de deelgemeente stille, groene, plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte.

Groen en gezondheid

De inwoners van Delfshaven zijn minder tevreden met het groen in hun buurt dan de bewoners in de rest van Rotterdam. Ze geven minder vaak een voldoende aan het groen in hun directe omgeving. Gevraagd naar een rapportcijfer voor het groen in de buurt, geeft ongeveer 46% het groen een voldoende, ten opzichte van 61% in Rotterdam. Ook zijn er in Delfshaven relatief minder mensen die vinden dat er voldoende groen in de buurt is dan het gemiddelde voor Rotterdam. Dat vindt namelijk 24% van de inwoners van Delfshaven tegenover het Rotterdamse gemiddelde van 45%.

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

In de kadernota 'Prioriteit in de wijk' (2007) worden de prioriteiten niet bij groen gelegd. Toch is er wel de visie om meer kwaliteit aan de buitenruimte te geven door onder andere meer groen, het groen bereikbaar te laten zijn en variatie in speelruimte aan te bieden. Vanuit gezondheid gezien is dit een stap in de goede richting.



> In deelgemeente Delfshaven worden veel kinderen dagelijks geconfronteerd met de overlast van verslaafden en drugsdealers in de buurt. Om kinderen weerbaarder te maken tegen die overlast organiseert de deelgemeente op basisscholen voor groep 7 en/of 8 het Marietje Kesselsproject. Het doel is het vergroten van de weerbaarheid bij kinderen, om te voorkomen dat zij slachtoffer worden van machtsmisbruik of zich hieraan schuldig (gaan) maken. In de trainingslessen (jongens en meisjes apart) leren kinderen 'nee' te zeggen tegen vreemden en zich weerbaarder te maken tegen de verleidingen van de drugscene. Leerlingen die de training hebben gevolgd geven aan meer zelfvertrouwen te hebben gekregen, minder bang te zijn en beter te weten wat ze kunnen doen in nare of bedreigende situaties. Ook kunnen ze beter de grenzen van een ander waarnemen en vooral jongens vinden het minder ongewoon om over gevoelens te praten.

De deelgemeente Delfshaven vindt het van groot belang dat een kind voor zichzelf kan opkomen en biedt daarom het Marietje Kesselsproject aan alle basisscholen in de deelgemeente aan.

4 Tot slot

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

De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

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

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gegevensbronnen

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

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

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

Websites

www.cbs.nl/statline	De elektronische databank van het CBS
www.nationaalkompas.nl	Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)
www.cos.rotterdam.nl	Centrum voor Onderzoek en Statistiek

Definities

ADL-beperking

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

Drukke binnenstedelijke weg

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

Eenzaamheid

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

Ernstige geweldsdelicten

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

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

Gemiddeld inkomen per inwoner

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

Gezondheid

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

Groente- en fruitnorm

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

HDA-beperking

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

Ingrijpende gebeurtenissen

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

Mantelzorg

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

Nederlandse norm gezond bewegen

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

Niet-westerse allochtoon

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

Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

Mannen: maximaal 2 glazen per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week
Vrouwen: maximaal 1 glas per drinkdag, maximaal 5 drinkdagen per week

Overgewicht

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

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

Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.
Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.
Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

Perinatale sterfte

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

Psychosociale problemen

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

SES-score

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

Significant

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

Sociale index

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

Uitkeringsontvangers

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

Veiligheidsindex

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

Zware drinker

Mannen: minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol per dag.
Vrouwen: minstens 1 keer per week 4 of meer glazen alcohol per dag.

Afkortingen

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

Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Delfshaven

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Totale sterfte			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	410	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	5 ●	10
Ziekten van het hart- en vaatstelsel¹			
Totaal	Aantal	109	1.623
Kwaadaardige nieuwvormingen¹			
Totaal	Aantal	123	2.008
Ziekten van de ademhalingsorganen¹			
Totaal	Aantal	33	620
Levensverwachting bij de geboorte			
Mannen (2003-2006)	jaren	74,3 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		80,7 ●	81,0

¹ De vergelijking tussen Delfshaven en Rotterdam is op basis van deze cijfers niet mogelijk omdat de cijfers niet zijn gestandaardiseerd.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Chronische aandoening			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	43	48
55 jaar en ouder (2008)		82	79
Diabetes			
16-55 jaar (2008)	%	4	3
55 jaar en ouder (2008)	%	22 ▼	12
Migraine/ernstige hoofdpijn			
16-55 jaar (2008)	%	14	17
55 jaar en ouder (2008)	%	11	10
Hoge bloeddruk			
16-55 jaar (2008)	%	8	9
55 jaar en ouder (2008)	%	41	33
Luchtwegaandoeningen			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	5	8
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	8	12

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Aandoening aan rug			
16-55 jaar (2008)	%	10	9
55 jaar en ouder (2008)	%	13	18
Artrose van heup/knie			
16-55 jaar (2008)	%	4	7
55 jaar en ouder (2008)	%	31	34
Aandoening nek/schouder			
16-55 jaar (2008)	%	-	9
55 jaar en ouder (2008)	%	19	15
Aandoening elleboog/pols/hand			
16-55 jaar (2008)	%	5	6
55 jaar en ouder (2008)	%	14	12
Depressiviteit			
16-55 jaar (2008)	%	12	11
55 jaar en ouder (2008)	%	11	11
ADL-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	14	14
HDA-beperking			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	26	22
Beperking in horen			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	8	9
Beperking in zien			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	14	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Bevolkingsonderzoek			
Borstkanker (2006)	% deelname	-	-
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	-	57
Infectieziekten			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	6	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	38	188
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	64	805
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	29	112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	1.575	8.274

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

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

- Onbekend.

Tabel 3: Infectieziekten (vervolg)

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Vaccinatie			
2 jaar (2009)	% gevaccineerd ¹	-	94
10 jaar (2009)	% gevaccineerd ²	-	90

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

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

- Onbekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Ervaren gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% slecht	9	6
10-11 jaar (2008-2009)		21	17
12-13 jaar (VO1) (2007-2008)		26	18
14-15 jaar (VO3) (2007-2008)		19	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	19 ▼	14
55 jaar en ouder (2008)		40 ▼	30
Eenzaamheid			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	50 ▼	41
55 jaar en ouder (2008)		52	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	18	16
55 jaar en ouder (2008)		11	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	36 ▼	31
55 jaar en ouder (2008)		37	32
Depressie			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	7	8
55 jaar en ouder (2008)		5	7
Psychofarmaca			
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	4	6
55 jaar en ouder (2008)		9	9

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Psychische gezondheid			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	20 ▼	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	18 ▼	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	4	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	9 ▼	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	17	14
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders (SDQ)	3	2
12-13 jaar (2007-2008)	% hoge score op psychosociale problemen (SDQ)	12	13
14-15 jaar (2007-2008)		12	13
Suicide			
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidedachten, afgelopen jaar	18	19
14-15 jaar (2007-2008)		16	18
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidepoging, ooit	3	3
14-15 jaar (2007-2008)		4	4
Ingrijpende gebeurtenissen			
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	76 ▲	79
10-11 jaar (2008-2009)		77 ▲	81
12-13 jaar (2007-2008)		85 ▲	89
14-15 jaar (2007-2008)		83 ▲	87
Seksuele gezondheid			
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gevreeën	17	19
14-15 jaar (2007-2008)		39 ▲	48
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	5	4
14-15 jaar (2007-2008)		16	16
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	44	37
14-15 jaar (2007-2008)		40	37
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	15 ▼	11

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Matig overgewicht			
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI 25-30	19	21
16-55 jaar (2008)		28	30
55 jaar en ouder (2008)		46	41
Obesitas			
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI ≥30	9	7
16-55 jaar (2008)		11	12
55 jaar en ouder (2008)		20	19
Roken			
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit gerookt	6	6
12-13 jaar (2007-2008)		11	15
14-15 jaar (2007-2008)		28	35
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1	<1
12-13 jaar (2007-2008)		<1	<1
14-15 jaar (2007-2008)		5	7
16-55 jaar (2008)	% rokers	30	30
55 jaar en ouder (2008)		27	22
Lichaamsbeweging			
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	27	39
10-11 jaar (2008-2009)		59	69
12-13 jaar (2007-2008)		75	77
14-15 jaar (2007-2008)		60	67
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	56	65
12-13 jaar (2007-2008)		45	56
14-15 jaar (2007-2008)		35	49
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	44	47
55 jaar en ouder (2008)		35	34
Alcoholgebruik			
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit alcohol gedronken	15	28
12-13 jaar (2007-2008)		13	24
14-15 jaar (2007-2008)		30	49
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	3	7
12-13 jaar (2007-2008)		7	11
14-15 jaar (2007-2008)		17	32
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	11	9
55 jaar en ouder (2008)		20	12
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	46	50
55 jaar en ouder (2008)		42	40

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Drugsgebruik			
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	0,7	1,0
14-15 jaar (2007-2008)		5	7
14-15 jaar (2007-2008)	% harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	<1	0,7
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	14	10
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	6	10
Voeding			
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	84	92
10-11 jaar (2008-2009)		88	90
12-13 jaar (2007-2008)		77	80
14-15 jaar (2007-2008)		64	71

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Huiselijk geweld			
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	9	10
55 jaar en ouder (2008)		6	5
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	505	2.844
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	71	49
	Aantal meldingen ASHG pleger	605	3.351
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	85	58
Hulpverlening			
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	294	2.583
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	41	44

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Delfshaven	Rotterdam
Geluidhinder			
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	34	31
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen of scooters	34	38
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door burens	41	36
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bouw- of slooppactiviteiten	36	25

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Delfshaven		Rotterdam	
Groenbeleving in de buurt					
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	46	▼	61	
55 jaar en ouder (2008)		58	▼	82	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	91		93	
55 jaar en ouder (2008)		92	▼	96	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	61		61	
55 jaar en ouder (2008)		68		72	
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	60		64	
55 jaar en ouder (2008)		59	▼	70	
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	24	▼	45	
55 jaar en ouder (2008)		33	▼	65	
Buurtbeleving					
10-11 jaar (2008-2009)	% vindt de woonbuurt niet leuk	12		13	
10-11 jaar (2008-2009)	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	55		56	
Luchtvervuiling					
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	0	●	2.364	
	% <100 m rijksweg	0	●	1	
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	1.780	●	16.147	
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	14	●	9	
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	14		10	
	% 100-300 m rijksweg	0	●	8	

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

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Delfshaven		Rotterdam	
Huisarts					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	73		70	
55 jaar en ouder (2008)		91	▼	83	
Tandarts ¹					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	66	▼	73	
55 jaar en ouder (2008)		54		54	
GGZ / AMW					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	11		10	
55 jaar en ouder (2008)		6		6	

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

Tabel 8: Zorg (vervolg)

Indicator	Definitie	Delfshaven		Rotterdam	
Thuiszorg					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	2		2	
55 jaar en ouder (2008)		15		11	
Mantelzorg					
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	7		9	
55 jaar en ouder (2008)		12		14	
Hulp en zorg					
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	16		22	
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	13		11	

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

COLOFON

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

Herziene druk april 2010

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

GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032

3000 LP Rotterdam

(010) 433 99 66

info@ggd.rotterdam.nl

www.ggd.rotterdam.nl



rivm