

# Gezondheid in kaart

# Hillegersberg-Schiebroek



# Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek	7
3	Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid	12
4	Tot slot	27
	Literatuur, gegevensbronnen en websites	28
	Definities	30
	Afkortingen	34
	Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek	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 Hillegersberg-Schiebroek

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Hillegersberg-Schiebroek. 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 Hillegersberg-Schiebroek 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 lokaal gezondheidsbeleid Hillegersberg-Schiebroek luiden:

- De inwoners van Hillegersberg-Schiebroek zijn gezonder dan andere Rotterdammers. Er zijn verschillen tussen de wijken.
- Eenzaamheid is in Hillegersberg-Schiebroek een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- De jeugd in Hillegersberg-Schiebroek heeft minder psychosociale problemen dan gemiddeld in Rotterdam. Toch blijft dit punt van aandacht. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is ook in Hillegersberg-Schiebroek een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Inwoners van Hillegersberg-Schiebroek drinken meer alcohol dan gemiddeld in Rotterdam. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering brengen.
- Roken bedreigt de gezondheid van inwoners van Hillegersberg-Schiebroek. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen te roken.
- Het groen in Hillegersberg-Schiebroek biedt mogelijkheden tot recreatie. Vanwege de ligging van de deelgemeente is geluidhinder aandachtspunt voor beleid.

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

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

Het Rotterdams gemeentebestuur ziet gezonde Rotterdammers als voorwaarde voor een sociaal sterke stad. Bevorderen van de gezondheid is daarmee een onderdeel van de sociale strategie van de stad.

Aan het bevorderen van gezondheid kan op verschillende manieren worden gewerkt. In de eerste plaats door acties vanuit de gezondheidssector, specifiek gericht op de gezondheid. Daarnaast kan de gezondheidssector samenwerken met andere sectoren om de gezondheid te bevorderen. Tot slot kunnen ook acties buiten de gezondheidssector, die niet op gezondheid zijn gericht maar wel een positief effect op hebben. Acties gericht op arbeidsparticipatie zijn hiervan een voorbeeld. Deze diverse benaderingen van de bevordering van gezondheid

komen naar voren in de verschillende gezondheidsprogramma's in Rotterdam, in het stadsbrede programma 'Gezond in de Stad' en het stadsregionale programma 'Ieder Kind Wint'. Daarnaast heeft het bevorderen van de gezondheid meer of minder expliciet een plaats in de integrale wijkactieplannen en de gebiedsvisies die onder regie van de deelgemeenten tot stand komen.

### Leeswijzer

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

2

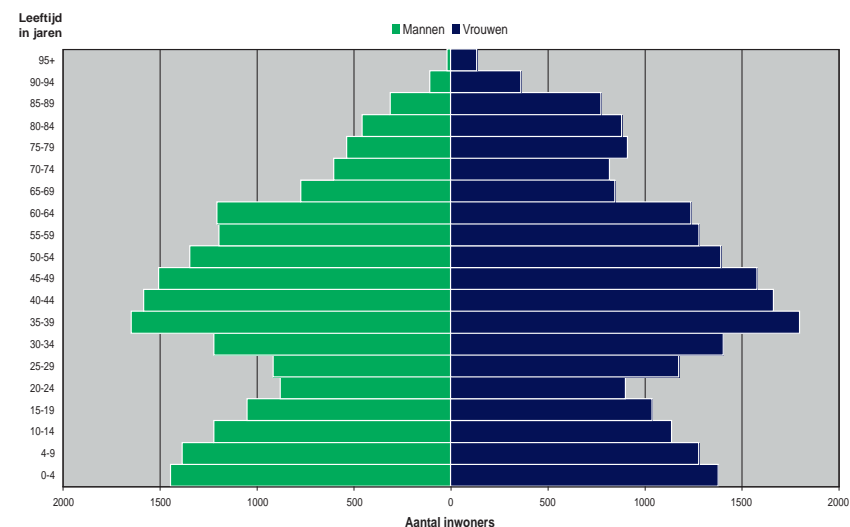
De deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek behoort binnen Rotterdam tot de middencategorie als het gaat om het aantal inwoners en kenmerkt zich door zijn groen en water. De historische kern geeft de deelgemeente een dorpsachtige sfeer. De deelgemeente bestaat uit vijf wijken: Hillegersberg-Noord, Hillegersberg-Zuid, Molenlaankwartier, Schiebroek en Terbregge.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek wordt in dit hoofdstuk informatie gegeven over de bevolkingssamenstelling. 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 Hillegersberg-Schiebroek had op 1 januari 2009 41.390 inwoners. De inwoners van Hillegersberg-Schiebroek wonen op een klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 3.470 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in heel Rotterdam.

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van Hillegersberg-Schiebroek per 1 januari 2009 weergegeven.



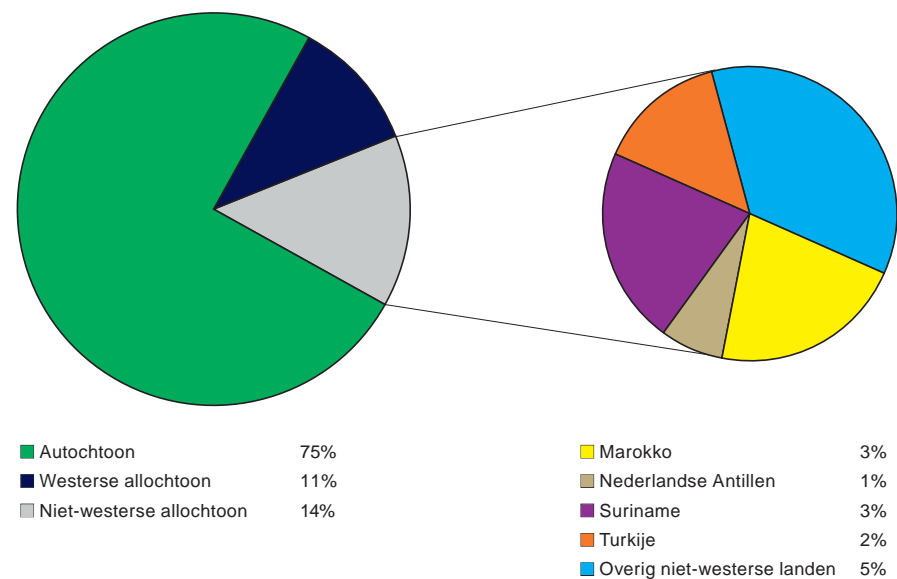
Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

In Hillegersberg-Schiebroek is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen vrijwel gelijk verdeeld: 53,2% vrouwen en 46,8% mannen. Onder de jonge bevolking (0-9 jaar) zijn er meer mannen dan vrouwen. Vanaf 25 jaar daarentegen zijn er meer vrouwen dan mannen.

De bevolking van Hillegersberg-Schiebroek is relatief oud en is daarmee in overeenstemming met het landelijke beeld, waarbij vergrijzing de toon zet. De figuur laat zien dat een belangrijk aandeel van de bevolking 65-plusser is (18%). Vergeleken met het Rotterdamse gemiddelde (14%) is dit hoog te noemen. Verder is 40% van de inwoners van Hillegersberg-Schiebroek jonger dan 35 jaar tegenover 46% in heel Rotterdam. Deze 'grijze' bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 42% uit eenpersoonshuishoudens, 32% uit huishoudens met kinderen en 26% uit huishoudens zonder kinderen.

### Etniciteit

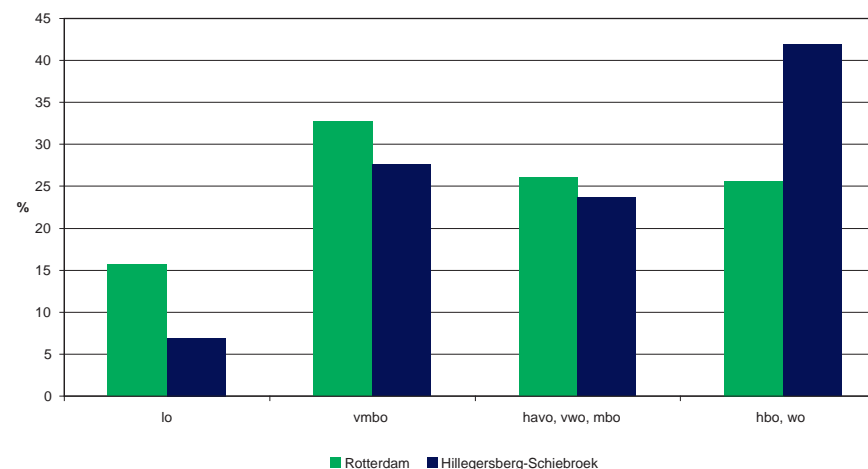
De deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek wordt gekenmerkt door een relatief laag percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond. Met 14% niet-westerse allochtoon inwoners ligt Hillegersberg-Schiebroek ver onder het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Surinamers en Marokkanen in Hillegersberg-Schiebroek de grootste groep: beide 3% van de totale bevolking. Met 5% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Hillegersberg-Schiebroek.



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

### Opleidingsniveau

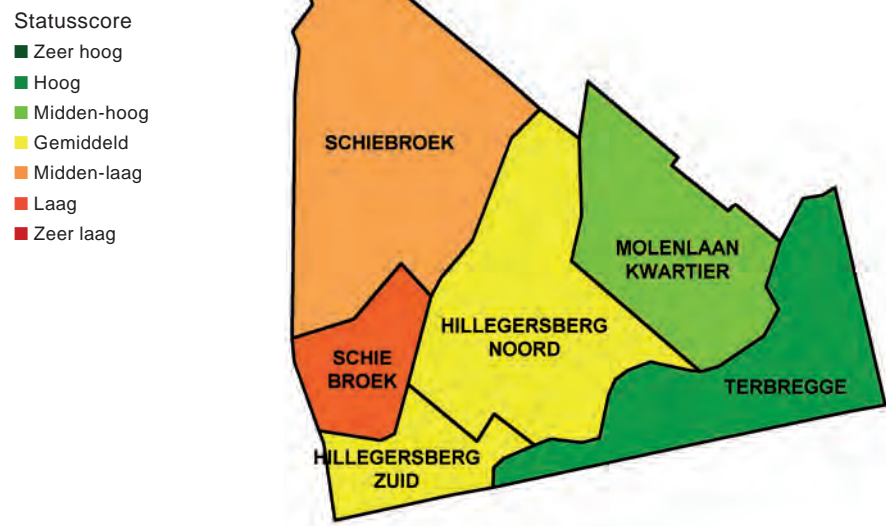
Het opleidingsniveau van de inwoners in Hillegersberg-Schiebroek ligt hoger dan gemiddeld in heel Rotterdam. Van alle inwoners van Hillegersberg-Schiebroek van 16 jaar en ouder heeft 42% een hogere opleiding (hbo, wo) tegenover 26% in Rotterdam. Van de inwoners van 16 jaar en ouder in Hillegersberg-Schiebroek heeft 35% een lagere opleiding (lo, vmbo) in vergelijking met 48% in heel Rotterdam.



Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Hillegersberg-Schiebroek 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 Hillegersberg-Schiebroek varieert van laag tot hoog.



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

Van de inwoners van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek ontvangt 15% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. Dit is vergeleken met Rotterdamse cijfers laag te noemen. In heel Rotterdam ontvangt 21% een uitkering. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner bedraagt 16.300 euro tegenover 12.500 euro in heel Rotterdam.

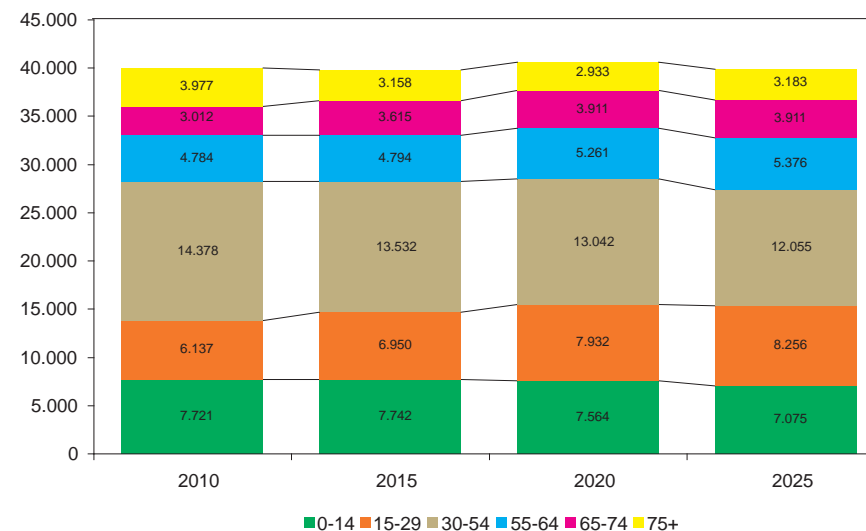
### Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 scoort Hillegersberg-Schiebroek een 10. De deelgemeente valt hiermee in de categorie 'veilig'. Met deze score behoort Hillegersberg-Schiebroek samen met Hoek van Holland tot de meest veilige deelgemeenten in Rotterdam. Ten opzichte van de vorige meting is in Hillegersberg-Schiebroek op de elementen 'inbraak' en 'overlast' een lichte 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 Hillegersberg-Schiebroek een 7,3. Hillegersberg-Schiebroek zit daarmee in de categorie 'sociaal sterk'. De deelgemeente heeft, na Pernis en Hoek van Holland, de hoogste score van alle deelgemeenten in Rotterdam. Rotterdam als geheel scoort op de Sociale Index gemiddeld een 6,0. Deze score is net hoog genoeg om de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. De score voor 'gezondheid' is in Hillegersberg-Schiebroek 6,8 (COS, 2009).

### Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose zal het totaal aantal inwoners in de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek tussen 2010 en 2025 ongewijzigd blijven. In de leeftijdscategorie 30-54 jaar en bij 75-plussers zal de sterkste daling plaatsvinden. De sterkste groei wordt verwacht in de leeftijdscategorieën 15-29 jaar en 65-74 jaar.



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



➤ In Hillegersberg-Schiebroek is de levensverwachting voor mannen 77,1 jaar en voor vrouwen 81,7 jaar. Voor de mannen is dat ruim één jaar en voor de vrouwen bijna één jaar hoger dan het gemiddelde van Rotterdam. De levensverwachting voor mannen en vrouwen in Hillegersberg-Schiebroek komt overeen met het landelijk gemiddelde.

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

De ervaren gezondheid van inwoners van Hillegersberg-Schiebroek is beter dan gemiddeld in Rotterdam. Van de inwoners in Hillegersberg-Schiebroek van 16 jaar en ouder ervaart 13% zijn gezondheid als matig of slecht tegenover 19% in heel Rotterdam. Vooral inwoners van 16 tot 55 jaar in Hillegersberg-Schiebroek beoordelen hun gezondheid minder vaak als matig of slecht: 6% in Hillegersberg-Schiebroek tegenover 14% in Rotterdam als geheel.

Ook kinderen en jongeren in Hillegersberg-Schiebroek ervaren hun gezondheid mindere vaak als slecht dan hun leeftijdgenoten in heel Rotterdam: 4% van de 5- en 6-jarigen en 11% van de 10- en 11-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek ervaart zijn gezondheid als slecht, in vergelijking met 6% en 17% in Rotterdam. 8% van de 12- en 13-jarigen en 10% van de 14- en 15-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek ervaart zijn gezondheid als slecht tegenover 18% bij beide leeftijdsgroepen in Rotterdam.

De gezondheidstoestand van de inwoners van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek is in vele opzichten vergelijkbaar met het gemiddelde van Rotterdam. In een aantal gevallen wijkt de gezondheidstoestand positief af van het Rotterdamse gemiddelde. Het percentage 16- tot 55-jarigen met artrose van heup of knie en aandoeningen aan nek of schouder is in Hillegersberg-Schiebroek lager dan in de rest van Rotterdam. Daar staat tegenover dat het percentage ouderen (55-plussers) met een hartaandoening in Hillegersberg-Schiebroek bijna twee keer zo hoog is als in heel Rotterdam, respectievelijk 16% tegenover 9%.

Een belangrijk aandachtspunt is de voortgaande vergrijzing van de bevolking in de nabije toekomst. Naar verwachting zal een aantal ziekten en aandoeningen als gevolg van een groeiend aantal ouderen vaker voorkomen. Het betreft dan ziekten die vaak bij inwoners van 55 jaar en ouder voorkomen, zoals hoge bloeddruk, overgewicht en daarmee samenhangend diabetes en artrose. De vraag naar eerstelijnszorg (huisarts, maatschappelijk werk en fysiotherapie) en ziekenhuiszorg zal hierdoor waarschijnlijk toenemen.

Binnen de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek zijn gezondheidsverschillen waarneembaar. In de wijk Hillegersberg-Noord is de ervaren gezondheid van de inwoners van 16 jaar en ouder vaker matig of slecht dan in de rest van de deelgemeente. Ook geven in Hillegersberg-Noord meer mensen aan een hoge bloeddruk of artrose te hebben. In Schiebroek geven meer mensen aan een depressie te hebben gehad. Verder is er in Schiebroek meer eenzaamheid en hebben mensen vaker matig overgewicht dan in de rest van de deelgemeente. Volgens de deelgemeente doen zich met name in Schiebroek-Zuid relatief veel problemen voor.



➤ Hoewel in Hillegersberg-Schiebroek minder volwassenen aangeven dat ze zich eenzaam voelen dan gemiddeld in Rotterdam, blijft het aandeel nog steeds groot. Van de volwassenen in Hillegersberg-Schiebroek is 31% matig tot zeer ernstig eenzaam, ten opzichte van 41% in heel Rotterdam. Ouderen in Hillegersberg-Schiebroek voelen zich net zo vaak eenzaam als gemiddeld in Rotterdam: 40%. In Schiebroek komt meer eenzaamheid voor dan elders in de deelgemeente.

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

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

groepsactiviteiten (bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum) en vriendschapskursussen, gericht op het verbeteren van sociale contacten en het bevorderen van vriendschappelijke relaties.

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

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

Eenzaamheid van niet-oudere volwassenen is niet vaak een onderwerp van beleid. Er zijn geen effectieve eenzaamheidsinterventies bekend gericht op deze groep.

De kans op sociaal isolement van volwassenen is kleiner wanneer zij een baan hebben of aan vrijwilligerswerk zinvolle contacten kunnen ontleen.

In Rotterdam is in februari 2007 een driejarig programma gestart gericht op het bestrijden en voorkomen van sociaal isolement bij ouderen. De gemeente werkt daarin samen met het Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventies (LESI). Het programma omvat vijf deelgemeentelijke projecten en een stadsbreed project. De projecten zijn gericht op deskundigheidsbevordering, signalering van sociaal isolement en individuele begeleiding van sociaal geïsoleerde ouderen. De ervaringen met de projecten zijn positief: de doelgroep wordt bereikt, professionals worden deskundiger, goede interventies zijn beschikbaar en geleidelijk verbetert de situatie van een deel van de ouderen. Reden om de aanpak na de projectfase (februari 2010) te verankeren en te continueren. De deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek zou daarbij aan kunnen sluiten.





Psychische ongezondheid komt bij een deel van de jeugd in Hillegersberg-Schiebroek voor, maar minder dan gemiddeld in Rotterdam. Volgens de ouders heeft 9% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkracht is dit percentage 7%. Ouders geven bij 10% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Voor leerkrachten is dit 2%. Bij 9% van de 12- en 13-jarigen en 8% van de 14- en 15-jarigen is sprake van een hoge score op psychosociale problemen. Daarnaast geeft 14% van de 12- en 13-jarigen en 14- en 15-jarigen aan in het afgelopen jaar suïcidegedachten te hebben gehad.

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. 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 weerbaarheids- en sociale vaardigheidstrainingen voor kinderen.
- Signaleren en adviseren. Training en begeleiding van beroepskrachten die regelmatig in contact staan met de doelgroep, goede afspraken over verwijzing en toepassen van signaleringsinstrumenten. Soms volstaat een kort advies.
- Ondersteuning voor mensen die meer nodig hebben dan een kort advies.
- Maatregelen in de omgeving: arbeidsparticipatie, een prettige en veilige woonomgeving en sociale steun in de omgeving.
- Publieksvoorlichting en bewustwording, gericht op het onderkennen van de problematiek en het verminderen van het taboe.

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

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



➤ Overgewicht is in Hillegersberg-Schiebroek, net als in de rest van Rotterdam, een omvangrijk probleem. Van de inwoners in Hillegersberg-Schiebroek van 16 jaar en ouder heeft 35% matig overgewicht. Obesitas komt onder de inwoners van Hillegersberg-Schiebroek minder vaak voor dan gemiddeld in Rotterdam: 6% van de volwassenen en 8% van de ouderen heeft obesitas, in vergelijking met 12% en 19% in geheel Rotterdam.

Matig overgewicht en obesitas komt bij de 10- en 11-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek minder vaak voor dan gemiddeld in Rotterdam: 7% van de 10- en 11-jarigen heeft matig overgewicht, tegenover 21% in heel Rotterdam. Daarnaast heeft 1% van deze leeftijdsgroep obesitas tegenover 7% in Rotterdam.

Overgewicht wordt in belangrijke mate beïnvloed door voeding en bewegen. In Hillegersberg-Schiebroek ontbijten kinderen en jongeren vaker dagelijks dan in Rotterdam: 96% van de 5- en 6-jarigen en 97% van de 10- en 11-jarigen ontbijt dagelijks, in vergelijking met 92% en 90% in Rotterdam. Daarnaast ontbijt 90% van de 12- en 13-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek dagelijks tegenover 80% in Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen ontbijt 87% in Hillegersberg-Schiebroek dagelijks, ten opzichte van 71% in Rotterdam.

Jongeren in Hillegersberg-Schiebroek bewegen meer dan gemiddeld in Rotterdam. Zij sporten vaker minstens twee keer per week buiten schooltijd dan gemiddeld in Rotterdam: 81% van de 10- en 11-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek, tegenover 69% in Rotterdam. Voor de 12- en 13-jarigen is dit 85%, tegenover 77% in Rotterdam. Daarnaast is 81% van de 12- en 13-jarigen lid van een sportclub. Gemiddeld in Rotterdam is dit 56%.

De inwoners van 16 jaar en ouder in Hillegersberg-Schiebroek bewegen net zo vaak als

gemiddeld in Rotterdam. Van hen voldoet 38% 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. De belangrijkste oorzaak van overgewicht is een disbalans tussen energie-inname en energieverbruik. Mensen met (ernstig) overgewicht hebben 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). Daarnaast houdt overgewicht verband met het optreden van psychosociale problemen en een relatief groot verlies aan kwaliteit van leven. Een kind met (ernstig) overgewicht kan gemakkelijk doelwit worden van pesterijen, een negatief zelfbeeld ontwikkelen en in een sociaal isolement raken.

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

- Individuele en groepsgerichte voorlichting en advies, bijvoorbeeld door een diëtist.
- Het beschikbaar stellen van voorzieningen op het gebied van sport en bewegen en het bevorderen van het gebruik daarvan. Binnen de (deel)gemeente, op de werkplek en in scholen.
- Het zodanig inrichten van de omgeving, dat burgers veilig kunnen bewegen, spelen en sporten en een wandeling of fietstocht aantrekkelijk 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 een aantal gebieden in Rotterdam onder regie van de GGD uitvoeren. Dit is opgezet voor mensen die van hun huisarts een dringend leefstijladvies hebben gekregen, omdat ze (vooral door overgewicht) hard op weg zijn een aandoening als diabetes te ontwikkelen. In het programma worden een persoonlijke leefstijladviseur en een activiteitenprogramma op maat aangeboden. De GGD kan uitzoeken wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van een organisatorisch en financieel sluitende keten voor uitvoering van dit project in Hillegersberg-Schiebroek. Voor de jeugd voert de GGD met andere partijen het programma 'Lekker fit' uit. Hierin worden voorlichting, beweegactiviteiten en een gezond aanbod in de schoolkantine gecombineerd. Recent onderzoek toont aan dat de beweegprogramma's 'COACH-methode', 'Jump-in' en 'Revalidatie, Sport en Bewegen' significant positieve effecten hebben op het beweeggedrag van de deelnemers en daarnaast ook praktisch goed uitvoerbaar zijn (Leemrijse et al., 2009).

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



➤ Onder jongeren in Hillegersberg-Schiebroek is het alcoholgebruik hoger dan in heel Rotterdam. In Rotterdam heeft 24% van de 12- en 13-jarigen ooit alcohol gedronken, ten opzichte van 30% van de jongeren in Hillegersberg-Schiebroek. Ook heeft 38% van de 10- en 11-jarigen ooit alcohol gedronken, tegenover 28% in Rotterdam. Het verschil in alcoholgebruik is het grootst in de leeftijdscategorie 14- en 15-jarigen: 69% van de 14- en 15-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek heeft ooit gedronken, tegenover 49% gemiddeld in Rotterdam. Daarnaast heeft 49% van deze leeftijdsgroep in Hillegersberg-Schiebroek in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek gedronken, tegenover 32% in Rotterdam.

De norm aanvaardbaar alcoholgebruik (zie *Definities*) wordt door volwassenen van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek vaker overschreden dan in heel Rotterdam. Van de 16- tot 54-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek overschrijdt 62% de norm van aanvaardbaar alcoholgebruik tegenover 50% in geheel Rotterdam. Ouderen overschrijden minder vaak de norm aanvaardbaar alcoholgebruik. Toch overschrijdt nog 38% deze norm. Dit is vergelijkbaar met het gemiddelde in Rotterdam.

Overmatig alcoholgebruik komt onder de inwoners in Hillegersberg-Schiebroek van 16 jaar en ouder net zo vaak voor als in Rotterdam, namelijk bij 9%.

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 extra schadelijk is als je nog in de groei bent en een negatief effect heeft op de ontwikkeling van de hersenen. Tot slot geldt dat hoe jonger kinderen met alcohol in aanraking komen, hoe groter de kans op overmatig gebruik en verslaving op latere leeftijd.

Doel van landelijk alcoholbeleid is dat jongeren onder de 16 jaar geen alcohol drinken. Bovendien is er een discussie gaande om de leeftijd te verhogen naar 18 jaar. Gelet op de negatieve effecten van alcoholgebruik op jonge leeftijd is iedere alcoholdrinker onder de 16 er één teveel. Streven is dat minder mensen lichamelijk of geestelijk afhankelijk zijn van alcohol en dat alcoholgebruik minder schadelijke gevolgen heeft in het gezin, op het werk, in het verkeer en in uitgaanssituaties.

Effectief lokaal alcoholbeleid stoelt op vier pijlers:

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

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

Het alcoholgebruik in Hillegersberg-Schiebroek is punt van aandacht. Het stadsbrede 'Plan van Aanpak Alcohol' stelt zich ten doel het drinken van alcohol onder de 16 jaar uit te bannen en boven de 16 jaar gematigd te houden. Het 'Plan van Aanpak Alcohol' omvat een pakket van maatregelen op het gebied van preventie en repressie.



➤ In Hillegersberg-Schiebroek zijn er naar verhouding minder rokers dan in Rotterdam als geheel. Het verschil is het grootst bij de volwassenen: 23% van de volwassenen in Hillegersberg-Schiebroek rookt tegenover 30% van de volwassenen in Rotterdam. In Hillegersberg-Schiebroek is het percentage dagelijkse rokers onder de jeugd vergelijkbaar met het percentage in Rotterdam (7% van de 14- en 15-jarigen).

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

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

### Softdrugs

In Hillegersberg-Schiebroek gebruiken jeugdigen net zo veel softdrugs als gemiddeld in Rotterdam: 8% van de 14- en 15-jarigen in Hillegersberg-Schiebroek heeft in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek softdrugs gebruikt.

Ook het gebruik van softdrugs onder volwassenen in Hillegersberg-Schiebroek is even hoog als in Rotterdam: 10% van de volwassenen in Hillegersberg-Schiebroek heeft in het jaar voorafgaand aan het onderzoek cannabis gebruikt.

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 websites [www.cannabisenik.nl](http://www.cannabisenik.nl) en [www.alcoholenik.nl](http://www.alcoholenik.nl) wordt laagdrempelig informatie en begeleiding aangeboden.

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





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

#### Lucht en gezondheid

Van de woningen in Hillegersberg-Schiebroek ligt 13% direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*). Eén procent van de woningen ligt binnen 100 meter van een snelweg. Dat is tezamen hoger dan het gemiddelde van 10% voor Rotterdam. Deze cijfers geven aan dat de bewoners van ongeveer 2.500 woningen in een gebied wonen met een relatief slechte luchtkwaliteit.

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

wonen, hebben meer kans om te overlijden aan een luchtwegziekte of een hart- en vaatziekte. Dit geldt vooral binnen 100 meter van een rijksweg of in de eerstelijns bebouwing (binnen 50 meter) van een drukke stadsweg.

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

Op deelgemeentelijk niveau heeft Hillegersberg-Schiebroek geen beleid voor luchtkwaliteit. Toch is het raadzaam om bijvoorbeeld daar waar mogelijk te voorkomen dat nieuwe woningen, verzorgingstehuizen, scholen en kinderdagverblijven direct aan een drukke binnenstedelijke weg komen te liggen.

#### Geluid en gezondheid

De ervaren geluidshinder van autoverkeer in Hillegersberg-Schiebroek is vergelijkbaar met het gemiddelde voor Rotterdam. De ervaren geluidshinder van vliegtuigen is echter veel hoger. Van de bewoners geeft 33% aan hier last van te hebben. Voor geheel Rotterdam is dit 10%. De ervaren hinder van bromfietsen of scooters is lager dan het Rotterdamse gemiddelde.

Geluid is in toenemende mate een gezondheidsprobleem. Het veroorzaakt vooral hinder en slaapverstoring. Langdurige blootstelling aan geluid kan leiden tot hart- en vaatziekten. Daarnaast leidt geluidsoverlast mogelijk tot meer huisartsbezoeken, meer medicijngebruik tegen hoge bloeddruk, meer ziekenhuisopnames en verminderde leerprestaties van kinderen. Wegverkeer is de belangrijkste bron van geluidshinder. Daarnaast zijn vliegverkeer, railverkeer, bouw- en sloopactiviteiten en burelen belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen daarom nadelige gezondheidseffecten optreden.

Het geluidsbeleid krijgt op deelgemeentelijk niveau niet expliciet aandacht. Belangrijk is het om in de deelgemeente stille, groene plekken te behouden of te creëren, zodat de inwoners kunnen ontsnappen aan de dagelijkse drukte. Ook is van belang dat de deelgemeente alert is op geluidsmaatregelen bij bovendeelgemeentelijke ontwikkelingen van rijkswegen, provinciewegen, spoorlijnen en het vliegveld.

#### Groen en gezondheid

Vergeleken met het gemiddelde voor heel Rotterdam geven de inwoners van Hillegersberg-Schiebroek vaker een voldoende aan het groen in hun directe omgeving. Ook vinden meer mensen in Hillegersberg-Schiebroek dan gemiddeld in Rotterdam dat er genoeg groen in de buurt aanwezig is.

De aanwezigheid van groen stimuleert bewegen, zorgt voor herstel van stress en aandachtsmoeheid, maakt zingeving mogelijk en kan sociale contacten stimuleren. Kinderen die opgroeien in een groene omgeving zijn beter in het opnemen van kennis. Bovendien worden kinderen in een natuurlijke omgeving meer uitgenodigd tot bewegen dan in een

niet-natuurlijke omgeving. Groen heeft 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.

Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk om het groen en de recreatieve mogelijkheden als sterk punt van Hillegersberg-Schiebroek aandacht te geven. Dit komt dan ook uitgebreid aan bod in de Visie Groen.

## 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](http://www.Gezondheidsatlasrotterdamrijnmond.nl)). Om daarnaast continu achtergrondinformatie en informatie over interventiemogelijkheden beschikbaar te kunnen stellen, ontwikkelt de GGD in 2010 een Kompas Volksgezondheid Rotterdam-Rijnmond. Beide websites worden regelmatig aangevuld met nieuwe informatie en actuele cijfers. Op deze manier kunnen (deel)gemeenten altijd de meest actuele gegevens gebruiken.

### De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

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



# Literatuur, gegevensbronnen en websites

## Literatuur

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.

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

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

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

Jong WM de. Blown 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 Hillegersberg-Schiebroek. Rotterdam: GGD Rotterdam-Rijnmond, 2009.

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

## Gegevensbronnen

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

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

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

## Websites

[www.cbs.nl/statline](http://www.cbs.nl/statline)  
[www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)  
[www.cos.rotterdam.nl](http://www.cos.rotterdam.nl)

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

# Definities

## ADL-beperking

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

## Drukke binnenstedelijke weg

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

## Eenzaamheid

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

## Ernstige geweldsdelicten

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

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

## Gemiddeld inkomen per inwoner

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

## Gezondheid

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

## Groente- en fruitnorm

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

## HDA-beperking

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

## Ingrijpende gebeurtenissen

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

## Mantelzorg

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

## Nederlandse norm gezond bewegen

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

## Niet-westerse allochtoon

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

### Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

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

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

### Overgewicht

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

Bij volwassenen is sprake van *matig overgewicht* bij een body mass index (BMI = gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters [kg/m<sup>2</sup>]) van 25 tot 30 kg/m<sup>2</sup>.

Bij volwassenen is sprake van *ernstig overgewicht/obesitas* bij een BMI groter of gelijk aan 30 kg/m<sup>2</sup>.

### Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.

Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.

Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

### Psychosociale problemen

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

### SES-score

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

### Significant

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

### Sociale index

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

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

### Uitkeringsontvangers

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

### Veiligheidsindex

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

### Zware drinker

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

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

## Afkortingen

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

## Bijlage: Gezondheidsprofiel van de deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Totale sterfte</b>			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	643	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	15 ●	10
<b>Ziekten van het hart- en vaatstelsel<sup>1</sup></b>			
Totaal	Aantal	142	1.623
<b>Kwaadaardige nieuwvormingen<sup>1</sup></b>			
Totaal	Aantal	229	2.008
<b>Ziekten van de ademhalingsorganen<sup>1</sup></b>			
Totaal	Aantal	66	620
<b>Levensverwachting bij de geboorte</b>			
Mannen (2003-2006)	jaren	77,1 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		81,8 ●	81,0

<sup>1</sup> De vergelijking tussen Hillegersberg-Schiebroek en Rotterdam is op basis van deze cijfers niet mogelijk omdat de cijfers niet zijn gestandaardiseerd.

● Significante is niet berekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Chronische aandoening</b>			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	40 ▲	48
55 jaar en ouder (2008)		80	79
<b>Diabetes</b>			
16-55 jaar (2008)	%	-	3
55 jaar en ouder (2008)	%	9	12
<b>Migraine/ernstige hoofdpijn</b>			
16-55 jaar (2008)	%	17	17
55 jaar en ouder (2008)	%	11	10

▲ Significante gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significante ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Hoge bloeddruk</b>			
16-55 jaar (2008)	%	6	9
55 jaar en ouder (2008)	%	32	33
<b>Luchtwegaandoeningen</b>			
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	6	8
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	7	12
<b>Aandoening aan rug</b>			
16-55 jaar (2008)	%	6	9
55 jaar en ouder (2008)	%	21	18
<b>Artrose van heup/knie</b>			
16-55 jaar (2008)	%	4 ▲	7
55 jaar en ouder (2008)	%	31	34
<b>Aandoening nek/schouder</b>			
16-55 jaar (2008)	%	4 ▲	9
55 jaar en ouder (2008)	%	15	15
<b>Aandoening elleboog/pols/hand</b>			
16-55 jaar (2008)	%	4	6
55 jaar en ouder (2008)	%	11	12
<b>Depressiviteit</b>			
16-55 jaar (2008)	%	7	11
55 jaar en ouder (2008)	%	8	11
<b>Hartaandoening</b>			
55 jaar en ouder (2008)	%	16 ▼	9
<b>ADL-beperking</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	14	14
<b>HDL-beperking</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	20	22
<b>Beperking in horen</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	-	9
<b>Beperking in zien</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	9	9

▲ Significante gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significante ongunstiger dan in Rotterdam.

- Onbekend.

**Tabel 3: Infectieziekten**

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Bevolkingsonderzoek</b>			
Borstkanker (2006)	% deelname	- ●	-
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	- ●	57
<b>Infectieziekten</b>			
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	1	21
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	3	188
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	40	805
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	4	112
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	225	8.274
<b>Vaccinatie</b>			
2 jaar (2009)	% gevaccineerd <sup>1</sup>	- ●	94
10 jaar (2009)	% gevaccineerd <sup>2</sup>	- ●	90

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

<sup>2</sup> Gemiddelde vaccinatiegraad van schoolkinderen met geboortjaar 1998 DTP volledig afgesloten en BMR volledig afgesloten.

- Onbekend.

● Significantie is niet berekend.

**Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven**

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Ervaren gezondheid</b>			
5-6 jaar (2007-2008)	% slecht	4	6
10-11 jaar (2008-2009)		11 ▲	17
12-13 jaar (VO1) (2007-2008)		8 ▲	18
14-15 jaar (VO3) (2007-2008)		10 ▲	18
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	6 ▲	14
55 jaar en ouder (2008)		25	30
<b>Eenzaamheid</b>			
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	31 ▲	41
55 jaar en ouder (2008)		40	44
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	8 ▲	16
55 jaar en ouder (2008)		10	16
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	23 ▲	31
55 jaar en ouder (2008)		27	32
<b>Depressie</b>			
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	5	8
55 jaar en ouder (2008)		6	7

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

**Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)**

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Psychofarmaca</b>			
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	6	6
55 jaar en ouder (2008)		7	9
<b>Psychische gezondheid</b>			
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	7 ▲	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	9 ▲	15
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	2 ▲	4
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	2 ▲	6
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	10	14
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders (SDQ)	1	2
12-13 jaar (2007-2008)	% hoge score op psychosociale problemen (SDQ)	9 ▲	13
14-15 jaar (2007-2008)		8 ▲	13
<b>Suicide</b>			
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidedachten, afgelopen jaar	14	19
14-15 jaar (2007-2008)		14	18
12-13 jaar (2007-2008)	% suïcidepoging ooit	1,2	3
14-15 jaar (2007-2008)		2	4
<b>Ingrijpende gebeurtenissen</b>			
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	80	79
10-11 jaar (2008-2009)		84	81
12-13 jaar (2007-2008)		88	89
14-15 jaar (2007-2008)		87	87
12-13 jaar (2007-2008)	% meer dan één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, ooit	57 ▲	63
14-15 jaar (2007-2008)		56	62
<b>Seksuele gezondheid</b>			
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gevreeën	18	19
14-15 jaar (2007-2008)		53	48
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	1 ▲	4
14-15 jaar (2007-2008)		11 ▲	16
14-15 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	25	37
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	9	11

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.



Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Matig overgewicht</b>			
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI 25-30	7 ▲	21
16-55 jaar (2008)		33	30
55 jaar en ouder (2008)		39	41
<b>Obesitas</b>			
10-11 jaar (2008-2009)	% BMI ≥30	1 ▲	7
16-55 jaar (2008)		6 ▲	12
55 jaar en ouder (2008)		8 ▲	19
<b>Roken</b>			
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit gerookt	3 ▲	6
12-13 jaar (2007-2008)		11	15
14-15 jaar (2007-2008)		38	35
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1	<1
12-13 jaar (2007-2008)		0,6	0,5
14-15 jaar (2007-2008)		7	7
16-55 jaar (2008)	% rokers	23 ▲	30
55 jaar en ouder (2008)		17	22
<b>Lichaamsbeweging</b>			
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	52 ▲	39
10-11 jaar (2008-2009)		81 ▲	69
12-13 jaar (2007-2008)		85 ▲	77
14-15 jaar (2007-2008)		78 ▲	67
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	80 ▲	65
12-13 jaar (2007-2008)		81 ▲	56
14-15 jaar (2007-2008)		75 ▲	49
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	41	47
55 jaar en ouder (2008)		34	34
<b>Alcoholgebruik</b>			
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit alcohol gedronken	38 ▼	28
12-13 jaar (2007-2008)		30 ▼	24
14-15 jaar (2007-2008)		69 ▼	49
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	7	7
12-13 jaar (2007-2008)		14	11
14-15 jaar (2007-2008)		49 ▼	32
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	10	9
55 jaar en ouder (2008)		9	12
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	62 ▼	50
55 jaar en ouder (2008)		38	40

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Druggebruik</b>			
12-13 jaar (2007-2008)	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	0,6	1,0
14-15 jaar (2007-2008)		8	7
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	10	10
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	11	10
<b>Voeding</b>			
5-6 jaar (2005)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	96 ▲	92
10-11 jaar (2008-2009)		97 ▲	90
12-13 jaar (2007-2008)		90 ▲	80
14-15 jaar (2007-2008)		87 ▲	71

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Huiselijk geweld</b>			
16-55 jaar (2008)	% dat ooit slachtoffer is geweest	10	10
55 jaar en ouder (2008)		4	5
Meldingen ASHG (2008)	Aantal meldingen ASHG slachtoffer	104	2.844
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	25	49
	Aantal meldingen ASHG pleger	138	3.351
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	33	58
<b>Hulpverlening</b>			
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	121	2.583
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	29	44

**Tabel 7: Leefomgeving**

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Geluidhinder</b>			
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidhinder ervaart	30	31
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door bromfietsen of scooters	31 ▲	38
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door vliegtuigen	33 ▼	10
16-55 jaar (2008)	% geluidhinder door verkeer wegen <50 km/uur	30	32
<b>Groenbeleving in de buurt</b>			
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	81 ▲	61
55 jaar en ouder (2008)		94 ▲	82
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	97 ▲	93
55 jaar en ouder (2008)		99 ▲	96
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	68 ▲	61
55 jaar en ouder (2008)		76 ▲	72
16-55 jaar (2008)	% dat actief kan recreëren in het groen	75 ▲	64
55 jaar en ouder (2008)		80 ▲	70
16-55 jaar (2008)	% dat vindt dat er voldoende groen is	67 ▲	45
55 jaar en ouder (2008)		81 ▲	65
<b>Buurtbeleving jeugd</b>			
10-11 jaar (2008-2009)	% vindt de woonbuurt niet leuk	6 ▲	13
10-11 jaar (2008-2009)	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	42 ▲	56
<b>Luchtvervuiling</b>			
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	146 ●	2.364
	% <100 m rijksweg	1 ●	1
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	2.377 ●	
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	13 ●	9
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	14 ●	10
	% 100-300 m rijksweg	9 ●	8

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

**Tabel 8: Zorg**

Indicator	Definitie	Hillegersberg-Schiebroek	Rotterdam
<b>Huisarts</b>			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	68	70
55 jaar en ouder (2008)		82	83
<b>Tandarts<sup>1</sup></b>			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	78	73
55 jaar en ouder (2008)		59	54
<b>GGZ / AMW</b>			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	8	10
55 jaar en ouder (2008)		4	6
<b>Thuiszorg</b>			
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	-	2
55 jaar en ouder (2008)		9	11
<b>Mantelzorg</b>			
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	10 ▲	9
55 jaar en ouder (2008)		20	14
<b>Hulp en zorg</b>			
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	19	22
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	7	11

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

## COLOFON

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

Herziene druk april 2010

Redactie: Ö. Erdem, C. Nanninga,

R. Kiela en W.M.M. Klaus-Meijs

Vormgeving: troy! creatieve communicatie

Drukwerk: TDS

### GGD Rotterdam-Rijnmond

Postbus 70032

3000 LP Rotterdam

(010) 433 99 66

[info@ggd.rotterdam.nl](mailto:info@ggd.rotterdam.nl)

[www.ggd.rotterdam.nl](http://www.ggd.rotterdam.nl)



*rivm*