

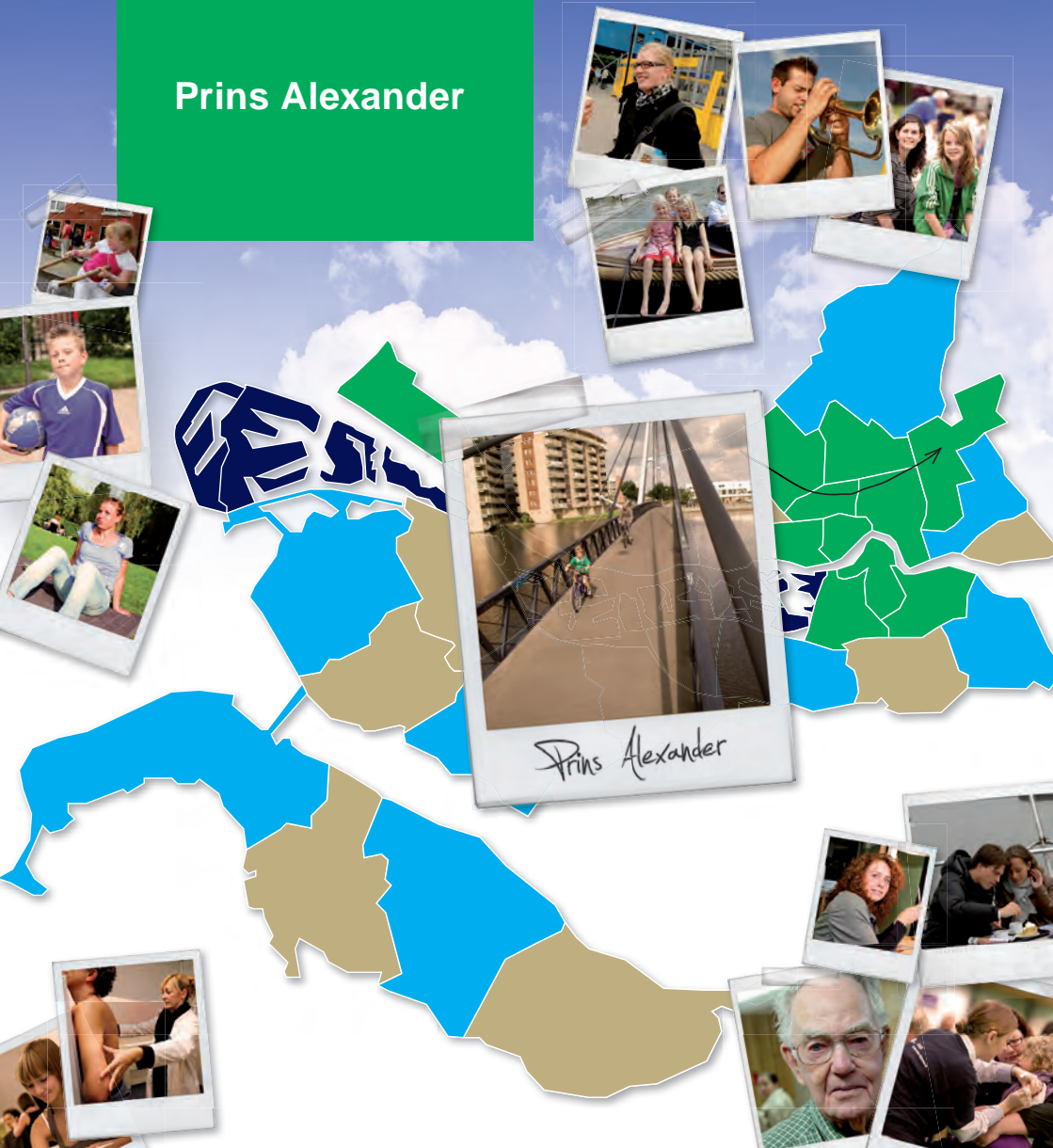


GGD

Rotterdam-Rijnmond

Gezondheid in kaart

Prins Alexander



Inhoud

1	Inleiding	4
2	De inwoners van de deelgemeente Prins Alexander	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 Prins Alexander	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 Prins Alexander

Dit rapport is het resultaat van een integrale analyse van bestaande gegevens over de gezondheid in Prins Alexander. 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 Prins Alexander gebruik maken om te komen tot keuzes in het gezondheidsbeleid.

Voor elke gemeente en deelgemeente in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond 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 Prins Alexander luiden:

- De inwoners van Prins Alexander zijn gezonder dan andere Rotterdammers. Met een goed preventiebeleid kan deze gunstige situatie behouden blijven.
- Eenzaamheid is in Prins Alexander een omvangrijk probleem. Dit vraagt om passend beleid per doelgroep.
- Een deel van de jeugd in Prins Alexander heeft psychosociale problemen. Preventie kan al op jonge leeftijd starten.
- Overgewicht is in Prins Alexander net als elders in de stad een hardnekkig probleem. Een brede aanpak van voeding en beweeggedrag is nodig.
- Het alcoholgebruik in Prins Alexander is hoog. Een intensieve preventieve aanpak kan verbetering brengen.
- Roken bedreigt de gezondheid van de inwoners van Prins Alexander. Belangrijk is te voorkomen dat jongeren beginnen met roken.
- Het groen is een sterk punt in de kwaliteit van de leefomgeving in Prins Alexander. Mogelijkheden voor verdere versterking zijn aanwezig, ook met het oog op recreatie.

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

2

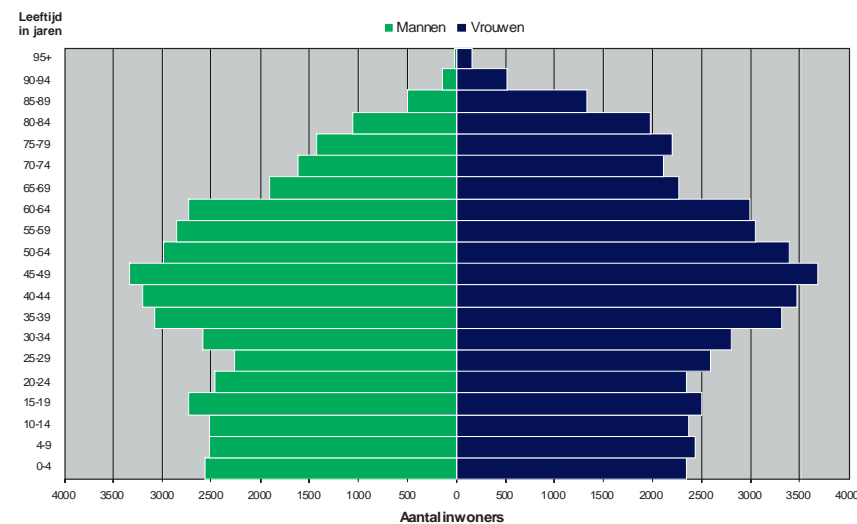
De deelgemeente Prins Alexander is binnen Rotterdam de deelgemeente met de meeste inwoners en kenmerkt zich door haar diversiteit in culturen, levensstijlen en buurten. De deelgemeente bestaat uit zeven wijken: Kralingseveer, Het Lage Land, Nesselande, Ommoord, Oosterflank, Prinsenland en Zevenkamp.

Om een indruk te krijgen van de inwoners van de deelgemeente Prins Alexander 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 Prins Alexander had op 1 januari 2009 90.312 inwoners. De inwoners van Prins Alexander wonen op een klein oppervlak: de bevolkingsdichtheid is 4.814 inwoners per vierkante kilometer tegenover 2.822 inwoners in heel Rotterdam.

In *figuur 2.1* is de leeftijdsopbouw van Prins Alexander per 1 januari 2009 weergegeven. In Prins Alexander is de leeftijdsopbouw tussen mannen en vrouwen over het algemeen vrijwel gelijk verdeeld: 52,8% vrouwen en 47,2% mannen. De figuur laat zien dat vrouwen in bijna alle leeftijdscategorieën oververtegenwoordigd zijn. Alleen in de jongste leeftijdscategorieën, onder de 24 jaar, zijn er meer mannen dan vrouwen.

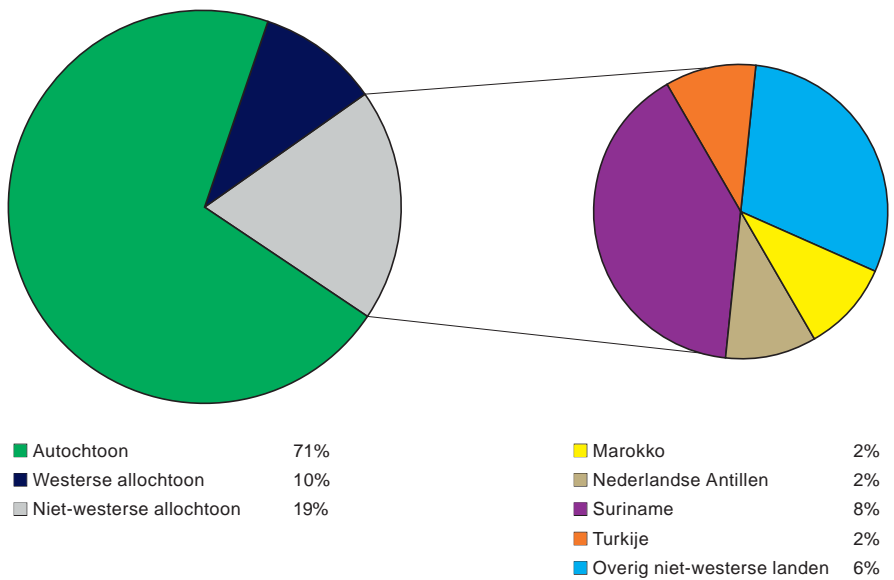


Figuur 2.1: Demografische opbouw van de deelgemeente Prins Alexander op 1 januari 2009 (Bron: COS RotterdamDATA, 2009).

De bevolking van Prins Alexander is relatief oud en is daarmee in overeenstemming met het landelijke beeld, waar vergrijzing de toon zet. De figuur laat zien dat een belangrijk aandeel van de bevolking 65-plusser is (19%). Vergeleken met het Rotterdamse gemiddelde (14%) is dit hoog te noemen. Verder is 39% van de inwoners van Prins Alexander jonger dan 35 jaar tegenover 46% in heel Rotterdam. Deze 'grijze' bevolkingsopbouw heeft ook gevolgen voor de verdeling van huishoudens. Van alle huishoudens bestaat 40% uit eenpersoonshuishoudens, 33% uit huishoudens met kinderen en 27% uit huishoudens zonder kinderen.

Etniciteit

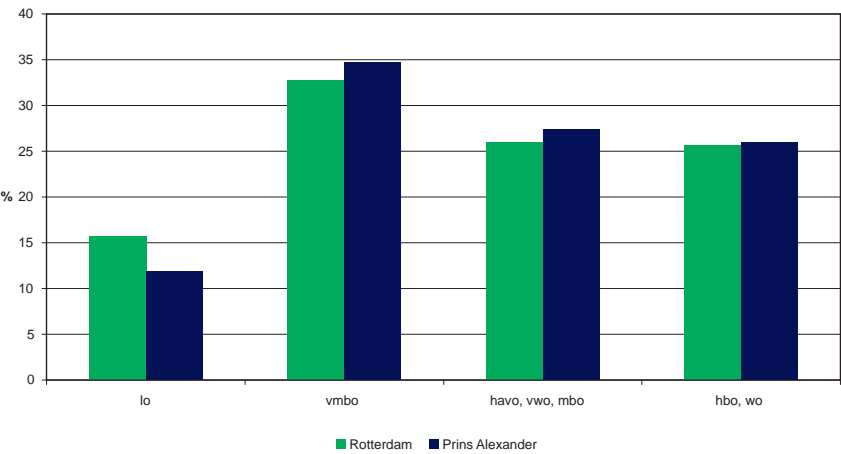
Prins Alexander wordt gekenmerkt door een relatief laag percentage inwoners met een niet-westerse achtergrond. Met 19% niet-westerse allochtone inwoners ligt Prins Alexander onder het gemiddelde van Rotterdam (36%). Van de niet-westerse allochtonen vormen Surinamers in Prins Alexander de grootste groep (8%) van de totale bevolking. Turken en Marokkanen, beide 2%, maken een klein deel van de bevolking uit. Met 6% vormen de inwoners uit de overige niet-westerse landen eveneens een belangrijke groep in Prins Alexander.



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

Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van de inwoners van de deelgemeente Prins Alexander is vergelijkbaar met de rest van Rotterdam. Van alle inwoners van Prins Alexander en Rotterdam heeft 26% een hogere opleiding (hbo, wo). Bijna de helft van de inwoners van Prins Alexander en Rotterdam heeft een lagere opleiding (lo, vmbo).



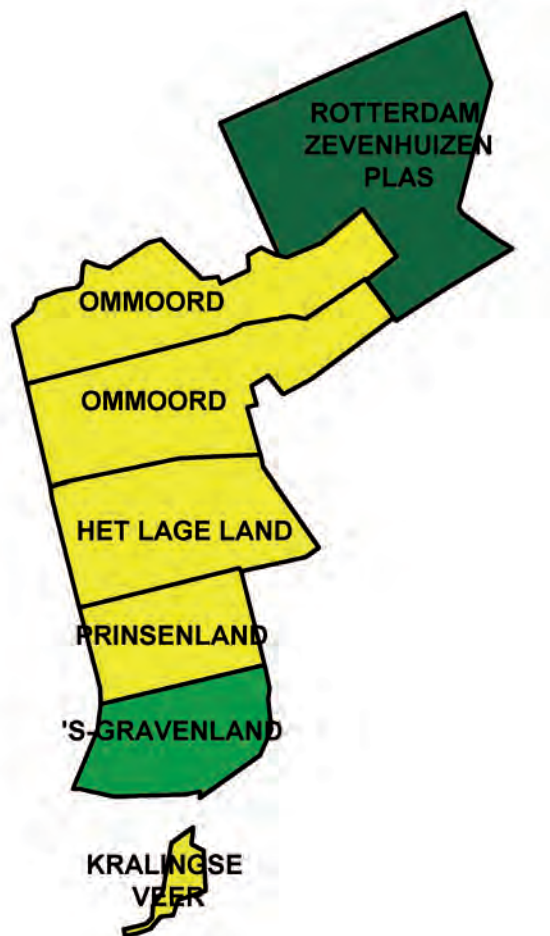
Figuur 2.3: Opleidingsniveau van inwoners vanaf 16 jaar van Prins Alexander en Rotterdam in 2008 (Bron: Gezondheidsenquête 2008, GGD Rotterdam-Rijnmond).

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 Prins Alexander varieert van gemiddeld tot zeer hoog.

Statusscore

- Zeer hoog
- Hoog
- Midden-hoog
- Gemiddeld
- Midden-laag
- Laag
- Zeer laag



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

Van de inwoners van Prins Alexander ontvangt 16% een uitkering voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of algemene bijstand. In heel Rotterdam is dit 21%. Het gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner in Prins Alexander bedraagt 13.900 euro tegenover 12.500 euro in heel Rotterdam.

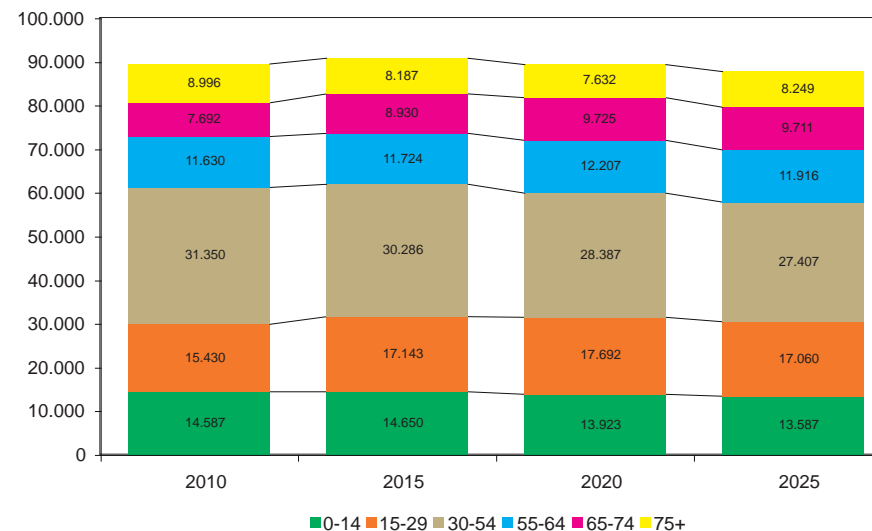
Veiligheidsindex en Sociale Index

Op de Veiligheidsindex 2009 (veiligheidssituatie 2008) scoort Prins Alexander een 8,7. De deelgemeente valt daarmee in de categorie 'veilig'. Met deze score behoort Prins Alexander tot één van de veiligste deelgemeenten in Rotterdam. Voor heel Rotterdam is de score een 7,2. Hiermee is Rotterdam een (redelijk) veilige stad (Veiligheidsindex, 2009).

Op de Sociale Index 2009 scoort Prins Alexander een 7,1. Prins Alexander zit daarmee in de categorie 'sociaal sterk'. Rotterdam scoort op de Sociale Index gemiddeld een 6,0. Deze score is net hoog genoeg om de stad als 'sociaal voldoende' te kwalificeren. Prins Alexander scoort op het onderdeel 'sociale contacten' laag. Daarnaast hebben de onderdelen 'gezondheid', 'adequate voorzieningen' en 'sociale en culturele activiteiten' een score lager dan een 7,1 (COS, 2009).

Bevolkingsprognose

Volgens de huidige prognose krijgt Prins Alexander tussen 2010 en 2025 te maken met een lichte bevolkingsafname. Het aantal inwoners in Prins Alexander zal van ongeveer 89.600 in 2010, na een kleine groei in 2015, afnemen naar ongeveer 87.900 inwoners in 2025. De afname zal met name plaatsvinden in de leeftijdscategorieën 30-54 jaar en 0-14 jaar. Naar verwachting zal de vergrijzing in de nabije toekomst doorzetten: het aantal inwoners van 65-74 jaar zal toenemen. Tegelijkertijd zal ook het aantal jonge inwoners (15-29 jaar) toenemen.



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



➤ Prins Alexander scoort op verscheidene aspecten van gezondheid gunstiger dan Rotterdam als geheel. In Prins Alexander is de levensverwachting voor mannen 77,4 jaar en voor vrouwen 82,5 jaar. Voor zowel mannen als vrouwen is dat ongeveer 1,5 jaar hoger dan het gemiddelde van Rotterdam.

De sterfte is in Prins Alexander hoger dan in Rotterdam. Dit komt omdat de gemiddelde leeftijd in Prins Alexander hoger is dan in Rotterdam. In Prins Alexander stierven in 2008 12 mensen per 1.000 inwoners, in Rotterdam 10. De sterfte aan hart- en vaatziekten, kanker en ziekten van ademhalingsorganen zijn zowel in Prins Alexander als in heel Rotterdam de belangrijkste doodsoorzaken.

Inwoners van Prins Alexander ervaren hun gezondheid minder vaak als matig of slecht dan gemiddeld in Rotterdam. Van de 5- en 6-jarigen ervaart 2% zijn gezondheid als slecht, tegenover 6% gemiddeld in Rotterdam. Van de 10-13 jarigen ervaart 12% zijn gezondheid als slecht. In Rotterdam is dit gemiddeld 17%.

Van de inwoners van Prins Alexander van 16 tot 55 jaar ervaart 6% zijn gezondheid als matig of slecht. In heel Rotterdam is dit percentage 14%. Van de ouderen (55-plussers) in Prins Alexander ervaart 24% zijn gezondheid als matig of slecht tegenover 30% in heel Rotterdam.

Over het algemeen is de gezondheidstoestand van de inwoners van Prins Alexander vergelijkbaar met dan wel positief afwijkend van het gemiddelde van Rotterdam. Zo rapporteren de ouderen in Prins Alexander relatief minder vaak diabetes mellitus en aandoeningen aan nek of schouder dan de ouderen in Rotterdam als geheel. Volwassenen rapporteren in Prins Alexander minder vaak astma of COPD en aandoeningen aan rug dan volwassenen in Rotterdam als geheel. Echter hartaandoeningen en darmstoornissen komen in Prins Alexander vaker voor dan gemiddeld in Rotterdam. Van de inwoners van Prins Alexander van 16 jaar en ouder heeft 5% hartaandoeningen; in Rotterdam is dit 3%. Van de ouderen heeft 9% darmstoornissen tegenover 6% in heel Rotterdam.

Als gevolg van de vergrijzing zal een aantal ziekten en aandoeningen in de nabije toekomst vaker voorkomen. Dit betreft ziektes die vaak bij ouderen van 65 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.



➤ In Prins Alexander voelen minder inwoners zich eenzaam dan gemiddeld in Rotterdam. Toch blijft het aandeel eenzamen groot: 39% van de inwoners van 16 jaar en ouder in Prins Alexander is matig tot zeer ernstig eenzaam. Eenzaamheid komt onder ouderen net zo vaak voor als onder 16- tot 55-jarigen.

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 Prins Alexander 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 Prins Alexander. 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 Prins Alexander werken instellingen sinds februari 2007 mee in het stedelijk programma 'Voorkomen en bestrijden van sociaal isolement bij ouderen in Rotterdam'. De Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Prins Alexander voert een project uit, waarin het zwaartepunt ligt op het outreachend benaderen van de meest kwetsbare groepen sociaal geïsoleerden. Na de signalering volgt een persoonlijk traject. 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 te 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 deel van de jeugd in Prins Alexander voor. De 5- en 6-jarigen en 10- en 11-jarigen zijn psychisch iets gezonder dan gemiddeld in Rotterdam. Volgens de ouders heeft 10% van de 5- en 6-jarigen een hoge score op psychosociale problemen (zie *Definities*). Volgens de leerkracht is dit percentage 11%. Ouders geven bij 10% van de 10- en 11-jarigen aan dat er sprake is van een hoge score op psychosociale problemen. Leerkrachten geven dit aan voor 4% van de 10- en 11-jarigen. De brugklassers zijn psychisch net zo gezond als andere Rotterdamse brugklassers: 12% heeft een hoge score op psychosociale problemen. De 14- en 15-jarigen in Prins Alexander zijn psychisch minder gezond dan gemiddeld in Rotterdam: 16% heeft een hoge score op psychosociale problemen en 7% heeft ooit een suïcidepoging ondernomen.

De psychische gezondheid van volwassenen in Prins Alexander is gelijk aan het Rotterdams gemiddelde. Dat blijkt onder meer uit cijfers die betrekking hebben op depressie. In Prins Alexander is 10% van de inwoners van 16 jaar en ouder depressief.

Psychische problematiek kan verregaande gevolgen hebben. Het hebben van een depressie op jonge leeftijd is bijvoorbeeld een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van een depressie op latere leeftijd. Psychische problematiek belemmert het functioneren in het dagelijks leven en kan ernstige zelfdestructieve vormen aannemen, zoals suïcidaal gedrag. Ook kunnen psychische problemen vroeg in de levensloop van invloed zijn op de school- en

beroeps carrière en uiteindelijk op de maatschappelijke positie die iemand zich kan verwerven. Gezien de mogelijke impact van dergelijke problemen is vroegtijdige onderkenning uitermate belangrijk.

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

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

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

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



➤ Matig overgewicht en obesitas zijn in Prins Alexander net als in de rest van Rotterdam een omvangrijk probleem. Van de inwoners van Prins Alexander van 16 jaar en ouder heeft 35% matig overgewicht. Obesitas komt bij 16% voor. Matig overgewicht en obesitas komen bij de 5- en 6-jarigen in Prins Alexander minder vaak voor dan gemiddeld in Rotterdam.

Voeding en beweging zijn van grote invloed op het lichaamsgewicht. In Prins Alexander ontbijten jeugdigen relatief vaker dagelijks dan gemiddeld in Rotterdam: het percentage loopt van 98% van de 5- en 6-jarigen tot 82% van de 14- en 15-jarigen.

Kinderen en jeugdigen in Prins Alexander bewegen meer dan gemiddeld in Rotterdam. Meer kinderen sporten minstens twee keer per week buiten schooltijd en zijn lid van een sportvereniging. Van de 5- en 6-jarigen sport 60% minstens twee keer buiten schooltijd, van de 12- en 13-jarigen 80%. In Rotterdam zijn deze percentages 39% en 77%. In Prins Alexander is 73% van de 12- en 13-jarigen lid van een sportvereniging, in Rotterdam 56%. Het percentage 14- en 15-jarigen dat tenminste twee keer per week buiten schooltijd sport, wijkt niet af van het gemiddelde van Rotterdam. Het percentage dat lid is van een sportvereniging is met 66% hoger dan gemiddeld in Rotterdam (49%).

Ruim 40% van de 16-plussers in Prins Alexander voldoet niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (zie *Definities*). Dit percentage wijkt niet veel af van het gemiddelde in Rotterdam.

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 beweeggedrag, die bestaat uit verschillende elementen die in samenhang worden uitgevoerd:

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

Een voorbeeld van een aanpak waarin verschillende elementen worden gecombineerd is het programma 'Van Klacht naar Kracht', dat partijen in zorg en welzijn in Prins Alexander 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 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.



➤ Kinderen en jeugdigen in Prins Alexander drinken meer alcohol dan gemiddeld in Rotterdam. Van de 10- en 11-jarigen in Prins Alexander heeft 41% ooit alcohol gedronken, tegenover 28% in Rotterdam. Van de brugklassers is dit 32%. Bij de 14- en 15-jarigen in Prins Alexander loopt dit percentage op tot 68 (tegenover 49% gemiddeld in Rotterdam). Van deze leeftijdsgroep heeft 50% in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken. Gemiddeld in Rotterdam is dit 32%.

Inwoners van Prins Alexander van 16 tot 55 jaar drinken net zo veel alcohol als gemiddeld in Rotterdam. De helft van hen overschrijdt de norm voor aanvaardbaar alcoholgebruik (zie *Definities*). De ouderen in Prins Alexander overschrijden de norm vaker dan gemiddeld in Rotterdam: 45% tegenover 40% gemiddeld 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 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:

- Regelgeving in relatie tot de beschikbaarheid van alcohol. Onder meer door afspraken te maken met de horeca over alcoholmarketing, sluitingstijden, toelatingsbeleid en schenkebeleid.
- Handhaving van lokale regels en van landelijke wetgeving.
- Vroegsignalering en preventie, met specifieke aandacht voor risicogroepen. De 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.
- Draagvlak bij het publiek. Bijvoorbeeld door communicatie via de media, scholen en verenigingen. Bij ouderen is vroegtijdige signalering een belangrijk aandachtspunt; een alcoholprobleem wordt bij hen vaak slecht en laat herkend, zowel door de omgeving als door de professionals.

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



➤ Jongeren in Prins Alexander roken meer dan gemiddeld in Rotterdam: 43% van de 14- en 15-jarigen in Prins Alexander heeft ooit gerookt tegenover 35% in Rotterdam. Het percentage jongeren van 14/15 jaar dat dagelijks rookt is vergelijkbaar met het gemiddelde van Rotterdam. In Prins Alexander is 8% van de 14- en 15-jarigen dagelijks roker.

Volwassenen in Prins Alexander roken minder dan gemiddeld in Rotterdam. Toch rookt nog altijd 1 op de 4 inwoners van 16 tot 55 jaar. Bij de ouderen is dit percentage 19%.

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

Stoppen met roken is al vele jaren een belangrijk punt van landelijk beleid, zowel van de overheid als van STIVORO. Diverse zorgaanbieders verzorgen 'stoppen met roken'-cursussen. Onder meer thuiszorgorganisaties en Bouman GGZ zijn actief. Huisartsen bieden ondersteuning bij stoppen met roken. De deelgemeente kan de effecten van landelijk beleid voor de eigen burgers versterken door actief mee te werken aan landelijke campagnes. Ook kan de deelgemeente het gebruik van zorgaanbod gericht op stoppen met roken stimuleren

door de mogelijkheden 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

Het gebruik van softdrugs onder de jeugdigen in Prins Alexander komt relatief net zo vaak voor als in heel Rotterdam. Van de 14- en 15-jarigen in Prins Alexander heeft 8% in de afgelopen vier weken van de onderzoeksperiode softdrugs gebruikt. Ook het gebruik van harddrugs onder de jongeren in Prins Alexander is vergelijkbaar met Rotterdams gemiddelde: 1,3% van de 14- en 15-jarigen geeft aan in de afgelopen vier weken harddrugs gebruikt te hebben, in vergelijking met 0,7% in Rotterdam.

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

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

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



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

Lucht en gezondheid

In Prins Alexander ligt 5% van de woningen direct aan een drukke binnenstedelijke weg (zie *Definities*). Van de woningen ligt 1% binnen 100 meter van de snelweg. Dat is tezamen lager dan het gemiddelde van 10% voor Rotterdam. Deze cijfers geven niettemin aan dat de bewoners van ongeveer 1.800 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. 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 in Prins Alexander is vergelijkbaar met het gemiddelde voor Rotterdam. Bijna 30% heeft geluidshinder van verkeer van 50km/u wegen en zo'n 38% ervaart hinder van bromfietsen of scooters. De geluidshinder veroorzaakt door burens wordt door 27% van de bewoners van Prins Alexander ervaren. Dat is minder dan gemiddeld in Rotterdam (36%).

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 burens belangrijke bronnen. Voor afzonderlijke geluidsbronnen gelden wettelijke normen. De wet houdt geen rekening met gelijktijdige overlast van meerdere bronnen. Ook onder de wettelijke norm kunnen nadelige gezondheidseffecten optreden.

Het is belangrijk 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 boven deelgemeentelijke ontwikkelingen van (rijks)wegen.

Groen en gezondheid

Vergeleken met het gemiddelde voor heel Rotterdam geven de inwoners van Prins Alexander vaker een voldoende aan het groen in hun directe omgeving; van de 16- tot 55-jarigen in de deelgemeente geeft 75% het groen in hun directe omgeving een voldoende, tegenover 61%

gemiddeld in Rotterdam. Ook vinden meer mensen in Prins Alexander dan gemiddeld voor Rotterdam dat er voldoende groen in de buurt is en dat er actief gerecreëerd kan worden in het groen in de buurt.

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 ook een recreatieve functie.

In het stedelijk programma 'Rotterdam Kindvriendelijk' krijgen wonen en opgroeien extra aandacht. In het kader van het programma zijn elf wijken geselecteerd die in 2010 aantoonbaar kindvriendelijker moeten zijn. Samen met de wijkbewoners zijn plannen gemaakt voor concrete acties, zoals aantrekkelijke schoolpleinen, veilige loop- en fietsroutes en leuke speelplekken. De wijk Oosterflank is één van de elf wijken. Vanuit het oogpunt van gezondheid is het belangrijk om het groen en de recreatieve mogelijkheden als sterk punt van Prins Alexander aandacht te geven. In de Groenvisie Prins Alexander 2009-2020 zijn de ambities verwoord en zijn er voorstellen gedaan voor praktische uitwerking.

Tot slot

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

De regionale VTV Rotterdam-Rijnmond ontwikkelt zich verder

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

Literatuur, gegevensbronnen en websites

Literatuur

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.

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.

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.

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

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

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.

Schouten G, Stam B, Christiaanse B. Gezondheidsenquête 2008. De gezondheid van volwassenen in deelgemeente Prins Alexander. 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.

Voedingscentrum. Preventie van overgewicht in de nota lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Voedingscentrum, 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
www.nationaalkompas.nl
www.cos.rotterdam.nl

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

Definities

ADL-beperking

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

Drukke binnenstedelijke weg

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

Eenzaamheid

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

Ernstige geweldsdelicten

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

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

Gemiddeld inkomen per inwoner

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

Gezondheid

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

Groente- en fruitnorm

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

HDA-beperking

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

Ingrijpende gebeurtenissen

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

Mantelzorg

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

Nederlandse norm gezond bewegen

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

Niet-westerse allochtoon

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

Norm aanvaardbaar alcoholgebruik

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

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

Overgewicht

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

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

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

Overmatig alcoholgebruik

Mannen: meer dan 21 glazen alcoholische drank per week.

Vrouwen: meer dan 14 glazen alcoholische drank per week.

Dit begrip zegt dus iets over het gemiddelde drinkgedrag.

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 Prins Alexander

Tabel 1: Sterfte en levensverwachting

Indicator	Definitie	Prins Alexander	Rotterdam
Totale sterfte			
Totaal (2002-2005)	Aantal per jaar	1.042	6.169
Totaal	Aantal per 1.000 inwoners per jaar	12 ●	10
Ziekten van het hart- en vaatstelsel*			
Totaal	Aantal	289	1.623
Kwaadaardige nieuwvormingen¹			
Totaal	Aantal	346	2.008
Ziekten van de ademhalingsorganen¹			
Totaal	Aantal	102	620
Levensverwachting bij de geboorte			
Mannen (2003-2006)	Jaren	77,4 ●	75,8
Vrouwen (2003-2006)		82,5 ●	81,0

¹ De vergelijking tussen Prins Alexander 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	Prins Alexander	Rotterdam
Chronische aandoening			
16-55 jaar (2008)	% minimaal 1 ziekte of aandoening	45	48
55 jaar en ouder (2008)		78	79
Diabetes			
16-55 jaar (2008)	%	2	3
55 jaar en ouder (2008)	%	9 ▲	12
Migraine/ernstige hoofdpijn			
16-55 jaar (2008)	%	16	17
55 jaar en ouder (2008)	%	11	10
Hoge bloeddruk			
16-55 jaar (2008)	%	11	9
55 jaar en ouder (2008)	%	36	33

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 2: Ziekten en aandoeningen (vervolg)

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Luchtweegaandoeningen					
16-55 jaar (2008)	% astma/COPD	5		8	
55 jaar en ouder (2008)	% astma/COPD	11		12	
Aandoening aan rug					
16-55 jaar (2008)	%	6	▲	9	
55 jaar en ouder (2008)	%	17		18	
Artrose van heup/knie					
16-55 jaar (2008)	%	4		7	
55 jaar en ouder (2008)	%	36		34	
Aandoening nek/schouder					
16-55 jaar (2008)	%	8		9	
55 jaar en ouder (2008)	%	12	▲	15	
Aandoening elleboog/pols/hand					
16-55 jaar (2008)	%	5		6	
55 jaar en ouder (2008)	%	12		12	
Depressiviteit					
16-55 jaar (2008)	%	10		11	
55 jaar en ouder (2008)	%	10		11	
Darmstoornissen					
16-55 jaar (2008)	%	5,1		3,8	
55 jaar en ouder (2008)	%	9,1	▼	6,4	
Hartaandoening					
16 jaar en ouder (2008)	%	5,3	▼	3,4	
ADL-beperking					
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	13		14	
HDL-beperking					
55 jaar en ouder (2008)	% met minimaal 1 beperking	20		22	
Beperking in horen					
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	9		9	
Beperking in zien					
55 jaar en ouder (2008)	% met beperking	6	▲	9	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 3: Infectieziekten

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Bevolkingsonderzoek					
Borstkanker (2006)	% deelname	73		-	
Baarmoederhalskanker (2008)	% beschermingsgraad	-		57	
Infectieziekten					
Hepatitis B acuut (2008)	Aantal meldingen	3		21	
Hepatitis B chronisch/ onbekend (2008)	Aantal meldingen	13		188	
Kinkhoest (2008)	Aantal meldingen	214		805	
Tuberculose (2008)	Aantal meldingen	7		112	
Tuberculose (2008)	Aantal röntgenfoto's ter identificatie	372		8.274	
Vaccinatie					
2 jaar (2009)	% gevaccineerd ¹	-		94	
10 jaar (2009)	% gevaccineerd ²	-		90	

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

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

- Onberekend.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Ervaren gezondheid					
5-6 jaar (2007-2008)	% slecht	2	▲	6	
10-11 jaar (2008-2009)		12	▲	17	
12-13 jaar (VO1) (2007-2008)		12		18	
14-15 jaar (VO2) (2007-2008)		17		18	
16-55 jaar (2008)	% matig of slecht	9	▲	14	
55 jaar en ouder (2008)		24	▲	30	
Eenzaamheid					
16-55 jaar (2008)	% matig tot zeer ernstig	38		41	
55 jaar en ouder (2008)		40		44	
16-55 jaar (2008)	% emotioneel eenzaam	14		16	
55 jaar en ouder (2008)		15		16	
16-55 jaar (2008)	% sociaal eenzaam	29		31	
55 jaar en ouder (2008)		28		32	
Depressie					
16-55 jaar (2008)	% hoog risico	6		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	Prins Alexander		Rotterdam	
Psychofarmaca					
16-55 jaar (2008)	% gebruikers	5		6	
55 jaar en ouder (2008)		9		9	
Psychische gezondheid					
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens leerkracht	11	▲	15	
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens ouders	10	▲	15	
5-6 jaar (2007-2008)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders	3		4	
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens leerkracht (SDQ)	4		6	
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens ouders (SDQ)	10	▲	14	
10-11 jaar (2008-2009)	% zorgelijke score volgens zowel leerkracht als ouders (SDQ)	2		2	
12-13 jaar (2007-2008)	% hoge score op psychosociale problemen (SDQ)	12		13	
14-15 jaar (2007-2008)		16	▼	13	
Suicide					
12-13 jaar (2007-2008)	% suïdegedachten, afgelopen jaar	21		19	
14-15 jaar (2007-2008)		21		18	
12-13 jaar (2007-2008)	% Suïdepoging ooit	3		3	
14-15 jaar (2007-2008)		7	▼	4	
Ingrijpende gebeurtenissen					
5-6 jaar (2007-2008)	% één of meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt, ooit	82		80	
10-11 jaar (2008-2009)		87	▼	81	
12-13 jaar (2007-2008)		90		89	
14-15 jaar (2007-2008)		92	▼	87	
12-13 jaar (2007-2008)	% meer dan één ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, ooit	66		63	
14-15 jaar (2007-2008)		73		62	
Ernstig geweldsdelict					
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden 1 keer	8		10	
14-15 jaar (2007-2008)		11		10	
12-13 jaar (2007-2008)	% in de afgelopen 12 maanden meer dan 1 keer	5		5	
14-15 jaar (2007-2008)		6		5	
Probleemgedrag					
10-11 jaar (2008-2009)	% een wapen bij zich dragen	7		6	
12-13 jaar (2007-2008)		7		7	
14-15 jaar (2007-2008)		9		9	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 4: Functioneren en kwaliteit van leven (vervolg)

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Seksuele gezondheid					
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens gevreeën	23	▼	19	
14-15 jaar (2007-2008)		59	▼	48	
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap gehad	3		4	
14-15 jaar (2007-2008)		15		16	
12-13 jaar (2007-2008)	% wel eens geslachtsgemeenschap zonder condoom	40		37	
14-15 jaar (2007-2008)		33		37	
16-55 jaar (2008)	% dat seks heeft gehad met losse partner(s)	8	▲	11	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Matig overgewicht					
5-6 jaar (2007-2008)	% BMI 25-30	6	▲	12	
10-11 jaar (2008-2009)		20		21	
16-55 jaar (2008)		30		30	
55 jaar en ouder (2008)		41		41	
Obesitas					
5-6 jaar (2007-2008)	% BMI ≥30	2	▲	5	
10-11 jaar (2008-2009)		5		7	
16-55 jaar (2008)		14		12	
55 jaar en ouder (2008)		20		19	
Roken					
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit gerookt	6		6	
12-13 jaar (2007-2008)		17		15	
14-15 jaar (2007-2008)		43	▼	35	
10-11 jaar (2008-2009)	% dagelijkse rokers	<1		<1	
12-13 jaar (2007-2008)		<1		0,5	
14-15 jaar (2007-2008)		8		7	
16-55 jaar (2008)	% rokers	25	▲	30	
55 jaar en ouder (2008)		19		22	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 5: Leefstijl (vervolg)

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Lichaamsbeweging					
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥2 dagen per week sport buiten schooltijd	60	▲	39	
10-11 jaar (2008-2009)		79	▲	67	
12-13 jaar (2007-2008)		80	▲	77	
14-15 jaar (2007-2008)		73		67	
10-11 jaar (2008-2009)	% dat lid is van sportvereniging	77	▲	65	
12-13 jaar (2007-2008)		73	▲	56	
14-15 jaar (2007-2008)		66		49	
16-55 jaar (2008)	% dat de NNGB niet haalt	44		47	
55 jaar en ouder (2008)		41		34	
Alcoholgebruik					
10-11 jaar (2008-2009)	% ooit alcohol gedronken	41	▼	28	
12-13 jaar (2007-2008)		32	▼	24	
14-15 jaar (2007-2008)		68	▼	49	
10-11 jaar (2008-2009)	% dat de afgelopen 4 weken heeft gedronken	12	▼	7	
12-13 jaar (2007-2008)		16	▼	11	
14-15 jaar (2007-2008)		50	▼	32	
16-55 jaar (2008)	% overmatige drinkers	6		9	
55 jaar en ouder (2008)		13		12	
16-55 jaar (2008)	% dat de norm aanvaardbaar alcoholgebruik overschrijdt	50		50	
55 jaar en ouder (2008)		45	▼	40	
Drugsgebruik					
10-11 jaar (2008-2009)	% softdrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	1,1		1,0	
12-13 jaar (2007-2008)		1,1		1,0	
14-15 jaar (2007-2008)		8		7	
12-13 jaar (2007-2008)	% harddrugs gebruikt in de afgelopen 4 weken	<1		<1	
14-15 jaar (2007-2008)		1,3		0,7	
16-55 jaar (2008)	% cannabis gebruikt in afgelopen jaar	5	▲	10	
16-55 jaar (2008)	% ooit harddrugs gebruikt	9		9,9	
Voeding					
5-6 jaar (2007-2008)	% dat ≥5 dagen per week ontbijt	98	▲	92	
10-11 jaar (2008-2009)		96	▲	90	
12-13 jaar (2007-2008)		86	▲	80	
14-15 jaar (2007-2008)		82	▲	71	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

Tabel 6: Huiselijk geweld en complexe probleemsituaties

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Huiselijk geweld					
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	202		2.844	
	Aantal meldingen ASHG slachtoffer per 10.000 inwoners	22		49	
	Aantal meldingen ASHG pleger	283		3.351	
	Aantal meldingen ASHG pleger per 10.000 inwoners	31		58	
Hulpverlening					
Meldingen LZN (2008)	Aantal meldingen	384		2.583	
	Aantal meldingen per 10.000 inwoners	43		44	

Tabel 7: Leefomgeving

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Geluidshinder					
16-55 jaar (2008)	% dat ernstige geluidshinder ervaart	29		31	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door bromfietsen of scooters	38		38	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door bureu	27	▲	36	
16-55 jaar (2008)	% geluidshinder door verkeer wegen <50 km/uur	27		32	
Groenbeleving in de buurt					
16-55 jaar (2008)	% dat het groen een voldoende geeft	75	▲	61	
55 jaar en ouder (2008)		91	▲	82	
16-55 jaar (2008)	% dat groen belangrijk vindt	97	▲	93	
55 jaar en ouder (2008)		98	▲	96	
16-55 jaar (2008)	% dat tot rust kan komen in het groen	63		61	
55 jaar en ouder (2008)		71	▼	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	57	▲	45	
55 jaar en ouder (2008)		78		65	
Buurtbeleving jeugd					
10-11 jaar	% vindt de woonbuurt niet leuk	7	▲	13	
10-11 jaar	% voelt zich soms of (heel) vaak onveilig in de woonbuurt	49	▲	56	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 7: Leefomgeving (vervolg)

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Luchtvervuiling					
Woningen bij wegen	Aantal <100 m rijksweg	375	●	2.364	
	% <100 m rijksweg	1	●	1	
	Aantal <50 m eerstelijns binnenstedelijk	1.442	●	16.147	
	% <50 m eerstelijns binnenstedelijk	5	●	9	
	% <100 m rijksweg of eerstelijns binnenstedelijk	6	●	10	
	% 100-300 m rijksweg	15	●	8	

▲ Significant gunstiger dan in Rotterdam.

▼ Significant ongunstiger dan in Rotterdam.

● Significantie is niet berekend.

Tabel 8: Zorg

Indicator	Definitie	Prins Alexander		Rotterdam	
Huisarts					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	67		70	
55 jaar en ouder (2008)		82		83	
Tandarts¹					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	80	▲	73	
55 jaar en ouder (2008)		59	▲	54	
GGZ / AMW					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	10		10	
55 jaar en ouder (2008)		5		6	
Thuiszorg					
16-55 jaar (2008)	% contact in afgelopen jaar	2		2	
55 jaar en ouder (2008)		10		11	
Mantelzorg					
16-55 jaar (2008)	% mantelzorgers op het moment van het onderzoek	9		9	
55 jaar en ouder (2008)		16		14	
Hulp en zorg					
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp in huishouding krijgt	19		22	
55 jaar en ouder (2008)	% dat hulp bij persoonlijke verzorging krijgt	11		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