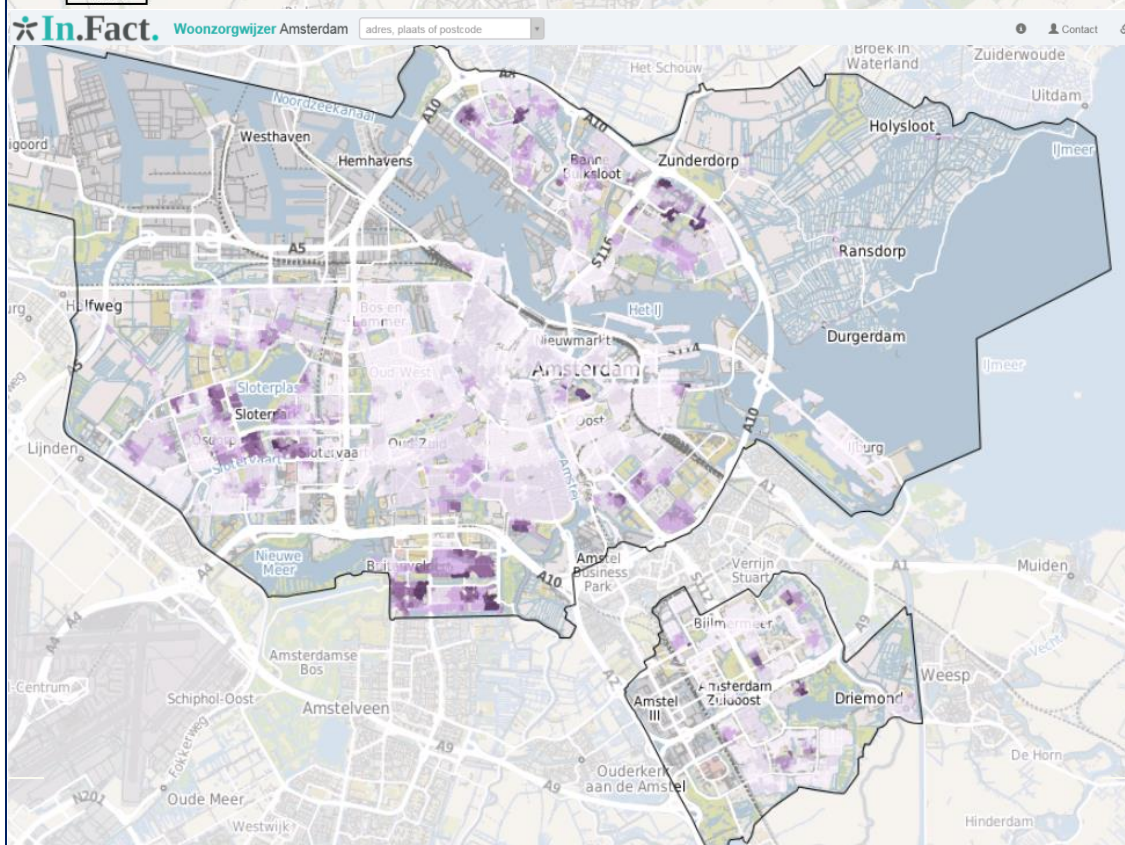
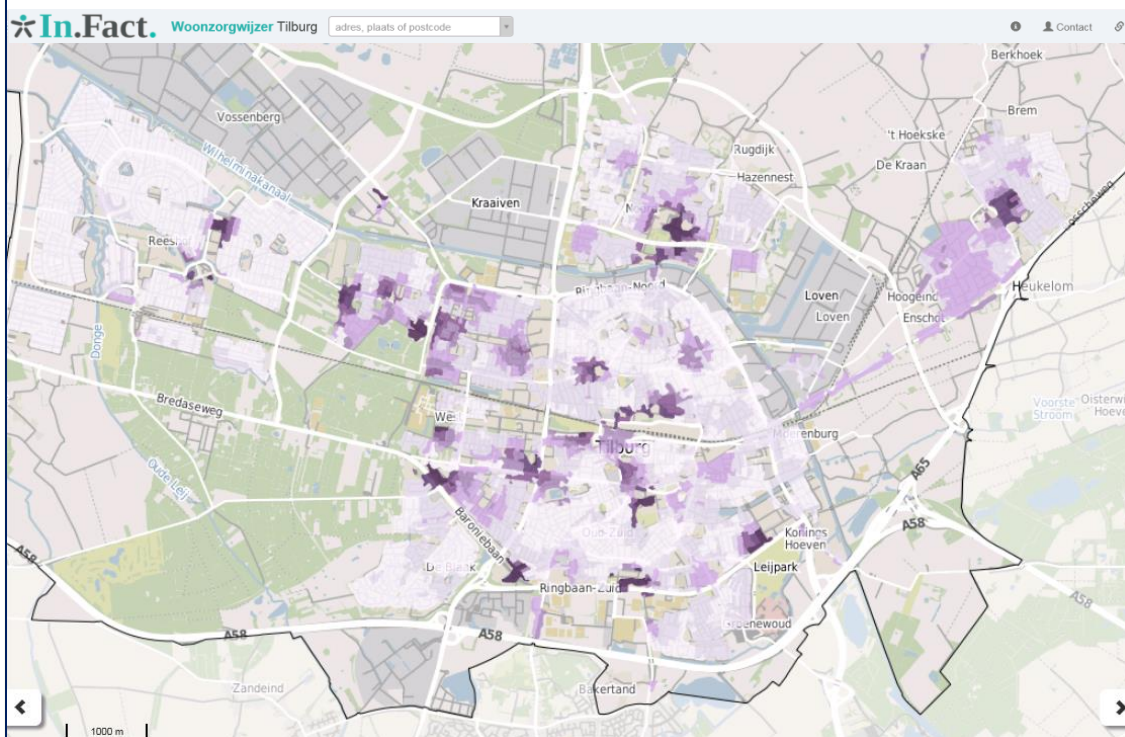


Ontwikkeling Woonzorgwijzer

Fase 1: Voorlopig ontwerp

Deelrapportage 2: Kwantificering groepen met beperkingen



De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij RIGO. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. RIGO aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Ontwikkeling Woonzorgwijzer

Fase 1: Voorlopig ontwerp

Deelrapportage 2: Kwantificering groepen met beperkingen

Opdrachtgever

Ministerie van BZK, DG Wonen en Bouwen

Auteurs

Kees Leidelmeijer

Froukje van Rossum

Johan van Iersel

Rapportnummer

P30150b

Uitgave

5 februari 2016

RIGO Research en Advies BV

De Ruyterkade 112C

1011 AB Amsterdam

Postbus 2805

1000 CV Amsterdam

020 522 11 11

info@rigo.nl www.rigo.nl

Inhoud

1	Inleiding	1
1.1	Ontwikkeltraject Woonzorgwijzer	1
1.2	Deze deelrapportage	4
2	Werkwijze	5
2.1	Kwantificering	6
2.2	Betekenis van de uitkomsten	10
3	Mensen met chronische somatische aandoeningen	13
3.1	Enkelvoudige somatische aandoening met mobiliteitsbeperkingen	15
3.2	Meervoudig somatisch o.m. chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols, schouder mét mobiliteitsbeperking	23
3.3	Meervoudig somatisch o.m. onvrijwillig urineverlies, darmstoornissen mét mobiliteitsbeperking	28
3.4	Meervoudig somatisch o.m. vernauwing bloedvaten, hart, COPD/astma mét mobiliteitsbeperking	33
3.5	Meervoudig somatisch o.m. hoge bloeddruk, diabetes (met complicaties) mét mobiliteitsbeperking	37
3.6	Meervoudig somatisch o.m. psoriasis, chronisch eczeem mét mobiliteitsbeperking	42
3.7	Lichamelijke handicap, multiproblematiek	46
3.8	Overlap tussen de groepen	50
4	Mensen met een licht verstandelijke beperking	51
4.1	Onderscheid naar mate van problemen	51
4.2	Kans op voorkomen in gebieden	53
5	Mensen met een dementiële aandoening	57
5.1	Beginnende problematiek	58
5.2	Lichte, meervoudige problematiek	59
5.3	Matige problematiek	62

6	Mensen met een visuele beperking	67
6.1	Slechtziend of blind, grotendeels zelfredzaam	69
6.2	Slechtziend of blind, niet zelfredzaam	73
7	Mensen met een auditieve beperking	77
7.1	Slechthorend, zelfredzaam	79
7.2	Slechthorend, niet zelfredzaam	84
8	Mensen met psychische aandoeningen	88
8.1	Hoog risico op angststoornis of depressie	92
8.2	Sociale problematiek en probleemgedrag	101
8.3	Psychiatrische problematiek, problemen sociale redzaamheid	101
8.4	Psychiatrische problematiek, problemen sociale redzaamheid en gedrag	107
8.5	Beschermd wonen	113
9	Mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking	116
9.1	Relatie met grondslag VG	116
10	Mensen met niet-aangeboren hersenletsel	125
10.1	Mensen die een beroerte hebben gehad	126
10.2	Beroerte en fysieke problematiek	131
10.3	Beroerte en psychische problematiek	135
11	Overlap tussen de groepen	139
11.1	Overlap binnen meervoudig somatisch	139
11.2	Overlap met groepen met beperkt cognitieve vermogens	139
11.3	Overlap overige aandoeningen	140
11.4	Conclusie	141
	Bijlage 1. De Leefbaarometer	142
	Bijlage 2. Grids en 200 meter stralen	145
	Bijlage 3. Kaartbeelden buurtniveau	148

1 Inleiding

1.1 Ontwikkeltraject Woonzorgwijzer

De Woonzorgwijzer is een instrument in ontwikkeling. Het einddoel van het instrument is om geografisch in beeld te brengen - nu en in de toekomst - welke groepen mensen met beperkingen in een gebied wonen, welke beperkingen zij hebben en welke condities voor hen relevant zijn om zelfstandig te kunnen wonen. Daarmee is het de bedoeling om aan gemeenten en lokale partijen een cijfermatige onderlegger voor gebiedsgericht beleid te bieden.

De ontwikkeling van de Woonzorgwijzer vindt plaats in een gefaseerde, exploratieve aanpak. In een voorstudie (fase 0) in 2014 is de behoefte bij gemeenten verkend.^[1] Als antwoord op die behoefte is in 2015 in een vervolgfase (fase 1) verkend of het mogelijk is een instrument als de Woonzorgwijzer ook in praktische zin te ontwikkelen. In deze fase is – naast BZK als opdrachtgever - Platform 31 betrokken als adviseur van BZK en voorzitter van de externe begeleidingscommissie waarin VWS, VNG, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, Achmea/Zilveren Kruis en de twee pilotgemeenten Amsterdam en Tilburg hebben geparticipeerd.

Fase 1 heeft geresulteerd in twee publicaties: een rapportage over de beperkingenprofielen (deelrapportage 1) en de voorliggende rapportage over de kwantificering en lokalisering van groepen (deelrapportage 2). Begin 2016 vindt de besluitvorming plaats over eventuele doorontwikkeling (fase 2). Het streven zou dan zijn om eind 2016 de ontwikkeling af te ronden.

De aanleiding

Er zijn in Nederland veel cijfers in omloop over de behoefte aan wonen met zorg nu en in de toekomst. Uit de eerdere rondgang bij gemeenten is gebleken, dat de veelheid aan cijfers en modellen ten koste gaat van de overzichtelijkheid. Ook ontbreekt het aan een helder begrippenkader, wordt vaak gefocust op een specifieke groep (waardoor het overzicht ontbreekt) en wordt niet zelden direct de oplossing voorgeschreven (terwijl die per situatie kan verschillen).

Door de decentralisaties en de hervormingen van de langdurige zorg, wonen steeds meer mensen met beperkingen 'gewoon' thuis. In de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is de gemeente als regisseur benoemd voor een goede afstemming van voorzieningen die nodig zijn om deze groepen zelfstandig te laten wonen. Goed beleid en een daaruit voortvloeiend uitvoeringsprogramma start met cijfermatig inzicht in: welke groepen mensen met beperkingen wonen er in de wijken en welke

^[1] RIGO (2014), Een Woonzorg(welzijn)wijzer: Verkenning wensen en mogelijkheden. RIGO i.o.v. ministerie van BZK.

condities, in termen van woning, wijkomgeving en ondersteunende dienstverlening, zijn voor de groepen van belang om zelfstandig te kunnen wonen? Veel gemeenten wensen een integraal, gebiedsgericht plan te maken, maar missen een instrument dat inzichtelijk maakt welke groepen in een gebied wonen en wat voor deze groepen van belang is om zelfstandig te kunnen wonen.

Om die reden heeft het ministerie van BZK opdracht gegeven aan onderzoeksbureau RIGO om een eerste ontwerp te maken voor een instrument waarmee een gemeente beleidsneutrale, gebiedsgerichte informatie kan verzamelen.

Niet uitgaan van de 'oplossing', maar van de beperkingen

De Woonzorgwijzer beoogt niet zelf de oplossingen aan te reiken, maar wel de input hiervoor te bieden. Bij de indeling van mensen met een zorg en/of ondersteuningsvraag wordt gekeken naar de beperkingen die mensen ervaren in het dagelijks leven. Het is immers mogelijk dat beperkingen tot bepaalde woon- en/of zorgbehoeften leiden. Bij andere kennisinstrumenten wordt vaak gestart bij het gebruik of aanbod van zorg en ondersteuning. De behoeften van mensen met beperkingen worden dan direct vertaald naar een bepaald type aanbod. Daar zijn een paar kanttekeningen bij te plaatsen:

1. Het is mogelijk dat diegene die niet of nog niet gebruik maken van formele zorg, maar wel beperkingen hebben, over het hoofd worden gezien.
2. Ook zijn door het versmallen van toegang tot zorg/voorzieningen sommige mensen met beperkingen op een gegeven moment niet langer in beeld, terwijl aan hun beperkingen en hun ondersteuningsbehoefte niets is veranderd. Zo hebben ouderen die voorheen naar een verzorgingshuis gingen nog steeds behoefte aan zaken die het verzorgingshuis bood, maar die nu op een andere wijze worden opgelost. Denk aan een aangepaste woning, een aanspreekpunt of een plek voor ontmoeting.
3. De registratie van mensen met beperkingen is sterk versnipperd en de verwachting bestaat dat dit door de decentralisaties verder zal toenemen. Veel databronnen zijn opgezet rondom een bepaalde regeling of voorziening en brengen slechts een beperkt domein, een specifieke groep of een beperkte periode in beeld. Dit zorgt voor bestandsvervuiling en maakt het moeilijk om lacunes en overlap in data te voorkomen.
4. Er zijn verschillende manieren om in een woon- of zorgbehoefte te voorzien: er zijn meerdere oplossingen mogelijk, afhankelijk van de lokale situatie en het lokale beleid.
5. Tot slot zijn wensen en behoeften veranderlijk doordat ze worden beïnvloed door het beschikbare aanbod en (technologische) innovaties.

In de Woonzorgwijzer worden daarom de beperkingen van mensen als uitgangspunt genomen: de basis van de zorg- en ondersteuningsbehoefte in plaats van 'de oplossing'.

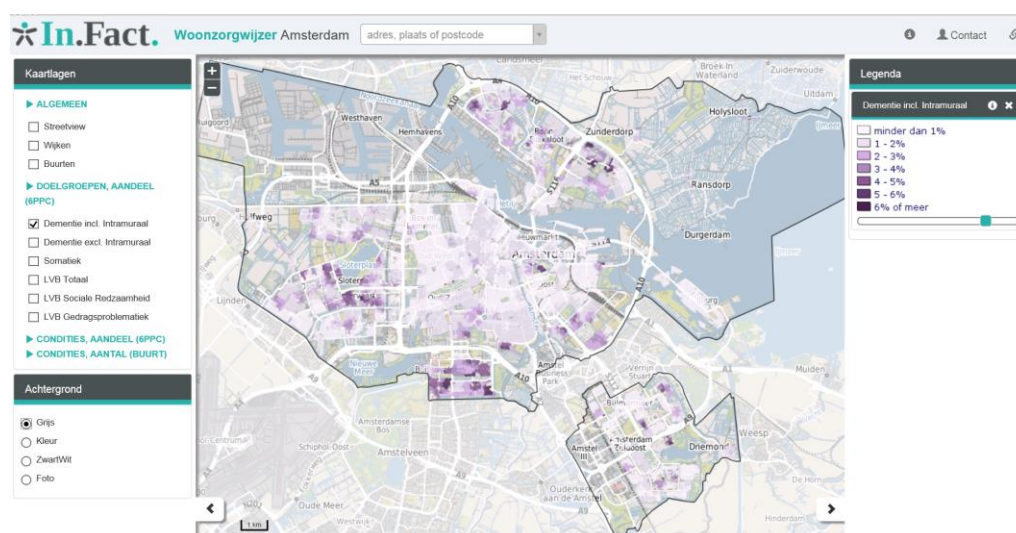
Het ontwerp van de Woonzorgwijzer

In de eerste fase van het ontwikkeltraject van de Woonzorgwijzer – waar onder meer in deze deelrapportage verslag van wordt gedaan - is gezocht naar mogelijkheden om:

- relevante groepen te benoemen/onderscheiden,
- die groepen te typeren in termen van hun beperkingenprofielen (zie deelrapportage 1),
- de groepen te kwantificeren en lokaliseren op basis uniforme, landelijke referentiegegevens (deelrapportage 2, voorliggend).

Deze stappen zijn uitgemond in een eerste ontwerp. Voor twee pilotgemeenten is een deel van de uitkomsten in een web-based tool verwerkt (Figuur 1-1) waarmee de validiteit en de gebruikswaarde zijn verkend.

Figuur 1-1 Screen-shot van de Woonzorgwijzer 'tool' voor Amsterdam op basis van het eerste ontwerp



Wat er nog nodig is om tot een definitieve Woonzorgwijzer te komen, is een verdere uitwerking van relevante condities voor de verschillende groepen om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen. De geformuleerde beperkingenprofielen (deelrapportage 1) zouden daarbij als vertrekpunt moeten worden gehanteerd. Daarnaast is het wenselijk om een meer actuele ramingsmethode op te stellen (in deze deelrapportage is bijvoorbeeld gewerkt met cijfers uit 2012) en is het wenselijk om te bezien of en hoe de Woonzorgwijzer kan worden uitgebreid met een prognosemodule. Ten slotte zal een (landsdekkende en gebruiksvriendelijke) tool moeten worden ontwikkeld om de uitkomsten met de gemeenten te delen.

Parallel aan deze ontwikkelingen is het wenselijk om de meer waarde van de Woonzorgwijzer in de gemeentelijke beleidspraktijk nader te toetsen. Daarvoor zouden 'experimenten' kunnen worden gestart waarbij de (voorlopige) resultaten van de Woonzorgwijzer kunnen worden benut in gemeentelijke beleidstrajecten. De op-

brengt van die experimenten kan daarnaast dienen om het gebruiksnut van de landelijke tool te optimaliseren.

1.2 Deze deelrapportage

In deze deelrapportage wordt nader ingegaan op de kwantificering en de lokalisering van de groepen die in het eerste ontwerp van de Woonzorgwijzer worden onderscheiden. Het vertrekpunt wordt gevormd door de groepen die in de deelrapportage 'beperkingenprofielen' zijn benoemd. In de voorliggende deelrapportage wordt verkend welke aangrijpingspunten er zijn om die groepen in (landelijke) onderzoeken en registraties te identificeren. Als identificatie mogelijk blijkt, worden de groepen beschreven in relatie tot de belangrijkste achtergrondkenmerken als leeftijd, inkomen, herkomst en typen huishoudens. Vervolgens wordt verkend óf en met welke indicatoren de aanwezigheid van de betreffende groepen in gebieden kan worden voorspeld op basis van populatie- en omgevingskenmerken. De focus ligt in alle gevallen op personen van 19 jaar of ouder¹ die deel uitmaken van zelfstandig wonende huishoudens. In een beperkt aantal gevallen wordt - waar relevant - aandacht besteed aan de populatie die verblijft in een instelling.

¹ Deze afbakening wordt gehanteerd in de Gezondheidsmonitor (Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM) – een van de centrale bronnen voor de Woonzorgwijzer. Om die reden is deze leeftijdsgrens ook in de andere bestanden gehanteerd.

2 Werkwijze

We onderscheiden in deze deelrapportage, op basis van de verkenning van groepen die in deelrapportage 1 wordt beschreven, de volgende hoofdgroepen:

1. Mensen met een somatische aandoening en mobiliteitsbeperking;
2. Mensen met een licht verstandelijke beperking;
3. Mensen met een dementiële aandoening (psychogeriatrische problematiek);
4. Mensen met visuele beperking;
5. Mensen met auditieve beperking;
6. Mensen met psychische aandoeningen;
7. Mensen met een matig tot ernstige verstandelijke beperking;
8. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Er wordt – behoudens de ondergrens van 19 jaar- bij de indeling in groepen met beperkingen geen leeftijdsgrens gehanteerd. De reden is dat aandoeningen niet strikt leeftijdsgebonden zijn. Er wordt primair uitgegaan van de aandoeningen en problemen zelf. Dat neemt niet weg dat het voorkomen van veel aandoeningen wel samenhangt met het ouder worden. Bij de typering van de betreffende groepen met aandoeningen wordt dan ook – onder meer - aangegeven in welke verhouding verschillende leeftijdsgroepen voorkomen.

De navolgende subgroepen komen aan de orde in deze deelrapportage.

(sub)groepen	Geschatte omvang in NL (2012)²
1. Mensen met een somatische aandoening en mobiliteitsbeperking;	
• somatiek enkelvoudig	107.000
• somatiek – meervoudig (w.o. gewrichtsklachten e.d.)	849.000
• somatiek - meervoudig (w.o. incontinentie)	370.000
• somatiek - meervoudig (w.o. hartfalen, COPD)	370.000
• somatiek - meervoudig (w.o. hoge bloeddruk, diabetes)	414.000
• somatiek - meervoudig (w.o. huidaandoeningen)	82.000
• lichamelijke handicap en psychische problemen	8.000
2. Mensen met een licht verstandelijke beperking;	
• Cognitief beperkt totaal	2.290.000
• Cognitief beperkt; problemen met sociale redzaamheid,	1.406.000
• Cognitief beperkt; gedragsproblematiek	110.000
3. Mensen met een dementiële aandoening;	
• Totaal (intra en extramuraal)	280.000
• Dementie extramuraal	231.000
• Dementie matig	38.000

² Per groep wordt in het betreffende hoofdstuk steeds een nadere onderbouwing gegeven van de aantallen die in de tabel zijn opgenomen.

(sub)groepen	Geschatte omvang in NL (2012) ²
• Dementie licht	22.000
• Dementie beginnend (geen diagnose)	174.000
4. Mensen met visuele beperking;	
• Slechtziend; grotendeels zelfredzaam	129.000
• Slechtziend, niet zelfredzaam	43.000
5. Mensen met auditieve beperking;	
• Slechthorend, grotendeels zelfredzaam	85.000
• Slechthorend niet zelfredzaam	27.000
6. Mensen met psychische aandoeningen;	
• Eigen leed (risico angststoornis of depressie; lichte problematiek)	642.000
• Eigen leed (risico angststoornis of depressie; problemen sociale redzaamheid)	47.000
• Psychiatrische problematiek, problemen rond sociale redzaamheid	108.000
• Psychiatrische problematiek, gedragsproblemen en problemen rond sociale redzaamheid	23.000
7. Mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking;	
• Verstandelijke handicap; matige problematiek	42.000
• Verstandelijke handicap; ernstige problematiek	38.000
8. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel.	
• Beroerte ooit	375.000
• Beroerte én fysieke problematiek.	66.000
• Beroerte én psychische problematiek.	25.000

2.1 Kwantificering

Schatting van groepen op basis van populatie- en omgevingskenmerken

De kwantificering (om hoeveel mensen gaat het?) en lokalisering van de groepen (waar wonen ze?) die in deze deelrapportage centraal staat, berust op verschillende bronnen. Bij de meeste groepen is de kwantificering ontleend aan de Gezondheidsmonitor³ en/of aan grondslagen die bij de voormalige AWBZ indicaties zijn gebruikt. Zo geeft de Gezondheidsmonitor bijvoorbeeld aan dat er in 2012 circa 360.000 mensen waren met COPD en dat er circa 800.000 mensen waren met meervoudig somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen, waaronder chronische gewrichtsontsteking, slijtage, en of aandoeningen aan nek, pols of schouder. Die vormen een subgroep van de mensen met een somatische aandoening en mobiliteitsbeperking. Een relevant gegeven dat uit de AWBZ-indicaties naar voren komt, is bijvoorbeeld dat er in 2012 circa 58.000 mensen waren met een AWBZ grondslag psychogeriatric die nog

³ Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM.

deel uitmaakten van een zelfstandig huishouden. Die vormen een subgroep van de mensen met een dementiële aandoening.

In de bestanden met AWBZ-indicaties en de Gezondheidsmonitor zijn individuen met (combinaties van) beperkingen te identificeren. Aan deze persoonsbestanden zijn (op microniveau) gegevens gekoppeld uit andere beschikbare bestanden. Deze bestanden vormden de basis voor de analyses. Voor elke subgroep is statistisch vastgesteld met welke kenmerken van de populatie (zoals leeftijd, inkomen, herkomst) en de omgeving (typen woningen, leefbaarheid, enzovoort) hun vóórkomen in gebieden samenhangt. Als eerste stap daarin zijn logistische regressies en multivariate covariantieanalyses gebruikt. Die basisanalyses zijn - binnen de CBS-omgeving - uitgevoerd op individueel niveau. Binnen die CBS-omgeving is het namelijk mogelijk om relevante gegevens op persoonsniveau te combineren, te weten:

- de gezondheidstoestand/klachten en beperkingen van een persoon,
- individuele kenmerken als leeftijd, geslacht en herkomst,
- huishoudenskenmerken zoals samenstelling huishouden en inkomen,
- kenmerken van de woonomgeving (door koppeling met het woonadres).

Door die gegevens statistisch met elkaar in verband te brengen, is per individu – dus op basis van persoons-, huishoudens- en omgevingskenmerken - een kans bepaald dat iemand behoort tot een specifieke subgroep met beperkingen. In die verklaringsmodellen zijn alleen effecten opgenomen voor zover ze significant zijn en een substantiele invloed hebben. Daarvoor is een ondergrens gehanteerd van 20%. Dat houdt in dat een indicator de kans dat iemand wel of niet een bepaalde problematiek heeft, minimaal moet vergroten of verkleinen met 20% om als substantieel te worden aangemerkt. Dat extra selectie criterium is noodzakelijk omdat bij analyses op het niveau van de gehele bevolking vrijwel elke indicator een significante bijdrage levert in een verklarende analyse.

Bij het opstellen van de modellen (waarmee de kans wordt bepaald dat iemand valt onder een specifieke subgroep) is gebruik gemaakt van multivariate analyses. Daardoor is steeds gecontroleerd voor de onderlinge samenhang tussen de voorspellende kenmerken. De relatie tussen bijvoorbeeld inkomen en het vóórkomen van een aandoening werkt dan alleen door voor zover die samenhang niet ook al tot uiting komt in de relatie tussen leeftijd en het vóórkomen van de betreffende aandoening. Dat is belangrijk omdat veel 'voorspellende' indicatoren (zoals leeftijd en inkomen) ook met elkaar samenhangen. Als daar niet voor zou worden gecontroleerd, wordt een te zwaar gewicht (of te licht) toegekend aan voorspellende indicatoren.

De populatiekenmerken die zijn gebruikt in de analyses (leeftijden, inkomens, huisvestingssituatie, herkomst en dergelijke) zijn ontleend aan het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. De omgevingsindicatoren zijn ontleend aan de Leefbaarometer (zie bijlage 1 voor een toelichting op dit instrument). Door aan te sluiten bij de Leefbaarometer kon een groot aantal omgevingsindicatoren worden ontsloten die in beginsel elke twee jaar worden geactualiseerd. Dat maakt een actualisatie van de Woonzorgwijzer relatief eenvoudig. Van de subgroepen die via de Gezondheidsmonitor zijn geïdentificeerd, ontbreekt een landsdekkende registratie. Het gaat hier im-

mers om een steekproefonderzoek. Door bij de modelschattingen gebruik te maken van gegevens uit landelijke registraties, kan echter ook voor deze groepen een landsdekkend beeld worden verkregen (extrapolatie).

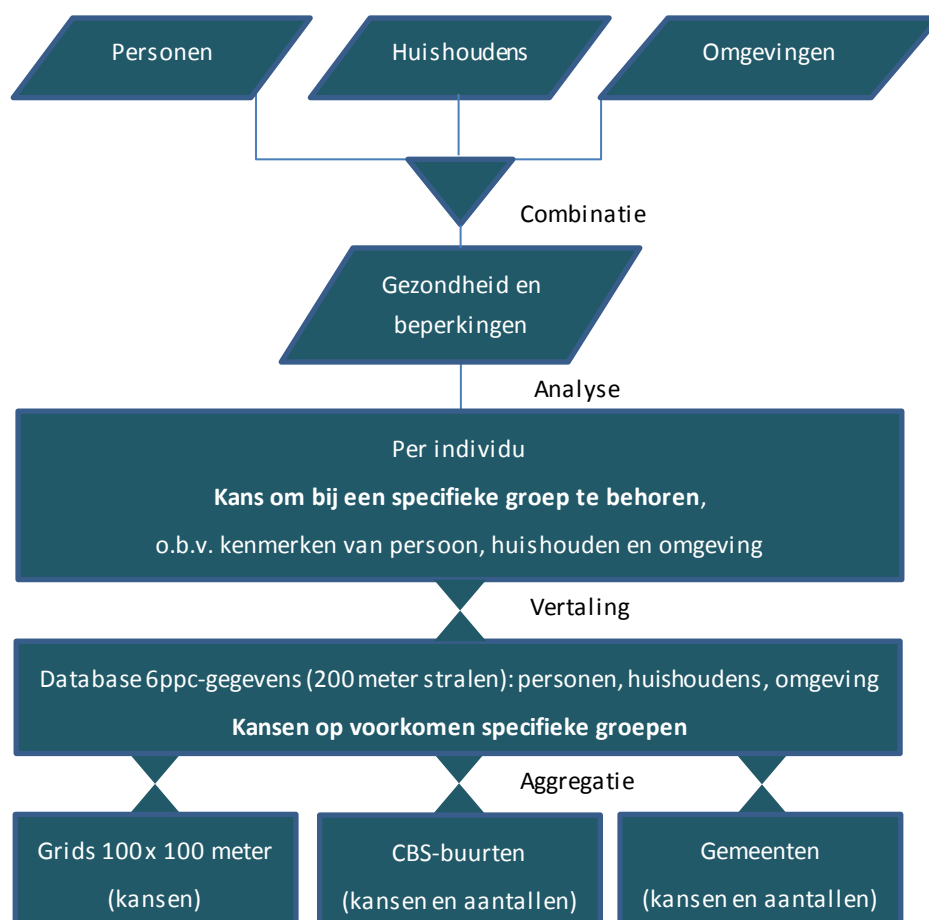
De Woonzorgwijzer is primair bedoeld om op het niveau van buurten in beeld te brengen welke specifieke groepen er wonen. Om die reden is voor de verklarende variabelen uitsluitend gebruik gemaakt van gegevens die uit landelijke registraties en op een laag schaalniveau beschikbaar zijn. Er is dus bijvoorbeeld niet geprobeerd om gegevens over leefstijl (roken, drinken, bewegen, sociale contacten) en dergelijke te relateren aan de kans dat iemand een specifieke aandoening heeft. Ook is geen gebruik gemaakt van mogelijke interacties (tussen verklarende/voorspellende kenmerken) omdat die vaak niet algemeen beschikbaar zijn.

De stap van de kansen op beperkingen op persoonsniveau naar gegevens over buurten wordt gemaakt door de kansen te aggregeren over de populatie in de betreffende buurt. Stel bijvoorbeeld dat is gevonden dat iemand met een leeftijd tussen de 70 en 75 jaar een kans heeft van 4% om een specifieke beperking te hebben, dan wordt die kans toegepast op alle personen van die leeftijd in dat gebied. Dus, stel dat er 50 mensen wonen van die leeftijd, dan is de verwachting dat er in die buurt 2 mensen (van die leeftijd) wonen die tot de betreffende groep horen. Welke 2 van de 50 dat zijn, is voor de Woonzorgwijzer niet direct relevant. Wel relevant is hoe de kansen liggen voor de andere leeftijdsgroepen. De inschatting van de omvang van de totale groep volgt namelijk uit de aggregatie van de kansen voor alle personen van 19 jaar en ouder in het betreffende gebied.

De stappen die zijn genomen om te komen van specifieke gegevens over personen, huishoudens en omgevingen naar de inschatting van de aantallen mensen behorend tot een groep in een gebied zijn weergegeven in het schema in Figuur 2-1. In het schema wordt zichtbaar dat een tussenstap wordt gehanteerd tussen de modelschatting op individueel niveau en de inschatting van het aantal personen in een gebied. De tussenstap betreft een vertaling van individuele kansen naar gebiedskansen op 6ppc-niveau (stralen van 200 meter). Die tussenstap is noodzakelijk omdat de persoonsgegevens alleen beschikbaar zijn binnen de beveiligde CBS-omgeving. Er is daarom een database ontwikkeld – grotendeels ontleend aan de Leefbaarometer – met gegevens op het niveau van stralen van 200 meter rond 6ppc-gebieden waarin de relevante, verklarende, gegevens over personen, huishoudens en omgevingen zijn opgenomen. Door gebruik te maken van stralen van 200 meter wordt gezorgd voor voldoende celvulling om onthulling te voorkomen. In bijlage 2 wordt verder toegelicht hoe de aggregatie naar stralen van 200 meter is gemaakt.

De rekenregels die kenmerken van mensen, huishoudens en omgevingen verbinden met het voorkomen van specifieke problematiek kunnen vervolgens via aggregatie vanuit dat 6ppc niveau op willekeurige gebieden in geheel Nederland worden toegepast. Daardoor kan op een laag schaalniveau en op uniforme wijze worden berekend hoeveel mensen met specifieke aandoeningen en daarmee samenhangende problematiek in een gebied kunnen worden verwacht.

Figuur 2-1 Schema van brongegevens naar kansen op beperkingen en aantallen personen per gebied



Beredeneerde ramingen

Een aantal relevante groepen (met specifieke beperkingen) is niet eenduidig in landelijke gegevensbestanden te identificeren. Dat is in het bijzonder het geval voor de groep met een beginnende dementiële aandoening (waarin mensen zitten die nog geen diagnose hebben) en voor de groep met een licht verstandelijke beperking. Om dat soort groepen toch te benaderen, wordt gebruik gemaakt van inzichten uit de wetenschappelijke literatuur en uit de praktijk. Zo is er uit ander onderzoek al wel bekend wat de relatie is tussen leeftijd en (kans op) dementie. En omdat we weten hoeveel mensen wél een diagnose dementie hebben, kan op basis van die algemene relatie ook worden achterhaald (door saldering) hoeveel mensen te maken hebben met beginnende dementie. De specifieke werkwijzen die zijn gehanteerd, worden bij elke subgroep afzonderlijk beschreven.

Peiljaar 2012

De ramingen die in deze deelrapportage worden beschreven, hebben betrekking op het jaar 2012. De reden is dat voor dat jaar de meeste gegevens beschikbaar waren

om de analyses op te baseren. De landelijke Gezondheidsmonitor bijvoorbeeld heeft 2012 als peiljaar. Bijkomend voordeel van dat jaar is dat er toen in de AW BZ nog maar in beperkte mate werd geanticipeerd op aanstaande veranderingen. Door combinatie van beide bronnen – en andere gegevens over de mensen die het betreft en de gebieden waar ze wonen – kon voor dat jaar dan ook een vrij compleet beeld worden gegeven van het voorkomen van mensen met specifieke beperkingen aandoeningen en problematiek in buurten. Omdat de modellen gebruik maken van algemene gegevens uit registraties is het vrij eenvoudig om de uitkomsten te actualiseren naar een recenter peiljaar. Voorwaarde is dat voor het betreffende jaar gegevens beschikbaar zijn.

Gebiedseenheden

De in de Woonzorgwijzer gehanteerde ondergrens van gebieden die in kaartbeelden worden getoond, wordt gevormd door grids (vierkantjes) van 100 x 100 meter. In bijlage 2 wordt nader toegelicht hoe de waardes van de grids worden berekend. Met de presentatie van de uitkomsten in grids willen we benadrukken dat het gaat om modeluitkomsten. Met de grids worden patronen getoond die laten zien in welke gebieden (binnen buurten) de kans groter of kleiner is dat specifieke subgroepen er voorkomen. De wijze van operationalisering van de onafhankelijke indicatoren (als ruimtelijke gemiddelden rond zespositie postcodegebieden) draagt er ook aan bij dat er geen sprake is van ‘onthulling’ terwijl toch betekenisvolle ruimtelijke variatie wordt getoond.

Op het schaalniveau van grids wordt niet gepretendeerd een feitelijke en gedetailleerde voorspelling te geven. Daarvoor wordt het niveau van CBS-buurten of – bij kleine groepen – dat van gemeenten - gebruikt.

2.2 Betekenis van de uitkomsten

Betrouwbaarheid

Een voorspelling is vanzelfsprekend nauwkeuriger als de ‘verklaring’ beter is. Die betrouwbaarheid is getest door de modeluitkomsten (aantallen personen behorend tot een specifieke groep) op het niveau van CBS-buurten te correleren met de feitelijke verdeling van groepen (zoals die uit de enquêtes en registraties kon worden afgeleid). Op die manier is steeds het modelmatig voorspelde aantal mensen met een specifieke aandoening of problematiek vergeleken met het feitelijk aantal. Als die aantallen ver uit elkaar liggen, is de samenhang klein (ondergrens 0). Als de aantallen perfect met elkaar overeen komen, is de samenhang groot (bovengrens 1). Het kwadraat van die samenhang wordt de verklaarde variantie genoemd en is de gebruikelijke maat voor de betrouwbaarheid van het model. Die maat varieert (dus) ook tussen 0% (geen verklaringskracht) en 100% (volledige verklaring, model is zeer betrouwbaar). In sociale wetenschappen wordt een verklaarde variantie van 50% in de regel als zeer acceptabel gezien.

De betrouwbaarheid van de voorspelling verschilt per groep (zie Tabel 2-1 voor een overzicht). Het vóórkomen van sommige aandoeningen of problematiek hangt sterk

samen met populatie- en omgevingsindicatoren. Dan zijn er vaak grote verschillen tussen gebieden in het vóórkomen van specifieke groepen en kunnen die verschillen ook goed worden verklaard. Voor een aantal aandoeningen komt de verklaringskracht van de modellen rond de 90% uit. Dat wil zeggen dat de verschillen in aantallen mensen tussen buurten met een specifieke aandoening vrijwel volledig kunnen worden verklaard door de populatie- en omgevingsindicatoren. Voor andere aandoeningen zijn er minder sterke samenhangen en zijn er óf weinig verschillen tussen buurten óf zijn die voor een groot deel 'onverklaard'. Zo is de aanwezigheid van specifieke groepen met psychische problematiek minder goed te voorspellen en komt de verklaringskracht uit op circa 33%. Dan helpt het wel om te weten hoe een buurt eruit ziet en wat voor mensen er wonen om te bedenken hoeveel mensen van die groep daar wonen (anders zou gewoon het Nederlands gemiddelde moeten worden genomen). Maar het is zeker niet zo dat er dan 'blind' op kan worden gevaren

Tabel 2-1 Betrouwbaarheid voorspelling aantallen personen per groep per buurt in Nederland

(sub)groepen	verklaarde variantie van de voorspelling op CBS buurt-niveau ⁴
1. Mensen met een somatische aandoening en mobiliteitsbeperking;	
• somatiek enkelvoudig	59%
• somatiek – meervoudig (w.o. gewrichtsklachten e.d.)	91%
• somatiek - meervoudig (w.o. incontinentie)	84%
• somatiek - meervoudig (w.o. hartfalen, COPD)	85%
• somatiek - meervoudig (w.o. hoge bloeddruk, diabetes)	86%
• somatiek - meervoudig (w.o. huidaandoeningen)	53%
• lichamelijke handicap en psychische problemen	59%
2. Mensen met een licht verstandelijke beperking;	
• Cognitief beperkt totaal	n.v.t. berekende inschatting op basis van literatuur
• Cognitief beperkt; problemen met sociale redzaamheid,	n.v.t. berekende inschatting op basis van literatuur
• Cognitief beperkt; gedragsproblematiek	n.v.t. berekende inschatting op basis van literatuur
3. Mensen met een dementiële aandoening;	
• Totaal (intra en extramuraal)	n.v.t. berekende inschatting op basis van literatuur
• Dementie extramuraal	n.v.t. berekende inschatting op basis van literatuur
• Dementie matig	71%
• Dementie licht	75%
• Dementie beginnend (geen diagnose)	o.b.v. saldering
4. Mensen met visuele beperking;	
• Slechtziend; grotendeels zelfredzaam	61%
• Slechtziend, niet zelfredzaam	48%
5. Mensen met auditieve beperking;	
• Slechthorend, grotendeels zelfredzaam	51%
• Slechthorend niet zelfredzaam	31%
6. Mensen met psychische problemen;	
• Eigen leed (risico angststoornis of depressie; lichte pro-	85%

⁴ Per groep wordt in het betreffende hoofdstuk (de betreffende paragraaf) dat (die) aan die groep is gewijd het model beschreven dat leidt tot de verklaarde variantie.

(sub)groepen	verklaarde variantie van de voorspelling op CBS buurt- niveau ⁴
<ul style="list-style-type: none"> • Eigen leed (risico angststoornis of depressie; problemen sociale redzaamheid) 30% • Psychiatrische problematiek, problemen rond sociale redzaamheid 88% • Psychiatrische problematiek, gedragsproblemen en problemen rond sociale redzaamheid 53% 	
7. Mensen met een matig tot ernstige verstandelijke beperking; <ul style="list-style-type: none"> • Verstandelijke handicap; matige problematiek 76% • Verstandelijke handicap; ernstige problematiek 28% 	
8. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel. <ul style="list-style-type: none"> • Beroerte ooit 86% • Beroerte én fysieke problematiek. 57% • Beroerte én psychische problematiek. 31% 	

Geen causaliteit

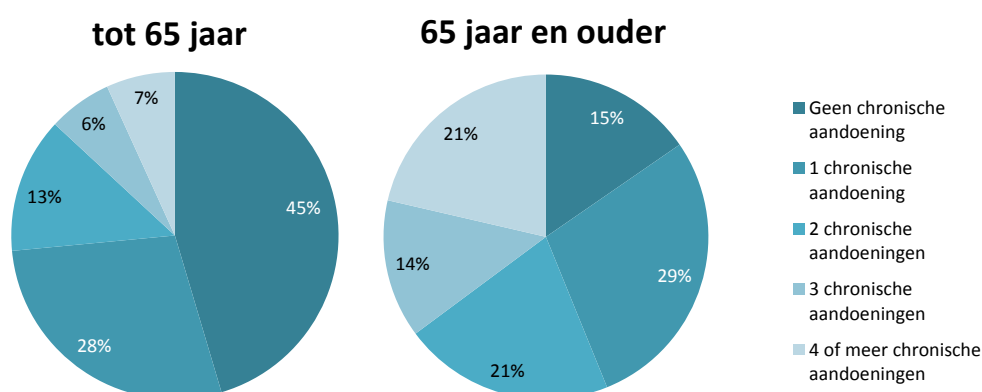
Het is belangrijk te benoemen dat de analyse waarbij populatie- en omgevingskenmerken in verband worden gebracht met het vóórkomen van specifieke problematiek van mensen, *geen* causale analyse is. Zo kan een negatieve samenhang tussen bijvoorbeeld inkomen en de kans op een aandoening tot stand komen doordat de aandoening negatief van invloed is op de kans om een hoog inkomen te verwerven. Maar in theorie kan het ook zijn dat inkomen (in)direct van invloed is op het vóórkomen van de betreffende aandoening. Ook kunnen achterliggende factoren zoals leefstijl verklarend zijn voor de samenhang. Voor de Woonzorgwijzer is dat op zichzelf minder van belang. Het primaire doel is namelijk om het vóórkomen van groepen met specifieke problematiek en daarmee samenhangende redzaamheidsprofielen in gebieden te voorspellen. Het verklaren van de reden van hun voorkomen in die gebieden is vanzelfsprekend wel belangrijk, maar geen onderwerp van de Woonzorgwijzer.

Voor het voorspellen van ontwikkelingen in de prevalentie van stoornissen is het overigens wel van belang dat er een beeld bestaat van de bestendigheid van de samenhang tussen populatie- en omgevingskenmerken aan de ene kant en het voorkomen van aandoeningen en problematiek aan de andere. Voor zover daar geen duidelijkheid over bestaat, zal met aannames moeten worden geëxpliciteerd dat – bijvoorbeeld - wordt uitgegaan van een in de tijd constante samenhang tussen bijvoorbeeld leeftijd en het voorkomen van aandoeningen.

3 Mensen met chronische somatische aandoeningen

Het vóórkomen van een of meer somatische aandoeningen hangt sterk samen met leeftijd. Bij 65-plussers is het zelfs ‘normaler’ dat men een of meer chronische aandoeningen heeft dan dat men geen aandoening heeft. Maar ook bij personen onder de 65 jaar geldt dat net iets meer dan de helft een of meer chronische somatische aandoeningen heeft (Figuur 3-1).

Figuur 3-1 verdeling van aantal chronische aandoeningen per persoon voor personen van 65 jaar en ouder en voor personen tot 65 jaar



Bron: Gezondheidsmonitor 2012

Het aantal mensen met somatische aandoeningen is omvangrijk. Een indicatie daarvan wordt gegeven in Tabel 3-1.

Tabel 3-1 Top-10 van ziekten en aandoeningen naar puntprevalentie in 2011

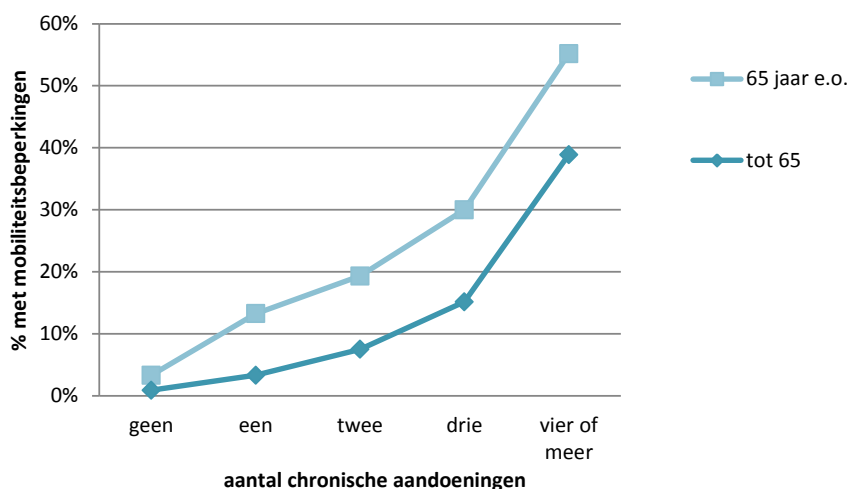
Rangorde	Ziekte / Aandoening	Totale bevolking
1	Perifere artrose	1.188.600
2	Diabetes mellitus	834.100
3	Nek- en rugklachten	652.200
4	Coronaire hartziekten	604.500
5	Astma	477.401
6	COPD (ademhalingsstoornissen)	361.800
7	Kanker (alle vormen samen)	341.640
8	Osteoporose (botontkalking)	258.800
9	Hartritmestoornissen (boezemfibrilleren)	195.700
10	Hartfalen	141.600

Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

Voor veel mensen met een dergelijke ziekte of aandoening geldt dat zij daar niet of in zeer geringe mate door worden beperkt in hun dagelijkse leven. Dat komt bijvoorbeeld doordat er (nog) geen symptomen zijn of doordat medicatie afdoende werkt om symptomen tegen te gaan. Voor de meeste van deze aandoeningen geldt dat, wanneer er nog geen sprake is van meervoudige problematiek en/of complicaties, de gevolgen vooral zichtbaar worden in een beperking van het lichamenlijk functioneren. Dat komt dan tot uiting in beperkingen op het vlak van mobiliteit, dagelijkse levensverrichtingen en het doen van het huishouden.

Het komt relatief vaak voor dat mensen meer dan een aandoening hebben. En daarbij geldt: hoe meer aandoeningen iemand heeft, hoe groter de kans dat die persoon ook mobiliteitsbeperkingen heeft (Figuur 3-2). Daarbij ligt het aandeel 65-plussers met een mobiliteitsbeperking altijd net wat hoger dan bij de personen onder de 65 jaar. Tegelijkertijd wordt ook duidelijk dat het hebben van een chronische aandoening lang niet altijd betekent dat men ook een mobiliteitsbeperking heeft. Gemiddeld heeft bijvoorbeeld slechts 1 op de 7,5 ouderen met één chronische aandoening ook een mobiliteitsbeperking. Als men vier of meer chronische aandoeningen heeft, loopt dat snel op tot 1 op de 2. Maar ook dan zijn er dus nog mensen die op het gebied van mobiliteit geen (grote) beperkingen ervaren.

Figuur 3-2 Samenhang tussen aantal chronische aandoeningen van een persoon en de (kans op) het voorkomen van mobiliteitsbeperkingen



Bron: Gezondheidsmonitor 2012

Voor de Woonzorgwijzer richten we ons binnen deze groepen met somatische aandoeningen of beperkingen uitsluitend op de groepen die ook mobiliteitsbeperkingen hebben. Als die beperkingen er niet zijn, gaan we ervan uit dat zij zonder nadere relevante condities – en gesteld dat ze geen andere problematiek hebben – zelfstandig zouden kunnen moeten wonen. Of mensen wel of geen mobiliteitsbeperkingen hebben, wordt geoperationaliseerd door vragen die in de Gezondheidsmonitor zijn opgenomen en waaruit kan worden afgeleid dat mensen de volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren:

- Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen;
- Staan, bukken en iets van de grond oppakken;
- 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan.

De aanname is dan dat als mensen deze activiteiten zonder grote moeite kunnen uitvoeren, zij in principe ook in staat zouden moeten zijn om zelfstandig de noodzakelijke taken in de persoonlijke verzorging, het huishouden en dergelijke te kunnen uitvoeren. Daarmee zijn de groepen met somatische aandoeningen waar de Woonzorgwijzer zich op richt, een selectie van de totale groep mensen met deze aandoeningen. De gemeenschappelijke noemer binnen de verschillende groepen met somatische aandoeningen is de mobiliteitsbeperking.

Er wordt verder onderscheid gemaakt tussen de volgende groepen:

1. een groep met enkelvoudige somatische aandoeningen (exclusief zintuiglijke aandoeningen, beroerte en dementiële aandoeningen) en mobiliteitsbeperkingen.
2. een groep met meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, onderscheiden in de subgroepen (waarbij iemand hoort tot een subgroep als hij of zij (ook) een van de volgende aandoeningen heeft):
 - a. chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols, schouder, spierziekte;
 - b. onvrijwillig urineverlies, darmstoornissen;
 - c. vernauwing bloedvaten, hart, COPD/astma;
 - d. hoge bloeddruk, diabetes (met complicaties);
 - e. psoriasis, chronisch eczeem.

Voor alle groepen geldt dat de beperkingen – en de voor ‘zelfstandig wonen’ relevante condities – voortkomen uit de mobiliteitsbeperkingen. Daarnaast brengen de specifieke aandoeningen nog aanvullende relevante condities met zich mee zoals is beschreven in de deelrapportage ‘beperkingenprofielen’. In de volgende paragrafen worden die (sub)groepen nadere getypeerd en wordt aangegeven op basis van welke populatie- en omgevingsindicatoren een inschatting kan worden gemaakt van hun voorkomen in specifieke wijken en buurten.

3.1 Enkelvoudige somatische aandoening met mobiliteitsbeperkingen

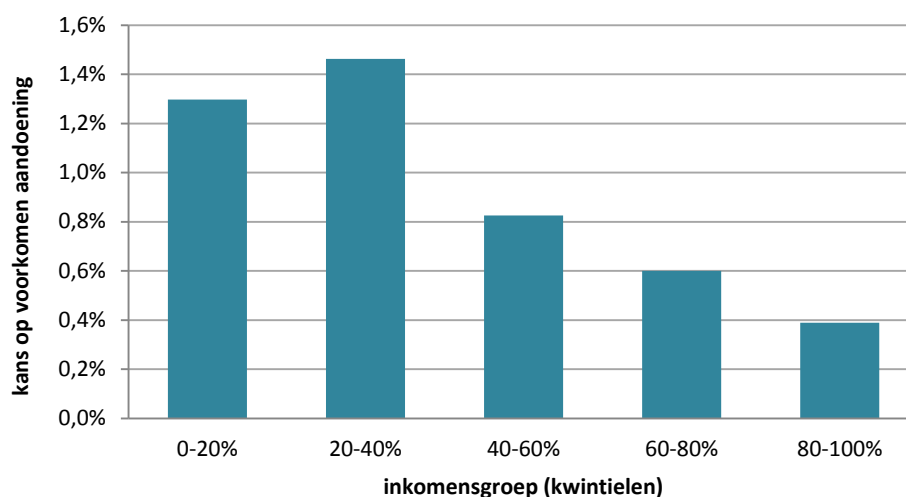
3.1.1 Korte typering

Het totaal van de groep met een enkelvoudige somatische aandoening én mobiliteitsbeperkingen komt landelijk gezien uit op ruim 100.000 mensen. Als aandeel van de totale populatie van mensen van 19 jaar en ouder is dat 0,85%.

Een relatief groot deel van deze groep heeft een laag inkomen. Iets meer dan de helft van de groep behoort tot de 40% (landelijk) laagste inkomens. De kans dat iemand een enkelvoudige somatische aandoening met een mobiliteitsbeperking heeft, is ruim

3,5 keer groter als iemand tot de groep laagste 40% inkomens behoort dan wanneer iemand behoort tot de groep met de 20% hoogste inkomens.

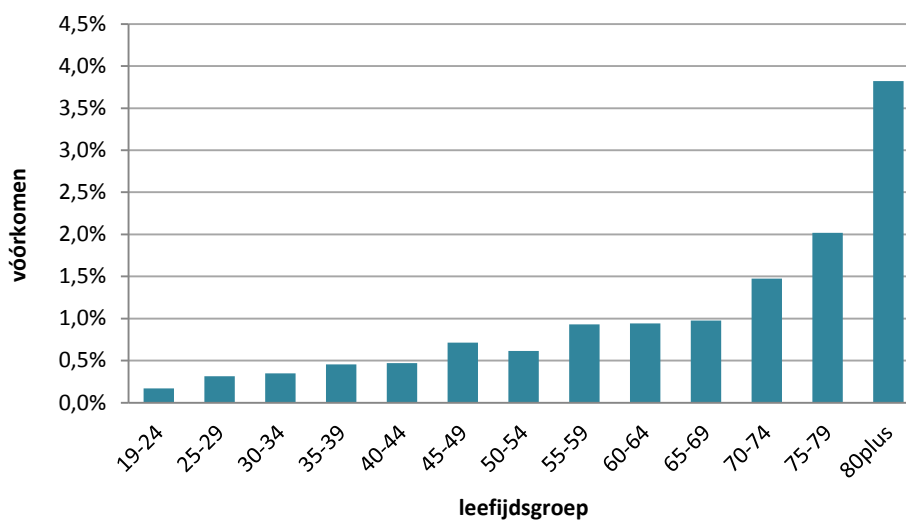
Figuur 3-3 Kans op voorkomen enkelvoudige somatische aandoening met mobiliteitsbeperking in relatie tot huishoudensinkomen.



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Ongeveer 60% van deze groep bestaat uit vrouwen en 40% uit mannen. Er is een vrij sterke samenhang met leeftijd. De kans dat iemand een enkelvoudige aandoening met mobiliteitsbeperking heeft, is ruim vier keer zo groot als iemand 70 jaar of ouder is dan wanneer iemand tussen 19 en 69 jaar is.

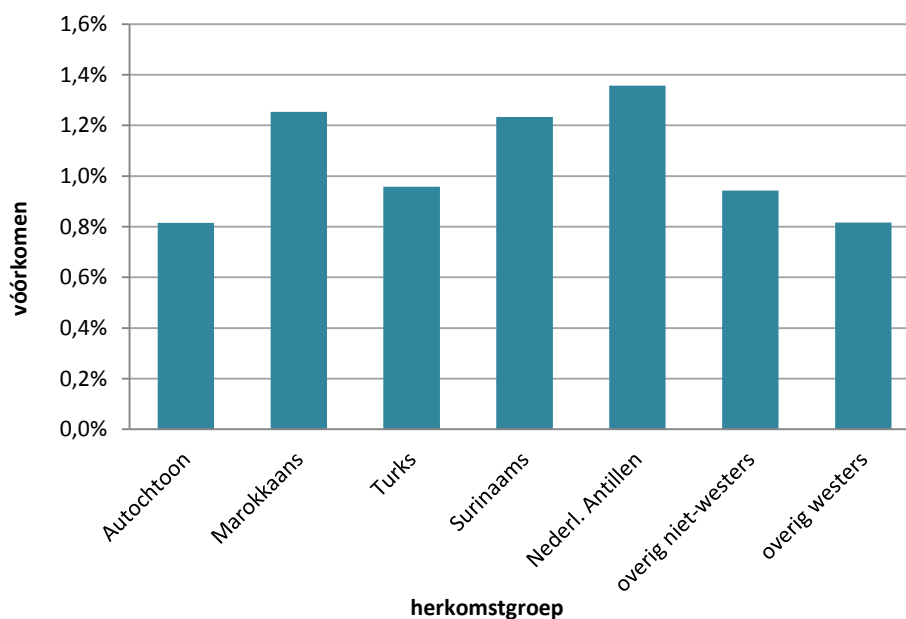
Figuur 3-4 Kans op voorkomen enkelvoudige somatische aandoening met mobiliteitsbeperking in relatie tot leeftijd.



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Ruim driekwart van de groep bestaat uit autochtonen. Toch ligt de prevalentie wat hoger onder niet-westerse herkomstgroepen en in het bijzonder onder mensen van Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst. Het verschil bedraagt echter minder dan een factor 2 (zie Figuur 3-5).

Figuur 3-5 Kans op voorkomen enkelvoudige somatische aandoening met mobiliteitsbeperking in relatie tot herkomst.



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Ongeveer twee derde van de groep ervaart de eigen gezondheid als 'minder dan goed'. Ter vergelijking: in de totale populatie geldt dat voor een kwart van de mensen.

3.1.2 Kans op voorkomen in gebieden

Veel van de in de vorige paragraaf beschreven kenmerken van de groep hangen met elkaar samen. Zo hebben oudere mensen vaker een laag inkomen, net als mensen van niet-westerse herkomst en zijn ouderen vaker een vrouw dan een man. Om de unieke samenhang van de betreffende kenmerken met het voorkomen van de aandoening te bepalen, is een multivariate covariantieanalyse toegepast op de gegevens uit de Gezondheidsmonitor, verrijkt met kenmerken uit de Leefbaarometer. In de analyse zijn zowel populatiekenmerken als omgevingskenmerken opgenomen om te bepalen hoe groot de kans is dat mensen in een specifiek gebied tot de hier onderscheiden groep behoren. De analyses zijn uitgevoerd op individueel niveau.

Uit de analyse komt naar voren dat de volgende kenmerken significant samenhangen met het voorkomen van de betreffende groep:

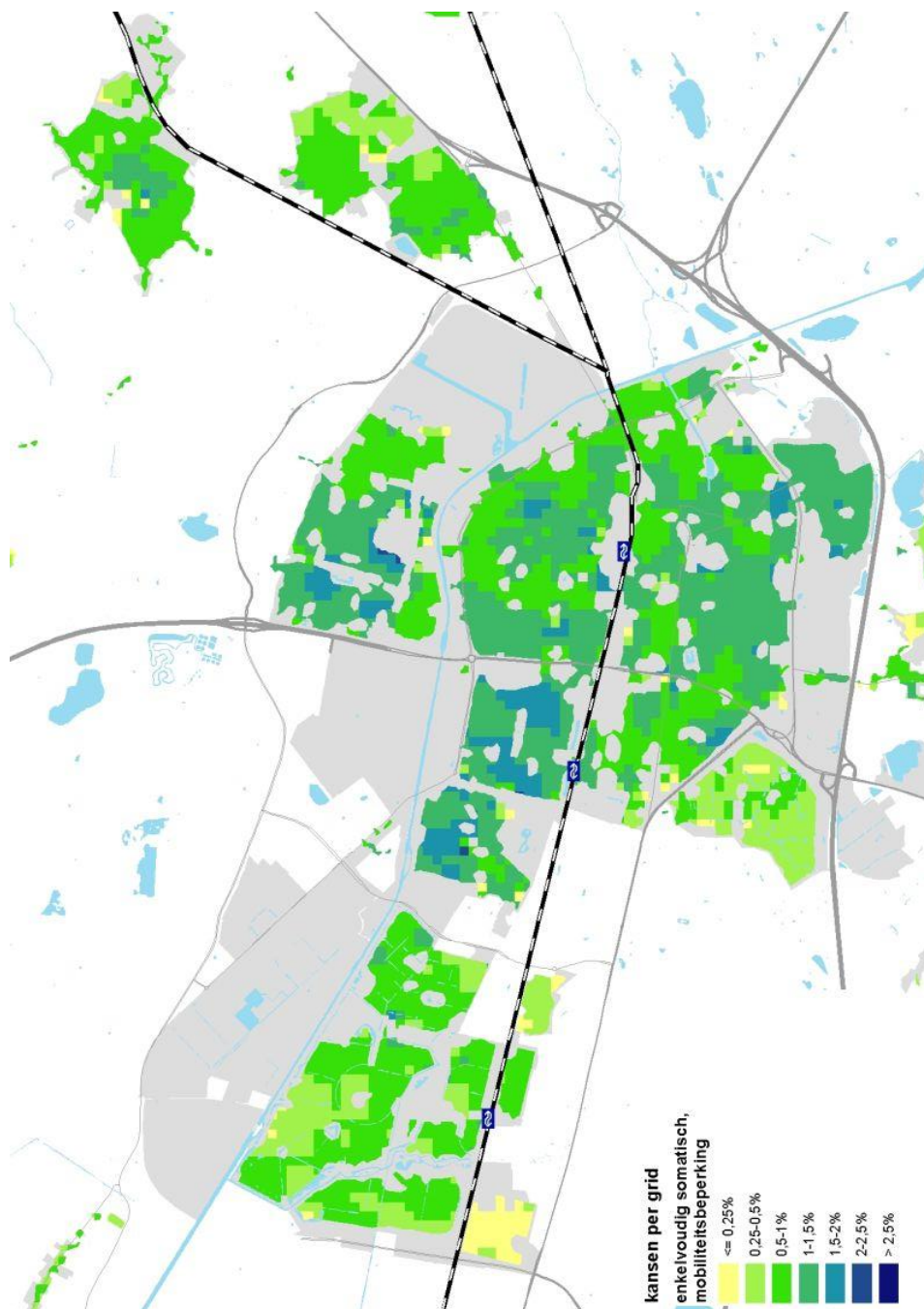
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
ethniciteit	kleinere kans bij westers allochtonen grotere kans bij Surinaamse herkomst grotere kans bij Turkse herkomst
aandeel meerpersoons met kinderen	grotere kans naarmate in een gebied meer huishoudens met kinderen wonen
aandeel eenpersoons in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoons huishoudens zijn.
aandeel meergezinswoningen	kleinere kans naarmate er meer meergezinswoningen zijn in een gebied
dimensie 'woningen'	grotere kans bij een hogere score op de dimensie 'woningen' uit de Leefbaarometer
dimensie 'veiligheid'	kleinere kans bij een hogere score op de dimensie 'veiligheid' in de Leefbaarometer

De samenhang tussen het voorkomen van deze enkelvoudige aandoeningen in combinatie met mobiliteitsbeperkingen en populatie- en omgevingskenmerken biedt voldoende houvast om zinvolle onderscheiden tussen gebieden te maken. De uitkomsten zijn geaggregeerd op het niveau van CBS-buurten. De verklaarde variantie van de voorspelling van het voorkomen van deze groep op dat niveau komt uit op 59%. Dat wil zeggen dat het grootste deel van de verschillen tussen buurten wordt verklaard door het model. Het geeft tegelijkertijd ook aan dat er in werkelijkheid variaties zijn die niet met het model worden verklaard. Dat kunnen toevalsfluctuaties zijn, maar ook structurele verschillen waarvoor geen verklaring kan worden gevonden met de beschikbare populatie- en omgevingsfactoren.

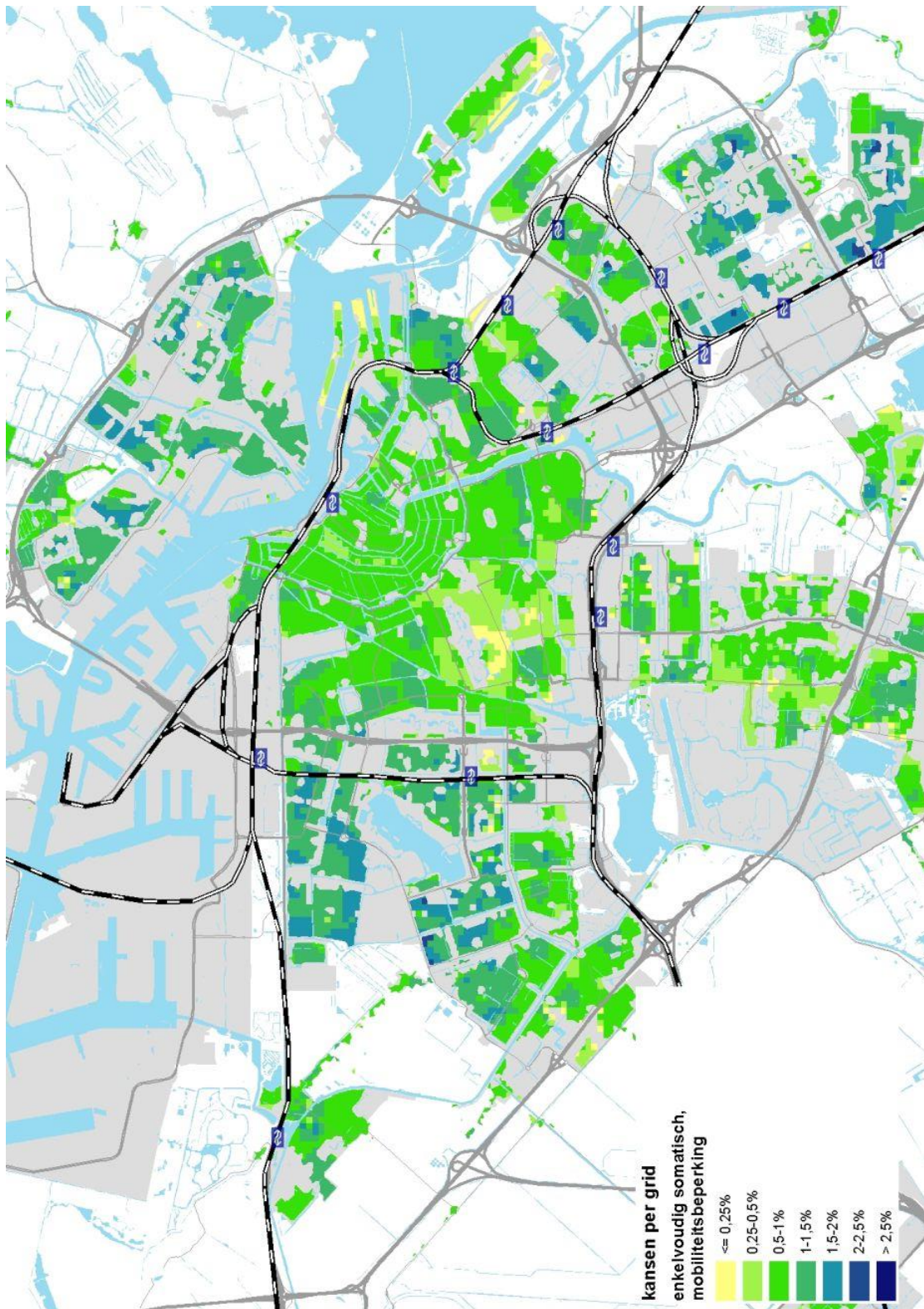
In navolgende kaartbeelden wordt de resulterende ruimtelijke verdeling voor Tilburg en Amsterdam weergegeven op het niveau van grids van 100 x 100 meter om zwaartepunten in de verdeling binnen buurten te tonen. Daarvoor zijn de rekenregels uit het verklaringsmodel toegepast op (de verdeling van de populatie in gebieden van 200 meter rond) zes positiepostcode gebieden. In de grids zijn de uitkomsten op 6ppc-niveau weer (gewogen naar aantal bewoners) geaggregeerd.

In die kaartbeelden komt goed tot uiting dat er meerdere invloeden doorwerken in de kans op het voorkomen van de groep met enkelvoudige somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen.

Kaart 3-1 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van enkelvoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen in Tilburg

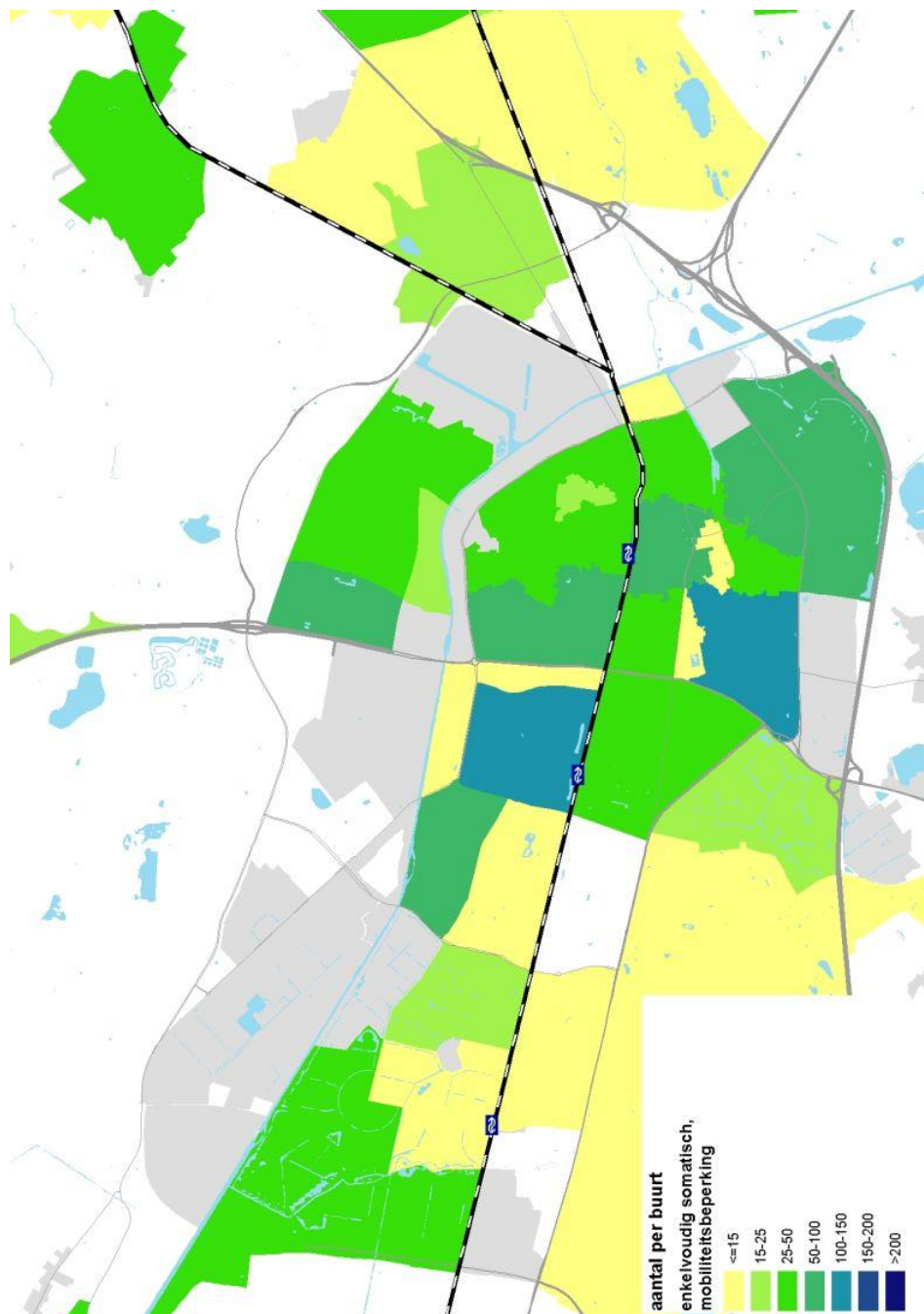


Kaart 3-2 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van enkelvoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen Amsterdam

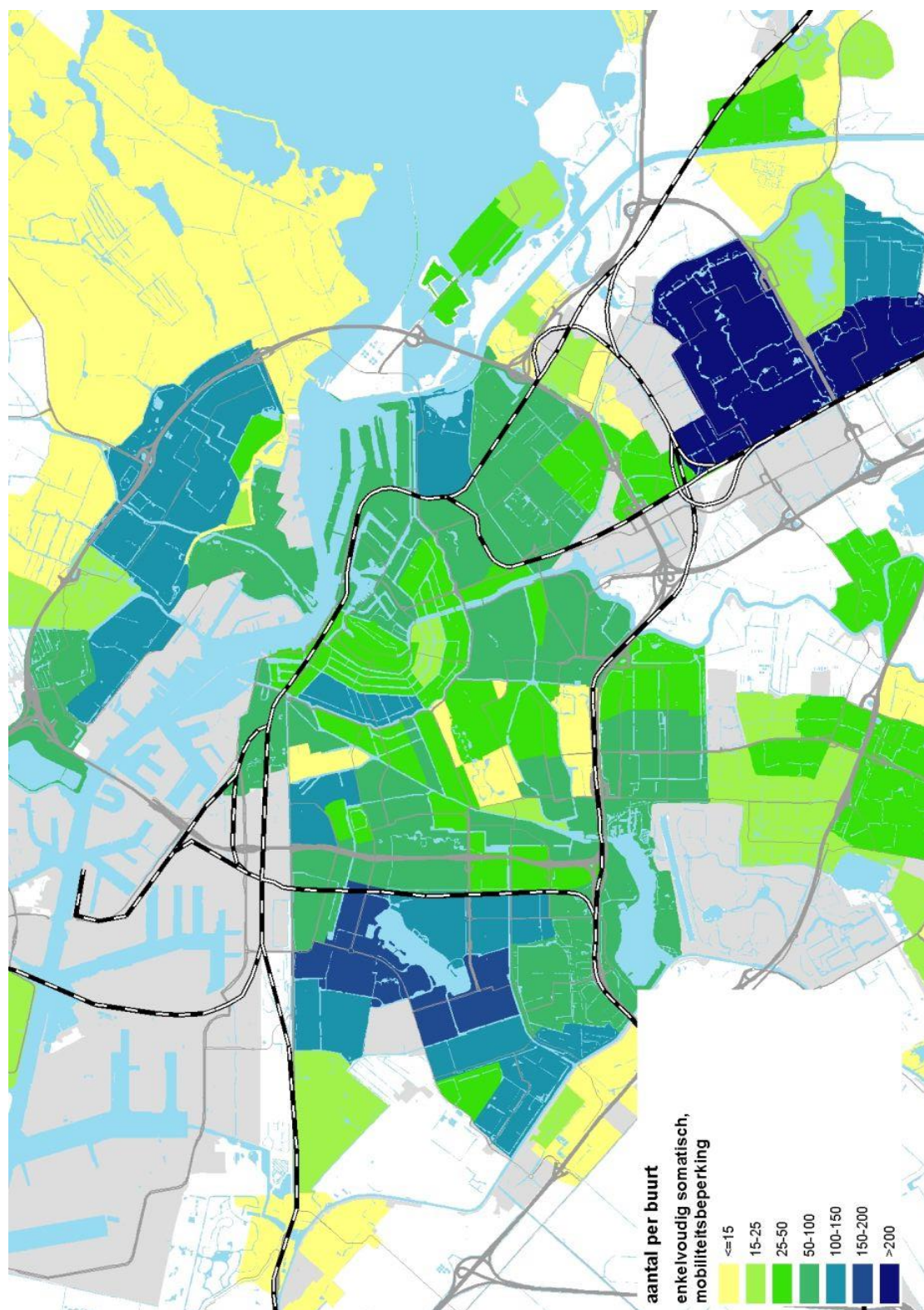


Door aggregatie kunnen ook de aantallen per buurt worden berekend. Die uitkomsten zijn ter illustratie weergegeven in Kaart 3-3 en Kaart 3-4. In bijlage 3 zijn de uitkomsten op buurtniveau opgenomen voor een selectie van overige groepen met beperkingen in de steden Tilburg en Amsterdam.

Kaart 3-3 *Geschat aantal volwassenen met enkelvoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen per buurt in Tilburg*



Kaart 3-4 Geschat aantal volwassenen met enkelvoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen per buurt in Amsterdam



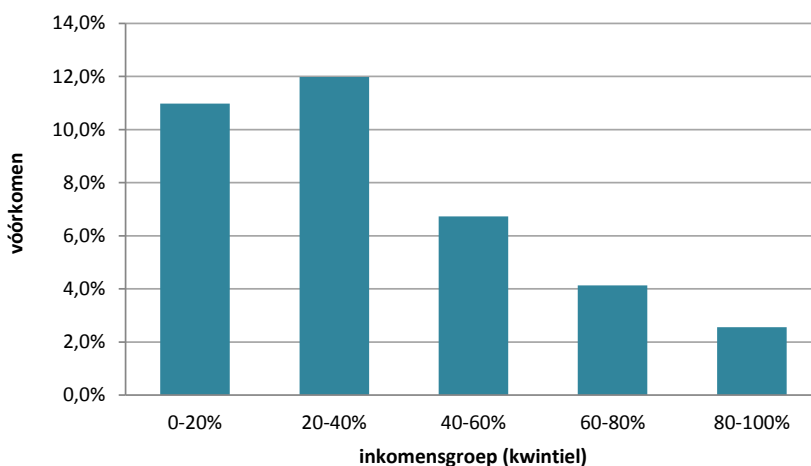
3.2 Meervoudig somatisch o.m. chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols, schouder mét mobiliteitsbeperking

3.2.1 Korte typering

De groep mensen met meervoudige somatische aandoeningen waaronder minimaal een uit de reeks chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols, schouder én mobiliteitsbeperkingen, is behoorlijk omvangrijk. Het gaat landelijk om circa 850.000 mensen van 19 jaar en ouder.

De kans dat iemand een meervoudige somatische aandoening van dit type heeft, hangt vrij sterk samen met het inkomen van het huishouden. De kans dat iemand uit de hoogste inkomensgroep dit type aandoeningen heeft, ligt ruim een factor 4,5 lager dan dat iemand uit het tweede inkomenskintiel dergelijke aandoeningen heeft.

Figuur 3-6 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols, schouder, in relatie tot inkomen.

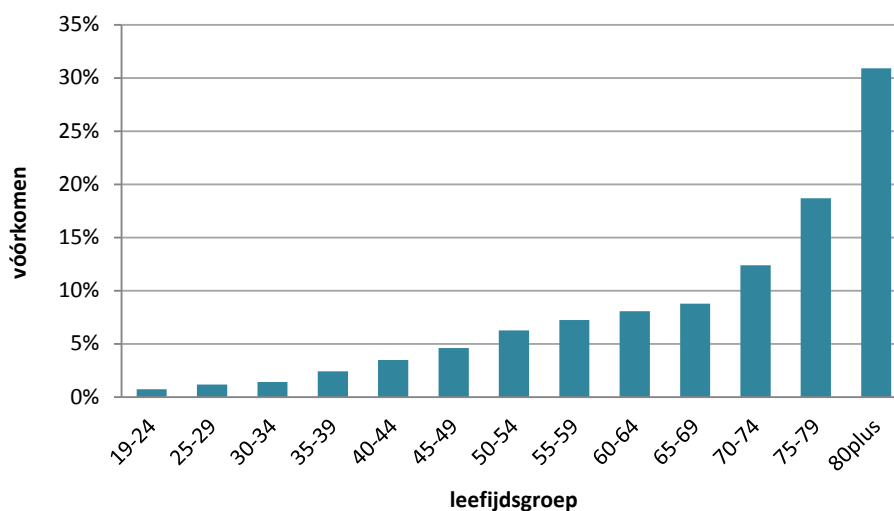


Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Ongeveer 70% van de groep bestaat uit vrouwen. De samenhang met leeftijd is sterk. De kans dat iemand van 65 jaar of ouder dit type aandoeningen heeft, is bijna vijf keer zo groot als dat een jonger persoon dergelijke aandoeningen heeft. En als de jongste en oudste leeftijdsgroepen worden vergeleken, bedraagt het verschil zelfs (ruim) een factor 40 (zie Figuur 3-7).

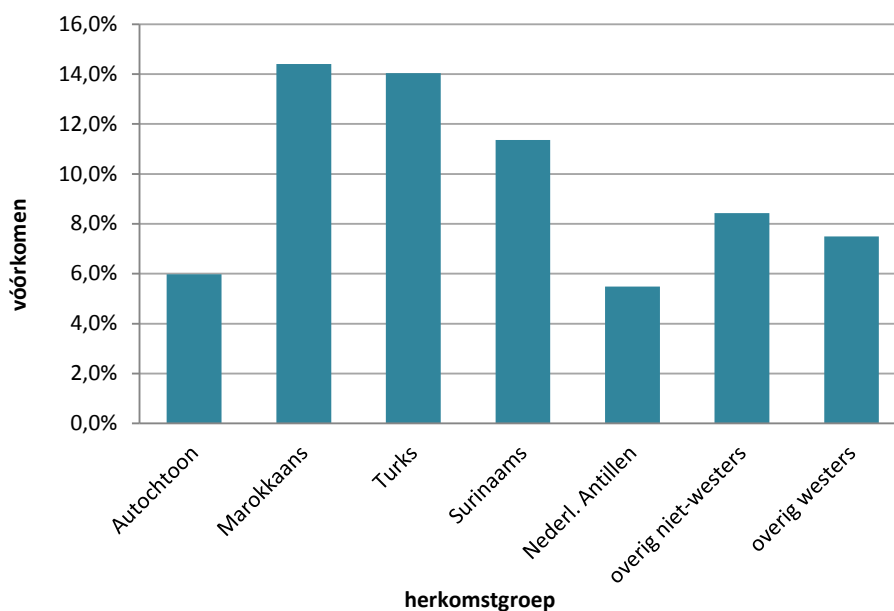
De kans op dit type aandoeningen ligt beduidend hoger onder mensen met een Marokkaanse, Turkse en Surinaamse achtergrond dan onder autochtonen en westers allochtonen (Figuur 3-8). De kans dat een persoon van Marokkaanse of Turkse herkomst een dergelijk type aandoening heeft, ligt ruim een factor 2 hoger dan de kans dat een persoon van autochtone herkomst dit type aandoeningen heeft. Toch is de autochtone groep vanzelfsprekend wel nog steeds de grootste groep hierbinnen met circa 72%.

Figuur 3-7 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols of schouder in relatie tot leeftijd.



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

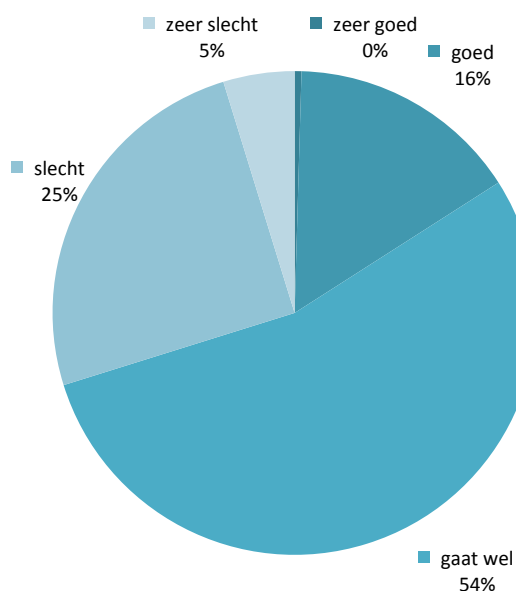
Figuur 3-8 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols of schouder in relatie tot herkomstgroep



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

De impact van dit type aandoeningen op de ervaren gezondheid, is groot. Slechts 16% van deze groep benoemt de eigen gezondheid als goed.

Figuur 3-9 Ervaren gezondheid van mensen met meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols of schouder



Bron: Gezondheidsmonitor 2012, bewerking RIGO

3.2.2 Kans op voorkomen in gebieden

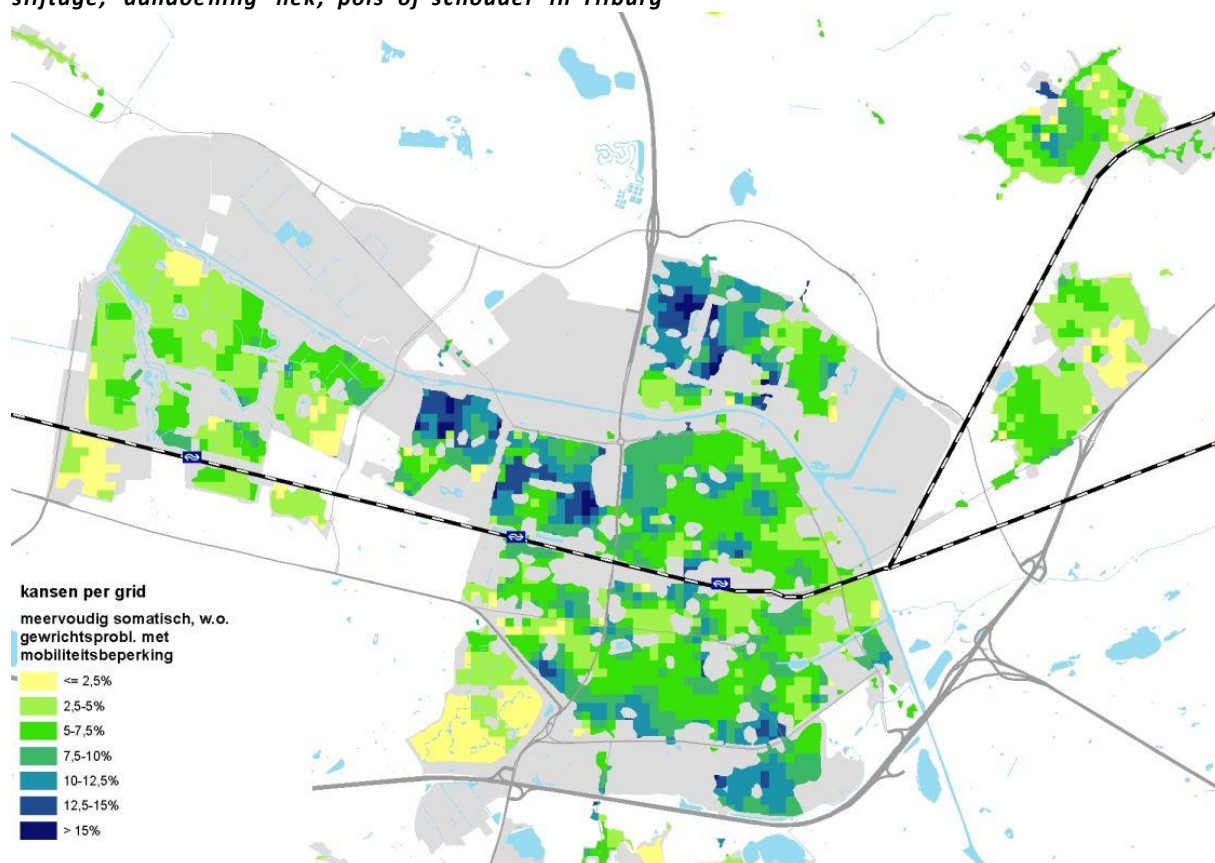
Het vóórkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
ethniciteit	kleinere kans bij Antilliaanse herkomst grotere kans bij Surinaamse herkomst grotere kans bij Marokkaanse herkomst
aandeel eenoudergezinnen	grotere kans naarmate in een gebied meer eenoudergezinnen wonen
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoons huishoudens zijn.
aandeel ww-ontvangers in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel werkloosheidsuitkeringen groter is in een gebied
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate et aandeel arbeidsongeschikten in het gebied groter is
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied
aandeel recent gebouwde woningen (na 2000)	grotere kans als er in een gebied meer recente woningen staan
dimensie 'veiligheid'	kleinere kans bij een hogere score op de dimensie 'veiligheid' in de Leefbaarometer

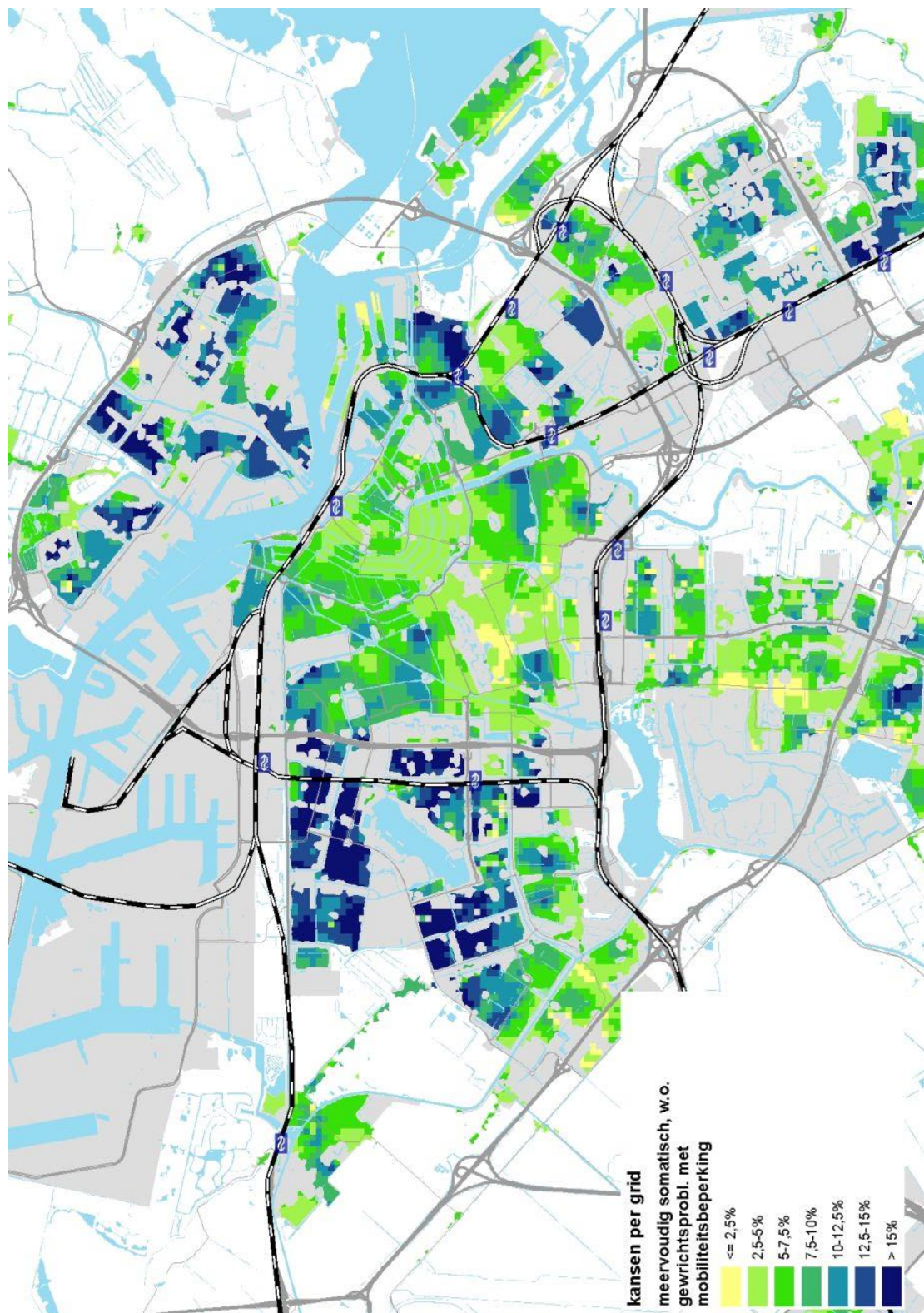
De samenhang tussen het voorkomen van meervoudige beperkingen van dit type en populatie- en omgevingskenmerken, biedt voldoende houvast om zinvolle onderscheiden tussen gebieden te maken. De verklaarde variantie van de voorspelling van het voorkomen van deze groep komt op buurtniveau uit op 91%. Dat wil zeggen dat vrijwel alle verschillen tussen buurten worden verklaard door het model. Het voorkomen van dit type chronische aandoeningen kan dus goed worden voorspeld met de beschikbare populatie- en omgevingsfactoren.

In navolgende kaartbeelden wordt de resulterende ruimtelijke verdeling voor Tilburg en Amsterdam weergegeven.

Kaart 3-5 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen waaronder chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols of schouder in Tilburg*



Kaart 3-6 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen waaronder chronische gewrichtsontsteking, slijtage, aandoening nek, pols of schouder in Amsterdam*

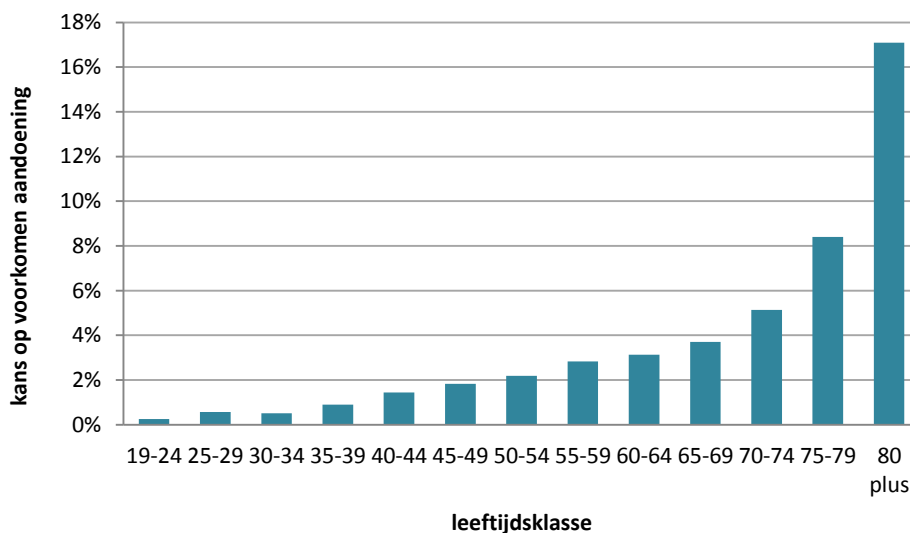


3.3 Meervoudig somatisch o.m. onvrijwillig urineverlies, darmstoornissen mét mobiliteitsbeperking

3.3.1 Korte typering

De groep mensen die mobiliteitsbeperkingen heeft én onder meer te maken heeft met onvrijwillig urineverlies of darmstoornissen, komt landelijke uit op circa 373.000 mensen van 19 jaar en ouder. Het gaat voor het merendeel om vrouwen (77%). De samenhang met leeftijd is groot. Onder 70-plussers is de kans op het voorkomen van dit type aandoeningen ongeveer 10%. Onder de 70-minners is het minder dan 2%. Het verschil bedraagt bijna een factor 6.

Figuur 3-10 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder onvrijwillig urineverlies en/of darmstoornissen in relatie tot leeftijd



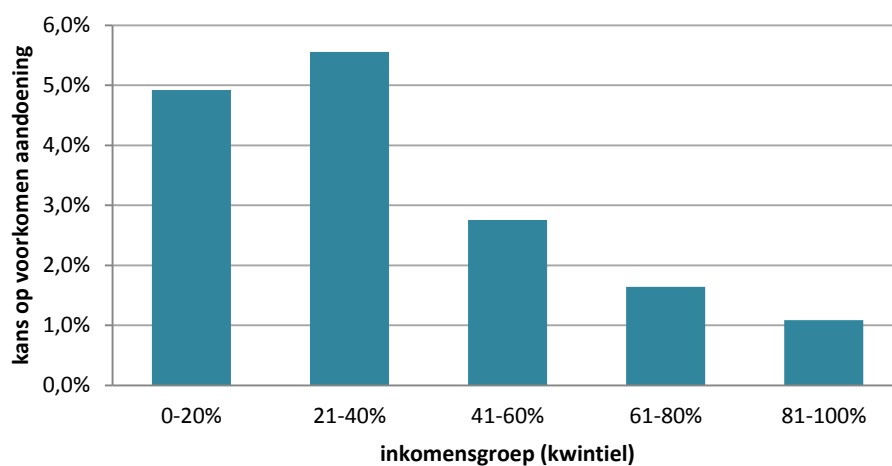
Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Net als bij veel aandoeningen, hangt de kans dat mensen deze aandoeningen hebben negatief samen met het inkomen. Bij de hoogste inkomensgroep is de kans dat zij deze somatische aandoeningen hebben een factor 5 kleiner dan bij de laagste twee inkomensgroepen (Figuur 3-11).

Er zijn ook relevante verschillen tussen inkomensgroepen. In het bijzonder is er een grote kans op voorkomen van deze aandoeningen onder de Turkse herkomstgroep. De prevalentie ligt in deze groep ruim 2,5 keer boven die in de groep autochtonen. Bij Antillianen komen deze aandoeningen juist relatief weinig voor: circa de helft van de prevalentie bij de autochtone bevolking.

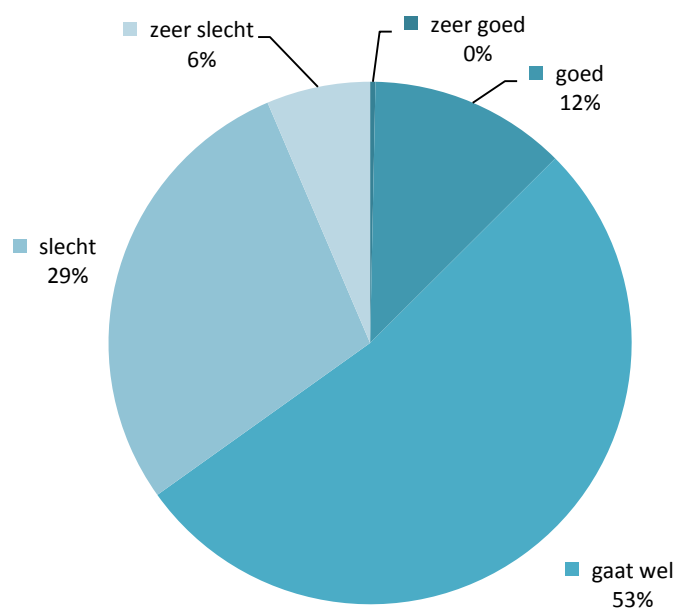
De relatie met ervaren gezondheid is sterk bij deze aandoeningen. Zo'n 87% ervaart de eigen gezondheid als 'minder dan goed' (Figuur 3-12).

Figuur 3-11 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder onvrijwillig urineverlies en/of darmstoornissen in relatie tot inkomen



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Figuur 3-12 Ervaren gezondheid van mensen met meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder onvrijwillig urineverlies en/of darmstoornissen



Bron: Gezondheidsmonitor 2012, bewerking RIGO

3.3.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het voorkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

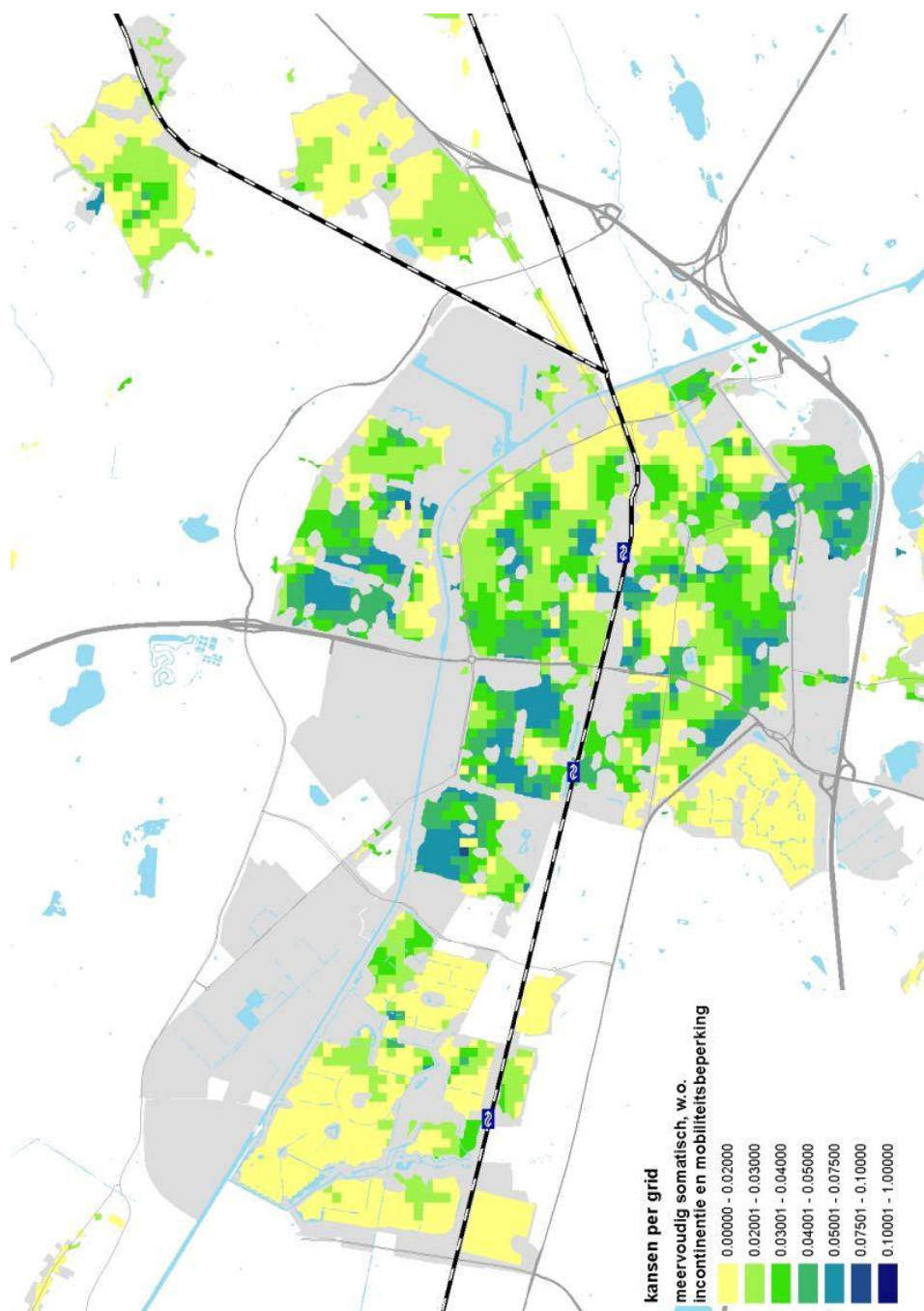
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate et aandeel arbeidsongeschikten in het gebied groter is
aandeel ww-ontvangers in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel werkloosheidsuitkeringen groter is in een gebied
etniciteit	kleinere kans bij Antilliaanse herkomst kleinere kans bij overig niet-westerse herkomst grotere kans bij Surinaamse herkomst grotere kans bij Marokkaanse herkomst grotere kans bij Turkse herkomst
aandeel meerpersoons met kinderen in omgeving	grotere kans naarmate in een gebied meer gezinnen met kinderen wonen
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied waar meer eenpersoons huishoudens wonen.
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied
aandeel recent gebouwde woningen (na 2000)	grotere kans als er in een gebied meer recente woningen staan

Vooraf leeftijd is een bijzonder sterke indicator voor het voorkomen van deze aandoeningen, maar ook de relatie met inkomen en etniciteit is betekenisvol. Aanvullend zijn er nog enkele omgevingsindicatoren die samenhangen met de prevalentie van dit type aandoeningen. Deze zijn niet in causale zin verbonden met de aandoening, maar blijken een rol te kunnen spelen bij het preciezer lokaliseren van gebieden waar mensen met dit type aandoeningen wonen. Ze bieden een aanvullende verklaring, boven de populatiekenmerken leeftijd, inkomen en herkomst. Gemiddeld genomen gaat het dan om gebieden met veel sociale huurwoningen, waar ook veel arbeidsongeschikten en werklozen wonen, waar veel eenpersoonshuishoudens wonen. Verder is er een wat grotere kans om mensen met deze aandoeningen te treffen in gebieden waar veel recent gebouwde woningen staan.

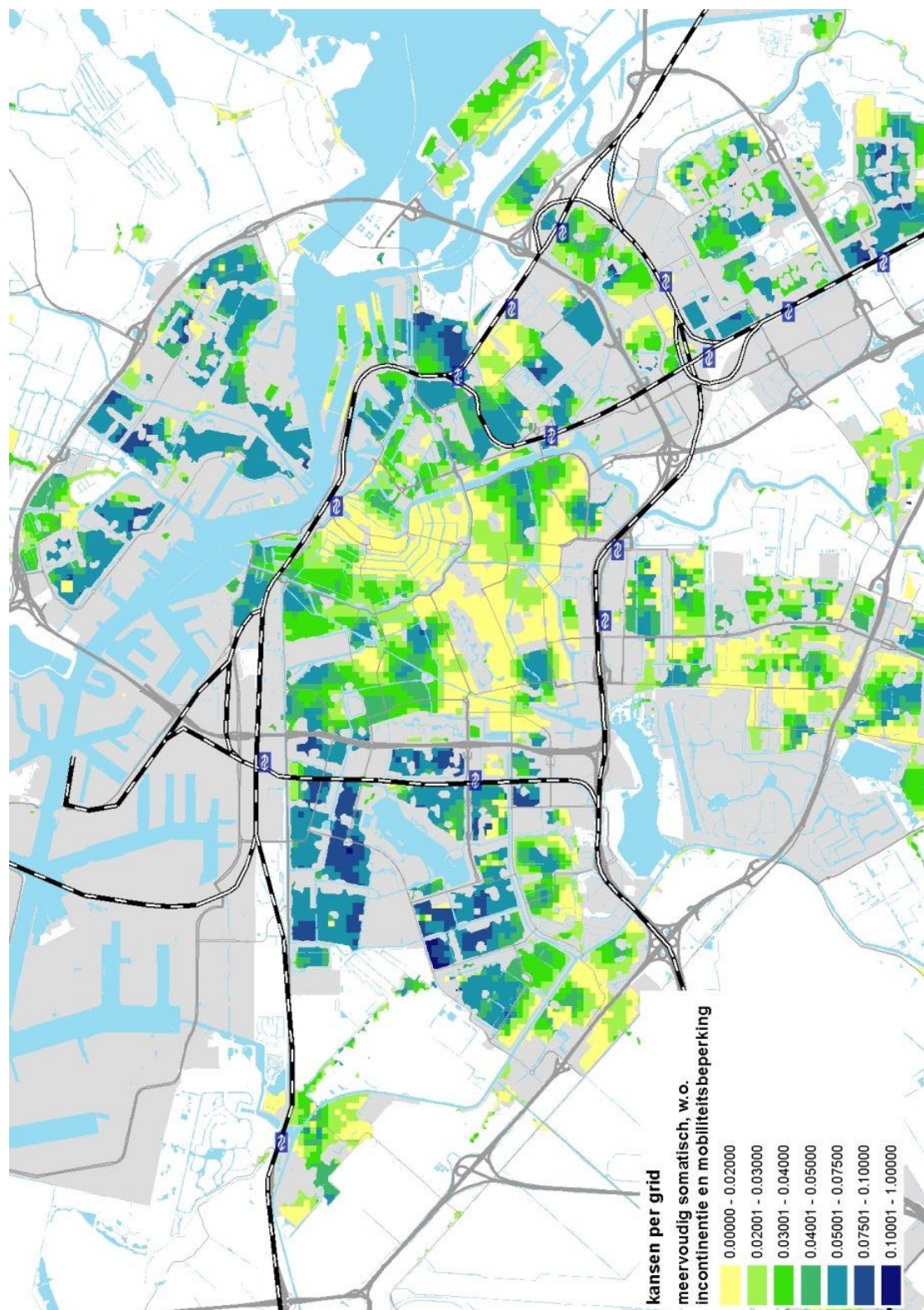
De samenhang tussen het voorkomen van meervoudige beperkingen van dit type en populatie- en omgevingskenmerken, biedt voldoende houvast om zinvolle onderscheiden tussen gebieden te maken. De verklaarde variantie van de voorspelling van het voorkomen van deze groep komt op buurtniveau uit op 84%. Dat wil zeggen dat verreweg het grootste deel van de verschillen tussen buurten wordt verklaard door het model. Het voorkomen van dit type chronische aandoeningen in buurten kan dus goed worden voorspeld met de beschikbare populatie- en omgevingsfactoren.

De verwachte ruimtelijke verdelingen in Tilburg en Amsterdam van mensen met dit type meervoudige somatische aandoeningen is weergegeven in navolgende kaarten.

Kaart 3-7 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudig somatische aandoeningen waaronder incontinentie en darmstoornissen in Tilburg



Kaart 3-8 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen waaronder incontinentie en darmstoornissen in Amsterdam*

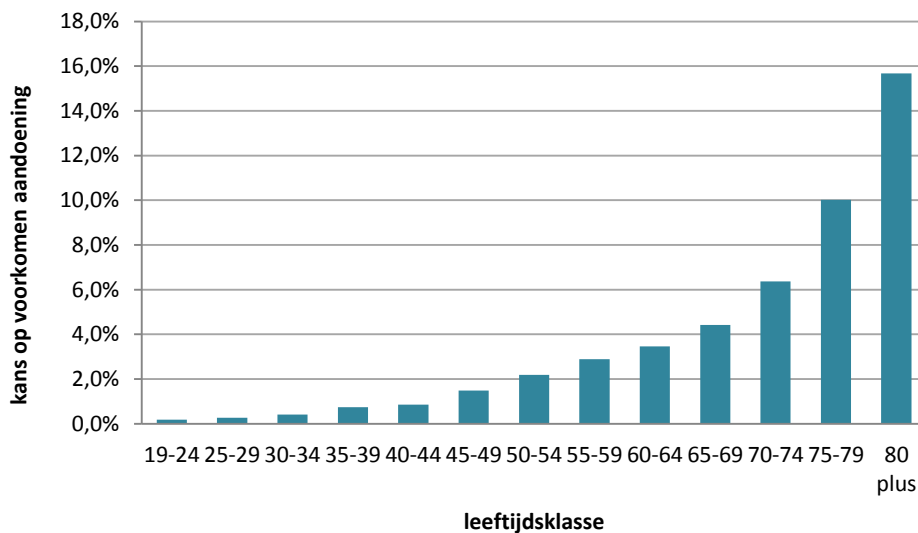


3.4 Meervoudig somatisch o.m. vernauwing bloedvaten, hart, COPD/astma mét mobiliteitsbeperking

3.4.1 Korte typering

De groep mensen die mobiliteitsbeperkingen heeft en onder meer leidt aan vernauwing bloedvaten, hartziekten en COPD of astma, komt landelijke uit op circa 374.000 mensen van 19 jaar en ouder. De samenhang met leeftijd is sterk (Figuur 3-13). Daardoor bestaat ongeveer de helft van deze groep uit mensen van 65 jaar of ouder.

Figuur 3-13 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder vernauwing bloedvaten, hartfalen, COPD en/of astma in relatie tot leeftijd



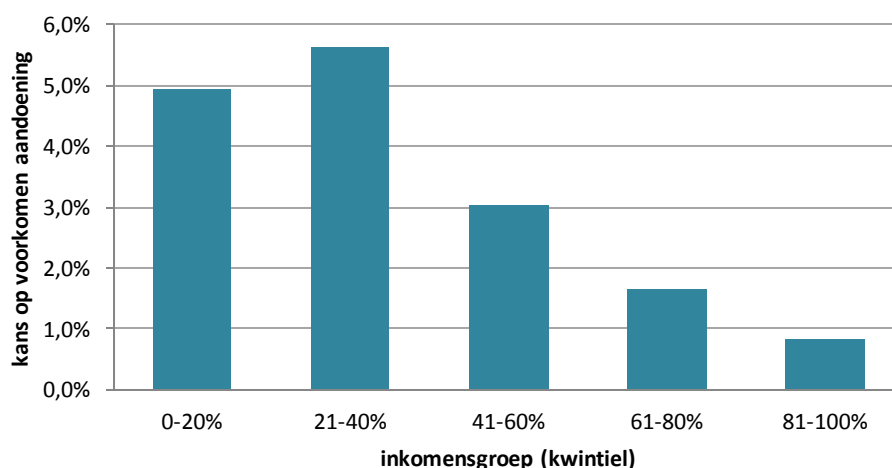
Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Er zijn – nog net iets meer dan bij de andere somatische aandoeningen – relaties met inkomen. Het verschil in prevalentie tussen de hoogste en de laagste groep bedraagt bij deze aandoeningen een factor 6,75. Daardoor behoort 60% van de groep met deze aandoeningen tot de (landelijk) 40% laagste inkomens en slechts 7% tot de (landelijk) 20% hoogste inkomens.

Deze aandoeningen komen ook meer voor onder mensen van niet-westerse herkomst, met uitzondering van de groep(en) Antillianen en 'overig niet-westers'.

De relatie tussen deze aandoeningen(en) en gezondheid is sterk. Ongeveer 90% van de mensen met dit type aandoeningen beoordeelt de eigen gezondheid als minder dan goed.

Figuur 3-14 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder vernauwing bloedvaten, hartfalen, COPD en/of astma in relatie tot inkomen



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

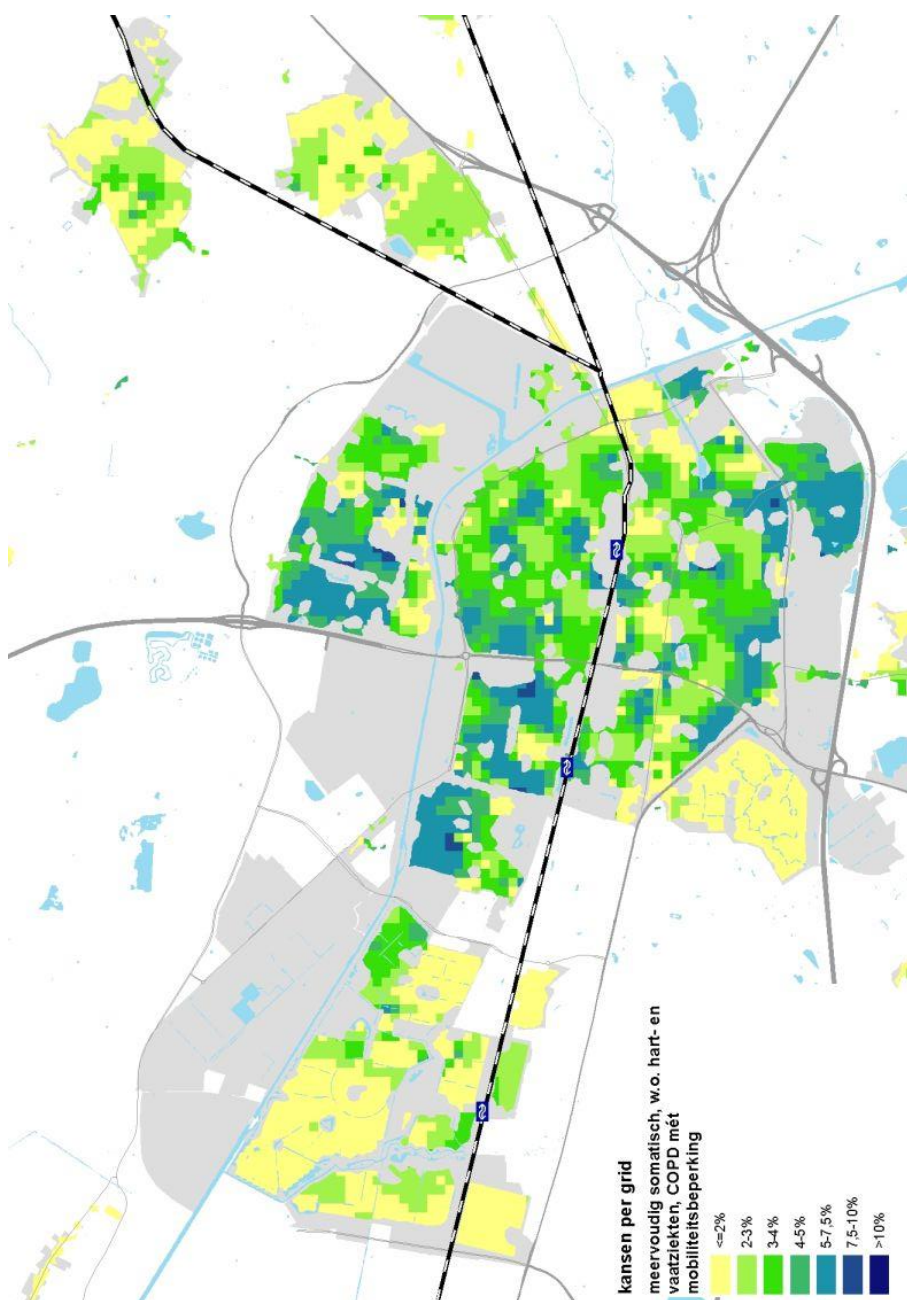
3.4.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

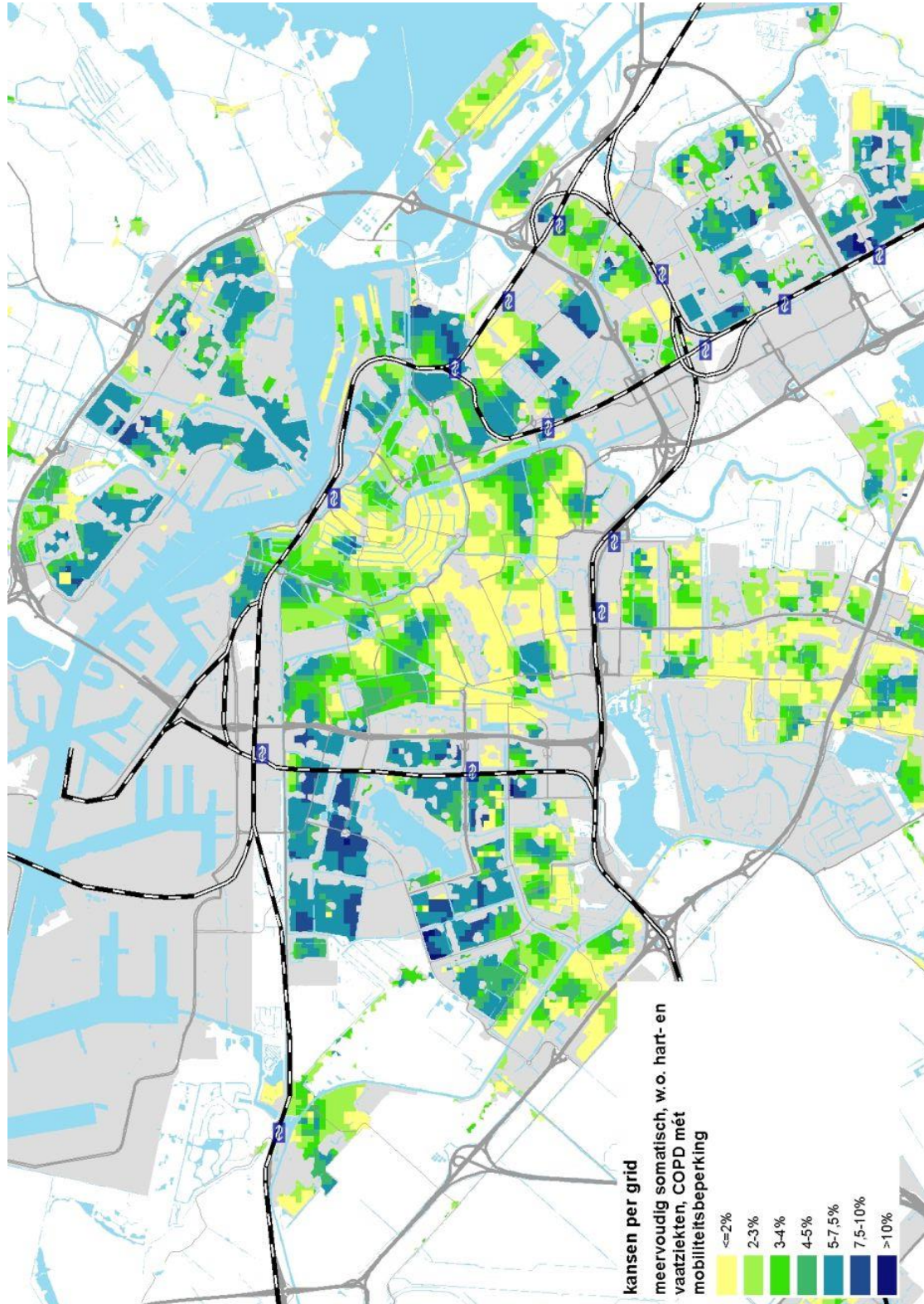
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate et aandeel arbeidsongeschikten in het gebied groter is
aandeel ww-ontvangers in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel werkloosheidsuitkeringen groter is in een gebied
etniciteit	kleinere kans bij overig niet-westerse herkomst
aandeel meerpersoons met kinderen in omgeving	grotere kans naarmate in een gebied meer gezinnen met kinderen wonen
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied waar meer eenpersoons huishoudens wonen.
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied
woningtype	kleinere kans naarmate er meer eengezins corporatiewoningen zijn in een gebied grotere kans in gebieden met kleine meergezinswoningen die na 1970 zijn gebouwd grotere kans in gebieden met een groot aandeel eengezins rijwoningen
aandeel recent gebouwde woningen (na 2000)	grotere kans als er in een gebied meer recente woningen staan
leefbaarheid	grotere kans bij lagere score op de dimensie Bewoners van de Leefbaarometer

De samenhang tussen het voorkomen van meervoudige beperkingen van dit type en populatie- en omgevingskenmerken, biedt voldoende houvast om zinvolle onderscheiden tussen gebieden te maken. De verklaarde variantie van de voorspelling van het voorkomen van deze groep komt op buurtniveau uit op 85%. Dat wil zeggen dat verreweg het grootste deel van de verschillen tussen buurten wordt verklaard door het model. Het voorkomen van dit type chronische aandoeningen in buurten kan dus goed worden voorspeld met de beschikbare populatie- en omgevingsfactoren.

Kaart 3-9 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen waaronder hart- en vaatziekten, COPD met mobiliteitsbeperkingen in Tilburg



Kaart 3-10 **Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen waaronder hart- en vaatziekten, COPD met mobiliteitsbeperkingen in Amsterdam**



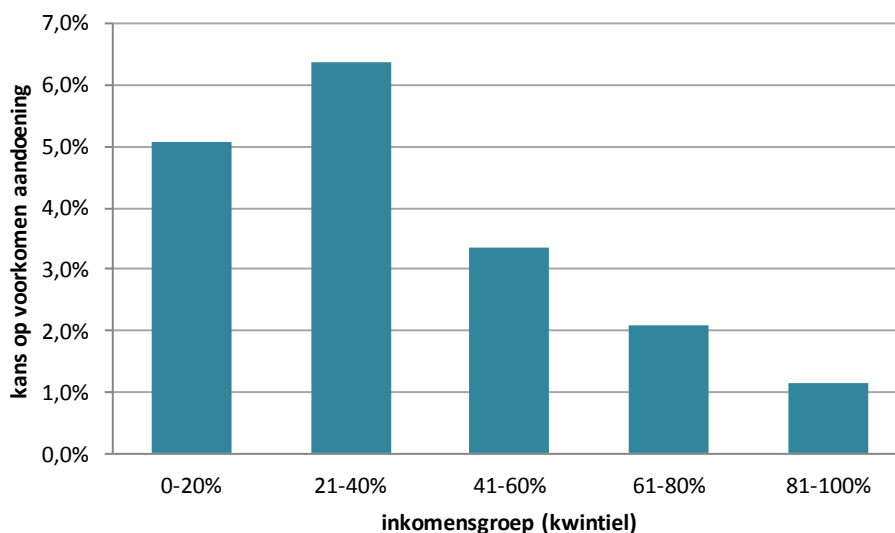
3.5 Meervoudig somatisch o.m. hoge bloeddruk, diabetes (met complicaties) mét mobiliteitsbeperking

Hoge bloeddruk en diabetes zijn aandoeningen die veel – en in toenemende mate – voorkomen. Het zijn ook aandoeningen die – zeker in het beginstadium - niet altijd beperkingen met zich meebrengen. Al dan niet met medicatie kunnen mensen met diabetes type 2 of met hoge bloeddruk meestal gewoon werken en de meeste dagelijkse dingen gewoon doen. We richten ons hier dan ook op de groep voor wie hoge bloeddruk en diabetes complicaties met zich meebrengen, waarvan mobiliteitsbeperkingen er een is.

3.5.1 Korte typering

De groep mensen die mobiliteitsbeperkingen heeft en onder meer leidt aan hoge bloeddruk of diabetes met complicaties, komt landelijke uit op circa 425.000 mensen van 19 jaar en ouder. De samenhang met inkomen lijkt sterk op de verdeling bij de somatische aandoeningen waaronder vernauwing bloedvaten, hartfalen, COPD en/of astma in relatie tot inkomen. De nadruk ligt echter nog net iets meer op het tweede inkomenskwintiel.

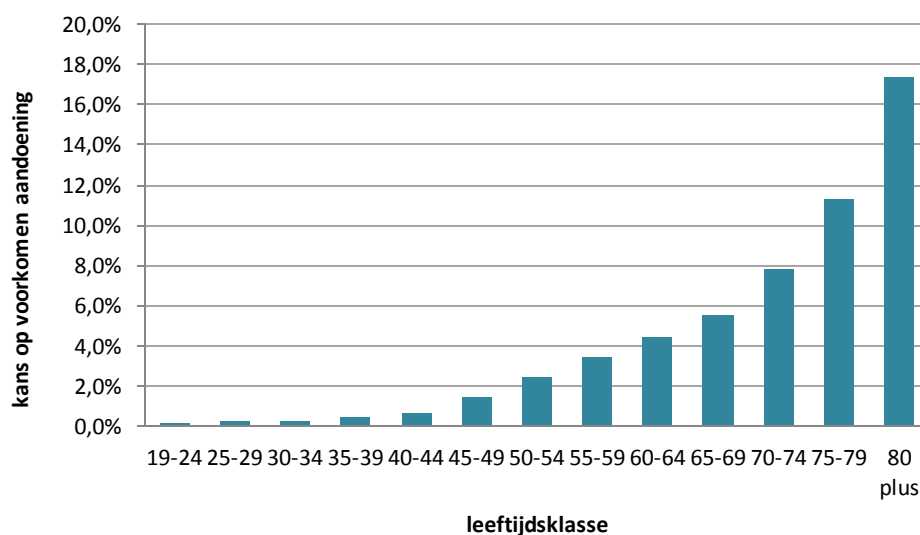
Figuur 3-15 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder hoge bloeddruk en/of diabetes met complicaties in relatie tot inkomen



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

De samenhang met leeftijd is ook bijzonder sterk. De kans dat iemand deze aandoeningen heeft, is circa 6,5 keer zo groot in de groep van 70 jaar en ouder dan in de groep tot 70 jaar.

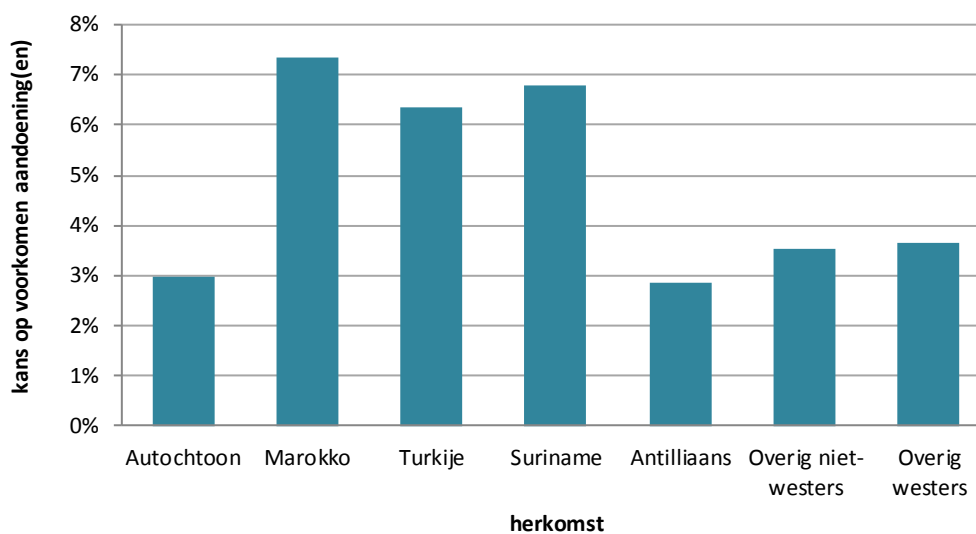
Figuur 3-16 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder hoge bloeddruk en/of diabetes met complicaties in relatie tot leeftijd



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

Voor mensen van Surinaamse, Marokkaanse of Turkse herkomst geldt gemiddeld een ruim twee keer zo hoge kans op deze aandoeningen als voor andere herkomstgroepen.

Figuur 3-17 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder hoge bloeddruk en/of diabetes met complicaties in relatie tot herkomst



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

De samenhang met opleiding is nog sterker dan die met herkomst. De kans dat iemand met maximaal lager onderwijs deze aandoeningen heeft is circa 11 keer groter dan dat iemand met een HBO-opleiding of universiteit deze aandoeningen heeft.

Ongeveer 85% van deze groep ervaart de eigen gezondheid als minder dan goed. De relatie met ervaren gezondheid is voor deze aandoeningen dus iets minder sterk dan voor de groep met vernauwing bloedvaten, hartfalen, COPD en/of astma.

3.5.2 Kans op voorkomen in gebieden

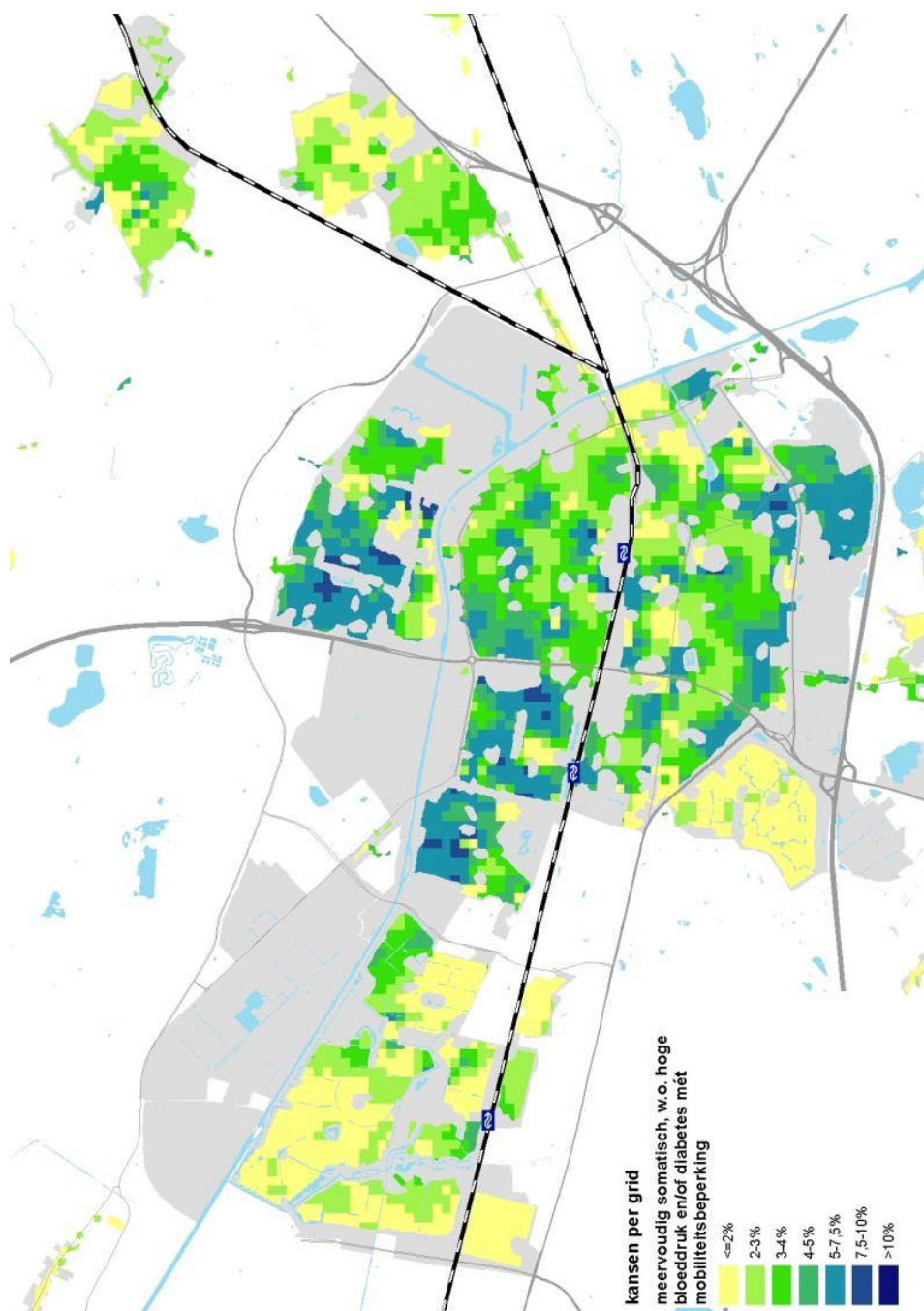
Veel van de hiervoor beschreven samenhangen zijn niet onafhankelijk van elkaar. Ouderen hebben bijvoorbeeld vaker een laag inkomen én hebben gemiddeld een laag opleidingsniveau. Maar ook mensen van Marokkaanse of Turkse herkomst bijvoorbeeld hebben vaker een laag inkomen en een laag opleidingsniveau. Om te voorkomen dat samenhangen dubbel worden meegerekend in het schatten van het voorkomen van groepen, schatten we de invloeden gezamenlijk. Daarmee wordt de invloed van de afzonderlijke populatie- en omgevingskenmerken geschat – onder constanthouding van de andere kenmerken:

indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate et aandeel arbeidsongeschikten in het gebied groter is
aandeel ww-ontvangers in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel werkloosheidsuitkeringen groter is in een gebied
etniciteit	kleinere kans bij overig niet-westerse herkomst
aandeel meerpersoons met kinderen in omgeving	grotere kans naarmate in een gebied meer gezinnen met kinderen wonen
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied waar meer eenpersoons huishoudens wonen.
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied
woningtype	kleinere kans naarmate er meer eengezins corporatiewoningen zijn in een gebied
	grotere kans in gebieden met kleine meergezinswoningen die na 1970 zijn gebouwd
	grotere kans in gebieden met een groot aandeel eengezins rijwoningen
aandeel recent gebouwde woningen (na 2000)	grotere kans als er in een gebied meer recente woningen staan
leefbaarheid	grotere kans bij slechtere leefbaarheid
	grotere kans bij lagere score op de dimensie Bewoners van de Leefbaarometer

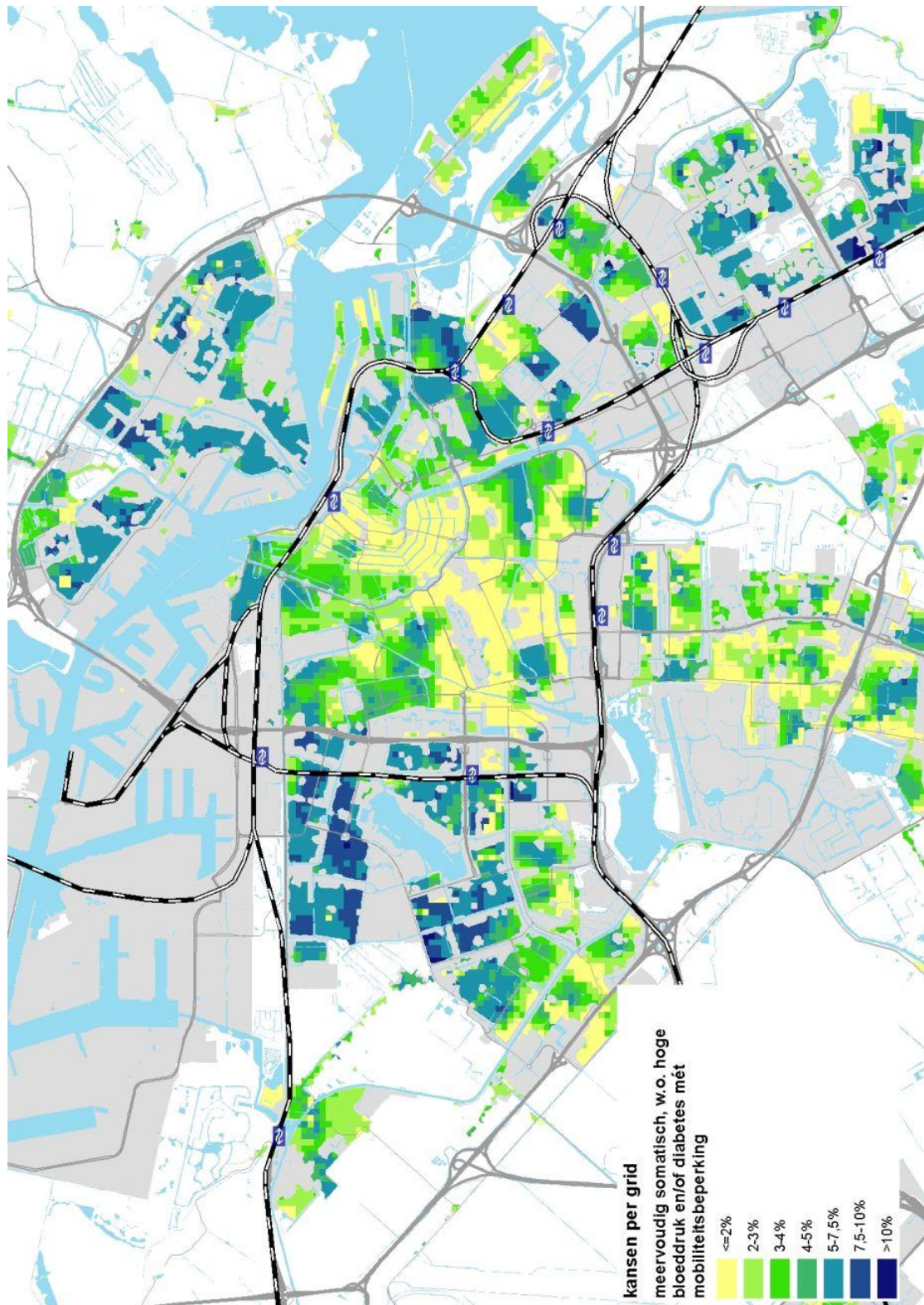
De samenhang tussen het voorkomen van meervoudige beperkingen van dit type en populatie- en omgevingskenmerken, biedt voldoende houvast om zinvolle onderscheiden tussen gebieden te maken. De verklaarde variantie van de voorspelling van het voorkomen van deze groep komt op buurtniveau uit op 86%. Dat wil zeggen dat verreweg het grootste deel van de verschillen tussen buurten wordt verklaard door

het model. Het voorkomen van dit type chronische aandoeningen in buurten kan dus goed worden voorspeld met de beschikbare populatie- en omgevingsfactoren.

Kaart 3-11 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen waaronder hoge bloeddruk en/of diabetes mét mobiliteitsbeperkingen in Tilburg*



Kaart 3-12 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen waaronder hoge bloeddruk en/of diabetes mét mobiliteitsbeperkingen

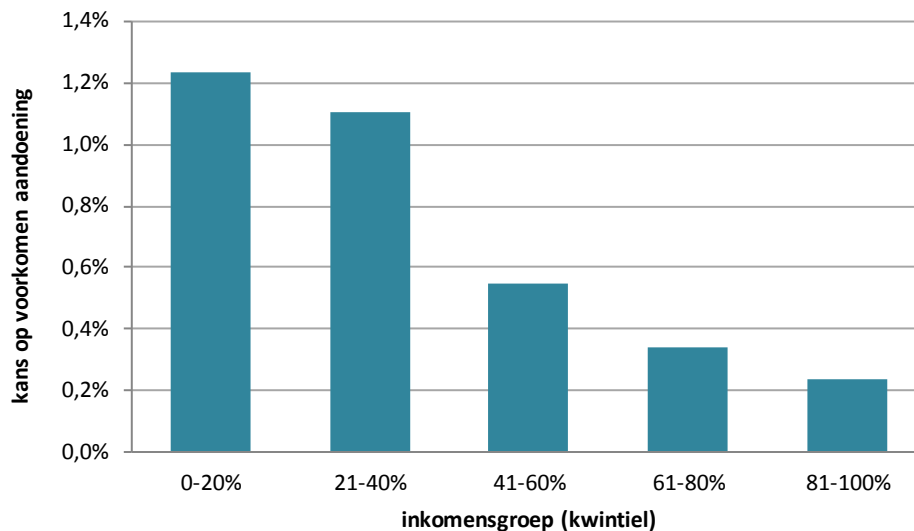


3.6 Meervoudig somatisch o.m psoriasis, chronisch eczeem mét mobiliteitsbeperking

3.6.1 Korte typering

De groep mensen die mobiliteitsbeperkingen heeft en onder meer leidt aan psoriasis of chronisch eczeem komt landelijk uit op circa 80.000 mensen van 19 jaar en ouder. Het is binnen de 'somatiek-groep' een relatief kleine groep. Deze mensen behoren relatief vaker tot de laagste inkomensgroep dan de mensen met de andere somatische aandoeningen (die vaker tot het tweede kwintiel behoorden).

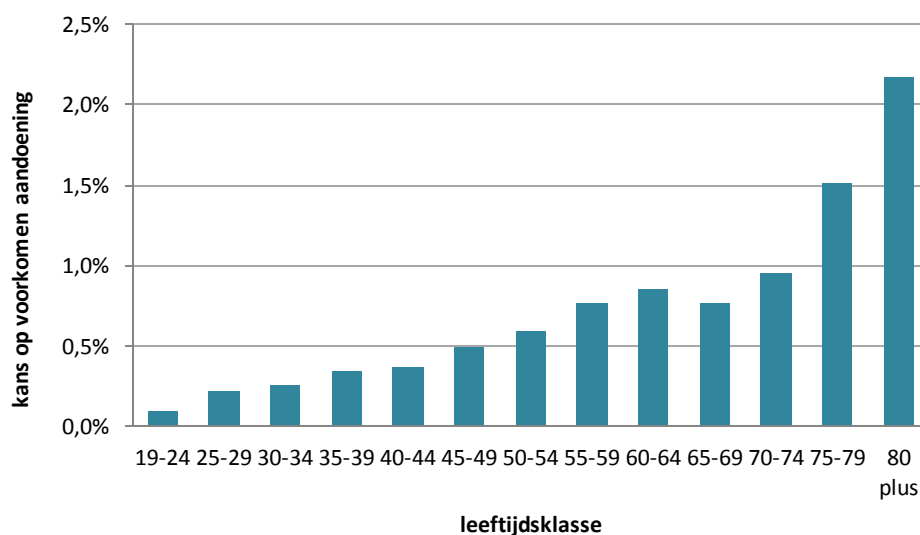
Figuur 3-18 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder psoriasis en/of chronisch eczeem in relatie tot inkomen



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

De samenhang met leeftijd is ook minder sterk dan bij de meeste andere chronische somatische aandoeningen. Deze groep beoordeelt de eigen gezondheid echter wel vaker negatief dan de groep met hoge bloeddruk of diabetes. Ongeveer 39% beoordeelt de eigen gezondheid als slecht of zeer slecht tegenover 29% bij de groep met hoge bloeddruk of diabetes met complicaties.

Figuur 3-19 Kans op voorkomen meervoudige somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperking, waaronder psoriasis en/of chronisch eczeem in relatie tot leeftijd



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/SSB, bewerking RIGO

3.6.2 Kans op voorkomen in gebieden

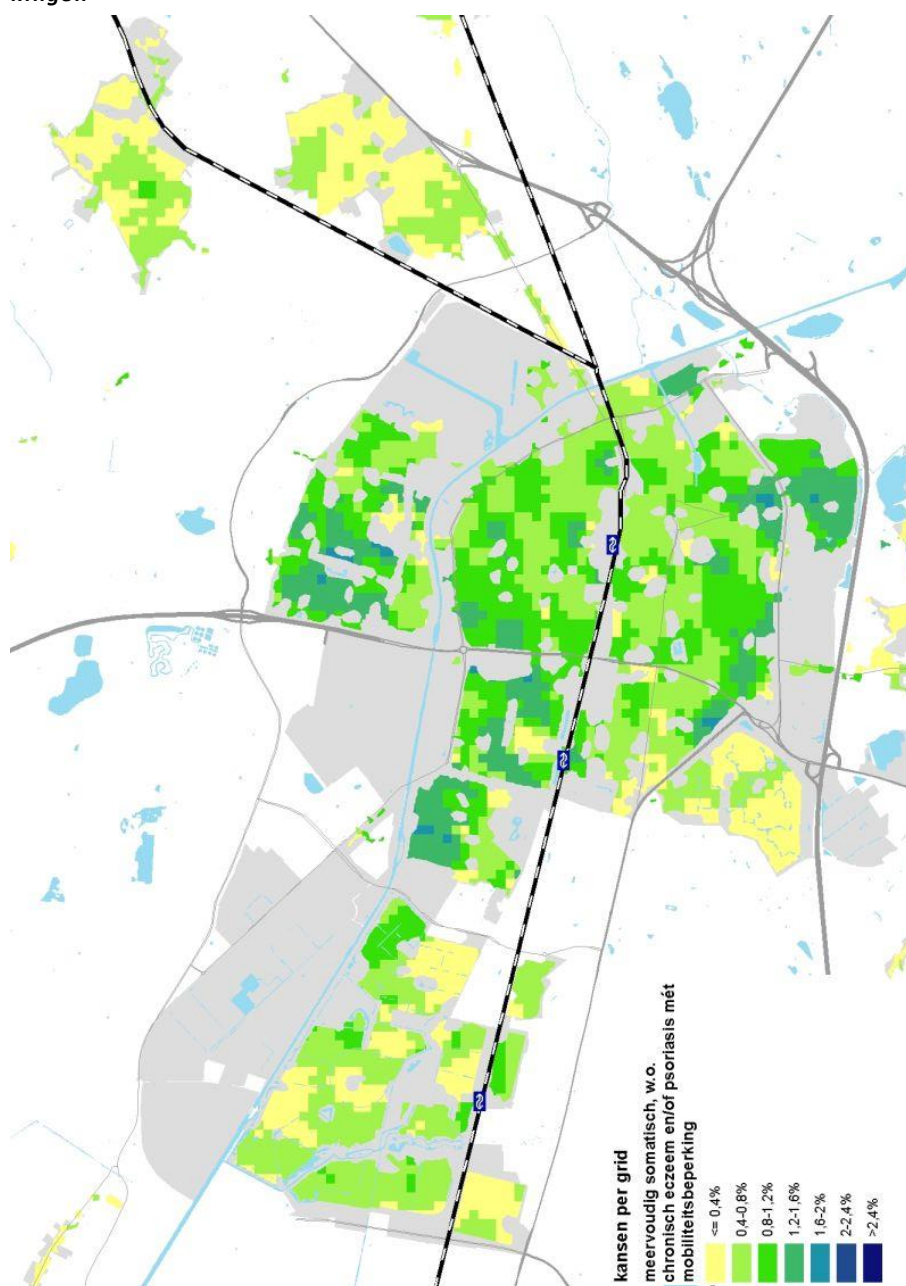
Hun vóórkomen hangt samen met de volgende populatie en omgevingskenmerken:

indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
aandeel ww-ontvangers in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel werkloosheidsuitkeringen groter is in een gebied
ethniciteit	kleinere kans bij overig niet-westerse herkomst
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied waar meer eenpersoons huishoudens wonen.
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied grotere kans naarmate er meer eengezins corporatiewoningen zijn in een gebied
aandeel recent gebouwde woningen (na 2000)	grotere kans als er in een gebied meer recente woningen staan
leefbaarheid	grotere kans bij lagere score op de dimensie Bewoners van de Leefbaarometer
stedelijkheid	grotere kans in meer stedelijke kernen

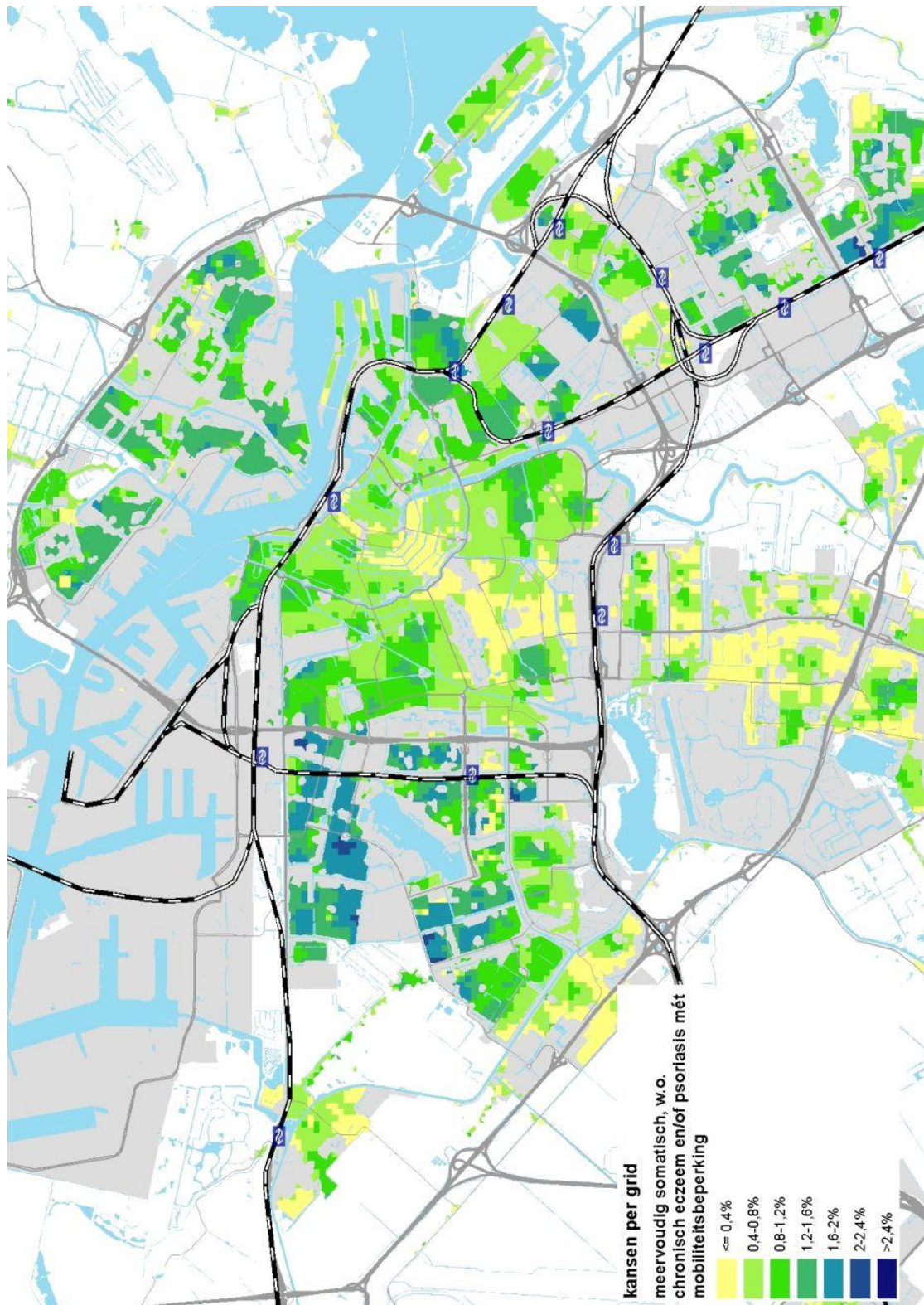
De samenhang tussen het voorkomen van meervoudige beperkingen van dit type en populatie- en omgevingskenmerken, biedt voldoende houvast om zinnige onderscheiden tussen gebieden te maken. De verklaarde variantie van de voorspelling van het voorkomen van deze groep komt op buurtniveau uit op 53%. Dat wil zeggen dat

het grootste deel van de verschillen tussen buurten wordt verklaard door het model. Het voorkomen van dit type chronische aandoeningen in buurten kan dus redelijk goed worden voorspeld met de beschikbare populatie- en omgevingsfactoren. Het geeft tegelijkertijd ook aan dat er in werkelijkheid ook nog vrij veel variaties zijn die niet met het model worden verklaard. Dat kunnen toeval fluctuaties zijn, maar ook structurele verschillen waarvoor geen verklaring kan worden gevonden met de beschikbare populatie- en omgevingsfactoren.

Kaart 3-13 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen waaronder chronisch eczeem, psoriasis mét mobiliteitsbeperkingen*



Kaart 3-14 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van meervoudige somatische aandoeningen waaronder chronisch eczeem, psoriasis mét mobiliteitsbeperkingen



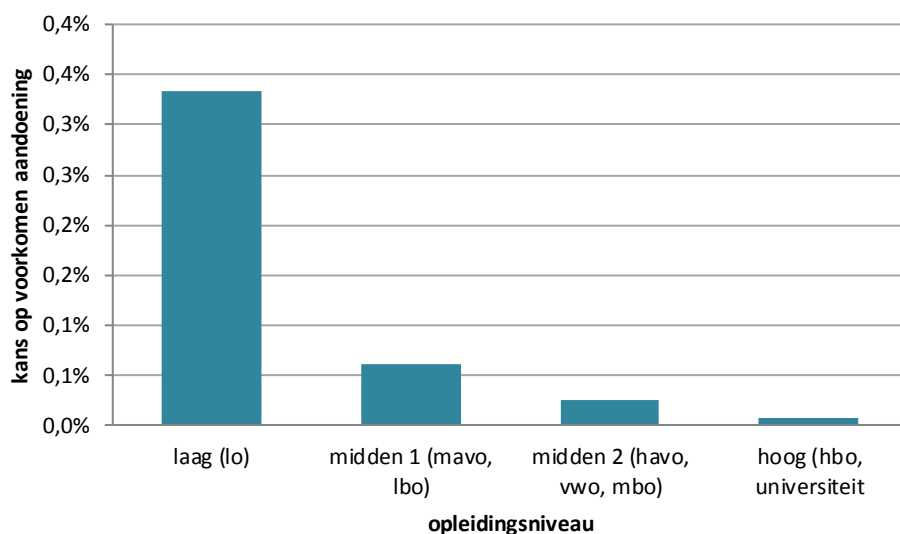
3.7 Lichamelijke handicap, multiproblematiek

Deze groep - geoperationaliseerd als mensen met een indicatie met grondslag LG en psychische problemen (risico op angst en depressie) of een combinatie van grondslagen LG en PSY of VG - is klein. Het gaat landelijk om circa 7.500 – 8.000 personen van 19 jaar en ouder ofwel circa 0,6 promille van de populatie van 19 jaar en ouder. Dat betekent dat in een gemeente met circa 50.000 mensen van 19 jaar en ouder, er naar schatting ongeveer 30 mensen wonen die met deze combinatie van problemen te maken hebben.

3.7.1 Korte typering

De mensen in deze groep zijn in meerderheid mensen met een laag inkomen. Bijna 60% behoort tot de twee laagste inkomenskwintielen. Nog opvallender is de relatie met opleiding. 80% van de mensen met de problematiek heeft opleidingsniveau 'laag' of 'midden 1' (zie Figuur 3-20). Daarmee is de prevalentie onder de groep laag opgeleiden 40 keer zo groot als onder de groep hoog opgeleiden.

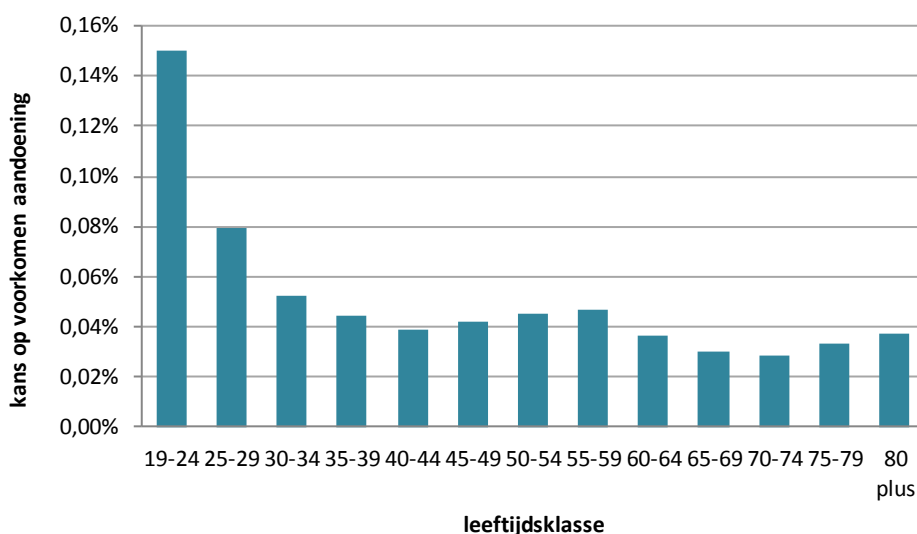
Figuur 3-20 Kan op voorkomen LG multiproblematiek in relatie tot opleidingsniveau



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/CIZ, bewerking RIGO

Het gaat in vrijwel evenredige aandelen om mannen en vrouwen. Over het algemeen bestaat de groep mensen met deze multiproblematiek – en die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden - uit relatief jonge personen. Een derde van de totale groep is jonger dan dertig jaar. Bij hogere leeftijden is het steeds tussen de 0,03 en 0,05% van de mensen die met deze problematiek te maken heeft.

Figuur 3-21 Kans op voorkomen van lichamelijke handicap(s) gecombineerd met psychische problematiek in relatie tot leeftijd



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/CIZ/SSB, bewerking RIGO

De ervaren gezondheid van deze groep is minder slecht dan die van de hiervoor besproken groepen met somatische aandoeningen. Ook dat geeft aan dat het wel echt om andere problematiek gaat.

3.7.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie en omgevingskenmerken:

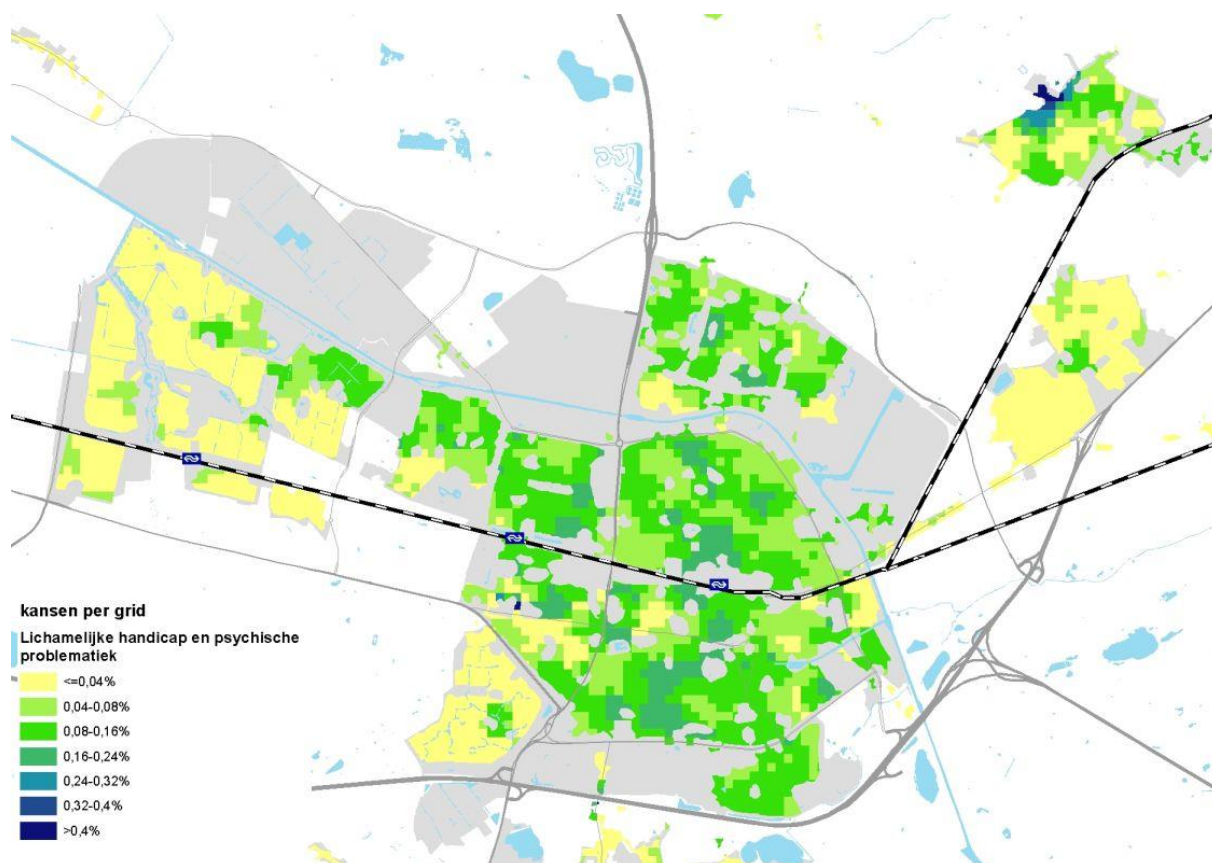
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij jongere leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
instelling LG in gebied	grotere kans als er een instelling voor mensen met een lichamelijke handicap in de omgeving is
instelling in gebied	grotere kans als er een zorginstelling in de omgeving is
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel arbeidsongeschikten in een gebied hoger is
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied
aandeel meergezins in gebied	grotere kans naarmate er meer meergezinswoningen zijn in een gebied
dimensie voorzieningen leefbaarometer	grotere kans bij lagere score op de dimensie Voorzieningen van de Leefbaarometer

Het voorkomen van deze groep hangt – naast meer algemene kenmerken van de bevolking en de kenmerken in een gebied – in enige mate samen met de aanwezigheid van zorginstellingen in een gebied. In het bijzonder de aanwezigheid van instellingen

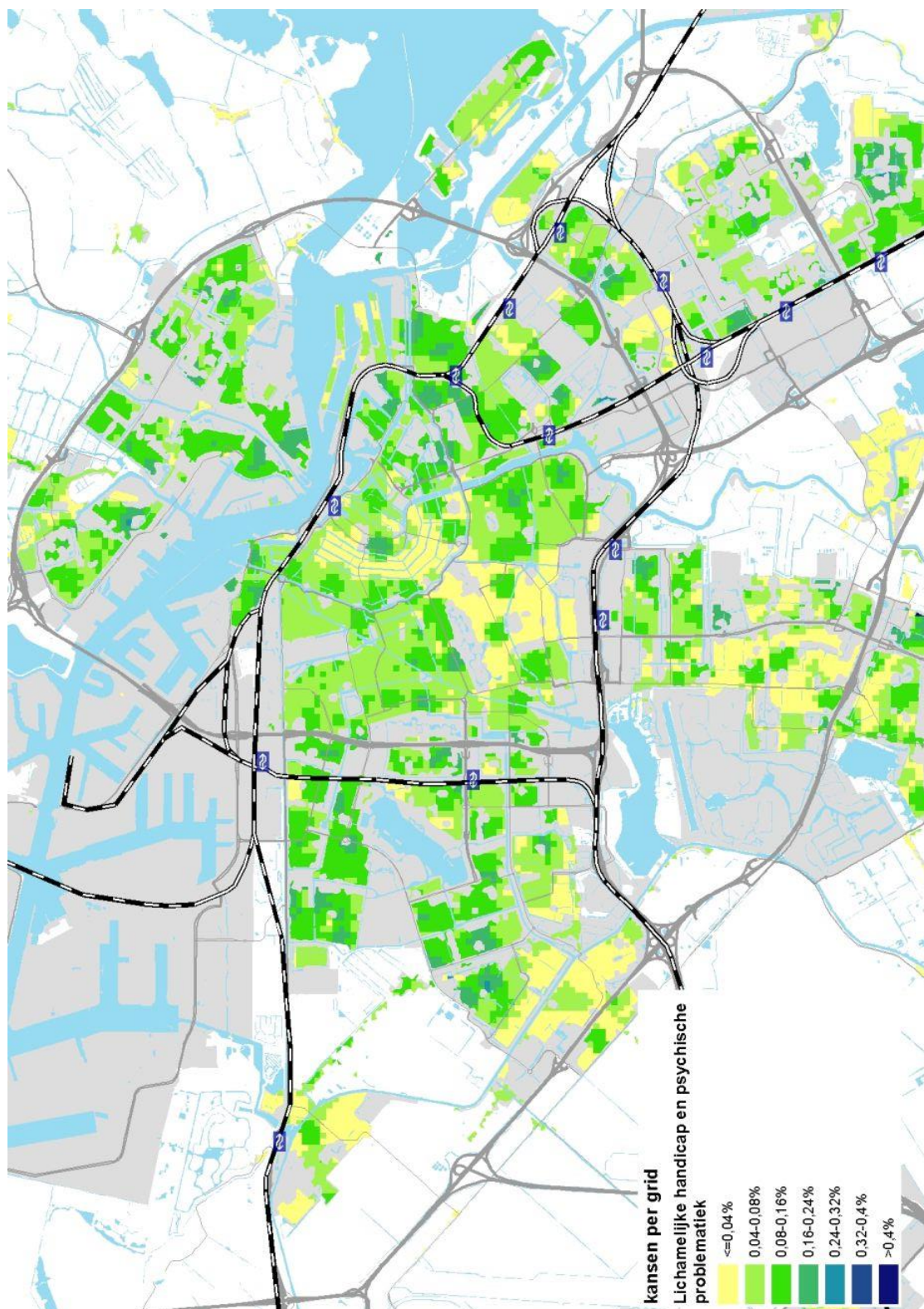
gericht op lichamelijke handicaps in een gebied maakt de kans groter dat er ook mensen (zelfstandig) in de buurt wonen met multiproblematiek.

De verklaringskracht van het omgevingsmodel komt op buurtniveau uit op 45%. Dat betekent dat net iets minder dan de helft van de verschillen tussen buurten in het voorkomen van deze groep kan worden verklaard door de genoemde kenmerken van de populatie en de omgeving. De voorspelling moet dan ook met enige voorzichtigheid worden gehanteerd. Er zijn gebieden waar meer (of minder) mensen met deze problematiek wonen dan de voorspelling aangeeft. Tegelijkertijd blijft het belangrijk te bedenken dat het om kleine aantallen gaat, waarvan de aanwezigheid in beleidsmatige zin vermoedelijk relevanter is op het niveau van gemeenten dan op dat van specifieke buurten.

Kaart 3-15 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van lichamelijke handicap(s) gecombineerd met psychische problematiek in Tilburg*



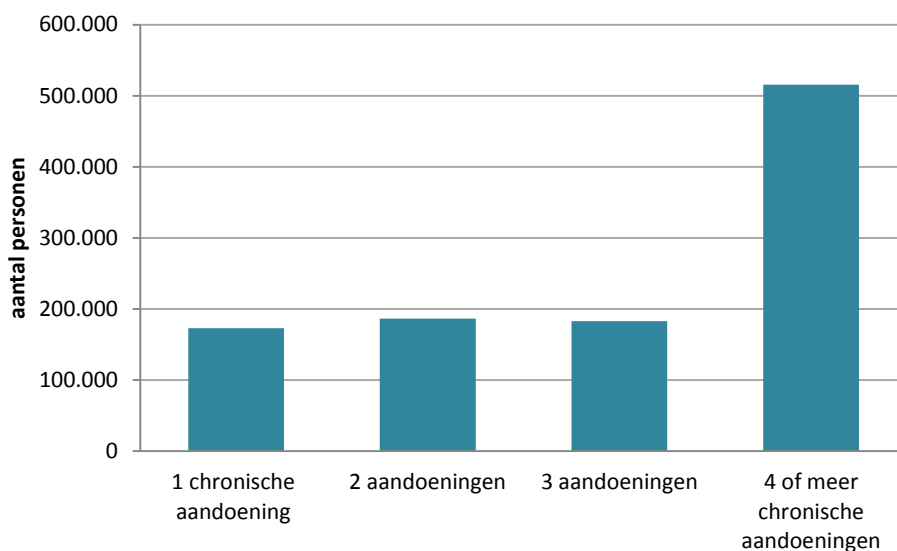
Kaart 3-16 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van lichamelijke handicap(s) gecombineerd met psychische problematiek*



3.8 Overlap tussen de groepen

De groepen met (meervoudige) somatische aandoeningen hebben een sterke overlap. Dat is ook logisch omdat het om meervoudige problematiek gaat. Omdat de verschillende soorten aandoeningen andere problemen met zich meebrengen die zich vertalen in andere relevante condities om zelfstandig te kunnen blijven wonen, is het nuttig om het onderscheid te maken. Er moet echter worden bedacht dat het vaak wel om dezelfde mensen gaat die met verschillende (combinaties van) aandoeningen te maken hebben. Waar het gaat om relevante condities die voor elk van de afzonderlijke groepen van belang zijn, moet er dan ook voor worden gewaakt om deze 'dubbel' te tellen. Iemand heeft immers maar een keer baat bij een woning die men zonder traplopen kan betreden ook al heeft iemand zowel COPD als chronische gewrichtsonsteking. De overlap is zodanig dat ongeveer de helft van de mensen met een chronische somatische aandoening en mobiliteitsbeperkingen vier of meer aandoeningen heeft (Figuur 3-22).

Figuur 3-22 Aantal aandoeningen (comorbiditeit) van mensen met een chronische somatische aandoening én mobiliteitsbeperkingen



Bron: Gezondheidsmonitor 2012/CIZ, bewerking RIGO

Het totale aantal personen van 19 jaar en ouder met een of meer chronische aandoeningen én mobiliteitsbeperkingen komt uit op ruim een miljoen in Nederland. Als de prevalentie van de afzonderlijke (combinaties van) aandoeningen wordt gesommeerd (de hiervoor besproken groepen) dan komen we op bijna 2,2 miljoen. Dat betekent dat waar verschillende aandoeningen om dezelfde relevante condities vragen om zelfstandig te kunnen wonen, er moet worden uitgegaan van ruim minder dan de helft van de som van de afzonderlijke groepen. Waar verschillende aandoeningen tot andere relevante condities leiden, geldt dat vanzelfsprekend niet omdat voor eenzelfde persoon dan meerdere relevante condities van belang kunnen zijn.

4 Mensen met een licht verstandelijke beperking

Uit de deelrapportage 'beperkingenprofielen' komt naar voren dat er in principe vier groepen kunnen worden onderscheiden binnen de totale groep mensen met een licht verstandelijke beperking:

- 1) Geen (acute) problematiek
- 2) Lichte problematiek: (m.n. sociale redzaamheid)
- 3) Matige problematiek: (naast sociale redzaamheid ook gedragsproblematiek)
- 4) Ernstige problematiek (naast sociale redzaamheid en gedragsproblematiek ook vaak verslaving, criminaliteit, psychiatrische en/of SGLVG problematiek).

We zoeken naar kwantificering (en lokalisering) van de volgende drie groepen die we benoemen in termen van een beperking van cognitieve vermogens om aan te geven dat het hier niet precies dezelfde groep betreft die in 'de zorg' wordt aangeduid als de LVG-groep.

- 1) Beperkt cognitieve vermogens – geen acute problematiek;
- 2) Beperkt cognitieve vermogens – problematiek: sociale redzaamheid;
- 3) Beperkt cognitieve vermogens – gedragsproblematiek (groep 3 en deel groep 4 voor zover nog 'zelfstandig' wonend).

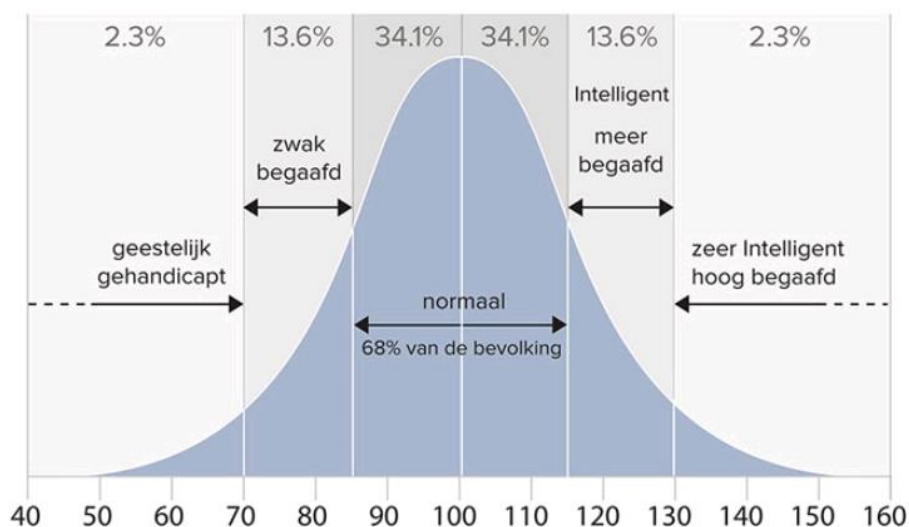
4.1 Onderscheid naar mate van problemen

De groep met beperkt cognitieve vermogens laat zich in aantallen en naar kenmerken niet eenvoudig afleiden uit enquêtes. Deze groep onttrekt zich daar juist vaak aan. Uit registraties zijn er ook geen duidelijke gegevens over deze groep(en) beschikbaar. Landelijk zijn er wel schattingen mogelijk die aanwijzingen geven om welke aantallen het gaat.

Om een beeld te geven van de omvang van de groep vallen we in eerste instantie terug op de cognitieve vermogens van mensen zoals die kunnen worden afgeleid uit intelligentietests (IQ). Vervolgens wordt op basis van andere criteria gezocht naar aanscherping van die groep. Daarmee hebben we het hier dus niet over exact dezelfde groep zoals die vanuit de zorg wordt aangeduid als 'LVG'. Het gaat hier om een bredere groep die – samenhangend met beperkt cognitieve vermogens – kwetsbaar is op een aantal levensdomeinen en die in wisselende mate ook specifieke problematiek kent op de gebieden sociale redzaamheid en probleemgedrag.

De totale groep mensen met een IQ tussen de 50 en 85 – wat kan worden gekwalificeerd als een beperkt cognitief vermogen - komt uit op een kleine 16% van de populatie; circa 2,3 miljoen mensen van 19 jaar en ouder. Het deel met een IQ tussen de 70 en 85 wordt in de regel als 'zwakbegaafd' aangemerkt en de groep met een IQ tussen de 50 en 70 als de groep met een licht verstandelijke beperking (of handicap). De (kleine) groep met een IQ van minder dan 50 wordt als matig tot ernstig verstandelijk gehandicapt aangeduid. Die groep komt aan de orde in hoofdstuk 9.

Figuur 4-1 Normaalverdeling IQ-scores



Uit de deelrapportage 'beperkingenprofielen' komt naar voren dat voor de totale groep met beperkt cognitieve vermogens – dus zwakbegaafd en licht verstandelijke beperking samen - geldt dat ze in potentie kwetsbaar zijn voor terugval. Ongeveer 40% van die groep heeft volgens geïnterviewden geen acute problematiek. Dat gaat dan meestal om het deel van de zwakbegaafde groep die werk en structuur in het leven heeft en een inkomen vergaart waardoor men betrekkelijk weinig met instanties en ingewikkelde procedures in contact komt.

De groepen waar wel in meerdere of mindere mate problemen zijn, bestaat volgens geïnterviewden uit de totale groep met een IQ van minder dan 70 en circa 60% van de groep met een IQ tussen de 70 en 85. In totaal gaat het dan om circa 1,6 miljoen mensen. Voor een deel van deze groep zijn de problemen zo groot dat er sprake is van gedragsproblematiek. Zij hadden veelal een AWBZ-indicatie (begeleiding). Dit gaat volgens het SCP⁵ om circa 100.000 mensen. Bij een nog kleiner deel is de problematiek zo groot dat een intramurale indicatie werd afgegeven: circa 8.000. Die benoemen we als de vierde groep.

Samengevat komen we dan op de volgende aantallen:

- groep 1: 700.000 mensen met een IQ 70-85, maar grotendeels zelfredzaam.
- Groep 2: alleen beperkingen sociale redzaamheid – ca. 1,48 miljoen
- Groep 3: problemen rond sociale redzaamheid én gedragsproblematiek: ca. 110.000 (met AWBZ-indicatie, bron: SCP)
- Groep 4: ca. 8.000 (intramurale indicatie LVG of SGLVG01; bron: CIZ)

⁵ SCP-publicatie 2012/9, IQ met beperkingen, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012,

4.2 Kans op voorkomen in gebieden

Zoals gezegd komt de groep – voor zover er geen indicaties zijn afgegeven – niet voor in registraties en is zij ondervertegenwoordigd in enquêtes. Voor deze groep maken we dan ook een beredeneerde (in plaats van een empirische) inschatting van hun aanwezigheid in gebieden op basis van gegevens over inkomens, opleidingen en leeftijden. De werkwijze die we daarbij hanteren is dat de totale groep – dus inclusief de groep zonder acute problematiek - wordt verdeeld op basis van het voorkomen van de laagste inkomensgroep (de landelijk 20% laagste inkomens). Dus: hoe meer mensen in het laagste inkomenskintiel in een gebied voorkomen, hoe groter de kans op het voorkomen van mensen met beperkte cognitieve vermogens. De reden voor deze werkwijze is de verwachting dat de groep met beperkt cognitieve vermogens in de regel niet in staat zal zijn een hoog inkomen te verwerven. We corrigeren bij deze verdeling vanzelfsprekend voor opleidingsniveau en leeftijd om te voorkomen dat gebieden waar veel jongeren (studenten) wonen - die ook vaak tot die laagste inkomensgroep behoren – worden aangewezen als gebieden met veel mensen met beperkt verstandelijke vermogens.

Er kan niet worden uitgesloten dat een deel van de groep op deze manier wordt gemist, bijvoorbeeld omdat iemand met beperkt cognitieve vermogens een huishouden vormt met bijvoorbeeld een partner of ouders die in staat zijn een hoger inkomen te verwerven. Voor zover dit partners betreft is dat zeker mogelijk. Hoewel mensen de neiging hebben om partners te zoeken met een vergelijkbaar opleidingsniveau, bestaat er ook nog wel degelijk menging van opleidingsniveaus. Tegelijkertijd is het aannemelijk dat mensen met een beperkt cognitief vermogen in een dergelijke situatie ook minder snel in de problemen komen waardoor die groep vanuit de optiek van de Woonzorgwijzer minder interessant is. De mensen met matige tot ernstige verstandelijke beperkingen – een situatie waarbij kinderen vaak langer in huis blijven wonen – komen aan de orde in hoofdstuk 9.

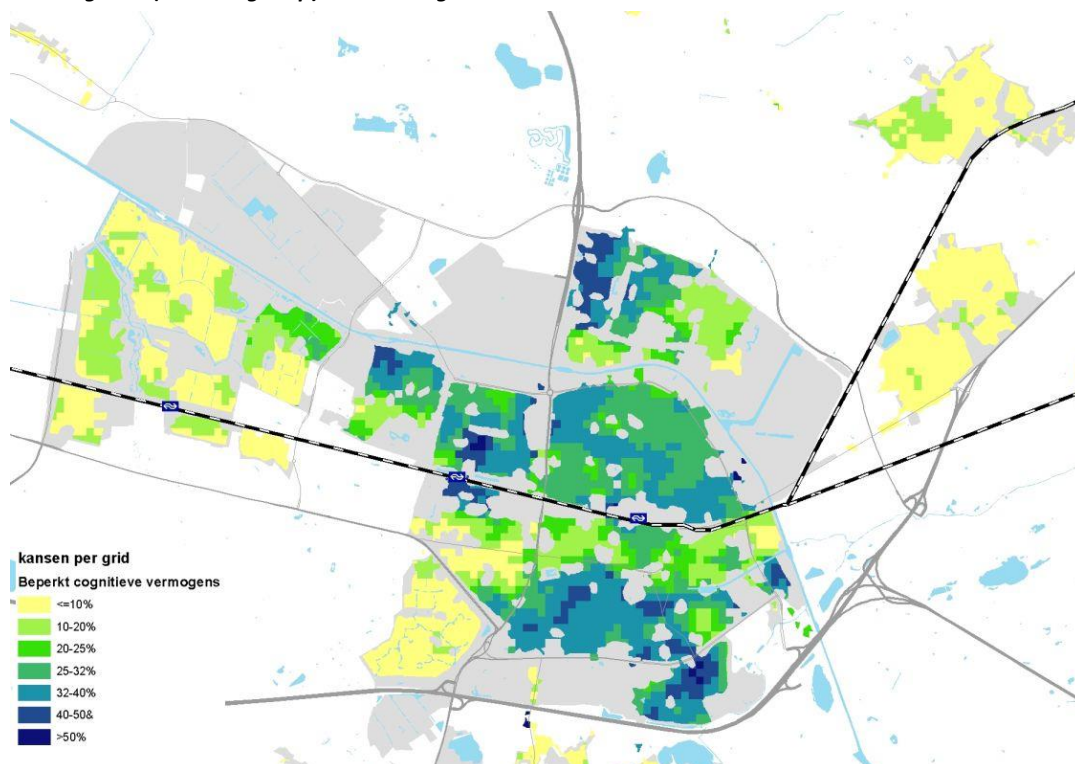
De groep met beperkingen in sociale redzaamheid is een subgroep van de totale groep met beperkt cognitieve vermogens. We gaan ervan uit dat deze groep groter is in gebieden waar werkloosheid en bijstandsafhankelijkheid groot is. De reden daarvan is dat volgens de geïnterviewden het wegvallen van werk een van de sleutelfactoren blijkt voor het ontstaan van problemen met de sociale redzaamheid.

Van de derde groep, die ook gedragsproblemen heeft, kan worden aangenomen dat zij overlast veroorzaken. We gaan ervan uit dat zij dan ook vaker wonen in gebieden waar overlast wordt gemeld.

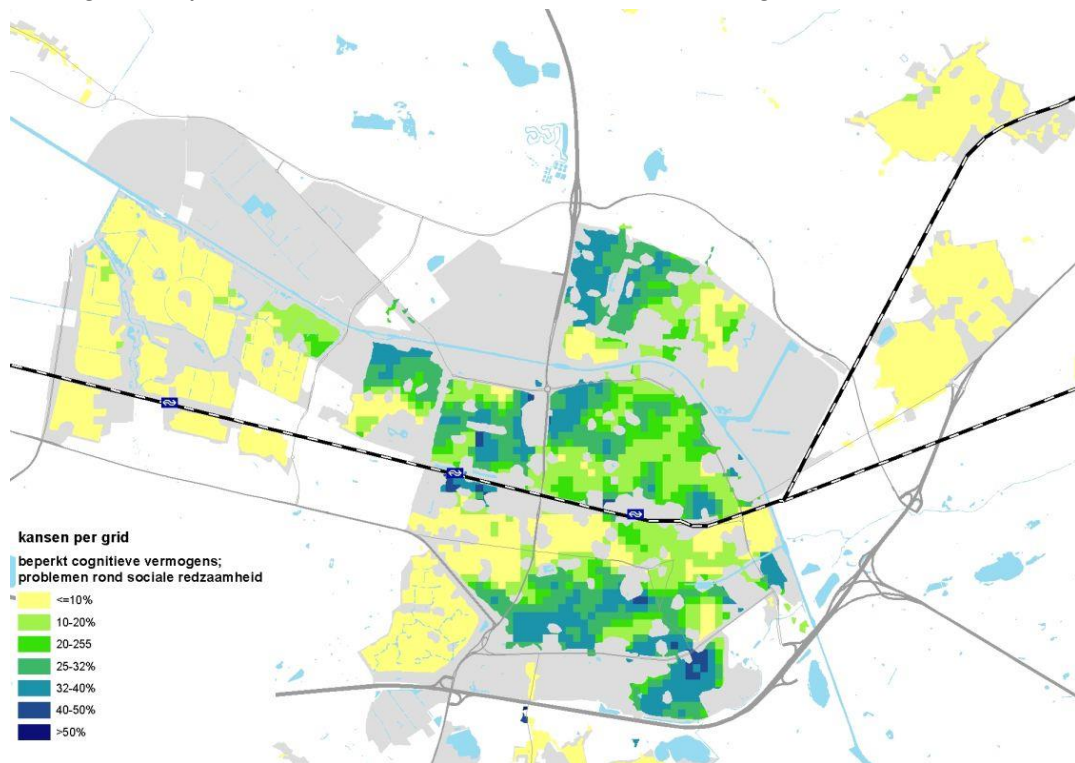
Dit leidt tot de verdeling van de LVG-groep over de pilotgemeenten zoals weergegeven in navolgende kaartbeelden. Daarbij tonen we achtereenvolgens de kansen voor de totale groep, voor de groep met sociale problematiek en voor de groep met gedragsproblematiek.

Daarbij is goed te zien dat de problematiek verschilt per deel van de stad. De totale groep komt in behoorlijke aandelen voor in Tilburg. Problemen rond sociale redzaamheid concentreren zich in meer specifieke gebieden en de kans op gedragsproblematiek is vrij nadrukkelijk het grootst in slechts drie buurten.

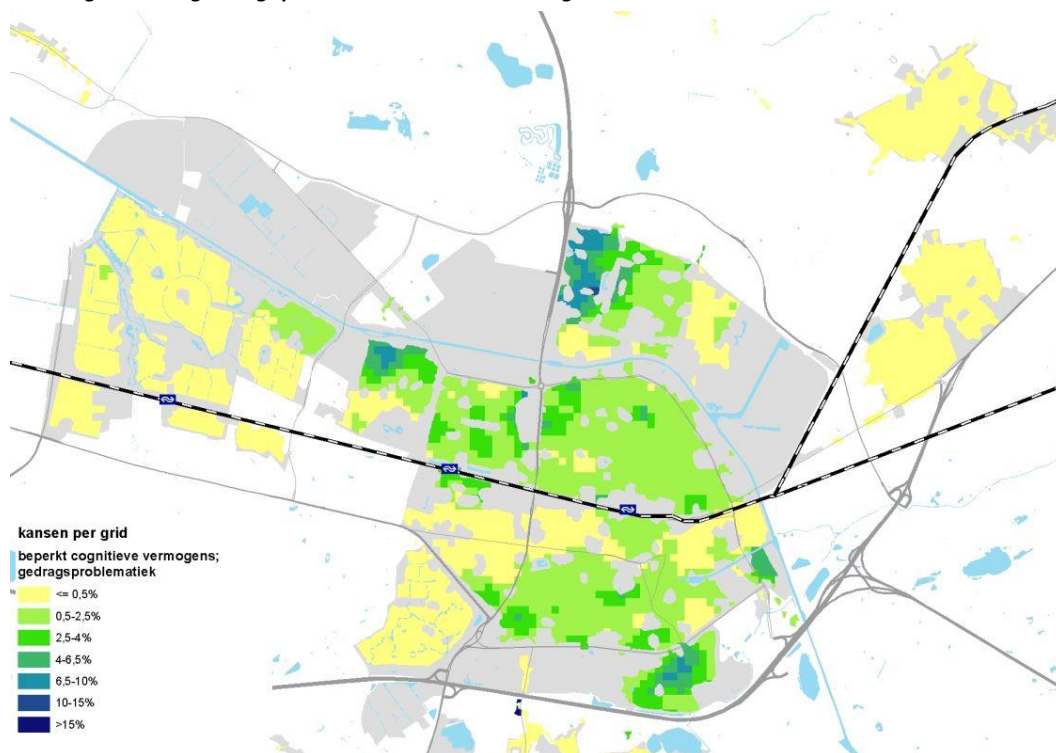
Kaart 4-1 Verwachte verdeling van de kans op mensen met beperkt cognitieve vermogens (totale groep) in Tilburg



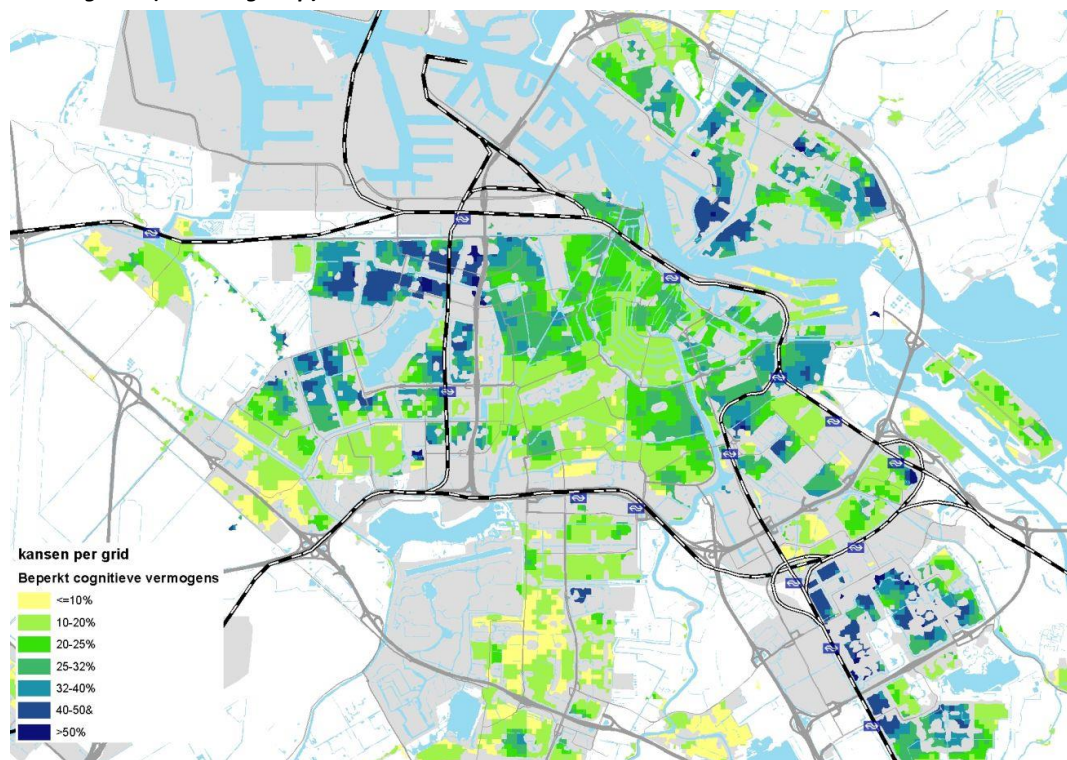
Kaart 4-2 Verwachte verdeling van de kans op mensen met beperkt cognitieve vermogens en problemen rond sociale redzaamheid in Tilburg



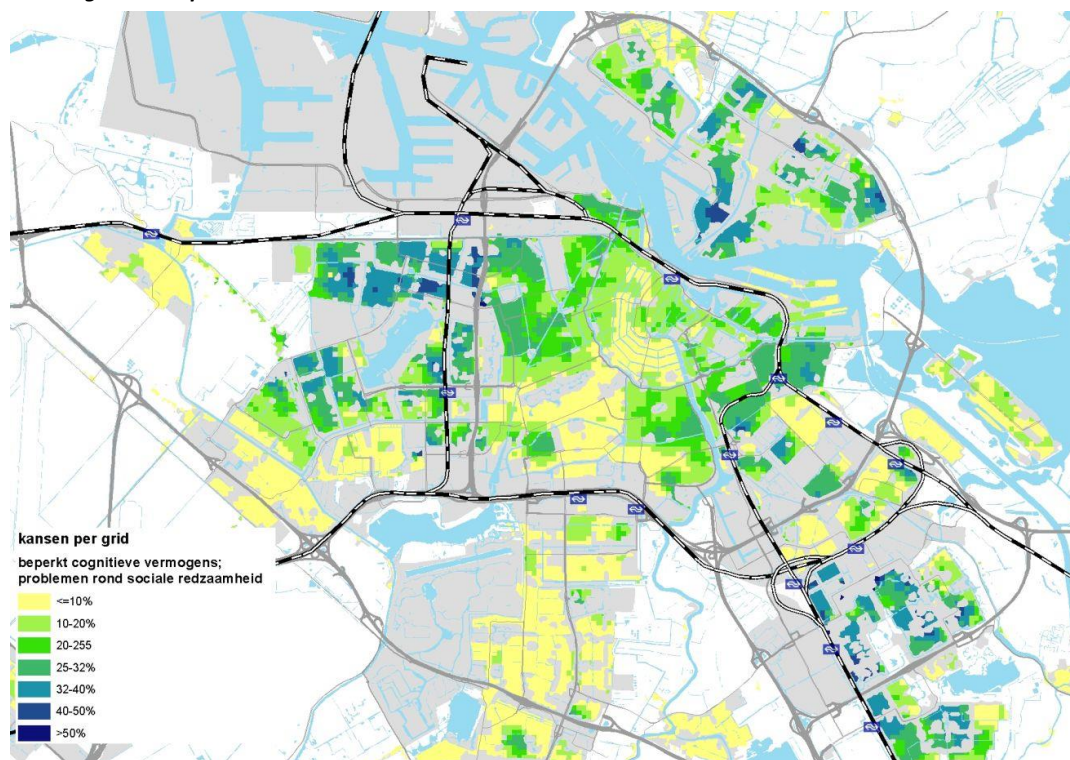
Kaart 4-3 Verwachte verdeling van de kans op mensen met beperkt cognitieve vermogens en gedragsproblematiek in Tilburg



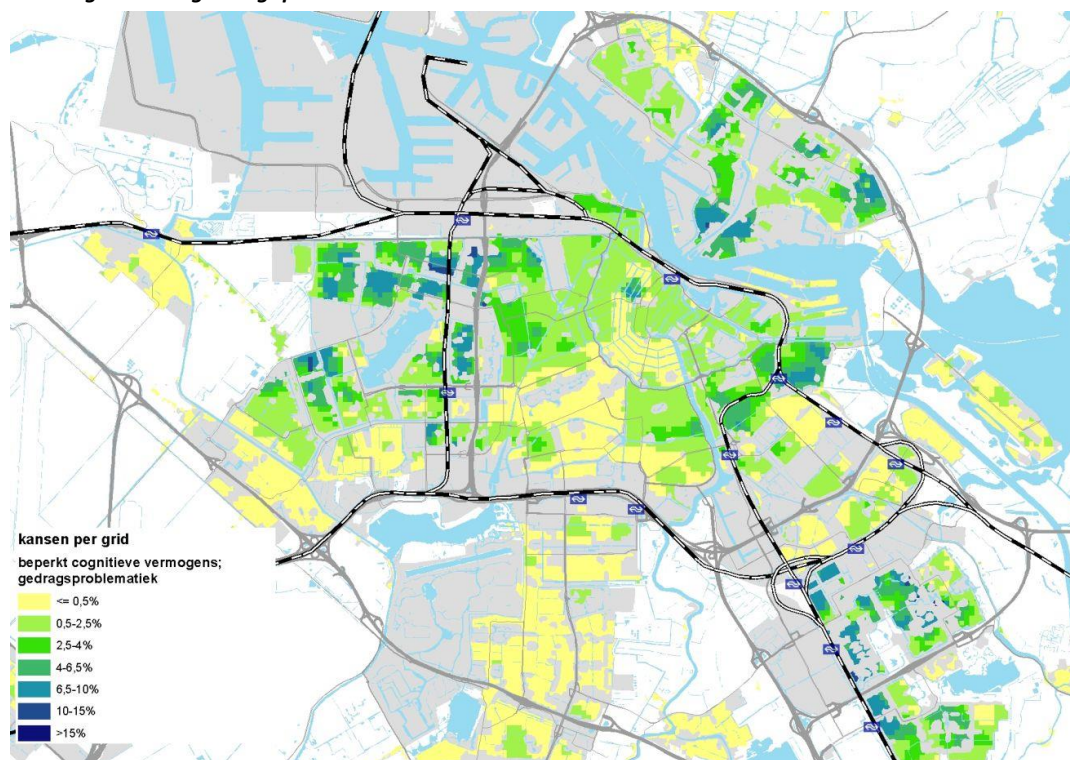
Kaart 4-4 Verwachte verdeling van de kans op mensen met beperkt cognitieve vermogens (totale groep) in Amsterdam



Kaart 4-5 *Verwachte verdeling van de kans op mensen met beperkt cognitieve vermogens en problemen rond sociale redzaamheid in Amsterdam*



Kaart 4-6 *Verwachte verdeling van de kans op mensen met beperkt cognitieve vermogens en gedragsproblematiek in Amsterdam*

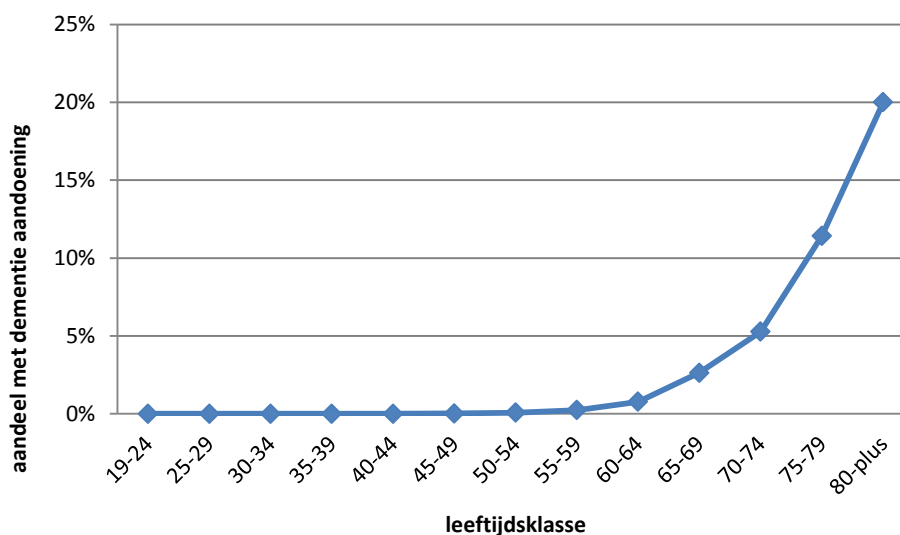


5 Mensen met een dementiële aandoening

Het aantal mensen van 65 jaar en ouder met een dementiële aandoening bedraagt volgens de Alzheimerstichting ongeveer 260.000 personen. Daarnaast is er nog een kleine groep met dementiële aandoeningen die jonger is dan 65 jaar. Dat betreft volgens de Alzheimer stichting ongeveer 12.000 mensen.

Indicaties over samenhang met leeftijd laten zien dat de kans op demencie sterk toeneemt met de leeftijd. Van alle mensen van 65 jaar en ouder heeft circa 10% demencie. Van de mensen van 80 jaar en ouder is dat al 20%. De samenhang met leeftijd wordt beschreven in Figuur 5-1. We houden bij de schatting van de omvang van de groep 65-plussers met een dementiële aandoening (met en zonder diagnose), een percentage aan van 9,5%. Inclusief de groep onder de 65 jaar, komen we dan uit op circa 280.000 mensen met een dementiële aandoening.

Figuur 5-1 Aandeel mensen met een dementiële aandoening per leeftijdsgroep



Van de totale groep met demencie heeft een deel ook een diagnose. Uit de CIZ-gegevens blijkt dat ongeveer 130.000 mensen in 2012 een AWBZ-indicatie met grondslag Psychogeriatric (PG) hadden (waarbij PG de primaire en de secundaire grondslag en zijn samengenomen). Van die totale groep met een AWBZ-indicatie PG hadden er 21.000 een extramurale indicatie of een indicatie voor ZZPVV01 of VV02 (met grondslag PG).

Circa 110.000 personen hadden in 2012 een indicatie ZP VV03 of hoger op grond van een PG grondslag. Van die totale groep verbleven circa 46.000 in een instelling en zijn er in dat jaar ruim 28.000 overleden. Daarmee komen de (landelijke) aantallen voor de subgroepen in 2012 uit op:

- Beginnende problematiek (geen diagnose/indicatie): 176.000

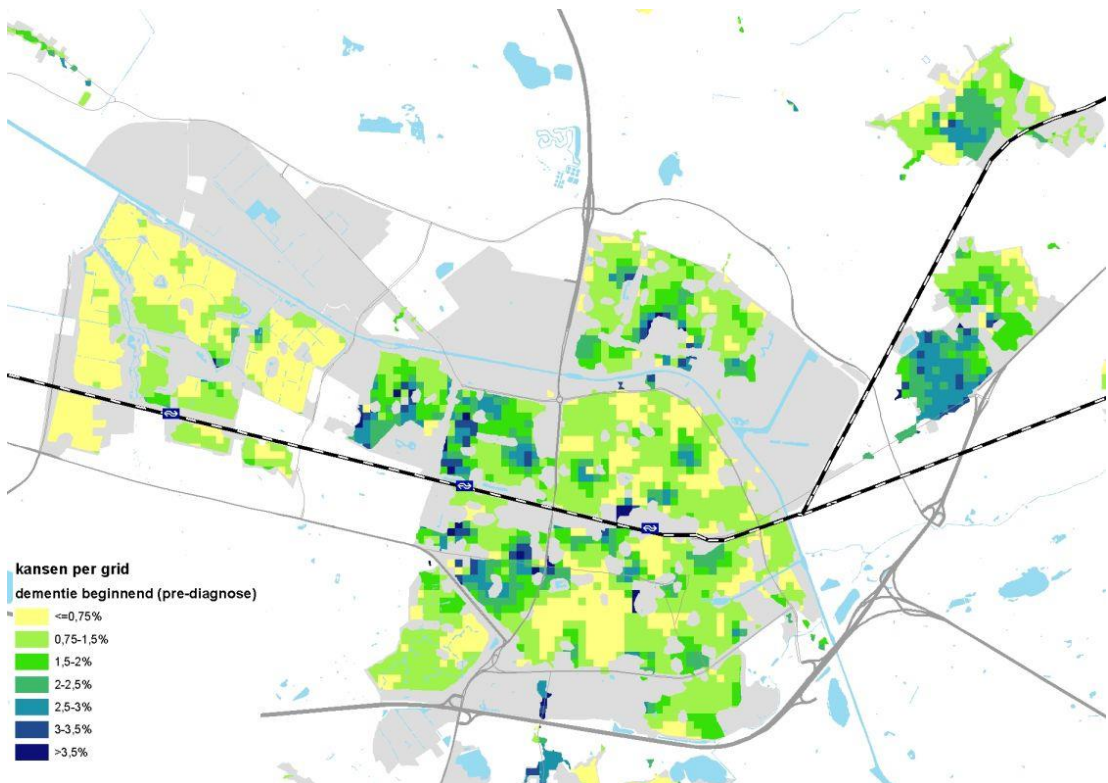
- Lichte, meervoudige problematiek – diagnose; extramurale indicatie met grondslag psychogeriatric en ZP VV01 en 2 met grondslag psychogeriatric: ca. 20.000
- Matige, meervoudige problematiek – indicatie voor zorg met grondslag psychogeriatric ZP VV03 of hoger; deel uitmakend van een zelfstandig huishouden: ca. 38.000 personen
- Zware problematiek – verblijf in instelling: 46.000

De totale *extramurale* groep met een dementiële aandoening – inclusief de groep met beginnende problematiek - komt daarmee uit op ruim 230.000 mensen.

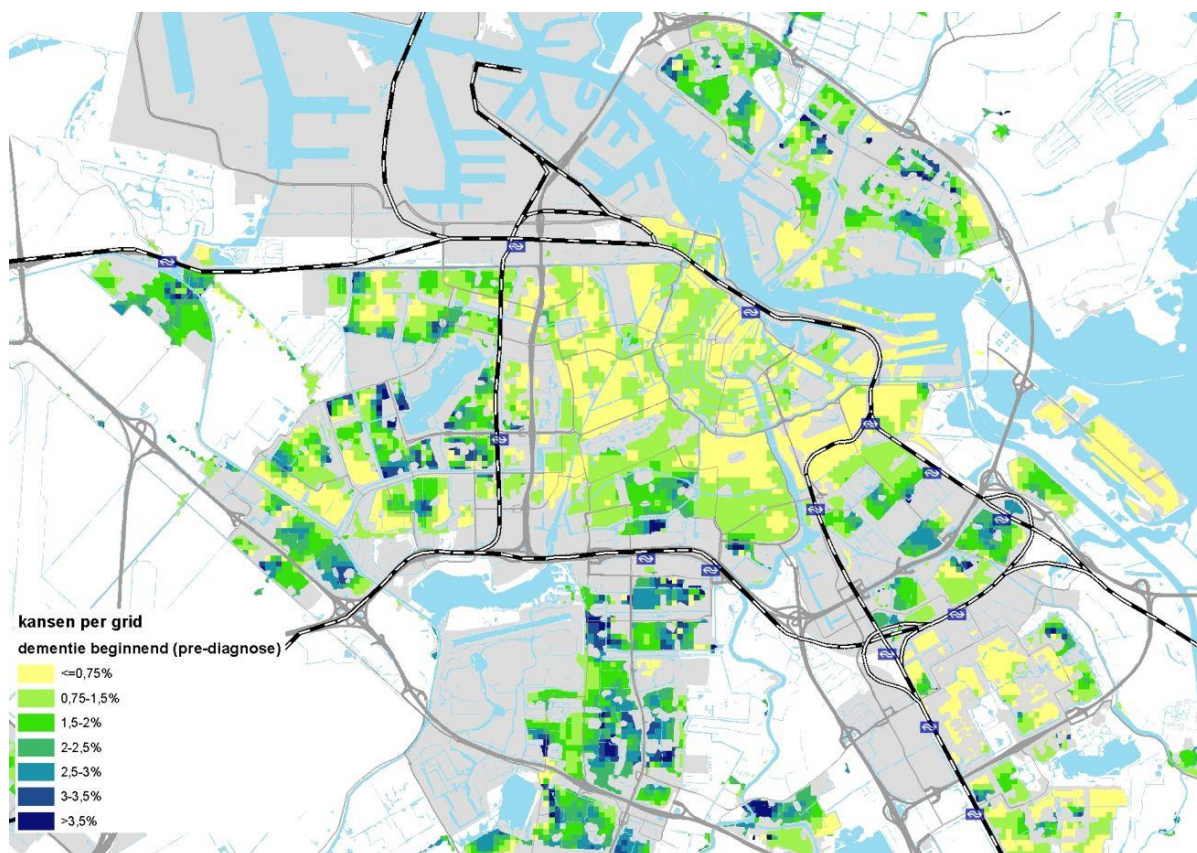
5.1 Beginnende problematiek

De groep met beginnende problematiek wordt benaderd op basis van de – per gebied uit te voeren berekening: totale groep dementiële aandoening – (lichte problematiek + matige problematiek extramuraal + zware problematiek). De groep met beginnende problematiek is immers niet direct in beeld vanuit registraties terwijl de andere groepen dat wel zijn. Op grond van deze werkwijze kan daardoor vrij goed in kaart worden gebracht waar de groep – en in welke aantallen – kan worden verwacht.

Kaart 5-1 *Verwachte verdeling van de kans op mensen met beginnende dementiële problematiek in Tilburg*



Kaart 5-2 Verwachte verdeling van de kans op mensen met beginnende dementiële problematiek in Amsterdam



5.2 Lichte, meervoudige problematiek

5.2.1 Korte typering

Van de groepen met een diagnose ‘dementie’ – is door koppeling met registratiegegevens achterhaald wat hun huishoudens- en woonsituatie is. Daarvan wordt een indruk gegeven in Tabel 5-1. Van de groep met lichte problematiek vormt de grootste groep een huishouden met een partner die ook 65 jaar is (42%). De tweede grootste groep bestaat uit alleenstaande vrouwen.

Tabel 5-1 Huishoudenssituatie en woonsituatie van mensen met AWBZ-indicatie PG in 2012

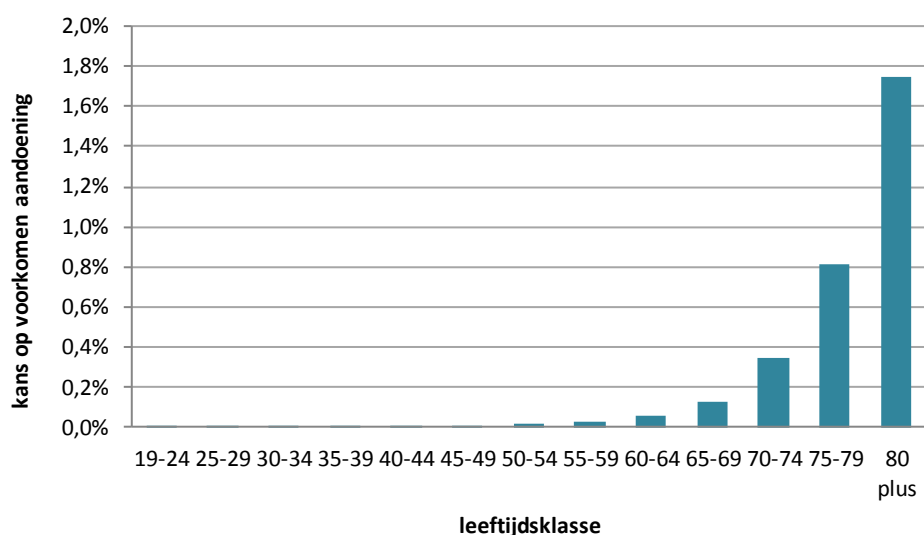
	lichte, meervoudige problematiek	matige, meervoudige problematiek
alleenstaande man	8%	4%
alleenstaande vrouw	29%	16%
paar beide partners \geq 65 jaar	42%	13%
paar, een van de partners \geq 65 jaar	3%	1%
overig huishouden met lid 65-plus	7%	10%

	lichte, meervoudige problematiek	matige, meervoudige problematiek
alleenstaande, jonger dan 65 jaar	2%	0%
overig huishouden zonder lid 65 plus	4%	1%
huishouden in instelling	7%	53%
	100%	100%
van de particuliere huishoudens (niet verblijvend in een instelling):		
eigen woning	40%	26%
huurwoning met huurtoeslag	26%	13%
huurwoning zonder huurtoeslag	34%	61%
	100%	100%

Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

De totale groep met lichte meervoudige problematiek bestaat voor 85% uit mensen van autochtoon-Nederlandse herkomst. Dat is ook begrijpelijk omdat onder de autochtoone bevolking de vergrijzing verder is gevorderd dan onder groepen met een niet-Nederlandse herkomst. Voor de toekomst ligt het wel in de rede dat die verhouding gaat veranderen. Meer dan de helft van de groep bestaat uit mensen van 80 jaar of ouder en bijna 90% is 70 jaar of ouder.

Figuur 5-2 Aandeel mensen met lichte, meervoudige dementiële problematiek per leeftijdsgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Van de particuliere huishoudens waarvan een persoon te maken heeft met lichte meervoudige psychogeriatrische problematiek bezit ruim 40% een koopwoning. Dat is nog wat minder dan het aandeel in de totale populatie, maar het zit er ook niet erg ver meer vanaf. De groep met licht, meervoudige psychogeriatrische problematiek

behoort ook niet overwegend tot de allerlaagste inkomens. Vooral de groep in het tweede inkomenskwintiel (de 20-40% laagste inkomens) is oververtegenwoordigd. Binnen de totale groep met lichte meervoudige problematiek maakt deze groep ruim een derde uit. Meer dan 10% behoort tot het hoogste inkomenskwintiel.

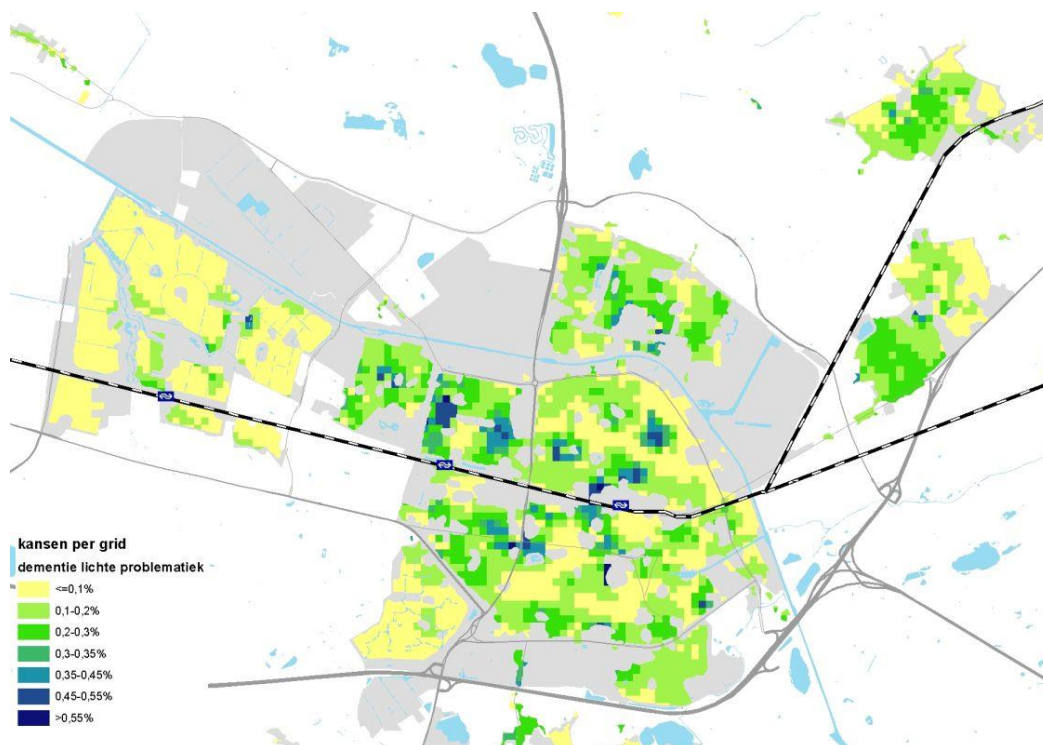
5.2.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen van deze groep die nog deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden hangt samen met de volgende populatie en omgevingskenmerken:

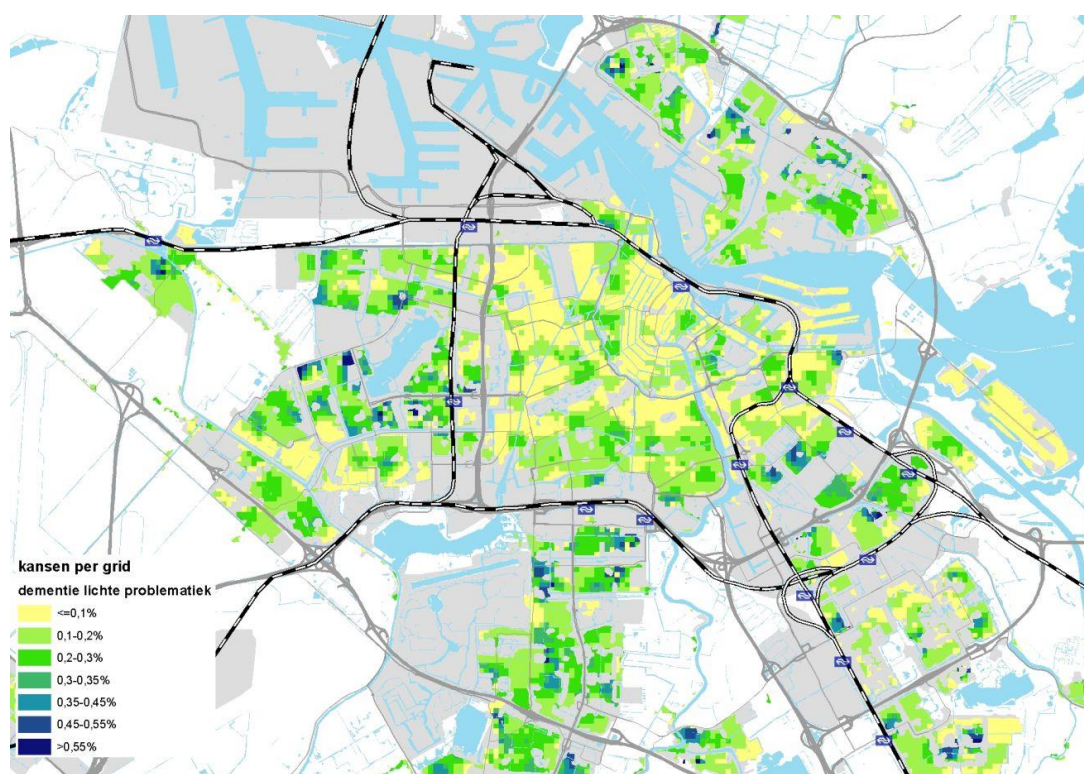
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
inkomen	grotere kans bij tweede kwintiel
niet-westers allochtoon	kleinere kans bij groter aandeel niet-westerse allochtonen in gebied
instelling in gebied	grotere kans als er een zorginstelling in de directe omgeving is
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied
dimensie bewoners Leefbaarometer	grotere kans bij lagere score op de dimensie Bewoners van de Leefbaarometer
dimensie woningen Leefbaarometer	grotere kans bij hogere score op de dimensie Woningen van de Leefbaarometer

De leeftijdsverdeling is sterk overheersend in deze verklaring. Op het niveau van buurten is de verklaringskracht 75%. Dat houdt in dat het merendeel van de verschillen tussen buurten in het aantal mensen dat behoort tot deze groep kan worden verklaard op basis van de genoemde kenmerken.

Kaart 5-3 Verdeling (kans op) mensen met lichte dementiële problematiek in Tilburg



Kaart 5-4 Verdeling (kans op) mensen met lichte dementiële problematiek in Amsterdam



5.3 Matige problematiek

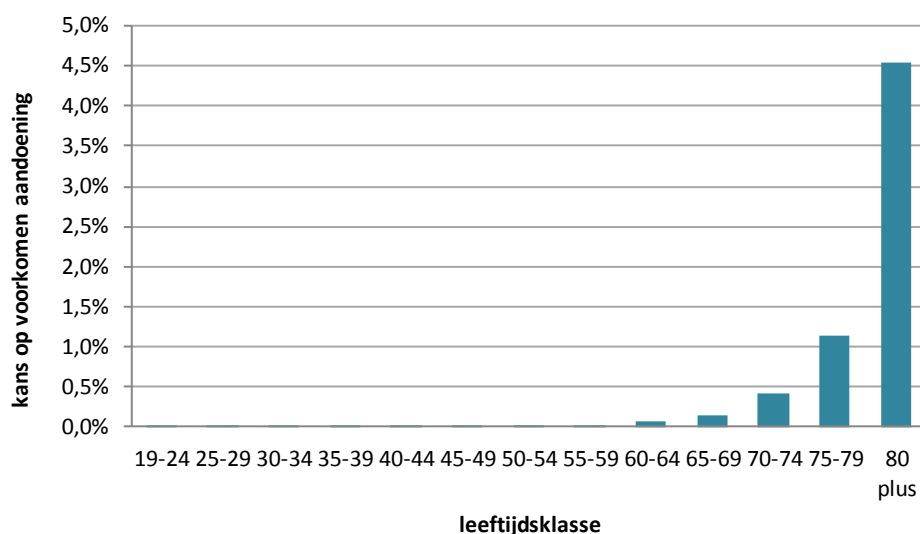
5.3.1 Korte typering

Van de groep met matige problematiek verblijft de grootste groep (53%) in een instelling zoals kon worden opgemaakt uit Tabel 5-1. De tweede grootste groep betreft – net als bij de groep met lichte problematiek ook hier alleenstaande vrouwen. Ook is het aandeel ‘overige huishoudens’ in de groep met matige problematiek opvallend groot (10%). Dat kunnen bijvoorbeeld situaties zijn waarbij een dementerende oudere inwoont bij kinderen.

Nog meer dan bij de groep met lichte, meervoudige problematiek hangt het voorkomen van matige meervoudige problematiek samen met leeftijd. Bijna driekwart van deze groep bestaat uit mensen van 80 jaar of ouder en 95% is 70 jaar of ouder (Figuur 5-3).

Ook de samenhang met etnische achtergrond is – daarmee in overeenstemming – nog wat sterker dan voor de groep met lichte, meervoudige problematiek. Bijna 90% is van autochtoon-Nederlandse herkomst. Ook hierbij mag worden verwacht dat als de vergrijzing ook in andere herkomstgroepen doorzet, deze verhoudingen zullen veranderen.

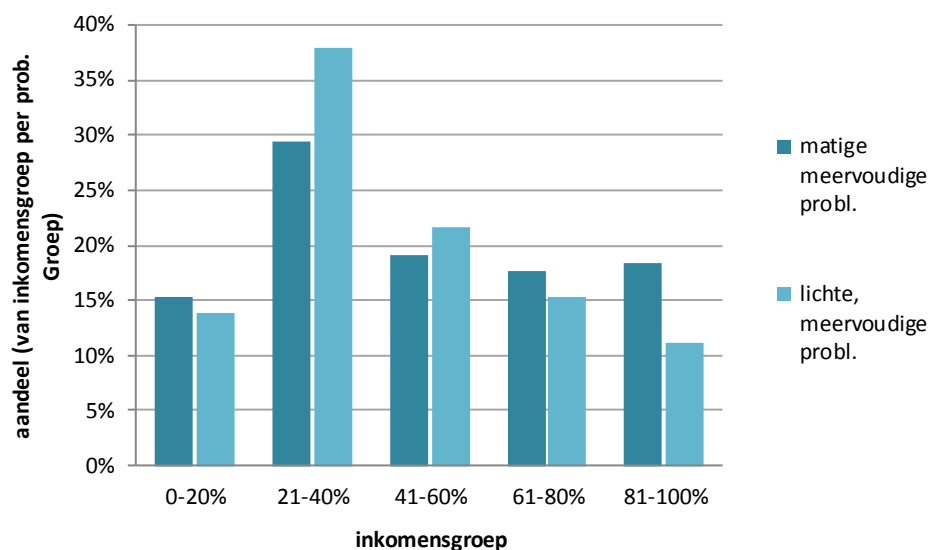
Figuur 5-3 Aandeel mensen met matige, meervoudige dementiële problematiek per leeftijdsgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

De relatie met inkomen is (nog) minder sterk dan bij de groep met lichte, meervoudige problematiek. Anders gezegd: de verhoudingen van inkomensgroepen komen voor de groep met matige, meervoudige problematiek meer overeen met die in de populatie dan voor de groep met lichte meervoudige problematiek. Er zijn dus in deze groep in verhouding meer mensen met een hoger inkomen dan in de groep met lichte problematiek.

Figuur 5-4 Verdeling inkomensgroepen binnen de groepen met lichte en matige meervoudige dementiële problematiek



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Daarbij kunnen twee redenen een rol spelen: hogere inkomensgroepen worden ouder én blijven langer zelfstandig een huishouden voeren. Verder zijn de hogere inkomens vermoedelijk beter in staat de zorg in de thuissituatie te organiseren zodat in deze groep een groter aandeel mensen met matige problematiek thuis kan wonen. Daarmee wordt de kans ook groter dat dit type sterk met leeftijd samenhangende activiteiten relatief meer voorkomt bij zelfstandig wonende hogere inkomens.

5.3.2 Kans op voorkomen in gebieden

Voor de niet-institutionele groep met een matige problematiek bleken de volgende populatie- en omgevingskenmerken mede verklarend:

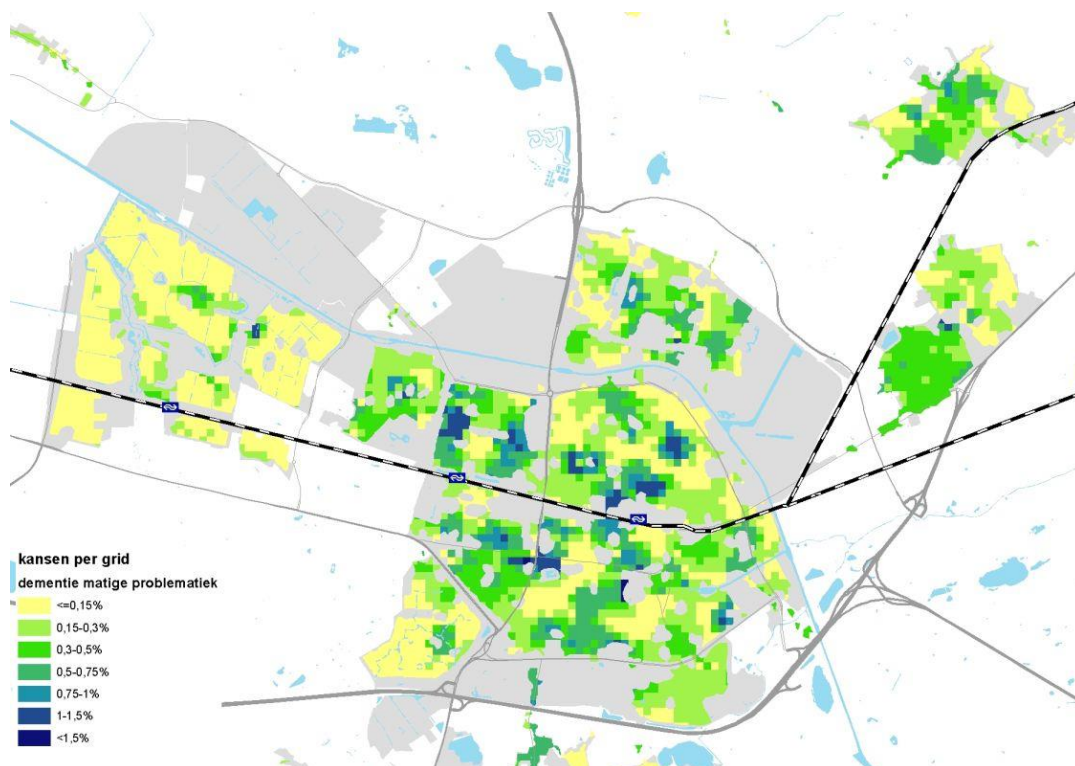
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd
niet-westers allochtoon	kleinere kans bij groter aandeel niet-westerse allochtonen in gebied
instelling in gebied	grotere kans als er een zorginstelling in de directe omgeving is
aandeel corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer corporatiewoningen zijn in een gebied
dimensie bewoners Leefbaarometer	grotere kans bij lagere score op de dimensie Bewoners van de Leefbaarometer
dimensie woningen Leefbaarometer	grotere kans bij hogere score op de dimensie Woningen van de Leefbaarometer
dimensie voorzieningen Leefbaarometer	grotere kans bij hogere score op de dimensie Voorzieningen van de Leefbaarometer
dimensie veiligheid Leefbaarometer	grotere kans bij hogere score op de dimensie Veiligheid van de Leefbaarometer
dimensie fysieke omgeving Leefbaarometer	grotere kans bij hogere score op de dimensie fysieke omgeving van de Leefbaarometer

Interessant daarbij is dat – behoudens de inkomens, sociale huur en dimensie bevolking - het verder positieve omgevingsindicatoren zijn die bijdragen aan de kans op thuis wonen van mensen met een matige dementiële beperking. Dat doet vermoeden dat de kwaliteit van de woningvoorraad en woonomgeving hier een positieve rol in speelt in die zin dat als de omstandigheden gunstig zijn, men langer thuis blijft wonen.

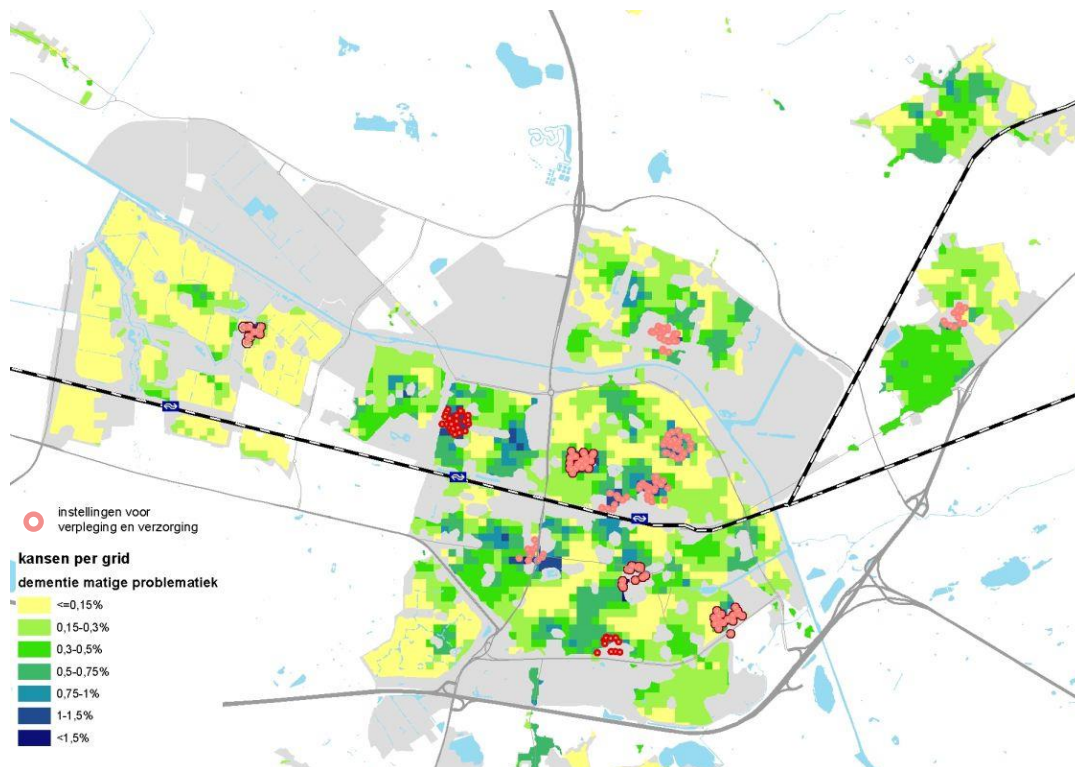
Net als bij de groep met lichte, meervoudige dementiële problematiek is de leeftijdsverdeling sterk overheersend in de verklaring van de kans op matige, meervoudige, dementiële problematiek. Op het niveau van buurten is de verklaringskracht 71%. Dat houdt dat het merendeel van de verschillen tussen buurten in het aantal mensen dat behoort tot deze groep kan worden verklaard op basis van de genoemde kenmerken.

Bij de ruimtelijke verdeling van deze groep is een patroon van ruimtelijke clustering te zien binnen buurten (zie bijvoorbeeld Kaart 5-7 voor de verdeling in Amsterdam). Die clustering hangt minimaal deels samen met de aanwezigheid van instellingen voor verpleging en verzorging in die gebieden (vergelijk met Kaart 5-8). De verwachting is dan ook dat hiermee concentraties van aanleun- of ouderenwoningen in de nabijheid van dergelijke instellingen zichtbaar worden.

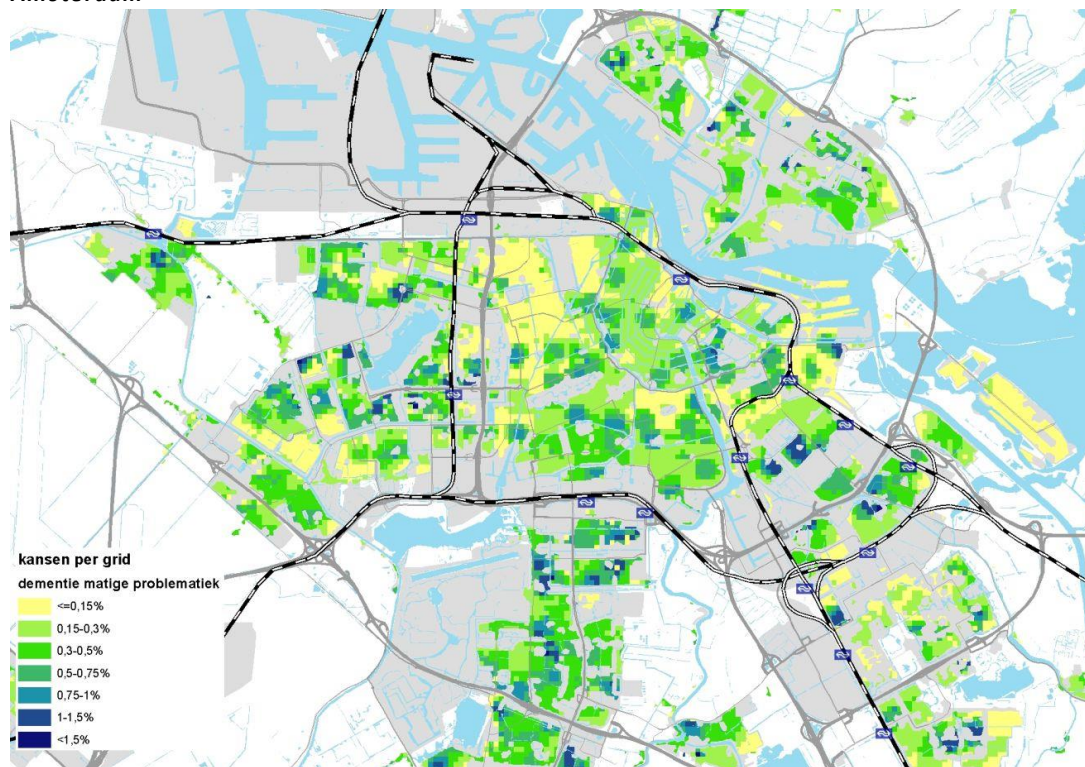
Kaart 5-5 Verdeling (kans op) mensen met matige dementiële problematiek in Tilburg



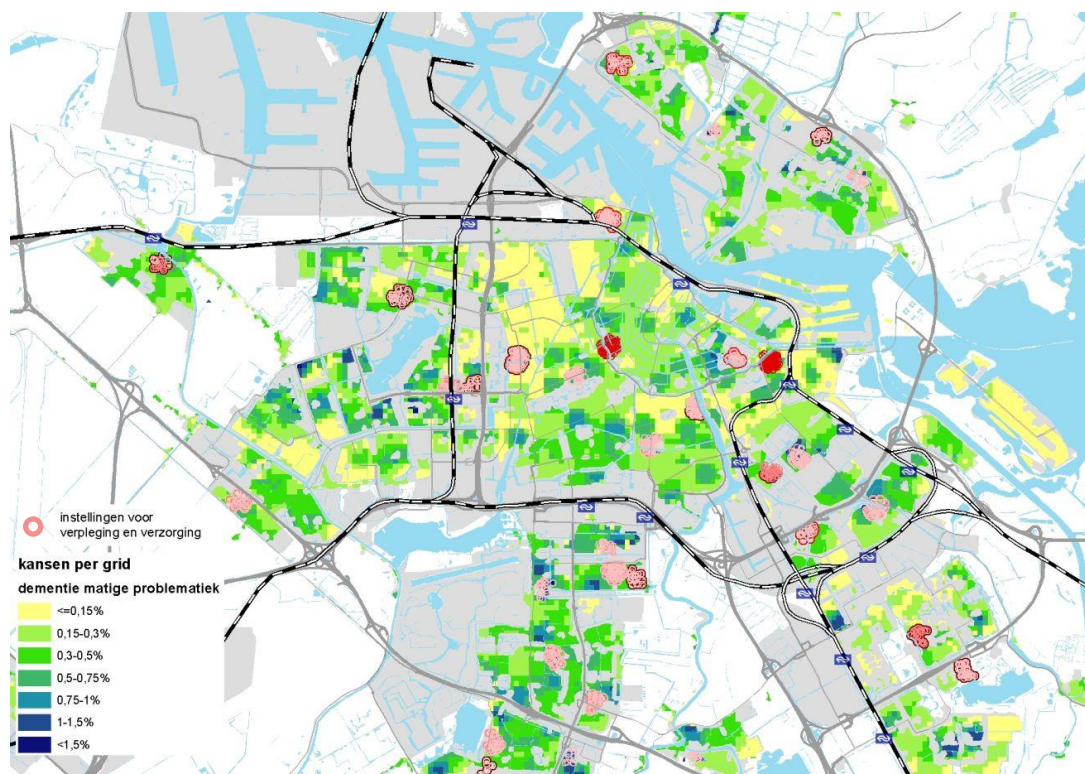
Kaart 5-6 Verdeling (kans op) mensen met matige dementiële problematiek in Tilburg, inclusief locatie instellingen verpleging en verzorging



Kaart 5-7 Verdeling (kans op) mensen met matige dementiële problematiek in Amsterdam



Kaart 5-8 Verdeling (kans op) mensen met matige dementiële problematiek in Amsterdam, inclusief locatie instellingen verpleging en verzorging

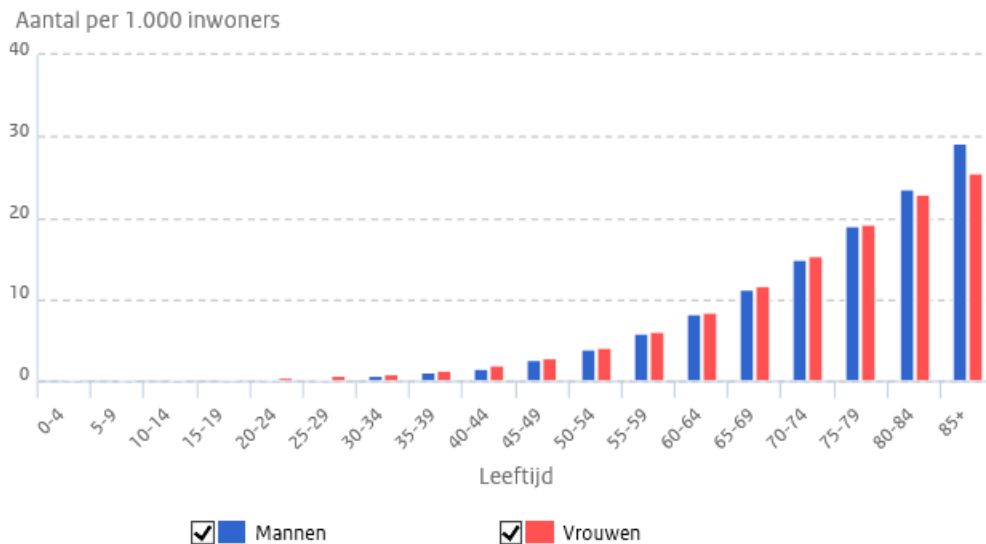


6 Mensen met een visuele beperking

Uit huisartsenregistraties is gebleken dat er in 2011 ongeveer 302.000 mensen waren bij wie een gezichtsstoornis (staar, glaucoom, maculadegeneratie of diabetische retinopathie) is gediagnosticeerd. Dit is vermoedelijk een onderschatting van de mensen met een visuele stoornis omdat niet iedereen met een gezichtsstoornis bij de huisarts (terug)komt. De aantallen mensen met een gezichtsstoornis zijn op basis van bevolkingsonderzoek beduidend groter. Zo zijn er op basis van huisartsenregistraties circa 195.000 mensen met staar (de meest voorkomende gezichtsstoornis), terwijl uit bevolkingsonderzoek een getal van 942.000 naar voren komt (Nationaal Kompas Volksgezondheid).

Het vóórkomen van (alle) gezichtsstoornissen hangt samen met leeftijd (zie bijvoorbeeld Figuur 6-1 voor de prevalentie van glaucoom naar leeftijdsgroep). Vooral staar en maculadegeneratie komen meer voor bij vrouwen. Voor diabetische retinopathie en glaucoom zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen beperkt. Gemiddeld genomen zijn er wel beduidend meer vrouwen dan mannen met een gezichtsbeperking. Voor vrouwen komt de prevalentie (alle gezichtsstoornissen) uit op 21 per 1.000 (alle leeftijden) en voor mannen op 15 per 1.000.

Figuur 6-1 Puntprevalentie glaucoom (1-1-2011, huisartsenregistratie, overgenomen van www.volksgezondheidenzorg.info)



Bron: LINH, data bewerkt door het RIVM

Zintuigelijke beperkingen (zowel horen als zien) komen meer voor bij laag opgeleiden dan bij hoog opgeleiden. Voor beperkingen die te maken hebben met zien is de prevalentie voor vrouwen met alleen lager onderwijs ruim 20%. Voor vrouwen met HBO of

Universitaire opleiding is dat 3%. Ook na controle voor leeftijdsverschillen, blijven de verschillen naar opleiding aanzienlijk.

In de deelrapportage 'beperkingenprofielen' worden drie groepen onderscheiden met visuele beperkingen:

- a) **Lichte problematiek, voldoende zelfredzaam:** zowel blindgeborenen als mensen die later slechtziend zijn geworden maar goed getraind zijn in het omgaan met hun visuele beperking en de mogelijke hulpmiddelen.
- b) **Matige problematiek:** mensen die slechtziend zijn geworden en niet meer goed hebben leren omgaan met hulpmiddelen en blindgeborenen met lichte bijkomende problematiek. Zij zijn beperkt zelfredzaam.
- c) **Ernstige problematiek:** mensen die niet of beperkt hebben leren omgaan met hulpmiddelen of die te maken hebben met multiproblematiek, zoals een licht verstandelijke beperking, psychische problemen of taalproblemen. Deze mensen zijn niet zelfredzaam en hebben een intramurale indicatie.

Slechtziendheid komt in gradaties. Voor de kwantificering maken we gebruik van de vragen in de Gezondheidsmonitor die hierop zijn gericht en bakenen de groep slechtzienden af als de groep die:

- niet of alleen met grote moeite kleine letters in de krant kan lezen
én
- niet of alleen met grote moeite mensen kan herkennen op 4 meter afstand.

Binnen deze groep maken we onderscheid tussen een groep die ondanks die beperking toch grotendeels zelfstandig kan functioneren en een groep die dat niet kan zonder hulp. De groep die grotendeels zelfredzaam is, wordt opgevat als de slechtziende groep die in 2012 geen indicatie vanuit de AWBZ (geen grondslag) had. Dat betrof circa 120.000 personen van 19 jaar en ouder. De minder zelfredzame groep had (dus) wel een indicatie. Dat gaat om circa 43.000 mensen. Het onderscheid betreft niet alleen indicaties met grondslag zintuiglijke beperking (ZIN), maar alle grondslagen. De reden is dat indicaties met grondslag ZIN zeer weinig zijn afgegeven. Daarentegen weten we van de groep mét (andere) indicaties zeker dat het een groep met visuele problemen betreft én dat zij ondersteuning behoeven. Daardoor is het in beginsel een groep met visuele problematiek én is deze niet geheel zelfredzaam. Daardoor komt de groep overeen met de beoogde doelgroep. Een deel ervan zal echter mogelijk ook andere aandoeningen of problemen hebben dan alleen zintuiglijke beperkingen. Daar wordt in het hoofdstuk over 'overlap' tussen groepen (hoofdstuk 11) op teruggekomen.

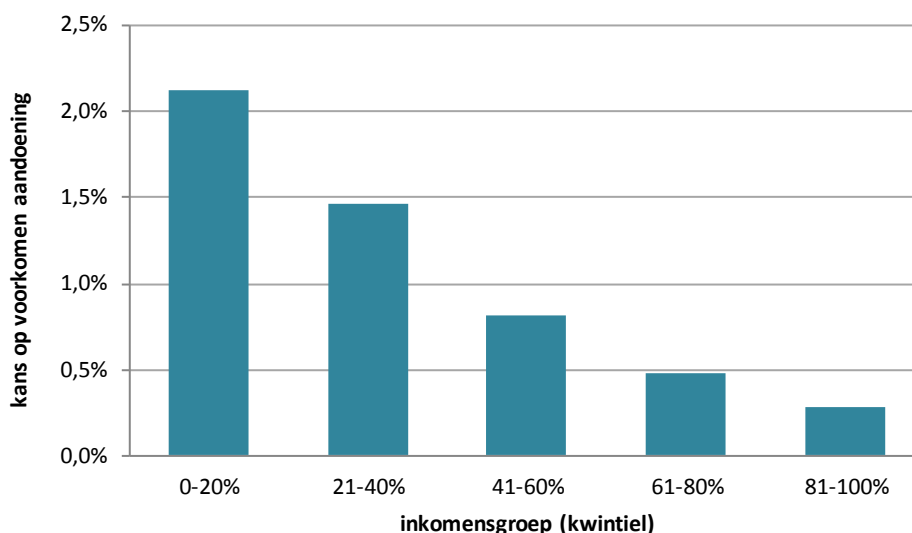
Mensen met een visuele beperking die op die grond in 2012 in instellingen verbleven, laten we buiten beschouwing. Dit is een zeer kleine groep. In 2012 verbleven er in totaal 2.265 mensen op basis van hun visuele beperking in een instelling. Ten opzichte van de groepen die in de deelrapportage 'beperkingenprofielen' zijn benoemd, gaat het dus om een benadering van de eerste twee groepen: die met lichte problematiek en de groep met matige problematiek.

6.1 Slechtiend of blind, grotendeels zelfredzaam

6.1.1 Korte typering

De zelfredzame groep met een visuele beperking heeft vaak een laag inkomen. Ongeveer een derde van de totale groep bestaat uit personen die behoren tot de laagste inkomensgroep. De kans dat iemand een visuele beperking heeft in de groep laagste inkomens is ruim 7,5 keer groter dan voor iemand uit de hoogste inkomensgroep (Figuur 6-2). De groep bestaat voor 64% uit vrouwen. Ook ouderen zijn oververtegenwoordigd (Figuur 6-3). Ongeveer een derde van de totale slechtiende, zelfredzame groep is 65 jaar of ouder en twee derde van de groep is 50 jaar of ouder. Dat betekent dat een relatief grote groep tussen de 50 en 65 jaar oud is.

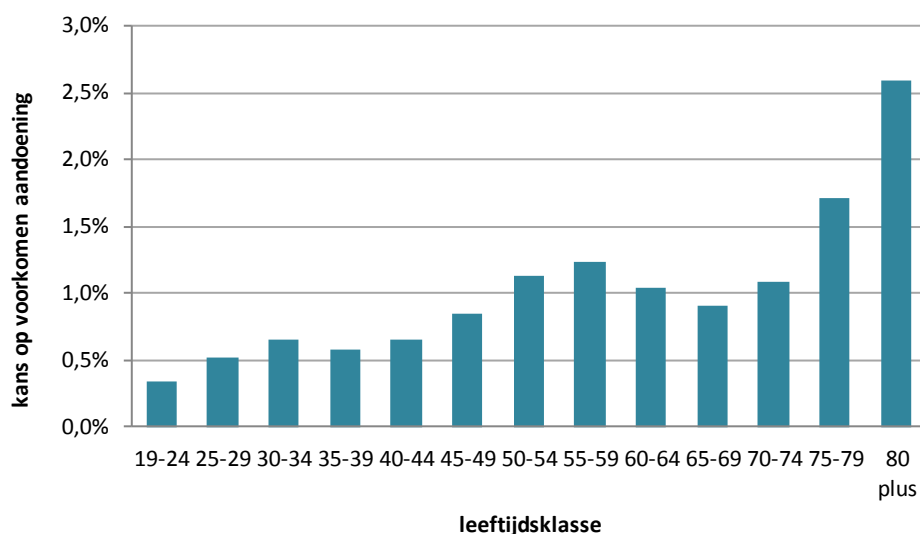
Figuur 6-2 Aandeel slechtiende mensen (grotendeels zelfredzaam) per inkomenskwintiel



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

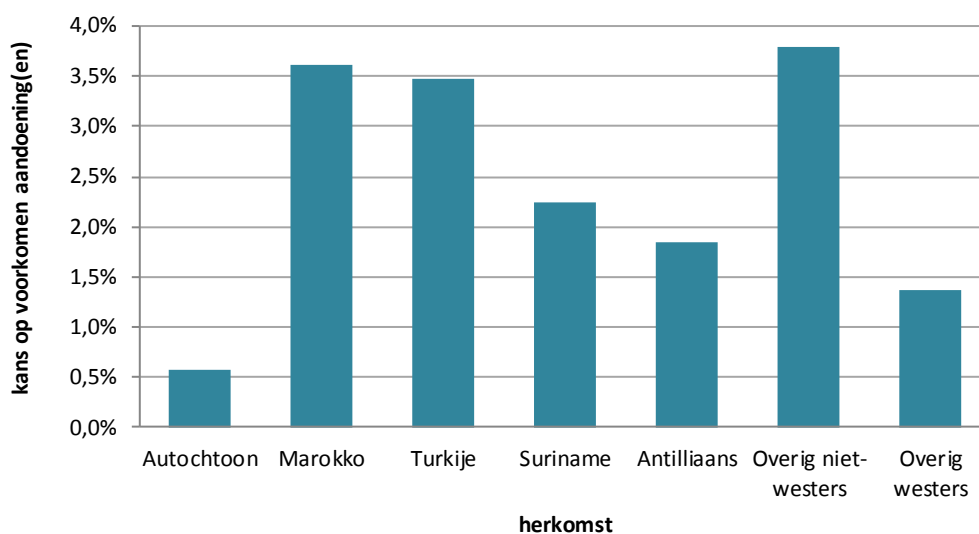
Ongeveer een derde van deze groep bestaat uit eenpersoonshuishoudens (32%). Een relatief groot deel wordt gevormd door mensen die deel uitmaken van een gezin met kinderen (23%). Dat is wel minder dan 'normaal' in de populatie, maar voor een groep met beperkingen is het een relatief groot aandeel. De kans op visuele beperkingen is voorts aanzienlijk groter onder niet-westerse herkomstgroepen dan onder de autochtone bevolking. Zelfs zonder controle voor leeftijd (autochtonen hebben vaker een hogere leeftijd), is de kans dat iemand een visuele beperking heeft voor de Marokkaanse, Turkse en overig niet-westerse herkomstgroepen ruim zes keer groter dan voor autochtonen (Figuur 6-4). De verschillen naar herkomstgroep hangen deels samen met de verschillen tussen inkomensgroepen (de niet-westerse herkomstgroepen hebben vaker een laag inkomen).

Figuur 6-3 Aandeel slechtzijende mensen (grotendeels zelfredzaam) per leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 6-4 Aandeel slechtzijende mensen (grotendeels zelfredzaam) per herkomstgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

De ervaren gezondheid binnen de zelfredzame groep met een visuele beperking is relatief gunstig. Zo'n 37% beoordeelt de eigen gezondheid als goed tot zeer goed en nog eens 44% beoordeelt de eigen gezondheid met een 'gaat wel'. Daar tegenover staat wel dat twee derde van deze groep sociaal eenzaam is en 55% zich ook eenzaam voelt (emotionele eenzaamheid).

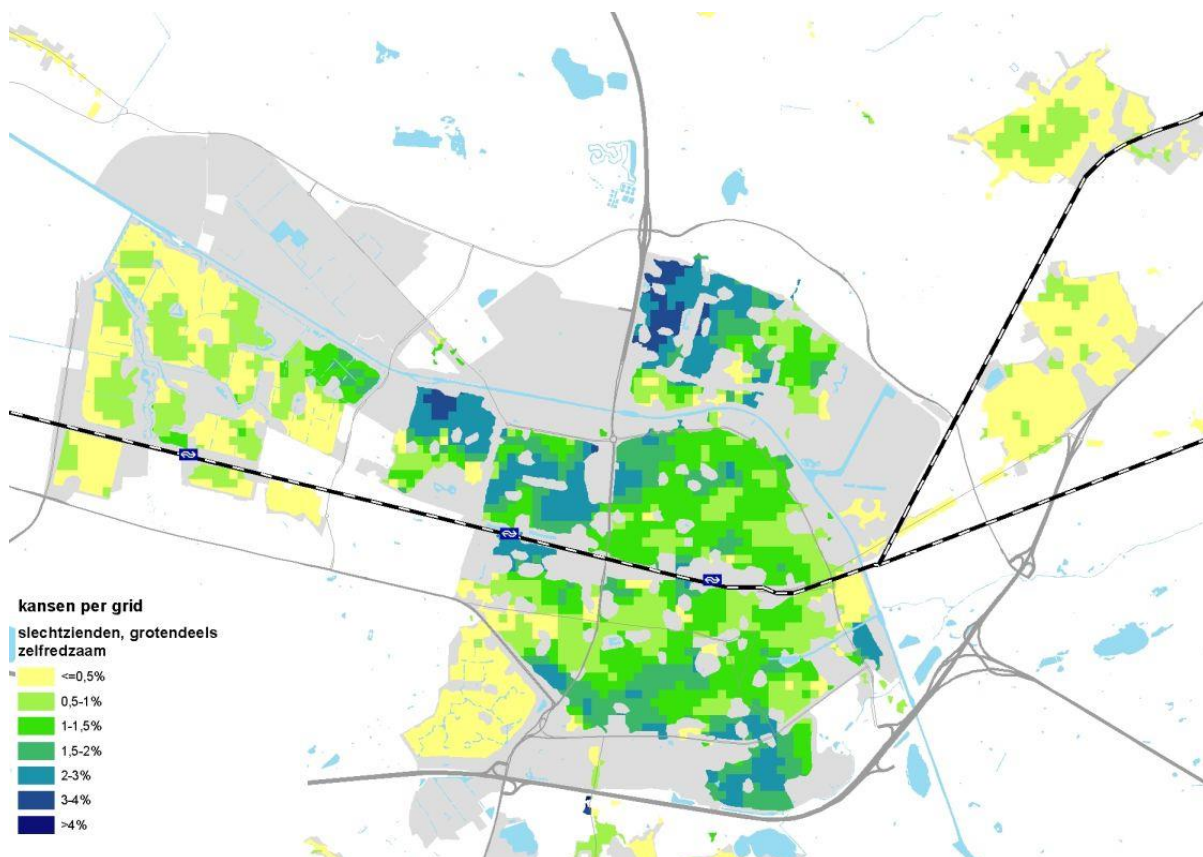
6.1.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

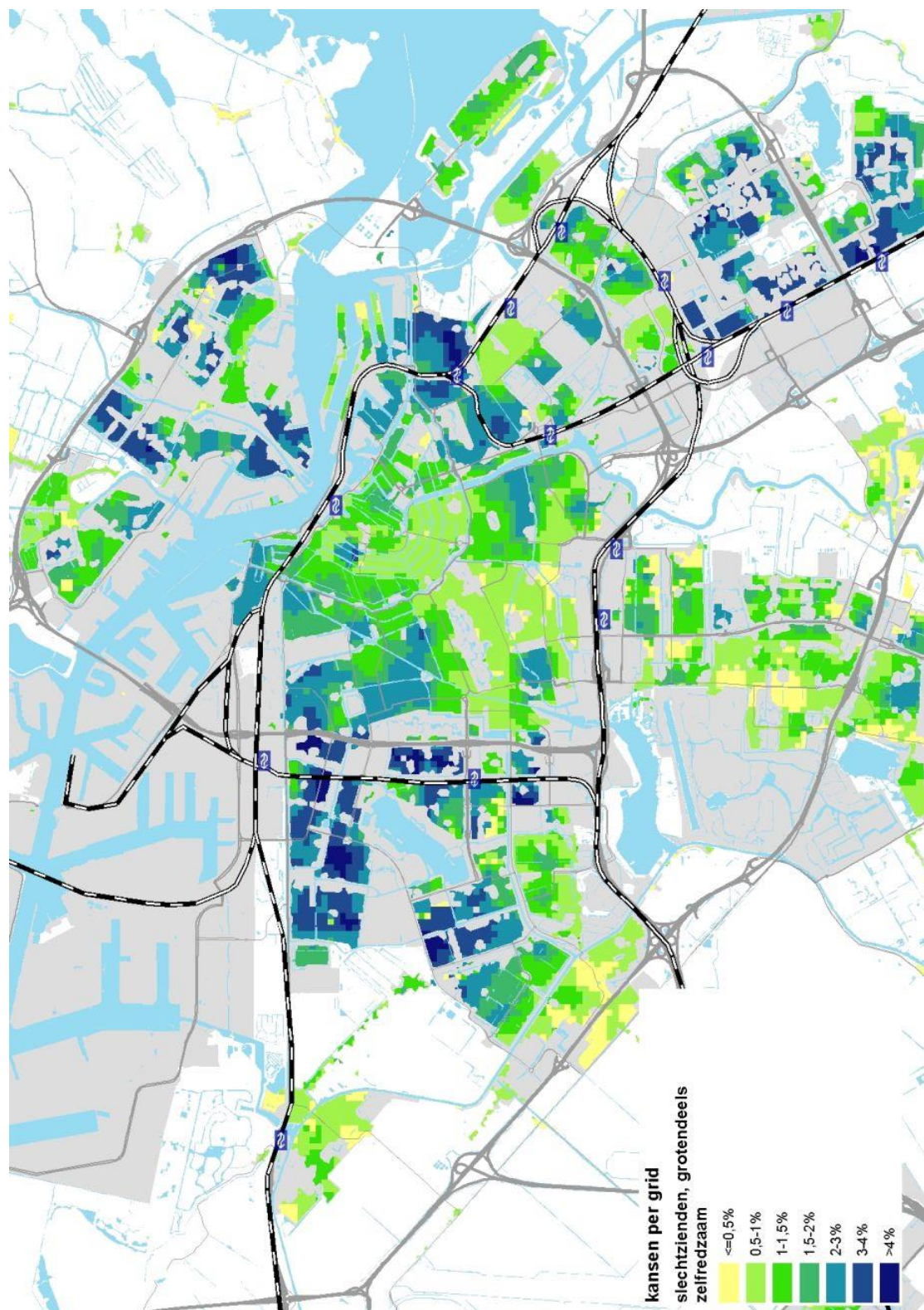
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd en bij 50-65 jaar
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
niet-westers allochtoon	grotere kans bij Marokkaanse en Turkse herkomst
aandeel bijstandsontvangers	grotere kans bij een hoger aandeel bijstandsontvangers in een gebied
aandeel meergezins corporatiewoningen	grotere kans naarmate er meer meergezins corporatiewoningen zijn in een gebied
aandeel kleine meergezinswoningen van na 1970	grotere kans naarmate er meer kleine meergezins die na 1970 zijn gebouwd zijn in een gebied
leefbaarheid	grotere kans bij mindere leefbaarheid

Op buurtniveau is de verklaringskracht van het model waarin deze indicatoren worden gecombineerd 61%. Dat houdt in dat het merendeel van de verschillen tussen buurten kan worden verklaard door deze parameters.

Kaart 6-1 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een visuele beperking (zelfredzame groep) Tilburg



Kaart 6-2 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een visuele beperking (zelfredzame groep) Amsterdam

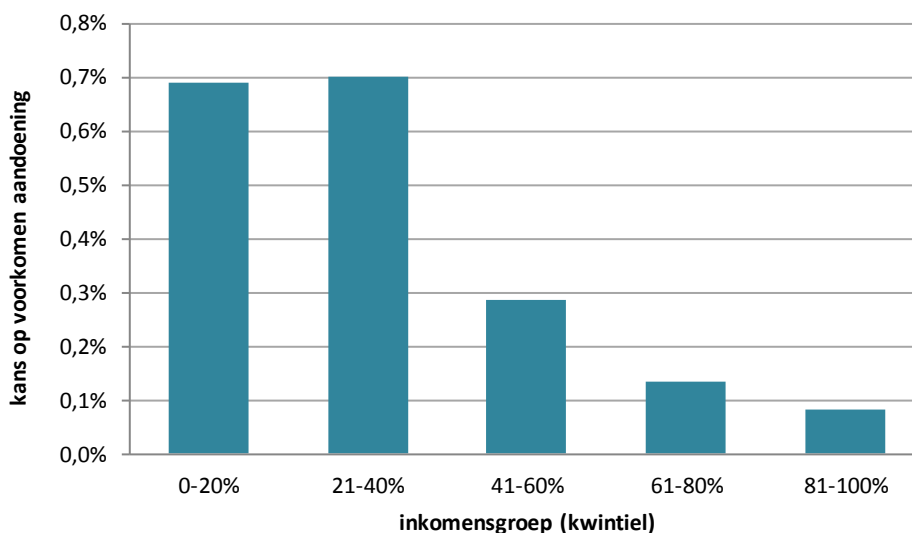


6.2 Slechtiend of blind, niet zelfredzaam

6.2.1 Korte typering

De groep mensen die te maken heeft met slechtiendheid en die niet (geheel) zelfredzaam is, verschilt op een aantal vlakken van de wel grotendeels redzame groep. Het belangrijkste verschil is dat de niet-redzame groep gemiddeld een stuk ouder is. Het grootste deel (59%) van de groep is 75 jaar of ouder. Het betreft over het algemeen lage inkomens, maar minder specifiek de laagste inkomensgroep, zoals bij de redzame groep het geval is. Tweederde van de groep behoort tot de 40% laagste inkomens. De kans dat iemand uit de laagste twee inkomensgroepen slechtiend is én niet zelfredzaam is, is ruim 8 keer groter dan voor iemand uit de hoogste inkomensgroep (Figuur 6-5). Het gaat in deze groep voor 70% om vrouwen.

Figuur 6-5 Aandeel slechtiende mensen (niet geheel zelfredzaam) per inkomenskintiel



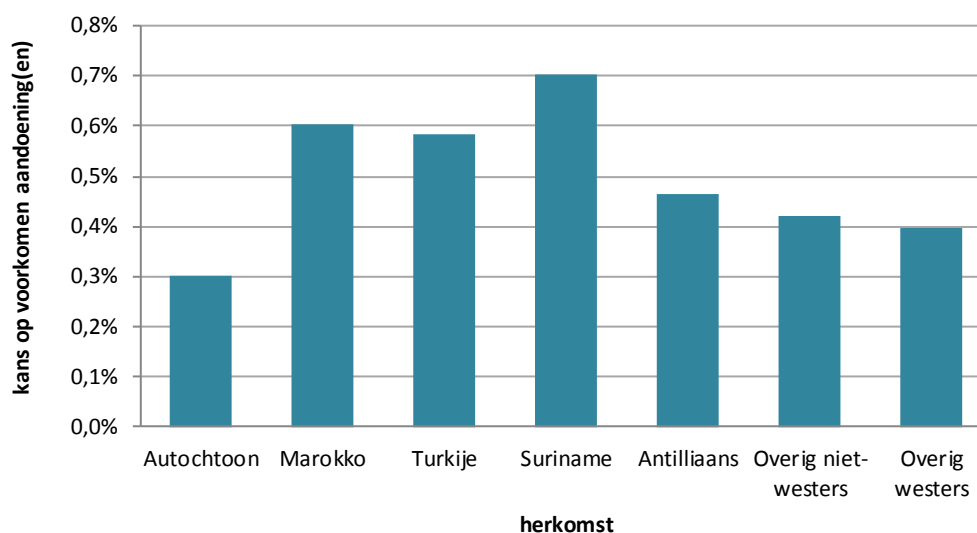
Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Allochtone herkomstgroepen hebben een grotere kans om slechtiend te zijn en niet geheel zelfredzaam dan autochtone groepen, ook als niet wordt gecontroleerd voor inkomen. Er zijn minder duidelijke verschillen tussen de herkomstgroepen dan bij de wel-redzame groep maar de kans dat mensen van Marokkaanse, Turkse of Surinaamse herkomst te maken hebben met deze problematiek is ruim twee keer groter dan voor mensen van Nederlandse herkomst (Figuur 6-6).

Een vrij groot deel van deze groep ervaart de eigen gezondheid als slecht tot zeer slecht (37% t.o.v. 19% bij de redzame groep) en 85% ervaart de eigen gezondheid als minder dan goed (t.o.v. 63% bij de redzame groep). Opvallender is misschien nog wel dat 71% van deze groep zich eenzaam voelt (emotionele eenzaamheid). Dat is meer

dan bij de redzame groep, maar in het bijzonder ook meer vergeleken met de groepen met bijvoorbeeld somatische problematiek – waarvoor dit voor iets meer dan de helft geldt. Alleen voor groepen met psychische problemen, geldt dat het aandeel emotioneel eenzame mensen hoger ligt.

Figuur 6-6 Aandeel slechtziende mensen (niet geheel zelfredzaam) per herkomstgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

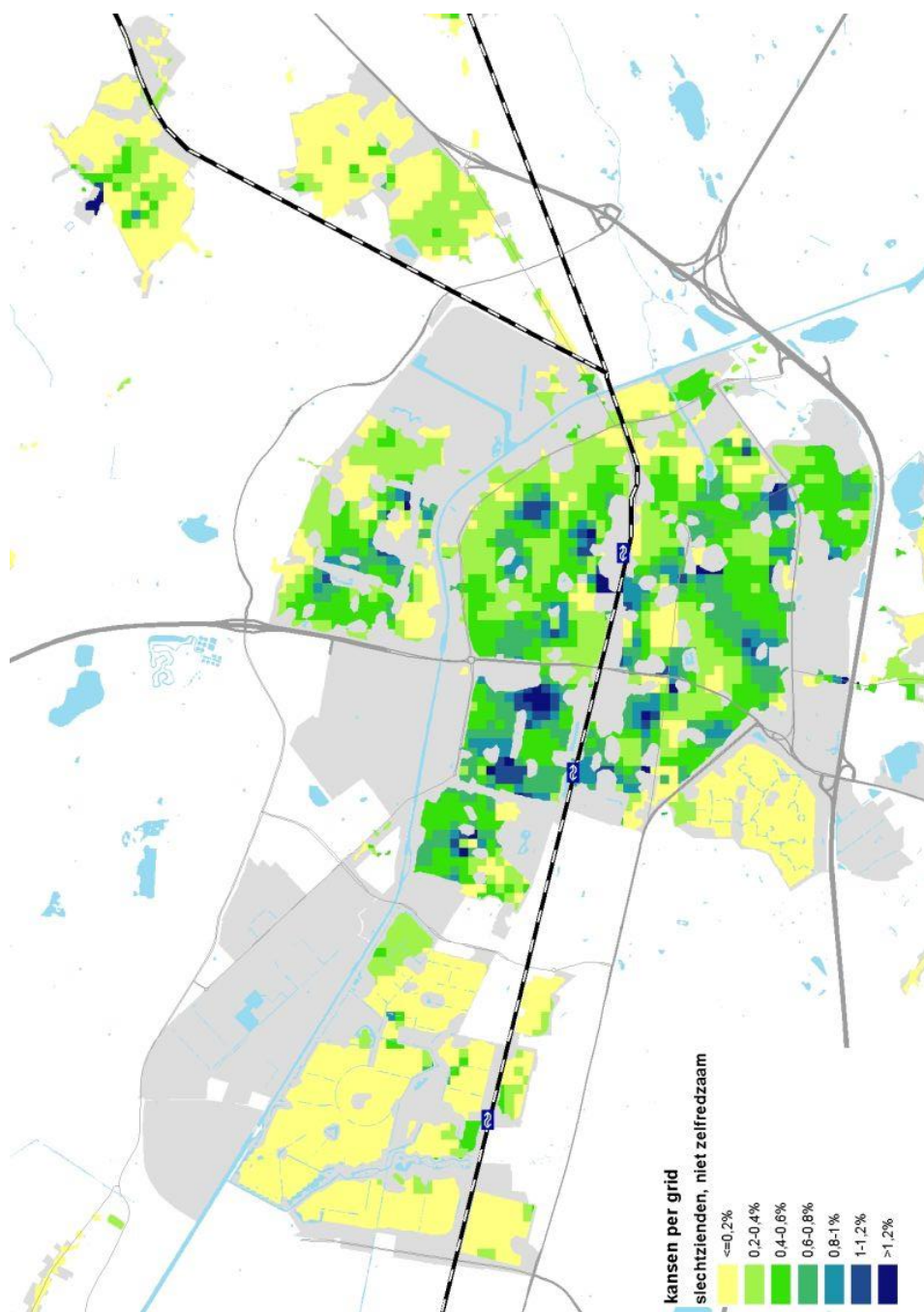
6.2.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

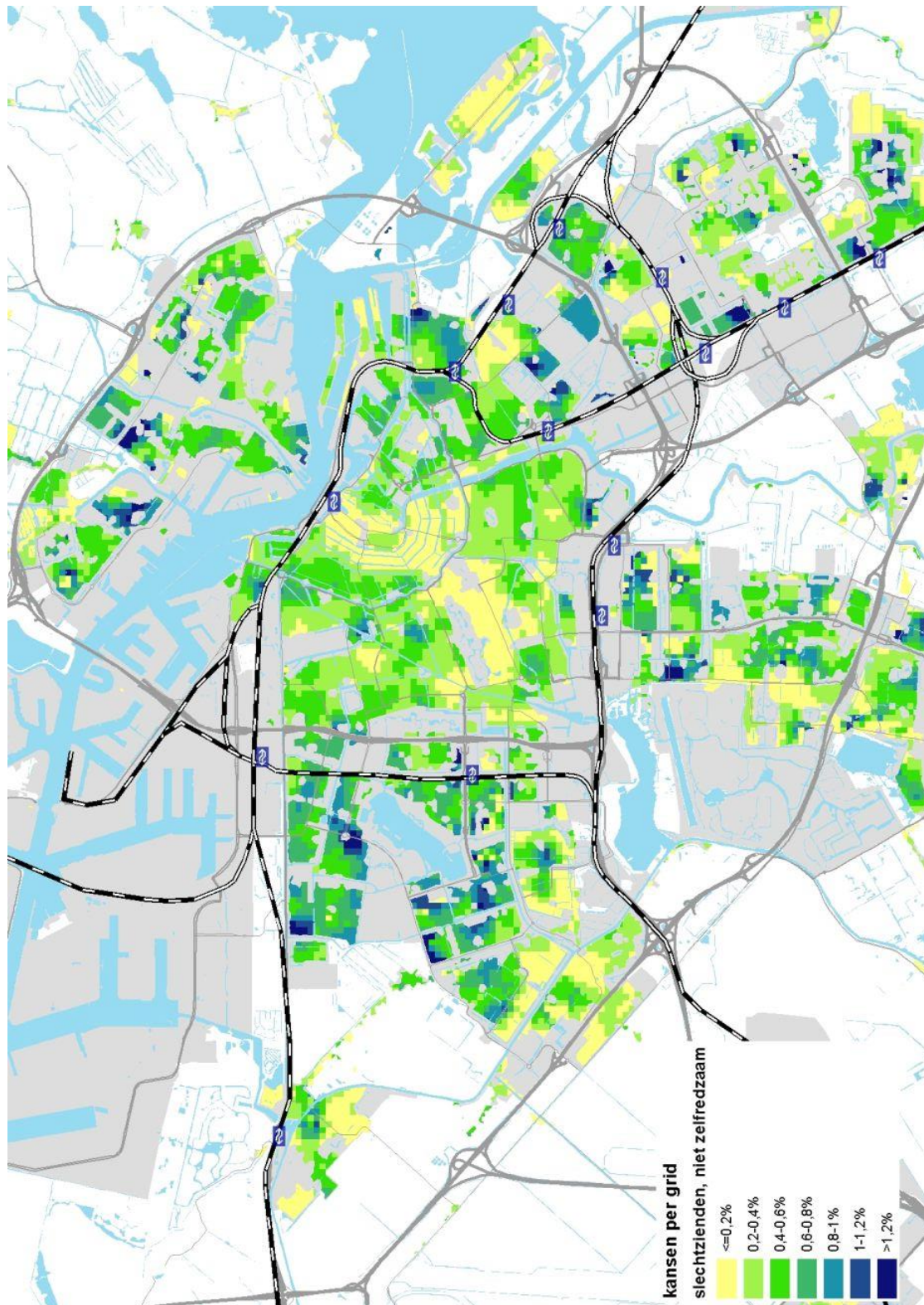
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd en
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
herkomst	grotere kans bij niet-autochtone herkomstgroepen
aandeel arbeidsongeschikten in gebied	grotere kans bij een hoger aandeel arbeidsongeschikten in een gebied
aandeel ww-ontvangers in gebied	grotere kans bij meer ww-ontvangers in een gebied
aandeel eenpersoonshuishoudens in gebied	grotere kans bij meer eenpersoonshuishoudens
aandeel meergezins na 1970	grotere kans naarmate er meer meergezins corporatiewoningen zijn in een gebied
aandeel recent gebouwde woningen	grotere kans bij meer nieuwe woningen in een gebied

Op buurtniveau is de verklaringskracht van het model waarin deze indicatoren worden gecombineerd 48%. Dat houdt in dat net iets minder dan de helft van de verschillen tussen buurten kan worden verklaard door deze parameters.

Kaart 6-3 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een visuele beperking (niet-zelfredzame groep) in Tilburg



Kaart 6-4 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een visuele beperking (niet-zelfredzame groep) in Amsterdam

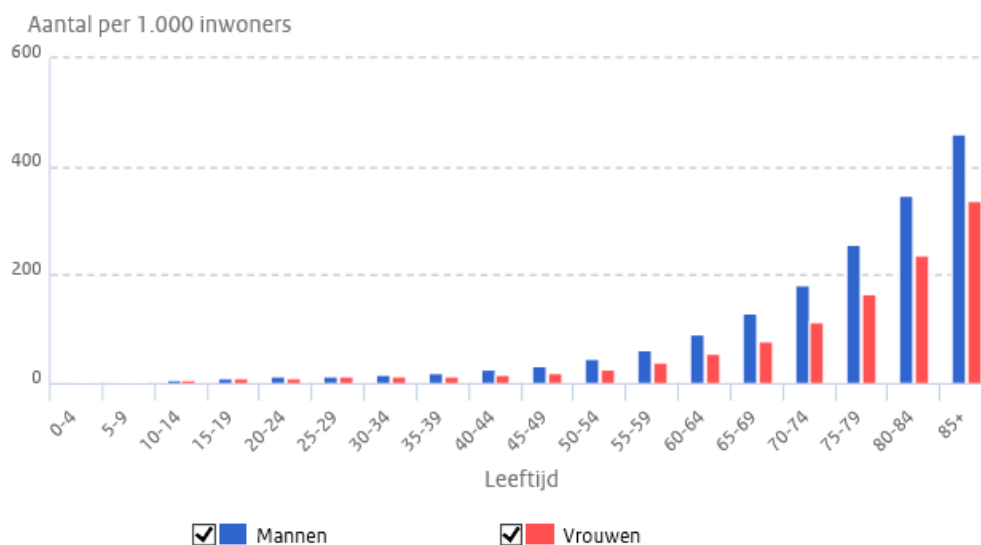


7 Mensen met een auditieve beperking

Gehoorbepervingen komen – net als de meeste andere beperkingen - in gradaties. Op basis van de gezondheidsmonitor 2012 kan worden vastgesteld dat in Nederland 1.673.000 mensen van 19 jaar of ouder (13% van de populatie) enige moeite hadden met het volgen van een gesprek in een groep van drie of meer personen. 405.000 mensen enige moeite hadden met het voeren van een gesprek met één ander persoon. Dat komt neer op ruim 3% van de populatie. Ongeveer 144.000 personen hadden grote moeite met het voeren van een gesprek met één ander persoon, of kunnen dit niet. De prevalentie van slechthorendheid neemt toe met de leeftijd. Het aandeel slechthorenden (moeite met voeren van een gesprek met een andere persoon) van 80 jaar en ouder komt uit op ruim 10%. In de leeftijdsgroep 50-64 jaar is dat nog maar 5%.

Op basis van huisartsenregistraties komt het totaal aantal mensen waarbij de diagnose slechthorendheid is gesteld (lawaai- en ouderdomsslechthorendheid samen) ergens in het midden uit. In 2011 betrof dat 883.000 mensen (jaarprevalentie). De diagnose slechthorendheid wordt meer gesteld bij mannen dan bij vrouwen en neemt sterk toe met de leeftijd (zie Figuur 7-1).

Figuur 7-1 Puntprevalentie gehoorstoornissen (1-1-2011, huisartsenregistratie);
figuur overgenomen van www.volksgezondheidenzorg.info



Bron: [CMR Nijmegen](#) en [RNH](#), gegevens bewerkt door [RIVM](#)

Voor slechts een klein deel van alle mensen met slechthorendheid is de problematiek dusdanig dat hierbij ook vanuit de AWBZ zorg en ondersteuning werd geboden (behandeling en begeleiding). In 2012 hadden in totaal zo'n 10.000 mensen (alle leeftijden) een AWBZ-indicatie met primaire grondslag ZG (visueel en auditief samen). Voor

1000 mensen in Nederland was er een indicatie voor zorg met verblijf op basis van een auditieve beperking (Tabel 7-1).

Tabel 7-1 Indicaties met grondslag ZG in 2012

	extramuraal	intramuraal
auditief	6.880	1.000
visueel		2.265

In de deelrapportage 'beperkingenprofielen worden voor de groep mensen met een auditieve beperking lichte, matige en ernstige problematiek onderscheiden. De mate van beperkingen in het dagelijks leven hangt daarbij niet per se samen met de mate van slechthorendheid of doofheid maar vooral met het aanpassingsvermogen. Dat is in het bijzonder slechter als men oud of minder intelligent of sociaal vaardig is. Om die reden zijn de volgende subgroepen onderscheiden voor wat betreft de beperkingenprofielen:

Lichte problematiek:

- a) Zelfredzame slechthorenden (mensen waarbij het gehoorverlies relatief goed gecompenseerd wordt door het gebruik van een hoortoestel; er zijn wel praktische beperkingen maar verder is men volledig zelfredzaam).
- b) hoog opgeleide prelinguale doven (mensen die zich de Nederlandse taal goed eigen hebben gemaakt, zodat zij geschreven taal goed kunnen volgen, een baan hebben en zelfstandig functioneren).

Matige problematiek:

- c) minder zelfredzame slechthorenden (problemen met gesproken taal in het dagelijks leven)
- d) middel tot laag opgeleide prelinguale doven (geen goede beheersing van Nederlandse taal)
- e) doofblind op (jong)volwassen leeftijd
- f) Postlinguale doven, waaronder plotsdoven

Ernstige problematiek:

- g) Doofblind van jongs af aan
- h) Doofblind op oudere leeftijd

In de praktijk vragen al die groepen om een eigen aanpak en benadering. Voor de Woonzorgwijzer is het niet mogelijk om met een dergelijk gedetailleerd onderscheid te werken omdat de onderscheidende kenmerken (zoals het moment waarop men doof is geworden en of men gebarentaal beheerst), niet beschikbaar zijn uit algemene registraties en/of enquêtes.

We beperken ons om die reden tot twee groepen met auditieve beperkingen: de (grotendeels) zelfredzame groep met gehoorbeperkingen en de niet-zelfredzame groep. Voor beide groepen geldt dat we ons richten op mensen die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden en dat de mate van slechthorendheid wordt afgebakend door middel van de vraag in de Gezondheidsmonitor of men: “niet alleen met grote moeite een gesprek met één persoon kan volgen”.

Hierbinnen maken we een onderscheid tussen een groep die ondanks die beperking (grotendeels) zelfredzaam is: mensen in deze groep hadden in 2012 geen indicatie vanuit de AWBZ (inclusief andere indicaties dan op basis van de grondslag ZG). Dit betreft circa 75.000 personen. De tweede groep is beperkt zelfredzaam en was in 2012 dus wel geïndiceerd voor een vorm van zorg en ondersteuning vanuit de AWBZ. Dit betrof in 2012 circa 27.000 personen. Er kan niet eenduidig worden vastgesteld hoe deze indeling zich verhoudt tot de subgroepen die in de beperkingenprofielen zijn onderscheiden. Omdat de selectie is gebaseerd op enquêtegegevens, is het in ieder geval noodzakelijk dat men de Nederlandse taal machtig is. Om die reden betreft het vermoedelijk vooral de groepen met lichte problematiek en (een deel van) groep c in de niet-zelfredzame groep. In die niet-zelfredzame groep kunnen ook mensen zitten die (mede) om andere redenen dan hun slechthorendheid hulp en ondersteuning krijgen. Daar wordt verder op ingegaan in het hoofdstuk waarin de overlap tussen groepen wordt besproken (hoofdstuk 11).

7.1 Slechthorend, zelfredzaam

7.1.1 Korte typering

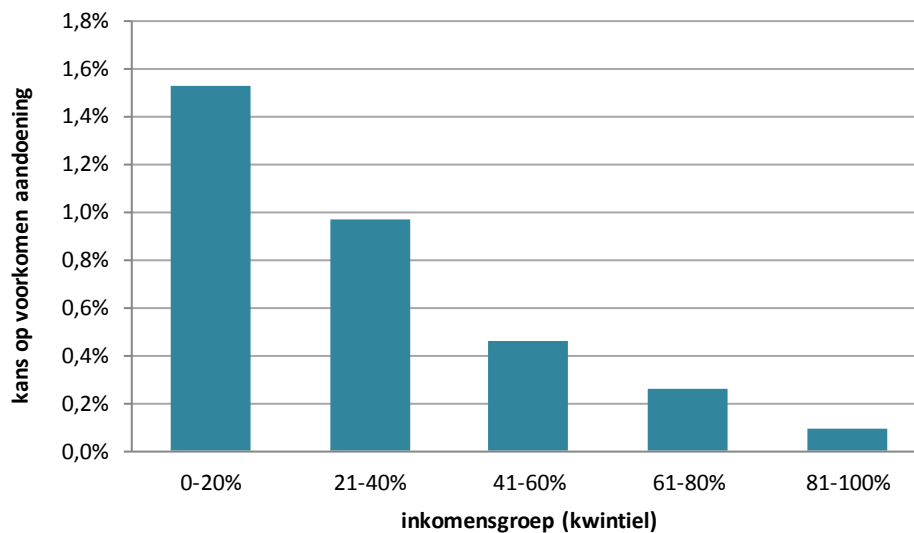
De groep zelfredzame slechthorenden zijn vaak lage inkomens. De prevalentie verschilt meer tussen inkomensgroepen dan bij de andere aandoeningen. Iemand uit de laagste inkomensgroep heeft een circa 16 keer grotere kans om tot deze groep te behoren dan iemand uit de hoogste inkomensgroep (Figuur 8-4).

De groep bestaat uit meer mannen dan vrouwen: 56% versus 44% vrouwen. Opvallender is dat er weinig verschil is tussen leeftijdsgroepen (Figuur 7-3). Het grootste deel van de groep (bijna 80%) behoort tot de potentiële beroepsbevolking. Daarnaast is de kans dat iemand behoort tot deze groep wel (net) het hoogst in de groep 80-plussers. Deze leeftijdsverdeling ondersteunt de verwachting dat het om een diverse groep gaat met uiteenlopende achtergronden.

Ook opvallend is dat er een groot verschil is in vóórkomen van slechthorendheid naar herkomstgroep. De kans dat iemand met een Turkse herkomst tot deze groep behoort, is een factor 20 groter dan dat iemand van autochtone herkomst slechthorend (maar zelfredzaam) is. Ook voor Marokkanen en overig niet-westerse groepen is de kans veel groter om tot deze groep te behoren dan voor autochtonen en (in mindere mate) mensen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond (Figuur 7-4). Waarom deze verschillen zo groot zijn, is voorsnog onduidelijk. Mogelijk heeft een aanzienlijke groep gehoorschade opgelopen bij het werk.

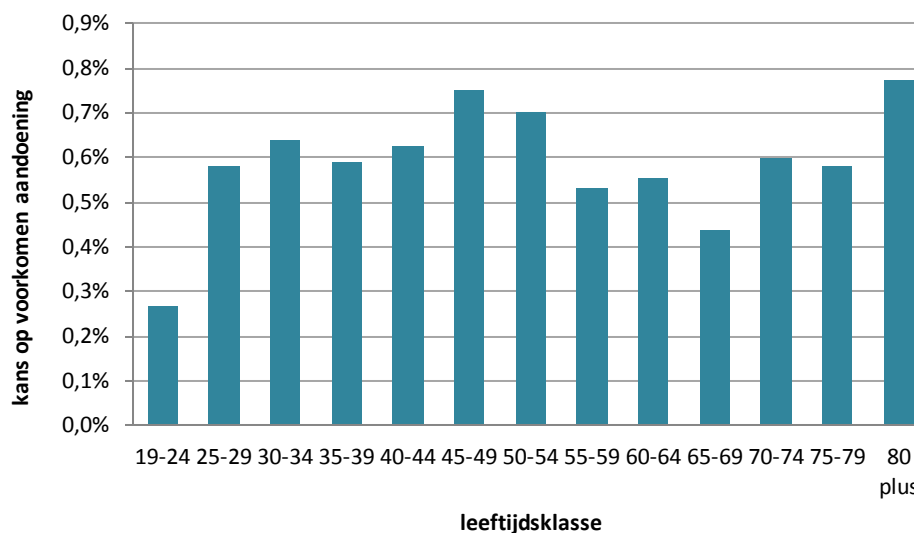
Samenhangend met de spreiding over leeftijdsgroepen is het aandeel eenpersoonshuishoudens in deze groep beperkt. 58% van deze groep maakt deel uit van een paar (met of zonder kinderen).

Figuur 7-2 Aandeel slechthorende mensen (zelfredzaam) per inkomenskwintiel



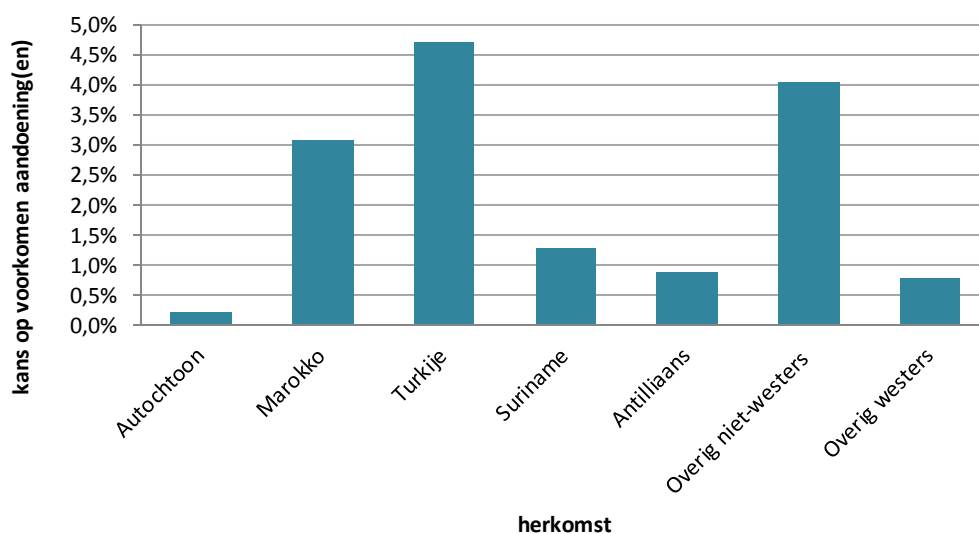
Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 7-3 Aandeel slechthorende mensen (zelfredzaam) per leeftijdsgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 7-4 Aandeel slechthorende mensen (zelfredzaam) naar herkomstgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

De groep kent een hoge sociale eenzaamheid (dus feitelijk weinig contacten). Meer dan 80% is op basis van de Gezondheidsmonitor als sociaal eenzaam te typeren. De emotionele eenzaamheid is daarmee vergeleken minder groot: tweederde voelt zich eenzaam. De gezondheidsbeleving van deze groep is divers. Er is een relatief grote groep (38%) die de eigen gezondheid als goed tot zeer goed beoordeelt, maar er is ook een aanzienlijke groep (25%) die de eigen gezondheid juist als slecht tot zeer slecht beoordeelt. Ook dat suggereert dat er relevante subgroepen in deze groep voorkomen.

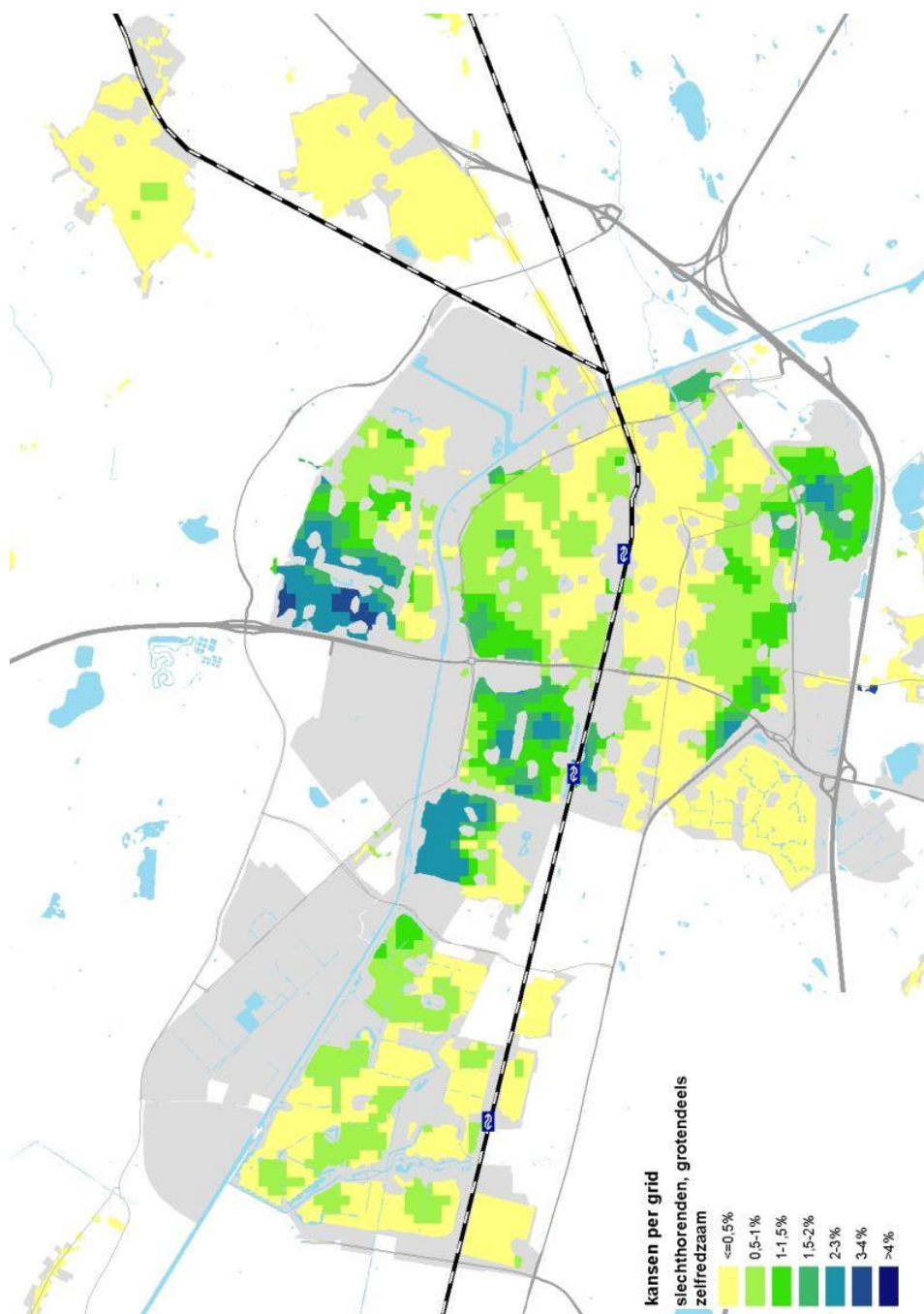
7.1.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

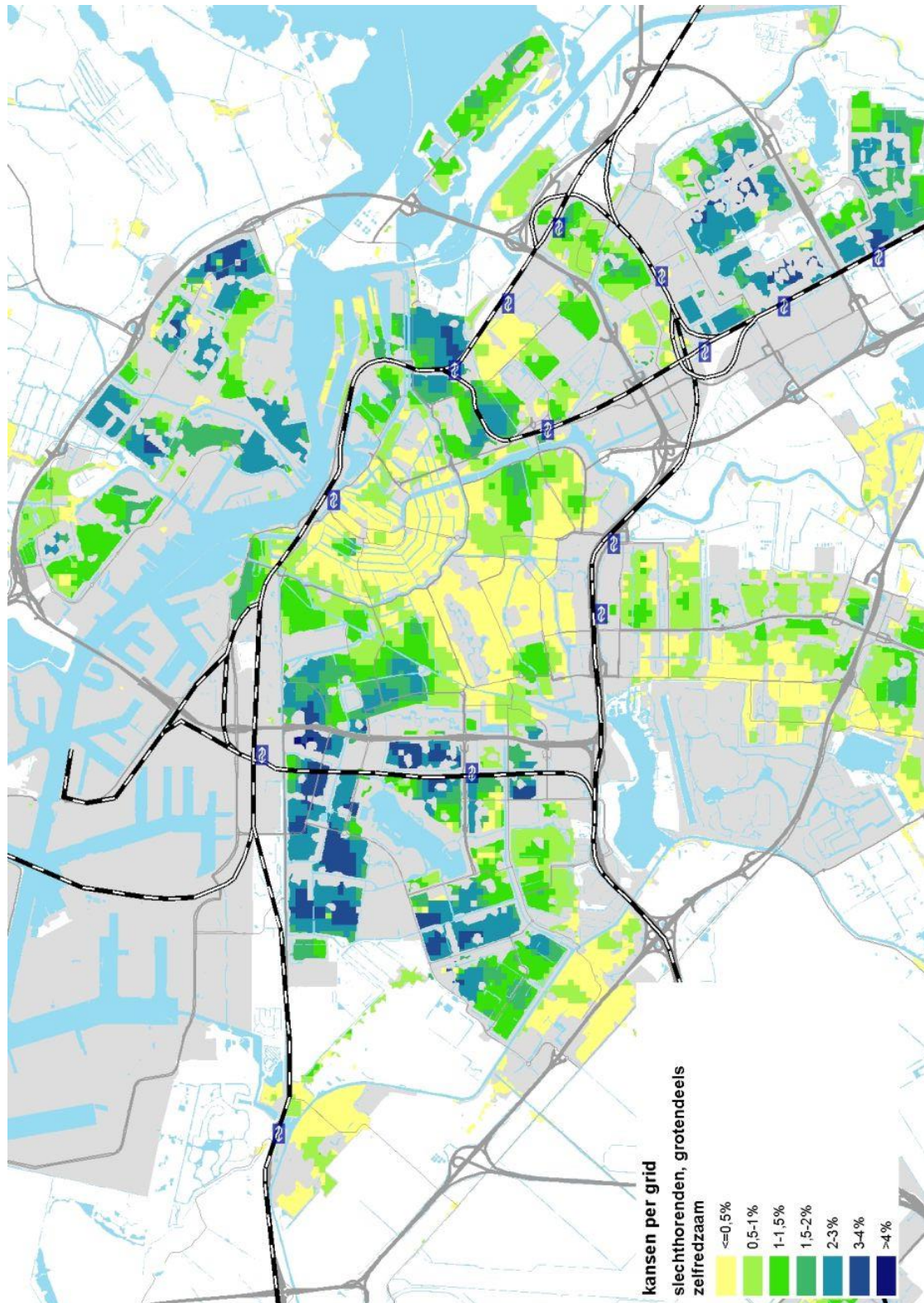
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijd en
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
herkomst	vooral grotere kans voor Turkse, Marokkaanse, en overig niet-westerse herkomst groepen
aandeel bijstandsonvangers in gebied	grotere kans bij meer mensen in de bijstand in een gebied
aandeel eenpersoonshuishoudens in gebied	grotere kans bij minder eenpersoonshuishoudens
leefbaarheid	grotere kans naarmate de leefbaarheid minder gunstig is.

Op buurtniveau is de verklaringskracht van het model waarin deze indicatoren worden gecombineerd 51%. Dat houdt in dat net iets meer dan de helft van de verschillen tussen buurten kan worden verklaard door deze parameters.

Kaart 7-1 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een auditi-
e beperking (zelfredzame groep) Tilburg



Kaart 7-2 *Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een auditieve beperking (zelfredzame groep) Amsterdam*

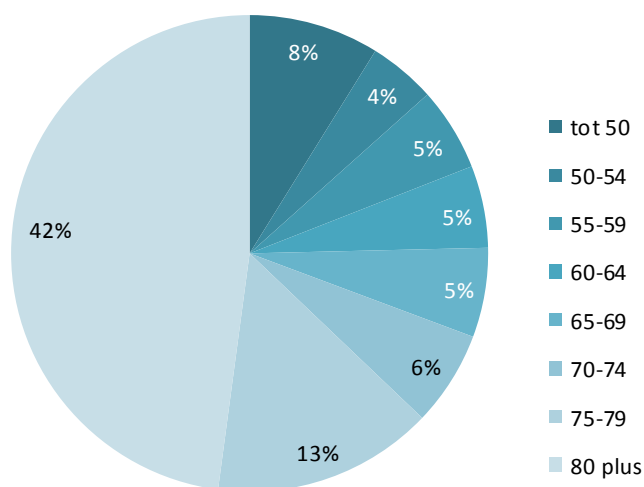


7.2 Slechthorend, niet zelfredzaam

7.2.1 Korte typering

De groep niet-zelfredzame slechthorenden die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden, is vergeleken met de redzame groep een stuk ouder: 60% is 70 jaar of ouder (Figuur 7-5).

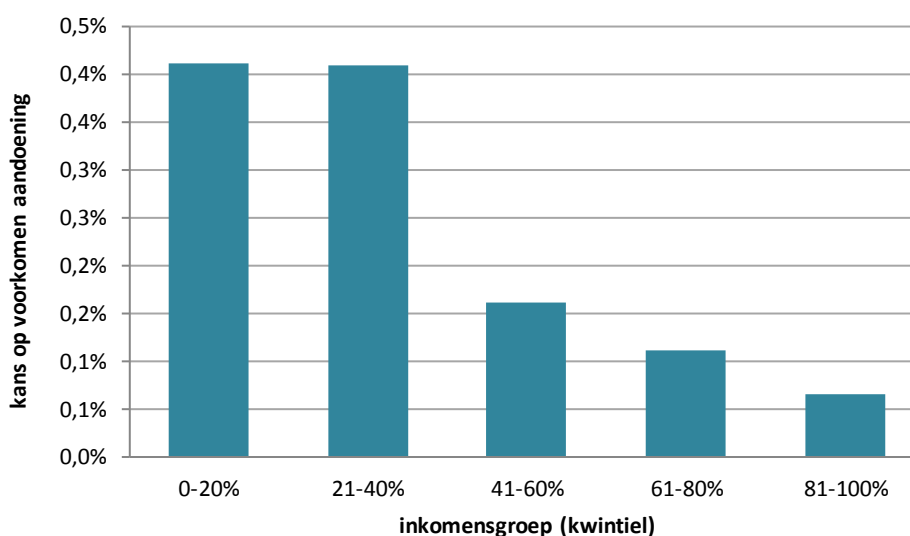
Figuur 7-5 Verdeling van leeftijdsgroepen binnen de groep slechthorenden, niet-zelfredzaam



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Het gaat om meer eenpersoonshuishoudens (40%), meer vrouwen (61%) dan mannen (39%) en vooral om de twee laagste inkomenskwintielen (Figuur 7-6).

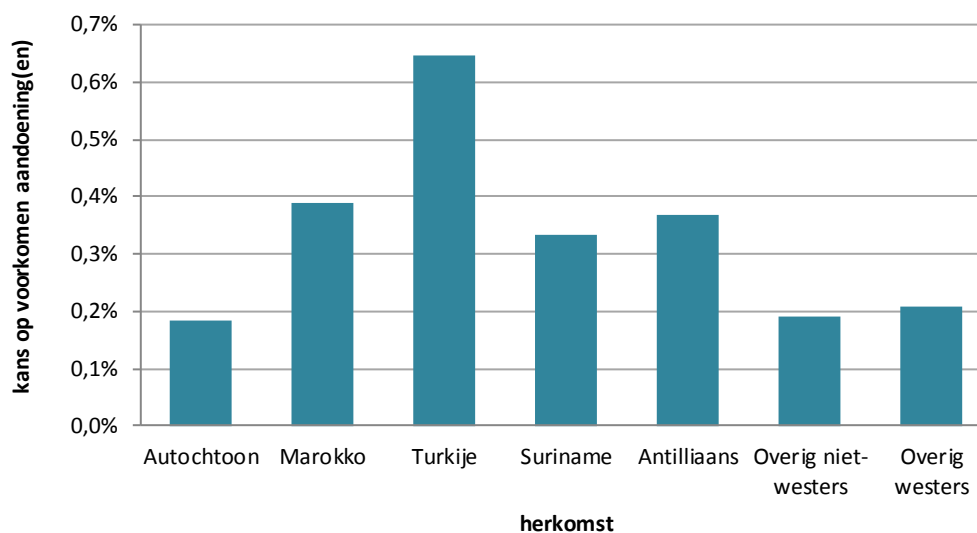
Figuur 7-6 Aandeel slechthorenden (niet-zelfredzaam) per inkomenskwintiel



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Het verschil tussen de groepen zelfredzame en niet-zelfredzame slechthorenden is daarmee sterk vergelijkbaar met het verschil tussen de zelfredzame en niet-zelfredzame slechtzienden. Wel opvallend is de grote prevalentie onder mensen met een Turkse achtergrond (Figuur 7-7).

Figuur 7-7 Aandeel slechthorenden (niet-zelfredzaam) naar herkomstgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

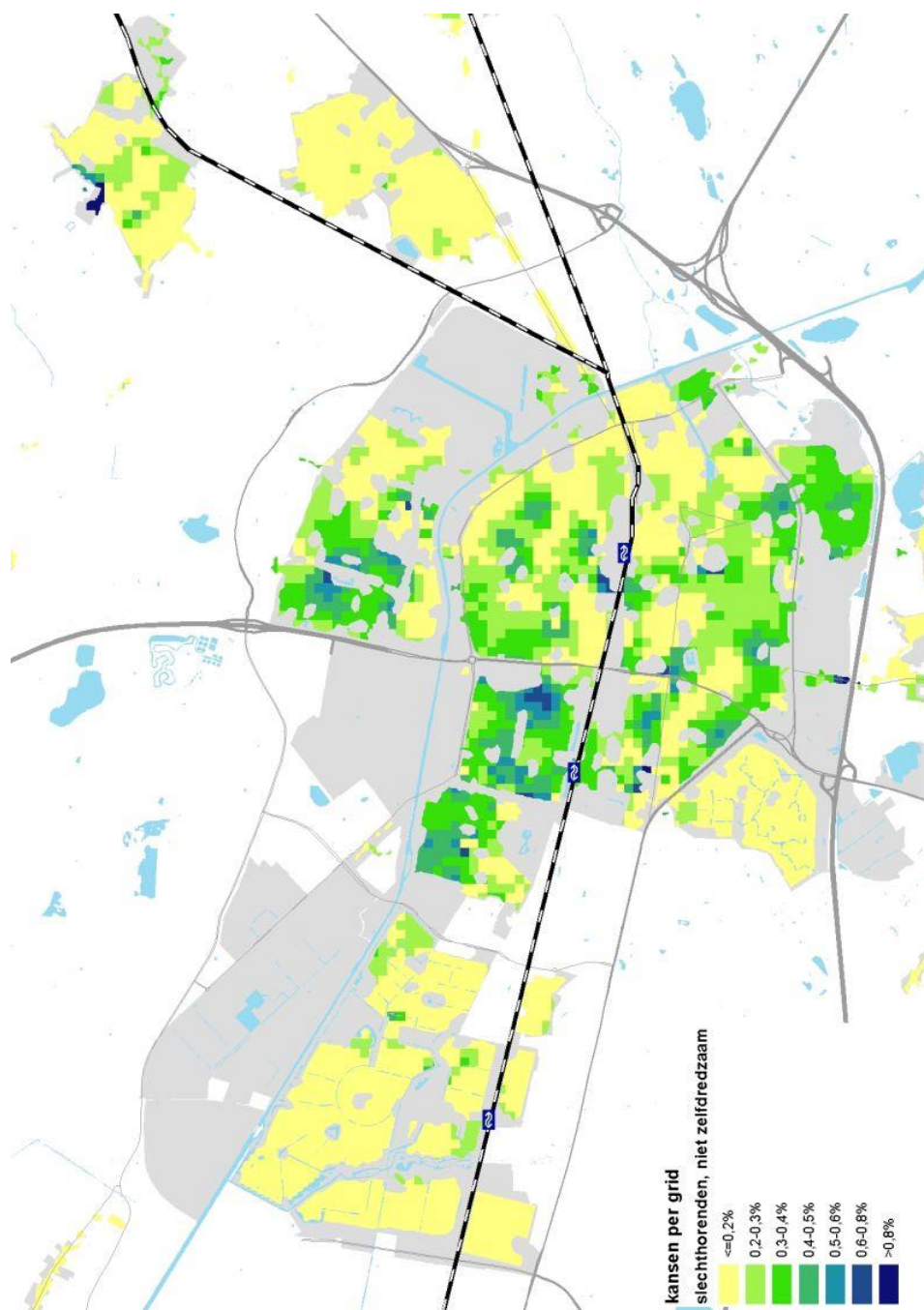
7.2.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen van deze groep hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

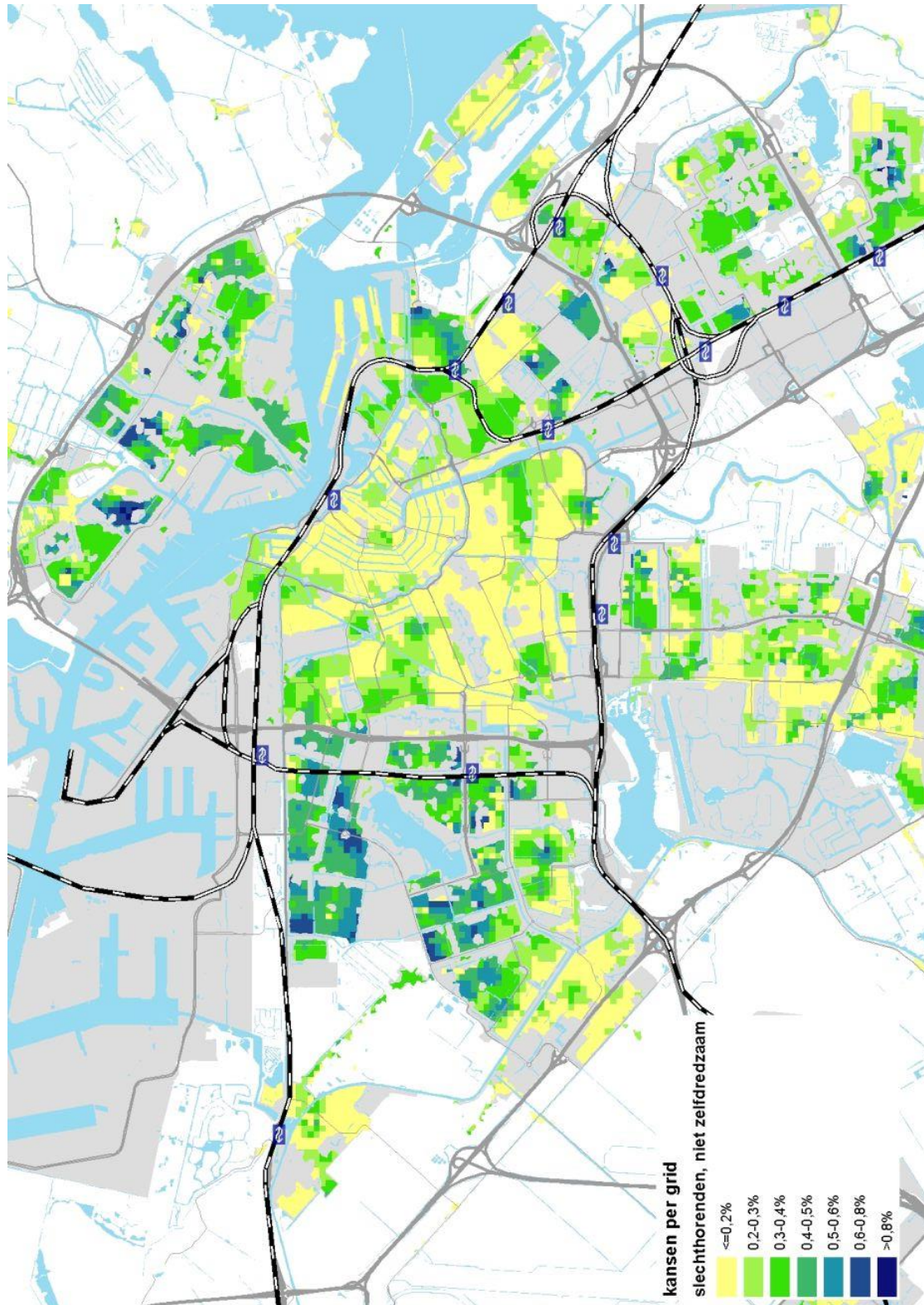
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans in de hoogste leeftijdsgroep
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
herkomst	vooral grotere kans voor Turkse groep, gevolgd door Marokkaanse en Surinaamse herkomstgroepen
aandeel arbeidsongeschikten in gebied	grotere kans bij meer arbeidsongeschikte mensen in een gebied
aandeel eenpersoonshuishoudens in gebied	grotere kans bij meer eenpersoonshuishoudens
recente woningen	grotere kans naarmate er meer recent gebouwde woningen zijn in een gebied.

Op buurtniveau is de verklaringskracht van het model waarin deze indicatoren worden gecombineerd 31%. Dat houdt in dat het niet goed mogelijk is om een precieze inschatting te geven van het voorkomen van deze groep in een gebied. Door rekening te houden met de benoemde indicatoren wordt wel een betere inschatting gegeven dan wanneer het algemene populatiegemiddelde (0,23% van de bevolking van 19 jaar en ouder hoort tot deze groep) zou worden gehanteerd, maar er resteren wel grote verschillen tussen buurten die op grond van ofwel toeval ofwel ontbrekende indicatoren moeten worden verklaard.

Kaart 7-3 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een auditi-
ieve beperking (niet-zelfredzame groep) in Tilburg



Kaart 7-4 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een auditieve beperking (niet-zelfredzame groep) in Amsterdam



8 Mensen met psychische aandoeningen

Er zijn veel verschillende soorten psychische aandoeningen. Een veelgebruikt onderscheid is naar As-1 (waaronder stemmings-, angst-, psychotische stoornissen) en As-2 (persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen). Aandoeningen die matige tot ernstige beperkingen geven in het dagelijks leven zijn de volgende langdurige stoornissen:

1. Stemmingsstoornissen
2. Angststoornissen
3. Schizofrenie en andere psychosen
4. Persoonlijkheidsstoornis
5. Impulscontrolestoornis
6. Middelenstoornis i.c.m. andere stoornis
7. Autisme (normaal begaafd)

Met het NEMESIS onderzoek⁶ wordt periodiek de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking (onder niet-institutionele huishoudens van 18 t/m 64 jaar) in beeld gebracht. Daaruit blijkt dat de prevalentie van psychische aandoeningen aanzienlijk is: 42,7% van de populatie heeft ooit in het leven een As-1 psychische aandoening gehad. De 12 maandsprevalentie komt uit op 18%. Omgerekend naar de populatie in 2012, betreft dat ruim 1,8 miljoen personen van 18 t/m 64 jaar (Tabel 8-1).

Het vóórkomen van psychische aandoeningen blijkt redelijk constant. Er waren tussen 1996 en de periode 2007-2009 geen betekenisvolle verschillen in de prevalentie van de verschillende (typen) aandoeningen. Het lijkt dan ook acceptabel om de genoemde prevalenties ook voor andere meetjaren te hanteren.

Tabel 8-1 Prevalentie psychische aandoeningen in Nederland, 18-64 jaar

	ooit in het leven		afgelopen 12 maanden	
	prevalentie	aantal	prevalentie	aantal
stemmingsstoornissen	20,1%	2.098.000	6,1%	637.000
angststoornissen	19,6%	2.046.000	10,1%	1.054.000
middelenstoornissen	19,1%	1.993.000	5,6%	584.000
aandachtstekort- en gedragsstoornissen	9,2%	960.000	2,1%	219.000
enigerlei As-1 psychische aandoening	42,7%	4.456.000	18,0%	1.879.000

Bron: NEMESIS

⁶ NEMESIS: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Trimbos-instituut (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, NEMESIS-2; opzet en eerste resultaten.

Ook is van het aantal zorgtrajecten in de tweedelijns curatieve (geneeskundige) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de psychische aandoening (hoofddiagnose) waarvoor de zorg is verleend (hoofddiagnose) op geaggregeerd niveau beschikbaar. Met het aantal zorgtrajecten waarbinnen voor een specifieke aandoening zorg is geleverd, is door RIVM een benadering gemaakt van het aantal behandelde personen voor de betreffende aandoeningen. Die worden weergegeven in Tabel 8-2. Ook uit dit overzicht komt naar voren dat stemmings- en angststoornissen veel voorkomen, gevolgd door aandachtstoornissen (onder meer ADHD). Autistisch spectrum stoornissen zijn relatief zeldzaam, net als gedragsstoornissen.

Tabel 8-2 Voorkomen van psychische stoornissen (totale bevolking)

stoornis	puntprevalentie 2011
Stemmingsstoornissen	293.800
Angststoornissen	115.500
Aandachtsstoornissen (ADHD)	110.100
Schizofrenie	37.200
Persoonlijkheidsstoornissen	34.300
Gedragsstoornissen	16.600
Afhankelijkheid van alcohol	36.200
Afhankelijkheid van drugs	34.500
Autistische spectrum stoornissen	13.200

Noot. Klinische opnames langer dan een jaar en forensische psychiatrie voor volwassenen zijn niet opgenomen in de tabel. De prevalentie betreft het jaar 2010 en is omgerekend naar 2011 met behulp van bevolkingscijfers.

Verschillende bronnen leiden ook bij dit type aandoeningen tot andere schattingen van de omvang van de groepen. Het maakt vanzelfsprekend uit of het gaat over het vóórkomen van aandoeningen 'ooit in het leven', in het afgelopen jaar of op een specifiek moment. Verder maakt het uit of klinische opnames worden meegerekend en of alleen – zoals in voorgaande tabel - wordt uitgegaan van zorgtrajecten. Voor sommige groepen geldt namelijk dat een deel zich juist (meer dan andere groepen) onttrekt aan zorg. Zo komt de prevalentie van schizofrenie (psychotische stoornis) naar schatting uit op 0,5% van de bevolking tussen de 18 en 65 jaar (dus circa 52.000 mensen in 2012). Een derde daarvan is naar verwachting niet in zorg- waarvan weer een deel op straat leeft- zo wordt aangegeven in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Daar

naast zijn veel mensen met schizofrenie langdurig opgenomen in een psychiatrische inrichting.

Mannen en vrouwen hebben – als alle psychische aandoeningen bij elkaar worden genomen - een vergelijkbare kans op een psychische aandoening. Er zijn wel verschillen tussen de verschillende stoornissen, maar voor As-1 stoornissen in het algemeen zijn er geen verschillen. Er zijn wel verschillen naar leeftijdsgroep. Gemiddeld genomen neemt de kans om een van de As-1 psychische stoornis te krijgen af met de leeftijd. Dat geldt het sterkst voor middenstoornissen en ADHD.

Tabel 8-3 Prevalentie psychische aandoeningen naar leeftijd

	12 maanden prevalentie enigerlei As-1 psychische aandoening
18-24 jaar	28,1%
25-34 jaar	19,5%
35-44 jaar	18,1%
45-54 jaar	16,1%
55-64 jaar	12,4%

Bron: NEMISIS-2

Er zijn ook sterke samenhangen met sociaal-economische parameters. Daarbij moet worden opgemerkt dat – net als bij andere problematiek - oorzaak en gevolg hierbij niet goed uit elkaar te halen zijn. Gemiddeld genomen geldt dat de kans op het voorkomen van enigerlei As-1 psychische stoornis groter is bij mensen met een lager opleidingsniveau, een lager inkomen en mensen die werkloos of arbeidsongeschikt zijn.

Verder zijn er verschillen in relatie tot de gezinssituatie. Ook daarbij geldt dat hierbij geen uitspraken over causaliteit aan de orde zijn. Psychische stoornissen komen gemiddeld genomen minder vaak voor bij mensen met een partner. Alleenstaanden en alleenstaande ouders hebben de grootste kans. Tot slot is er een relatie met religie. Religieuze mensen hebben een wat kleinere kans om een As-1 stoornis te ontwikkelen. Voor herkomst geldt dat er alleen een relatie is met de prevalentie van angststoornissen. Mensen met een niet-westerse achtergrond hebben in Nederland een grotere kans om vooral angststoornissen te ontwikkelen, zo wordt aangegeven in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Voor enigerlei as-1 stoornis is het verschil niet significant.

In de deelrapportage 'beperkingenprofielen worden de volgende (sub)groepen met psychische aandoeningen onderscheiden:

- a. Lichte problematiek. Zij wonen zelfstandig met ambulante behandeling. Vooral stemmings-, persoonlijkheids- of dwangstoornissen met lichte beperkingen.
- b. Lichte meervoudige langdurige problematiek. Mensen die zelfstandig wonen met ambulante behandeling en begeleiding in het dagelijks leven,. Men kan ook geclusterd of begeleid zelfstandig wonen. Dit betreft vooral veel stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en verslaving.

- c. Matige meervoudige langdurige problematiek. Deze groep woont vaak in beschermende woonvormen. Het gaat hier veelal om mensen met schizofrenie of psychosen zonder adequaat steunnetwerk of dubbele diagnose met verslaving, stemmingsstoornis en persoonlijkheidsstoornissen.
- d. Ernstige problematiek. Mensen met langdurige psychiatrische problematiek en gedragsproblemen. Het gaat hier om mensen die het contact met de werkelijkheid zijn verloren. Deze mensen:
 - i. zijn opgenomen. Qua aandoeningen gaat het hier meestal om mensen met schizofrenie of psychosen, al dan niet in combinatie met verslaving en stemmingsstoornis (vanwege suïcidaliteit).
 - of
 - ii. zijn niet opgenomen maar dat is wel nodig (zorgmijders). Het gaat hier vooral om mensen met schizofrenie/psychosen, vaak in combinatie met verslaving.

Uit de beperkingenprofielen kan voorts worden opgemaakt dat er in essentie drie soorten probleemprofielen zijn waar deze groepen mee te maken hebben:

- Eigen leed (vooral bij mensen met angst-, stemmings- en impulsstoornissen)
- Sociale problematiek (vooral bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en autisme)
- Gedragsproblematiek (bij schizofrenie, verslavingsproblematiek)

Niet alle groepen die relevant zijn en waarvoor beperkingenprofielen zijn opgesteld, kunnen afzonderlijk worden geïdentificeerd op basis van beschikbare gegevens. In het bijzonder zijn op persoonsniveau onvoldoende landsdekkende gegevens beschikbaar over de onderliggende stoornissen en over de specifieke problematiek waarin die stoornissen tot uiting komen. Daardoor kan in kwantitatieve zin geen goed onderscheid worden gemaakt tussen mensen bij wie de stoornis zich vooral uit in sociale problematiek en mensen bij wie de stoornis ook tot uitdrukking komt in gedragsproblemen.

Alleen de groep 'eigen leed' lijkt op grond van gegevens uit de Gezondheidsmonitor goed in beeld te brengen omdat daarin het risico op angst- en/of stemmingsstoornissen wordt geïventariseerd. Aanvullend kan op basis van indicaties uit de AWBZ wel een zekere profilering worden aangebracht waarin in het bijzonder de zwaarte van de indicatie enig houvast geeft bij een inzicht in relevante groepen met psychische problematiek.

Op basis van de beschikbare gegevens uit de Gezondheidsmonitor en uit de AWBZ-indicaties kunnen de volgende groepen in beeld worden gebracht:

1. Eigen leed (lichte problematiek): groot risico op angst en/of stemmingsstoornissen (o.b.v. Gezondheidsmonitor), geen indicatie; deze groep komt vooral overeen met groep a) uit de deelrapportage 'beperkingenprofielen'.

2. Eigen leed (matige problematiek): groot risico op angst en stemmingsstoornissen mét indicatie PSY in de AWBZ t/m ZZPC03. Deze groep is vermoedelijk een subgroep van groep b) uit de deelrapportage 'beperkingenprofielen'.
3. Probleemgedrag en/of sociale problematiek 'licht': gaat om personen die een zelfstandig huishouden voeren, maar met extramurale AWBZ indicatie met grondslag PSY. Deze groep komt naar verwachting grotendeels overeen met groep b) uit de deelrapportage 'beperkingenprofielen'.
4. Probleemgedrag en sociale problematiek matig (begeleid): personen die een zelfstandig huishouden voeren, maar met een GGZC-indicatie. Deze groep komt naar verwachting deels overeen met groep c) uit de deelrapportage 'beperkingenprofielen'.
5. Probleemgedrag en sociale problematiek ernstig: personen die geen zelfstandig huishouden voeren en een GGZC indicatie hebben (beschermd wonen). Deze groep komt naar verwachting deels overeen met groep c) en deels met groep d) uit de deelrapportage 'beperkingenprofielen'.

De B-pakketten betreffen klinische opname en blijven buiten beschouwing. Er is overlap tussen de groepen 2 en 3 – of specifieker: groep 2 is een subgroep van groep 3 – omdat in de indicaties niet bekend is welke stoornis iemand heeft.

We gaan in het vervolg allereerst in op de groepen met een hoog risico op een angststoornis of depressie. Daarna gaan we in op de groepen 3 en 4, waarbij voorheen de indicaties begeleid en beschermd wonen aan de orde waren. Groep 5 – verblijvend in een instelling is relevant omdat deze groep in beginsel ook onder de verantwoordelijkheid van de gemeente(n) valt. Voor deze groep is een schatting op basis van kenmerken van de populatie en omgevingskenmerken in buurten echter niet mogelijk of zinvol. Zij verblijven immers in een instelling. We gaan wel kort in op de kenmerken van deze groep waarvan de aanname is dat zij ook in toenemende mate zelfstandig zullen worden gehuisvest.

8.1 Hoog risico op angststoornis of depressie

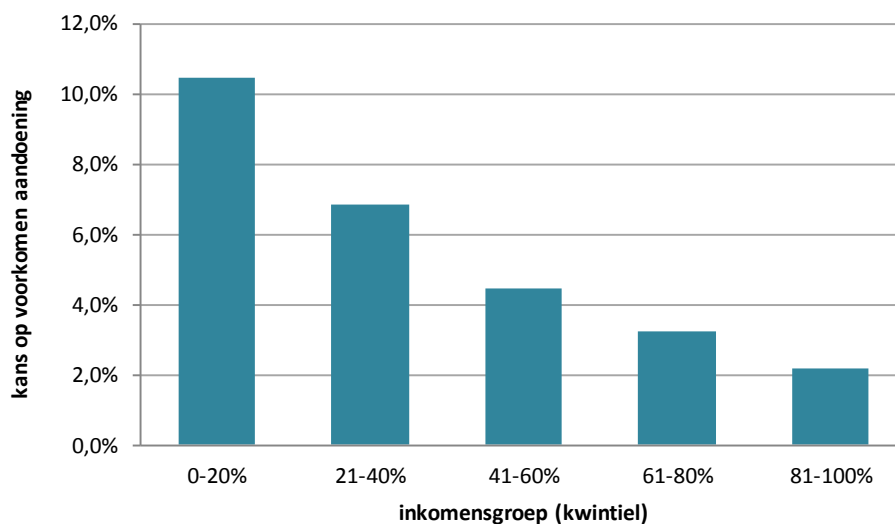
Uit de gezondheidsmonitor kan worden afgeleid hoeveel en welke mensen een hoog risico hebben op angststoornissen en depressie. Die beschouwen we als de groep waarvan de problematiek vooral kan worden gekwalificeerd als 'eigen leed'. Het betreft zo'n 690.000 personen van 19 jaar en ouder in Nederland. Deze groep kan worden onderverdeeld in een groep zonder en een groep mét AWBZ-indicatie met een grondslag psychiatrie. De groep met indicatie is relatief klein en bestaat uit circa 47.000 personen. Deze groep benoemen we als de groep 'eigen leed' met matige problematiek.

8.1.1 Korte typering

Het voorkomen van deze problematiek hangt sterk samen met inkomen. In het bijzonder bij de groep met indicatie is die samenhang sterk (vergelijk Figuur 8-1 met Figuur 8-2). Daardoor bestaat de groep met matige problematiek voor meer dan de helft uit de 20% laagste inkomensgroep en voor 80% uit de 40% laagste inkomensgroep. Bij de

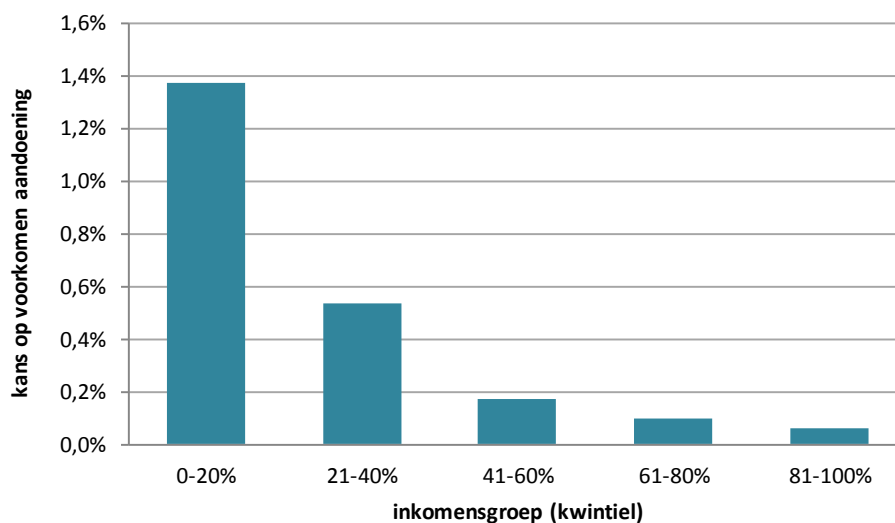
groep zonder indicatie is die samenhang wat minder sterk. Daardoor bestaat 55% van die groep uit de 40% laagste inkomens.

Figuur 8-1 Hoog risico op angststoornis of depressie per inkomenskwintiel (geen indicaties: lichte problematiek).



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 8-2 Hoog risico op angststoornis of depressie per inkomenskwintiel (met PSY indicatie: matige problematiek).

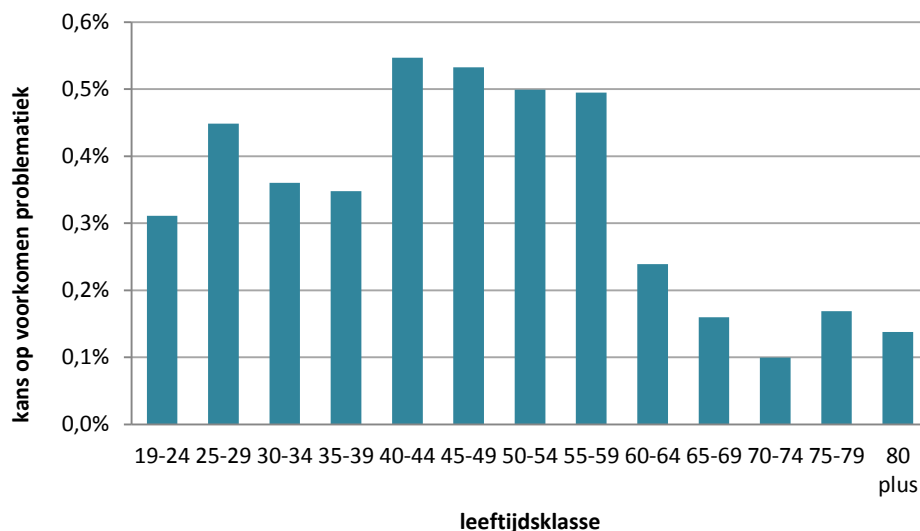


Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

De verdeling mannen en vrouwen is ongeveer gelijk voor de groep met matige problematiek. Bij de groep met lichte problematiek zijn de vrouwen in de meerderheid: 61% van deze groep is vrouw.

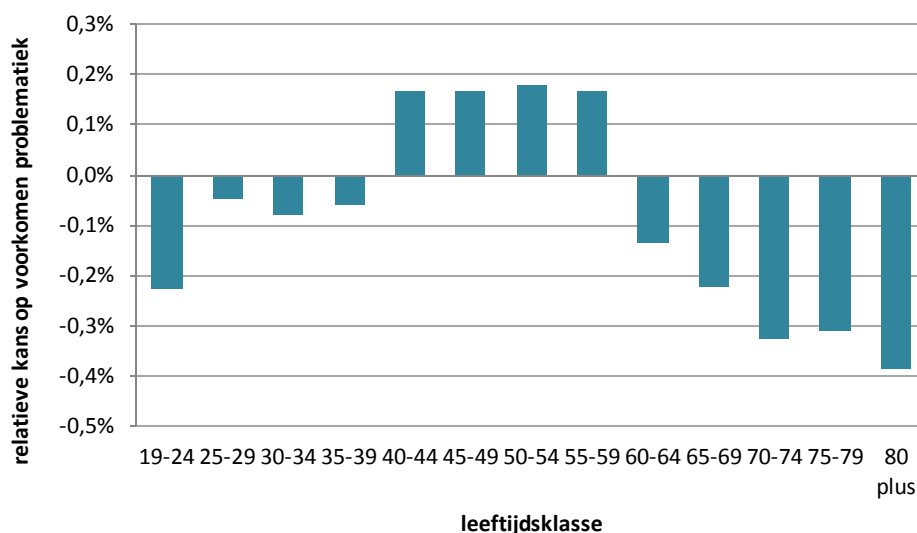
Anders dan bij veel aandoeningen die hiervoor zijn besproken, lijkt er voor het voorkomen van psychische problematiek weinig samenhang te zijn met leeftijd. Voor de groep met matige problematiek is wel te zien dat de kans op een hoog risico op een angststoornis of depressie relatief groot is in de leeftijdsgroep tussen 40 en 60 jaar (Figuur 8-3). Dat beeld wordt nog wat sterker als wordt gecontroleerd voor de andere samenhangen (zoals met inkomen) in Figuur 8-4.

Figuur 8-3 Hoog risico op angststoornis of depressie per leeftijdsgroep (met PSY indicatie: matige problematiek).



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 8-4 Hoog risico op angststoornis of depressie per leeftijdsgroep (met PSY indicatie: matige problematiek, gecontroleerd voor overige samenhangen).

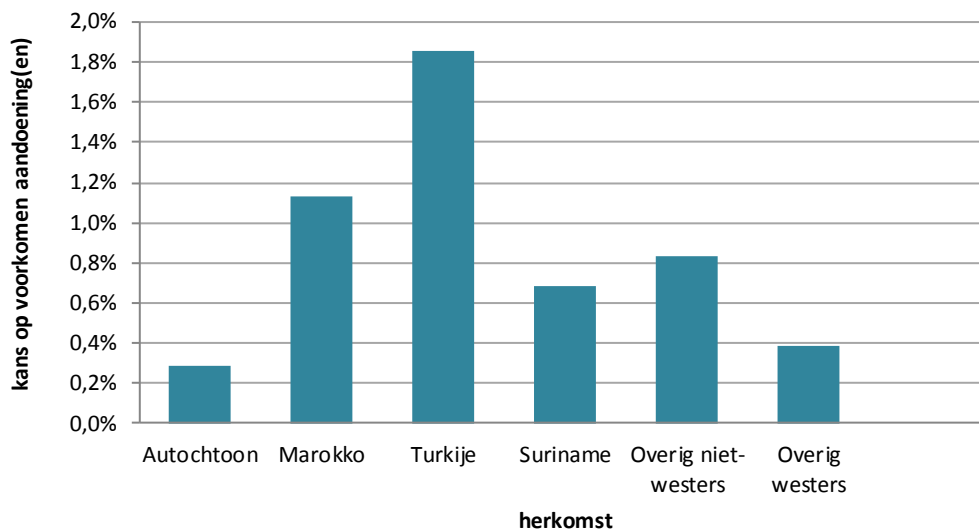


Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Dan wordt duidelijk dat alleen een leeftijd tussen de 40 en 60 jaar een verhoogde kans op angststoornissen of depressie met zich meebrengt en dat het bereiken van een hogere leeftijd samenhangt met een verder afnemend risico. Ook bij personen tussen de 19 en 25 jaar is de kans op matige problematiek rond angst en depressie beduidend lager dan gemiddeld.

Een hoog risico op angststoornissen of depressie komt relatief vaak voor bij mensen met een Turkse of Marokkaanse herkomst. De meerderheid van de groep bestaat echter nog steeds uit autochtonen: 60% van de groep met lichte problematiek is autochtoon en 62% van de groep met matige problematiek (tegenover 80% in de populatie). Binnen de groep met matige problematiek is vooral het aandeel mensen van Turkse herkomst opvallend hoog: 10%. Dat betekent – omdat ze circa 2% van de populatie van 19 jaar en ouder uitmaken - dat zij een 5 keer zo grote kans hebben op een angststoornis of depressie met matige problematiek als gemiddeld.

Figuur 8-5 Hoog risico op angststoornis of depressie per herkomstgroep (met PSY indicatie: matige problematiek).



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Mensen met een hoge kans op angst- of stemmingsstoornissen ervaren vaak een mindere gezondheid. Van de groep met lichte problematiek beoordeelt 72% de eigen gezondheid als minder dan goed (tegenover 25% in de populatie). Bij de groep met matige problematiek gaat om bijna 90%. Vooral de emotionele eenzaamheid is groot in beide groepen. In de groep zonder indicatie is bijna 80% als emotioneel eenzaam aan te duiden (tegenover 27% in de populatie). In de groep met matige problematiek gaat het om 93%.

8.1.2 Kans op voorkomen

Het vóórkomen van de groep met een hoog risico op een angststoornis of depressie maar zonder indicatie (lichte problematiek) hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij middelbare leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
ethniciteit	grotere kans bij allochtoon niet-westerse herkomst grotere kans bij allochtoon – westerse herkomst
aandeel eenoudergezinnen	grotere kans naarmate in een gebied meer eenoudergezinnen wonen
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoons huishoudens zijn.
Aandeel ww-ontvangers in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel werkloosheidsuitkeringen groter is in een gebied
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel arbeidsongeschikten in het gebied groter is
aandeel recent gebouwde woningen (na 2000)	grotere kans als er in een gebied meer recente woningen staan
dimensie 'veiligheid'	kleinere kans bij een hogere score op de dimensie 'veiligheid' in de Leefbaarometer
dimensie voorzieningen	kleinere kans bij een hoge score op de dimensie 'voorzieningen' in de Leefbaarometer
voorzieningsniveau: cafés, cafetaria's e.d.	kleinere kans bij een hoge score op dit voorzieningsniveau

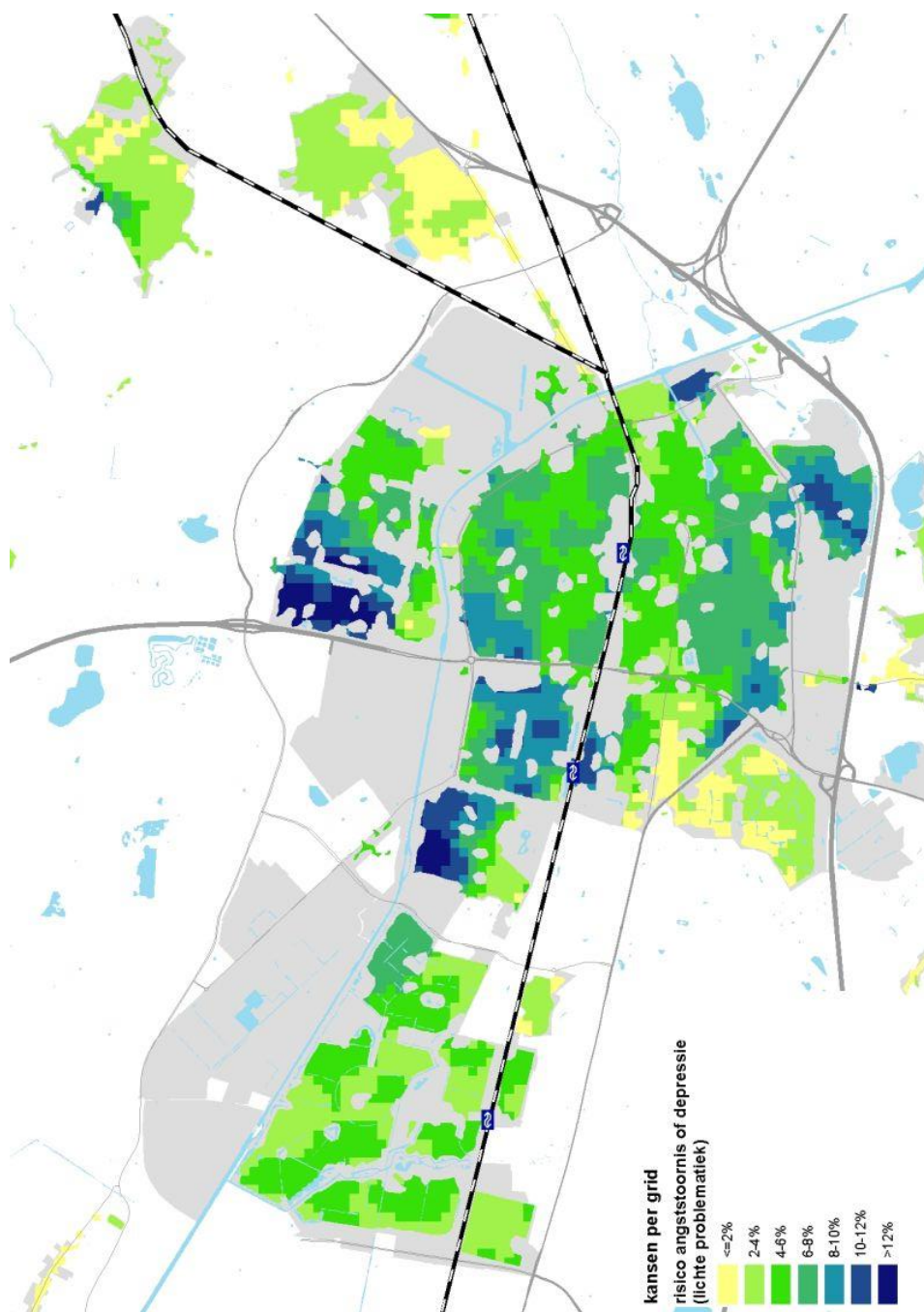
Op buurtniveau heeft het hanteren van een model met deze parameters een verklaaringskracht van 85%. Dat betekent dat de mate van voorkomen van deze groep in een buurt goed kan worden voorspeld. Het overgrote deel van de verschillen tussen buurten worden verklaard door de beschreven indicatoren.

Het vóórkomen van de groep met een hoog risico op een angststoornis of depressie en met indicatie (matige problematiek) hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

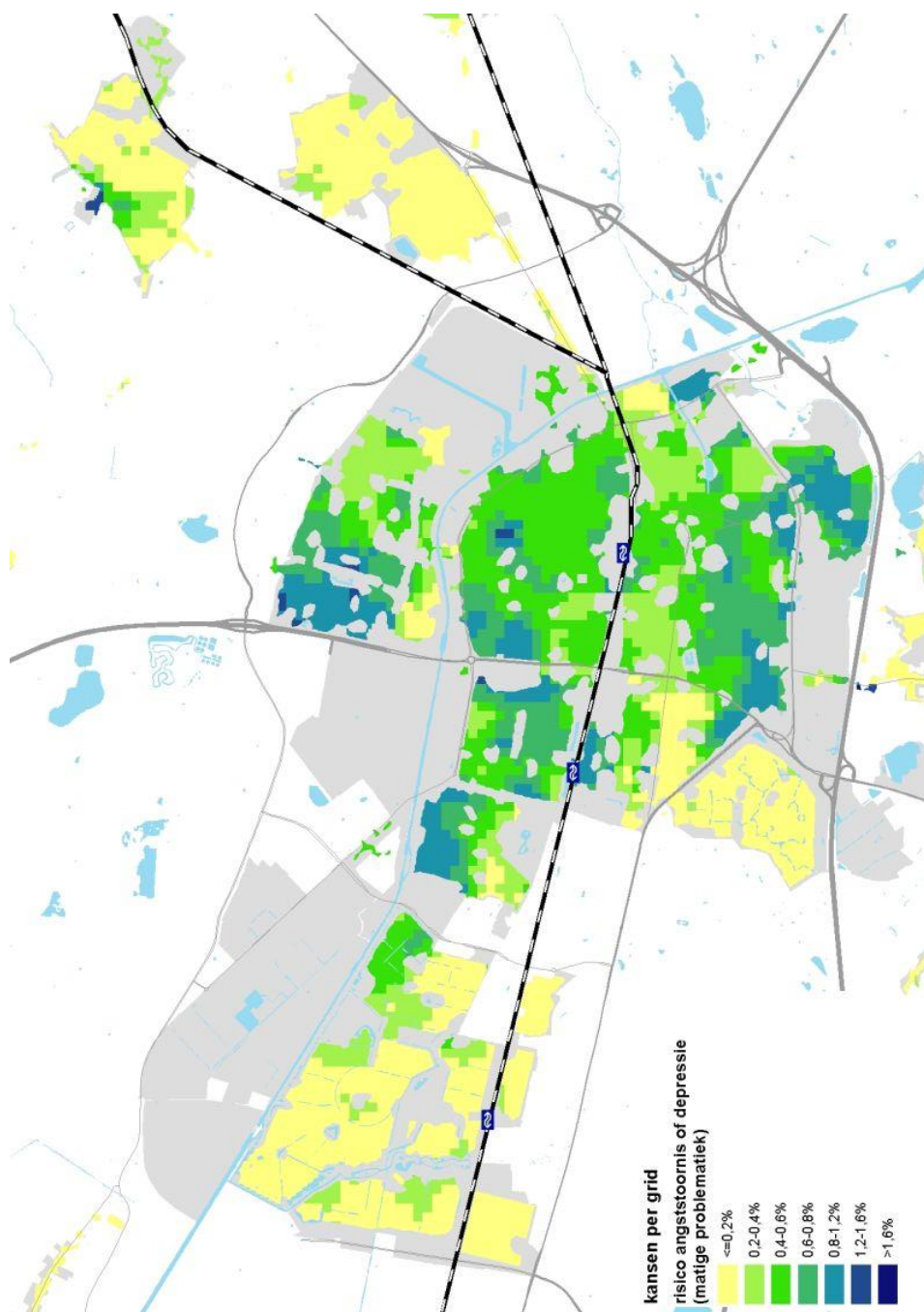
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij middelbare leeftijd
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
ethniciteit	grotere kans bij Turkse en Marokkaanse herkomst kleinere kans bij Antilliaanse herkomst
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoons huishoudens zijn.
aandeel ww-ontvangers in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel werkloosheidsuitkeringen groter is in een gebied
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate het aandeel arbeidsongeschikten in het gebied groter is
leefbaarheid	kleinere kans bij een hogere score op leefbaarheid (Leefbaarometer)

Op buurtniveau heeft het hanteren van een model met deze parameters een verklaaringskracht van 30%. Dat betekent dat het voorkomen van deze groep in een buurt slechts in beperkte mate kan worden verklaard door de beschreven indicatoren.

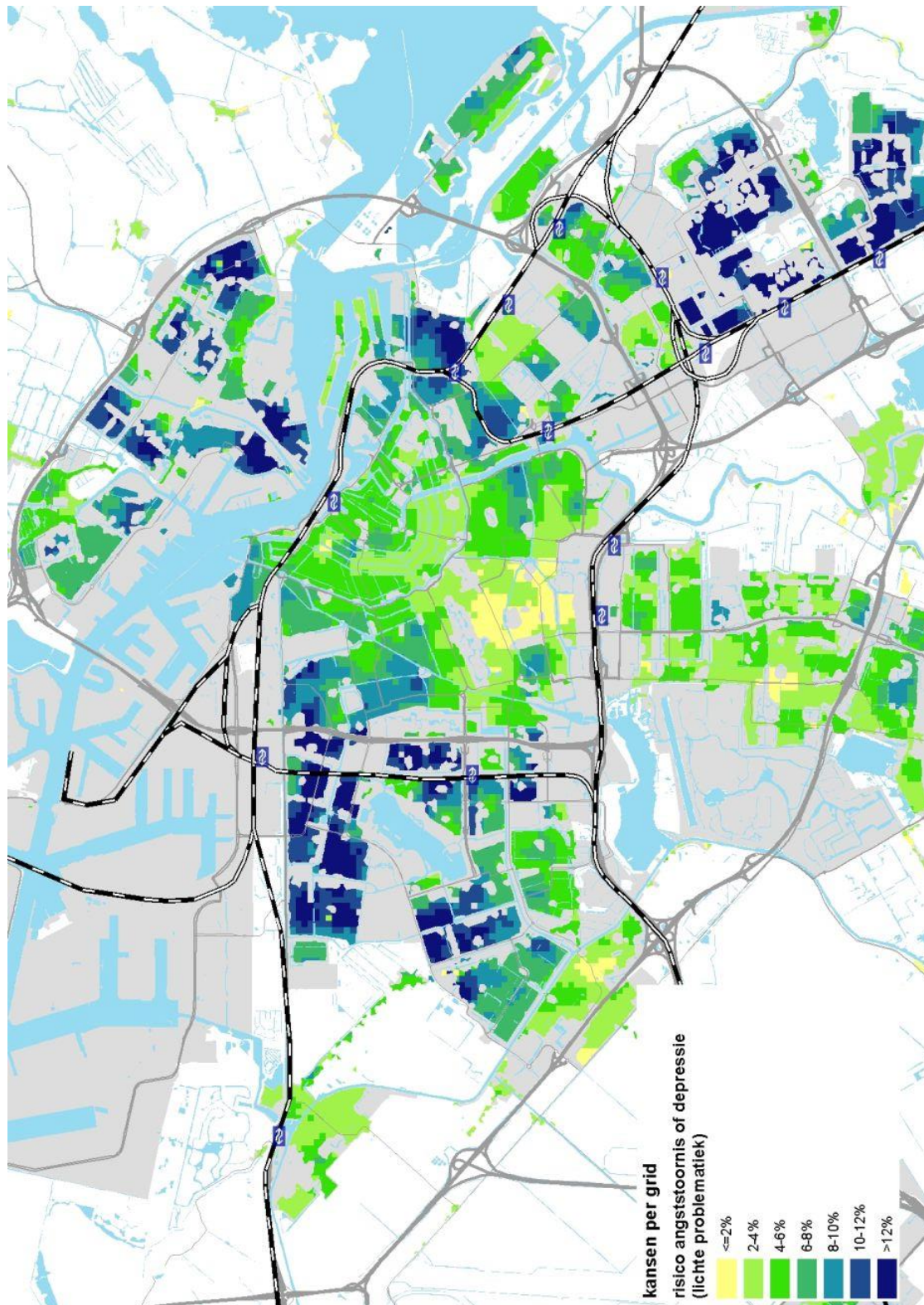
Kaart 8-1 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met grote kans op een angststoornis of depressie (lichte problematiek) in Tilburg



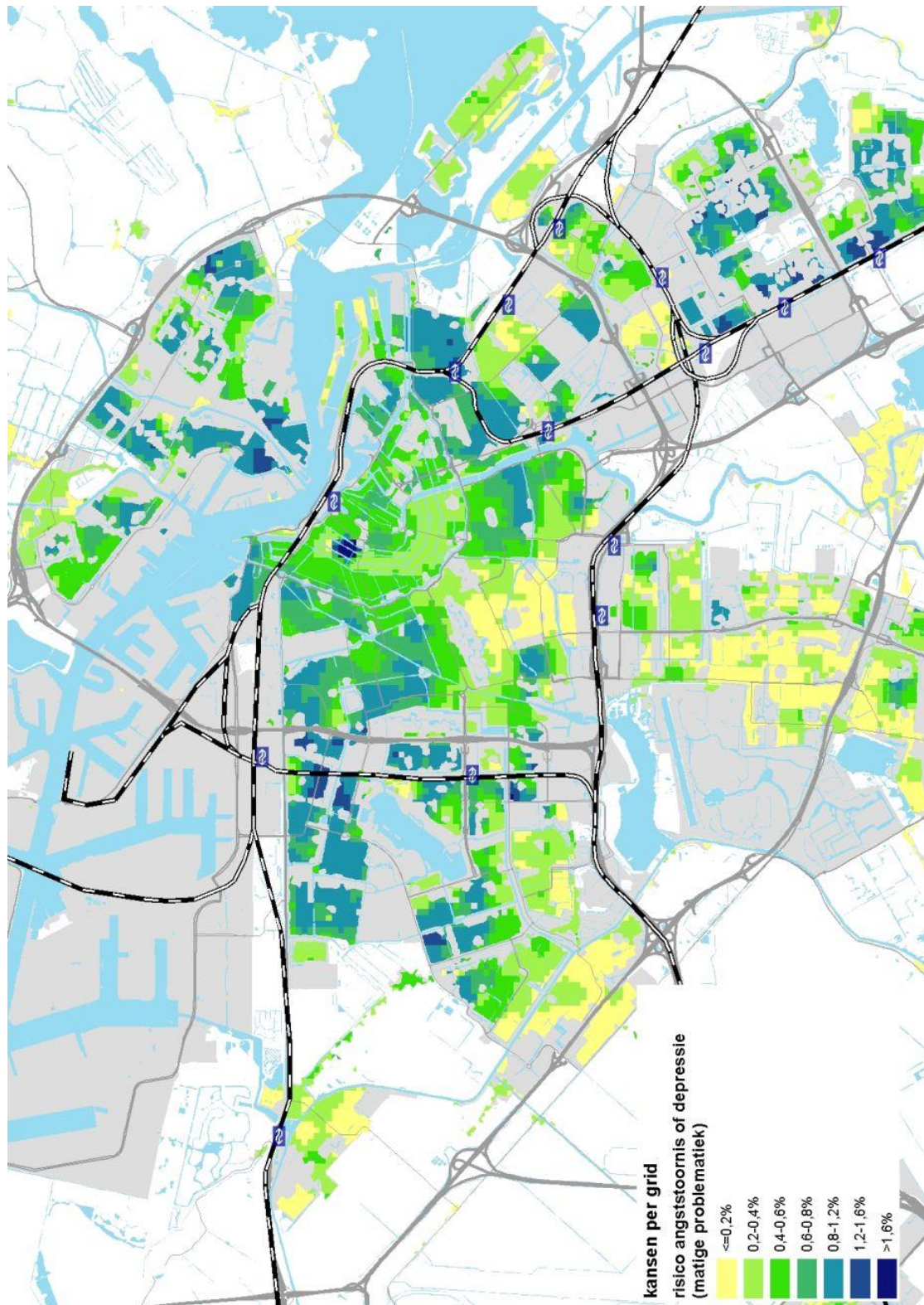
Kaart 8-2 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met grote kans op een angststoornis of depressie (matige problematiek) in Tilburg



Kaart 8-3 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met grote kans op een angststoornis of depressie (lichte problematiek) in Amsterdam



Kaart 8-4 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met grote kans op een angststoornis of depressie (matige problematiek) in Amsterdam



8.2 Sociale problematiek en probleemgedrag

Van de groepen die in de vorige paragraaf aan de orde kwamen is bekend dat zij een hoog risico op angst- of stemmingsstoornissen hebben. Van de groepen die in deze paragraaf aan de orde komen is niet bekend welke psychiatrische problematiek ze precies hebben. Er is alleen bekend dat ze in 2012 een indicatie hadden voor AWBZ-ondersteuning op basis van PSY/GGZ grondslag. Het is aannemelijk dat zij te maken hebben met sociale problematiek. Voor de 'zwaardere' indicaties is het voorts aannemelijk dat hier ook probleemgedrag bij aan de orde komt. We onderscheiden de volgende groepen:

- Zelfstandig wonend, (indicatie voor) extramuraal begeleiding: N=107.000
- Zelfstandig wonend, (indicatie voor) begeleid wonen (ZCP-C pakketten) N = 23.000
- In instelling verblijvend (ZCP-C pakketten: beschermd wonen) N = 12.000

Ter vergelijking wordt ook ingegaan op de mensen die in een instelling verblijven op basis van een ZCP-B indicatie (behandeling).

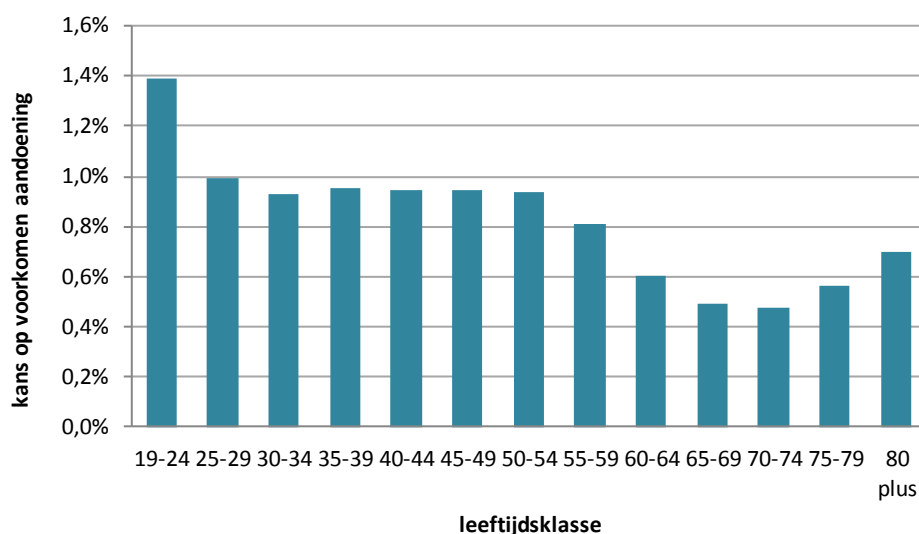
8.3 Psychiatrische problematiek, problemen sociale redzaamheid

8.3.1 Korte typering

Deze eerste groep is vrij omvangrijk met ruim 100.000 personen. Het gaat om mensen relatief lichte, vaak meervoudige problematiek en een langduriger kwetsbaarheid. De indruk bestaat dat zij – naast hun psychische functioneren - vooral beperkt zijn voor wat betreft hun sociale redzaamheid. De groep met hoog risico voor angststoornissen of depressie en een (extramuraal) AWBZ-indicatie, die in paragraaf 8.1 aan de orde is gekomen, maakt hier deel van uit.

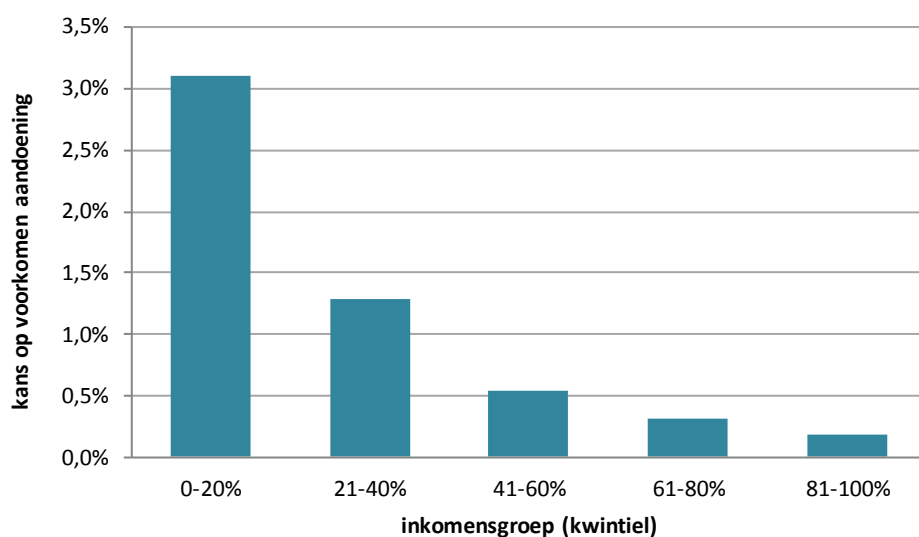
De prevalentie is het hoogst in de leeftijdsgroep tot 55 jaar (Figuur 8-6). Per leeftijdsgroep behoort net iets minder dan 1% van de mensen tot deze groep. Alleen in de jongste groep ligt de prevalentie hoger met 1,4%. Het gaat in ongeveer gelijke mate om mannen en vrouwen. De meesten hebben een laag inkomen. Ongeveer 45% behoort tot de laagste inkomensgroep (Figuur 8-7).

Figuur 8-6 Aandeel mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid per leeftijdsgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

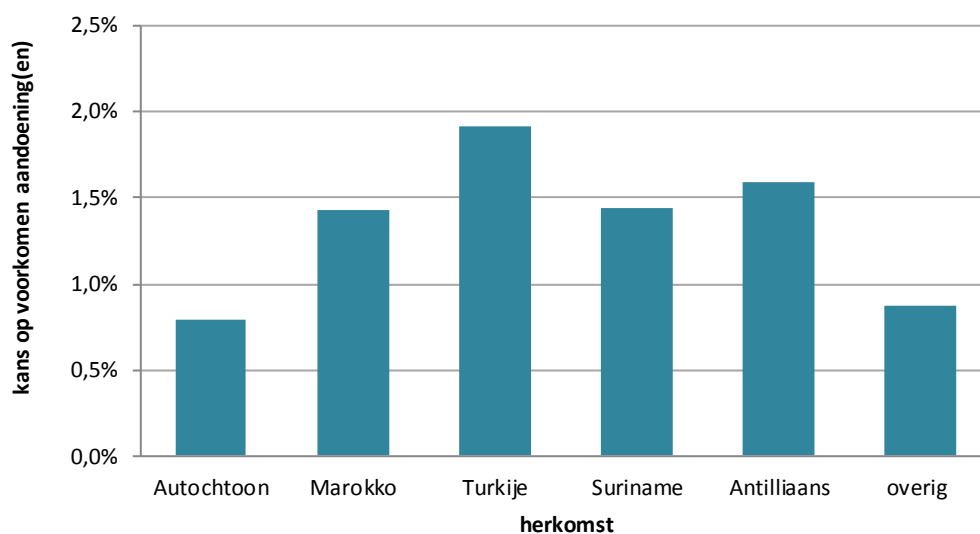
Figuur 8-7 Aandeel mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid per inkomensgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Mensen van niet-Nederlandse herkomst hebben een grotere kans om psychiatrische problematiek te ontwikkelen dan autochtone Nederlanders. De situatie is het minst gunstig voor mensen van Turkse herkomst. Dat komt overeen met het profiel van de groep 'eigen leed' met matige problematiek in paragraaf 8.1.

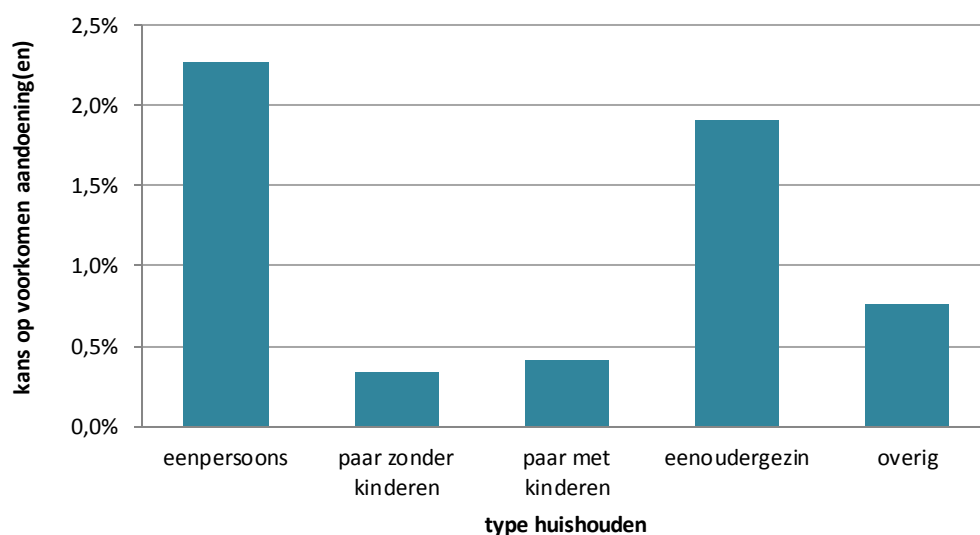
Figuur 8-8 Aandeel mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid per herkomstgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Het gaat overwegend om personen die alleen een huishouden voeren, maar er is ook een relatief grote groep eenoudergezinnen in dit profiel. Zij maken zo'n 13% uit van de totale groep terwijl dat in de totale populatie niet meer dan 6% is (Figuur 8-9).

Figuur 8-9 Aandeel mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid per huishoudentype



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

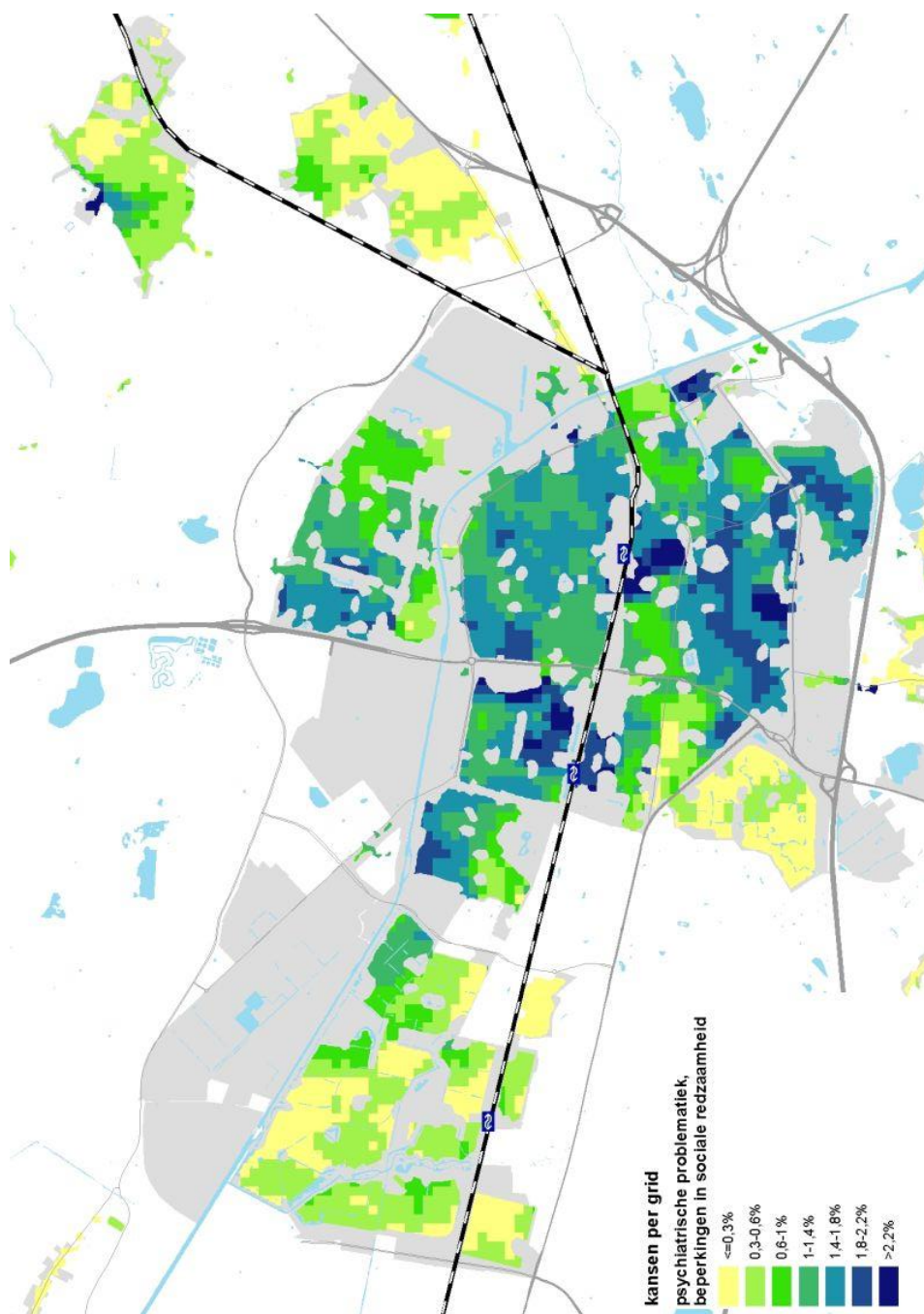
8.3.2 Kans op voorkomen

Het vóórkomen van de groep met psychiatrische problemen en problemen rond sociale redzaamheid in gebieden hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

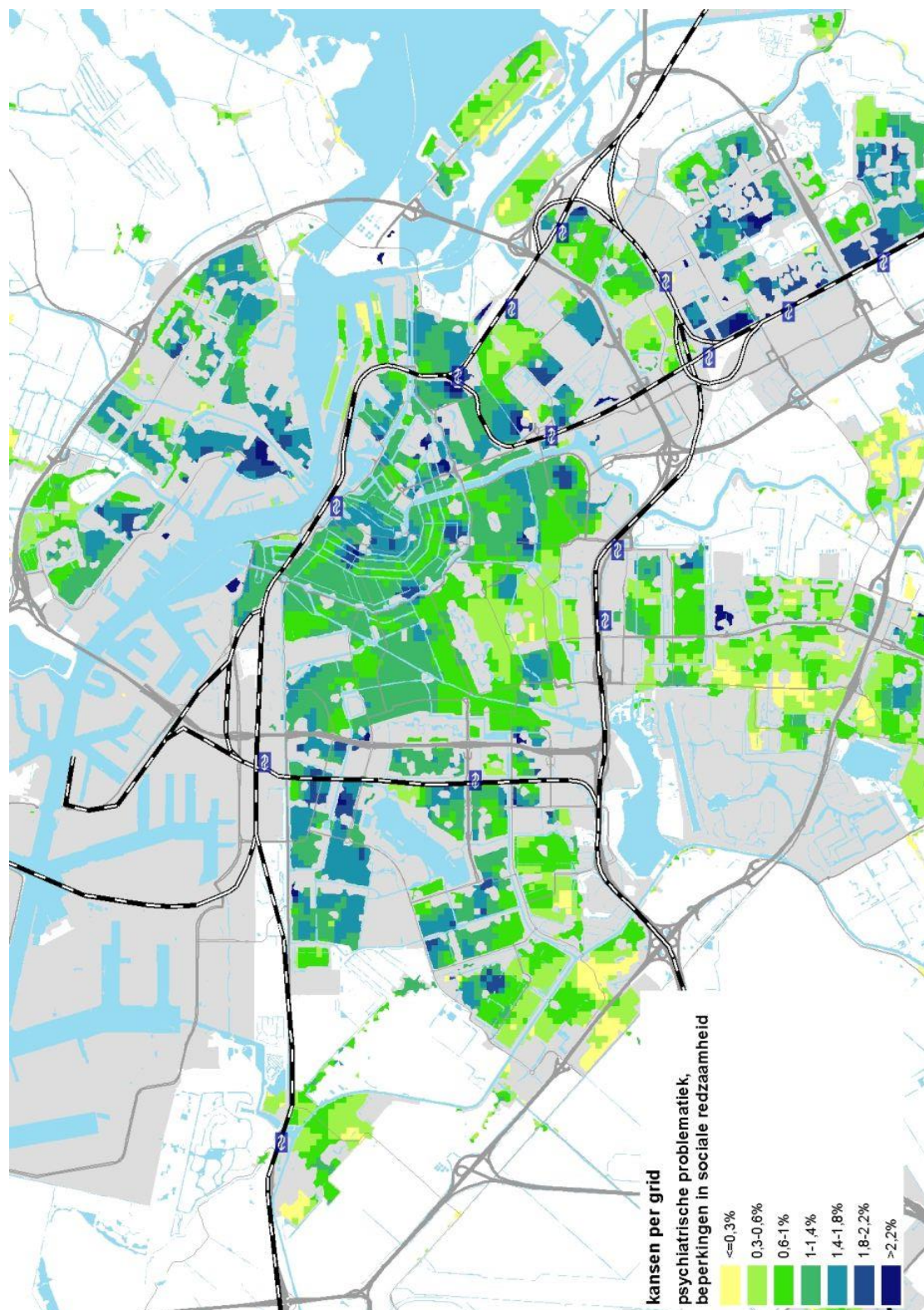
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij jongere leeftijden
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
ethniciteit	lagere kans bij Marokkaanse en overige herkomst
aandeel ww-ontvangers	grotere kans naarmate ergens meer ww-ontvangers wonen
aandeel arbeidsongeschikten	grotere kans naarmate ergens meer arbeidsongeschikten wonen
aandeel eenoudergezinnen	grotere kans naarmate in een gebied meer eenoudergezinnen wonen
aandeel eenpersoons huishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoons huishoudens zijn.
stedelijkheid woonplaats	grotere kans in stedelijk gebied
instelling beschermd wonen in directe omgeving	meer kans naarmate er in de directe omgeving een GGZ-instelling is
aandeel meergezinswoningen	grotere kans naarmate er in een gebied minder meergezinswoningen zijn
Leefbaarometer dimensie woningvoorraad	grotere kans bij lagere score op de dimensie woningvoorraad van de Leefbaarometer
Leefbaarometer dimensie fysieke omgeving	grotere kans bij hogere score op de dimensie fysieke omgeving van de Leefbaarometer
overlast	grotere kans bij meer overlast

De sociaal-economische indicatoren hebben hierbinnen het grootste gewicht. De betrouwbaarheid van de voorspelling van het aantal personen dat tot deze groep behoort, is op buurtniveau groot: 88%. Dat betekent dat met vrij grote nauwkeurigheid het aantal mensen dat tot dit profiel behoort, kan worden ingeschat op basis van de genoemde populatie- en omgevingskenmerken. Omdat de groep 'eigen leed' matige problematiek hier deel van uitmaakt en de voorspelling voor die groep niet erg betrouwbaar is, lijkt het wenselijk vooral uit te gaan van het hierboven beschreven model.

Kaart 8-5 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid in Tilburg



Kaart 8-6 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid in Amsterdam



8.4 Psychiatrische problematiek, problemen sociale redzaamheid en gedrag

8.4.1 Korte typering

In 2012 waren er circa 23.000 personen die deel uitmaakten van een zelfstandig huishouden en tegelijkertijd een GGZ-C indicatie hadden. Naar verwachting komt hun profiel voor wat betreft de onderliggende stoornissen overeen met dat van de cliënten in Begeleid Zelfstandig Wonen (Tabel 8-4): een substantieel deel van deze groep heeft een psychotische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 8-4 Hoofddiagnose begeleid zelfstandig wonen (BZW) en beschermd wonen (RIBW)

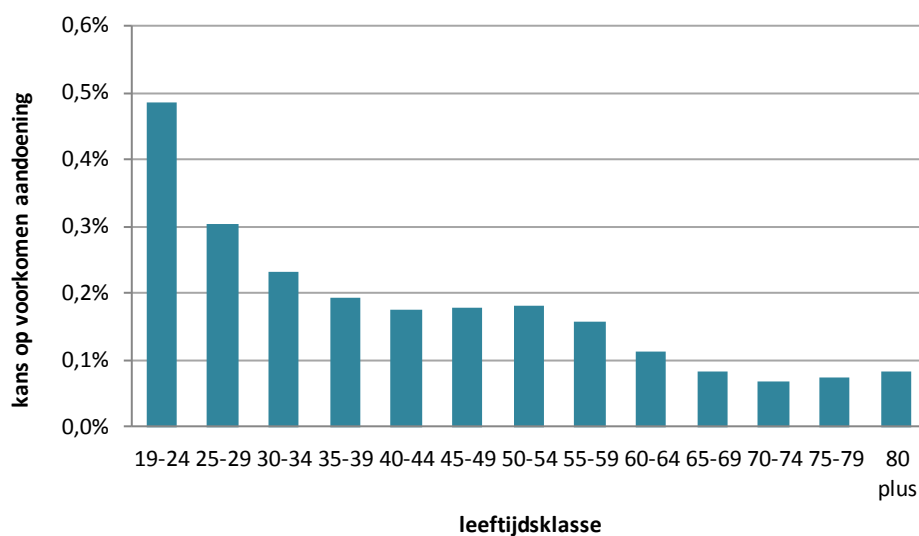
	BZW	RIBW
Psychotische stoornis	38%	42%
Affectieve stoornis (angst, depressie, bipolaire stoornis)	18%	12%
Autisme	8%	11%
Persoonlijkheidsstoornis	12%	7%
Verslaving	7%	7%
ADHD en andere ontwikkelingsstoornissen	6%	4%
Organische aandoening (NAH, dementie, Korsakov)	2%	3%
Combinatie van bovenstaande	4%	6%
Geen diagnose bekend	7%	7%
aantal cliënten per 31-12-2012	12.552	9.557

Bron: Brancherapport RIBW Alliantie

Het gaat in deze groep in sterkere mate dan bij de groep met een extramurale indicatie om relatief jonge personen. Een op de vijf personen in deze groep is jonger dan 25 jaar en de helft is jonger dan 40 (Figuur 8-10). Ook in sterkere mate dan bij de extramurale groep gaat het om lage inkomens. Bijna twee derde behoort tot het laagste inkomenskwintiel (Figuur 8-11). De kans dat iemand in het laagste inkomenskwintiel met deze problematiek te maken heeft, is zelfs een factor 30 groter dan voor iemand uit het hoogste inkomenskwintiel.

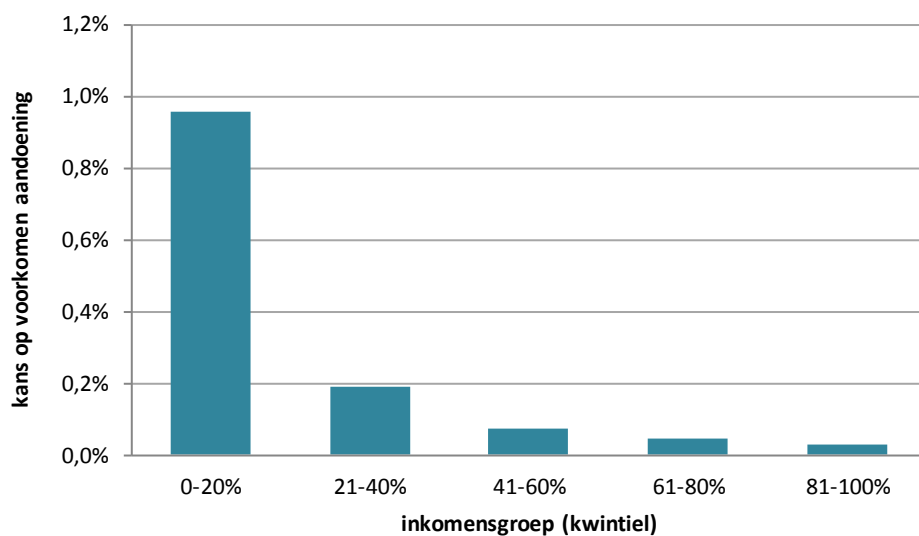
Twee van elke drie personen in deze groep is een man en het gaat in ruim 70% van de gevallen om eenpersoonshuishoudens. Bezien naar herkomstgroepen is het aandeel personen van Antilliaanse en Surinaamse herkomst opvallend groot (Figuur 8-12). De prevalentie ligt in deze groepen bijna drie keer zo hoog als in de autochtone groep. De prevalentie is juist opvallend laag in de Turkse herkomstgroep, zeker vanuit het perspectief dat deze groep juist hoog uitkwam in de lichte psychiatrische problematiek.

Figuur 8-10 Aandeel mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag per leeftijdsgroep



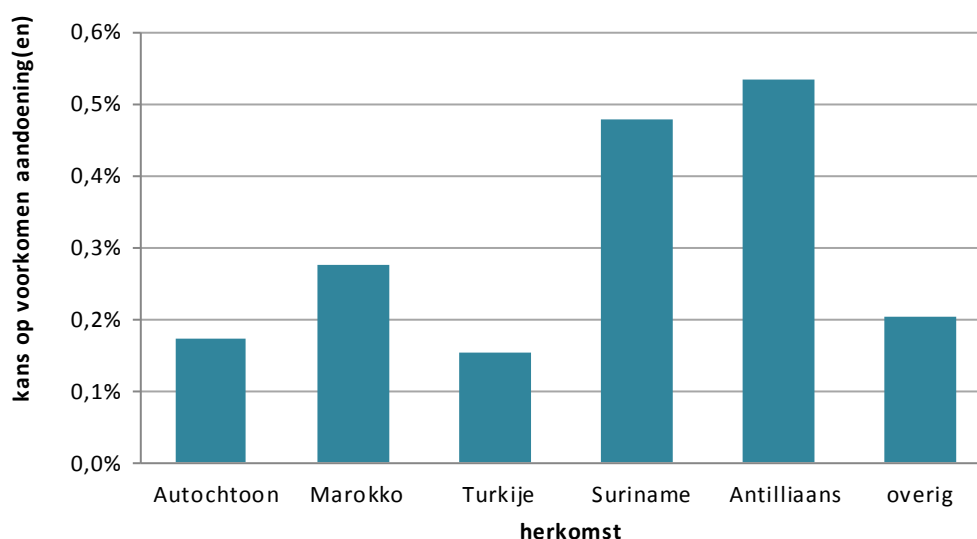
Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 8-11 Aandeel met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag per inkomensgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 8-12 Aandeel met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag per herkomstgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

8.4.2 Kans op voorkomen

Het vóórkomen in buurten van de groep met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

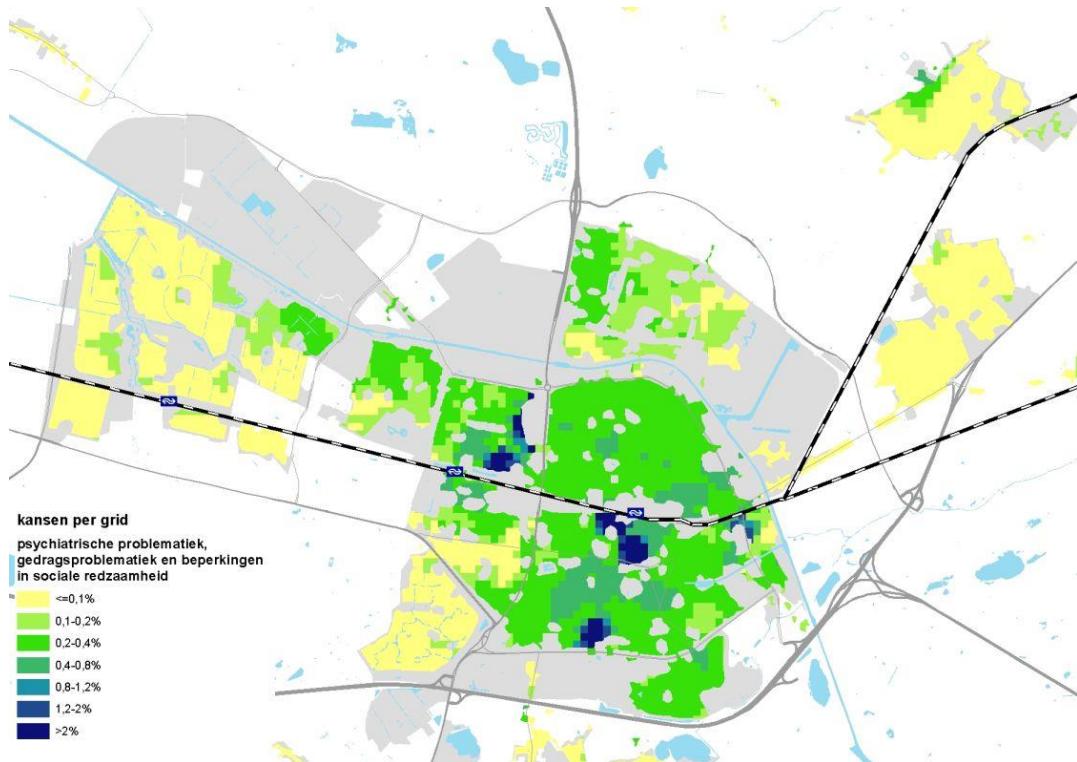
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij jongere leeftijden
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
ethniciteit	grotere kans bij Antilliaanse en Surinaamse herkomst
aandeel arbeidsongeschikten	grotere kans naarmate ergens meer arbeidsongeschikten wonen
aandeel eenpersoonshuishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoonshuishoudens zijn.
stedelijkheid woonplaats	grotere kans in stedelijk gebied
aandeel meergezins corporatiewoningen	grotere kans naarmate er in een gebied meer meergezinswoningen van corporaties zijn
instelling beschermd wonen in directe omgeving	meer kans naarmate er in de directe omgeving een GGZ-instelling voor begeleid wonen is
instelling GGZbehandeling in directe omgeving	meer kans naarmate er in de directe omgeving een GGZ-instelling voor behandeling is
Leefbaarometer dimensie woningvoorraad	grotere kans bij hogere score op de dimensie woningvoorraad van de Leefbaarometer
Leefbaarometer dimensie bevolking	grotere kans bij hogere score op de dimensie bevolking van de Leefbaarometer
overlast	grotere kans bij meer overlast in de buurt

De nabijheid van een GGZ-instelling voor beschermd wonen in de buurt speelt een belangrijke rol in deze verklaring. Dat wordt ook duidelijk als Kaart 8-9 wordt vergele-

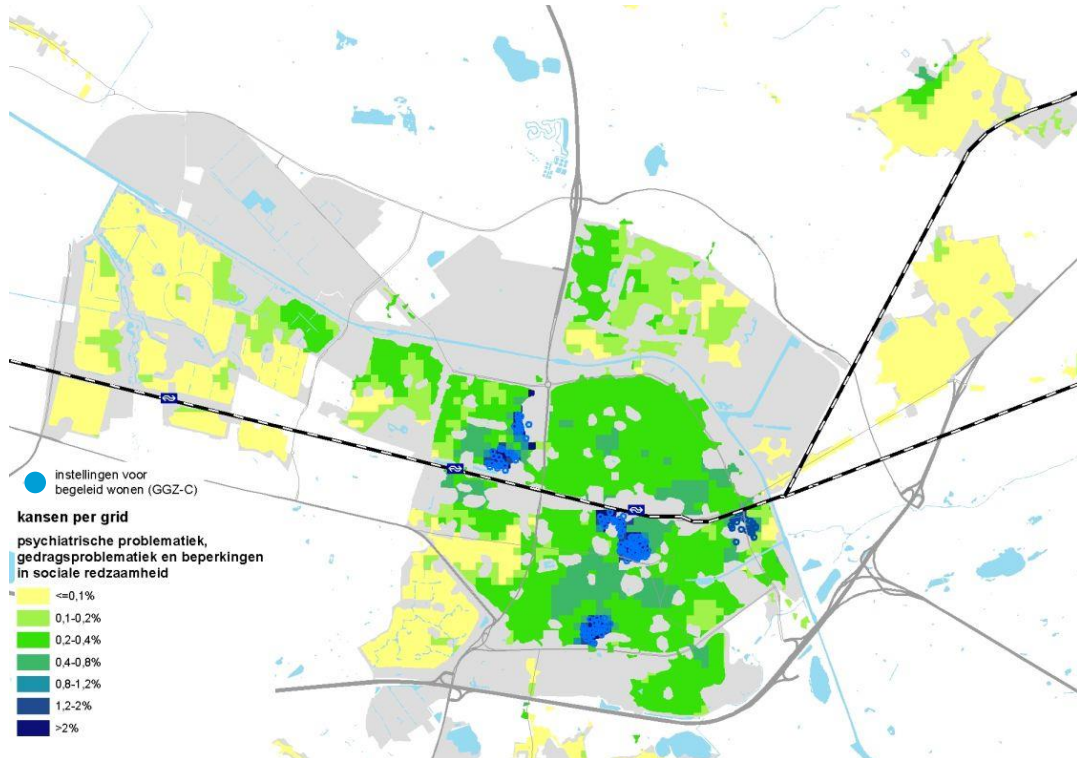
ken met Kaart 8-10 waarin bij die laatste ook de instellingen voor beschermd/begeleid wonen zijn afgebeeld. De sterkste concentraties van deze groep vallen vrijwel volledig samen met de aanwezigheid van instellingen waarin mensen verblijven met een GGZ-C indicatie. Daarmee is de verwachting – op basis van de situatie zoals die in 2012 was – dat (semi)zelfstandig wonende mensen met psychiatrische problematiek en gedragsproblemen vooral vaker zullen wonen in de nabijheid van GGZ-locaties.

Aanvullend hebben sociaal-economische parameters en leeftijd nog een relevante invloed. Maar ook de invloed van omgevingsparameters is zichtbaar, bijvoorbeeld in een grotere kans op de aanwezigheid van deze groep in de binnenstad. De betrouwbaarheid van de voorspelling van het aantal personen dat tot deze groep behoort, komt op buurtniveau uit op 53%. Dat betekent dat net iets meer dan de helft van de verschillen intussen buurten door genoemde parameters wordt verklaard. Gezien de relatief kleine groep is dat als betekenisvol aan te merken. Er moet wel worden bedacht dat wanneer de instellingen voor begeleid wonen worden afgebouwd, het onzeker is waar de groep dan gaat wonen. Dat zal onder meer ook afhangen van de vraag of de (semi-)zelfstandige woningen nabij die instellingen blijven bestaan, worden afgebouwd of juist worden uitgebreid. De rol die de aanwezigheid van de (eventueel voormalige) instelling daar dan in speelt, zal in de toekomst nader moeten worden verkend.

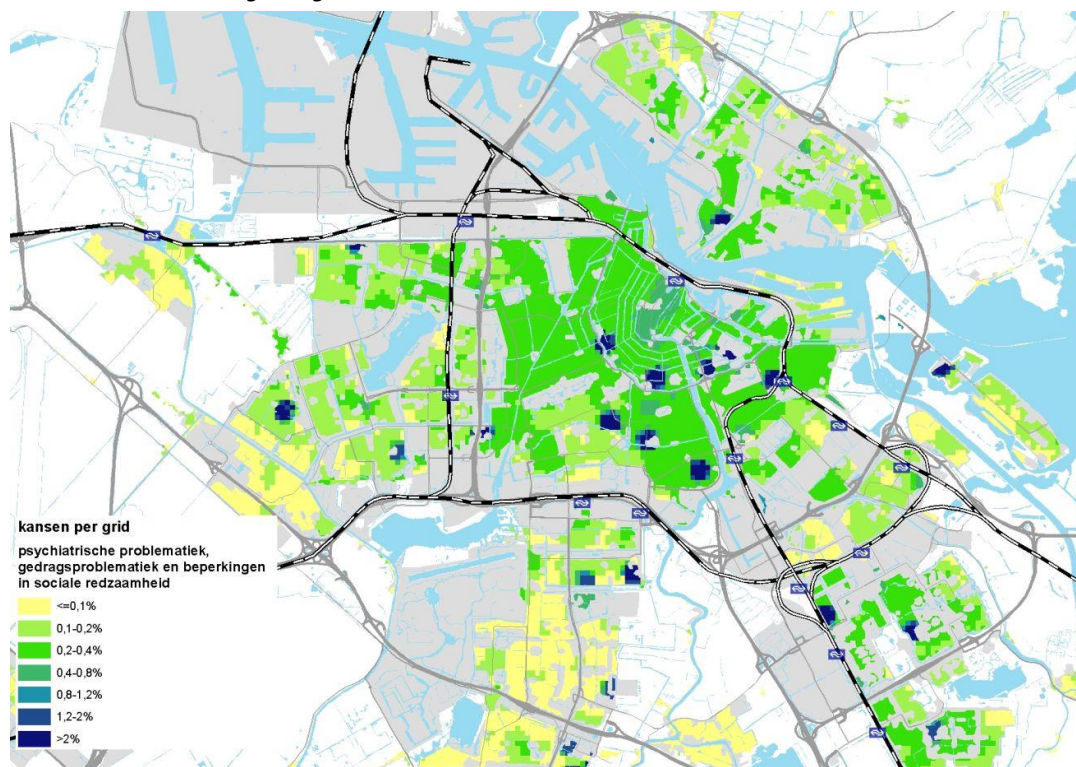
Kaart 8-7 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag in Tilburg



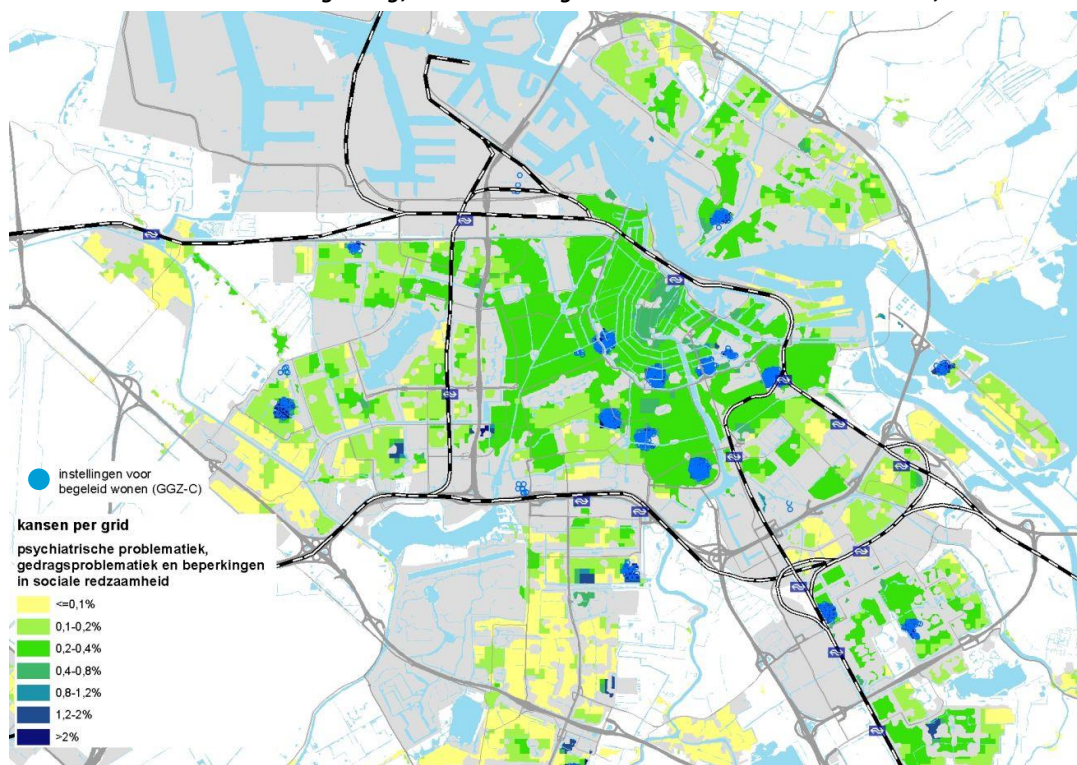
Kaart 8-8 Verdeling van (de kans op) psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag, én instellingen voor GGZ in Tilburg,



Kaart 8-9 Verdeling van psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag in Amsterdam



Kaart 8-10 Verdeling van psychiatrische problematiek en problemen rond sociale redzaamheid en gedrag, én instellingen voor GGZ-C in Amsterdam,



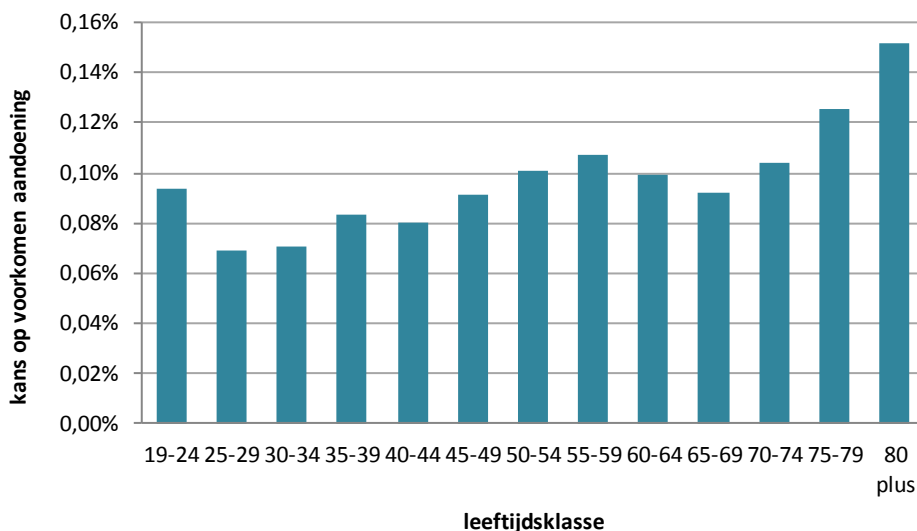
8.5 Beschermd wonen

8.5.1 Korte typering

Naast de groep met een GGZ-C indicatie die (semi-)zelfstandig woont, is er ook een groep die in een instelling verblijft. Voor een deel overlappen die groepen waarschijnlijk in de praktijk, maar voor een deel gaat het ook wel echt om andere groepen. De verwachting is dat de intramurale groep in termen van diagnose meer overeenkomt met de RIBW-groep uit Tabel 8-4, dus nog net een groter aandeel met een psychotische stoornis, meervoudige problematiek en autisme. Omdat ook deze groep meer zelfstandig zou moeten gaan wonen, bespreken we deze hier ook.

Een belangrijk verschil met de groep die een zelfstandig huishouden voert met begeleiding, is dat de prevalentie nauwelijks verschilt per leeftijdsgroep. De groep die in een instelling voor beschermd wonen verblijft, bestrijkt alle leeftijdsgroepen met enige nadruk op de groep 50-plus (Figuur 8-13). In de groep die op basis van een GGZ-B indicatie in een instelling verblijft, is de oudere groep nog wat sterker vertegenwoordigd (Figuur 8-14). Bijna twee derde van de groep die in een instelling voor behandeling verblijft (GGZ-B indicatie) is 50 jaar of ouder.

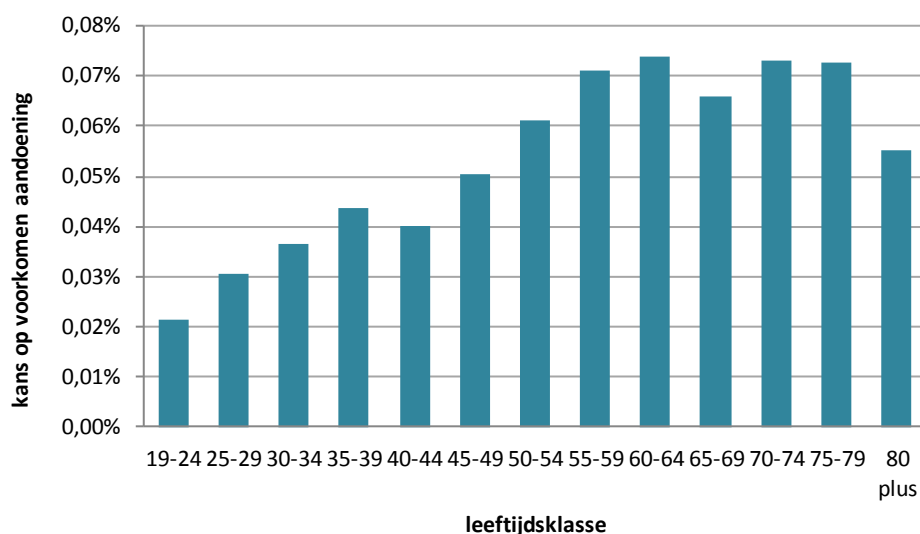
Figuur 8-13 Aandeel in instelling verblijvende mensen met psychiatrische problematiek op basis van een GGZ-C indicatie per leeftijdsgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

In beide gevallen gaat het overigens in overgrote meerderheid (circa 80%) om de laagste inkomensgroepen.

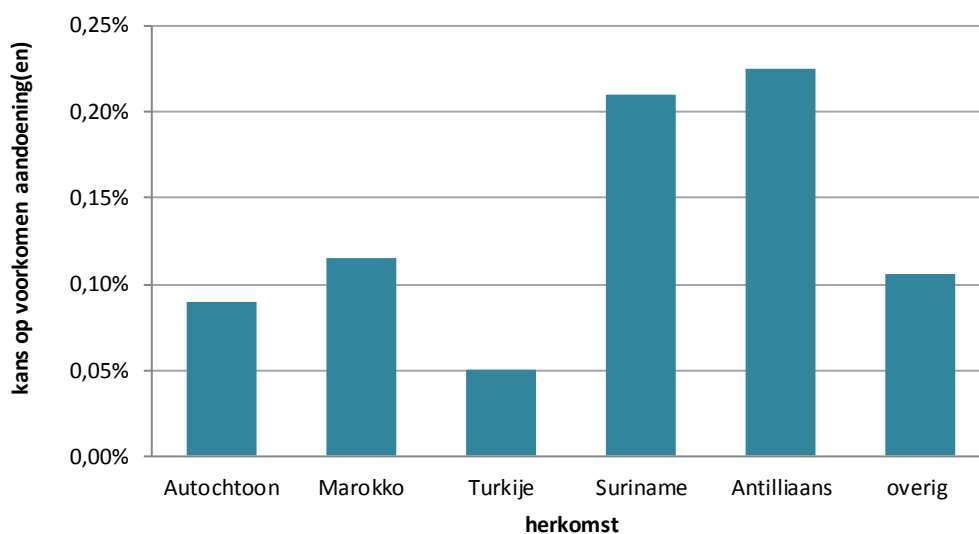
Figuur 8-14 Aandeel in instelling verblijvende mensen met psychiatrische problematiek op basis van een GGZ-B indicatie per leeftijdsgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

In de groep die in een beschermende woonvorm verblijft, zijn de mannen in de meerderheid: bijna twee derde van deze groep is een man. Dat is vergelijkbaar met de verhouding in de zelfstandig wonende groep met een GGZ-C indicatie. Ook het herkomstprofiel is sterk vergelijkbaar met de groep met een GGZ-C indicatie die zelfstandig woont (vergelijk Figuur 8-15 met Figuur 8-12). Het gaat nog steeds vooral om autochtone Nederlanders (zij maken ongeveer een kwart uit van de totale groep), maar de prevalentie is opvallend hoog onder in het bijzonder de Surinaamse en Antilliaanse herkomstgroepen.

Figuur 8-15 Aandeel in instelling verblijvende mensen met psychiatrische problematiek op basis van een GGZ-C indicatie per herkomstgroep



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

8.5.2 Kans op voorkomen

Omdat deze groep in een instelling verblijft, is het niet zinvol om hun aanwezigheid in buurten te schatten op basis van algemene populatie- en omgevingskenmerken. Daarvoor kunnen immers simpelweg de instellingslocaties worden genomen. Waar zij zich zullen vestigen als ze niet meer zelfstandig zullen wonen, is wel een relevante vraag. Naar verwachting komt de lokalisering van de zelfstandig wonende groep met GGZ-C indicatie het meest in de buurt omdat de overeenkomsten daar – behoudens de leeftijdsverdeling – vrijgroot mee zijn. In welke mate de nabijheid van de instelling een rol zal blijven spelen, is aan gemeentelijk beleid. In alle gevallen ligt het echter voor de hand dat de groep – gezien de lage inkomenspositie – zal zijn aangewezen op de sociale huurvoorraad.

9 Mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking

Matige en ernstige verstandelijke beperkingen worden in de regel geoperationaaliseerd aan de hand van het IQ. Bij een IQ tussen de 35 en 49 spreken we van een matige verstandelijke beperking.⁷ De ontwikkelingsleeftijd is dan ongeveer 4 tot 6/7 jaar, zo wordt ook in de deelrapportage 'beperkingenprofielen' beschreven. Mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking hebben een IQ lager dan 35 en een ontwikkelingsleeftijd tot ongeveer 4 jaar.

Hoe zelfredzaam iemand is, hangt niet alleen af van het cognitief functioneren, maar ook van andere functioneringsgebieden, zoals de sociaal emotionele ontwikkeling en het sociaal aanpassingsvermogen. Het komt echter zelden voor dat iemand met een matige verstandelijke beperking succesvol alleen zelfstandig woont. Dat zou – zo wordt besproken in de deelrapportage 'beperkingenprofielen' – alleen mogelijk zijn als iemand over zeer goede vaardigheden beschikt, er professionele ondersteuning is de persoon en over een goed netwerk beschikt dat zeer actief betrokken is in het dagelijks leven.

Deze groep kan ook deel uitmaken van een zelfstandig huishouden, bijvoorbeeld als de persoon samenwoont met een normaal begaafde partner of ouder. Ook zijn er situaties waarin de persoon met een matige verstandelijke beperking woont in gezinsverband in een laag sociaal milieu. Dat zijn vaak situaties waarbij misbruik en verwaarlozing aan de orde is. Tussenvormen als begeleid wonen – al dan niet nabij instellingen – komen ook voor.

De meeste mensen met een ernstige verstandelijke beperking (ontwikkelingsleeftijd tot circa 4 jaar) kunnen niet spreken. Een enkeling kan zich uiten met wat woorden of korte zinnen. Meestal is er ook sprake van motorische beperkingen en andere aandoeningen, zoals epilepsie of een beperkt gezichtsvermogen. Zelfstandig wonen is voor deze groep niet aan de orde. Die laten we in het kader van de Woonzorgwijzer dan ook verder buiten beschouwing. We beperken ons in de verkenning van de groep tot de mensen met een 'matige' problematiek.

9.1 Relatie met grondslag VG

Omdat er geen populatiegegevens beschikbaar zijn van het IQ, definiëren we de groep aan de hand van de (dominante) grondslag 'VG' zoals die in 2012 is afgegeven in het kader van de AWBZ. Er waren toen circa 125.000 mensen die met deze grondslag waren geïndiceerd, waarvan zo'n 80.000 deel uitmaakten van een zelfstandig huishouden. Dat is een wat groter aantal dan op grond van de IQ-verdeling zou mogen worden verwacht in de groep met een matige of ernstige verstandelijke beperking.

⁷ www.nationaalkompas.nl

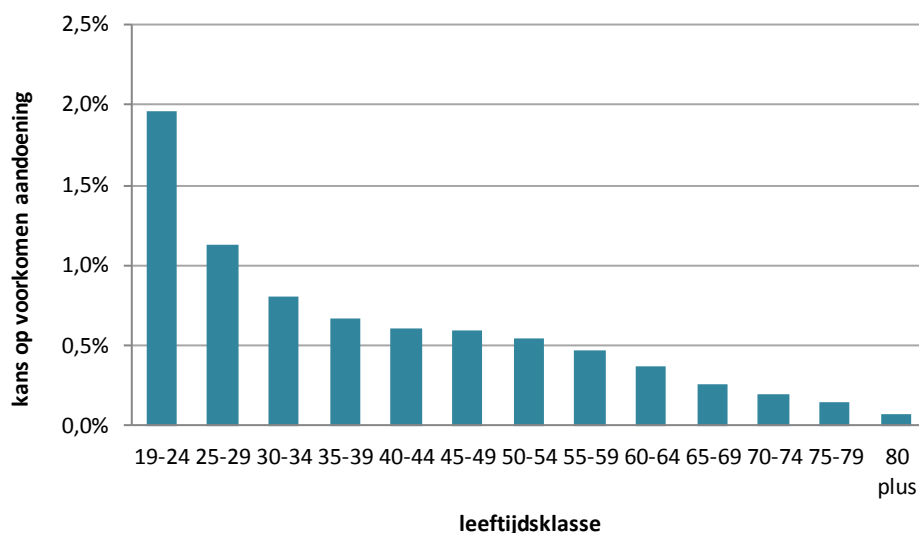
Dat zouden er namelijk in totaal tussen de 50.000 en 66.000 zijn, zo geeft ook het SCP aan.⁸ Het SCP constateerde verder dat de groep mensen met een IQ minder dan 50 in de totale groep die met grondslag VG is geïndiceerd (dat waren er 164.000 in 2009 het jaar waar de SCP-analyse zich op richtte), slechts zo'n 40% bedraagt. Eveneens twee vijfde was licht verstandelijk gehandicapt (IQ tussen 50 en 69) en een vijfde was zwakbegaafd (IQ tussen 70 en 84).

De groep die deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden en een VG-indicatie heeft, is daarmee een diverse groep. Daarbij zal vermoedelijk slechts een deel een IQ hebben dat lager is dan 50. Zij combineren dat waarschijnlijk met een gunstige thuissituatie en/of goede andere vaardigheden. Een ander deel zal waarschijnlijk een minder grote cognitieve beperking hebben, maar om andere redenen (als een minder goede thuissituatie of sociale vaardigheden/gedragsproblemen) met een VG grondslag zijn geïndiceerd. In alle gevallen gaat het echter wel om mensen waarbij de verstandelijke beperking blijkbaar de doorslaggevende reden was voor de indicatie.

9.1.1 Korte typering

De totale groep met een VG indicatie die deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden is relatief jong. Een kwart is tussen de 19 en 25 jaar en de helft is 35 jaar of jonger. Dat geldt zowel voor de groep met een extramurale indicatie (ruim de helft: 42.000 in 2012) als voor de groep met een ZZPVG-indicatie (iets minder dan de helft: 38.000 in 2012).

Figuur 9-1 Aandeel zelfstandig wonende mensen met een VG-indicatie per leeftijdsgroep

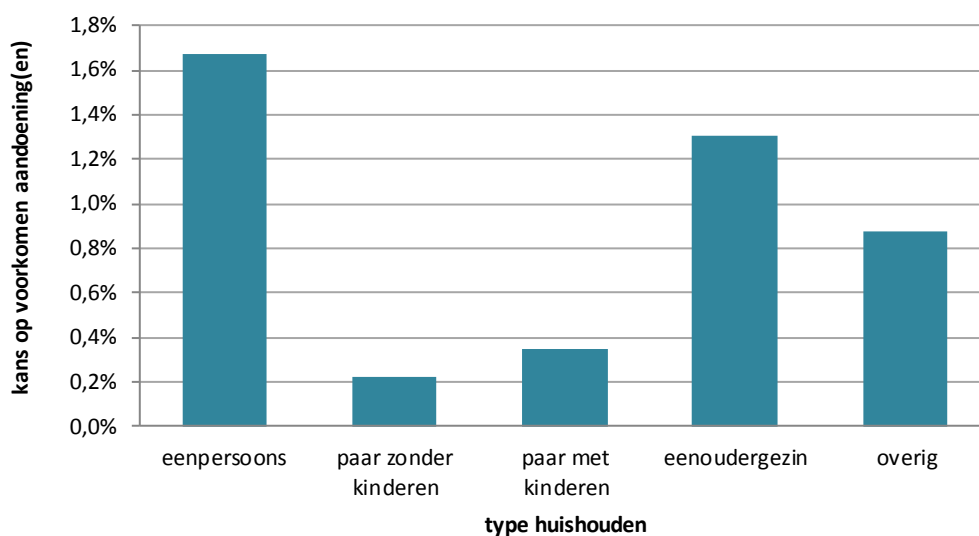


Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

⁸ SCP-publicatie 2012/9, IQ met beperkingen, Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012,

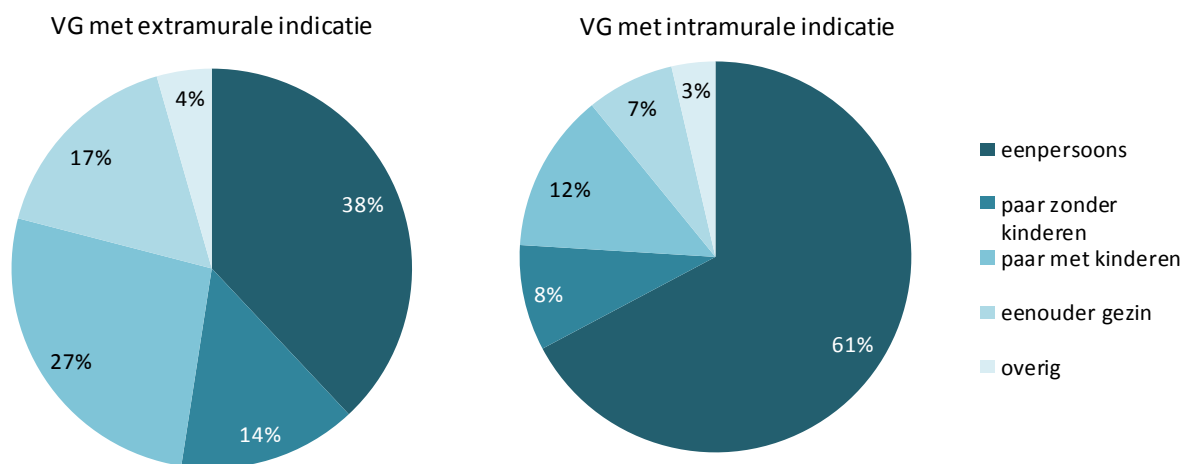
De huishoudens waartoe ze behoren, hebben vaker een laag inkomen. Ongeveer 45% van de groep behoort tot de landelijk 20% laagste inkomens en 75% behoort tot de 40% laagste inkomens. Het type huishouden is in de helft van de gevallen een eenpersoonshuishouden. 'Paar met kinderen' is de tweede grootste groep (met 20%) maar de prevalentie is relatief hoog bij eenoudergezinnen en overige huishoudens (Figuur 9-2): een relatief groot deel van de eenoudergezinnen heeft een lid met een VG-indicatie.

Figuur 9-2 Aandeel zelfstandig wonende mensen met een VG-indicatie per type huishouden



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Figuur 9-3 Verdeling huishoudentypen naar zwaarte van de VG indicatie

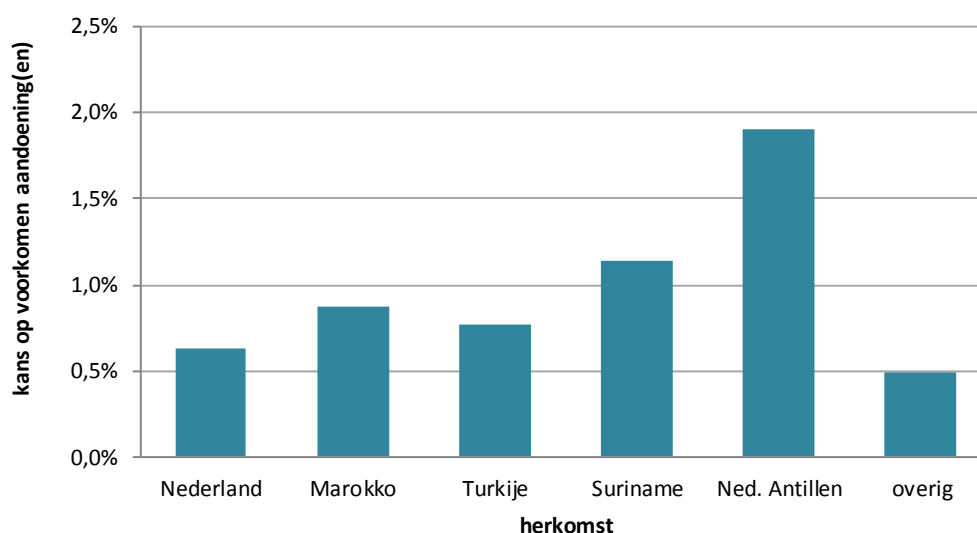


Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

De huishoudens verschillen vrij sterk naar de zwaarte van de indicatie. De zelfstandig wonenden met een ZP-indicatie zijn vaak eenpersoonshuishoudens. Het ligt in de lijn der verwachting dat dit zelfstandig wonen met begeleiding is al dan niet in de nabijheid van een VG-instelling. Voor de VG-groep met een extramurale indicatie is er relatief vaak sprake van een gezinssituatie. In 44% van de gevallen gaat het om een huishouden met kinderen.

Naar herkomst bezien valt op dat de prevalentie voor een VG-indicatie hoog is in de groep met een Antilliaanse achtergrond (Figuur 9-4). Omdat het in absolute zin om een kleine groep gaat, heeft evenwel zo'n 80% van de mensen in deze groep een autochtoon Nederlandse achtergrond.

Figuur 9-4 Aandeel zelfstandig wonende mensen met een VG-indicatie naar herkomst



Bron: CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

9.1.2 Kans op voorkomen in gebieden

Het vóórkomen in buurten van personen met een VG-indicatie die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden en een extramurale indicatie hebben (matige problematiek), hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij jongere leeftijden
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
herkomst	Grotere kans voor mensen met autochtone, Surinaamse of Antilliaanse herkomst
aandeel arbeidsongeschikten in omgeving	grotere kans naarmate ergens meer arbeidsongeschikten wonen
Aandeel mensen met WW-uitkering in omgeving	grotere kans naarmate ergens meer mensen met een WW-uitkering wonen
aandeel eenpersoons-	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoons huis-

indicator	aard van de relatie
huishoudens in omgeving:	houdens zijn.
aandeel alleenstaande ouders in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer alleenstaande ouders zijn.
aandeel sociale huur in omgeving	Grotere kans naarmate er meer sociale huurwoningen in de omgeving zijn
instelling VG in directe omgeving	meer kans naarmate er in de directe omgeving een VG-instelling is
Leefbaarheid	grotere kans bij slechtere leefbaarheid

Het vóórkomen in buurten van personen met een VG-indicatie die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden en een ZZP-indicatie hebben (ernstige problematiek), hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij jongere leeftijden
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
aandeel arbeidsongeschikten	grotere kans naarmate ergens meer arbeidsongeschikten wonen
aandeel eenpersoonshuishoudens in omgeving:	grotere kans naarmate er in een gebied meer eenpersoons huishoudens zijn.
instelling VG in directe omgeving	meer kans naarmate er in de directe omgeving een VG-instelling is
Leefbaarometer dimensie voorzieningen	grotere kans bij betere leefbaarheid

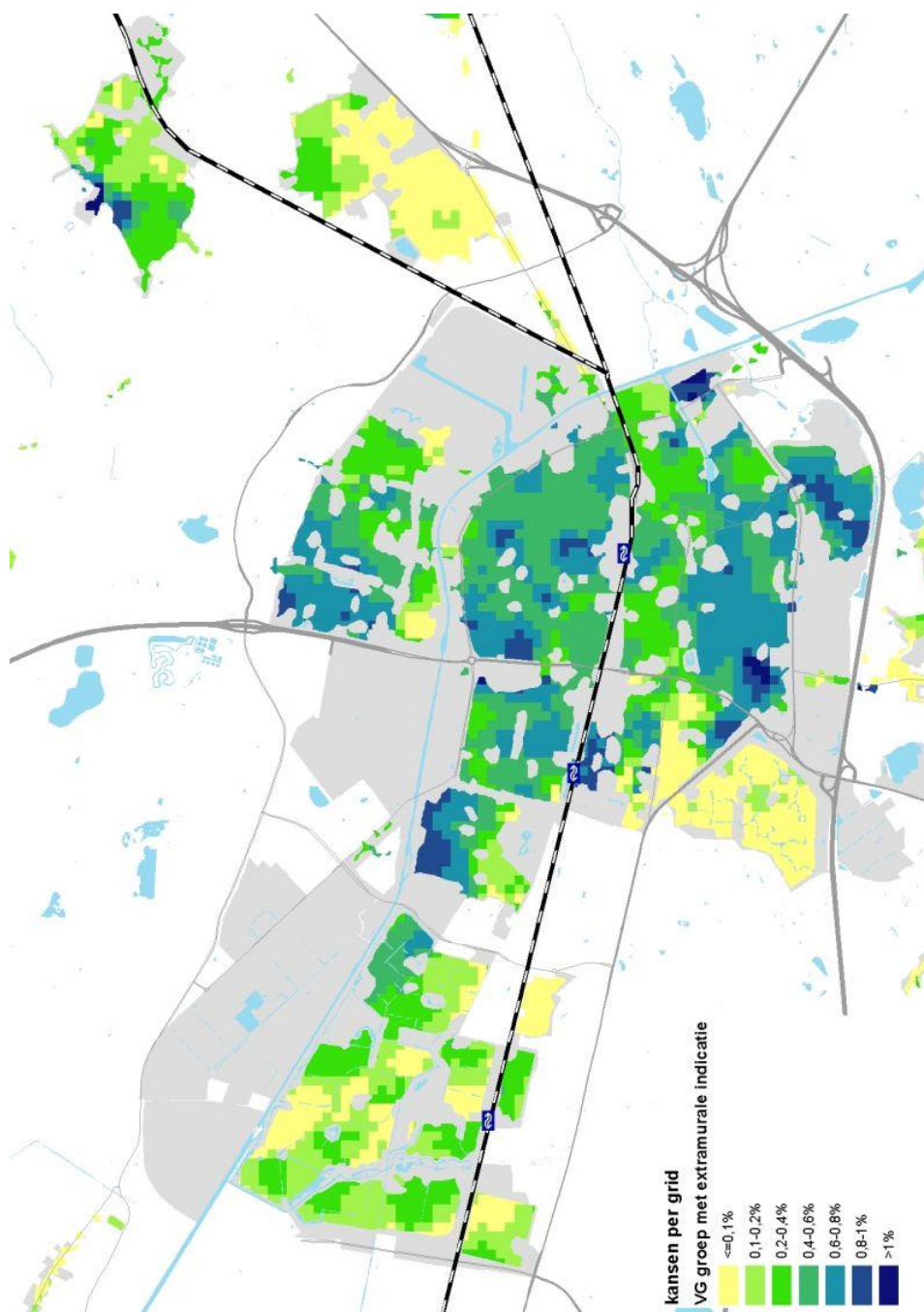
De zelfstandig wonende groep met een VG-indicatie vertoont qua profiel van achtergrondkenmerken vrij veel gelijkens met de groepen met psychische problemen. De verklarende omgevingskenmerken verschillen echter vrij sterk. Bij de VG-groep spelen zaken als stedelijkheid, overlast en dergelijk vrijwel geen rol. All een de groep met een extramurale indicatie (matige problematiek – die vermoedelijk ook het sterkst overlapt met de LVG-groep met matige problematiek – woont vaker in een gebied waar de leefbaarheid minder gunstig is. Voor de groep met een ZZP-indicatie (ernstige problematiek) geldt het omgekeerde. Zij wonen, gecontroleerd voor de andere parameters, vaker in een gebied met een gunstiger leefbaarheid.

De nabijheid van een VG-instelling in de buurt speelt een vrij belangrijke rol in de verklaring van de aanwezigheid van met name de groep met een ZZP-indicatie. Zij wonen dus vaker ook in de directe nabijheid van de instelling. Sociaal-economische parameters zijn over de gehele linie overigens nog wat belangrijker.

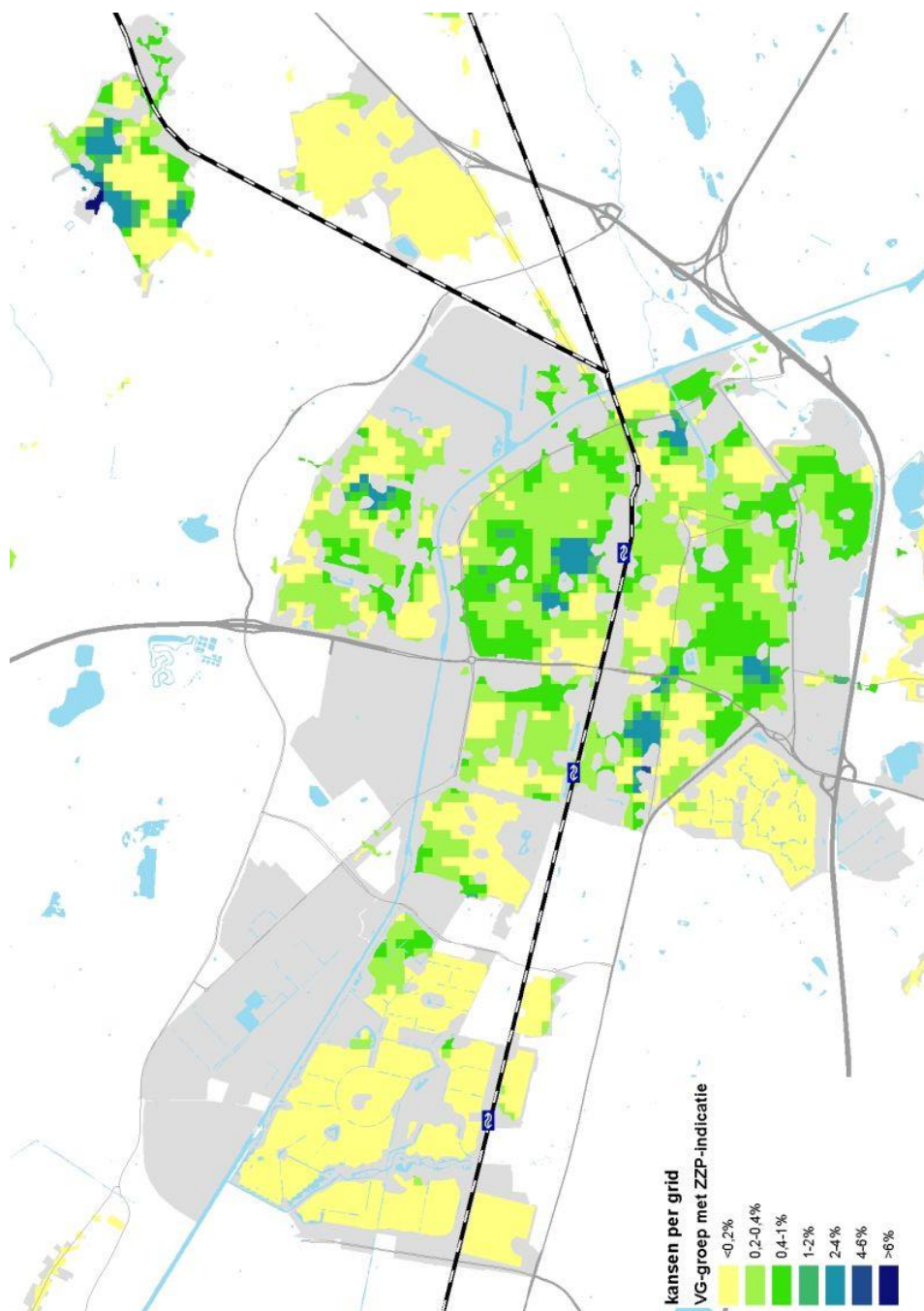
De betrouwbaarheid van de voorspelling van het aantal personen dat tot de eerste groep behoort, komt op buurtniveau uit op 76%. Dat betekent dat ruim de helft van de verschillen intussen buurten door genoemde parameters wordt verklaard. Voor de groep met een intramurale indicatie blijft de verklaarde variantie steken op 28%. Dat komt vermoedelijk doordat de nabijheid van de VG-instelling niet in alle gevallen gepaard gaat met (semi)zelfstandige woningen voor de betreffende groep. Omdat die nabijheid zo'n grote invloed heeft op de voorspelling wordt dus bij elke instelling waar mensen verblijven met een VG indicatie ook 'aangenomen' dat er in de nabijheid zelfstandige woningen voor de betreffende groep zijn en dus geldt een aanzienlijk hogere kans. Als die woningen er niet zijn, is het verschil tussen voorspelling en

werkelijkheid dus groot. Een mogelijkheid om die onnauwkeurigheid te verbeteren is om nader onderscheid in typen instellingen (zonder en met zelfstandige woningen) te maken, bijvoorbeeld op basis van de grootte van de instelling.

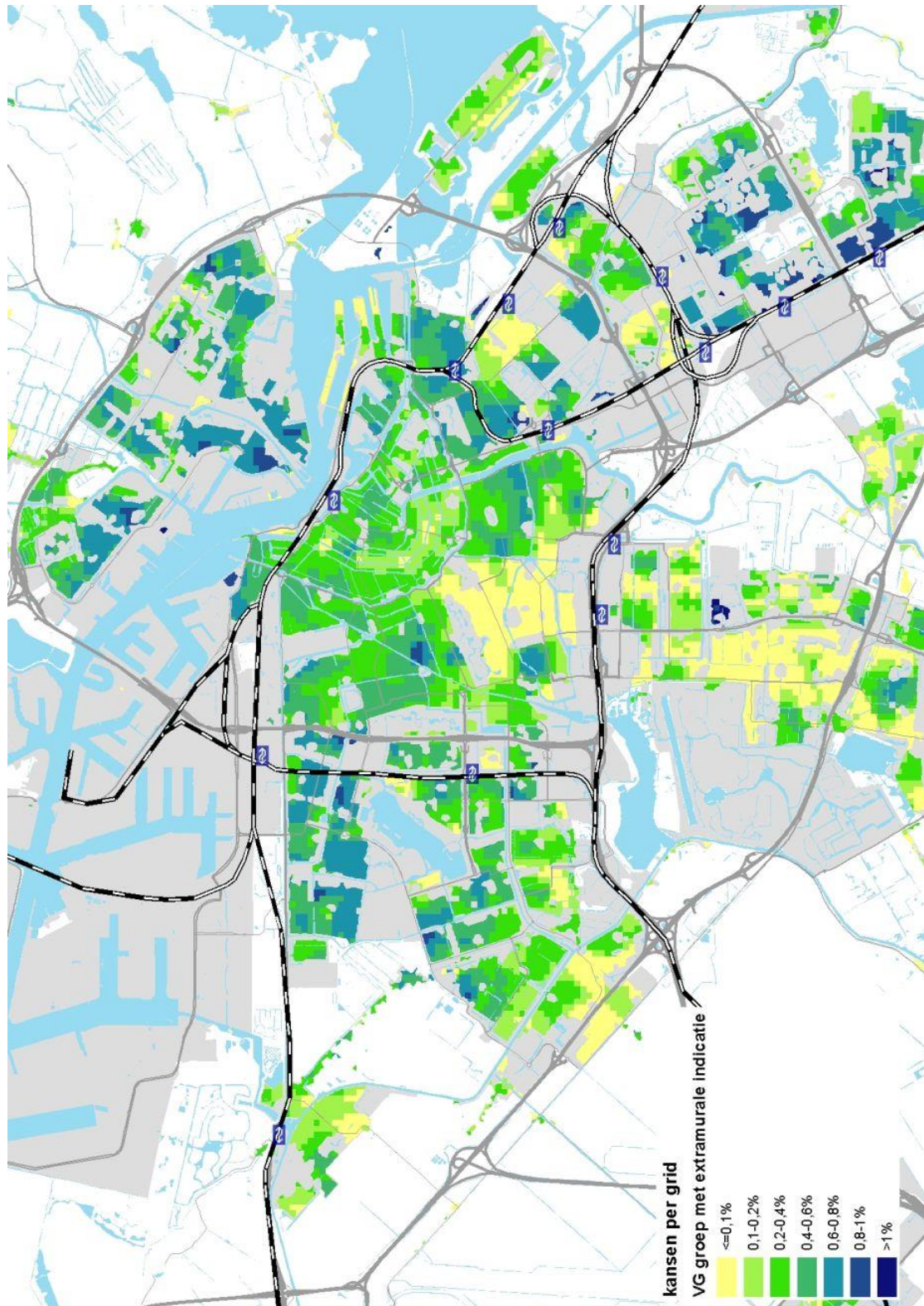
Kaart 9-1 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een extramuraal VG indicatie (matige problematiek) die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden in Tilburg



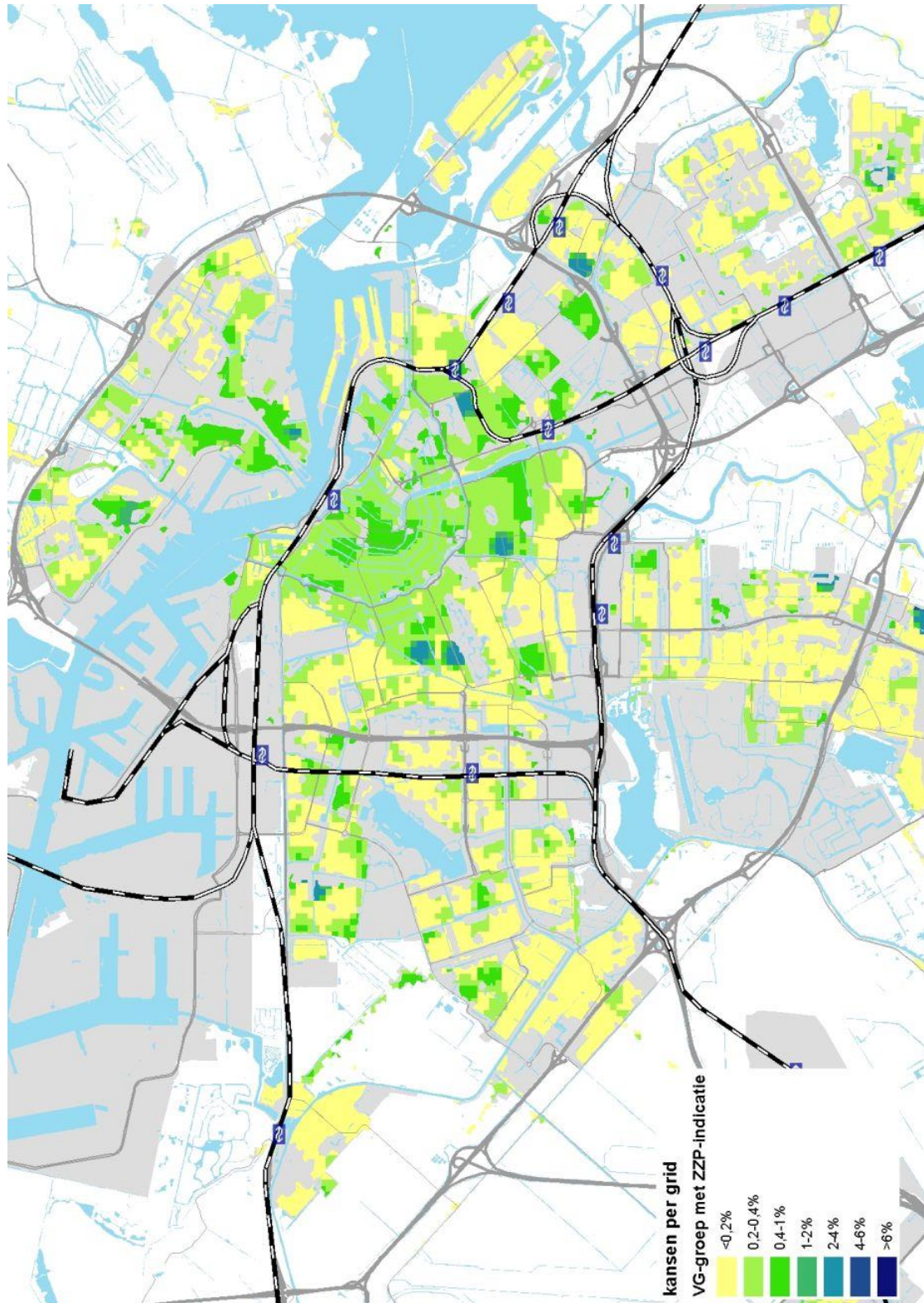
Kaart 9-2 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een intramurale VG indicatie (ernstige problematiek) die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden in Tilburg



Kaart 9-3 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen met een extramurale VG indicatie (matige problematiek) die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden in Amsterdam



Kaart 9-4 Verdeling van (de kans op) mensen met een intramurale VG indicatie (ernstige problematiek) die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden in Amsterdam



10 Mensen met niet-aangeboren hersenletsel

Niet-aangeboren hersenletsel kan door verschillende oorzaken ontstaan. Belangrijke oorzaken zijn een herseninfarct, een ongeluk, een tumor, hartstilstand (zuurstofgebrek), hersenbloeding of operatie. Volgens de Hersenstichting gaat het om een omvangrijke groep met niet/aangeboren hersenletsel in Nederland: 500.000 mensen. Niet aangeboren hersenletsel is niet alleen divers in z'n oorzaken, maar ook in de gevolgen. Bij een deel herstelt het letsel zich en bij anderen ontstaat er blijvend letsel dat zowel lichamelijk, cognitief/emotioneel of een combinatie van beide kan zijn. Ook de mate waarin iemand beperkingen heeft, kan sterk verschillen.

In de deelrapportage 'beperkingenprofielen' zijn vier groepen onderscheiden die op verschillende manieren beperkingen ervaren:

- a) NAH met blijvend letsel op cognitief/emotioneel gebied, zonder lichamelijke beperkingen
- b) NAH met blijvend letsel, uitsluitend lichamelijke beperking
- c) NAH met blijvend letsel, combinatie van beperkingen (matig)
- d) NAH met blijvend letsel, combinatie van beperkingen (ernstig, geen eigen regio mogelijk).

Er is geen landsdekkende registratie beschikbaar van mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Wel kan uit de Gezondheidsmonitor een groep worden geïdentificeerd die 'een beroerte' heeft gehad. Ook kan van die groep worden nagegaan welke beperkingen men ervaart en/of met welke grondslag men is geïndiceerd voor ondersteuning. We onderscheiden op basis daarvan drie groepen:

- a) De totale groep die ooit in het leven een beroerte heeft gehad.
- b) De groep die een beroerte heeft gehad en die (alleen) is geïndiceerd voor ondersteuning op basis van de grondslagen somatiek en/of lichamelijke handicap.
- c) De groep die een beroerte heeft gehad en die (ook) is geïndiceerd op basis van de grondslagen PSY, PG of VG.

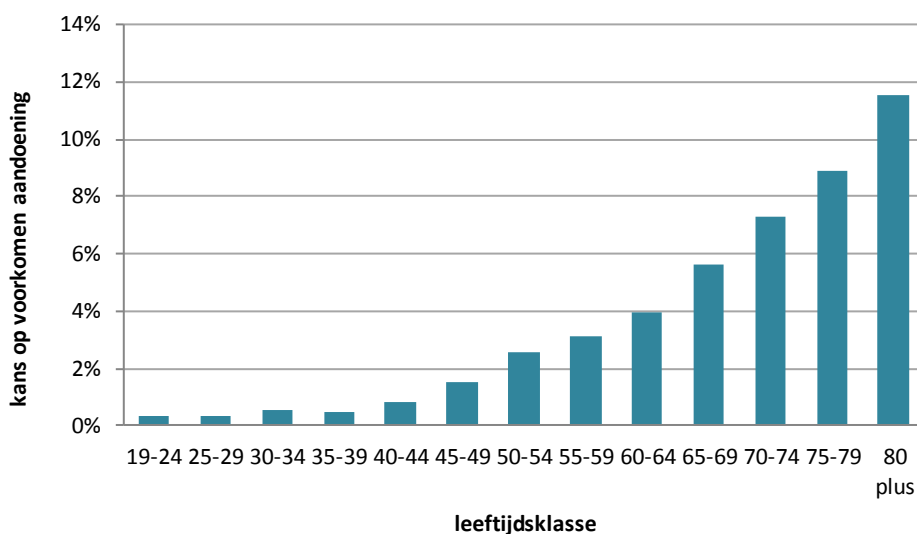
De groep met NAH als gevolg van een beroerte omvat ruwweg de helft van de totale groep NAH. Het is niet aannemelijk dat NAH als gevolg van beroerte representatief is – in termen van de mensen die het treft en waar zij wonen - voor de totale groep NAH. Zo is er een verschil in leeftijd. Traumatisch NAH zal vermoedelijk vaker ontstaan bij jongere mensen en beroertes treffen vooral ouderen. De geografische lokalisering die in dit hoofdstuk wordt uitgewerkt, geldt dan ook niet voor de gehele groep NAH, maar uitsluitend voor de groep die niet-aangeboren hersenletsel heeft als gevolg van een beroerte. Het is waarschijnlijk dat de groep met traumatisch NAH – en dusdanige beperkingen dat ondersteuning nodig was - eerder terug te vinden zal zijn binnen de hiervoor onderscheiden groepen met 'gewoon' lichamelijke beperkingen en of de groep met psychische problemen.

10.1 Mensen die een beroerte hebben gehad

10.1.1 Korte typering

De totale groep mensen die ooit een beroerte heeft gehad betrof in 2012 ongeveer 375.000 mensen op basis van de Gezondheidsmonitor. Zoals aangegeven, is de kans om ooit een beroerte te hebben gehad groter naarmate iemand ouder is. Bijna een op de acht mensen van 80 jaar of ouder heeft ooit een beroerte gehad (Figuur 10-1). Voor mensen tussen de 60 en 65 jaar gaat het om een op de vijfentwintig. Het risico loopt dus sterk op met de leeftijd.

Figuur 10-1 Aandeel mensen dat ooit een beroerte heeft gehad per leeftijdsgroep

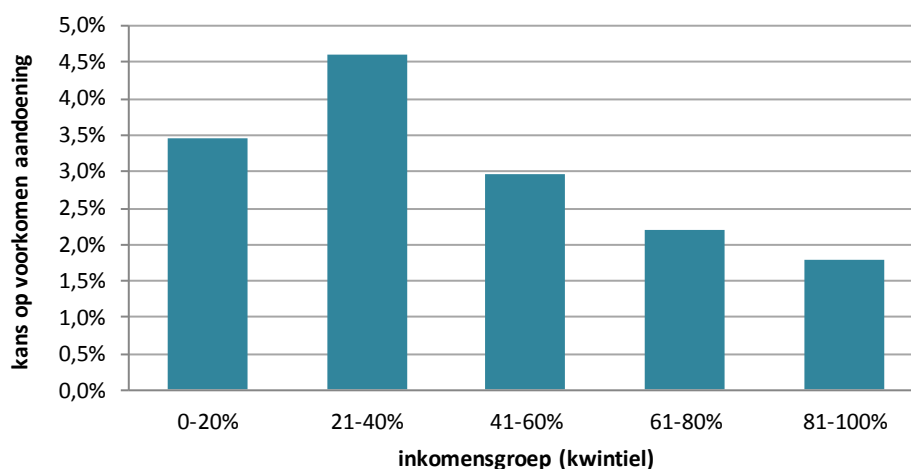


Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Er is een samenhang tussen het ooit hebben gehad van een beroerte en inkomen (Figuur 10-2), maar die is minder sterk dan bij andere aandoeningen en in het bijzonder verbonden met de hogere leeftijd. De oudere groep heeft gemiddeld immers een lager inkomen – en valt in het bijzonder vaak in het tweede inkomenskintiel. Voor mensen in het vierde kwintiel is de kans slechts anderhalf keer kleiner dan in het eerste inkomenskintiel (de laagste inkomensgroep). Gecontroleerd voor leeftijd is de relatie met inkomen vrijwel lineair en neemt de kans op het ooit hebben gehad van een beroerte licht af met het inkomen.

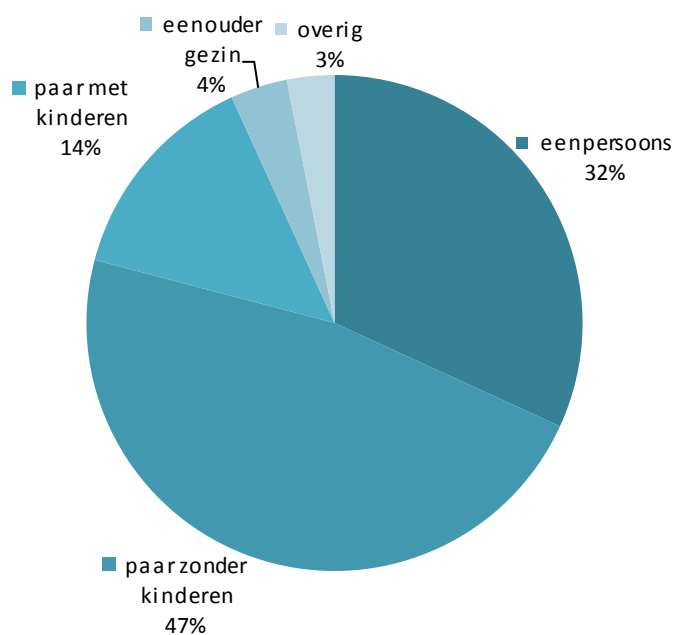
De prevalentie ligt hoger bij mannen dan bij vrouwen. Van de totale groep is 55% man. Maar omdat in de hogere leeftijdsgroepen vrouwen een groter aandeel hebben, ligt de prevalentie van mannen binnen leeftijdsgroepen nog een stuk hoger. Ook anders dan bij veel andere aandoeningen is de samenstelling naar type huishouden. Ruim 60% van de totale groep maakt deel uit van een huishouden mét partner (Figuur 10-3). Een derde vormt een eenpersoonshuishouden.

Figuur 10-2 Aandeel mensen dat ooit een beroerte heeft gehad per inkomensgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

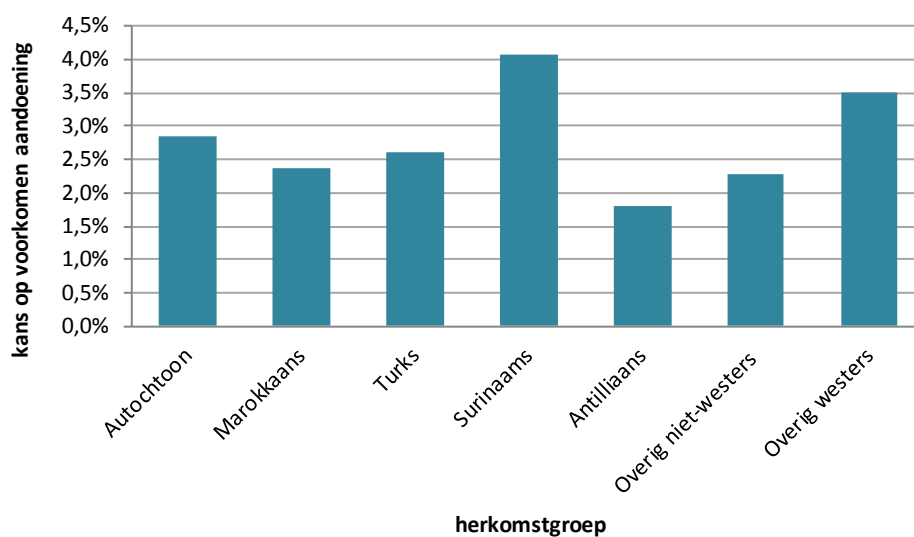
Figuur 10-3 Samenstelling van de groep mensen die ooit een beroerte hebben gehad naar type huishouden waartoe de persoon behoort



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Veruit het grootste deel van de groep (78%) bestaat uit autochtone Nederlanders. De prevalentie verschilt ook niet veel per herkomstgroep. Alleen onder mensen van Surinaamse herkomst en van 'overig westerse' herkomst is er een relatief hoog percentage mensen dat ooit een beroerte heeft gehad (Figuur 10-4).

Figuur 10-4 Aandeel mensen dat ooit een beroerte heeft gehad per herkomstgroep



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Omdat deze groep de totale groep betreft die ooit een beroerte heeft gehad, is het ook niet zo dat al deze mensen hulp en ondersteuning nodig hebben. Ongeveer 60% van de totale groep ervaart de eigen gezondheid als 'minder dan goed'. Vergelijken met andere aandoeningen is dat een beperkt aandeel. Vergelijken met de totale bevolking (23%) is het nog steeds aanzienlijk. Minder dan de helft van deze groep (40%) voelt zich eenzaam (emotionele eenzaamheid) en ongeveer 52% kan als sociaal eenzaam worden getypeerd (feitelijk weinig contacten).

10.1.2 Kans op voorkomen

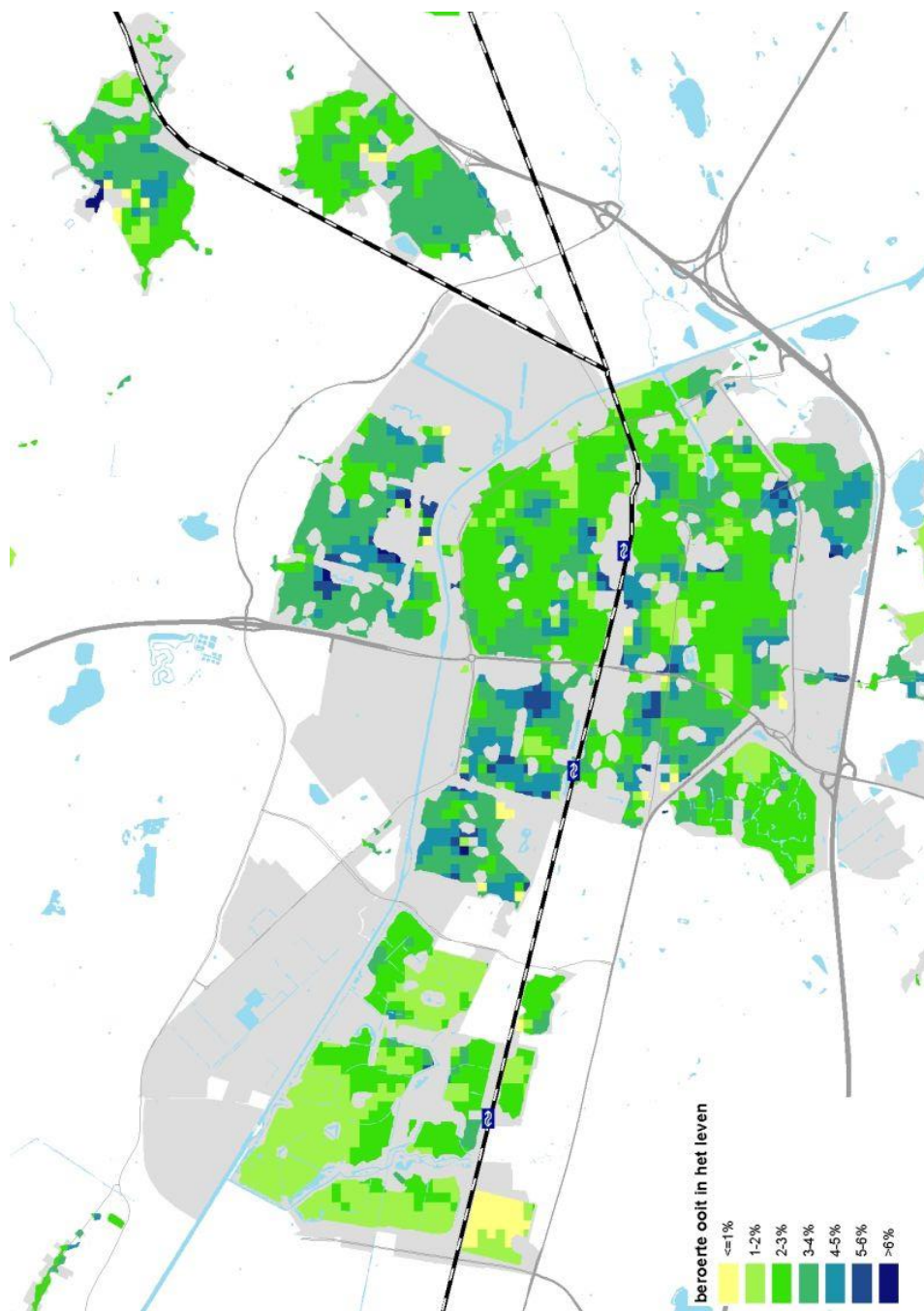
Het vóórkomen in buurten van mensen die ooit een beroerte hebben gehad hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijden
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
herkomst	grotere kans bij mensen van Surinaamse herkomst
aandeel arbeidsongeschikten	grotere kans naarmate ergens meer arbeidsongeschikten wonen
corporatiewoningen	grotere kans naarmate er in een gebied meer corporatiewoningen zijn
overige huur	grotere kans als er in een gebied meer particuliere huurwoningen zijn
aandeel kleine meergezinswoningen van na 1970	grotere kans naarmate in een gebied meer kleine meergezinswoningen van na 1970 voorkomen
aandeel recente woningen	grotere kans als in een gebied meer recent gebouwde woningen zijn
voorzieningsniveau (Leefbaarometer)	grotere kans bij hoger voorzieningsniveau (met name onderwijs en gezondheidsvoorzieningen)

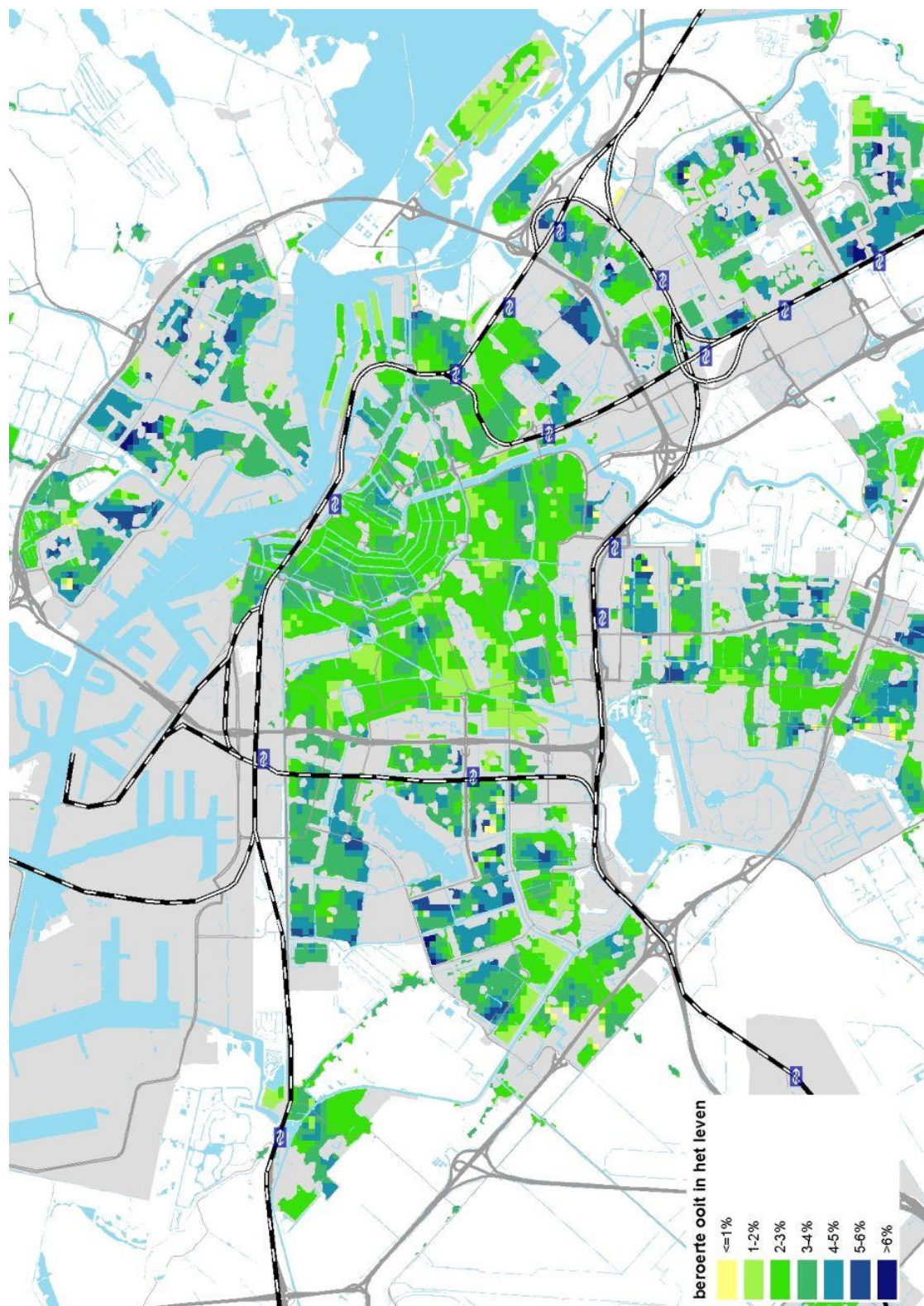
De leeftijdsdimensie heeft het grootste gewicht in de verklaring. De betrouwbaarheid van de voorspelling van het aantal personen dat tot deze groep behoort, komt op

buurtniveau uit op 86%. Dat betekent dat de meeste verschillen tussen buurten door genoemde parameters goed worden verklaard.

Kaart 10-1 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen die (ooit in het leven) een beroerte hebben gehad in Tilburg



Kaart 10-2 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen die (ooit in het leven) een beroerte hebben gehad in Amsterdam

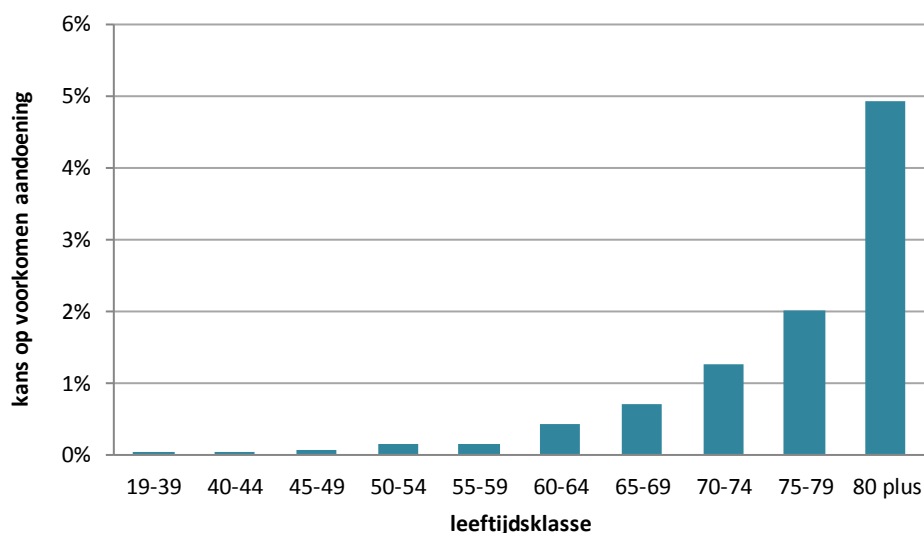


10.2 Beroerte en fysieke problematiek

10.2.1 Korte typering

De groep die ooit een beroerte heeft gehad, deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden en is geïndiceerd op basis van de grondslagen somatiek of LG, is in meerderheid vrouw (en op hoge leeftijd). Driekwart is 70 jaar of ouder. Het gaat om 1 op de twintig (5%) mensen van 80 jaar of ouder. In totaal betrof het in Nederland in 2012 ruim 65.000 personen, oftewel zo'n 18% van de totale groep die in de vorige paragraaf is besproken.

Figuur 10-5 Aandeel mensen dat ooit een beroerte heeft gehad en (alleen) is geïndiceerd met grondslag somatiek of lichamelijke handicap per leeftijdsgroep

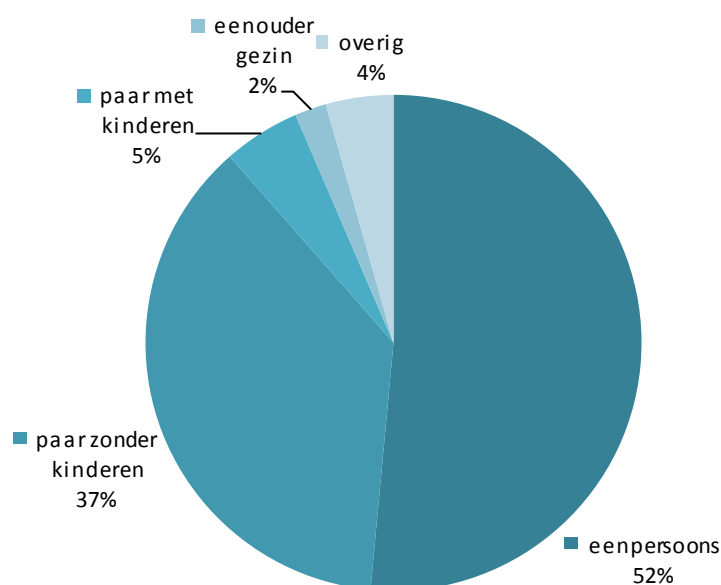


Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

Meer dan de helft van de groep met lichamelijke problematiek bestaat uit eenpersoonshuishoudens en ruim een derde uit paren zonder kinderen in huis (Figuur 10-6). 82% van deze groep heeft een Nederlandse herkomst en 7% is niet-westers allochtoon. Het gaat overwegend om lage inkomens. Ongeveer 60% heeft een inkomen dat behoort tot de landelijk 40% laagste inkomens.

De ervaren gezondheid in deze groep is niet goed. Bijna 80% ervaart de eigen gezondheid als minder dan goed (dus slecht, zeer slecht of 'gaat wel'). Meer dan de helft van deze groep (56%) voelt zich eenzaam (emotionele eenzaamheid) en 55% kan ook als sociaal eenzaam worden getypeerd (feitelijk weinig contacten).

Figuur 10-6 Samenstelling van de groep mensen die ooit een beroerte hebben gehad en zijn geïndiceerd met grondslag somatiek of lichamelijke handicap naar type huishouden waartoe de persoon behoort



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

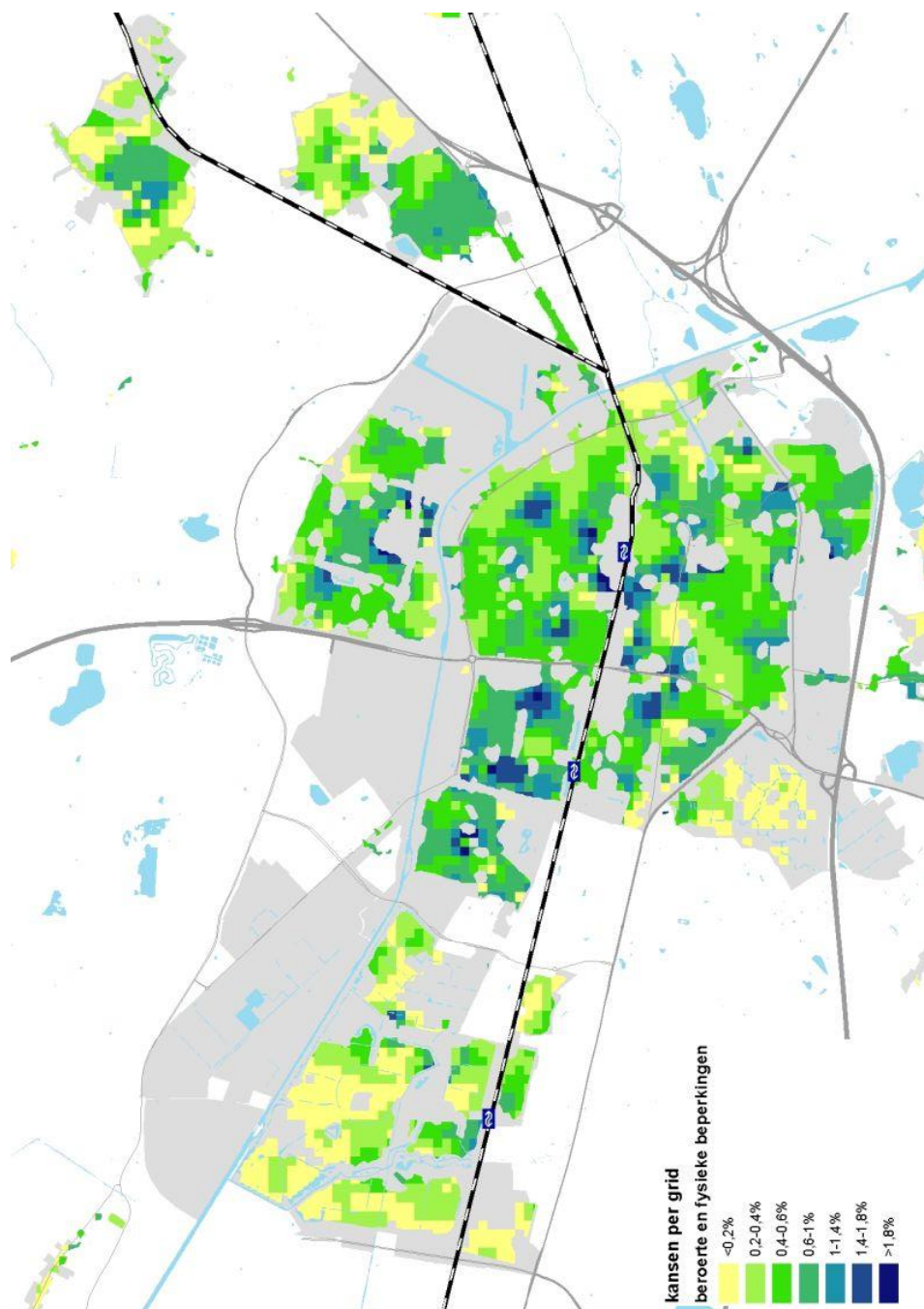
10.2.2 Kans op voorkomen

Het vóórkomen in buurten van mensen die ooit een beroerte hebben gehad en zijn geïndiceerd op basis van de grondslagen somatiek of lichamelijke handicap hangt samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

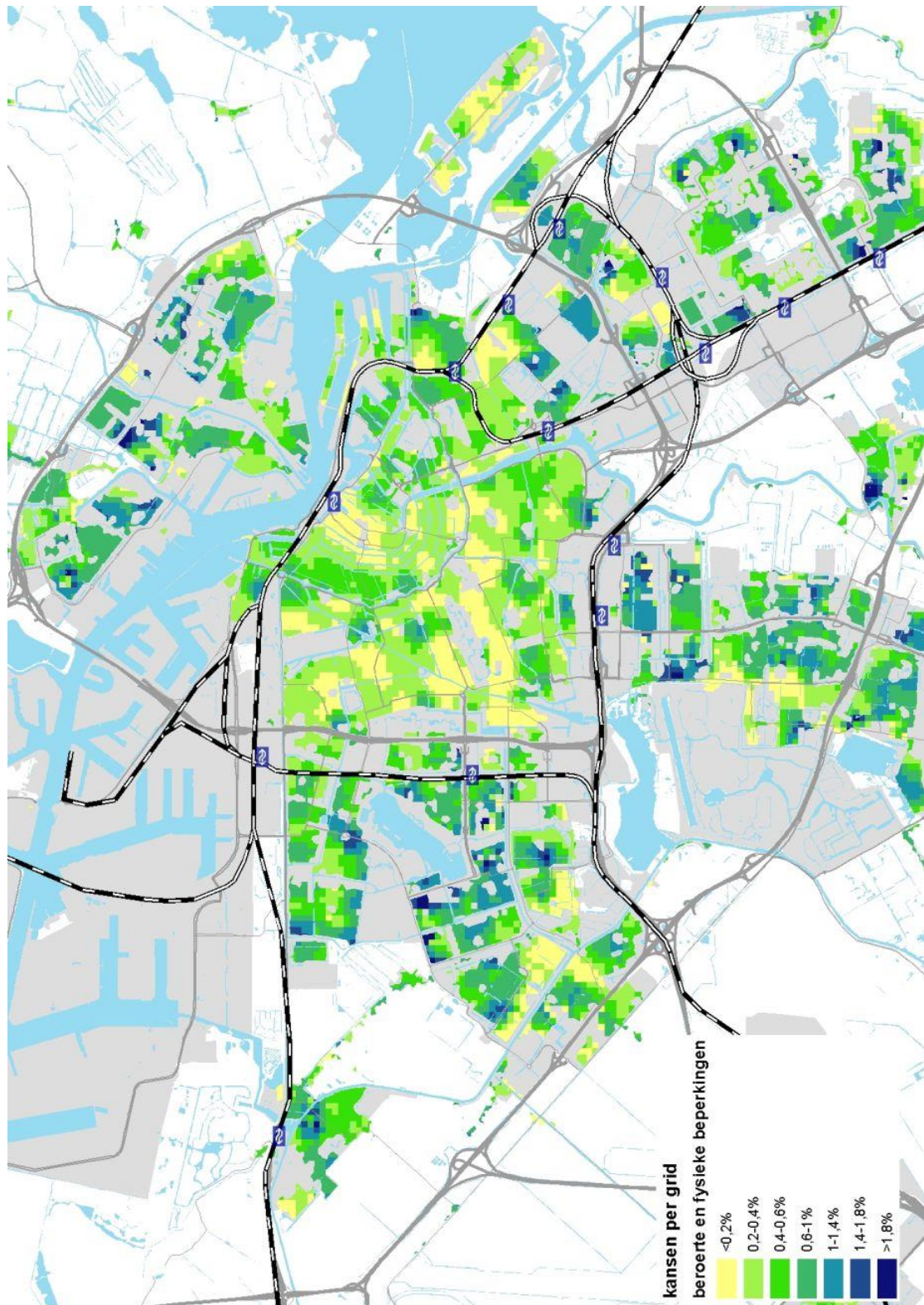
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijden
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
herkomst	grotere kans bij mensen van Surinaamse herkomst
aandeel eenpersoons huishoudens	grotere kans als in een gebied meer alleenstaanden wonen
aandeel kleine meergezinswoningen van na 1970	grotere kans naarmate in een gebied meer kleine meergezinswoningen van na 1970 voorkomen
aandeel recente woningen	grotere kans naarmate in een gebied meer recent gebouwde woningen zijn

De leeftijdsdimensie heeft het grootste gewicht in de verklaring. De betrouwbaarheid van de voorspelling van het aantal personen dat tot deze groep behoort, komt op buurtniveau uit op 57%. Dat betekent dat het grootste deel van de verschillen tussen buurten door genoemde parameters wordt verklaard.

Kaart 10-3 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen die een beroerte hebben gehad en vooral te maken hebben met fysieke problemen in Tilburg



Kaart 10-4 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen die een beroerte hebben gehad en vooral te maken hebben met fysieke problemen in Amsterdam

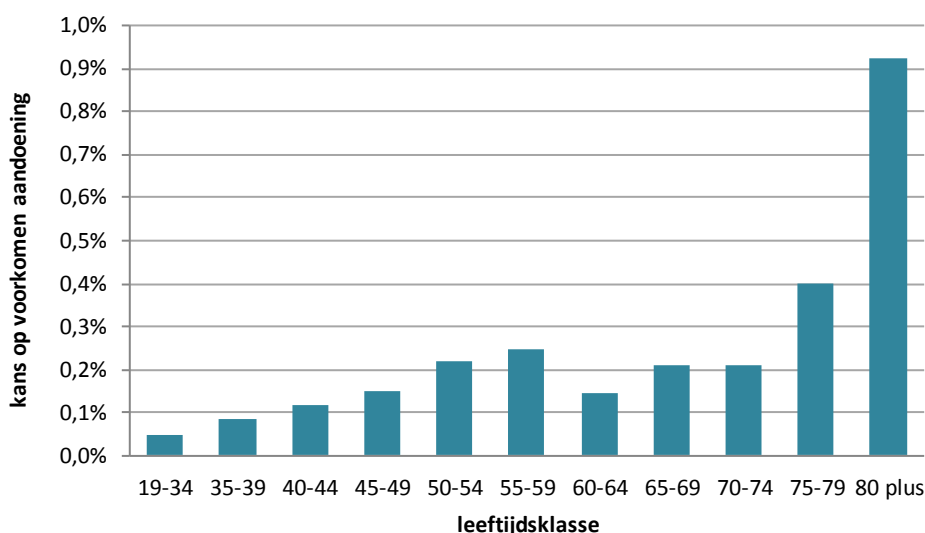


10.3 Beroerte en psychische problematiek

10.3.1 Korte typering

De groep die ooit een beroerte heeft gehad en op psychische grondslag is geïndiceerd is kleiner dan de groep die op somatische grondslag is geïndiceerd. Het ging landelijk in 2012 om zo'n 25.000 mensen. Ook voor deze groep geldt dat de 80-plussers de grootste groep vormen (met 25%), maar dat is toch beduidend minder dan in de groep met een somatische grondslag voor ondersteuning. Bovendien is er een relatief grote prevalentie in de groep tussen de 50 en 60 jaar (Figuur 10-7). Zij maken daarmee 22% uit van de totale groep die ooit een beroerte heeft gehad en een psychiatrische of verstandelijke indicatie heeft.

Figuur 10-7 Aandeel mensen dat ooit een beroerte heeft gehad en is geïndiceerd met grondslag PSY per leeftijdsgroep

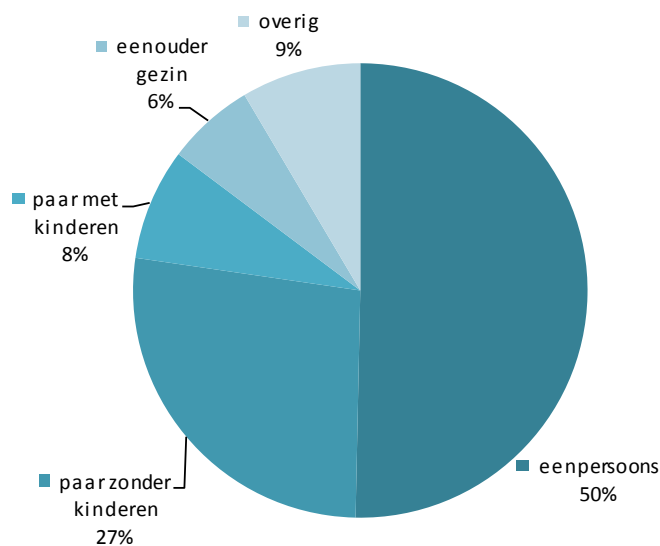


Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

In deze groep zijn meer mannen dan vrouwen te vinden en er zijn relatief veel mensen van niet-westerse herkomst in deze groep. Het gaat overwegend om lage inkomens. Twee derde behoort tot de 40% laagste inkomens. De helft van deze groep zijn alleenstaanden (Figuur 10-8). Ongeveer een kwart bestaat uit een paar zonder kinderen. Vooral het aandeel 'overige huishoudens' ligt vrij hoog (drie keer boven het landelijke aandeel).

Twee derde van deze groep voelt zich eenzaam (emotionele eenzaamheid) en een vergelijkbaar aandeel heeft ook feitelijk weinig sociale contacten (sociale eenzaamheid).

Figuur 10-8 Samenstelling van de groep mensen die ooit een beroerte hebben gehad en zijn geïndiceerd met psychische grondslag naar type huishouden waartoe de persoon behoort



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-SSB/Ciz, bewerking RIGO

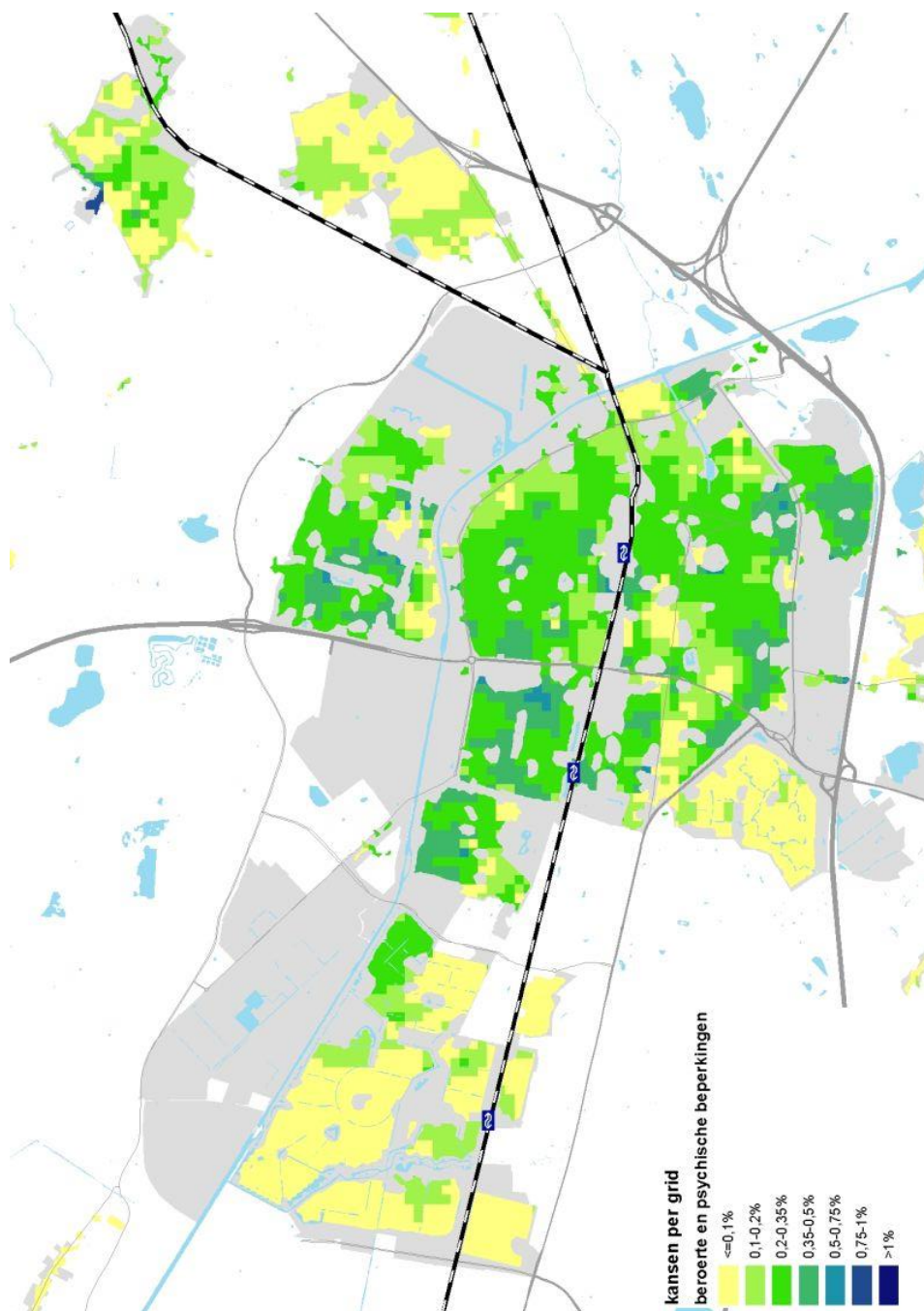
10.3.2 Kans op voorkomen

Het vóórkomen in buurten van mensen die ooit een beroerte hebben gehad en zijn geïndiceerd op basis van psychische grondslag hangt in enige mate samen met de volgende populatie- en omgevingskenmerken:

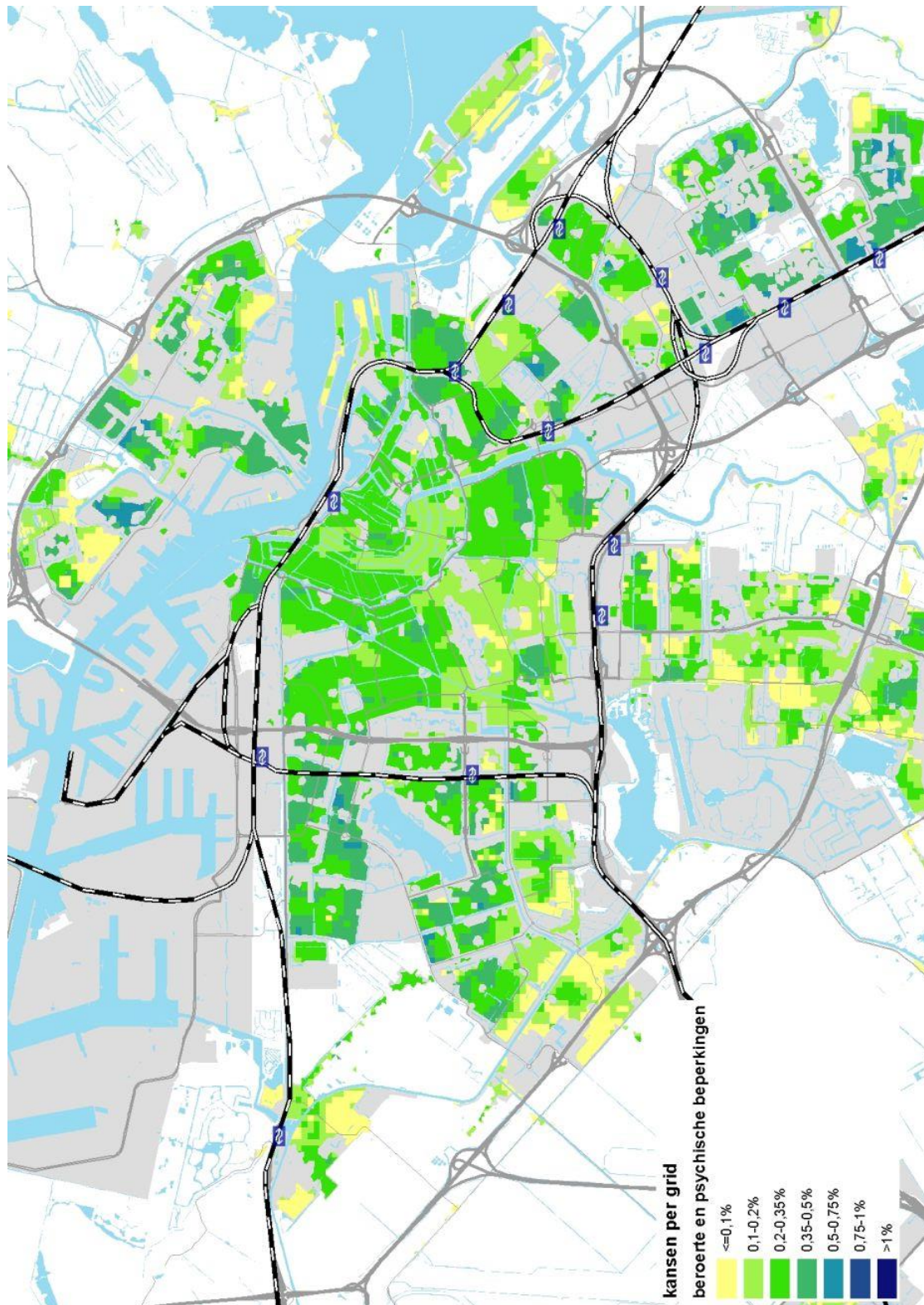
indicator	aard van de relatie
leeftijd	grotere kans bij hogere leeftijden
inkomen	grotere kans bij lagere inkomens
herkomst	grotere kans bij mensen van Turkse en Surinaamse herkomst
aandeel eenpersoons huishoudens	grotere kans als in een gebied meer alleenstaanden wonen
aandeel arbeidsongeschikten	grotere kans als in een gebied meer arbeidsongeschikten wonen

De inkomensdimensie heeft het grootste gewicht in de verklaring. De betrouwbaarheid van de voorspelling van het aantal personen dat tot deze groep behoort, komt op buurtniveau uit op 31%. Dat houdt in dat het niet goed mogelijk is om een precieze inschatting te geven van het voorkomen van deze groep in een gebied. Door rekening te houden met de benoemde indicatoren wordt wel een betere inschatting gegeven dan wanneer het algemene populatiegemiddelde (0,2% van de bevolking van 19 jaar en ouder hoort tot deze groep) zou worden gehanteerd, maar er resteren relevante verschillen tussen buurten die aan toeval of ontbrekende indicatoren moeten worden toegeschreven.

Kaart 10-5 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen die een beroerte hebben gehad en vooral te maken hebben met psychische problemen in Tilburg



Kaart 10-6 Verdeling van (de kans op) het voorkomen van mensen die een beroerte hebben gehad en vooral te maken hebben met psychische problemen in Amsterdam



11 Overlap tussen de groepen

Het komt vrij veel voor dat mensen niet met één maar met meerdere aandoeningen te maken hebben. Dat was al duidelijk bij de somatische aandoeningen, waar de meervoudige somatische problematiek vaker voor bleek te komen dan enkelvoudige aandoeningen. Maar ook andere aandoeningen komen geregeld gezamenlijk voor. Het is belangrijk om daar in het kader van de Woonzorgwijzer voor te corrigeren als verschillende aandoeningen leiden tot dezelfde 'relevante condities' om zelfstandig te kunnen wonen. Als daar geen rekening mee wordt gehouden, ontstaan immers dubbel tellingen.

11.1 Overlap binnen meervoudig somatisch

Binnen de groep meervoudige somatische aandoeningen was de overlap al besproken in paragraaf 3.8. Daarbij werd geconstateerd dat bij een doorrekening naar behoefte aan overeenkomende relevante condities om zelfstandig te kunnen wonen, gemiddeld moet worden uitgegaan van circa 48% van de som van de afzonderlijke groepen met meervoudige somatische aandoeningen. Dat wil zeggen, voor zover de verschillende aandoeningen aanleiding geven tot dezelfde relevante condities.

11.2 Overlap met groepen met beperkt cognitieve vermogens

Ook is al eerder geconstateerd in paragraaf 7.1.2 van de deelrapportage 'beperkingenprofielen – dat een flink deel van de mensen met (matige of ernstige) psychische problemen ook een verminderd cognitief vermogen heeft. Die groep overlapt daar naar schatting voor circa 40-50% mee.

Het is aannemelijk dat er ook voor andere specifieke aandoeningen een relevante overlap is met de groep met verminderd verstandelijke vermogens maar dan in het bijzonder met de groep met lichte (of geen acute) problematiek. De prevalentie van de meeste aandoeningen is namelijk groter in de groep laag opgeleiden dan in de groepen met een midden of hoog opleidingsniveau.

Een indicatie van die overlap kan worden afgeleid uit het aandeel laag opgeleiden binnen de betreffende groepen. Voor de groepen waarvoor dat aandeel kon worden bepaald, wordt dit weergegeven in Tabel 11-1. In die tabel is te zien dat het aandeel laag opgeleiden per groep met specifieke aandoeningen varieert van 18% voor de groep die ooit een beroerte heeft gehad tot meer dan 55% voor de groep slechthorenden die niet-zelfredzaam is. Voor alle groepen is dit aandeel hoger dan het aandeel laag opgeleiden in de populatie van 19 jaar en ouder (dat uitkomt op 8%).

Tabel 11-1 Aandeel laag opgeleiden per groep met specifieke aandoeningen

aandoening	aandeel laag opgeleiden
somatiek - enkelvoudig	24%
somatiek - mv1 (gewrichten e.d.)	27%
somatiek - mv2 (incontinentie)	30%
somatiek - mv3 (hartfalen, COPD)	30%
somatiek - mv4 (hoge bloeddruk, diabetes)	28%
somatiek - mv5 (huidaandoeningen)	29%
LG multiproblematiek	48%
slechtziend - zelfredzaam	32%
slechtziend - met indicatie	42%
slechthorend - zelfredzaam	45%
slechthorend - met indicatie	55%
eigen leed - licht (geen indicatie)	19%
eigen leed - matig	25%
nah - beroerte ooit	18%
nah - lichamenlijk	28%

Bron: Gezondheidsmonitor 2012, bewerking RIGO

11.3 Overlap overige aandoeningen

Van de overige aandoeningen en problematiek is de overlap in beeld gebracht tussen de hoofdgroepen omdat overlap tussen afzonderlijke problematiek/aandoeningen te lage celvulling met zich meebracht om te kunnen verwerken binnen de richtlijnen van het CBS. In Tabel 11-2 wordt per hoofdgroep weergegeven welk aandeel van de mensen met een aandoening in die hoofdgroep ook een of meer andere typen aandoeningen heeft. Dan valt op dat in het bijzonder voor mensen met dementiële problematiek het aandeel dat alleen dementie heeft, beperkt is. Ruim een op de drie mensen met een diagnose dementie heeft daarnaast nog twee of drie andere typen aandoeningen. De overlap met somatische en zintuiglijke aandoeningen is het sterkst. Die grote overlap is ook niet vreemd omdat dementie bij uitstek samenhangt met hogere leeftijden. Daarmee is de kans groter dat *als* er dementie is geconstateerd men ook al een andere aandoening had of die ontwikkelt.

Tabel 11-2 Aandeel enkel- en meervoudige problematiek per hoofdgroep van aandoeningen

	enkelvoudig	tweevoudig	drie/viervoudig	
somatische aandoeningen	64%	28%	8%	100%
zintuiglijke beperkingen	42%	33%	25%	100%
psychisch problematiek	66%	25%	9%	100%
dementie (diagnose)	32%	33%	35%	100%
niet-aangeboren hersenletsel (beroerte)	60%	29%	12%	100%

Bron: Gezondheidsmonitor/Ciz/SSB 2012, bewerking RIGO

Psychische problematiek hangt minder samen met andere aandoeningen – met uitzondering van de samenhang met een verminderd verstandelijk vermogen voor de groep met matige of ernstige problematiek zoals aangegeven in paragraaf 11.2. ‘Slechts’ een kwart van de totale groep met psychische problematiek (inclusief de groep ‘eigen leed’ met lichte problematiek) heeft ook andere aandoeningen.

Welke van deze typen aandoeningen meer of minder met elkaar voorkomen, is weer gegeven in Tabel 11-3. Daarin klinkt door dat aandoeningen die meer voorkomen – zoals chronische somatische aandoeningen – meer voorkomen met andere aandoeningen. Zo is ook voor de groep met psychische problematiek het aandeel dat een chronische somatische aandoening heeft het grootst (29%). Dat is echter wel een stuk minder dan voor mensen met dementie en zintuiglijke beperkingen (respectievelijk, 50% en 46%). Met dementie gaat verder relatief vaak samen dat men ook zintuiglijke problematiek heeft. Met zintuiglijke beperkingen gaat vaak samen dat er sprake is van psychische problematiek.

Tabel 11-3 Multi-morbiditeit van typen aandoeningen/problematiek per hoofdgroep

	somatiek	zintuiglijk	psychisch	dementie	nah
somatische aandoeningen		10%	21%	1%	12%
zintuiglijke beperkingen	46%		28%	3%	11%
psychisch problematiek	29%	9%		1%	6%
dementie (diagnose)	50%	25%	22%		20%
niet-aangeboren hersenletsel (beroerte)	33%	7%	13%	2%	

Bron: Gezondheidsmonitor/Ciz/SSB 2012, bewerking RIGO

11.4 Conclusie

Er is veel overlap in het voorkomen van aandoeningen. Voor een deel komt dat door de sterke samenhang met leeftijd. Maar ook het feit dat het voorkomen van veel aandoeningen samenhangt met lage inkomens en een laag opleidingsniveau zorgt ervoor dat mensen die een grote kans hebben op een aandoening of specifieke problematiek vaak ook een grotere kans hebben op andere aandoeningen of problematiek. Daardoor is er sprake van een relevante concentratie van problematiek bij mensen met een specifiek profiel. Omdat de overlap bekend is, kan daarvoor worden gecontroleerd bij het op gebiedsniveau bepalen van de condities die van belang zijn om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Daarbij gaat het dus om de overlap in relevante condities die voortkomen uit verschillende aandoeningen maar die in een persoon (of huishouden) samenkomen. Omdat die controle per conditie en per combinatie van aandoeningen anders kan uitpakken, is het van belang om de overlap ook precies vast te stellen. Het heeft niet veel zin om dan van benaderingen uit te gaan. Dat zal onderdeel uitmaken van de nadere uitwerking van de relevante condities. Overigens, zolang verschillende aandoeningen aanleiding geven tot verschillende relevante condities, hoeft de overlap vanzelfsprekend niet te worden ‘gerepareerd’.

Bijlage 1. De Leefbaarometer

De Leefbaarometer is een instrument dat in 2008 in opdracht van het toenmalige Ministerie van VROM, directie Wonen, Wijken en Integratie (inmiddels BZK) is ontwikkeld door RIGO en Atlas voor gemeenten.

De Leefbaarometer geeft een inschatting van de leefbaarheid zoals bewoners die ervaren. Het instrument doet dat op basis van allerlei kenmerken van gebieden – zoals criminaliteit en overlast, voorzieningen, woningvoorraad en bevolkingssamenstelling. De kenmerken van gebieden die in de Leefbaarometer zijn opgenomen, zijn niet door de onderzoekers of beleidsmakers uitgekozen. Ze staan in de Leefbaarometer omdat ze verklarend zijn voor verschillen in oordelen die mensen hebben over hun woonomgeving en wat ze ervoor over hebben om daar te wonen.

De kenmerken van gebieden zijn zoveel mogelijk ontleend aan registraties op een zeer laag schaalniveau. Daardoor kunnen verschillen in leefbaarheid gedetailleerd in beeld worden gebracht en is een goede vergelijking mogelijk tussen verschillende gebieden in het land.

Een vernieuwde Leefbaarometer

Met ingang van de meting 2014 is de Leefbaarometer vernieuwd. Met terugwerkende kracht is dat ook voor 2012 gedaan. We noemen deze vernieuwde versie de Leefbaarometer 2.0.

De belangrijkste veranderingen in de Leefbaarometer 2.0 zijn:

- Er zijn indicatoren toegevoegd die eerder niet beschikbaar waren.
- Er zijn bronnen gewijzigd omdat de tijdreeks met de oorspronkelijke bronnen niet meer kon worden voortgezet.
- De methoden van modelschatting zijn aangepast om:
 - meer nadruk te leggen op verschillen binnen regio's, en
 - om minder nadruk te leggen op bevolkingskenmerken die samenhangen met de inkomensverschillen van bewoners. De reden daarvoor is de onduidelijke causale relatie tussen bevolkingskenmerken en leefbaarheidsverschillen. Immers, inkomensverschillen tussen leefbare en minder leefbare buurten zijn ook de resultante van selectieve migratie. Verschillen in inkomen zijn dan het gevolg van verschillen in leefbaarheid in plaats van dat ze bijdragen aan die leefbaarheidsverschillen.

De verklaringskracht van de Leefbaarometer 2.0 is door deze aanpassingen beter dan die van de oorspronkelijke versie.

Trendbreuk

Door de veranderingen zijn er verschillen tussen de uitkomsten van de oorspronkelijke Leefbaarometer en de Leefbaarometer 2.0. Het belangrijkste verschil is dat de leefbaarheid in veel steden met het nieuwe model wat positiever wordt ingeschat en de leefbaarheid in de meer landelijke gebieden wat minder positief. Gemiddeld genomen is de leefbaarheid in het landelijk gebied overigens nog steeds goed te noemen, maar er is wel een verschil met de oorspronkelijke Leefbaarometer.

Ondanks de verschillen zijn de uitkomsten van de Leefbaarometer 2.0 vergelijkbaar met die van de oorspronkelijke Leefbaarometer. Dat zou ook moeten, want het gaat nog steeds over hetzelfde onderwerp: leefbaarheid vanuit het perspectief van de bewoners. Voor de beschrijving van de ontwikkelingen vanaf 2012 wordt in deze rapportage gebruikgemaakt van de Leefbaarometer 2.0. De ontwikkelingen van vóór 2012 zijn gebaseerd op de oorspronkelijke Leefbaarometer. De ontwikkelingen waarover in het verleden is gerapporteerd (tot 2012), zijn dus nog steeds dezelfde. De standgegevens kunnen wel wat anders zijn omdat is teruggerekend vanaf de meting met de Leefbaarometer 2.0 in 2012.

Van clusters naar grids

Er zijn ook nog enkele cosmetische verschillen tussen de oorspronkelijke Leefbaarometer en de Leefbaarometer 2.0. In plaats van clusters (waarin combinaties van specifieke 6-positie-postcodegebieden met dezelfde leefbaarheidsscore werden gemaakt), worden de kaarten van de Leefbaarometer 2.0 gepresenteerd in de vorm van vierkantjes van 100 x 100 meter (grids). Met de nieuwe wijze van presenteren wordt benadrukt dat het gaat om een modeluitkomst en ruimtelijke gemiddelden en niet om bijvoorbeeld een enquêteresultaat op postcodeniveau.

Meer klassen en andere namen

In de Leefbaarometer 2.0 worden méér klassen onderscheiden om een genuanceerder onderscheid te kunnen maken tussen de gebieden en hoe ze zich ontwikkelen. De klassen zijn geïkt op basis van de oordelen van bewoners uit het WoonOnderzoek Nederland (WoON) 2012 van het Ministerie van BZK – een landsdekkende enquête onder bijna 70.000 mensen. De verdeling van Leefbaarometerscores in 2012 komt daardoor overeen met de verdeling van oordelen van bewoners uit dat onderzoek. Ook is de naamgeving van de klassen veranderd. We houden nu de benaming aan zoals die ook bij rapportcijfers wordt gebruikt: van zeer onvoldoende tot uitstekend. En tot slot zijn de dimensies aangepast.

Honderd indicatoren op vijf dimensies

De Leefbaarometer 2.0 is samengesteld uit circa honderd indicatoren. Die honderd indicatoren zijn onderverdeeld in vijf dimensies:

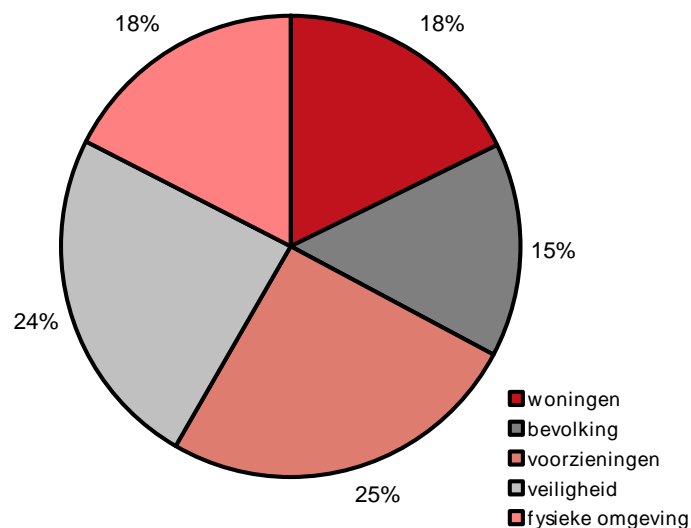
1. Woningen
2. Bewoners
3. Voorzieningen
4. Veiligheid
5. Fysieke omgeving

Die categorisering is voldoende onderscheidend om zeggingskracht te hebben, maar bevat ook voldoende indicatoren om te voorkomen dat meetfouten of incidentele ontwikkelingen het beeld

overheersen en/of bepaalde indicatoren erg overheersen en stigmatiserend kunnen werken. Dat is van belang aangezien de Leefbaarometer geen causale relaties aangeeft. De volgende grafiek laat zien wat het gewicht is van de verschillende dimensies in de Leefbaarometer 2.0. Dat gewicht is bepaald op basis van de gecombineerde coëfficiënten uit de twee modellen die ten grondslag liggen aan de Leefbaarometer.⁹ Dan blijkt dat de dimensie Voorzieningen het zwaarst weegt in de Leefbaarometer 2.0, gevolgd door de dimensies Veiligheid, Woningen, Fysieke omgeving¹⁰ en Bewoners.

Wat verder opvalt, is dat de wegingen van de verschillende dimensies qua orde van grootte behoorlijk bij elkaar in de buurt komen en er niet één dimensie is aan te wijzen die overheersend is. Dat geldt ook voor veel indicatoren binnen die dimensies. Wat verder opvalt, is dat de dimensie Bewoners minder gewicht heeft dan in de oorspronkelijke Leefbaarometer. Dat komt door de betere theoretische onderbouwing en de meer geavanceerde analysemethodes die voor de ontwikkeling van Leefbaarometer 2.0 zijn gebruikt.

Figuur. Gewicht per dimensie in de Leefbaarometer 2.0



Voor een overzicht van alle indicatoren en meer achtergronden met betrekking tot de wijze waarop de Leefbaarometer 2.0 is ontwikkeld, verwijzen we naar de rapportage 'Leefbaarometer 2.0: instrumentontwikkeling' die kan worden gedownload op www.leefbaarometer.nl.

⁹ Leidelmeijer, K., G. Marlet e.a., (2015). Leefbaarometer 2.0: Instrumentontwikkeling, RIGO, Atlas voor Gemeenten en Stichting In Facti o.v. Ministerie van BZK.

¹⁰ Hoewel niet zichtbaar in de grafiek, is de weging van de dimensie Woningen net iets groter dan die van de dimensie Fysieke omgeving.

Bijlage 2. Grids en 200 meter stralen

Grids

Het laagste schaalniveau waarop kansen worden gepresenteerd, bestaat uit grids (vierkantjes) van 100 x 100 meter. De grids zijn doorsneden met de vorm van het woongebied om recht te doen aan de werkelijke grenzen in een stad of dorp. Daardoor blijven bijvoorbeeld parken of de grens met het omliggende weiland herkenbaar. Dat betekent ook dat er aan de randen van het woongebied deeltjes van grids overblijven, aangezien ze doorsneden zijn.

De gridscores zijn geconstrueerd op basis van 6ppc-scores. 6ppc-gebieden lopen echter dwars door de grids heen. Daarom zijn de gebieden op basis van het woningaantal onderverdeeld en vervolgens is het naar bewonersaantal gewogen gemiddelde van de (delen) van 6ppc-gebieden binnen zo'n grid berekend. Een postcode die slechts een klein deel van zo'n grid uitmaakt telt hierdoor maar een klein beetje mee in de berekening van de leefbaarheid van zo'n grid.

Vanwege privacy- en stigmatiseringoverwegingen worden niet alle grids afgebeeld. Alleen grids waarvan de postcodes waaruit ze bestaan opgeteld minimaal 100 inwoners binnen 200 meter hebben, worden meegenomen. Daarvoor is voor iedere postcode berekend hoeveel bewoners er in een straal van 200 meter wonen en dit aantal is voor alle postcodes in het grid gesommeerd. Daardoor worden vooral grids in het landelijk gebied die slechts uit een paar woningen bestaan verwijderd.

200 meter stralen

Om te komen van 6ppc-informatie naar 200-meter stralen wordt, uitgaande van een specifiek 6-ppc-gebied (de 'kern-ppc'), niet alleen gekeken naar de waarde van dat 6-ppc-gebied, maar naar de aanwezigheid van kenmerken in 6-ppc-gebieden die binnen een te specificeren afstand (of straal) liggen van de kern-ppc.

Deze methode heeft verschillende voordelen:

- De methode maakt het mogelijk om op een laag schaalniveau te analyseren met voldoende celvulling.
- Door over een groter gebied te aggregeren dan alleen de betreffende postcode van een respondent
 - ontstaat een stabielere indicator (6-ppc-gebieden zijn vaak zo klein dat toeval een te grote rol speelt).
 - kunnen meer indicatoren worden verkend (die op 6-ppc-niveau uit privacy-overwegingen niet kunnen worden gehanteerd).
- Er kan beter dan bij één op één koppeling van postcodes een aansluiting worden gemaakt tussen subjectieve indicatoren en objectieve omgevingsindicatoren. Voor de bewoner maakt het niet uit of een voorziening in een ander postcodegebied ligt; het gaat erom of het 'in de buurt' is of niet. Per indicator kan de relevante afstand verschillen. Er is geen a-

lyseerd met afstanden van vijftig, honderd, tweehonderd en duizend meter. De 'straal' van tweehonderd meter blijkt vaak de beste 'fit' te geven met oordelen van bewoners.

Voorbeeld: Aandeel rijwoningen

Voor zowel alle woningen als rijwoningen zijn de aantallen per 6-ppc-gebied bekend. Voor elke 'kern-ppc' wordt vervolgens gekeken welke postcodes in een straal van bijvoorbeeld 100 meter zijn gelegen.

Voor al deze postcodes wordt het aantal woningen totaal en het aantal rijwoningen opgeteld waarna de verhouding wordt berekend. Als postcode c de kern-ppc is, leidt dat voor de straal van 100 meter tot een aandeel van twintig procent. Voor de kern-ppc zelf is dat veertig procent.

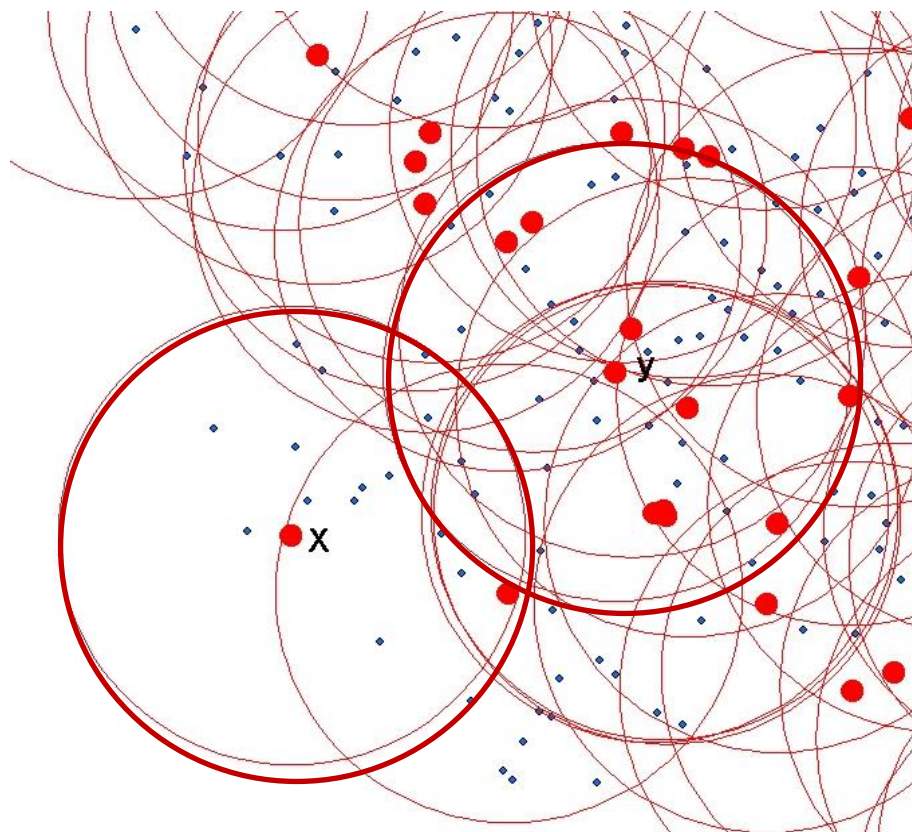
Met deze stralen worden ook dichtheidsmaten uitgerekend. In onderstaand voorbeeld is de woningdichtheid negentig woningen binnen een straal van 100 meter. Dit komt neer op een bruto woningdichtheid van: $90 / (\pi * 1^2) = 30 \text{ wo/ha}$.

Voorbeeldberekening aantal woningen en winkels in een straal van 100 meter rond een kern-ppc

	<i>Postcodes in straal van 100 meter</i>	<i>Aantal woningen in postcode</i>	<i>Aantal winkels in postcode</i>
kern-ppc	Postcode a	20	5
	Postcode b	10	2
	Postcode c	20	8
	Postcode d	10	0
	Postcode e	30	3
Totaal in straal rond respondent x:		90	18

In landelijke gebieden kan het aantal 6-ppc-gebieden binnen een straal van 200 meter vaak beperkt zijn. In stedelijke gebieden kunnen het er juist zeer veel zijn. In navolgende figuur wordt een voorbeeld gegeven van de wijze waarop voor specifieke respondenten een koppeling wordt gemaakt met de 6-ppc-gebieden in een straal van 200 meter. Voor de twee respondenten X en Y kan dan worden gezien dat hun kern-ppc niet bij elkaar in de 200 meter cirkel ligt, maar dat ze wel een aantal (N=4) tussenliggende 6-ppc-gebieden delen (waar de stralen overlappen). Verder wordt ook duidelijk dat de straal rond respondent X overlapt met minder 6-ppc-gebieden dan de straal rond respondent Y. Voor deze twee respondenten ziet hun omgeving er dus waarschijnlijk zeer anders uit, ondanks dat ze waarden delen.

Respondenten (rood) en de postcodes die gelegen zijn binnen een straal van 200 meter (blauw); uitgelicht voor respondenten X en Y (dikkere cirkels)



Bijlage 3. Kaartbeelden buurniveau

