

# *Kwetsbare ouderen in tel*

De balans tussen lokale zorgvraag  
en lokale ondersteuning

## *Kenniscabier*

Fabian Dekker  
Monique Stavenuiter  
Bas Tierolf

# Kwetsbare ouderen in tel

*De balans tussen lokale zorgvraag en  
lokale ondersteuning*

Fabian Dekker  
Monique Stavenuiter  
Bas Tierolf

Januari 2012



# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Inleiding: een vergrijzende samenleving	5
1.2	Leeswijzer	6
<b>2</b>	<b>Kwetsbare ouderen: begripsverheldering en algemene indrukken</b>	<b>7</b>
2.1	Inleiding	7
2.2	Definiëring	8
2.3	Inzicht in drie verschillende domeinen	12
2.4	Conclusie	24
<b>3</b>	<b>Kwetsbare ouderen: lokale databronnen</b>	<b>27</b>
3.1	Enkele lokale indrukken	27
3.2	Het vervolg	31
<b>4</b>	<b>Uitkomsten expertmeeting</b>	<b>33</b>
4.1	Inleiding	33
<b>5</b>	<b>Kwetsbare ouderen en lokale ondersteuning</b>	<b>37</b>
5.1	Inleiding	37
5.2	Methode en operationalisering	39
5.3	Resultaten	41
5.4	Conclusie	51
<b>6</b>	<b>Conclusie</b>	<b>55</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>57</b>
	<b>Bijlagen:</b>	
1.	Overzicht tabellen en figuren	59
2.	Percentages per indicator, per gemeente (65-plussers)	61
3.	Balansscores, per gemeente (65-plussers)	73
4.	Balansscores, per gemeente (75-plussers)	81



# *1 Inleiding*

## *1.1 Inleiding: een vergrijzende samenleving*

De vergrijzing van de Nederlandse (beroeps)bevolking is een belangrijk maatschappelijk proces. Niet alleen heeft de vergrijzing gevolgen voor de participatie op de arbeidsmarkt, maar ook voor de betaalbaarheid van collectieve regelingen als de Algemene Ouderdomswet (AOW) en zorg- en woonvoorzieningen. De verwachting is dat met de vergrijzing de zorgbehoefte zal toenemen.

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 hebben de gemeenten de plicht gekregen om kwetsbare groepen in de samenleving te ondersteunen, zodat deze kunnen participeren in de maatschappij. Dit is vastgelegd in het zogenaamde compensatiebeginsel. Zo ondersteunt de Wmo de groep kwetsbare ouderen, die in deze studie centraal staat, door hulp bij het huishouden of door professionele verzorging en/of verpleging vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Hiervoor zijn de regionale zorgkantoren verantwoordelijk. De verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de (preventieve) gezondheidszorg voor risicogroepen als ouderen is met de komst van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) alleen maar toegenomen.

In al deze gevallen zijn de lokale omvang en de zorgvraag van kwetsbare ouderen relevant om het (toekomstige) gemeentelijke ouderenbeleid (vraag)gerichter vorm te geven. Op landelijk niveau zijn al verschillende indicatoren voorhanden om de zorgbehoefte van ouderen in beeld te krijgen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld de verschillende ouderenrapportages van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Lokaal is dit vooralsnog een heel ander verhaal.<sup>2</sup> Dit onderzoek probeert op verschillende analyseniveaus (landelijk en lokaal) de omvang van de groep kwetsbare ouderen in kaart te brengen. Het voornaamste doel van het onderzoek is een lacune in kennis op te vullen. We maken gebruik van de op dit moment bestaande en toegankelijke databases. In de studie is tevens nagegaan in hoeverre het zogenoemde risico op kwetsbaarheid in een gemeente samenhangt met het lokale zorggebruik. Dit is het tweede doel van ons onderzoek.

## 1.2 Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. In het tweede hoofdstuk staat de definiëring van het begrip kwetsbare oudere centraal. Ook geven we een landelijk overzicht van de huidige stand van zaken rond de (trends in) omvang en zorgvraag van deze groep. In het derde deel leggen we uit welke lokale databronnen en indicatoren voorhanden zijn om de groep in beeld te krijgen. Tijdens een expertmeeting leggen we onze bevindingen vervolgens voor aan een groep van deskundigen. Op basis van de uitkomsten van deze bijeenkomst geven we een definitieve aanzet om te komen tot een inschatting van de groep kwetsbare ouderen op lokaal niveau, in het bijzonder in relatie tot het lokale voorzieningenniveau. Het gaat dan om de definitieve selectie van indicatoren. Onze belangrijkste bevindingen staan samengevat in het vijfde, afsluitende, deel van deze rapportage.

---

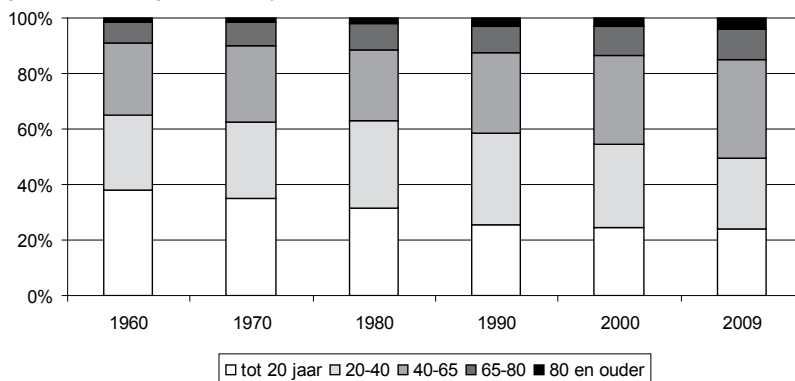
2 Een van de schaarse voorbeelden van lokale data betreft de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) van het onderzoeksinstituut NIVEL. Vanuit de bevolkingskenmerken per gemeente wordt de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg geschat voor het jaar 2013 (<http://www.nivel.nl/vaam>). Een ander voorbeeld betreft de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid Ouderen, die GGD'en en thuiszorginstellingen uitvoeren ([www.http://www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl)). Uit gesprekken met verschillende contactpersonen blijkt echter dat lokale gegevens vooralsnog niet beschikbaar zijn.

## 2 *Kwetsbare ouderen: begripsverheldering en algemene indrukken*

### 2.1 *Inleiding*

De leeftijdsamenstelling van de Nederlandse bevolking verandert drastisch (zie figuur 1). Op 1 januari 2010 telt Nederland al meer dan 2,5 miljoen personen van 65 jaar en ouder, oftewel 15,3% van de bevolking (bron: CBS Statline). Het hoogtepunt van de vergrijzing wordt verwacht in 2038, wanneer de zogenaamde grijze golf (de verhouding tussen 65-plussers en de werkzame bevolking) oploopt van 23% in 2006 naar 47% in 2038 (Garssen en Van Duin, 2007).<sup>3</sup>

Figuur 1 Bevolking naar leeftijd, 1960-2009 (in %). Bron: CBS Statline.



We worden steeds ouder in Nederland. Vooral de verbetering van de volksgezondheid heeft geleid tot een gemiddelde levensverwachting voor

<sup>3</sup> Garssen, J. en Van Duin, C. (2007). Grijze druk zal verdubbelen. Sociaaleconomische trends, 2e kwartaal 2007. Den Haag: CBS.



mannen van 79,6 jaar en 82,2 jaar voor vrouwen in 2050.<sup>4</sup> Op dit moment bedraagt de gemiddelde levensverwachting in Nederland 80,1 jaar.<sup>5</sup> Knipscheer (2006: 3)<sup>6</sup> concludeert in zijn afscheidsrede dan ook dat 'ouderen niet langer oud zijn' maar nog vitaal in het leven staan. Ouderdom krijgt hierdoor steeds een andere sociale betekenis.

Er bestaat voor het concept oudere, en in het bijzonder kwetsbare oudere, geen eenduidige definiëring. Het begrip oudere hangt traditioneel weliswaar samen met de kalenderleeftijd, maar hoe bepalen we de leeftijdsgrenzen (vgl. De Boer, 2006)?<sup>7</sup> De ondergrens van 55 jaar en ouder - die jarenlang door de overheid in haar beleid is aangehouden - lijkt te zijn achterhaald. Verder kunnen we ons afvragen wanneer iemand als 'kwetsbaar' is te beschouwen (vgl. Hogan et al., 2003).<sup>8</sup> Met welke indicatoren is dit te beoordelen? Richten we de blik op het domein gezondheid, huisvesting of inkomen? Kortom, wat verstaan we precies onder een containerbegrip als 'kwetsbare' oudere (vgl. Gobbens et al., 2007)<sup>9</sup> en welke trends in de ontwikkeling zijn te ontdekken? Om deze vragen te beantwoorden behandelen we achtereenvolgens in de volgende paragrafen:

- Hoe kunnen we kwetsbare ouderen definiëren?
- Welke ontwikkelingen doen zich voor in omvang en op welk domein?
- Welke toekomstbeelden zijn er in de literatuur bekend rond de zorgvraag van kwetsbare ouderen?

## 2.2 *Definiëring*

Een mogelijke manier om de groep kwetsbare ouderen in beeld te krijgen is door te starten vanuit de factor leeftijd. Het ligt voor de hand een leeftijd van 65 jaar als grens te hanteren, aangezien iemand dan (vooralsnog) een uitkering krijgt vanuit de AOW. Ook het wetsartikel over de ouderenzorg in de Wet Publieke Gezondheid (artikel 5a) hanteert deze

---

4 De Jong, A. (2005). Bevolkingsprognose 2005-2050: maximaal 17 miljoen inwoners, *Bevolkingstrends*, 1: 12-18.

5 Zie [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)

6 Knipscheer, K. (2006). De uitdaging van de tweede adolescentie. Amsterdam: VU.

7 De Boer, A. (2006). *Rapportage ouderen 2006*. Den Haag: SCP.

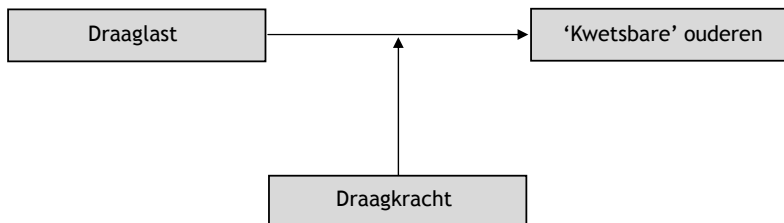
8 Hogan, D., MacKnight, C. en Bergman, H. (2003). Models, definitions and criteria for frailty, *Agin Clin Exp Res*, 15(3): 1-29.

9 Gobbens, R., Luijckx, K., Wijnen-Sponselee, M. en Schols, J. (2007). Fragiele ouderen: de identificatie van een risicovolle populatie, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38: 65-76.

leeftijdsgrens. In dit onderzoek gaan wij eveneens zoveel mogelijk uit van ouderen boven de 65 jaar. Echter, afhankelijk van de verschillen in de wijze van meten van onderzoeken kunnen we genoodzaakt zijn hier een aantal malen van af te wijken.

De Klerk (2004)<sup>10</sup> gaat in haar rapportage uit van personen van 55 jaar en ouder. Ze geeft aan dat oudere mensen - vanzelfsprekend - niet per definitie 'kwetsbaar' zijn. Wat maakt iemand kwetsbaar? De Klerk ontwikkelt een indicatie van de groep kwetsbare ouderen in termen van een balansmodel tussen draagkracht en draaglast.<sup>11</sup> De draaglast betreft de last van de beperking/ziekte (denk bijvoorbeeld aan lichamelijke beperkingen) terwijl draagkracht betrekking heeft op de verschillende hulpbronnen om hiermee om te gaan (denk aan hulpbronnen vanuit het huishouden of de beschikbare financiële middelen). Zij spreekt van kwetsbare ouderen bij een disbalans tussen draaglast en draagkracht. In dit onderzoek verstaan wij onder kwetsbare ouderen: 'ouderen die door een disbalans tussen draaglast en draagkracht een verhoogd risico lopen op kwetsbaarheid.'<sup>12</sup> In figuur 2 is de denkwijze grafisch weergegeven.

Figuur 2 Afbakening begrip kwetsbare ouderen. Bron: De Klerk (2004).



Als we kijken naar het begrip draaglast zijn er volgens de auteur van de eerder aangehaalde SCP-studie verschillende invalshoeken mogelijk. Zo is draaglast op te vatten als ruim (er is sprake van één van de - matige of ernstige - lichamelijke of psychische beperkingen of incontinentieproblemen), eng (in het geval van zeer ernstige beperkingen waardoor zorg op afroep vereist is), of via een gecombineerde middenvariant (er zijn dan matige of ernstige lichamelijke beperkingen in combinatie met psychische

10 De Klerk, M. (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

11 Zie ook Penninx, K. (2005). *Kwetsbare ouderen in beeld*. Utrecht: NIZW Zorg.

12 De internationale literatuur duidt dit vaak aan met het begrip *frailty*.

problemen óf met incontinentieproblemen) (De Klerk, 2004: 28). Als we de middenvariant als uitgangspunt nemen zijn er circa 460.000 zelfstandig wonende personen van 55 jaar en ouder met zorgproblemen in 2003 (12% van het totaal aantal zelfstandig wonende 55-plussers).<sup>13</sup> Als we uitgaan van de zogenaamde middenvariant en ons vervolgens richten op het ontbreken van twee beschikbare hulpbronnen (geen partner én het ontbreken van een redelijk inkomen), becijfert De Klerk dat er in 2003 circa 150.000 zelfstandig wonende personen van 55 jaar en ouder met zorgproblemen zijn die alleen wonen én over een laag inkomen beschikken. Daarnaast zijn er nog eens 150.000 zelfstandig wonende ouderen met zorgproblemen zonder een partner óf met een laag inkomen in 2003 (zie tabel 1 voor een overzicht).

*Tabel 1 Zelfstandig wonende 55-plussers naar zorgproblemen en beschikbare hulpbronnen, 2003 (in aantallen \* 1000; en in %).  
Bron: De Klerk (2004: 28-30).*

Leeftijdsklasse	55-64	65-74	75-84	>85 jaar	Totaal jaar
Ouderen met zorgproblemen (raming via de 'middenvariant', in aantallen)	119	98	172	67	460
Ouderen met zorgproblemen (raming via de 'middenvariant', in % totaal aantal zelfstandig wonende ouderen)	6.6	8.1	24.4	43.3	12.1%
Ouderen met zorgproblemen die alleen wonen én over een laag inkomen beschikken (in aantallen)	29	18	74	26	150
Ouderen met zorgproblemen die alleen wonen óf over een laag inkomen beschikken (in aantallen)	42	31	51	24	150

In zijn recente rapportage Kwetsbare ouderen operationaliseert het SCP (Van Campen, 2011)<sup>14</sup> het begrip kwetsbaarheid vanuit de Tilburg Frailty Indicator (TFI).<sup>15</sup> Met vijftien vragen die ingaan op (mogelijke) lichamelijke, psychische en sociale problemen wordt een totaalscore voor kwetsbaarheid berekend. Ouderen kunnen deze vragenlijst zelf invullen en zorgverleners kunnen zo vroegtijdig vaststellen of iemand kwetsbaar is. De bijbehorende

<sup>13</sup> Deze schatting is gebaseerd op een steekproef van circa 13.500 Nederlandse respondenten.

<sup>14</sup> Van Campen, C. (ed., 2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

<sup>15</sup> Zie Gobbens, R., Van Assen, M., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, M. en Schols, J. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties, *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5): 344-355.

definiëring van kwetsbaarheid is duidelijk: het gaat hierbij om de opeenstapeling van problemen. Deze benadering leidt tot de bevinding dat in totaal 27% van de zelfstandig wonende 65-plussers in Nederland kwetsbaar is voor gezondheidsproblemen in 2007.<sup>16</sup> Dit zijn tussen de 600.000 en 700.000 personen. In verzorgingshuizen bedraagt het aandeel 'kwetsbare ouderen' zelfs bijna driekwart van de 65-plussers (zie Den Draak en Van Campen, 2011: 53).<sup>17</sup>

Kwetsbaarheid neemt in het algemeen toe met het stijgen van de leeftijd. Door een andere definiëring en operationalisering verschillen deze aantallen duidelijk van de eerdere bevindingen van het SCP in 2004. Consensus over de definiëring en operationalisering van kwetsbare ouderen is er nog altijd niet (zie Van Campen, 2011). In dit onderzoek gaan we uit van het balansmodel van De Klerk. Wat ons hierbij aanspreekt is het contextafhankelijke karakter van 'kwetsbaarheid'. Pas als iemand over geen of onvoldoende institutionele en/of sociale hulpbronnen kan beschikken, worden bepaalde beperkingen bij uitstek problemen. Deze benadering past daarmee goed binnen de filosofie van de Wmo, die de eigen kracht en de middelen binnen het sociale netwerk benadrukt.

Eenzijds geven we inzicht in de omvang van de categorie kwetsbare ouderen. Daarnaast spitsen we - vanuit bestaande onderzoeksgegevens - de situatie van deze groep toe op drie verschillende domeinen:

- de gezondheidssituatie (lichamelijke en/of psychische beperkingen)<sup>18</sup>
- de materiële situatie (inkomen) en
- de sociale situatie (denk aan eenzaamheid, de aanwezigheid van een partner en/of een familielid die ondersteuning kan bieden).

Dit zijn in onze optiek drie belangrijke terreinen waarop in geval van problemen ondersteuning nodig is. Bovendien hangen deze domeinen samen met het eerder aangehaalde onderscheid tussen draaglast (gezondheidsbeperkingen) en draagkracht (de aanwezigheid van hulpbronnen, zoals het hebben van een partner en/of het beschikken over voldoende inko-

---

16 De maximale score voor 'kwetsbaarheid' is vijftien. Bij een score van ten minste vijf worden ouderen door het SCP als 'kwetsbaar' gezien (Van Campen et al., 2011: 46).

17 Den Draak, M. en Van Campen, C. (2011). Kwetsbare ouderen in Nederland, in: Van Campen (ed., 2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

18 Mogelijk kan hierbij ook gedacht worden aan het optreden van zinverlies; er zijn immers indicaties dat met het ouder worden de kans op zinverlies toeneemt (zie, bijvoorbeeld, de notitie van de Unie KBO (2008). *Verslag van de expertmeeting: 'Zingeving en ouderen'*, 11 december 2008).

men). We hebben gebruik gemaakt van bestaande gegevens van het CBS, SCP en RIVM.

## 2.3 *Inzicht in drie verschillende domeinen*

### *De gezondheidssituatie*

Fysieke beperkingen nemen met het stijgen van de leeftijd toe (Van Campen, 2008).<sup>19</sup> Zo is in 2009 ruim 22% van de ouderen van 65 jaar en ouder beperkt in zijn of haar beweeglijkheid, tegen circa 4% van de personen tot 25 jaar (bron: CBS Statline). Ook de slechthoortheid neemt met de leeftijd toe. Bijna alle mensen van 65 jaar en ouder in Nederland hebben hulpmiddelen nodig bij het zien of lezen. Naast lichamelijke beperkingen komen bij ouderen ook meer psychische beperkingen voor. Het aandeel 65-plussers met depressieve klachten schat het CBS op 7% in 2009. Ook heeft zo'n 10% in dezelfde periode te maken gehad met angststoornissen. Ouderen nemen hiermee geen bovengemiddelde positie in. In totaal komen depressieve klachten voor bij meer dan 9% van de bevolking en heeft 12% van de Nederlandse bevolking in 2009 te maken gehad met angstgevoelens.

We kunnen bij het inschatten van de verschillende gezondheidsrisico's een onderscheid maken tussen de feitelijke en de ervaren gezondheidssituatie. Het CBS maakt bijvoorbeeld gebruik van de subjectief ervaren gezondheidstoestand (figuur 3). Volgens deze indicator ervaart 40% van de ouderen vanaf 65 jaar de eigen algehele gezondheidstoestand als 'minder dan goed' in 2009 (tegen bijna 19% van de totale bevolking); dit zijn ruim meer dan 1 miljoen ouderen. Andere subjectieve indicatoren zijn:

- de ervaren beperkingen volgens de ADL-indicator<sup>20</sup> (figuur 4); of
- de 'mental health score'<sup>21</sup> (figuur 5).

Daarnaast zijn er meer objectieve indicatoren denkbaar, zoals:

- het feitelijk voorgeschreven medicijngebruik (figuur 6);
- het bezit van hulpmiddelen (figuur 7);
- ziekenhuisopname (figuur 8);

---

19 Van Campen, C. (2008). *Grijswaarden. Monitor ouderenbeleid*. Den Haag: SCP.

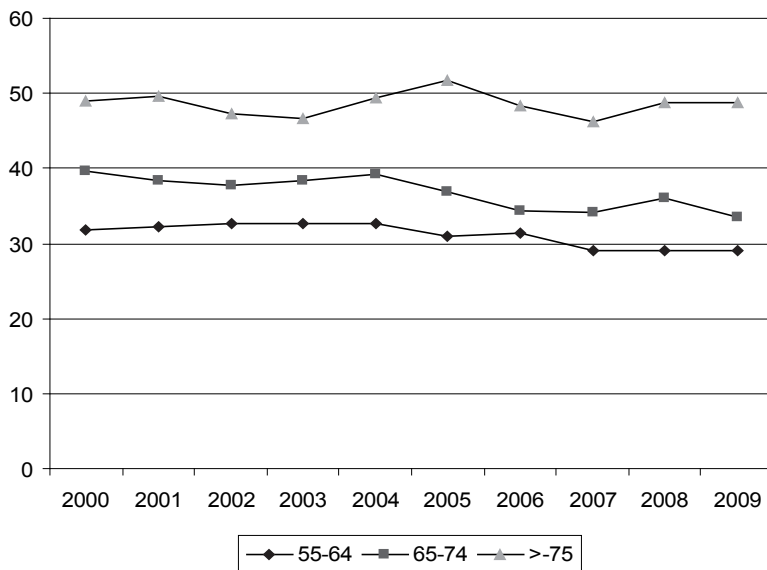
20 Deze indicator is gebaseerd op tien vragen naar de ervaren beperkingen bij dagelijkse levensverrichtingen van personen van 55 jaar en ouder.

21 Deze score wordt afgeleid uit vijf vragen die de psychische gezondheid meten, een hogere score indiceert een hogere ervaren psychische gezondheid.

- AWBZ-zorg<sup>22</sup> met verblijf (personen die in een instelling verblijven zoals een verpleeghuis; figuur 9); en
- AWBZ-zorg zonder verblijf (dit betreft verpleging en verzorging zonder in een instelling te verblijven; figuur 10).

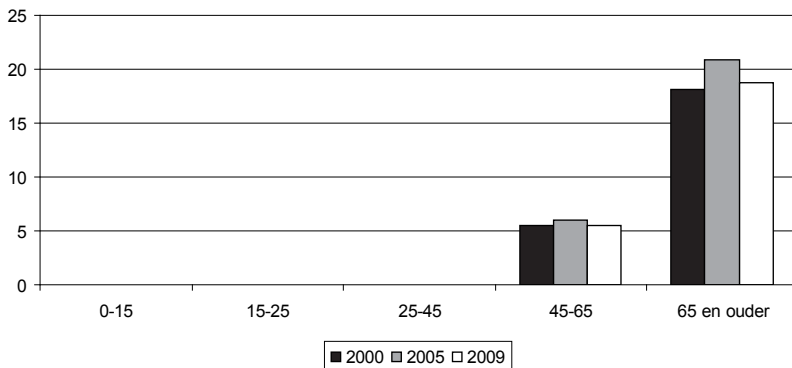
Met dit type cijfers kunnen we de gezondheidssituatie van ouderen in Nederland nader toelichten.

Figuur 3: Ervaren algemene gezondheidstoestand ('minder dan goed') naar leeftijdsklasse, 2000-2009 (in %). Bron: CBS Statline.

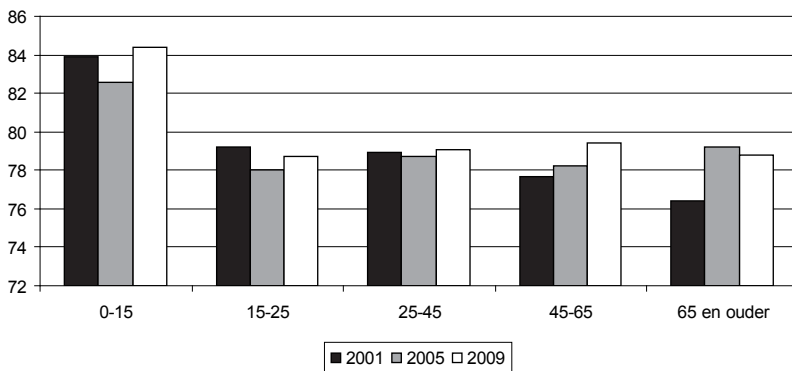


22 Zie voor de grondslagen om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen het AWBZ-kompas ([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)).

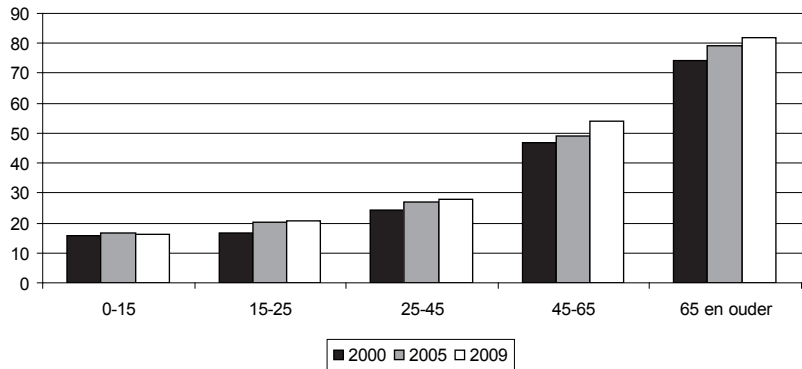
**Figuur 4** Ervaren 'ADL-beperkingen' naar leeftijdsklasse, 2000-2009 (in %).  
Bron: CBS Statline.



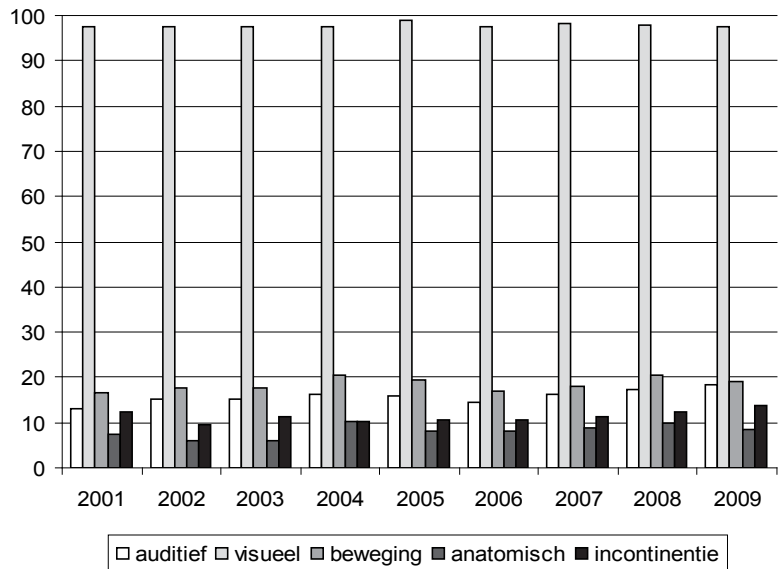
**Figuur 5** Ervaren psychische gezondheid naar leeftijdsklasse, 2001-2009 (in %).  
Bron: CBS Statline.



Figuur 6 Voorgeschreven medicijngebruik naar leeftijdsklasse, 2000-2009 (in %).  
Bron: CBS Statline.

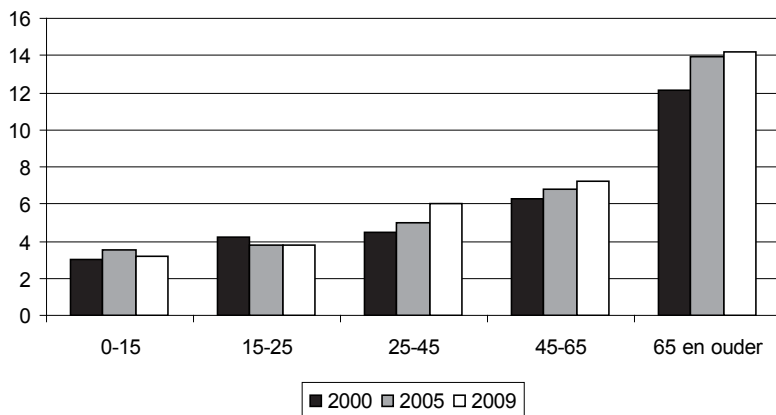


Figuur 7 Bezit van hulpmiddelen vanaf 65 jaar, 2001-2009 (in %).  
Bron: CBS Statline.

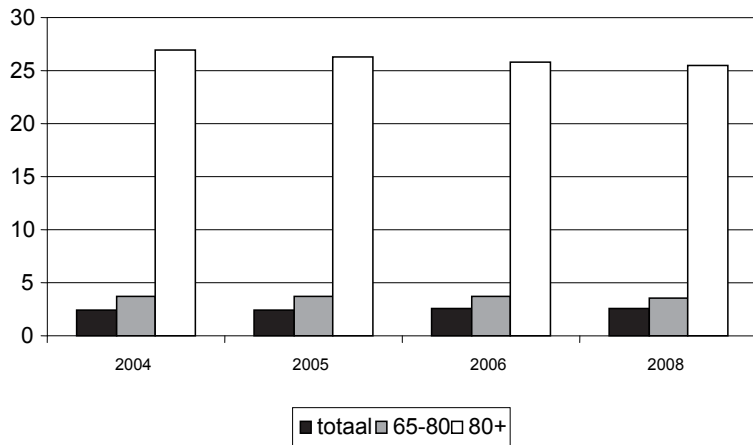




Figuur 8 Ziekenhuisopname naar leeftijd, 2000-2009 (in %). Bron: CBS Statline.

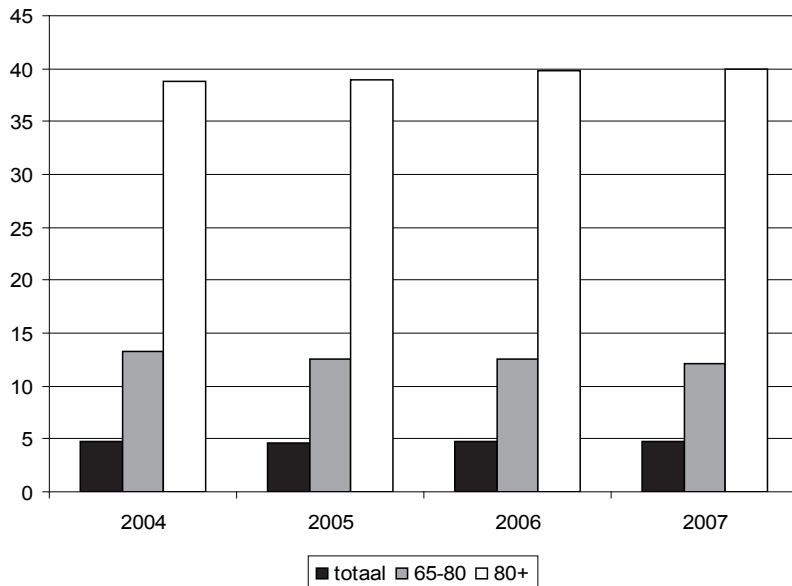


Figuur 9 AWBZ-zorg met verblijf, 2004-2008<sup>23</sup> (in %). Bron: CBS Statline.



23 Gegevens over het verslagjaar 2007 zijn niet beschikbaar.

Figuur 10 AWBZ-zorg zonder verblijf, 2004-2007 (in %). Bron: CBS Statline.



Naast het CBS verschaft het RIVM vanuit gegevens uit zorgregistraties inzicht in het aantal ouderen van 65 jaar en ouder met een bepaalde ziekte (zie [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)). Tabel 2 laat de aantallen verschillende aandoeningen zien in 2007. Ook uit dit overzicht blijkt dat de gezichtsstoornis de meest voorkomende beperking is, gevolgd door coronaire hartziekten.

Tabel 2 Type aandoeningen vanaf 65 jaar en ouder, 2007 (in aantallen).  
Bron: RIVM Nationaal Kompas.

Aandoening	Aantallen
Gezichtsstoornissen	449.000
Coronaire hartziekten	440.000
Artrose	424.000
Diabetes	366.000
Lawaai- en ouderdomsdoofheid	364.000
COPD	164.000
Beroerte	145.000
Nek- en rugklachten	144.000
Osteoporose	111.000
Hartfalen	103.000

De beschrijvende statistieken bevestigen wat bekend is: dat ouderen in het algemeen meer risico lopen op verschillende gezondheidsklachten<sup>24</sup> en meer gebruik maken van zorgvoorzieningen. Uit de cijfers blijkt eveneens dat de ervaren gezondheidstoestand en de gepercipieerde ADL-beperkingen onder ouderen in het algemeen niet lijken te verslechteren en dat de ervaren psychische gezondheid zelfs toeneemt. Tegelijkertijd zijn het ziekenhuisbezoek<sup>25</sup> en het medicijngebruik onder ouderen wel degelijk toegenomen.

### *Materiële situatie*

Risicofactoren als lichamelijke en/of psychische aandoeningen laten zich intensiveren door het ontbreken van hulpbronnen, zoals voldoende inkomen en/of het hebben van een partner die ondersteuning kan bieden bij zorgproblemen.<sup>26</sup> In deze subparagraaf kijken we naar de inkomenssituatie van ouderen in Nederland.

Figuur 11 schetst het gestandaardiseerde inkomen (deze indicator is onder andere gecorrigeerd voor de huishoudensamenstelling) naar leeftijdscategorieën in 2008. Duidelijke verschillen in inkomen naar leeftijd zijn er (met uitzondering van de leeftijdsgroep tot 25 jaar) op het eerste gezicht niet. Het SCP<sup>27</sup> concludeert zelfs dat het aandeel 65-plussers met een laag inkomen inmiddels onder het gemiddelde van de totale bevolking ligt. Wel zien we dat het gestandaardiseerde inkomen van 70-plussers lager is in vergelijking met de meeste andere leeftijdsgroepen. Het gestandaardiseerde inkomen is het hoogst onder de 50-60-jarigen. Dit alles neemt niet weg dat er wel degelijk ouderen zijn met armoedeproblemen, bijvoorbeeld doordat zij niet in aanmerking komen voor een volledige AOW-uitkering.<sup>28</sup>

---

24 Naast het algemene beeld over de gezondheid van ouderen kunnen er verschillen bestaan naar verschillende groepen. Zo is bijvoorbeeld bekend dat de gezondheidssituatie van oudere migranten minder goed is dan bij ouderen die in Nederland zijn geboren (NOOM (2009). *Bagaimana - hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten*. Utrecht: NOOM).

25 Ook het aantal ouderen dat thuiszorg krijgt is (in de periode 2002-2006) gestegen (zie Chessa, A. (2008). *Oudere krijgt steeds meer zorg*, geraadpleegd via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)).

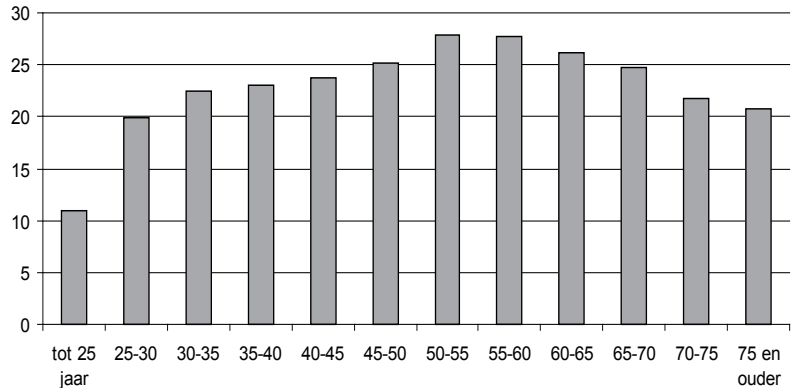
26 Uit eerder onderzoek is bekend dat ouderen met een laag inkomen, na correctie van andere mogelijke verbanden, een minder goede gezondheid hebben. Zie bijvoorbeeld Wingen en Otten (2009). Sociaal-economische status en verschillende gezondheidsaspecten van ouderen, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 87(3): 109-117.

27 Vrooman, C., Hoff, S., Otten, F. & Bos, W. (2007). *Armoedemonitor 2007*. Den Haag: SCP.

28 Nederland, T., Stavenuiter, M. & Wentink, M. (2007). *Verborgene armoede*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Figuur 11 Gestandaardiseerd inkomen naar leeftijd, 2008 (\*1000 euro).

Bron: CBS Statline.



### *Sociale situatie*

Problemen zijn beter aan te pakken als een partner, familielid en/of iemand in de vriendenkring hulp biedt.<sup>29</sup> Uit de literatuur is bekend dat de mate van sociale integratie kan bijdragen aan een kleiner risico op ziekten en aandoeningen.<sup>30</sup> Een groot deel van de ouderen in Nederland is nog steeds maatschappelijk actief, bijvoorbeeld via het doen van vrijwilligerswerk en het verrichten van mantelzorg.<sup>31</sup> Tegelijkertijd is bekend dat de hoeveelheid sociale steun lager is naarmate mensen ouder worden.<sup>32</sup> Het aandeel alleenstaanden en in instituties verblijvende personen stijgt naarmate mensen ouder worden (figuur 12), terwijl bekend is dat juist het zelfstandig wonen bijdraagt aan een groter geluksgevoel.<sup>33</sup>

---

29 Het gaat dus om ondersteuning vanuit het informele netwerk.

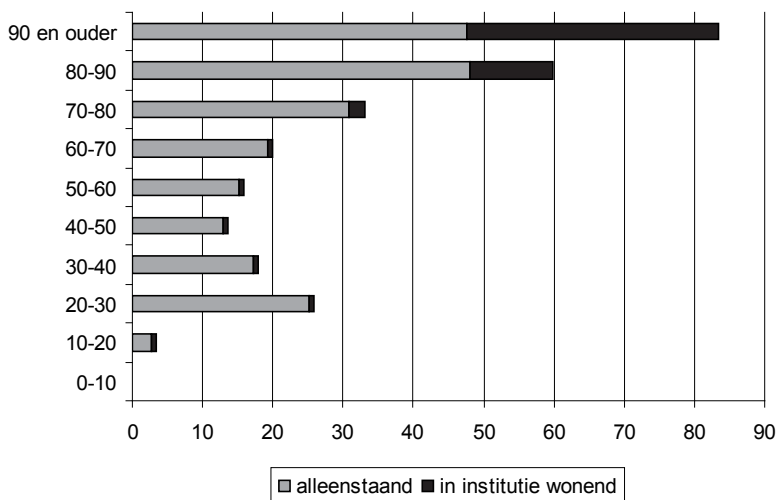
30 Vergelijk Seeman, T. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults, *American Journal of Health Promotion*, 14: 362-370.

31 De Boer (2006). *Rapportage ouderen 2006*. Den Haag: SCP.

32 Zie bijvoorbeeld de studie van De Boer (2006). *Rapportage ouderen 2006*. Den Haag: SCP.

33 Van Gameren, E., Stevens, J., Woittiez, I, Kok, L. & Sadiraj, K. (2005). Zelfstandig wonen door ouderen: wensen en mogelijkheden, *TSG*, 83(8): 479-484.

Figuur 12 Huishoudensituatie naar leeftijd, 2009 (in %). Bron: CBS Statline.



Uit bestudering van de CBS-cijfers blijkt dat er 199.000 mannen van 65 jaar en ouder in 2008 alleenstaand zijn, tegen 602.000 alleenstaande vrouwen. Het gaat dan om circa 46% van alle particuliere huishoudens met een lid van 65 jaar of ouder. In termen van sociaal contact met familieleden, vrienden en kennissen vinden we dat in het jaar 2008:<sup>34</sup>

- circa 2% van de 65-plussers zelden of nooit contact heeft met familieleden (die niet thuis wonen);
- circa 6% van de 65-plussers zelden of nooit contacten heeft met vrienden en/of kennissen.

In de mate van sociaal contact met familieleden verschillen ouderen overigens niet wezenlijk van andere leeftijdsgroepen. Wel geldt dat het contact met vrienden en/of kennissen minder is dan bij andere groepen in de samenleving (In totaal heeft in het jaar 2008 3% van de bevolking zelden of nooit contact met vrienden en/of kennissen).

We kunnen nu (voorzichtig) de conclusie trekken dat met het ouder worden de kans op een uitgebreid sociaal netwerk en de mogelijkheden tot sociale ondersteuning in het algemeen wat afnemen (ouderen zijn vaker alleenstaand en hebben minder contacten met vrienden en/of kennissen).

34 Bron: CBS Statline. Daarnaast is tot aan het jaar 2004 de vraag gesteld in hoeverre mensen zich sociaal geïsoleerd van anderen voelen. Van de 65- tot 75-jarigen bedraagt dit 5% en voor de 75-plussers 4% in 2004.

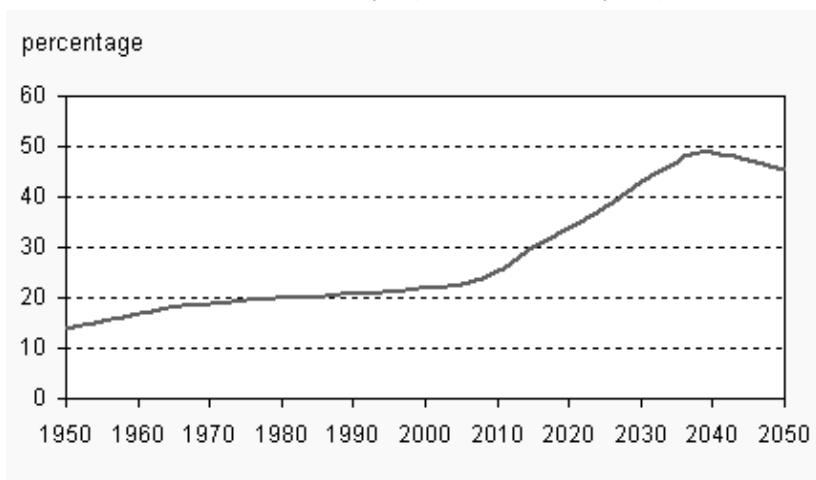
Desalniettemin onderhouden ouderen tot op hoge leeftijd sociale contacten en blijven ze tot op hoge leeftijd maatschappelijk betrokken.<sup>35</sup>

### *Toekomstbeelden*

Verschillende bronnen bieden enige informatie over de ontwikkeling van de categorie 'kwetsbare' ouderen in de toekomst. Het RIVM bericht dat de vergrijzing in de toekomst, vooral na 2010, verder zal toenemen (figuur 13). In 2040 bedraagt de zogenaamde 'grijze golf' bijna 50% en tien jaar later zijn vier op de tien 65-plussers ouder dan 80 jaar.<sup>36</sup> Dit zou kunnen betekenen dat het aantal 'kwetsbare' ouderen in de toekomst toeneemt (VWS, 2005).<sup>37</sup> Hier moeten we wel de kanttekening bij plaatsen dat een toenemend opleidingsniveau van ouderen de stijging kan doen afremmen (zie Van Campen et al., 2011: 80).<sup>38</sup>

Figuur 13 'Grijze druk' in Nederland,<sup>39</sup> 1950-2050 (in %).

Bron: RIVM Nationaal Kompas (www.nationaalkompas.nl).



35 Hoeymans, N. (2009). Maatschappelijke participatie bij ouderen, *TPEdigitaal*, 3(2): 53-66.

36 Van Duin, C. (2009). *Bevolkingsprognose 2008-2050*. Den Haag: CBS.

37 VWS (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: VWS.

38 Van Campen, C., Ras, M. en Den Draak, M. (2011). Raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030, in: Van Campen, C. (ed., 2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

39 Uitgedrukt als de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar en ouder en het aantal personen van 20-64 jaar.

Naast het algehele beeld van de vergrijzing van de bevolking kunnen we over de eerder besproken domeinen (gezondheid, materieel en sociaal) een aantal algemene verwachtingen formuleren voor de periode 2000-2020:<sup>40</sup>

- **De gezondheidssituatie:** door de vergrijzing en stijgende levensverwachting van mannen en vrouwen zal het aantal patiënten van 65 jaar en ouder voor verschillende clusters van ziekten en aandoeningen toenemen. De verwachte procentuele toename van het aantal patiënten is het grootst als het gaat om astma, diabetes en beroerten. Als zij rekening houden met trends in de preventie van ziekten en aandoeningen, komen onderzoekers van het RIVM en SCP tot een specifieke inschatting van de prevalentie van ziekten in 2020 (tabel 3). De uitkomsten indiceren in het algemeen een stijging van de ziektelast onder ouderen.

Tabel 3 *Prevalentie van ziekten onder 65-plussers, 2020.*  
Bron: Van den Bergh Jeths et al. (2004: 61).

Ziekte/aandoening	Verandering prevalentie per 1.000 personen van 65 jaar en ouder	Absoluut aantal patiënten van 65 jaar en ouder
Kanker	Geen trend	137.000
Diabetes mellitis	+23	386.000
Psychische aandoeningen	Trend onbekend	288.000
Ziekten van het zenuwstelsel	-5	51.000
Beroerte	+19	217.000
Hartziekten	+16	497.000
Astma/COPD	+37	515.000
Ziekten van het bewegingsapparaat	+6	1.331.000
Ernstige gevolgen ongeval	+6	107.000
Dementie	Trend onbekend	281.000

<sup>40</sup> Deze ramingen zijn afkomstig uit de studie van Van den Bergh Jeths, A., Timmermans, J.M., Hoeymans, N. & Woittiez, I.B. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Bilthoven: RIVM.

Op vergelijkbare wijze neemt het geschatte gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg door 65-plussers in de toekomst toe (tabel 4).

Tabel 4 *Gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg onder 65-plussers, 2020 (index 2000=100). Bron: Van den Bergh Jeths et al. (2004: 114).*

Jaar	Gebruik totaal	Gebruik zorg aan huis	Gebruik zorg met opname
2000	100	100	100
2005	105	103	108
2010	110	105	118
2015	116	110	126
2020	124	118	135

Alles overziende neemt - met de toename van het aantal ouderen - de kans op ziekte en de vraag naar verpleging en verzorging in onze samenleving toe.

- **De materiële situatie:** eerder zagen we al dat er geen grote inkomensverschillen bestaan naar leeftijdsgroepen. We hebben er wederom voor gekozen uit te gaan van de bestaande inzichten van het RIVM en SCP om de toekomstverwachting in beeld te krijgen. De onderzoeken bevestigen onze eerdere bevinding dat de verschillen tussen jongere en oudere leeftijdsgroepen klein zijn en naar verwachting ook klein zullen blijven, zeker als de arbeidsdeelname van ouderen in de toekomst verder toeneemt.<sup>41</sup> In tabel 5 zien we samengevat dat de inkomenspositie van ouderen inderdaad weinig reden geeft tot zorg; in 2020 zijn er naar verwachting steeds minder ouderen met een laag inkomen. Dit neemt niet weg dat 21% van alle 65-plussers een netto huishoudeninkomen heeft van maximaal 1.200 euro per maand.

---

41 Zie De Beer, P. (2008). Arbeid en inkomen van ouderen: de toekomst ziet er rooskleurig uit!, *Geron*, 10(4): 18-21.



Tabel 5 Netto huishoudeninkomen van 65-plussers, 2000-2020 (in%).  
Bron: Van den Bergh Jeths et al. (2004: 101).

Inkomensklasse	2000	2020
Tot 675 euro per maand	9	6
675-950	14	6
950-1.100	10	4
1.100-1.200	12	5
1.200-1.350	8	8
1.350-1.575	12	12
1.575-1.800	8	10
1.800-2.700	13	23
Meer dan 2.700	6	18
Onbekend	8	9

- **Sociale situatie:** er bestaat in de literatuur geen eenduidige inschatting van de mate waarin de sociale situatie van ouderen in de toekomst verandert. Zoals we eerder zagen betekent ouder worden doorgaans een (lichte) daling van het aantal sociale relaties (en daarmee de kans op sociale bescherming). Hierdoor neemt de kwetsbaarheid van ouderen toe. Volgens het CBS<sup>42</sup> zorgt het ouder worden van de bevolking (en de mogelijk voortschrijdende individualisering) dan ook mogelijk voor een verdere stijging van het aantal eenzame ouderen.

## 2.4 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien wat we verstaan onder kwetsbare ouderen. Behalve cijfers over de huidige gezondheidssituatie en de materiële en sociale situatie van ouderen in Nederland, hebben we gebruik gemaakt van een aantal bronnen die een vooruitblik op de verschillende domeinen geven. De bevindingen indiceren dat ouderen meer risico lopen op ziekten en aandoeningen. Ook zijn er met het stijgen van de leeftijd minder sociale relaties, alhoewel er hierbij geen grote verschillen met andere leeftijds-

<sup>42</sup> Zie [www.zorgwelzijn.nl](http://www.zorgwelzijn.nl).

categorieën zijn. Wat het inkomen betreft zijn eveneens geen duidelijke verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen zichtbaar. In tabel 6 staan de belangrijkste bevindingen nog eens kort weergegeven.

Tabel 6 Schematisch overzicht bevindingen

	Huidige situatie	Toekomstscenario
Omvang 'kwetsbare' ouderen	150.000 zelfstandig wonende ouderen met beperkingen en afwezigheid van hulpbronnen in 2003 (volgens de 'gecombineerde' inschaling van De Klerk, 2004). Tussen de 600.000 en 700.000 personen van 65 jaar en ouder in 2007 (via het TFI-meetinstrument) (zie Van Campen, 2011).	+
Zorgvraag (gezondheid)	De ervaren algemene gezondheidstoestand van de ouderen is stabiel. Wel nemen het medicijngebruik en de ziekenhuiszorg in het afgelopen decennium toe.	+
Materiële situatie	Geen grote verschillen in de samenleving naar inkomenspositie.	+
Sociale situatie	Ouderen zijn gemiddeld genomen niet minder sociaal actief. Met het ouder worden vallen wel bepaalde sociale hulpbronnen weg. Mensen zijn vaker alleenstaand (partnerverlies) en hebben minder vaak contact met vrienden en/of kennissen.	-

Met de vergrijzing zal het beroep op (formeel en informeel) ondersteuning verder toenemen. Om hierop te kunnen anticiperen speelt de lokale

overheid in de vormgeving van het (toekomstige) ouderenbeleid een grote rol. Denk aan het aanbod van zorgvoorzieningen en activiteiten gericht op de activering van ouderen, maar ook aan toegankelijk openbaar vervoer, aangepaste woningen en het creëren van ontmoetingsplekken. Belangrijk bij de vormgeving van dit beleid is de beschikbaarheid van lokale data. Vanuit de leeftijdssamenstelling per gemeente en de ingeschatte zorgvraag van behoeftige ouderen kunnen gemeenten hun beleid gericht op kwetsbare ouderen beter afstemmen. Dit is de volgende stap in ons onderzoek.

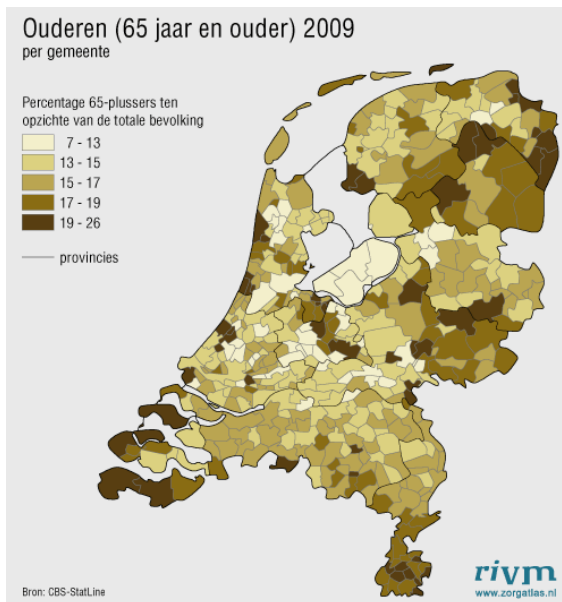
## 3 Kwetsbare ouderen: lokale databronnen

### 3.1 Enkele lokale indrukken

In dit hoofdstuk behandelen we de resultaten van bestaande studies over 'kwetsbare' ouderen op lokaal niveau. Allereerst verschilt het aantal ouderen sterk per provincie. Zo is het aantal ouderen van 65 jaar en ouder opvallend hoog in de provincies Zeeland, Limburg, Drenthe en Friesland. In Flevoland daarentegen bedraagt het percentage ouderen 'slechts' 9,3% van de totale bevolking (zie figuur 14 en tabel 7).

Figuur 14 Ouderen van 65 jaar en ouder per gemeente, 2009.

Bron: [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl).



Tabel 7 Aantal 65-plussers naar provincie, 2009 (in %). Bron: CBS Statline.

Provincie	65-plussers
Zeeland	18,0
Limburg	17,6
Drenthe	17,3
Friesland	16,0
Groningen	15,3
Gelderland	15,2
Noord-Brabant	15,2
Overijssel	15,0
Zuid-Holland	14,6
Noord-Holland	14,3
Utrecht	13,2
Flevoland	9,3

De zorgbehoefte neemt in het algemeen toe met het ouder worden. Het aandeel ouderen per provincie hoeft echter niet per definitie te betekenen dat de zorgvraag per provincie evenredig toeneemt. Er kunnen bijvoorbeeld gezondheidsverschillen bij ouderen bestaan naar geografische eenheid. In de onderstaande tabellen (tabellen 8 en 9) hebben we daarom de AWBZ-gefinancierde zorg (met en zonder verblijf) gegroepeerd naar leeftijdsklassen en provincie. Wanneer we de groep ouderen opsplitsen valt op dat een aantal ‘grijze’ provincies zoals Limburg en Drenthe inderdaad bovengemiddeld scoren op de hoogte van het AWBZ-gebruik met verblijf. In hetzelfde kader scoort Zeeland juist opvallend laag. Met andere woorden: de patronen in zorggebruik zijn niet altijd eenduidig te herleiden tot de bevolkingsamenstelling.

Tabel 8 AWBZ-zorg met verblijf naar leeftijd en provincie, 2008 (in % van de bevolking). Bron: CBS Statline.

Provincie	65-80	80-plussers
Groningen	4,04	27,7
Gelderland	3,87	26,43
Limburg	3,73	25,56
Drenthe	3,72	26,13
Overijssel	3,69	25,64
Noord-Holland	3,57	25,56

Provincie	65-80	80-plussers
Friesland	3,56	25,37
Zuid-Holland	3,53	25
Noord-Brabant	3,47	25,3
Utrecht	3,46	25,21
Zeeland	2,97	23,65
Flevoland	2,82	22,08

Tabel 9 AWBZ-zorg zonder verblijf naar leeftijd en provincie, 2007 (in % van de bevolking). Bron: CBS Statline.

Provincie	65-80	80-plussers
Overijssel	15	44,58
Flevoland	13,58	45,09
Groningen	13,36	41,87
Limburg	13,05	40,02
Drenthe	12,81	41,38
Friesland	12,79	42,96
Zeeland	12,49	41,75
Gelderland	12,37	39,53
Noord-Brabant	11,87	38,52
Zuid-Holland	11,65	39,73
Utrecht	10,96	38,14
Noord-Holland	10,94	38,54

In het voorgaande is vanuit bestaande en vrij toegankelijke databases geprobeerd een inschatting te maken van de leefsituatie van 'kwetsbare' ouderen op provinciaal en/of gemeentelijk niveau. Zoals verwacht bevatten de databronnen geen tot weinig informatie op gemeentelijk niveau.

### 3.2 Naar gemeentelijke indrukken

In een volgende stap hebben we gekeken naar de mogelijkheden om via aanvullende data-aanvragen informatie te verzamelen op gemeentelijk niveau (tabel 10).

Tabel 10 Lokale databronnen en indicatoren

#### CBS-bestand

Uit de databestanden van het Centraal Bureau voor de Statistiek komen (vooralsnog) de volgende indicatoren in aanmerking om de leefsituatie van 'kwetsbare' ouderen op gemeentelijk niveau te meten:

- AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf in 2008 (vanaf 65 jaar en ouder);
- AWBZ-gefinancierde zorg zonder verblijf in 2007 (vanaf 65 jaar en ouder);
- Huishoudens met een kostwinner van 65 jaar en ouder met een laag inkomen tot 105% van het sociaal minimum (2007).

De gegevens zijn afkomstig van het Centraal Administratiekantoor (CAK) en betreffen integrale registraties. Om het inkomen te meten wordt gebruik gemaakt van het Regionaal Inkomensonderzoek (RIO). Deze steekproef wordt getrokken uit de GBA en bevat circa 5 miljoen personen.

#### Vektis-bestand

Vektis onderscheidt in haar bestanden in totaal 25 chronische aandoeningen die langdurig tot onverzekerde meerkosten kunnen leiden. In samenwerking met de onderzoekers van Vektis zijn we gekomen tot de volgende indicator voor ons onderzoek:

- Indicator 'chronisch zieken': het aantal verzekerden van 65 jaar en ouder dat wordt ingedeeld in een chronische groep per gemeente.

De bovenstaande indicator zegt iets over het ziektebeeld van ouderen. Voor gebruik van bovenstaande gegevens zal eerst een verzoek worden ingediend bij de zorgverzekeraars.

Door (een aantal van) bovenstaande gegevens te combineren zijn we in staat om de positie van 'kwetsbare' ouderen per gemeente te inventariseren. Bovendien sluiten de gegevens goed aan bij het eerder aangehaalde onderscheid naar 'draaglast' (beperkingen) en 'draagkracht' (inkomen). Vanzelfsprekend zijn er veel meer (sociale) factoren die de 'draagkracht' kunnen indiceren en de positie van 'kwetsbare' ouderen beïnvloeden. Deze gegevens zijn echter niet op gemeentelijk niveau beschikbaar.<sup>43</sup>

---

43 Het NIVEL start binnenkort (mogelijk) met een pilot om eenzaamheid en sociale netwerken van ouderen te meten. Dit onderzoek beperkt zich vooralsnog tot enkele gemeenten in de regio Noord-Holland.

### 3.2 *Het vervolg*

In dit hoofdstuk hebben we een eerste aanzet gegeven tot het inzichtelijk krijgen van de leefsituatie van kwetsbare ouderen. We staan nu voor de keuze of, en zo ja op welke wijze, we de beschikbare indicatoren kunnen gebruiken om de leefsituatie van ouderen te meten op gemeentelijk niveau. Deze keuze willen we maken in samenspraak met een selectie van deskundigen op het onderzoeksthema kwetsbare ouderen. Bovendien leggen wij onze gesprekspartners de vraag voor of de gegevens voldoende mogelijkheden bevatten om het bestaande ouderenbeleid zo nodig bij te sturen.

Om de betrouwbaarheid van ons onderzoek te bevorderen vinden we het van belang om de gevolgde onderzoeksstappen ook voor anderen inzichtelijk te maken. Op deze manier maken we voor derden duidelijk welke overwegingen we tijdens het onderzoeksproces hebben gemaakt, en hoe we zijn gekomen tot onze keuzen. In het volgende hoofdstuk beschrijven we daarom in het kort de belangrijkste uitkomsten van de expertbijeenkomst.





## 4 *Uitkomsten expertmeeting*

### 4.1 *Inleiding*

Op 12 oktober 2010 vond een expertmeeting plaats waaraan de volgende personen deelnamen: Frieda de Pater (RCOAK), Lena Hillenga (LOC), Yvonne de Witter (Kenniscentrum Wonen/Zorg, Aedes Actiz), Agnes van Balkom (Unie KBO), Cretien van Campen (SCP), Riki van Overbeek (Vilans), Anne van Middelaar (NOOM), Joyce Derrix (MeanderOmnium), Hans Boutellier, Monique Stavenuiter en Fabian Dekker (allen Verwey-Jonker Instituut).

We hebben onze onderzoeksbevindingen ‘vertaald’ naar een discussienota die als basis diende voor de expertbijeenkomst. Het belangrijkste doel van de bijeenkomst was het bespreken van de haalbaarheid om tot een inschatting te komen van de omvang van de groep ‘kwetsbare’ ouderen op lokaal niveau.

#### *Korte bespreking onderzoeksbevindingen*

De deelnemers aan de expertbijeenkomst herkennen de noodzaak om te komen tot een beter lokaal inzicht: *‘Lokale beleidsmakers willen inzicht in wat er op ze afkomt. Hoeveel ouderen zijn er, welk deel is kwetsbaar en hoe kunnen we hierop inspelen?’*, aldus een van de deelnemers. Het onderzoek lijkt hiermee inderdaad te beantwoorden aan kennisbehoeften in het veld. Tijdens de discussie komt naar voren dat naast de algemene beelden die in de discussienota centraal staan, ontwikkelingen van specifieke groepen wat buiten beeld blijven. Het gaat dan bijvoorbeeld om allochtone ouderen of ouderen met alleen een basispensioen. Verder blijft het begrip kwetsbaarheid een abstract en moeilijk definieerbaar begrip. Er is onder de deelnemers daarentegen wel overeenstemming dat het bij het begrip kwetsbaarheid gaat om verhoogde risico’s die voortkomen uit ouderdom, zoals het risico op gezondheidsproblemen en onvoldoende hulpbronnen om met deze problemen om te gaan. Dit lijkt aan te sluiten bij onze definiëring in hoofdstuk 2.

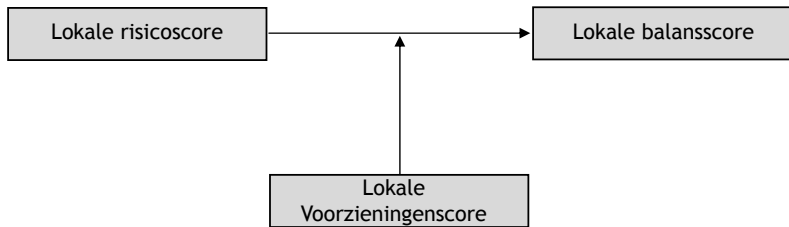
Gemeenten hebben volgens de deelnemers behoefte aan sturingsinformatie om het ouderenbeleid te kunnen vormgeven. De discussienota verschaft de gemeente echter maar ten dele bouwstenen: *‘Nu gaat het vooral om de zorgvraag van ouderen. Van belang is eerder om na te gaan hoe groot de omvang van de groep potentieel ‘kwetsbare’ ouderen is en wat de gemeente voor voorzieningen heeft ontwikkeld om hiermee om te gaan.’* Verschillende experts zijn dan ook van mening dat de gemeente vooral gebaat is bij zicht op de groep kwetsbare ouderen én op de lokale faciliteiten die zich bijvoorbeeld richten op zorg en welzijn voor ouderen: *‘Afhankelijk van de beschikbaarheid van de data kunnen gemeenten bijvoorbeeld bezien in hoeverre het bestaande voorzieningenniveau overeenkomt met de omvang van de groep kwetsbare ouderen.’* Met andere woorden: de gelijktijdige aanwezigheid van ‘kwetsbare’ ouderen en een hierop aansluitend voorzieningenniveau geeft in beginsel zicht op de mate van aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod. Of zoals iemand het verwoordde: *‘Bij fricties tussen deze twee is het aan de gemeenten om te laten zien hoe dat komt. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat er minder voorzieningen zijn door de aanwezigheid van een actieve civil society.’* Het is dan ook deze discussie die een aanzet heeft gegeven tot een tweede onderzoeksdoel: het bepalen van de lokale omvang van ‘kwetsbare’ ouderen in relatie tot het bestaande lokale voorzieningenniveau.

Samengevat heeft de expertbijeenkomst ons duidelijk gemaakt dat de gepresenteerde indicatoren (zie tabel 10) zich nog te veel richten op het zorgaanbod, zoals de hoeveelheid gefinancierde AWBZ-zorg. Het expertteam maakt duidelijk dat de groep (potentieel) kwetsbare ouderen beter is te herkennen via indicatoren als: het percentage 65-plussers per gemeente met een laag inkomen en/of het percentage 65-plussers per gemeente zonder partner: *‘dit zijn alom onderschreven indicatoren die de risico’s van ouderen vergroten.’* Op gemeentelijk niveau zijn vervolgens mogelijk indicatoren voorhanden die ingaan op het bestaande zorg- en welzijnsaanbod, zoals de AWBZ-gefinancierde zorg en/of activiteiten op het gebied van mobiliteit en aangepast wonen. Deze gegevens zijn (beleids)relevant om via een data-analyse nader in beeld te brengen. Hiermee is het eerder gepresenteerde balansmodel van De Klerk (2004) overigens nog steeds een geschikt uitgangspunt, maar geherdefinieerd vanuit gemeentelijk perspectief.

We vergelijken in het vervolg van onze studie de groep kwetsbare ouderen met het lokale voorzieningenniveau in de gemeente dat zich richt

op deze groep. Op deze wijze krijgen gemeenten inzicht in de balans tussen de lokale omvang van de groep kwetsbare ouderen en de hieruit afgeleide hulpvraag, en het aanbod dat zij momenteel aanbieden. Het expertteam onderschrijft dat een en ander afhangt van de beschikbaarheid van lokale data. De deelnemers zijn het er wel over eens dat dit onderzoek een eerste stap is naar een beter lokaal beeld van de groep kwetsbare ouderen in relatie tot het bestaande voorzieningenaanbod, en hiermee naar verbetering van de sturingsmogelijkheden voor lokale overheden. De bovenstaande discussie leidt tot het volgende, geïntegreerde, onderzoeksmodel:

Figuur 15 Kwetsbare ouderen: zicht op lokale risico's en voorzieningen.



### *Aanbevelingen*

Met de uitkomsten van de expertmeeting dienden we bij het CBS en Vektis (wederom) een verzoek in om de beschikbaarheid van lokale indicatoren in kaart te brengen. Met het literatuuronderzoek in de hoofdstukken 2 en 3, de gevoerde discussie tijdens de expertmeeting en de beschikbaarheid van lokale data zijn we gekomen tot de volgende gegevens die we in een vervolgstap willen combineren:

*Lokale risico's:*

- het percentage 65- en 75-plussers met een laag huishoudeninkomen (laag-middelbaar-hoog);<sup>44</sup>
- het percentage 65- en 75-plussers dat alleenstaand is;
- het percentage 65- en 75-plussers met meerdere chronische aandoeningen.

*Lokale ondersteuning:*

- het percentage 65- en 75-plussers dat AWBZ- of Wmo-gefinancierde thuiszorg heeft ontvangen;
- het percentage 65- en 75-plussers dat AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf ontvangt.

Door deze 'scores' met elkaar in verband te brengen krijgt de gemeente inzicht in de mate waarin de lokale risicofactor afwijkt van het lokale ondersteuningsniveau. Dit is een eerste, belangrijke, stap naar meer inzicht in de omvang van kwetsbare ouderen op gemeentelijk niveau en de beschikbaarheid van lokale voorzieningen. We streven hiermee geen ranglijst na, zoals het Verwey-Jonker Instituut wel doet bij het in kaart brengen van de leefsituatie van kinderen.<sup>45</sup> Eerder streven we naar het aanreiken van lokale gegevens die aanleiding kunnen zijn om verbetertrajecten in te zetten voor het lokale ouderenbeleid. In het volgende hoofdstuk brengen we de beschikbare gegevens definitief in kaart en brengen we deze vervolgens met elkaar in verband.

---

44 We hebben ervoor gekozen om het aandeel 65- en 75-plussers met een laag vermogen niet op te nemen in de uiteindelijke analyses. Onze verwachting is dat deze factor bijzonder correleert met de variabele laag inkomen. Op deze wijze zou de inkomenspositie onevenredig zwaar drukken op de gemeentelijke risicoscores.

45 Zie Steketeer, M. et al. (2010). *Kinderen in Tel Databoek 2010*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

## 5 *Kwetsbare ouderen en lokale ondersteuning*

### 5.1 *Inleiding*

Vanuit de uitkomsten van de expertmeeting informeerden we bij het CBS en Vektis naar de beschikbaarheid van de betreffende lokale data. Een belangrijke voorwaarde is dat de data voor alle gemeenten in Nederland beschikbaar zijn (gemeentelijke indeling per 1 januari 2009). Dit blijkt het geval te zijn.

Via de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) worden de leeftijd en woongemeente (viercijferige postcode) van alle inwoners van Nederland bepaald op 31 december 2008, waarna een selectie is gemaakt van alle personen van 65 en 75 jaar en ouder. Vervolgens zijn gegevens over het inkomen aangekoppeld vanuit het Integrale Inkomensbestand (IIB), het vermogen via het eigenwoningbezit vanuit het Integraal Vermogensbestand (IVB) en gegevens over gebruik van Wmo en AWBZ uit bestanden van het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Onder een laag huishoudeninkomen verstaan we een inkomen onder 105 procent van het beleidsmatig minimuminkomen. Personen in institutionele huishoudens (zoals een bejaardentehuis) zijn hierbij niet meegenomen. Gebruik van Wmo en AWBZ hebben betrekking op de thuiszorg en zorg met verblijf. Het percentage ouderen met meerdere chronische aandoeningen is becijferd als het aantal personen van 65 en 75 jaar en ouder per gemeente met twee of meer Farmaceutische Kostengroepen (FKG's) in 2009. De FKG's berusten op het gebruik van extramuraal geleverde geneesmiddelen in het recente verleden. We onderscheiden twintig verschillende FKG's.<sup>46</sup> Verzekerden zijn in meerdere FKG's tegelijk in te delen.

---

<sup>46</sup> De FKG's zijn: glaucoom, schildklier-aandoeningen, psychische aandoeningen, hoog cholesterol, diabetes type IIb, CARA, diabetes type IIa, epilepsie, ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa, hartaandoeningen, reuma, parkinson, diabetes type I, transplantaties, cystic fibrosis / pancreas, aandoening van hersenen / ruggenmerg, kanker, hiv/ aids, nieraandoeningen en groeihormonen.

Er is gebruik gemaakt van twee verschillende databestanden om de gegevens te verzamelen. Allereerst biedt het Farmacie Informatiesysteem (FIS) informatie over het geneesmiddelengebruik van alle verzekerden in Nederland. Deze informatie wordt op declaratieniveau vastgelegd en bevat naast gegevens over de voorgeschreven geneesmiddelen ook informatie over de voorschrijver, afleveraar en verzekerde. Ten tweede is gebruik gemaakt van het informatiesysteem BASIC. De BASIC-database registreert op verzekerdeniveau de schadegegevens per verstrekking. Tevens wordt van alle verzekerden een aantal verzekerdenkenmerken vastgelegd.

Met vier indicatoren die de lokale risico's indiceren en twee indicatoren die het lokale ondersteuningsaanbod weergeven (zie hoofdstuk vier), zijn we aan de slag gegaan.

We hebben besloten om de indicatoren voor kwetsbaarheid en het lokale voorzieningenniveau te wegen met landelijke gegevens (zie paragraaf 5.2). We hebben daarom tevens gebruik gemaakt van de gegevens van het Algemeen Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) om de lokale gegevens op een dusdanige wijze te wegen dat we een betrouwbare uitspraak kunnen doen over de door ons gebruikte termen 'risicoscore', 'voorzieningscore' en uiteindelijk 'balansscore' op gemeentelijk niveau.

Het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO)<sup>47</sup> is een vierjaarlijks onderzoek. Het heeft tot doel inzicht te verkrijgen in de mate waarin Nederlandse huishoudens, alsmede alle personen van zes jaar of ouder binnen deze huishoudens, gebruik maken van sociale en culturele voorzieningen van zeer uiteenlopende aard. Het onderzoek wordt 'aanvullend' genoemd omdat de informatie - naar onderwerp en/of naar detaillering - complementair is op informatie uit andere bronnen. Het onderzoek is in 2007 door het CBS uitgevoerd op verzoek van en in samenwerking met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Het onderzoek kent twee fases. De eerste fase betreft het afnemen van een huishoudvragenlijst die iemand uit de huishoudkern (degene die alles regelt in het huishouden of zijn/haar partner) beantwoordt. Deze vragenlijst (de zogenaamde huishoudenvragenlijst) wordt face-to-face afgenomen (CAPI). De huishoudenvragenlijst werft voor de tweede fase van het onderzoek, waarin ieder lid van het huishouden van zes jaar of ouder een schriftelijke vragenlijst invult (PAPI).

---

47 Zie <http://www.scp.nl/content.jsp?objectid=default:18419>

In de AVO hebben we gebruik gemaakt van de huishoudensweegfactor omdat de uitspraken over zorg altijd gaan over ‘iemand in het huishouden’ (of het nu een eenpersoons- of een meerpersoonshuishouden betreft). Met toepassing van deze weegfactor geeft de AVO uiteindelijk informatie over bijna zeven miljoen huishoudens in Nederland.

## 5.2 *Methode en operationalisering*

Met de AVO kunnen we bepalen welk gedeelte van de ouderen kwetsbaar is. De AVO-gegevens relateren we vervolgens aan de beschikbare gegevens op lokaal niveau, waarbij we vanuit de landelijke gegevens een weging toepassen op de lokale gegevens die resulteert in een betrouwbare schatting van het percentage kwetsbare 65- en 75-plussers per gemeente, de ‘risicoscore’. We hebben ervoor gekozen om onze lokale data te wegen met behulp van de AVO omdat wij verwachten dat er verschillen bestaan in de invloed van afzonderlijke factoren op de mate van kwetsbaarheid. Zo valt te verwachten dat een slechte gezondheid een grotere impact heeft op de mate van kwetsbaarheid dan het alleenstaand zijn.

Daarnaast wordt het lokale voorzieningenniveau<sup>48</sup> bepaald en gerelateerd aan de maten die we hiervoor beschikbaar hebben op lokaal niveau. Ook hiervoor maken we gebruik van de gegevens over zorggebruik uit de AVO. Vervolgens passen we weer een weging toe op de lokale gegevens, die resulteert in een betrouwbare schatting van het percentage 65-plusser en 75-plussers dat zorg gebruikt per gemeente, de ‘voorzieningscore’. De redenering is als volgt: aangezien wij ‘slechts’ de beschikking hebben over twee indicatoren van zorggebruik is het goed voorstelbaar dat onze data tot een onderschatting leiden van het zorggebruik. Hiertoe vergelijken we de AVO-score met de score op het gecombineerde zorggebruik (thuiszorg en/of verblijf in een instelling).

Kwetsbaarheid definieert de AVO in eerste instantie vanuit beperkingen die mensen ondervinden (op verschillend gebied) en vanuit de fysieke gesteldheid van mensen. Voor het definiëren van kwetsbaarheid is gebruik gemaakt van zeventien variabelen uit de AVO. Het gaat om variabelen die direct uiting geven aan kwetsbaarheid, zoals het hebben van een slechte of

---

48 In het vervolg afwisselend aangeduid met de term ‘zorggebruik’.



zeer slechte gezondheid, het ervaren van meerdere ADL-beperkingen, sterk belemmerd zijn door een langdurige aandoening, het in het bezit hebben van verschillende gehandicaptenvoorzieningen en hulpbehoefendheid bij huishoudelijke activiteiten door gezondheidsproblemen.

Zorggebruik definiëren we vanuit het gebruik van formele zorg; informele zorg is hierin niet meegenomen.

Het formele zorggebruik is gebaseerd op twaalf variabelen uit de AVO. Het betreft vragen of personen hulp krijgen van een zorginstelling voor verpleging en verzorging, of er een indicatie is voor de hulp van een zorginstelling als thuiszorg, wijkverpleging of ziekenhuis van het CIZ of de Wmo, of er een indicatie is voor hulp van een particulier verzorgende, of ze hulp krijgen van een woonvoorziening, of ze een indicatie voor hulp van een woonvoorziening hebben, of ze een indicatie voor de hulp van andere hulpverleners van het CIZ of de Wmo hebben, of ze hulp bij persoonlijke verzorging krijgen, of ze hulp van een verpleegkundige krijgen en of ze een persoonsgebonden budget krijgen. Kwetsbaarheid en zorggebruik scoren als iemand op één van de variabelen 'ja' 'aanwezig' of 'slecht of zeer slecht' (gezondheid) scoort.

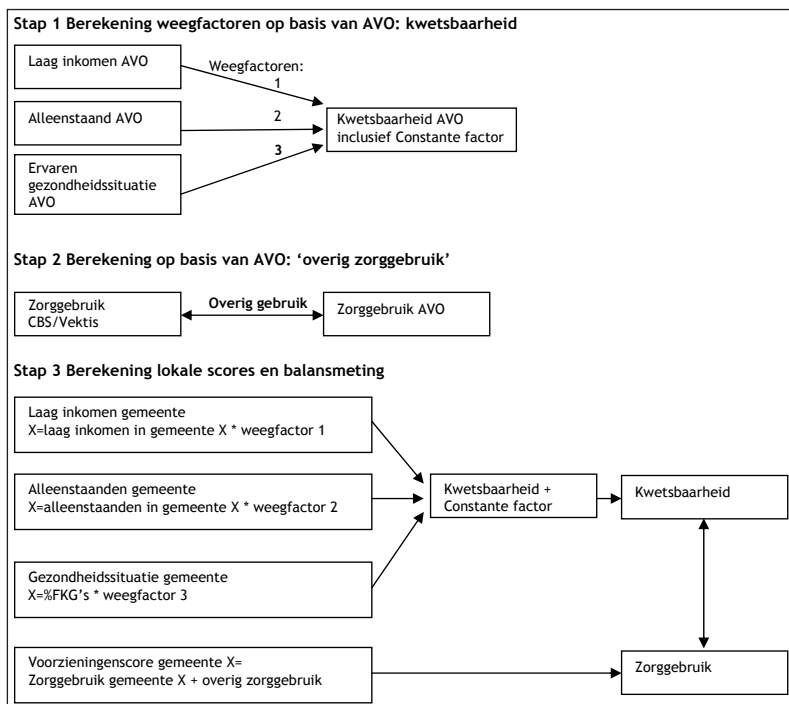
De weegfactoren stellen we vast door regressieanalyses toe te passen op de AVO-gegevens. Op de afhankelijke variabele kwetsbaarheid regresseren we de verklarende variabelen 'laag inkomen' en 'alleenstaand zijn'. Voor onze derde centrale variabele gebruiken we een combinatie van de ervaren slechte gezondheid en beperkingen vanwege gezondheid op de te verklaren kwetsbaarheid. De zo gevonden regressiecoëfficiënten vormen onze uiteindelijke weegfactoren. Wat de zorgscore betreft vergelijken we de gecombineerde score (thuiszorg en/of verblijf in een instelling) met de AVO-score. Het verschil vatten wij op als 'overig' zorggebruik en zullen we optellen bij de afzonderlijke gemeentelijke zorgscores.

We zijn vooral geïnteresseerd in de mate waarin de lokale risicoscore overeenkomt met de lokale ondersteuningsscore. Met andere woorden: deze verhouding geeft aan in hoeverre het (professionele) lokale ondersteuningsniveau (zorggebruik vanuit Wmo en AWBZ) aansluit bij de lokale zorgbehoefte. Dit stelt ons in staat om tussen gemeenten een onderscheid aan te brengen naar lokale risico's en het lokale ondersteuningsaanbod. Het uiteindelijke doel is het in beeld krijgen van de relatie tussen beiden. Bijvoorbeeld: als blijkt dat een gemeente hoog 'scoort' op het lokale risico-niveau, dan mogen we verwachten dat deze eveneens bovengemiddeld 'scoort' als het gaat om het lokale ondersteuningsaanbod.

In de volgende paragraaf zien we in hoeverre dit voor gemeenten het geval is. Hierbij brengen we - zoals gezegd - wegingen aan via de AVO.

Ter verduidelijking vatten we hieronder onze methodische aanpak samen.

Figuur 16 Analyseaanpak lokale scores



### 5.3 Resultaten

Zoals gemeld gebruiken we de AVO 2007 om uiteindelijk het zorggebruik en de risico's te bepalen. De resultaten hebben in eerste instantie betrekking op de groep 65-plussers (zie bijlage 2 voor de gemeentelijke percentages per afzonderlijke indicator voor 65-plussers). In een tweede stap richten we ons blikveld tevens op personen van 75 jaar en ouder.

### *Kwetsbare ouderen en zorggebruik*

Vanuit de definitie volgens de AVO-gegevens kunnen we stellen dat van de 65-plussers 42,7% te beschouwen is als kwetsbaar en dat 32,6% van de 65-plussers gebruik maakt van formele zorg.

Voor de 75-plussers zijn deze percentages als volgt: 54,3% is te beschouwen als kwetsbaar en 51,8% maakt gebruik van formele zorg. Deze getallen dienen als basis voor het berekenen van de lokale situatie in alle gemeenten in Nederland.

Het bestand dat we gebruiken voor de lokale situatie bevat zoals gemeld gegevens over (een gedeelte van) het zorggebruik, lichamelijke beperkingen, financiële situatie en huishoudensituatie. Zoals eerder gezegd wordt kwetsbaarheid bepaald door lichamelijke beperkingen, de financiële situatie en de huishoudensituatie.

Vanuit de AVO, waarin al deze variabelen eveneens voorkomen, kunnen we bepalen wat de bijdrage van de variabelen lichamelijke beperkingen, financiële situatie en huishoudensituatie is op onze variabele kwetsbaarheid. Door regressieanalyse kunnen we vaststellen dat lichamelijke beperkingen de belangrijkste voorspeller voor kwetsbaarheid is, op ruime afstand gevolgd door huishoudensituatie (alleenstaand) en op nog grotere afstand gevolgd door de financiële situatie (laag inkomen). Er blijft natuurlijk een gedeelte onverklaard vanuit deze factoren. Vanuit de waarden in de regressievergelijking passen we een weging toe op de variabelen lichamelijke beperkingen, financiële situatie en huishoudensituatie. Daarbij tellen we per gemeente een constante factor (onverklaarde variantie) op. Dit levert uiteindelijk per gemeente het percentage kwetsbare 65- en 75-plussers op.

Voor het zorggebruik passen we een iets andere waarde toe, aangezien het werkelijke zorggebruik (volgens de AVO) iets hoger is dan het geïndiceerde zorggebruik dat we in de lokale bestanden vinden. Ook hierbij tellen we een constante factor op, omdat er geen duidelijke relatie bestaat tussen geïndiceerd zorggebruik en overig zorggebruik. We gaan er dus op lokaal niveau vanuit dat de factor 'overig zorggebruik' overal gelijk is.

In onze berekening maken we dus gebruik van een berekende onderbouwde schatting plus een constante factor. Natuurlijk zal in werkelijkheid deze constante factor in alle gemeenten verschillend zijn. Vanwege het feit dat we geen aanvullende informatie over deze constante hebben, moeten we hem echter wel als zodanig meenemen. Dit betekent dat de werkelijke waarden in alle gemeenten in werkelijkheid net iets anders kunnen zijn dan

de hier gepresenteerde waarden. Wij gaan ervan uit dat de hier gepresenteerde waarden de werkelijkheid zo betrouwbaar mogelijk (vanuit de beschikbare gegevens) weergeven.

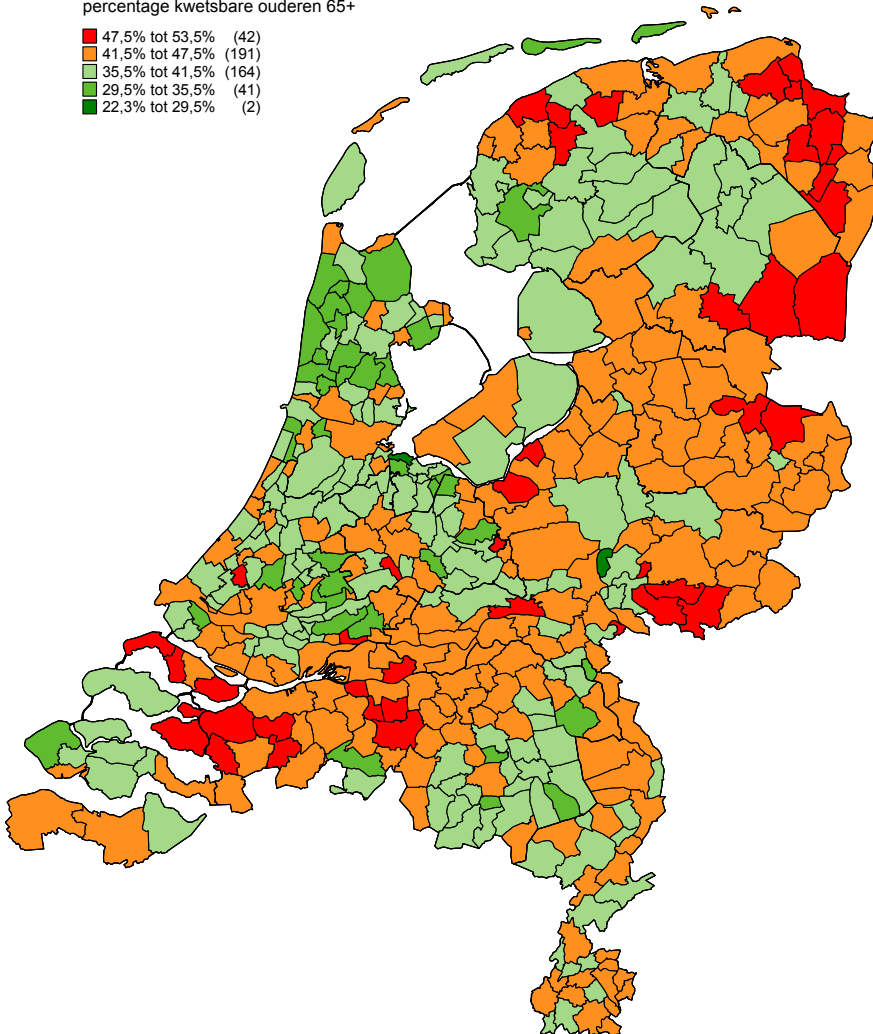
### *Lokale risico's en zorggebruik (65-plussers)*

In de onderstaande kaart zien we het beeld van de kwetsbare ouderen (65-plussers) in alle gemeenten in Nederland. We zien relatief veel kwetsbare ouderen in Oost-Groningen, Zuidoost-Drenthe, Noord-Friesland, Gelderland, Zuidoost-Overijssel en West-Brabant. De 'groene' regio's met relatief weinig kwetsbare ouderen vinden we vooral in Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht, Oost-Brabant en Midden-Friesland.

Kaart 1 Percentage kwetsbare ouderen 65+ per gemeente 2009.

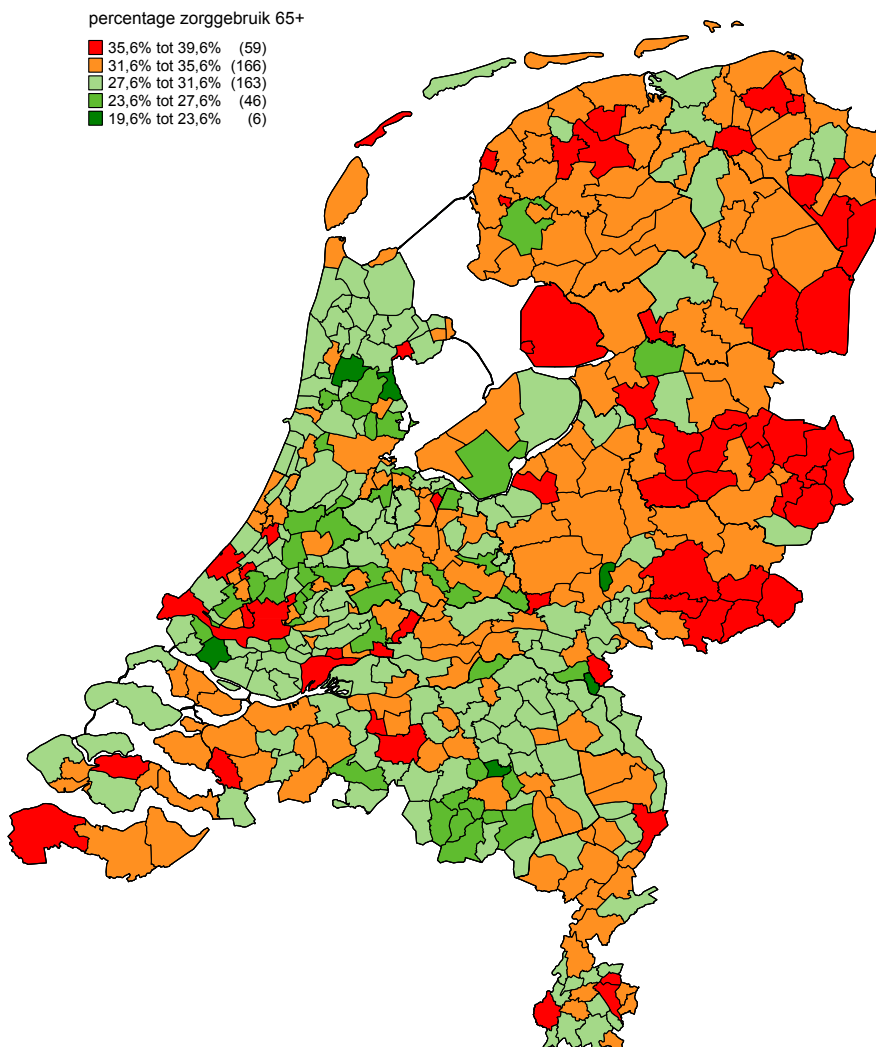
percentage kwetsbare ouderen 65+

- 47,5% tot 53,5% (42)
- 41,5% tot 47,5% (191)
- 35,5% tot 41,5% (164)
- 29,5% tot 35,5% (41)
- 22,3% tot 29,5% (2)



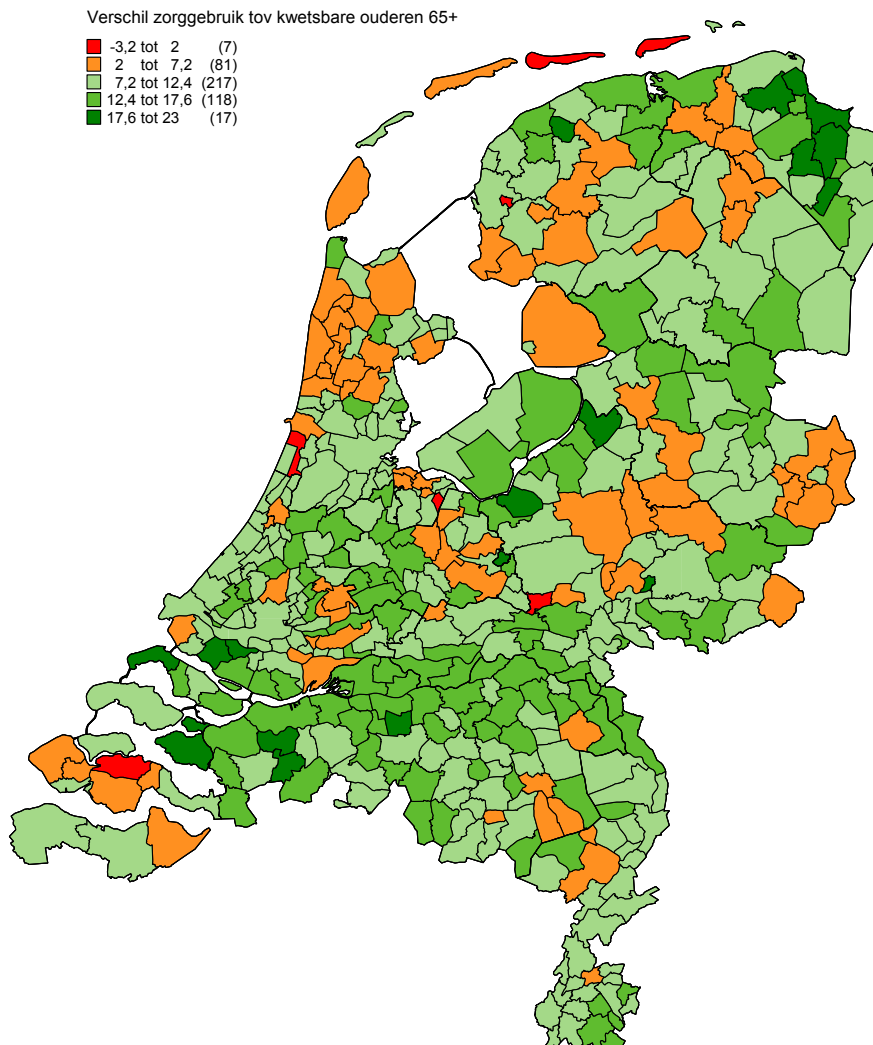
Als we vervolgens kijken naar het zorggebruik zien we het volgende beeld (kaart 2) van alle gemeenten in Nederland. Ook hier zien we regio's als Oost-Groningen, Zuidoost-Drenthe, Noord-Friesland, Gelderland, Zuidoost-Overijssel met een hoog percentage zorggebruik onder de 65-plussers, maar eveneens grote steden als Rotterdam en Den Haag. Een relatief laag zorggebruik zien we vooral in Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Oost-Brabant.

Kaart 2 Percentage zorggebruikers 65+ per gemeente 2009.



Het wordt natuurlijk pas interessant als we bovenstaande gegevens met elkaar vergelijken, zodat we de vraag kunnen beantwoorden of in een regio met relatief veel kwetsbare ouderen het zorggebruik onder de ouderen ook hoger is. Dit geeft de volgende kaart weer.

Kaart 3 Kwetsbare ouderen min zorggebruikers 65+ per gemeente 2009.



Drie regio's vallen op in deze kaart: Oost-Groningen, West-Brabant en Noord-Holland. De eerste twee omdat daar het percentage kwetsbare ouderen relatief het hoogst is maar het zorggebruik in verhouding tot het percentage kwetsbare ouderen relatief laag is. In Noord-Holland is het omgekeerde het geval: hier is het percentage kwetsbare ouderen relatief laag, maar in verhouding is het zorggebruik hoog. Er is maar één gemeente met een negatieve balansscore en dat is Laren (-3,2) en twee gemeenten met een balansscore lager dan 1: Ameland en Wageningen (resp. 0,93 en 0,85). Verder zijn er vier gemeenten met een balansscore hoger dan 20, namelijk Leeuwarderadeel, Rucphen, Halderberge en Goedereede. In deze gemeenten is de omvang van de groep kwetsbare 65-plussers aanzienlijk hoger dan het lokale zorggebruik.



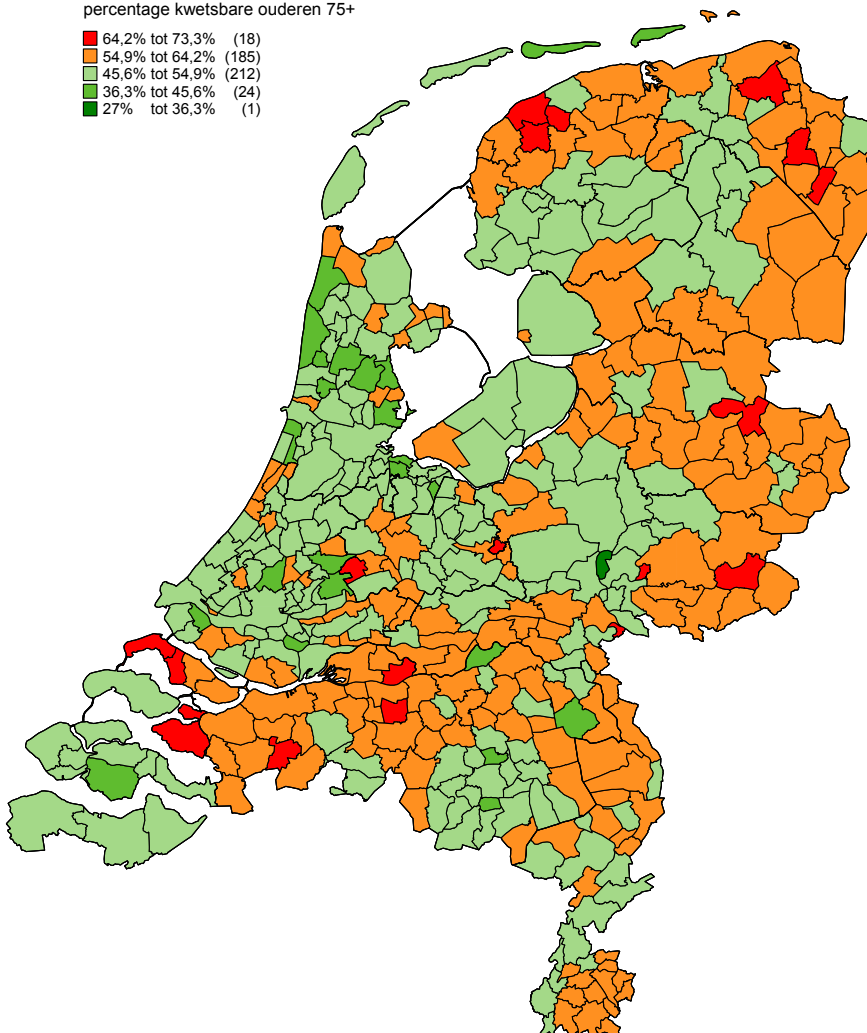
### *Lokale risico's en zorggebruik (75-plussers)*

Hieronder geven we het beeld onder de 75-plussers weer, op dezelfde manier als hierboven voor de 65-plussers. Zoals paragraaf 5.3 reeds meldde is het percentage kwetsbaren onder de 75-plussers hoger dan onder de 65-plussers, het zorggebruik neemt echter veel meer toe, tot boven de 50% onder de 75-plussers. Als eerste laten we weer de kaart zien met het percentage kwetsbare 75-plussers in alle gemeenten in Nederland.

Kaart 4 Percentage kwetsbare ouderen 75+ per gemeente 2009.

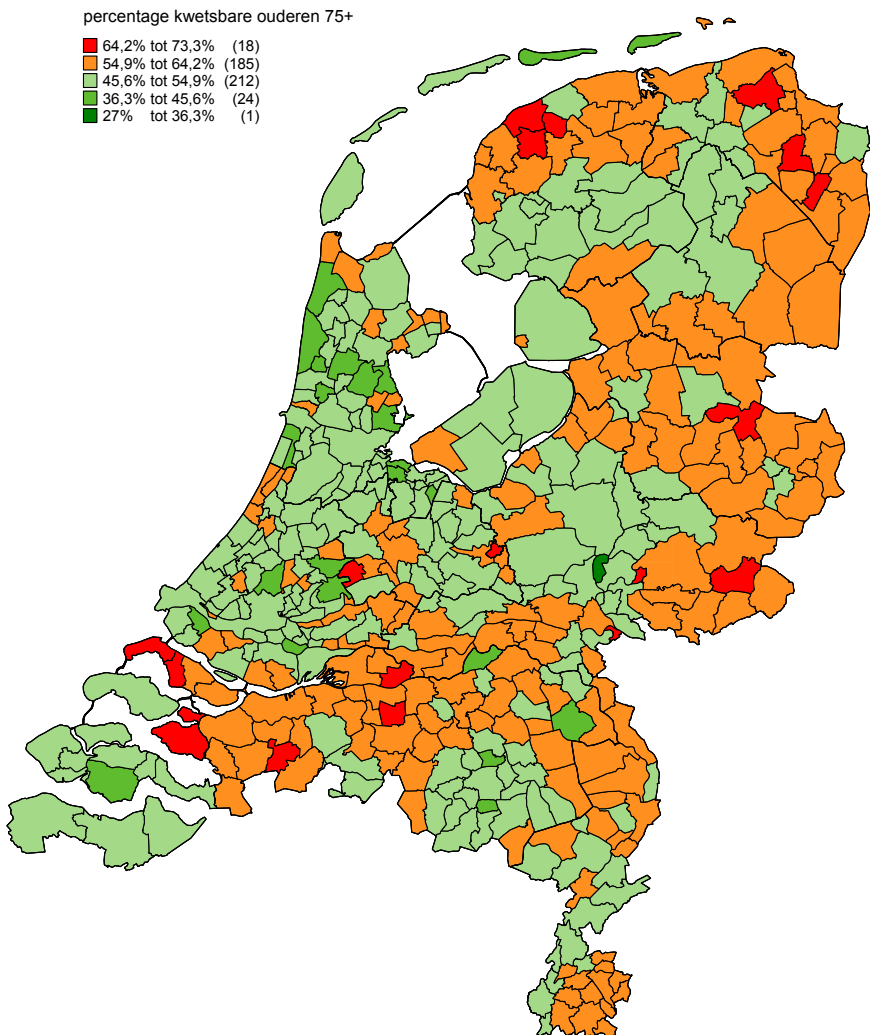
percentage kwetsbare ouderen 75+

- 64,2% tot 73,3% (18)
- 54,9% tot 64,2% (185)
- 45,6% tot 54,9% (212)
- 36,3% tot 45,6% (24)
- 27% tot 36,3% (1)



Dit beeld lijkt veel op het beeld onder de 65-plussers. Dus we zien relatief veel kwetsbare ouderen in Oost-Groningen, Zuidoost-Drenthe, Noord-Friesland, Oost-Gelderland, Zuidoost-Overijssel en West-Brabant. De regio's met relatief weinig kwetsbare ouderen vinden we vooral in Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht, Oost-Brabant, Midden-Gelderland en Zeeland.

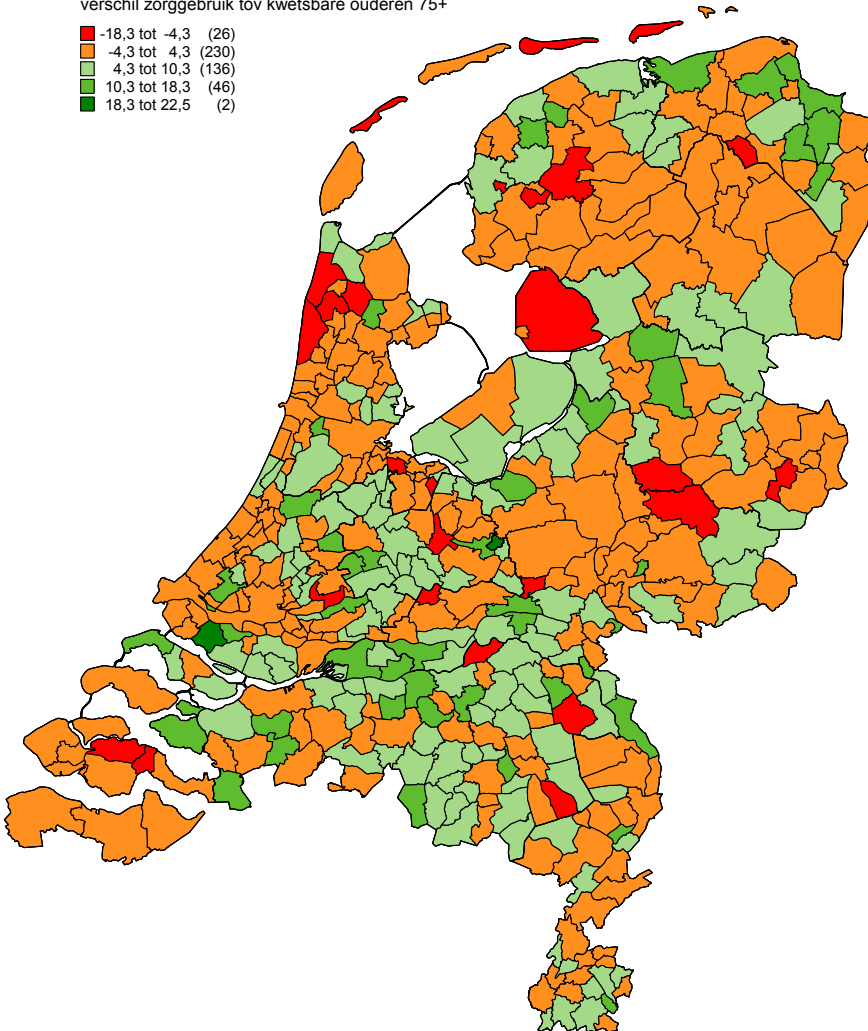
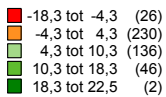
Kaart 5 Percentage zorggebruikers 75+ per gemeente 2009.



De kaart met het zorggebruik laat een iets meer gevarieerd beeld zien. Een aantal gebieden zien we nog altijd rood oplichten, zoals Zuidoost-Drenthe, Oost-Overijssel en Zuidoost-Gelderland, in andere gebieden zien we meer variëteit, zoals Oost-Groningen, West-Brabant en Noord-Holland.

Kaart 5 Kwetsbare ouderen min zorggebruikers 75+ per gemeente 2009.

verschil zorggebruik tov kwetsbare ouderen 75+



Wanneer we de gegevens met elkaar vergelijken (kaart 6) zien we een tamelijk gevarieerd beeld. Wat als eerste opvalt in vergelijking met de 65-plussers, is de range van de scores (het verschil tussen de hoogste en laagste score). Bij de 65-plussers is dit 26,2 (-3,2 - 23) maar bij de 75-plussers is dit maar liefst 40,8 (-18,3 - 22,5). Het verschil bevindt zich vooral aan de negatieve kant, het positieve maximum is voor beide groepen vrijwel gelijk, maar het negatieve maximum ligt bij de 75-plussers ruim 15 punten lager (-3,2 tegenover -18,3).

Bij de laagste balanscores zien we dezelfde gemeenten terug als bij de 65-plussers, namelijk Ameland, Schiermonnikoog (bij de 65-plussers direct achter Ameland), Laren en Wageningen. Bij de 75-plussers vinden we nog maar één gemeente met een balansscore hoger dan 20, namelijk Scherpenzeel, en drie gemeenten met een balansscore hoger dan 17: Bernisse, Meerlo-Wanssum en Staphorst.

Relatief de meeste gemeenten met een positief (groen) verschil zien we in Noord-Brabant en Limburg. De meest ongunstige situatie vinden we in gemeenten in Oost-Overijssel: hoog risico, hoog zorggebruik en hoog negatief verschil tussen beide. Ook West-Noord-Holland valt wat dat betreft op: laag risico, hoog gebruik en hoog negatief verschil. Positief in deze zin zien we gemeenten in Midden-Groningen: hoog risico, gemiddeld gebruik en hoog positief verschil tussen beide. Hetzelfde zien we in Noord-Noord-Brabant: hoog risico, gemiddeld tot hoog gebruik en hoog positief verschil tussen beide.

## 5.4 Conclusie

Hoe zijn de bevindingen in dit hoofdstuk te interpreteren? Allereerst willen we (nogmaals) benadrukken dat we niet alle factoren van betekenis mee hebben kunnen nemen in de analyses. De beperkte beschikbaarheid van lokale data staat dit in de weg. Niet meegenomen zijn bijvoorbeeld cijfers over andere vormen van professionele zorg (zoals de reguliere ziekenhuiszorg en huisartsenzorg), en gegevens over mantelzorg en/of de verstrekking van individuele voorzieningen (denk aan rolstoelen, woonvoorzieningen en/of vervoersmogelijkheden) zijn wel meegenomen, maar op lokaal niveau alleen als constante variabele. Maar ondanks dat verwachten we dat de gepresenteerde resultaten genoeg bieden om een discussie op gang te brengen. Een discussie over hoe een gemeentelijke 'disbalans' valt te

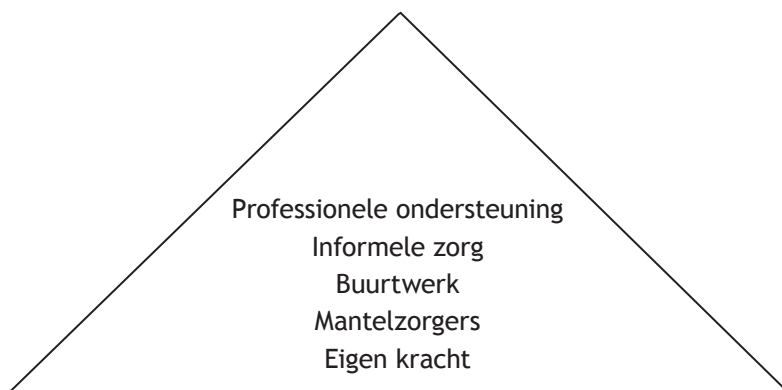
verklaren en of lokale bijsturing vereist is. We hebben immers wel degelijk een aantal indicatoren in het onderzoek kunnen meenemen die in de literatuur bekend staan als indicatoren van een verhoogde kwetsbaarheid van ouderen. Ook hebben we twee gangbare vormen van professionele ondersteuning in het onderzoek gebruikt. Met dit in het achterhoofd hebben we gezien dat op gemeentelijk niveau de lokale risico- en ondersteuningscores niet altijd in balans zijn.

Om de resultaten te kunnen interpreteren sluiten we aan bij het huidige beleidsdenken over (bevordering van) maatschappelijke participatie. Zeker na de invoering van de Wmo in 2007 zoeken (beleids)ambtenaren naar nieuwe manieren om kwetsbare burgers mee te laten doen in de samenleving. In het huidige denken over 'Welzijn Nieuwe Stijl' maar ook in het VNG-project 'De Kanteling' staat de zogenaamde 'eigen kracht' van burgers centraal en wordt de gemeente eerder ondersteuner dan hulpverlener. Anders geformuleerd: gemeenten investeren momenteel zo veel mogelijk in de eigen capaciteiten van burgers en hun sociale omgeving zodat zij uiteindelijk een kleiner beroep doen op de overheid en/of hulpverlenende instanties. Het gaat hierbij veel eerder om de vraag: wat hebben burgers nodig om te kunnen participeren zonder dat ze direct terugvallen op de overheid? Deze gedachte sluit aan bij de wensen van burgers en beantwoordt aan de roep om een efficiënte en slagvaardige overheid.<sup>49</sup> Als we deze denkwijze doortrekken naar onze bevindingen dan zijn het vooral de gemeenten met relatief 'groenere', positieve balanscores die het momenteel goed lijken te doen. Immers, de professionele ondersteuningsvraag is in deze gemeenten lager in verhouding tot de lokale risicofactor. Pas wanneer burgers niet in staat zijn om met de geboden ondersteuning - bijvoorbeeld via informele zorg, welzijnswerk voor ouderen en/of mantelzorg - deel te nemen aan de samenleving, is er het gemeentelijke vangnet in de vorm van professionele ondersteuning waar ze op kunnen terugvallen (zie figuur 17).

---

49 Vergelijk RMO (2006). *Verskil maken*. Amsterdam: RMO.

Figuur 17 Ondersteuningspiramide.



Het bovenstaande impliceert dat gemeenten met meer positieve balanscores mogelijk effectiever en/of efficiënter zijn in de lokale ondersteuning van het maatschappelijke middenveld en de kwetsbare ouderen. Het is immers logisch te veronderstellen dat een goede ondersteuning van vrijwillige inzet en mantelzorg tegemoetkomt aan een deel van de lokale zorgvragen van ouderen. Hetzelfde geldt voor een goede organisatie van het welzijnswerk voor ouderen. We vinden een relatief hoog lineair verband tussen de balanscores en de risicoscores (.68). Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat de gemeenten met hogere risicoscores hun doelgroepen beter weten te bedienen omdat deze meer zichtbaar zijn. De gemeenten met een lagere balansscore zijn mogelijk in staat om de professionele ondersteuningsvraag van ouderen tot op zekere hoogte terug te dringen. Zij kunnen dit doen via stimulering van het zelforganiserend vermogen van burgers, het welzijnswerk, via een goede match tussen vraag en aanbod van aangepaste woningen en/of via de informele zorg.

Zoals gezegd: voorzichtigheid bij het trekken van definitieve conclusies is zeker geboden. Desalniettemin bieden de in dit onderzoek gepresenteerde gegevens gemeenten de mogelijkheid om (intern en met elkaar) discussie te voeren over de (interpretatie van) door ons gevonden resultaten. Dit maakt eventuele bijstelling van de dienstverlening mogelijk. Want dat ouderen de juiste ondersteuning moeten ontvangen is wat telt.



## 6 *Conclusie*

Diverse ontwikkelingen in de samenleving, zoals de vergrijzing en de stijgende levensverwachting, leiden ertoe dat het aantal mensen boven de 65 jaar toeneemt. Hiermee nemen ook de kansen op gezondheidsproblemen en de behoefte aan lokale voorzieningen toe. De verschillende ontwikkelingen die van invloed zijn op de landelijke omvang van de groep ‘kwetsbare’ ouderen hebben we in hoofdstuk 2 op een rij gezet. Zo is de algemene verwachting dat het gebruik van de thuis- en institutionele zorg en verpleging in de komende decennia stijgt.<sup>50</sup>

Aangezien het Wmo-beleid van gemeenten zich voor een belangrijk deel richt op de positie van kwetsbare ouderen is inzicht nodig in de omvang van deze groep op gemeentelijke niveau. Zoals uit onze verkenning van de beschikbare literatuur en het cijfermateriaal blijkt weten we hier echter nog maar betrekkelijk weinig van (zie ook hoofdstuk 3). Vanuit een aantal beschikbare gegevens hebben we een poging gedaan de lokale omvang van de groep ‘kwetsbare’ ouderen beter in beeld te krijgen. De omvang van deze categorie kunnen we echter niet los zien van het lokale voorzieningenniveau voor ouderen met een hulpvraag. Dit betekent dat we op zoek zijn gegaan naar indicatoren die zowel de kwetsbare ouderen als het bestaande voorzieningenniveau op gemeentelijk niveau inzichtelijk maken. Vanuit literatuuronderzoek en een expertmeeting selecteerden we uiteindelijk drie centrale indicatoren die aan onze eisen voldoen en in de bestaande databestanden beschikbaar zijn. Deze zijn besproken in de hoofdstukken 4 en 5.

Door de lokale risicoscore in verband te brengen met de lokale ondersteuningscore als het gaat om kwetsbare ouderen, stelden we in hoofdstuk 5 een balansscore samen. Deze score laat zien in welke mate de lokale professionele zorgondersteuning en het lokale risico op ‘kwetsbaarheid’ met elkaar in balans zijn op gemeentelijk niveau. Dit is zeker niet altijd het geval.

---

50 Jonker, J.-J., Sadiraj, K., Woittiez, I., Ras, M. & Morren, M. (2007). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. Den Haag: SCP.



### *Tot besluit*

De hamvraag is nu: hoe komt het dat bepaalde gemeenten het beter lijken te doen dan andere? Met 'beter doen' bedoelen we dat burgers en maatschappelijke organisaties in bepaalde gemeenten mogelijk initiatieven ontplooiën waardoor kwetsbare ouderen langer in staat zijn om voor zichzelf te zorgen en minder beroep doen op lokale voorzieningen. In vervolgonderzoek zullen we met diverse gemeenten in gesprek gaan om de bevindingen aan nadere, kwalitatieve, analyses te onderwerpen. Ons einddoel is het blootleggen van succesfactoren en randvoorwaarden om de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen te bevorderen.

## *Literatuur*

Beer, P. de, (2008). Arbeid en inkomen van ouderen: de toekomst ziet er rooskleurig uit!, *Geron*, 10(4): 18-21.

Bergh J. van den, Timmermans, J.M., Hoeymans, N. & Woittiez, I.B. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Bilthoven: RIVM.

Boer, A. de, (2006). *Rapportage ouderen 2006*. Den Haag: SCP.

Campen, C. van (ed., 2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

Campen, C. , Ras, M. en Den Draak, M. (2011). Raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030, in: Campen, C. van, (ed., 2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

Duin, C. van, (2009). *Bevolkingsprognose 2008-2050*. Den Haag: CBS.

Draak, M. den, en Van Campen, C. (2011). Kwetsbare ouderen in Nederland, in: Van Campen (ed., 2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.

Gameren, E. van, Stevens, J., Woittiez, I, Kok, L. & Sadiraj, K. (2005). Zelfstandig wonen door ouderen: wensen en mogelijkheden, *TSG*, 83(8): 479-484.

Garssen, J. en Van Duin, C. (2007). Grijs druk zal verdubbelen. *Sociaal-economische trends, 2<sup>e</sup> kwartaal 2007*. Den Haag: CBS.

Gobbens, R., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, M. en Schols, J. (2007). Fragiele ouderen: de identificatie van een risicovolle populatie, *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38: 65-76.

Gobbens, R., Van Assen, M., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, M. en Schols, J. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties, *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5): 344-355.

Hogan, D., MacKnight, C. en Bergman, H. (2003). Models, definitions and criteria for frailty, *Aging Clin Exp Res*, 15(3): 1-29.

- Hoeymans, N. (2009). Maatschappelijke participatie bij ouderen, *TPEdigi-taal*, 3(2): 53-66.
- Jong, A. de, (2005). Bevolkingsprognose 2005-2050: maximaal 17 miljoen inwoners, *Bevolkingstrends*, 1: 12-18.
- Jonker, J.-J., Sadiraj, K., Woittiez, I., Ras, M. & Morren, M. (2007). *Verklaringmodel verpleging en verzorging 2007*. Den Haag: SCP.
- Klerk, M. de, (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.
- Knipscheer, K. (2006). *De uitdaging van de tweede adolescentie*. Amsterdam: VU.
- Nederland, T., Stavenuiter, M. & Wentink, M. (2007). *Verborgene armoede*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- NOOM (2009). *Bagaimana - hoe gaat het? Een verkenning van kwetsbaarheid bij oudere migranten*. Utrecht: NOOM
- Penninx, K. (2005). *Kwetsbare ouderen in beeld*. Utrecht: NIZW Zorg.
- RMO (2006). *Verschil maken*. Amsterdam: RMO.
- Seeman, T. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults, *American Journal of Health Promotion*, 14: 362-370.
- Steketee, M. et al. (2010). *Kinderen in Tel Databoek 2010*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vrooman, C., Hoff, S., Otten, F. & Bos, W. (2007). *Armoedemonitor 2007*. Den Haag: SCP.
- VWS (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: VWS.
- Wingen en Otten (2009). Sociaal-economische status en verschillende gezondheidsaspecten van ouderen, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 87(3): 109-117.

## *Bijlage 1 Overzicht tabellen en figuren*

### *Tabellen*

1. Zelfstandig wonende 55-plussers naar zorgproblemen en beschikbare hulpbronnen, 2003
2. Type aandoeningen vanaf 65 jaar en ouder, 2007
3. Prevalentie van ziekten onder 65-plussers, 2020
4. Gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg onder 65-plussers, 2020
5. Netto maandhuishoudeninkomen van 65-plussers, 2000-2020
6. Schematisch overzicht bevindingen
7. Aantal 65-plussers naar provincie, 2009
8. AWBZ-zorg met verblijf naar leeftijd en provincie, 2008
9. AWBZ-zorg zonder verblijf naar leeftijd en provincie, 2007
10. Lokale databronnen en indicatoren

### *Figuren*

1. Bevolking naar leeftijd, 1960-2009
2. Afbakening begrip 'kwetsbare' ouderen
3. Ervaren algemene gezondheidstoestand naar leeftijdsklasse, 2000-2009
4. Ervaren 'ADL-beperkingen' naar leeftijdsklasse, 2000-2009
5. Ervaren psychische gezondheid naar leeftijdsklasse, 2001-2009
6. Voorgescreven medicijngebruik naar leeftijdsklasse, 2000-2009
7. Bezit van hulpmiddelen vanaf 65 jaar en ouder, 2001-2009
8. Ziekenhuisopname naar leeftijd, 2000-2009
9. AWBZ-zorg met verblijf, 2004-2008
10. AWBZ-zorg zonder verblijf, 2004-2007
11. Gestandaardiseerd inkomen naar leeftijd, 2008
12. Huishoudensituatie naar leeftijd, 2009
13. De 'grijze druk' in Nederland, 1950-2050
14. Ouderen vanaf 65 jaar en ouder per gemeente, 2009
15. 'Kwetsbare' ouderen: zicht op lokale risico's en voorzieningen
16. Analyseaanpak lokale scores
17. Ondersteuningspiramide



## Bijlage 2

### Percentages per indicator, per gemeente (65-plussers)

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Aa en Hunze	27	6	30	18	8	12,3
Aalburg	27	7	41	20	7	16,3
Aalsmeer	28	5	47	14	7	10,8
Aalten	29	6	40	22	8	14,6
Abcoude	31	6	26	15	3	10,5
Achtkarspelen	30	8	43	21	7	14,3
Alblasserdam	31	4	60	21	6	11,5
Albrandswaard	25	4	51	13	10	10,5
Alkmaar	36	8	57	20	9	11,5
Almelo	33	11	56	25	8	13,8
Almere	35	10	65	20	5	12,9
Alphen aan den Rijn	32	6	55	17	8	12,7
Alphen-Chaam	23	5	22	16	2	9,7
Ameland	27	7	28	18	8	9,3
Amersfoort	35	6	60	20	9	12,2
Amstelveen	38	5	57	16	7	10,3
Amsterdam	48	16	82	20	9	12,2
Andijk	30	8	41	18	6	12,7
Anna Paulowna	27	9	44	18	3	10,5
Apeldoorn	32	6	50	20	10	12
Appingedam	31	8	64	21	9	16,4
Arcen en Velden	29	7	26	18	2	10,8
Arnhem	37	10	67	19	10	12
Assen	30	5	49	16	11	11,1
Asten	28	7	36	19	7	9,9
Baarle-Nassau	26	9	29	19	5	11,7
Baarn	34	5	39	17	9	11,1
Barendrecht	29	5	49	15	6	10,6
Barneveld	26	6	37	17	8	12,7
Bedum	27	5	40	16	10	12,2

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangsten	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Beek	33	5	33	19	4	11,9
Beemster	29	7	34	16	4	8,4
Beesel	28	7	43	21	5	13,5
Bellingwedde	30	8	35	20	7	14,4
Bergambacht	27	4	39	18	6	9,3
Bergeijk	28	5	21	15	4	10,3
Bergen (L.)	30	9	35	18	5	13
Bergen (NH.)	29	6	32	15	10	9
Bergen op Zoom	33	8	55	20	9	15,1
Berkelland	27	7	39	20	6	13,9
Bernheze	22	5	34	15	10	14,3
Bernisse	25	4	38	11	5	12,8
Best	27	5	35	15	4	12,8
Beuningen	28	7	42	15	8	12,1
Beverwijk	35	5	60	20	8	12,9
Binnenmaas	30	5	46	16	5	11,3
Bladel	24	4	23	14	6	12,2
Blaricum	30	5	31	12	5	9,4
Bloemendaal	29	3	31	13	12	8,6
Boarnsterhim	29	7	40	20	7	10,7
Bodegraven	30	6	39	17	5	12,5
Boekel	24	6	29	16	9	12,6
Bolsward	30	7	51	19	14	11,1
Borger-Odoorn	26	7	36	18	7	12,7
Borne	29	5	42	23	4	11,4
Borsele	28	6	34	17	4	10
Boskoop	28	6	43	15	6	11,2
Boxmeer	27	5	38	15	9	13,8
Boxtel	30	5	47	17	10	13,4
Breda	34	8	51	20	8	12,6
Breukelen	33	5	41	16	6	12,8
Brielle	29	4	45	12	7	9,1
Bronckhorst	27	6	33	22	7	14,3
Brummen	28	4	43	18	5	12,5
Brunssum	34	6	46	22	9	14
Bunnik	26	3	22	13	5	9,8
Bunschoten	26	5	31	15	8	13
Buren	27	6	33	17	6	11,5
Bussum	38	6	46	18	11	11,3

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Capelle aan den IJssel	35	8	65	20	8	12,1
Castricum	29	4	25	15	7	9,6
Coevorden	29	7	41	22	9	15
Cranendonck	25	5	31	15	6	13
Cromstrijen	29	4	47	16	6	13,1
Cuijk	28	7	46	15	5	12,2
Culemborg	33	8	54	18	9	10,6
Dalfsen	26	5	26	17	5	13,7
Dantumadiel	30	7	46	23	10	15,9
De Bilt	36	4	39	17	10	10,7
De Marne	31	8	40	15	9	12,7
De Ronde Venen	27	6	42	14	7	10,6
De Wolden	27	6	30	20	7	13,5
Delft	40	7	70	19	9	13,7
Delfzijl	28	7	49	16	9	16,1
Den Helder	33	5	63	18	8	13,8
Deurne	27	6	41	17	6	12,4
Deventer	33	8	56	22	10	12,6
Diemen	35	8	68	16	8	10,8
Dinkelland	24	5	28	22	7	13
Dirksland	33	6	51	20	8	15,8
Doesburg	31	8	58	20	6	16,3
Doetinchem	31	8	51	23	7	14,7
Dongen	28	7	44	21	9	15,7
Dongeradeel	28	8	42	19	8	14,2
Dordrecht	35	9	62	22	8	11,9
Drechterland	26	6	33	17	6	9,4
Drimmelen	27	5	36	17	7	14,6
Dronten	26	6	43	16	4	12,1
Druten	24	6	48	14	8	14,1
Duiven	30	6	55	20	2	11,8
Echt-Susteren	28	5	34	19	7	12,2
Edam-Volendam	29	4	32	14	8	12,6
Ede	30	5	38	19	8	12,3
Eemnes	30	6	34	14	3	8,8
Eemmond	29	7	44	21	6	13,7
Eersel	26	4	25	14	4	10,2
Eijsden	24	5	25	15	5	11,5



Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Eindhoven	36	8	64	19	8	12,7
Elburg	27	4	40	17	9	13,9
Emmen	31	7	51	23	8	15
Enkhuisen	33	6	53	21	8	12,6
Enschede	37	11	58	24	9	13,2
Epe	29	5	35	18	7	12,4
Ermelo	28	8	41	14	15	13,4
Etten-Leur	31	6	47	17	9	13,1
Ferwerderadiel	28	7	37	17	8	11,4
Franekeradeel	31	8	47	20	9	13,8
Gaasterlân-Sleat	30	7	35	19	7	11,2
Geertruidenberg	29	5	56	19	9	14,9
Geldermalsen	29	6	37	18	7	12,4
Geldrop-Mierlo	32	6	41	16	6	11,6
Gemert-Bakel	27	7	41	18	7	12,2
Gennep	26	6	38	16	9	14,2
Giessenlanden	28	5	37	15	3	9,5
Gilze en Rijen	26	5	47	18	7	13,2
Goedereede	27	5	36	18	6	16,3
Goes	32	6	50	22	10	11,6
Goirle	27	6	38	18	6	13,4
Gorinchem	35	8	71	21	9	13,3
Gouda	33	8	63	20	9	11,6
Graafstroom	24	5	39	15	8	9,8
Graft-De Rijp	25	4	25	15	7	9,3
Grave	26	7	40	14	8	12,1
Groesbeek	27	6	52	17	14	13,6
Groningen	41	10	66	23	10	12,7
Grootevast	26	9	34	18	9	14,6
Gulpen-Wittem	26	5	37	16	6	12,7
Haaksbergen	24	6	41	17	6	13,3
Haaren	23	4	26	12	10	13
Haarlem	39	7	58	17	8	11,4
Haarl.liede en Spaarnwoude	29	5	40	16	4	9,9
Haarlemmermeer	29	6	49	15	7	11,6
Halderberge	26	5	43	16	6	16
Hardenberg	27	6	37	21	6	14,5
Harderwijk	31	7	50	20	6	15

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Hardinxveld-Giesendam	30	4	55	20	8	15,5
Haren	31	4	31	18	11	9,8
Harenkarspel	31	6	31	21	2	9,7
Harlingen	26	9	58	20	10	13,9
Hatterum	27	4	39	16	7	11,6
Heemskerk	30	4	53	16	7	10,9
Heemstede	35	4	38	13	9	11,1
Heerde	27	3	33	19	9	14,2
Heerenveen	33	6	50	19	8	11,9
Heerhugowaard	26	6	41	15	8	11
Heerlen	37	8	61	20	9	13,9
Heeze-Leende	24	4	25	13	6	10,9
Heiloo	28	4	23	15	5	8,5
Helden	23	6	42	16	11	13,2
Hellendoorn	27	5	35	22	8	14,1
Hellevoetsluis	31	7	58	17	7	11,4
Helmond	33	11	59	21	5	11,4
Hendrik-Ido-Ambacht	28	4	48	17	6	10,6
Hengelo	33	7	53	25	6	12,2
het Bildt	32	8	46	21	7	14,5
Heumen	25	5	31	11	5	11,2
Heusden	28	6	36	16	5	13,3
Hillegom	30	5	47	18	10	12,5
Hilvarenbeek	26	6	26	16	6	13,4
Hilversum	35	7	55	17	9	11,3
Hof van Twente	29	6	36	21	7	12,8
Hoogeveen	31	6	45	20	7	15,4
Hoogezand-Sappemeer	30	7	57	20	8	14,4
Hoorn	34	8	54	22	7	12,4
Horst aan de Maas	25	6	33	17	8	13,3
Houten	32	5	54	17	8	12,9
Huizen	34	7	52	16	8	10,9
Hulst	31	7	34	22	6	11,8
IJsselstein	32	6	55	17	8	14,5
Kaag en Braassem	27	6	44	15	4	11,9
Kampen	30	7	50	20	8	14,2
Kapelle	30	4	34	22	5	10,5

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Katwijk	30	6	48	18	8	13,3
Kerkrade	33	6	56	20	9	13,4
Kessel	23	7	36	18	3	12,1
Koggenland	29	6	30	18	5	10,6
Kollumerland en Nieuwkruisland	28	7	41	19	8	14,4
Korendijk	26	5	43	14	7	12,6
Krimpen aan den IJssel	27	5	51	13	7	10,4
Laarbeek	25	6	38	15	7	10,9
Landerd	23	6	34	15	9	14,2
Landgraaf	31	6	45	18	7	13,7
Landsmeer	29	3	38	13	8	10,8
Langedijk	26	6	33	15	6	9,5
Lansingerland	26	5	42	12	7	8,6
Laren	28	3	33	15	17	9,2
Leek	31	6	45	17	9	13,1
Leerdam	31	5	61	21	9	14
Leeuwarden	39	8	56	23	8	13,8
Leeuwarderadeel	25	5	33	18	4	17,1
Leiden	38	10	61	21	9	13,1
Leiderdorp	32	5	49	16	5	10,8
Leidschendam-Voorburg	37	5	54	16	7	10,6
Lelystad	31	10	54	20	7	12,3
Lemsterland	29	11	45	19	6	12,2
Leudal	25	5	26	17	7	11,3
Leusden	29	4	35	16	7	8,9
Liesveld	29	6	46	17	4	11,9
Lingewaal	26	4	43	16	7	12,6
Lingewaard	27	6	40	18	6	12,9
Lisse	32	4	50	17	5	11,8
Lith	23	5	30	14	6	13
Littenseradiel	28	6	34	20	7	12,6
Lochem	26	5	34	19	8	10,2
Loenen	29	5	42	14	8	10,9
Loon op Zand	25	7	48	17	8	15,9
Lopik	26	7	32	14	4	12,4
Loppersum	28	5	41	19	10	17,2
Losser	25	6	37	23	7	13,5

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Maarssen	30	5	50	17	7	13
Maasbree	25	6	31	16	4	11,7
Maasdonk	22	5	36	14	11	13,9
Maasdriel	26	7	43	19	8	14,8
Maasgouw	28	6	32	18	9	12,6
Maassluis	33	7	61	17	7	11,1
Maastricht	35	9	61	20	9	12,8
Margraten	23	5	22	15	5	12,2
Marum	25	5	32	15	8	12,4
Medemblik	29	7	40	19	5	11
Meerlo-Wanssum	25	3	21	15	1	12,5
Meerssen	26	4	30	16	8	12,8
Meijel	24	6	29	17	7	11,4
Menaldumadeel	34	8	36	22	5	13,7
Menterwolde	31	8	51	19	5	15,4
Meppel	31	7	53	20	10	13,5
Middelburg	32	5	46	20	8	10,5
Middelharnis	28	6	60	18	10	14,2
Midden-Delfland	27	5	33	16	3	11,4
Midden-Drenthe	29	6	39	19	7	12,3
Mill en Sint Hubert	23	6	33	17	7	14,2
Millingen aan de Rijn	29	7	53	17	9	15,1
Moerdijk	29	4	49	18	8	14
Montferland	27	7	38	18	7	15,3
Montfoort	30	5	31	16	4	11,8
Mook en Middelaar	28	4	24	12	2	9,8
Moordrecht	28	7	47	13	7	11,9
Muiden	29	5	42	13	5	7,4
Naarden	35	4	33	16	8	9,8
Neder-Betuwe	28	7	48	18	8	15,4
Nederlek	32	5	51	18	8	11,5
Nederweert	25	6	36	16	5	13,3
Neerijnen	29	7	41	18	7	13,4
Niedorp	27	7	35	19	5	9,8
Nieuwegein	31	6	54	16	6	11,8
Nieuwerkerk aan den IJssel	31	6	48	14	5	9,5
Nieuwkoop	25	5	37	12	7	11,4

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangers	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Nieuw-Lekkerland	27	3	52	18	4	12,5
Nijefurd	29	8	37	18	9	10,6
Nijkerk	27	4	38	15	7	12,7
Nijmegen	39	10	64	18	8	12,7
Noord-Beveland	27	7	29	16	7	11,5
Noordenveld	28	5	28	17	6	11,5
Noordoostpolder	30	7	47	22	9	11,6
Noordwijk	32	6	41	18	10	13,2
Noordwijkerhout	31	7	45	17	7	11,7
Nuenen, Gerwen, N. wetten	27	4	21	13	3	10,3
Nunspeet	28	4	37	17	8	13,8
Nuth	25	5	38	17	11	13,5
Oegstgeest	35	4	36	15	9	10
Oirschot	29	5	28	15	8	12,3
Oisterwijk	26	6	35	16	9	13,4
Oldebroek	24	4	36	15	6	14,5
Oldenzaal	29	7	46	23	7	13,8
Olst-Wijhe	27	7	43	20	8	14
Ommen	26	5	32	19	8	12,8
Onderbanken	27	4	34	17	7	13
Oost Gelre	27	6	35	22	9	14,8
Oosterhout	30	6	50	18	6	13,9
Oostflakkee	31	6	57	19	8	15
Ooststellingwerf	30	7	38	18	8	11,3
Oostzaan	29	5	43	15	8	10,7
Opmeer	28	7	30	17	4	12,6
Opsterland	29	7	36	18	7	11,9
Oss	31	7	47	17	5	13,7
Oud-Beijerland	30	5	50	17	8	12,2
Oude IJsselstreek	27	7	40	22	9	16,2
Ouder-Amstel	32	5	55	16	11	11,5
Ouderkerk	29	5	44	17	4	12,9
Oudewater	28	6	40	17	10	14,5
Overbetuwe	27	6	44	16	6	13,2
Papendrecht	29	5	51	16	5	10,8
Pekela	30	8	46	20	7	16,3
Pijnacker-Nootdorp	26	4	37	13	6	10,4
Purmerend	33	8	60	19	7	13

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Putten	27	5	32	16	7	15,4
Raalte	29	7	41	21	9	12,7
Reeuwijk	28	5	34	14	5	9,2
Reiderland	31	9	49	18	9	13,6
Reimerswaal	30	7	45	18	9	12,8
Renkum	34	5	42	17	10	10
Renswoude	30	5	34	18	2	12,4
Reusel-De Mierden	27	5	25	17	6	14
Rheden	32	5	50	17	10	10,7
Rheden	28	6	37	16	3	10,5
Ridderkerk	30	4	60	18	6	12
Rijnwaarden	27	7	47	18	8	12,5
Rijnwoude	26	5	40	13	6	11,5
Rijssen-Holten	28	6	41	21	9	14,7
Rijswijk	38	6	66	17	8	11,4
Roerdalen	27	6	32	17	6	11,7
Roermond	35	9	49	21	8	12,9
Roosendaal	31	6	48	19	9	13,6
Rotterdam	43	14	80	22	9	12,8
Rozenburg	29	4	61	14	4	12,4
Rozendaal	22	2	12	11	2	5,3
Rucphen	27	5	39	18	6	16,9
Schagen	29	6	48	17	8	9,6
Scheemda	31	6	46	17	7	15
Schermer	25	7	29	13	1	7,9
Scherpenzeel	28	4	33	16	7	15,2
Schiedam	37	10	73	21	10	12,2
Schiermonnikoog	42	7	22	23	2	8,1
Schijndel	24	5	43	17	7	14,7
Schinnen	25	4	28	17	6	11,1
Schoonhoven	31	6	51	17	9	12,3
Schouwen-Duiveland	29	6	41	17	7	11,4
Sevenum	24	6	22	17	6	14,7
's-Gravenhage	44	12	65	19	10	12,5
's-Hertogenbosch	34	8	57	16	7	13,4
Simpelveld	28	4	41	16	7	13
Sint Anthonis	22	6	28	16	8	10,5
Sint-Michielsgestel	25	4	27	13	8	13,4

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Sint-Oedenrode	27	7	27	16	7	11,5
Sittard-Geleen	33	7	44	20	8	12,6
Skarsterlân	30	5	41	19	8	11,1
Sliedrecht	32	4	62	20	10	13,8
Slochteren	27	7	35	17	9	14,3
Sluis	33	6	35	22	8	12,5
Smallingerland	30	6	49	18	8	12
Sneek	31	7	51	19	9	11,5
Soest	34	5	41	15	7	10,2
Someren	29	6	37	16	8	11,2
Son en Breugel	25	4	26	10	4	9,2
Spijkensisse	33	6	67	17	4	13,9
Stadskanaal	30	7	51	23	7	15,4
Staphorst	25	7	22	15	4	13,5
Stede Broec	27	6	44	16	10	12
Steenbergen	26	6	48	18	8	15,1
Steenwijkerland	31	7	43	21	6	14,3
Stein	28	4	34	17	5	11,7
Strijen	33	6	48	20	4	13,1
Ten Boer	28	8	37	18	11	13
Terneuzen	29	6	40	19	8	12,9
Terschelling	31	6	31	15	8	10,2
Texel	29	8	35	18	8	10,9
Teylingen	29	4	45	15	10	11,3
Tholen	30	7	41	21	7	16,5
Tiel	32	8	58	19	9	12,1
Tilburg	35	9	60	22	9	15
Tubbergen	25	7	29	25	7	15,2
Twenterand	27	6	42	25	9	16,9
Tynaarlo	28	5	30	17	9	11,3
Tytsjerksteradiel	28	5	37	21	8	12
Ubbergen	28	4	42	14	10	12
Uden	29	6	41	15	6	11,8
Uitgeest	29	4	37	14	5	9,6
Uithoorn	31	4	53	14	6	10,7
Urk	27	10	36	19	11	13,9
Utrecht	38	10	65	18	9	13,8
Utrechtse Heuvelrug	31	4	35	16	10	10,1

Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangen	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Vaals	31	9	54	16	9	13,5
Valkenburg aan de Geul	29	7	44	18	10	13,2
Valkenswaard	30	5	43	16	6	10,7
Veendam	31	8	47	24	7	14
Veenendaal	31	7	54	21	8	13,8
Veere	26	5	22	15	7	9,7
Veghel	26	6	37	15	7	13,2
Veldhoven	28	4	40	16	4	10,8
Velsen	35	6	57	16	8	10,2
Venlo	33	9	53	22	7	13,8
Venray	27	5	44	17	8	12,5
Vianen	25	4	46	16	7	13,4
Vlaardingenveld	35	6	69	19	8	11,8
Vlagtwedde	32	7	40	23	7	14,3
Vlieland	31	5	53	18	12	13,9
Vlissingen	36	6	54	23	6	11,8
Vlist	26	5	40	15	6	9,7
Voerendaal	26	4	32	16	5	12,4
Voorschoten	32	4	41	16	8	10,8
Voorst	25	5	38	19	10	12,1
Vught	32	5	43	16	13	12,4
Waalre	29	4	22	15	5	8,8
Waalwijk	29	8	48	19	7	14,2
Waddinxveen	29	6	53	15	4	11,5
Wageningen	30	5	51	18	17	11,8
Wassenaar	35	5	46	15	7	9,5
Waterland	28	6	37	12	6	10,1
Weert	28	7	39	19	6	11,9
Weesp	32	5	61	16	10	9,4
Werkendam	27	5	47	15	5	13,4
Wervershoof	28	8	38	17	7	11
West Maas en Waal	29	6	37	17	9	13,1
Westerveld	27	5	28	18	7	12
Westervoort	32	6	54	20	3	11,1
Westland	27	6	44	15	8	11,1
Weststellingwerf	30	7	44	18	9	13
Westvoorne	29	4	31	18	7	10,7
Wierden	26	6	29	21	6	13,1



Gemeente	Alleenstaand	Laag inkomen	Geen koopwoning	Thuiszorg ontvangers	Verblijf in instelling	Twee of meer FKG's
Wieringen	31	9	46	20	8	13,8
Wieringermeer	27	7	45	19	5	10
Wijchen	30	6	45	16	8	13,5
Wijdmeren	27	6	37	16	8	11,1
Wijk bij Duurstede	29	5	42	15	4	11,8
Winschoten	34	8	47	21	10	16,5
Winsum	26	5	40	17	13	12,2
Winterswijk	28	7	39	23	9	13,5
Woensdrecht	24	5	34	15	7	14,6
Woerden	29	6	41	16	8	12,4
Wormerland	26	4	46	13	5	11,5
Woudenberg	26	4	31	16	4	10,9
Woudrichem	26	5	47	17	9	14,2
Wûnseradiel	29	8	35	18	7	11,9
Wymbritseradiel	28	7	31	15	3	8,8
Zaanstad	31	7	64	16	9	12,6
Zaltbommel	28	6	42	16	7	13,4
Zandvoort	38	10	47	14	9	10,5
Zederik	26	6	40	18	8	14,7
Zeevang	25	5	24	11	2	7,9
Zeewolde	26	5	47	16	2	11,2
Zeist	35	5	50	17	13	10,6
Zevenaar	29	5	45	17	5	10,7
Zevenhuizen-Moer- kapelle	23	4	46	11	12	11,7
Zijpe	28	7	33	17	5	9,3
Zoetermeer	34	7	68	18	6	12,6
Zoeterwoude	27	4	34	14	10	10,7
Zuidhorn	26	5	33	13	10	10,2
Zundert	30	6	25	20	7	14,1
Zutphen	34	6	51	21	8	12,1
Zwartewaterland	31	8	43	20	6	12,5
Zwijndrecht	33	6	59	18	7	10
Zwolle	33	7	56	21	9	12,2

### *Bijlage 3 Balansscores, per gemeente (65-plussers)*

Nederland totaal	10.08	Nederland totaal	10.08
Leeuwarderadeel	22.95	Rozenburg	16.11
Rucphen	21.91	Oosterhout	16.11
Halderberge	21.43	Harderwijk	16.10
Goedereede	20.41	Hoogeveen	16.09
Doesburg	19.36	Oostflakkee	16.09
Bernisse	19.19	IJsselstein	16.07
Delfzijl	19.16	Breukelen	16.04
Putten	19.16	Millingen aan de Rijn	15.89
Menterwolde	19.11	Oss	15.85
Scherpenzeel	18.88	's-Hertogenbosch	15.80
Oldebroek	18.21	Sevenum	15.73
Pekela	18.13	Schijndel	15.72
Scheemda	18.09	Sint-Michielsgestel	15.69
Loon op Zand	17.97	Dalfsen	15.68
Loppersum	17.89	Best	15.66
Spijkenisse	17.80	Reusel-De Mierden	15.66
Tholen	17.62	Appingedam	15.61
Aalburg	17.43	Winschoten	15.55
Neder-Betuwe	17.41	Lith	15.24
Staphorst	16.97	Druten	15.23
Montferland	16.93	Zederik	15.19
Dirksland	16.55	Heusden	15.15
Woensdrecht	16.47	Hardinxveld-Giessen- dam	15.09
Lopik	16.45	Hilvarenbeek	14.94
Meerlo-Wanssum	16.43	Gennep	14.94
Werkendam	16.16	Woudrichem	14.93
Drimmelen	16.16		

Nederland totaal	10.08
Cromstrijen	14.86
Strijen	14.80
Vianen	14.69
Overbetuwe	14.67
Wijk bij Duurstede	14.62
Nederweert	14.46
Veghel	14.44
Opmeer	14.41
Nijkerk	14.40
Zaltbommel	14.40
Ouderkerk	14.37
Geertruidenberg	14.37
Renswoude	14.35
Bernheze	14.26
Mill en Sint Hubert	14.25
Landerd	14.25
Heumen	14.20
Steenbergen	14.19
Oude IJsselstreek	14.18
Boxmeer	14.16
Dongen	14.16
Oudewater	14.15
Wijchen	14.11
het Bildt	14.09
Korendijk	13.93
Kollumerland en Nieuw- kruisland	13.91
Montfoort	13.85
Landgraaf	13.84
Bergen op Zoom	13.82
Utrecht	13.74
Cranendonck	13.70
Moordrecht	13.66

Nederland totaal	10.08
Waalwijk	13.65
Edam-Volendam	13.61
Bodegraven	13.61
Den Helder	13.54
Bladel	13.46
Maasdriel	13.45
Slochteren	13.43
Zeewolde	13.43
Voerendaal	13.42
Kaag en Braassem	13.42
Cuijk	13.41
Elburg	13.40
Nunspeet	13.38
Mook en Middelaar	13.38
Simpelveld	13.38
Vaals	13.37
De Marne	13.36
Steenwijkerland	13.35
Haaksbergen	13.23
Haaren	13.23
Rijnwoude	13.18
Gulpen-Wittern	13.18
Goirle	13.17
Wormerland	13.17
Midden-Delfland	13.16
Achtkarspelen	13.13
Moerdijk	13.11
Grootegast	12.97
Bunschoten	12.93
Hardenberg	12.92
Delft	12.92
Twenterand	12.92
Nieuw-Lekkerland	12.89

Nederland totaal	10.08
Bergen (L.)	12.89
Waddinxveen	12.88
Liesveld	12.88
Stadskanaal	12.87
Maarssen	12.85
Abcoude	12.84
Zoetermeer	12.79
Nieuwkoop	12.70
Dronten	12.69
Deurne	12.67
Coevorden	12.64
Neerijnen	12.64
Zundert	12.61
Menaldumadeel	12.55
Gilze en Rijen	12.43
Berkelland	12.43
Dongeradeel	12.42
Nueneu, Gerwen en	12.40
Nederwetten	
Bellingwedde	12.38
Hoogezand-Sappemeer	12.37
Doetinchem	12.36
Leek	12.34
Maasdonk	12.26
Margraten	12.24
Nijmegen	12.22
Marum	12.20
Beuningen	12.16
Waterland	12.15
Onderbanken	12.15
Heerde	12.14
Brummen	12.13
Andijk	12.13

Nederland totaal	10.08
Wieringen	12.12
Dantumadiel	12.12
Emmen	12.10
Landsmeer	12.10
Zaanstad	12.10
Nieuwegein	12.09
Houten	12.06
Tilburg	12.04
Kessel	12.01
Oisterwijk	11.94
Lingewaal	11.92
Lingewaard	11.92
West Maas en Waal	11.88
Kampen	11.87
Oirschot	11.87
Geldrop-Mierlo	11.82
Almere	11.80
Beek	11.79
Heerlen	11.74
Grave	11.70
Olst-Wijhe	11.68
Beesel	11.66
Rijssen-Holten	11.65
Uden	11.63
Reiderland	11.62
Katwijk	11.61
Binnenmaas	11.60
Roosendaal	11.59
Purmerend	11.57
Alphen aan den Rijn	11.57
Maasbree	11.46
Horst aan de Maas	11.46
Meerssen	11.42

Nederland totaal	10.08
De Wolden	11.42
Middelharnis	11.40
Eemsmond	11.39
Ridderkerk	11.34
Etten-Leur	11.34
Uithoorn	11.32
Lisse	11.30
Son en Breugel	11.19
Rhenen	11.15
Haarlemmermeer	11.13
Woerden	11.13
Franekeradeel	11.11
Veenendaal	11.10
Amsterdam	11.10
Boskoop	10.90
Veldhoven	10.88
Duiven	10.86
Oud-Beijerland	10.85
Boxtel	10.85
Leiderdorp	10.81
Beverwijk	10.75
Eijsden	10.72
Woudenberg	10.67
Oost Gelre	10.67
Aalten	10.63
Barendrecht	10.62
Vlagtwedde	10.58
Venlo	10.58
Kerkrade	10.55
Eindhoven	10.51
Rotterdam	10.43
Bronckhorst	10.42
Pijnacker-Nootdorp	10.42

Nederland totaal	10.08
Loenen	10.37
Reimerswaal	10.37
Vlieland	10.33
Brunssum	10.28
Heemstede	10.24
Tubbergen	10.22
Heeze-Leende	10.21
Borger-Odoorn	10.20
Barneveld	10.19
Gemert-Bakel	10.18
Arcen en Velden	10.14
Geldermalsen	10.13
Stein	10.13
Epe	10.12
Papendrecht	10.12
Leiden	9.99
Leeuwarden	9.95
Nuth	9.95
Haarlem	9.94
Eersel	9.92
Roerdalen	9.92
Bunnik	9.91
's-Gravenhage	9.89
Ubbergen	9.88
Weststellingwerf	9.87
Zwartewaterland	9.86
Blaricum	9.85
Noordwijkerhout	9.85
Noordwijk	9.82
Maassluis	9.81
Roermond	9.79
Rijswijk	9.70
Lemsterland	9.68

Nederland totaal	10.08
Krimpen aan den IJssel	9.66
Westerveld	9.66
Hattem	9.65
Noordenveld	9.64
Bergeijk	9.64
Veendam	9.61
Heemskerk	9.59
Leerdam	9.58
Westervoort	9.57
Sittard-Geleen	9.56
Enkhuizen	9.55
Huizen	9.54
Zandvoort	9.49
Boekel	9.48
Urk	9.46
Leidschendam-Voorburg	9.46
Noord-Beveland	9.43
Buren	9.42
Aa en Hunze	9.42
Westland	9.42
Littenseradiel	9.40
Eemnes	9.36
Nieuwerkerk aan den IJssel	9.34
Schoonhoven	9.34
Sliedrecht	9.30
Harlingen	9.22
Wierden	9.19
De Ronde Venen	9.17
Bedum	9.16
Valkenburg aan de Geul	9.14
Uitgeest	9.11
Ede	9.10

Nederland totaal	10.08
Hellevoetsluis	9.10
Valkenswaard	9.10
Zevenhuizen-Moerkapelle	8.98
Zeevang	8.95
Amstelveen	8.94
Rijnwaarden	8.93
Hellendoorn	8.91
Venray	8.91
Wûnseradiel	8.90
Opsterland	8.89
Aalsmeer	8.89
Midden-Drenthe	8.88
Haarlemmerliede en Spaarnwoude	8.87
Oostzaan	8.87
Breda	8.80
Capelle aan den IJssel	8.78
Gorinchem	8.78
Soest	8.77
Helden	8.75
Baarle-Nassau	8.72
Stede Broec	8.67
Weert	8.66
Oldenzaal	8.64
Medemblik	8.64
Giessenlanden	8.64
Schouwen-Duiveland	8.63
Hillegom	8.60
Nederlek	8.56
Maastricht	8.54
Diemen	8.53
Laarbeek	8.46

Nederland totaal	10.08
Ommen	8.43
Sint-Oedenrode	8.43
Ten Boer	8.42
Wijdemeren	8.42
Zoeterwoude	8.40
Maasgouw	8.40
Terneuzen	8.38
Lelystad	8.38
Smallingerland	8.36
Meppel	8.35
Hof van Twente	8.13
Tiel	8.09
Arnhem	8.01
Amersfoort	8.01
Vlaardingen	8.01
Alphen-Chaam	7.99
Anna Paulowna	7.95
Heerhugowaard	7.94
Wymbritseradiel	7.91
Reeuwijk	7.89
Zevenaar	7.87
Brielle	7.86
Vught	7.81
Heerenveen	7.80
Voorschoten	7.80
Hilversum	7.77
Groesbeek	7.67
Almelo	7.60
Ouder-Amstel	7.56
Zutphen	7.53
Schiedam	7.51
Albrandswaard	7.44
Ermelo	7.42

Nederland totaal	10.08
Wervershoof	7.42
Ferwerderadiel	7.41
Echt-Susteren	7.39
Hendrik-Ido-Ambacht	7.38
Hoorn	7.30
Sluis	7.30
Wassenaar	7.25
Vlissingen	7.24
Someren	7.13
Enschede	7.02
Baarn	7.02
Velsen	7.01
Schermer	6.97
Losser	6.96
Schinnen	6.94
Borsele	6.90
Raalte	6.89
Westvoorne	6.86
Apeldoorn	6.82
Groningen	6.68
Vlist	6.68
Winterswijk	6.66
Koggenland	6.63
Ooststellingwerf	6.62
Helmond	6.60
Alkmaar	6.51
Meijel	6.48
De Bilt	6.47
Dinkelland	6.47
Bussum	6.45
Leudal	6.45
Gaasterlân-Sleat	6.37
Teylingen	6.36

Nederland totaal	10.08
Sneek	6.35
Alblasserdam	6.32
Dordrecht	6.29
Langedijk	6.19
Tynaarlo	6.14
Beemster	6.14
Castricum	6.11
Waalre	6.11
Skarsterlân	6.10
Hulst	6.10
Terschelling	6.09
Gouda	6.07
Zwijndrecht	6.05
Naarden	5.99
Winsum	5.93
Zuidhorn	5.93
Lansingerland	5.93
Veere	5.68
Nijefurd	5.65
Deventer	5.57
Culemborg	5.57
Zwolle	5.56
Rheden	5.56
Oegstgeest	5.49
Voorst	5.45
Texel	5.40
Niedorp	5.18
Assen	5.10
Boarnsterhim	4.89
Tytsjerksteradiel	4.89
Harenkarspel	4.84
Wieringermeer	4.68
Borne	4.62

Nederland totaal	10.08
Hengelo	4.56
Graafstroom	4.47
Graft-De Rijp	4.44
Zijpe	4.16
Heiloo	4.13
Schagen	4.13
Middelburg	4.06
Zeist	4,00
Drechterland	3.94
Utrechtse Heuvelrug	3.82
Sint Anthonis	3.77
Asten	3.66
Muiden	3.62
Kapelle	3.59
Noordoostpolder	3.37
Leusden	3.36
Renkum	3.27
Lochem	2.93
Bergambacht	2.90
Rozendaal	2.73
Bergen (NH.)	2.63
Weesp	2.31
Haren	2.07
Goes	1.82
Bloemendaal	1.60
Schiermonnikoog	1.38
Bolsward	1.12
Ameland	0.93
Wageningen	0.85
Laren	-3.13





### *Bijlage 4 Balansscores, per gemeente (75-plussers)*

Nederland totaal	2,50	Nederland totaal	2,50
Scherpenzeel	22,42	Werkendam	12,53
Bernisse	18,76	Zaltbommel	12,29
Meerlo-Wanssum	17,69	Doesburg	12,28
Staphorst	17,33	Sint-Michiëlgestel	12,23
Leeuwarderadeel	16,75	Millingen aan de Rijn	12,22
Putten	16,21	Spijkenisse	12,21
Rozenburg	15,38	Loppersum	12,02
Loon op Zand	15,37	Simpelveld	11,92
Goedereede	15,20	Kessel	11,82
Opmeer	15,12	Dalfsen	11,80
Rucphen	14,98	Neder-Betuwe	11,78
Haaren	14,56	Heusden	11,75
Menterwolde	14,33	Haarlemmerliede en	11,69
Tholen	14,27	Spaarnwoude	
Druuten	14,09	Oudewater	11,20
Oldebroek	13,99	Mill en Sint Hubert	11,10
Halderberge	13,76	Bergen (L.)	10,82
Scheemda	13,72	Menaldumadeel	10,56
Delfzijl	13,53	Bodegraven	10,43
Midden-Delfland	13,52	Montfoort	10,41
Pekela	13,31	Kaag en Braassem	10,36
Woensdrecht	13,27	De Marne	10,30
Nuenen, Gerwen en	13,16	Nederweert	10,29
Nederwetten		Gulpen-Wittem	10,26
Mook en Middelaar	12,96	Oss	10,22
Aalburg	12,86	Voerendaal	10,20
Reusel-De Mierden	12,74	Hilvarenbeek	10,04
Woudenberg	12,73	Veghel	10,04
Liesveld	12,73	Zederik	10,03

Nederland totaal	2,50
het Bildt	9,82
Montferland	9,82
Sevenum	9,80
Oostflakkee	9,72
Landerd	9,61
Moordrecht	9,56
Bernheze	9,56
Eersel	9,50
Breukelen	9,46
's-Hertogenbosch	9,45
Nieuw-Lekkerland	9,42
Schijndel	9,28
Rijnwoude	9,27
Cromstrijen	9,18
Andijk	9,15
Renswoude	9,06
Vianen	9,02
Beuningen	8,81
Korendijk	8,78
Beek	8,61
Haaksbergen	8,56
Deurne	8,55
Goirle	8,55
Margraten	8,52
Waddinxveen	8,27
Wormerland	8,23
Landgraaf	8,18
Den Helder	8,16
Lopik	8,06
Zeewolde	8,04
Bladel	8,03
Son en Breugel	8,00
Harderwijk	7,98

Nederland totaal	2,50
West Maas en Waal	7,98
Dirksland	7,97
Maasdriel	7,81
Boxmeer	7,81
Oisterwijk	7,80
Drimmelen	7,76
Best	7,73
Gennep	7,55
Winschoten	7,52
Oosterhout	7,49
Eemnes	7,47
Anna Paulowna	7,36
Kollumerland en Nieuw- kruisland	7,33
Marum	7,30
Bunschoten	7,30
Edam-Volendam	7,19
Hardenberg	7,05
Wijchen	7,00
Nijkerk	6,96
Bunnik	6,95
Uithoorn	6,93
Alphen-Chaam	6,80
Elburg	6,75
Noordwijkerhout	6,75
Hardinxveld-Giessen- dam	6,70
Wervershoof	6,61
Beesel	6,57
Nieuwkoop	6,53
Uden	6,48
Loenen	6,47
Maarssen	6,47
Geldrop-Mierlo	6,46

Nederland totaal	2,50	Nederland totaal	2,50
IJsselstein	6,43	Woudrichem	5,25
Heemstede	6,38	Giessenlanden	5,23
Lingewaard	6,30	Hatterm	5,21
Cranendonck	6,25	Houten	5,20
Wijk bij Duurstede	6,21	Lisse	5,19
Grootevast	6,18	Ouderkerk	5,19
Landsmeer	6,14	Dongeradeel	5,08
Slochteren	6,11	Neerijnen	5,03
Littenseradiel	5,99	Heumen	5,01
Stein	5,93	Heeze-Leende	5,00
Achtkarspelen	5,80	Utrecht	4,97
Overbetuwe	5,80	Haarlemmermeer	4,96
Coevorden	5,78	Bergeijk	4,94
De Wolden	5,76	Blaricum	4,89
Eijsden	5,75	Stadskanaal	4,81
Hoogeveen	5,72	Almere	4,80
Rhenen	5,72	Steenbergen	4,80
Nieuwerkerk aan den	5,70	Twenterand	4,78
IJssel		Dronten	4,77
Gemert-Bakel	5,60	Nunspeet	4,72
Wieringen	5,58	Veldhoven	4,69
Zevenhuizen-Moerka-	5,48	Delft	4,66
pelle		Wûnseradiel	4,57
Geertruidenberg	5,47	De Ronde Venen	4,56
Binnenmaas	5,45	Kampen	4,54
Heerlen	5,45	Olst-Wijhe	4,54
Noordwijk	5,42	Maasgouw	4,51
Strijen	5,42	Waterland	4,50
Wierden	5,30	Aalten	4,49
Waalwijk	5,29	Zoetermeer	4,45
Oost Gelre	5,29	Nieuwegein	4,44
Steenwijkerland	5,28	Berkelland	4,33
Abcoude	5,27	Appingedam	4,27
Oirschot	5,25		

Nederland totaal	2,50
Roerdalen	4,27
Bedum	4,25
Onderbanken	4,23
Pijnacker-Nootdorp	4,18
Baarle-Nassau	4,17
Beverwijk	4,15
Boekel	4,14
Hoogezand-Sappemeer	4,06
Oude IJsselstreek	4,04
Middelharnis	4,01
Katwijk	4,00
Zoeterwoude	3,99
Lingewaal	3,94
Westvoorne	3,91
Wieringermeer	3,79
Opsterland	3,78
Aalsmeer	3,78
Nijmegen	3,71
Leiderdorp	3,70
Barendrecht	3,69
Voorschoten	3,65
Leidschendam-Voorburg	3,62
Bronckhorst	3,57
Boskoop	3,56
Laarbeek	3,56
Zandvoort	3,55
Nuth	3,55
Rijssen-Holten	3,54
Vaals	3,52
Zundert	3,51
Geldermaresen	3,50
Emmen	3,48
Eindhoven	3,44

Nederland totaal	2,50
Tubbergen	3,37
Franekeradeel	3,33
Grave	3,32
Weststellingwerf	3,31
Barneveld	3,25
Meerssen	3,23
Leek	3,21
Bergen op Zoom	3,20
Ridderkerk	3,18
Dongen	3,08
Ommen	3,01
Doetinchem	3,01
Zaanstad	3,01
Duiven	3,00
Woerden	3,00
Alphen aan den Rijn	2,97
Papendrecht	2,96
Soest	2,93
Horst aan de Maas	2,79
Krimpen aan den IJssel	2,72
Moerdijk	2,69
Epe	2,67
Wijdmeren	2,55
Cuijk	2,54
Westland	2,54
Veenendaal	2,51
Huizen	2,47
Heerde	2,45
Valkenswaard	2,43
Amstelveen	2,39
Borger-Odoorn	2,35
Eemsmond	2,32
Maasbree	2,30

Nederland totaal	2,50	Nederland totaal	2,50
Aa en Hunze	2,29	Naarden	1,16
Purmerend	2,27	Nederlek	1,16
Maassluis	2,22	Weert	1,05
Roosendaal	2,21	Reiderland	1,05
Kerkrade	2,19	Etten-Leur	0,98
Valkenburg aan de Geul	2,07	Heerenveen	0,95
Medemblik	2,05	Echt-Susteren	0,95
Buren	1,98	Baarn	0,91
Noordenveld	1,98	Zeevang	0,80
Boxtel	1,97	Hellevoetsluis	0,77
Vught	1,94	Venlo	0,77
Heemskerk	1,90	Hulst	0,76
Rijswijk	1,88	Vlagtwedde	0,75
Wassenaar	1,88	Vlist	0,75
Helden	1,85	's-Gravenhage	0,74
Dantumadiel	1,80	Midden-Drenthe	0,73
Gilze en Rijen	1,78	Hilversum	0,69
Arcen en Velden	1,76	Amsterdam	0,56
Schouwen-Duiveland	1,75	Rotterdam	0,54
Westerveld	1,74	Koggenland	0,54
Brummen	1,71	Zwartewaterland	0,53
Schoonhoven	1,69	Sluis	0,47
Leiden	1,52	Vlaardingen	0,46
Hof van Twente	1,50	Sittard-Geleen	0,44
Venray	1,48	Oud-Beijerland	0,43
Leeuwarden	1,44	Reimerswaal	0,29
Ede	1,44	Someren	0,29
Velsen	1,43	Albrandswaard	0,25
Tilburg	1,29	Hillegom	0,23
Capelle aan den IJssel	1,27	Gorinchem	0,21
Ouder-Amstel	1,24	Haarlem	0,19
Schermer	1,23	Hendrik-Ido-Ambacht	0,19
Uitgeest	1,20	Gaasterlân-Sleat	0,15

Nederland totaal	2,50
Raalte	0,07
Maasdonk	0,06
Langedijk	0,04
Noord-Beveland	0,04
Enkhuizen	0,00
Oostzaan	-0,04
Tynaarlo	-0,05
Heiloo	-0,06
Schinnen	-0,06
Sliedrecht	-0,14
De Bilt	-0,15
Almelo	-0,18
Wymbritseradiel	-0,20
Beemster	-0,22
Zevenaar	-0,24
Hellendoorn	-0,25
Westervoort	-0,27
Urk	-0,32
Castricum	-0,34
Alblasserdam	-0,38
Veendam	-0,44
Sint-Oedenrode	-0,46
Bussum	-0,57
Waalre	-0,58
Meppel	-0,74
Terneuzen	-0,74
Borsele	-0,78
Roermond	-0,98
Ubbergen	-0,99
Diemen	-1,02
Vlissingen	-1,10
Maastricht	-1,23
Smallingerland	-1,30

Nederland totaal	2,50
Lemsterland	-1,34
Brunssum	-1,35
Oegstgeest	-1,37
Drechterland	-1,44
Groesbeek	-1,45
Graft-De Rijp	-1,47
Hoorn	-1,47
Ooststellingwerf	-1,48
Ferwerderadiel	-1,70
Ermelo	-1,71
Leudal	-1,73
Breda	-1,76
Veere	-1,78
Muiden	-1,79
Ten Boer	-1,86
Losser	-1,94
Bellingwedde	-1,98
Dinkelland	-2,18
Arnhem	-2,26
Skarsterlân	-2,29
Apeldoorn	-2,30
Borne	-2,31
Leerdam	-2,31
Amersfoort	-2,32
Harlingen	-2,36
Heerhugowaard	-2,45
Meijel	-2,47
Reeuwijk	-2,49
Lansingerland	-2,50
Leusden	-2,55
Zutphen	-2,57
Enschede	-2,71
Alkmaar	-2,77

Nederland totaal	2,50	Nederland totaal	2,50
Tytsjerksteradiel	-2,78	Niedorp	-4,86
Rozendaal	-2,79	Bergambacht	-5,07
Teylingen	-2,80	Kapelle	-5,30
Nijefurd	-2,91	Hengelo	-5,53
Graafstroom	-2,95	Sint Anthonis	-5,61
Oldenzaal	-2,97	Lith	-5,76
Helmond	-3,13	Culemborg	-5,77
Lelystad	-3,16	Bergen (NH.)	-5,77
Winsum	-3,21	Deventer	-6,00
Brielle	-3,33	Zijpe	-6,23
Middelburg	-3,34	Zeist	-6,34
Schagen	-3,47	Asten	-6,40
Voorst	-3,48	Lochem	-6,49
Zuidhorn	-3,49	Haren	-6,58
Gouda	-3,49	Noordoostpolder	-6,69
Tiel	-3,52	Boarnsterhim	-7,24
Texel	-3,66	Weesp	-7,80
Rijnwaarden	-3,70	Bolsward	-8,16
Winterswijk	-3,70	Goes	-8,30
Groningen	-3,74	Vlieland	-9,34
Assen	-3,80	Wageningen	-9,52
Zwijndrecht	-3,80	Laren	-13,54
Rheden	-3,81	Schiermonnikoog	-17,72
Bloemendaal	-3,84	Ameland	-18,24
Utrechtse Heuvelrug	-3,85		
Stede Broec	-3,98		
Dordrecht	-3,99		
Schiedam	-4,01		
Terschelling	-4,07		
Renkum	-4,14		
Zwolle	-4,27		
Sneek	-4,45		
Harenkarspel	-4,52		



## Colofon

Dit betreft een publicatie die uitkomt binnen het VWS-programma “Beter in Meedoen”. Dit meerjarige programma is gericht op de vernieuwing en kwaliteitsverbetering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Meer informatie over dit programma kunt u vinden op de website: [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl)

Opdrachtgever/financier	Ministerie van VWS Programma “Beter in Meedoen”
Auteurs	Dr. F.P.S. Dekker dr. M.M.J. Stavenuiter drs. B. Tierolf
Redactie	Prof. dr. J.C.J. Boutellier drs. G.J.J. Nederland
Omslag Uitgave	Grafitall, Eindhoven Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a> I <a href="http://www.verwey-jonker.nl">www.verwey-jonker.nl</a>

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:  
<http://www.verwey-jonker.nl/wmoinnovatiebank>.

ISBN 978-90-5830-488-9

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2012.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.





## *Kenniscabier*

Met de vergrijzing zal het beroep van ouderen op formele en informele ondersteuning verder toenemen. De lokale overheid speelt hierop in met bijvoorbeeld activering, toegankelijk openbaar vervoer, aangepaste woningen en het creëren van ontmoetingsplekken. Belangrijk bij de vormgeving van het gemeentelijk beleid is de beschikbaarheid van lokale data. Op basis van de levenssamenstelling per gemeente en de ingeschatte zorgvraag van kwetsbare ouderen, kunnen gemeenten hun beleid gericht op deze groep beter afstemmen.

De cijfers over kwetsbare ouderen hebben we voor alle gemeenten van Nederland bijeengebracht in een zogenoemde balansscore. De score laat zien of er een balans is tussen het lokale risico op kwetsbaarheid en de lokale professionele zorgondersteuning. Op basis van deze resultaten kan een gemeente haar (formele en informele) dienstverlening bijstellen, mocht dat nodig blijken. Want dat kwetsbare ouderen de juiste ondersteuning ontvangen, is wat telt.

[www.verwey-jonker.nl/wmoinnovatiebank](http://www.verwey-jonker.nl/wmoinnovatiebank)

