Roadmap Positieve Gezondheid

Werkgroep SES

Mark Gremmen (onderzoeker/data-scientist), Data Science Hub, VNG

Gemma Smulders (onderzoeker), GGD Hart van Brabant

Juanita van der Hoek (beleidsmedewerker), gemeente Uden

*12 april 2019 (update 15 augustus)*

Inhoud

[Grip op (dreigende) zorgwekkende situaties 4](#_Toc16774677)

[Aanleiding 4](#_Toc16774678)

[Scope en methode 5](#_Toc16774679)

[Doel 5](#_Toc16774680)

[Stappen 6](#_Toc16774681)

[Data preparation 6](#_Toc16774682)

[Dimensionaliteit reductie 6](#_Toc16774683)

[Clustering 7](#_Toc16774684)

[Cluster definities 10](#_Toc16774685)

[cluster 1 ‘sociaal isolement’ 10](#_Toc16774686)

[cluster 2 ‘beperkt zelfredzaam / gebrek aan eigen regie’ 10](#_Toc16774687)

[cluster 3 ‘onzekerheid en angst’ 11](#_Toc16774688)

[cluster 4 ‘(t)huisgebonden’ 12](#_Toc16774689)

[cluster 5 ‘burn-out’ (emotioneel en fysiek uitgeput) 13](#_Toc16774690)

[cluster 6 ‘beperking door gezondheid of inkomen’ 14](#_Toc16774691)

[cluster 7 ‘chronisch slechte gezondheid / beperking’ / ‘multi-problematiek’ 14](#_Toc16774692)

[Zorgwekkende situaties in beeld …maar wat doe je eraan? 16](#_Toc16774693)

[Algemeen 16](#_Toc16774694)

[Inleiding 16](#_Toc16774695)

[Wat denken we te gaan doen, per situatie? 19](#_Toc16774696)

[Op pagina 5 en verder zie je de totale opsomming van componenten die een cluster vullen. Voor de vertaling naar ‘aanpak’ zijn per cluster de belangrijkste eruit gelicht. 19](#_Toc16774697)

[cluster 1 ‘sociaal isolement’ 19](#_Toc16774698)

[cluster 2 ‘beperkt zelfredzaam / gebrek aan eigen regie’ 19](#_Toc16774699)

[cluster 3 ‘onzekerheid en angst’ 20](#_Toc16774700)

[cluster 4 ‘(t)huisgebonden’ 20](#_Toc16774701)

[cluster 5 ‘burn-out’ (emotioneel en fysiek uitgeput) 21](#_Toc16774702)

[cluster 6 ‘beperking door gezondheid of inkomen’ 21](#_Toc16774703)

[cluster 7 ‘chronisch slechte gezondheid / beperking’ / ‘multi-problematiek’ 21](#_Toc16774704)

[Afrondend 22](#_Toc16774705)

[Bijlage 23](#_Toc16774706)

# Grip op (dreigende) zorgwekkende situaties

*Hoe weet je als gemeente nu welke bevolkingsgroepen kwetsbaar zijn en waar zich mogelijk zorgwekkende situaties voordoen? En* op welke manier je de neerwaartse spiraal van opeenstapelende problemen kunt doorbreken?

*Kwetsbare inwoners ondersteunen zodat ze niet in een sociaal isolement terechtkomen. Een mooi streven, maar hoe vinden gemeenten deze mensen? Met behulp van data science brengen GGD Hart voor Brabant, de gemeenten Uden, Brummen, Westland en Data Science Hub van VNG Realisatie in beeld waar zich welke groepen potentieel kwetsbare inwoners bevinden[[1]](#footnote-1).*

*GGD Hart voor Brabant beschikt over een grote hoeveelheid data over sociale situatie, leefstijl en gezondheidsbeleving van inwoners. Deze informatie uit de Gezondheidsmonitor is zodanig uitvoerig en specifiek dat het lastig is om daar generieke inzichten uit te destilleren voor doelgerichte interventies. De Data Science Hub ontwikkelde een samengesteld algoritme om de onderzoeksresultaten beter te doorgronden. Dat leidde tot andere inzichten en aanknopingspunten.*

*Op wijkniveau kan de gemeente Uden zien waar inwoners risico lopen om in een sociaal isolement terecht te komen. Elke situatie vraagt om een andere interventie. “Als in een wijk vooral 54-plussers met eenzaamheid kampen omdat ze geen sociaal vangnet hebben, dan kunnen we bijvoorbeeld een huiskamerproject met buddy’s inzetten”, vertelt Juanita Van der Hoek van de gemeente Uden.*

## Aanleiding

(Dreigende) zorgwekkende situaties onder inwoners zijn moeilijk waarneembaar voor buurtbewoners, professionals en andere buitenstaanders. Er zijn vele verschijningsvormen van (dreigende) zorgwekkende situaties en een groot deel van de problematiek speelt zich af achter de voordeur. Het probleem wordt daarmee gemakkelijk onderschat.

De gemene deler in de perceptie onder deze groep is een mix van gevoelens van eenzaamheid, gebrek aan regie op het leven en beperkte zelfredzaamheid in combinatie met ongunstige neveneffecten op het vlak van psychisch en sociaal welbevinden.  De daaruit voortvloeiende (versterkte) gezondheidsklachten maakt dat mensen vaker een beroep doen op de gezondheidszorg. In een groot deel van de gevallen blijft de problematiek echter lange tijd onder de radar.

Maar hoe herken je situaties van (dreigende) zorgwekkendheid en welke verschijningsvormen zijn? Hoe weten we de behoeften van de inwoners die verminderd zelfredzaam zijn, maar (nog) niet in beeld zijn?

*Juanita van der Hoek: “We willen kunnen sturen en niet simpelweg stuurloos monitoren”*

Deze vragen stonden centraal in de Roadmap Positieve Gezondheid van het Data Science Hub. Het primaire doel van de pilot is om zicht te krijgen op de overeenkomsten en verschillen in de verschijningsvormen waarbij kwetsbaarheid wordt beschouwd als een belevings- en outcome perspectief, niet als een verzameling van gehanteerde beleidsinterventies en ontvangen voorzieningen.

Het Data Science Hub van VNG Realisatie heeft medio 2018 de Roadmap ‘Positieve Gezondheid’ opgestart met als thema ‘gezond en gelukkig oud worden’. Binnen de roadmap hebben twee werkgroepen in een doorlooptijd van enkele maanden gewerkt aan een maatschappelijk vraagstuk op het (snij)vlak van het concept Positieve Gezondheid.

In de werkgroep ‘Sociaal Economische Status’ (SES) werken de gemeenten Uden, Brummen, Almere, Westland, GGD Hart voor Brabant en het Data Science Hub samen om op een vernieuwende wijze inzichten op te maken.

deel 1

# Scope en methode

## Doel

* Tastbaar maken van (dreigende) zorgwekkende situaties vanuit belevings- en outcome-perspectief.
* Herleiden, definiëren en kwantificeren van de verschillende verschijningsvormen (in en tussen gemeenten).

#### Centrale onderzoeksvragen

1. Welke dominante verschijningsvormen van (dreigende) ‘zorgwekkende situaties’ kunnen worden herleid?
2. Hoeveel verschijningsvormen zijn op basis van overeenkomstigheid relevant?
3. Wat kenmerkt de situatie van deze groepen en wat zijn de onderlinge verschillen?
4. Welke samenloop van omstandigheden (situationele kernmerken, SES) zijn prevalent in de verschillende groepen.

#### Bron

De GGD Gezondheidsmonitor (meting 2016) omvat 28.694 respondenten (zelfstandig wonende inwoners van 19 jaar en ouder) in de GGD regio Hart voor Brabant. Daarvan zijn 3.302 respondenten in de analyse betrokken op basis van de volgende selectiecriteria

#### Perspectief

Het begrip kwetsbaarheid is afgebakend aan de hand van 5 dimensies:

(zeer) ernstig eenzaam

AND / OR

onvoldoende regie over eigen leven

AND / OR

matig of hoog risico op angststoornis of depressie

AND / OR

(zeer) slechte gezondheid

AND / OR

hoge mate van samenloop

#### Features

De vijf dimensies zijn vervolgens ‘geladen’ met de prominente achterliggende vragen over de perceptie en beleving.

Aan de hand van dimensie-reductie en clustertechnieken wordt de ‘vingerafdruk’ bepaald van de verschijningsvormen van (dreigende) zorgwekkende situaties.

De relevante indicatoren (20) uit de Gezondheidsmonitor zijn gedichotomiseerd zodat de ernst van de situatie -eenduidig- is belegd.

**Zinvolle tijdsbesteding**

#dagactiviteit : !betaald werk, vrijwilligerswerk, student

**Eenzaamheid**

#GGEEB201 : !Kan praten over dagelijkse problemen

#GGEEB203 : Ervaar leegte

#GGEEB204 : !mensen om op terug te vallen bij narigheid

#GGEEB207 : !Veel mensen om op te vertrouwen

#GGEEB208 : !Voldoende mensen waarmee verbondenheid is

**Gezondheid en beperkingen**

#CALGA260 : Heeft langdurige ziekte(n) of aandoening(en)

#CALGA261 : Is (ernstig) beperkt in activiteiten vanwege gezondheid

#LGBPS209 : Heeft minimaal een beperking met horen, zien of mobiliteit (ofwel minimaal grote moeite met 1 vd 7 OECD items)

#AGGWS205 : Obesitas, ofwel een BMI van 30 of hoger

#MMIKB201 : moeite met rondkomen

**Angst en depressie** - 5 variabelen

#GGADB201 : Hoe vaak vermoeid zonder duidelijke reden?

#GGADB202 : Hoe vaak zenuwachtig?

#GGADB204 : Hoe vaak hopeloos?

#GGADB207 : Hoe vaak somber of depressief?

#GGADB210 : Hoe vaak afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?

**Regie op het leven**

#GGRLB201 : Weinig controle over dingen die mij overkomen

#GGRLB202 : Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen

#GGRLB204 : Ik voel me vaak hulpeloos bij omgaan problemen van het leven

#GGRLB206 : Wat er in de toekomst met me gebeurt hangt voor grootste deel van mezelf af

## Werkwijze

1. Imputeren van ontbrekende waarden omwille van complete respondent records
2. Verwijderen van extremen (outliers)
3. Dimensie reductie van de relevante variabelen a.d.h.v. TSNE algoritme
4. Clustering van personen met een overeenkomstige beleving op basis van een Kmeans algoritme
5. Dimensie reductie van SES- en situationele kenmerken a.d.h.v. Principal Component Analyse algoritme
6. Model constructie en training
7. Voorspellen nieuwe casussen

### Data preparatie

De bewerkingen die nodig zijn om de onderzoeksresultaten van de Gezondheidsmonitor geschikt te maken voor exploratie en analyse (stap 2 tot en met 4) zijn belegd en beschreven in de R-procedure (GitHub).

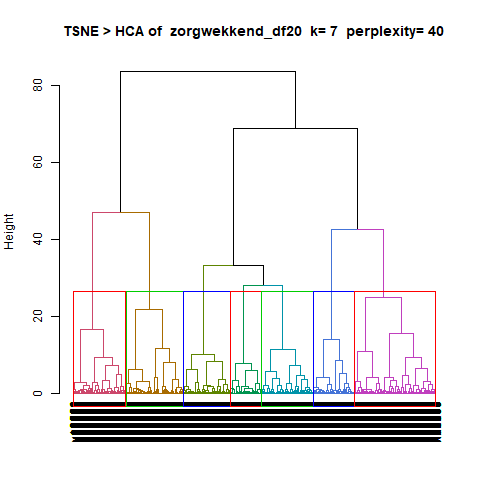
### Dimensionaliteit reductie

Dimensionaliteit reductie is het proces om de dimensies van gegevens te verminderen zonder veel informatie te verliezen. In dit geval vervatten we 20 features in 2 dimensies aan de hand van het TSNE algoritme.

### Clustering

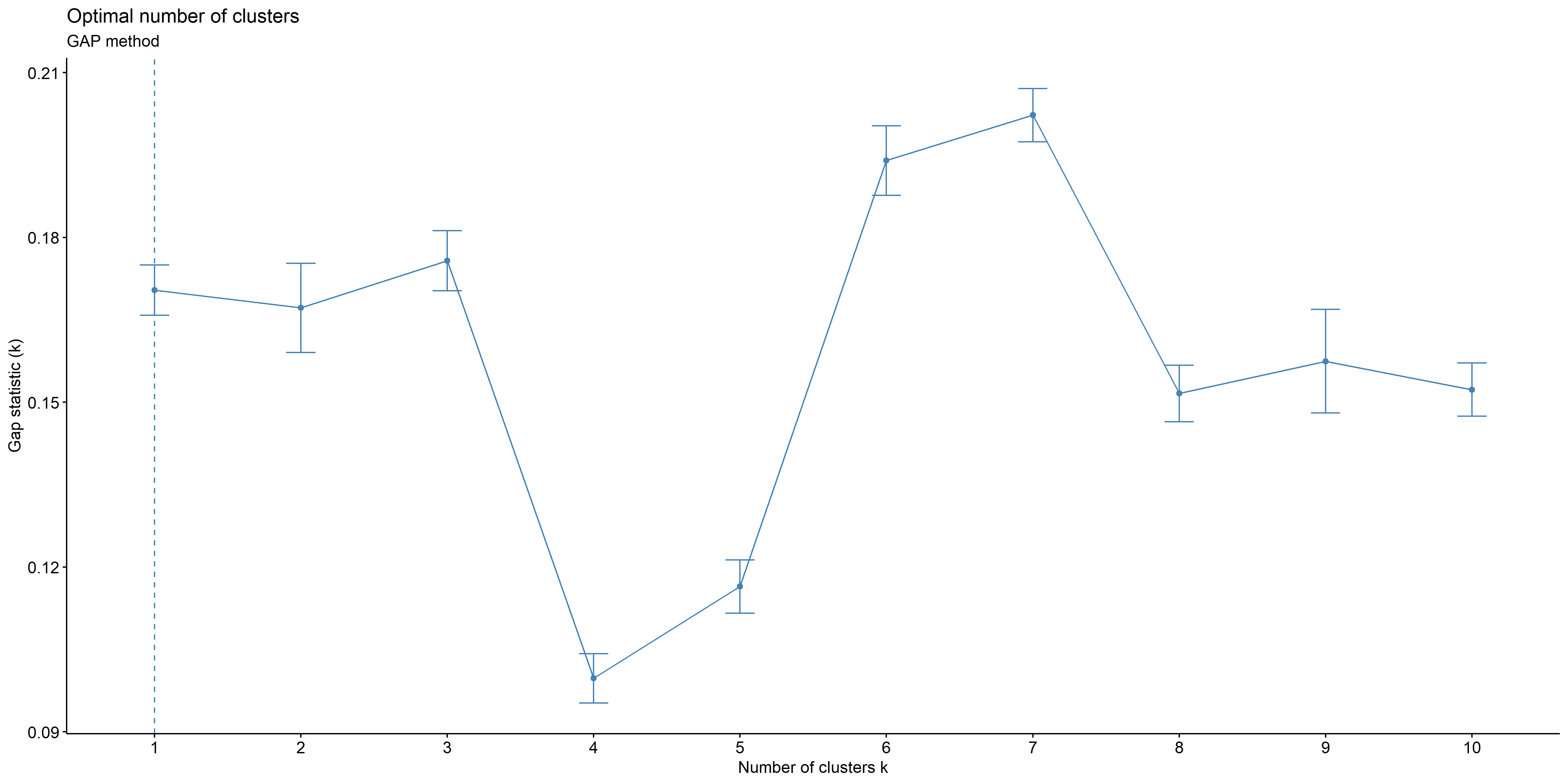
Na de dimensiereductie (TSNE) is allereerst bekeken hoe de hierarchische clustering van de verschijningsvormen er uit ziet. Dit om te kunnen bepalen hoeveel clusters er kunnen/moeten worden herleid. De vertakking geeft een indruk van de nestelling van verschijningsvormen alsmede de mogelijkheden om tot een hanteerbaar aantal clusters te komen.

Fig1. Hiërarchische clusteranalyse



Vervolgens is -op meer neutrale wijze- het optimale aantal clusters bepaald aan de hand van een GAP-analyse. De meeste optimale of efficiënte indeling vraagt hier om 7 clusters.

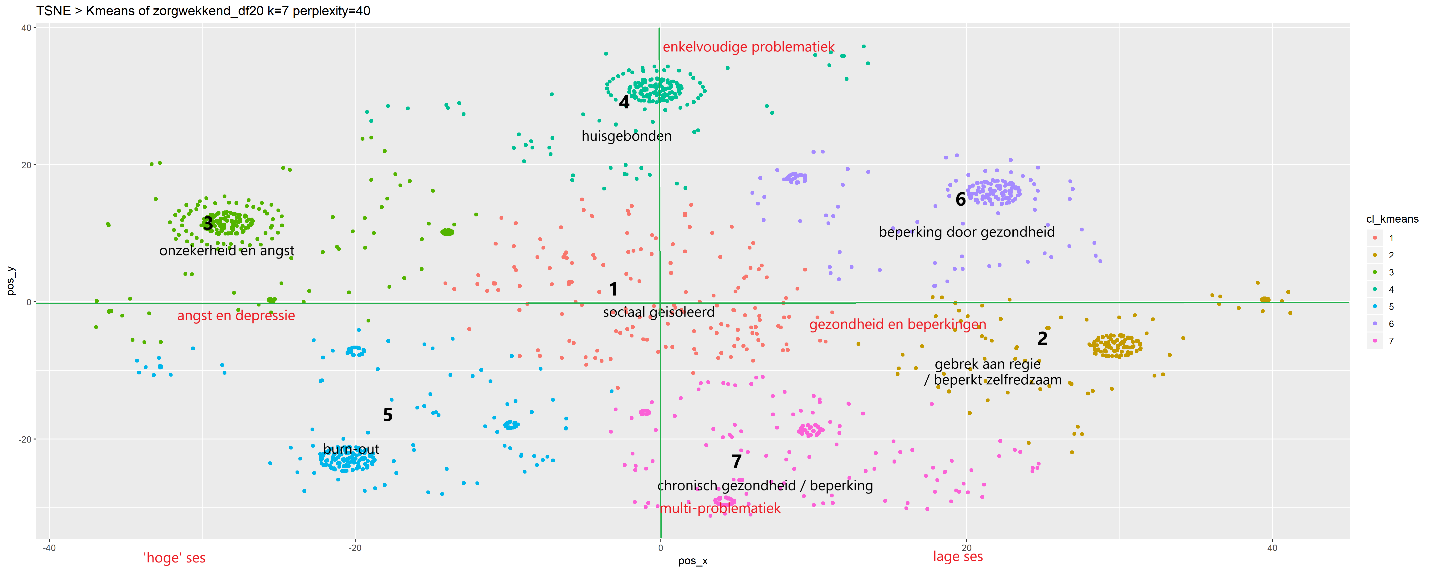
Fig2. GAP-analyse



Zowel de initiële clustering verkenning (hiërarchische clusteranalyse) als de uiteindelijke kmeans clusteranalyse zijn vergeleken op basis van de mate waarin waarnemingen binnen clusters zijn gerelateerd. Hoge samenhang is daarin beter. Het Kmeans algoritme scoort op dit punt beter dan het hiërarchische clusteranalyse algoritme.

De uiteindelijke clusteranalyse is uitgevoerd op basis van het Kmeans algoritme. Het resulteert in zeven duidelijk onderscheidende clusters.

Fig3. Kmeans clustering



De clusters (met bijbehorend nummer/kleur) geven de overeenkomstige *ervaren situatie* van inwoners weer. De punten zijn de (*potentieel) zorgwekkende* inwoners. De cases of observaties (inwoners) die dichter tegen een naburig cluster aan liggen vertonen in hogere mate overeenkomsten met het betreffende buurcluster.

De termen in bovenstaande grafiek geven latente dimensies weer. Er zijn meer latente dimensies te herleiden. Het is zeer nuttig om hier nog wat aandacht aan te besteden nadat de clusters zijn gedefinieerd (geladen). Latente dimensies kunnen zeer relevant (en efficiënt) zijn bij beleidsvorming en daadwerkelijke interventies. Zorgwekkende situaties worden namelijk veelal gekenmerkt door een samenloop van onwenselijke componenten. Het elimineren van een of meerdere componenten maakt een situatie als snel minder problematisch.

Tab1. Incidentie naar cluster

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Aantal** | **Percentage** |
| behoort niet tot een cluster | 728342 | 89,4 |
| cluster 1 | 15979 | 2,0 |
| cluster 2 | 6628 | 0,8 |
| cluster 3 | 20872 | 2,6 |
| cluster 4 | 7235 | 0,9 |
| cluster 5 | 17933 | 2,2 |
| cluster 6 | 8396 | 1,0 |
| cluster 7 | 9484 | 1,2 |
| Total | 814870 | 100,0 |

gewogen naar populatie zelfstandig wonende inwoners 19 jaar en ouder GGD regio Hart voor Brabant

Ten slotte is middels een Principal Component Analyse de samenloop van omstandigheden van groepen in de verschijningsvormen van (dreigende) zorgwekkendheid (clusters) herleid. Daarvoor zijn de volgende situationele en SES-features gebruikt:

* leeftijd 70 en ouder (leeftijd70eo)
* Laag inkomen (inkomenlaag\_dich)
* Opleiding volwassenen laag / midden (opl\_lm)
* Dagactiviteit betaald werk, vrijwilligerswerk, student (dagactiviteit)
* Slechte gezondheid (ervarengezondheid\_dich)
* Langdurige ziekten (ziek\_lt)
* Mantelzorg ontvangen (MCMZOS304)
* Mantelzorg geven (MSMZGA205)

# Cluster definities

### cluster 1 ‘sociaal isolement’

**2% van de populatie**

hoge mate van eenzaamheid, (zeer) ernstig eenzaam

eenzaamheidsscore 9,4

ervaart ‘leegte’

geen verbondenheid met anderen

geen mensen om op te vertrouwen

kan veelal niet met anderen praten over dagelijkse problemen

geen sociaal vangnet

voelt zich aangewezen op zichzelf

matig risico angst en depressie

matig regie op het eigen leven

gezondheid niet echt ok

veelal middelbare leeftijd

gemiddelde leeftijd 53,9

Loadings:

PC1 PC2 PC3 PC4 PC5

leeftijd70eo 0.404 -0.483 -0.226 0.634

gez\_slecht 0.642 0.473 -0.250 0.211

inkomenlaag\_dich 0.454 0.145 0.647 -0.156 0.277

geenbetaaldwerk 0.709 -0.454 -0.213 -0.168

opl\_lm 0.452 0.614 0.399

dagactiviteit -0.688 0.354 0.439 0.180

ziek\_lt 0.601 0.384 -0.388 0.332

depri\_hg 0.246 0.686 -0.662

PC1: 30% (van de verklaarde variantie in cluster 1)

Slechte gezondheid, langdurig ziek, geen betaaldwerk

PC2: 18%

Slechte gezondheid, angst en depressie

PC3: 13%

Laag inkomen, lage opleiding

PC4: 10%

Leeftijd 70 en ouder

### cluster 2 ‘beperkt zelfredzaam / gebrek aan eigen regie’

**0,8% van de populatie**

geen betaald werk / gepensioneerd

laag tot midden opgeleid

(zeer) laag inkomen

onvoldoende (eigen) regie

beperkingen vanwege gezondheid

langdurig karakter ziekte(n) of aandoening(en)

nauwelijks in staat problemen zelf op te lossen

gevoel van hulpeloosheid

toekomst ‘in handen’ van anderen

mobiliteitsbeperking

te weinig beweging

vaak afhankelijk van mantelzorg

risico op overbelasting in verlenen mantelzorg (niet bovenmatig actief in mz overigens)

grote kans op mantelzorg verlenen en minder gunstige eigen gezondheid

matig risico angst en depressie

nauwelijks zinvolle dagactiviteit

eerder alleenwonend

overwegend vrouw

65 plus, eerder 75 plus

gemiddelde leeftijd 71,5

Loadings:

PC1 PC2 PC3 PC4

leeftijd70eo -0.355 0.270 0.576 0.624

gez\_slecht 0.186 0.648 -0.715

inkomenlaag\_dich 0.805 -0.143

opl\_lm 0.709 0.267 0.334 0.244

ziek\_lt -0.633 0.332

depri\_hg 0.716 -0.226 -0.136

PC1: 21% (van de verklaarde variantie in cluster 2)

Laag inkomen, lage opleiding

PC2: 19%

Angst en depressie (redelijk gezond)

PC3: 17%

Leeftijd 70 en ouder, slechte gezondheid

PC4: 16%

Leeftijd 70 en ouder (redelijk gezond)

### cluster 3 ‘onzekerheid en angst’

**2,6% van de populatie**

matig tot hoog risico op angst en depressie

enigszins eenzaam (sociaal en emotioneel)

eenzaamheidsscore 6,4

midden tot hoog opgeleid

veelal betaald werk

enige moeite rondkomen

allen actief in arbeid opleiding of vrijwilligerswerk (zinvolle dagbesteding)

gezond

risico op overbelasting in mz (niet bovenmatig actief in mantelzorg overigens)

eerder in stedelijk gebied

veelal jong-volwassenen

gemiddelde leeftijd 42,6

nw-migratie achtergrond (komt relatief vaak voor tov andere typen)

Loadings:

PC1 PC2 PC3 PC4

leeftijd70eo 0.745 0.200 -0.233 0.172

gez\_slecht 0.786 0.115 0.322

inkomenlaag\_dich 0.269 -0.129 0.865 -0.245

geenbetaaldwerk 0.790

opl\_lm 0.635 0.266

ziek\_lt -0.147 0.709 -0.629

depri\_hg -0.531 0.242 0.363 0.477

PC1: 28% (van de verklaarde variantie in cluster 3)

Leeftijd 70 en ouder, laag opgeleid

PC2: 18%

Langdurig ziek, slechte gezondheid

PC3: 15%

Laag inkomen

PC4: 11%

Angst en depressie

### cluster 4 ‘(t)huisgebonden’

**0,9% van de populatie**

laag opgeleid

laag inkomen

enigszins eenzaam

eenzaamheidsscore 6,7

werkloos, huisman/-vrouw of gepensioneerd

geen betaald werk

geen vrijwilligerswerk

relatief vaak mantelzorger

zware / langdurige vorm van mantelzorg

(verder) geen zinvolle dagbesteding

overwegend gezond

vaker bijstandsuitkering

nw-allochtone achtergrond kans

beperkte eigen regie

veelal hoge(re) leeftijd

gemiddelde leeftijd 60,9

overwegend vrouw

Loadings:

PC1 PC2 PC3 PC4

leeftijd70eo -0.207 0.526 0.391 0.707

gez\_slecht 0.653 -0.230 0.156 0.342

inkomenlaag\_dich 0.518 0.513 -0.302

opl\_lm 0.572 0.482 -0.130

ziek\_lt -0.193 0.908 -0.359

depri\_hg 0.563 -0.488 0.298

PC1: 23% (van de verklaarde variantie in cluster 4)

Slechte gezondheid, lage opleiding, angst en depressie, laag inkomen

PC2: 18%

Leeftijd 70 en ouder, laag inkomen, lage opleiding ((geestelijk)gezond)

PC3: 17%

Langdurig ziek (niet per definitie slechte gezondheid)

PC4: 16%

Leeftijd 70 en ouder

### cluster 5 ‘burn-out’ (emotioneel en fysiek uitgeput)

**2,2% van de populatie**

Jongvolwassenen of middelbare leeftijd

midden tot hoog opgeleid

woont meestal met partner

huishouden met thuiswonende kinderen

vaker eenoudergezin

vaker moeite met rondkomen

hoog risico op (en hoog niveau van) angst en depressie

matig gezond

beperkte eigen regie

vaker chronische ziekte en beperkingen vanwege gezondheid

vaak vermoeid (zonder duidelijke reden)

voelt zich aangewezen op zichzelf

allen actief in arbeid opleiding of vrijwilligerswerk (zinvolle dagbesteding)

risico op overbelasting in verlenen mantelzorg (niet bovenmatig actief in mz overigens)

gemiddelde leeftijd 45,4

Loadings:

PC1 PC2 PC3 PC4

leeftijd70eo 0.619 -0.389 -0.147 0.319

gez\_slecht 0.137 0.676 -0.129 0.557

inkomenlaag\_dich 0.504 0.411 0.361 -0.439

geenbetaaldwerk 0.720 -0.138 0.262

opl\_lm 0.536 0.594

ziek\_lt 0.282 0.559 -0.552 -0.283

depri\_hg -0.409 0.345 0.442 0.358

PC1: 24% (van de verklaarde variantie in cluster 5)

Leeftijd 70 en ouder, laag inkomen

PC2: 18%

Slechte gezondheid, langdurig ziek (niet-zijnde 70 plus), laag inkomen

PC3: 15%

Lage opleiding, angst en depressie

PC4: 13%

Slechte gezondheid

### cluster 6 ‘beperking door gezondheid of inkomen’

**1% van de populatie**

'werkloos' / geen betaald werk

eerder gepensioneerd of arbeidsongeschikt

(zeer) laag inkomen

laag tot midden opgeleid

eenzaam (hoog aandeel (zeer) ernstig eenzaam)

vaak chronische ziekte en beperkingen vanwege gezondheid

ernstig beperkt vanwege gezondheid

beperking valt veelal niet in de categorie horen, zien, mobiliteit

beperking kent geen samengesteld karakter (samenloop meerdere beperkingen)

enige samenloop mantelzorg en eigen slechte gezondheid

beperkte eigen regie

geen vrijwilligerswerk

vaker eenoudergezin

huisman/ -vrouw

veelal hoge(re) leeftijd

gemiddelde leeftijd 59,6

Loadings:

PC1 PC2 PC3 PC4

leeftijd70eo -0.272 -0.160 0.826 -0.383

gez\_slecht 0.229 0.716 0.212

inkomenlaag\_dich 0.741 -0.245 0.155 0.188

opl\_lm 0.711 0.398

ziek\_lt -0.444 0.407 0.387 0.564

depri\_hg 0.151 0.684 -0.586

PC1: 23% (van de verklaarde variantie in cluster 6)

Laag inkomen, lage opleiding

PC2: 20%

Slechte gezondheid, angst en depressie

PC3: 17%

Leeftijd 70 en ouder

PC4: 15%

Langdurig ziek

### cluster 7 ‘chronisch slechte gezondheid / beperking’ / ‘multi-problematiek’

**1,2% van de populatie**

(zeer) slechte gezondheid

vaak chronische ziekte en beperkingen vanwege gezondheid

langdurig karakter ziekte(n) of aandoening(en)

veelal mobiliteitsbeperking

hoog risico op angst en depressie

eenzaam

vaak vermoeid

gebrek aan regie

moeite met oplossen problemen

laag inkomen

moeite met rondkomen

laag opgeleid

nauwelijks zinvolle dagactiviteit

geen (betaalde) arbeid

vaker arbeidsongeschiktheid

voldoet niet aan beweegnorm

vaker obesitas

vaak afhankelijk van mantelzorg

overwegend vrouw

veelal hoge(re) leeftijd

gemiddeld 65,7

Loadings:

PC1 PC2 PC3 PC4 PC5

leeftijd70eo 0.320 -0.308 0.126 0.545 0.222

gez\_slecht 0.141 0.776 0.181 0.442

inkomenlaag\_dich 0.356 0.690 -0.176

geenbetaaldwerk 0.807 -0.227 -0.119

opl\_lm 0.325 0.701 0.196 -0.120

dagactiviteit -0.759 0.291 0.303

ziek\_lt 0.142 -0.541 0.797

depri\_hg 0.247 0.138 -0.247 0.746 -0.311

PC1: 20% (van de verklaarde variantie in cluster 7)

Geen betaald werk

PC2: 16%

Laag inkomen, lage opleiding

PC3: 13%

Slechte gezondheid (maar niet per definitie langdurige ziekte)

PC4: 13%

Ouderen met angst en depressie

PC5: 12%

Langdurig ziek

deel 2

# Zorgwekkende situaties in beeld …maar wat doe je eraan?

## Algemeen

Uden was trekker van dit spoor van de Roadmap. De titel van deel 2 zou daarom eigenlijk moeten zijn: wat doet Uden eraan? We kunnen immers niet voor de andere deelnemende gemeenten een uitspraak doen. Wat wel kan is om te laten zien hoe we in Uden de resultaten van de Roadmap oppakken. Voel je uitgenodigd om er van te leren. Kopiëren mag maar het advies is om de Udense werkwijze niet als blauwdruk op te vatten; de kans dat je dan geen recht doet aan de eigen lokale situatie is groot.

## Inleiding

Uden is als gemeente meestal gelijk aan het gemiddelde van Nederland maar we weten inmiddels ook dat de verschillen tussen de wijken groot zijn. We werken daarom al een tijdje ‘wijkgericht’ waarbij de CBS-wijkcodes leidend zijn geweest voor de afbakening van wijken. We hebben bewust een afbakening gekozen die landelijk ook gehanteerd wordt om resultaten ook te kunnen meten en / of via benchmarking met elkaar te vergelijken. Aanvullend hebben we steeds gezocht naar begrippen, elementen en middelen die elke gemeente eigenlijk al heeft zodat het anders werken niet (direct) of slechts marginaal leidt tot hogere kosten.

Clusters definiëren is leuk maar het gaat om wat je ermee kunt, of zou willen kunnen. Als we per cluster weten welke component het meest van invloed is, kunnen we proberen om deze component te neutraliseren. Dat zou – gezond boeren verstand – moeten leiden tot verbetering. Of dat ook werkelijk zo is, moet effectmeting over de langere termijn uitwijzen. De mens is immers complex; reduceren tot een verzameling componenten waar we er één uithalen, levert niet per definitie de verwachte resultaten. Er zijn immers meerdere oorzaken mogelijk die tot eenzelfde problematiek leiden.

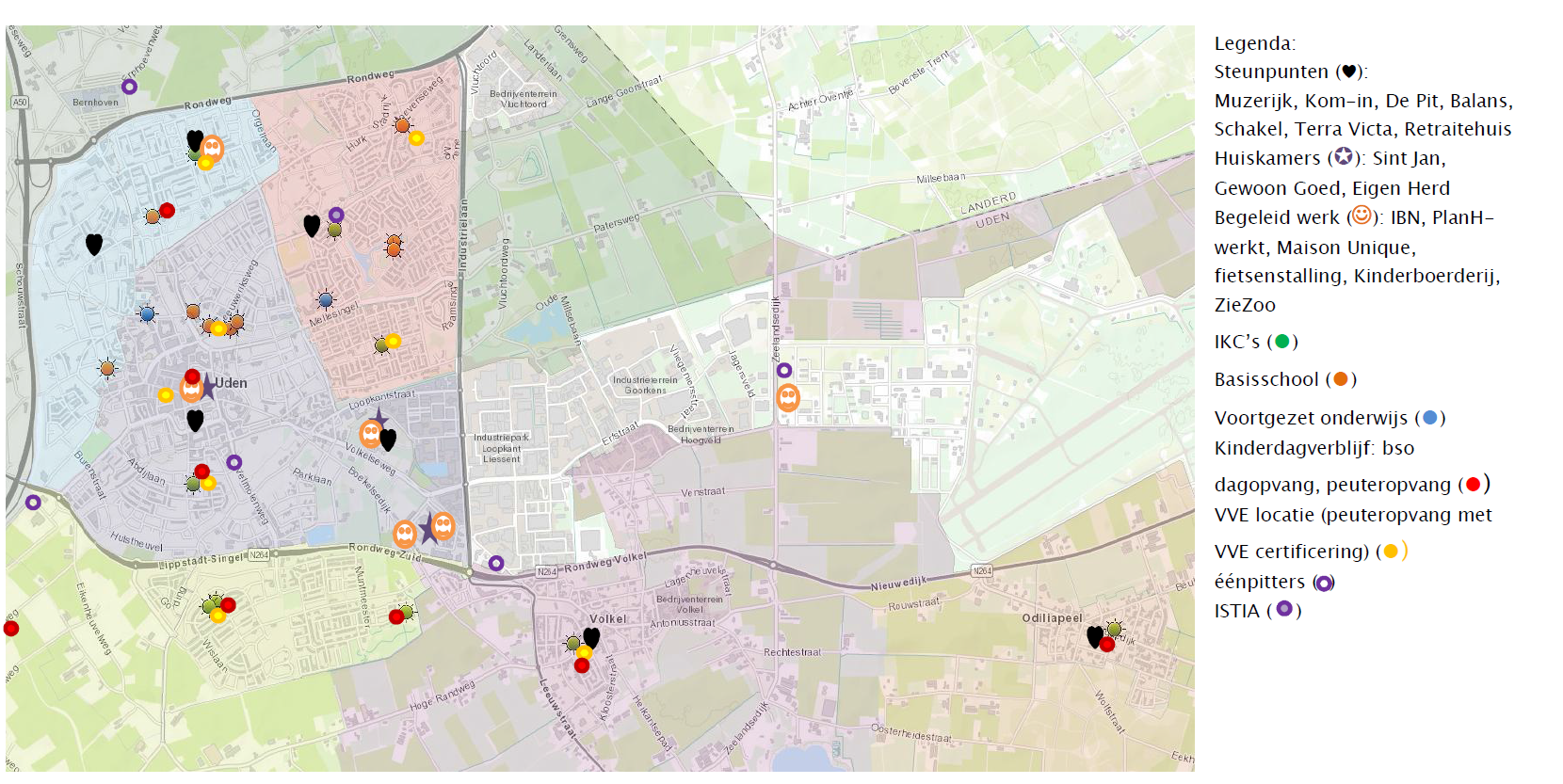
Voorbeeld: het lichaam krijgt koorts als het zich teweer stelt tegen een infectie. De infectie zelf kan griep zijn, of een door straatvuil vervuilde wond na vallen of een besmetting met een resistente ziektebacterie. Het maakt nogal verschil of je uitziekt, actief de koorts bestrijdt, de straat schoonmaakt of iedereen voorziet van isolatiekleding zodat besmetting onmogelijk wordt.

Multi-problematiek (cluster 7) situaties en omstandigheden van sociaal isolement (cluster 1) zijn de meest zware en hardnekkige vormen van zorgwekkende situaties. Bij elkaar gaat het om 3,2% van de volwassen Nederlandse bevolking maar zij vergen meestal wel het meeste van de zorg en welzijn budgetten. Deze zorgwekkende situaties worden gekenmerkt door een uitermate ongunstige samenloop van onwenselijke componenten. Het elimineren van één of meerdere componenten is wat je doet bij een interventie met als belangrijkste doel een situatie realiseren die al snel minder problematisch is.

De componenten zijn afgeleid van de nabijheid van clusters en de positie in het kwadrantenstelsel. Per cluster zijn de onderstreepte componenten het meest van invloed op de resultaten. Daarom lijken dat de voor de hand liggende componenten om mee te beginnen. De clusters kun je echter niet los zien van de overige gegevens die we hebben van wijken.  Er is immers altijd sprake van een combinatie van factoren; vergrijzing en armoede leidt tot andere aanpak dan ‘moeten integreren en armoede’.

In de volgende paragrafen zal ik per cluster aangeven hoe we denken dat je verbetering zou kunnen realiseren. Let wel, het zijn steeds voorbeelden die verwijzen naar de Udense situatie. We werken in Uden met een zgn. Netwerk van Voorzieningen (zie kaart volgende pagina) en met zgn. geo-data. Hoe die laatste eruit zien, kun je vinden via de website van Uden, want de factsheets per wijk zijn openbaar.

<https://www.uden.nl/inwoners/projecten/vitaal-sociaal-uden/>



We zijn bezig om dit Netwerk beter te laten aansluiten op de vraag van onze inwoners. Staat de voorziening op de juiste plek? Is er voldoende? Biedt het de goede zaken? Dit zijn zo van die vragen die daarbij spelen. In de suggesties die ik doe voor ‘verbetering’, verwijs ik soms ook naar voorzieningen zoals ze op deze kaart staan aangegeven.

## Wat denken we te gaan doen, per situatie?

Op pagina 5 en verder zie je de totale opsomming van componenten die een cluster vullen. Voor de vertaling naar ‘aanpak’ zijn per cluster de belangrijkste eruit gelicht.

### cluster 1 ‘sociaal isolement’

Hoofdkenmerk: geen sociaal vangnet, gemiddelde leeftijd: 53,9; Kmeans kleur (fig. 3): rood

Gezien het hoofdkenmerk in combinatie met de gemiddelde leeftijd, denken wij we meer voorzieningen moeten hebben gericht op ‘ontmoeting en welzijn’ mits daar wel voldoende bemensing is die voor de factor ‘tijd en aandacht’ zorgt en bezoekers actief aanspreekt en betrekt bij activiteiten. Voor een deel realiseren we dat we ons maatschappelijk vastgoed die als ♥ op de kaart staan aangegeven. Omdat we niet het geld in stenen willen investeren, zoeken we ook actief de samenwerking met (sociale) ondernemers. Eén daarvan is PlanH-werkt die onder de noemen “GewoonGoed” een huiskamervoorziening heeft gerealiseerd. De ondernemer heeft een regulier re-integratiecontract (vanuit P-wet) en begeleidingscontract (vanuit Wmo) met de gemeente. Deze inloopvoorziening gebruikt de ondernemer zelf om klanten te kunnen observeren, hun zelfvertrouwen te laten groeien en hen de kans te geven door de diverse activiteiten te leren ervaren wat ze leuk vinden. De inloop staat ook open voor mensen die nog ‘niemands’ klant zijn, vaak zelfs nog geen actieve klantvraag hebben. Ze mogen toekijken maar ook mee draaien in de activiteiten. Soms ontstaat er een hulpvraag; dan kan er een individueel maatwerk traject achterweg komen. Dit is echter geen verplichting. We weten dat er nu ook bezoek komt dat daarmee hun eigen eenzaamheid neutraliseert na een lang e/o voortijdig afgebroken werkzaam leven (pensioen e/o WAO). Deze gebruikers zullen vermoedelijk scoren op cluster 6 maar voorkomen door hun eigen regie dat zij daadwerkelijk een zorgvraag hebben.

In wijken met score op cluster 1 waar geen steunpunt is of de afstand tot bestaande steunpunten groter is dan 800 mtr., gaan we kijken of een vergelijkbare voorziening kunnen realiseren als “GewoonGoed”. Om ‘de loop’ er naar toe ook te krijgen, zullen ‘buddy’ trajecten nodig zijn maar zal ook door de consulenten van de Wegwijzer (toegang) actief verwezen moeten worden naar een voorziening. Als de loop ernaartoe is in getraind, is dat een stap vooruit op de participatie ladder. Vandaar is er misschien een volgende stap te zetten op weg naar zinvolle bezigheden met collega’s op vaste locatie.

### cluster 2 ‘beperkt zelfredzaam / gebrek aan eigen regie’

Hoofdkenmerken: vaak afhankelijk van mantelzorg, nauwelijks zinvolle dagactiviteit, gemiddelde leeftijd: 71,5 meestal 75+; Kmeans kleur (fig. 3) okergeel

Voor dit cluster is, net als voor de meeste clusters ‘ontmoeting’ van belang maar door gebrek aan zelfredzaamheid, zullen mensen daar zelf niet toe komen. Aanvullend is het van belang, gezien de leeftijd, om gebruikers te helpen om zo lang mogelijk ‘dat te doen wat ze altijd al deden’. De begeleiding en activiteiten op deze ontmoetingspunten zijn dan ook vooral gericht op het ‘voorkomen van terugval’. We denken daarmee twee doelen te behalen:

* mensen kunnen daadwerkelijk langer thuis blijven wonen omdat ze in groepsverband voor elkaar toegevoegde waarde hebben en de groep ook voorziet in een redelijk gezond geacht dag- nachtritme en leefstijl. Het haalt de mensen daadwerkelijk uit huis, voorkomt daarmee eenzaamheid en onverschillig worden voor de eigen gezondheid.
* door deze voorziening zijn de potentieel kwetsbare mensen eerder in beeld waardoor ook vroegtijdig opgemerkt kan worden dat er meer ondersteuning of zelfs zorg nodig is. De Wmo is er voor de ondersteuning, de zorg wordt door wijkverpleegkundigen gesignaleerd en geïndiceerd. Door stapsgewijs dit soort zorg toe te voegen aan de voorziening, denken we dat opname in een instelling (BOPZ-aanduiding in de huidige wet- en regelgeving van verpleeghuizen) kan worden voorkomen dan wel vertraagd. Gezien het feit dat er al een tekort is aan personeel in de zorg, zou dit een welkom effect zijn.

In wijken / kernen waar geen ‘zorg’-voorziening is, gaan we kijken of we een vorm van dagstructuur in een veilige setting kunnen bieden waar deelnemers zonder indicatie gebruik van kunnen maken. In Odiliapeel, Peelhonk, zijn de eerste stappen gezet. Het verschil met deze voorziening ten opzichte van de tegenovergelegen MFA (multifunctionele accommodatie) waar ook ontmoeting mogelijk is, is dat er minder hectiek en minder prikkels zijn. Ook ligt het tempo lager en is de structuur groter. De ‘looplijn’ vanuit huis blijft, door de gekozen situering, nagenoeg gelijk. Als de ‘loop’ eruit is, kunnen we een ‘haal- en breng service’ inrichten. Daarvoor maken we bij voorkeur gebruik van dorpsbewoners, waar mogelijk met afstand tot de arbeidsmarkt zodat ook zij binnen hun mogelijkheden maatschappelijk toegevoegde waarde kunnen hebben.

### cluster 3 ‘onzekerheid en angst’

Hoofdkenmerken: midden tot hoog opgeleid, allen actief in arbeid opleiding of vrijwilligerswerk (zinvolle dagbesteding), gemiddelde leeftijd: 42,6; Kmeans kleur (fig 3.) lichtgroen

Dit is een opvallend cluster. Ogenschijnlijk zou dit niet de doelgroep van de gemeente zijn, want relatief jong en participerend. Echter, het lijkt een cluster dat zomaar aan de verkeerde kant van de balans kan komen. De vraag is daarom welke begeleiding e/o ondersteuning beschikbaar moet zijn ter voorkoming van instroom in cluster 5 (burnout) of afstroom van de trede van de P-ladder waar ze zich nu bevinden. Andersom, positief gedacht, kan de juiste begeleiding zorgen voor meer zelfvertrouwen en misschien zelfs bijdragen aan doorstroming van vrijwilligerswerk naar betaald werk. Wat het extra lastig maakt is dat dit cluster vermoedelijk een grotere actieradius heeft dan hun eigen wijk. Dit vergt dus een samenspel met alle partijen binnen de gemeente. In Uden is dat vertaald naar het ‘Netwerk van Voorzieningen’ met 6 leidende principes.

1. We beginnen vanuit de persoon: wat kan en wil die
2. Een inzet / ondersteuning moet bijdragen aan de ontwikkeling (dat is tenminste stabilisatie, maar groei indien mogelijk)
3. Er moet dus ook voldoende en voldoende gevarieerd aanbod zijn
4. Daarbij zoeken we de oplossingen vooral in de onderste etages van ‘het huis van voorzieningen’, dus algemene e/o collectieve voorzieningen (in plaats van individueel maatwerk e/o specialistische inzet)
5. De inzet wordt aan te behalen doelen gekoppeld en tenminste één keer per jaar is er contact met deze persoon om na te gaan of er iets meer of minder nodig is
6. Het totaal palet aan aanbod moet elk voor zich een zodanig ‘verdienmodel’ kennen (niet per se op winst gericht) dat het minder afhankelijk wordt van subsidie en daarmee ook minder afhankelijk van politieke ontwikkelingen. Het hele netwerk leidt tot en vraagt om een omlegging van bestaande geldstromen

Het visiedocument is eind 2018 door college vastgesteld; we zijn druk met de vertaling naar een uitvoeringsplan voor de komende 4 jaar.

### cluster 4 ‘(t)huisgebonden’

Hoofdkenmerk: laag opgeleid (relatief vaak mantelzorger), gemiddelde leeftijd 60,9 en vaker vrouw. Kmeans kleur (fig, 3) azuurblauw

Het aan huis gebonden zijn is minder een mobiliteitsvraag dan een zorgvraag. De thuissituatie is kennelijk zodanig dat zij zich (want merendeel vrouw) verplicht voelen om thuis te blijven voor zorgtaken. Dit is waarschijnlijk het cluster waar respijtzorg preventief tot zijn recht kan komen (bestaand product) maar wat vaak reactief wordt ingezet. Misschien is het zelfs beter om helemaal ‘anders’ te gaan kijken. De voorzieningen zoals bij cluster 1 en 2 zijn genoemd, zouden ingezet kunnen worden. Als degenen voor deze vrouwen mantelzorger zijn van dorpsdagvoorzieningen gebruik gaan maken, en de mantelzorgers als enige tegenprestatie een halve dag per week beschikbaar zijn voor bemensing, wordt aan twee kanten gewerkt aan preventie. De mantelzorger zelf heeft meer tijd voor zichzelf, is daadwerkelijk minder aan huis gebonden. Degene voor wie wordt gezorgd, krijgt meer ondersteuning en er is meer signalering; de voorziening kan putten uit veel handen. Dat vraagt wel van de Wegwijzer (toegang) dat bij de start van een traject meteen wordt vastgelegd wie mantelzorgers zijn en met welke rol. Als een mantelzorger met belangrijke rol in het huishouden wegvalt, kan er niet 4 tot 6 weken over heen gaan voor het ‘gat’ is gevuld. Integraal werken en daarmee ook de ondersteuningsbehoefte van de directe omgeving in kaart hebben, en monitoren, voorkomt escalatie en piekbelasting. Op een vrijdagmiddag iets regelen, wat vaak voorkomt, is nagenoeg onmogelijk. Deze vorm van werken en denken is onderdeel van de trainingen vorming van bezetting van Wegwijzer. Sinds oktober 2018 draait de Wegwijzer voor volwassenen; vanaf juli 2019 is de planning dat Jeugd ook zo werkt en daarna is het de bedoeling dat P-wet wordt geïntegreerd.

### cluster 5 ‘burn-out’ (emotioneel en fysiek uitgeput)

Hoofdkenmerken: huishouden met kinderen, voelt zich aangewezen op zichzelf, gemiddelde leeftijd: 45,4; Kmeans kleur (fig. 3) lichtblauw

De tijd in een gezinsleven van ‘alle ballen hoog houden’. Als er dan ook nog sprake is van laag inkomen, hoge energiekosten en slecht wooncomfort, zijn alle ingrediënten aanwezig voor stress. In de geo-data zien wij op dat lage inkomens en inzet van jeugdhulp opvallend vaak op dezelfde postcodes zichtbaar wordt. Dat kan een toevallige samenloop zijn maar correlatie, samenhang dus, is niet uit te sluiten. In wijken met deze score en een steunpunt, kunnen wij door collectieve inzet (deskundigheid in het steunpunt, zonder indicatie te benaderen) verlichting bieden aan ouders. Wij waren zelf bijvoorbeeld verrast te zien dat een wijk met een goed lopende MFA deze score had. We hebben dan ook geconcludeerd dat de huidige ondersteuning, vooral gericht op de bemensing van de MFA, niet aansluit bij de vraag van de wijk. De bemensing is gedeeltelijk door mensen met een verstandelijke beperking. Die begeleiding blijft natuurlijk nodig. Er zal echter meer aandacht voor de gebruikers moeten zijn of een aanbod gerealiseerd worden waardoor gezinnen gebruik gaan maken van de MFA ter ontlasting van de druk die ze nu ervaren. Misschien moet het ‘eetpunt’ voor eenzamen juist wel opengesteld worden voor of aangevuld worden met ‘eten voor gezinnen’ na het ‘gezond leren koken door kinderen’ als naschoolse activiteit. We bedenken dat echter niet vanuit het gemeentehuis voor die wijk. Vanuit wat we leren van data analyse gaan we in gesprek met de beheerders van de MFA (eigen beheer door wijkbewoners). Samen komen we dan tot mogelijke oplossingen. Zij dragen aan en wij gaan kijken hoe we dat kunnen faciliteren. Hierbij gelden overigens dezelfde leidende principes als bij cluster 3 vermeld. Het werkt dus ook door, deze aanpassing, op de exploitatie van de MFA. Dit is een ontwikkeltraject, hoe moet je dat doen zo’n exploitatie, dat we samen met de wijk aan het ontdekken zijn. We denken wel dat als we dit cluster goed kunnen bedienen, we misschien ook vechtscheidingen kunnen voorkomen. Deze vragen veel jeugdhulp inzet.

### cluster 6 ‘beperking door gezondheid of inkomen’

Combinatie van factoren, geen ‘uitschieter’; Kmeans kleur (fig. 3) paars

In Uden zijn we een aantal jaren geleden met JOGG, jongeren op gezond gewicht, met een JOGG-regisseur. We maken ook vanaf het begin gebruik van combinatie functionarissen sport en cultuur die door een regisseur worden aangestuurd. Ca. 1,5 jaar geleden hebben we ook een ‘regisseur positieve gezondheid’ aangetrokken die zich vooral met volwassenen en ‘zorgvriendelijke gemeente’ bezig houdt. Deze 3 regisseurs merkten dat zij veel overlap hadden en dat heeft geleid tot een totaal programma van gezonde leefstijl onder de naam “Guus-beweegt-je” met bijbehorende aanbod zoals leefstijl coaches. “Guus” zorgt vooral voor de toeleiding naar algemene voorzieningen (incl. het verenigingsleven). Verder zou dit cluster gebruik kunnen maken van de oplossingen zoals genoemd bij cluster 1 (vooral <65jr) en cluster 2 (met name >65 jaar).

### cluster 7 ‘chronisch slechte gezondheid / beperking’ / ‘multi-problematiek’

Hoofdkenmerk: overwegend vrouw en ouder (65+); Kmeans kleur (fig. 3): roze

Als er sprake is van multi problematiek, kun je niet zomaar een voorziening daarop aanpassen. Hier zetten we in op nieuwe vormen van samenwerking met huisartsen. Door de afschaling van zorg door de 2de lijn (ziekenhuizen laten patiënten eerder naar huis gaan) komt er meer bij de 1ste lijn, de huisartsen te liggen. Als het niet medisch is, zouden de huisartsen gebaat zijn bij doorverwijzing naar sociaal domein. Dit vraagt om nauwere samenwerking dan tot nu toe plaatsvindt. Er is al wel nieuw instrumentarium voor ontwikkeld ([www.portaalnaargezondleven.nl](http://www.portaalnaargezondleven.nl)) dat nu wordt ‘gevuld’. Vanaf juli 2019 willen we de publiekscampagne starten zodat inwoners dit ook zelf gaan gebruiken, of samen met een leefstijlcoach of gastvrouw van een steunpunt. Eén oplossing heeft zijn meerwaarde al bewezen en zal ook via dit portaal gevonden kunnen gaan worden: Biowalking. Dit is er voor mensen met diabetes, COPD en dementie. De start is 4 wandelingen waarbij een medisch en omgevingsdeskundige meelopen. De eerste om vragen over de ziekte, voor zowel patiënt als mantelzorger, te kunnen beantwoorden en hen te adviseren. De tweede om te zorgen dat het leuke wandelingen zijn waarbij je wat leert / ervaart over de natuur of, als het stadswandelingen zijn, over cultuurhistorie en architectuur. Na deze 4 wandelingen kan worden aangesloten op bestaande wandelgroepen e/o activiteiten, zodat het geleerde niet wegzakt en de sociale contacten op peil blijven.

### Afrondend

Is dit het dan? Nee, zeker niet. Dit hele traject willen we verankeren in onze werkwijze. Dat betekent voor Uden dat we met de GGD maatwerk afspraken gaan maken m.b.t. monitoring. We willen wijkgericht Werken; de GGD zal dan ook de enquêtes op de juiste dichtheid moeten uitzetten om de statistisch vergelijkbare resultaten / juiste respons per wijk te krijgen. Ook willen we een aantal vragen toevoegen. In dit traject met diverse gemeenten hebben we immers ook bedacht welke vragen ons gaan helpen om potentieel kwetsbare mensen in beeld te krijgen. Die vragen kunnen door de Wegwijzer worden gesteld (maar dan zijn of worden het al onze klanten) maar het is voor de preventie ook handig om ze in de gezondheidsmonitor of dergelijke een plaats te laten krijgen. Verder staan we nog maar aan het begin van het ‘Netwerk van Voorzieningen’. Over ca. 4 jaar moet blijken of onze ambities ook daadwerkelijk het gewenste effect hebben. We hebben nu in elk geval meer handvaten om onze werk mee op te pakken.

# Bijlage

Gehanteerde variabelen uit de GGD Gezondheidsmonitor

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| weegfactor3 | Gewicht alleen GGD respondenten | Scale |
| MIREB201 | GGD-regio | Nominal |
| LFT0109 | Leeftijd op 1 september 2016 | Scale |
| inkkwin\_2016 | Gestandaardiseerd huishoudinkomen in kwintielen (numerieke variabele) | Nominal |
| MMWSA205 | Heeft ten minste 1 uur per week betaald werk | Nominal |
| MMWSA206 | Is volledig met pensioen (en heeft geen betaald werk (meer)) | Nominal |
| MMWSA207 | Is volledig werkloos/werkzoekend (en heeft geen betaald werk (meer)) | Nominal |
| MMWSA210 | Is volledig huisman/-vrouw (en heeft geen betaald werk (meer) en is niet werkloos/werkzoekend) | Nominal |
| MMWSA211 | Volgt volledig onderwijs/studeert volledig (en heeft niet 20 uur of meer pw betaald werk en heeft geen pensioen) | Nominal |
| KLGGA207 | Ervaren gezondheid, in 3 categorieën | Nominal |
| CALGA260 | Heeft langdurige ziekte(n) of aandoening(en) (korte vraag) | Nominal |
| CALGA261 | Is (ernstig) beperkt in activiteiten vanwege gezondheid | Nominal |
| GGRLS203 | Heeft matig of veel regie over eigen leven | Nominal |
| GGEEB201 | Kan praten over dagelijkse problemen | Nominal |
| GGEEB203 | Ervaar leegte | Nominal |
| GGEEB204 | Heb mensen om op terug te vallen bij narigheid | Nominal |
| GGEEB207 | Veel mensen om op te vertrouwen | Nominal |
| GGEEB208 | Voldoende mensen waarmee verbondenheid is | Nominal |
| GGEES203 | Eenzaamheid (obv De Jong Gierveld schaal), totaalscore | Nominal |
| GGEES208 | Eenzaamheid (obv De Jong Gierveld schaal), in 4 categorieën | Nominal |
| GGEES209 | Is (zeer) ernstig eenzaam (obv De Jong Gierveld schaal) | Nominal |
| MMVWB201 | Doet u vrijwilligerswerk? | Nominal |
| MCMZGA205 | Heeft in afgelopen 12 mndn mantelzorg gegeven | Nominal |
| MCMZGA201 | Klasse indeling aantal uren mantelzorg geven (momenteel) | Nominal |
| MCMZOS304 | Heeft in afgelopen 12 mndn mantelzorg ontvangen | Nominal |
| GGADA202 | Matig of hoog risico op angststoornis of depressie | Nominal |
| MMIKB201 | Heeft u afg 12 mndn moeite gehad om vh hhinkomen rond te komen? | Nominal |
| CALGB260 | Heeft u een of meer langdurige ziekten? | Nominal |
| GGRLB202 | Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen | Nominal |
| opl\_dichVM | #opl\_lm opleiding laag midden | Nominal |
| GGRLB201 | Weinig controle over dingen die mij overkomen | Nominal |
| GGRLB204 | Ik voel me vaak hulpeloos bij omgaan problemen van het leven | Nominal |
| GGRLB206 | Wat er in de toekomst met me gebeurt hangt voor grootste deel van mezelf af | Nominal |
| GGADB201 | Hoe vaak vermoeid zonder duidelijke reden? | Nominal |
| GGADB202 | Hoe vaak zenuwachtig? | Nominal |
| GGADB204 | Hoe vaak hopeloos? | Nominal |
| GGADB207 | Hoe vaak somber of depressief? | Nominal |
| GGADB210 | Hoe vaak afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos? | Nominal |
| GGADS201 | Risico op angststoornis of depressie, totaalscore | Scale |
| GGRLS202 | Regie over eigen leven, totaalscore | Scale |
| AGOJB201 | Onderzoeksjaar | Nominal |
| LGBPS209 | Heeft minimaal een beperking met horen, zien of mobiliteit (ofwel minimaal grote moeite met 1 vd 7 OECD items) | Nominal |
| AGGWS205 | Obesitas, ofwel een BMI van 30 of hoger | Nominal |
| LGBPS205 | Heeft mobiliteitsbeperkingen (ofwel minimaal grote moeite met 1 vd 3 OECD items mbt mobiliteit) | Nominal |
| etnicat | Etniciteit in 3 categorieen | Nominal |
| leeftijdcat6 | leeftijd in 6 categorieen obv geboortedatum | Nominal |
| KLGGB201 | Hoe is over het algemeen uw gezondheid? | Nominal |
| GGEEB202 | Mis goede vriend | Nominal |
| GGEEB205 | Mis gezelligheid | Nominal |
| GGEEB206 | Kring van vrienden is beperkt | Nominal |
| GGEEB209 | Mis mensen om me heen | Nominal |
| GGEEB210 | Voel me vaak in de steekgelaten | Nominal |
| GGEEB211 | Kan bij vrienden terecht wanneer behoefte is | Nominal |

1. https://ibestuur.nl/praktijk/data-science-maakt-kwetsbare-inwoners-zichtbaar [↑](#footnote-ref-1)