



Rapportage nulmeting en monitoring Sociale Agenda Provincie Limburg

**Universiteit van Maastricht
GGD Zuid Limburg / Academische Werkplaats Publieke Gezondheid**

**Maria Jansen
Rachelle Meisters
2018**

Uitvoering

Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences
CAPHRI - Care and Public Health Research Institute
Department of Health Services Research
Focusing on Value-based Care and Ageing
Postbus 616, 6200 MD Maastricht
Telefoon: 043-3881570
Website: <https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl>



Academische Werkplaats Publieke Gezondheid
GGD Zuid Limburg
Postbus 33, 6400AA Heerlen



Contact

Maria Jansen
maria.jansen@ggzl.nl

Rachelle Meisters
r.meisters@maastrichtuniversity.nl

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Provincie Limburg

provincie limburg 

Lay-out: Rachelle Meisters

© Copyright Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI - Care and Public Health Research Institute, Department of Health Services Research, 2018.

Niets uit deze uitgave mag gekopieerd of overgenomen worden zonder uitdrukkelijke toestemming van de auteurs.

Rapportage nulmeting en monitoring

Sociale Agenda Provincie Limburg

2018

Auteurs

Maria Jansen

Rachelle Meisters

Datum 23-04-2018

Maastricht University

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

CAPHRI - Care and Public Health Research Institute

Department of Health Services Research

Focusing on Value-based Care and Ageing

Academische Werkplaats Publieke Gezondheid

GGD Zuid Limburg

Postbus 33, 6400AA Heerlen

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	6
In Limburg bereiken we meer: conclusie en aanbevelingen.....	12
Inleiding	26
1. (Arbeids-)participatie.....	29
1.1 Werkloosheid	29
1.2 Arbeidsparticipatie.....	30
1.3 Actieve deelname aan de samenleving.....	33
2. Onderwijs.....	35
2.1 Laaggeletterdheid	36
2.2 Startkwalificatie	37
2.3 Laag Opleidingsniveau	40
2.4 Voortijdig Schoolverlaters (VSV-ers) en Speciaal Onderwijs.....	49
3. Gezondheid.....	51
3.1 (Gezonde) levensverwachting.....	51
3.2 Ervaren gezondheid	55
3.3 Leefstijl.....	59
3.4 Zorgkosten (verzoek VieCuri)	63
4. Opvoeding / Jeugd	66
4.1 Welzijn	66
4.2 Veiligheid	73
4.3 Armoede	73
5. Sociaal Kapitaal	75
5.1 Eenzaamheid.....	75
5.2 Zelfregie	77
5.3 Aanvullende Limburgse indicatoren	78
Bijlage 1 Geraadpleegde literatuur	84
Bijlage 2 Arbeidsparticipatie Limburgse bevolking 19-64, 2016, naar gemeente en leeftijdscategorie	86
Bijlage 3 Schattingen gemeentelijke percentages laaggeletterden en scores laaggeletterdheid	88
Bijlage 4 Leefstijl grafieken jeugd, (jong)volwassenen en ouderen	89
Bijlage 5 Relatieve zorgkosten per gemeente.....	95
Bijlage 6 Landkaarten.....	97
Bijlage 7 Rangorde Limburgse gemeenten indicatoren Kinderen in Tel 2015	104
Bijlage 8 Grafieken laag en langdurig laag inkomen 2015	105
Bijlage 9 Gebruik lokale welzijnsvoorzieningen door ouderen	106
Bijlage 10 Beschikbaarheid bronnen in de toekomst	107

Samenvatting Nulmeting Sociale Agenda Limburg 2016

Aanleiding

Net zoals de rest van Nederland wordt Limburg steeds gezonder. Ten opzichte van andere Nederlanders zijn Limburgers, en vooral Zuid-Limburgers, echter veelal ongezonder en leven ze ongeveer een jaar korter. Het was anno 2015 nog niet gelukt om die gezondheidsachterstand in te lopen. Dit was de aanleiding voor het onderzoeksrapport 'Op zoek naar de Limburg-factor' en, in 2016, de Sociale Agenda Limburg.

In opdracht van de Provincie is een nulmeting uitgevoerd voor de Sociale Agenda Limburg voor 2016. De Sociale Agenda heeft als nadrukkelijk doel het inlopen van de gezondheidsachterstanden in Limburg. Het Kompas van de Sociale Agenda bestaat uit 5 thema's: (arbeids-) participatie, onderwijs, gezondheid, jeugd en sociaal kapitaal¹. Voor elk thema is een set van relevante indicatoren verzameld die beschikbaar en meetbaar zijn in de periode 2016-2020. Aan de hand van deze indicatoren geeft de nulmeting een beeld van de Limburgse situatie in 2016 (in vergelijking met Nederland en andere provincies of regio's) en waar mogelijk wordt een vergelijking met 2012 gemaakt. Op basis hiervan ontstaat inzicht in patronen kenmerkend voor Limburg die als grondlegger kunnen dienen voor beleidsmatige keuzes. Echter, om trends gedurende de tijd voor de gehele set aan indicatoren in kaart te brengen en daarmee uitspraken te doen over trendbreuken en effecten van beleid zijn vervolgmetingen (in de periode 2016-2025) noodzakelijk.

Achtergrond

Limburg, en in het bijzonder Zuid-Limburg heeft een oudere bevolking dan de rest van Nederland, zie Tabel 1. Hiermee wordt in de uitgebreide rapportage rekening gehouden door de cijfers, waar mogelijk, uit te splitsen

Tabel 1: Verhoudingen leeftijdsgroepen

Verhoudingen leeftijdsgroepen	0-20 jaar	20-65 jaar	65+ jaar
2016			
Nederland	22.5 %	59.3 %	18.2 %
Limburg	19.3 %	59.0 %	21.8 %
Noord-Limburg	21.3 %	58.5 %	20.2 %
Midden-Limburg	19.7 %	58.6 %	21.8 %
Zuid-Limburg	18.1 %	59.3 %	22.5 %

Bron: CBS

naar leeftijdscategorieën. Daar waar mogelijk bekijken we verschillen tussen provincies of regio's (25 GGD regio's voor volwassenen en ouderen en 16 GGD regio's voor jongeren). De Provincie Limburg wordt opgesplitst in de GGD regio's Noord- en Zuid-Limburg². Naast een oudere bevolking kent Limburg ook een bevolking met relatief meer sociaaleconomische achterstanden, vooral ook in Zuid-Limburg.

¹ Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de volgende databronnen: de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen en de Gezondheidsmonitor Jeugd van de GGD, het schoolverlatersonderzoek van het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA), de gegevens van de Onderwijsmonitor Limburg (OML), data van het CBS, rapportages van Kinderen in Tel, en gegevens van het RIVM.

² De GGD regio Limburg-Noord bestaat uit de sub-regio's Noord-Limburg en Midden-Limburg.

Nulmeting aan de hand van de levensloop (in vergelijking met Nederland)

- **Kinderen:** in de provincie Limburg worden verhoudingsgewijs de meeste kinderen geboren met een lichamelijke en/of geestelijke beperking. De provincie Limburg heeft relatief de grootste groep leerlingen speciaal onderwijs en kent als enige provincie een stijging in het percentage Voortijdig Schoolverlaters (VSV-ers). De provincie Limburg heeft op één provincie na relatief de meeste jeugd die een beroep doet op Jeugdhulp en staat op de vierde plek als provincie met de relatief grootste groep kinderen die opgroeien in een uitkeringsgezin.
- **Jongeren:** de GGD regio Limburg-Noord staat op de 3^e en Zuid-Limburg op de 7^e plaats van de GGD regio's met relatief meeste jongeren die een (zeer) goede ervaren gezondheid hebben. Daarnaast staat Limburg-Noord op de 4^e en Zuid-Limburg op de 3^e plek als regio's met relatief minste jonge rokers. Wat betreft alcohol- en drugsgebruik onder jongeren scoren de Limburgse regio's echter slechter. Zo staat Limburg-Noord op de 5^e en Zuid-Limburg op de 3^e plaats met relatief de meeste jongeren die al eens alcohol hebben gedronken of al eens aangeschoten/dronken zijn geweest. Limburg-Noord staat op de 11^e plaats en Zuid-Limburg op de 5^e plaats als GGD regio met relatief de meeste jongeren die drugs gebruiken.
- **Jongvolwassenen:** schoolverlaters (met een diploma) hebben in Zuid-Limburg relatief vaker een mismatch op de arbeidsmarkt met hun opleidingsniveau en –sector. Het werkloosheidspercentage voor MBO niveau 3 en 4 en HBO schoolverlaters (met een diploma) anderhalf jaar na het verlaten van de opleiding is hoger in Zuid-Limburg.
- **Volwassenen:** De provincie Limburg heeft de relatief grootste groep uitkeringsgerechtigden binnen de groep 19 tot 64 jarigen. De provincie Limburg staat op een gedeelte 6^e plaats als provincie met het hoogste percentage laaggeletterden. Met betrekking tot de gezonde levensverwachting hoort de GGD regio Limburg-Noord bij de slechtste 10, en Zuid-Limburg bij de slechtste 3 GGD regio's (voor alle vier definities³). Daarnaast hoort Noord-Limburg tot de 10 slechtst scorende GGD regio's en Zuid-Limburg bij de 5 slechtste met betrekking tot leefstijl (bewegen, BMI en roken). Noord-Limburg staat op de 6^e plek als GGD regio met de meeste zware drinkers, Zuid-Limburg op de 14^e plek. Voor eenzaamheid staat Noord-Limburg op de 8^e en Zuid-Limburg op de 4^e plek met het hoogste percentage eenzamen. Voor relatief minste zelfregie is Noord-Limburg de 14^e en Zuid-Limburg de 2^e slechtst scorende GGD regio.
- **Ouderen:** Voor leefstijl hoort de GGD regio Noord-Limburg tot de 15 slechtste regio's en Zuid-Limburg tot de 7 slechtste regio's. De GGD regio Limburg-Noord staat op de 5^e plek als GGD regio met relatief meeste eenzame ouderen, Zuid-Limburg staat de 1^e plek. Voor lage zelfregie staat Limburg-Noord op de 10^e en Zuid-Limburg wederom op de 1e plek.

³ De gezonde levensverwachting wordt in jaren uitgedrukt voor vier verschillende definities: in goede ervaren gezondheid, zonder lichamelijke beperkingen, in goede geestelijke gezondheid, en zonder chronische ziekten.

Verschillen naar regio, leeftijd, en opleiding

De bevindingen laten zien dat het probleem van Limburg, vooral een Zuid-Limburgs probleem is. Het gaat om heel Zuid-Limburg, en daarbinnen vooral de verstedelijkte gebieden rondom Heerlen/Parkstad, Sittard-Geleen en Maastricht. Daarnaast zijn Venlo en Roermond kwetsbare gebieden gebleken in Noord- en Midden-Limburg. Zuid-Limburg kent een achterstand in (arbeids)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal ten opzichte van Nederland, de andere provincies en Noord- en Midden-Limburg. De Limburg-factor betreft derhalve vooral een Zuid-Limburg-factor.

Verder blijken er verschillen in gezondheidsachterstand naar leeftijd. Zo is de achterstand groot bij geboorte en de eerste levensjaren. De jongere leeftijdsgroepen (4-18 jaar) lopen minder uit de pas wat betreft citoscore, opleiding en ervaren gezondheid, maar niet voor alcohol en drugsgebruik. De daarop volgende leeftijdsgroepen (>20 jaar) daarentegen lopen weer meer uit de pas in vergelijking met het Nederlands gemiddelde.

Het opleidingsniveau blijkt een belangrijke factor in het herkennen van verschillen voor (arbeids-)participatie, gezondheid, jeugd en sociaal kapitaal. Dit geldt voor zowel Nederland als Limburg. Maar omdat Limburg een oudere en lager opgeleide bevolking kent, zijn onderstaande patronen hardnekkiger voor de provincie Limburg ten opzichte van andere regio's en Nederland. Het opleidingsniveau moet hier breed worden beschouwd en omvat meer dan alleen het genoten onderwijs. Het genoten onderwijs bepaalt weliswaar het opleidingsniveau maar gaat vaak gepaard met al datgene wat mensen vanaf jonge leeftijd meekrijgen vanuit hun thuissituatie, de woonomgeving, de school, de werkplek en het bredere sociale milieu, ongeacht persoonlijke aanleg. Naast verschillen in intelligentie en cognitieve vaardigheden die tot opleidingsverschillen leiden, spelen dus ook andere, meer impliciete factoren en levensvaardigheden mee die onder de noemer 'opleidingsniveau' verborgen zitten. Zo zien we de volgende patronen:

1. Sociale overerving: Leerlingen van hoger opgeleide ouders hebben een betere match tussen CITO score en schooladvies en het uiteindelijke schoolniveau op de middelbare school dan leerlingen van laagopgeleide ouders. Ook verwachtingen over te behalen diploma's van leerlingen en ouders voor het voortgezet- en vervolgonderwijs zijn hoger bij hoger opgeleide ouders en leerkrachten bevestigen dit verwachtingspatroon. Leerlingen van hoger opgeleide ouders kunnen ook meer hulp bij schoolwerk ontvangen van hun ouders dan leerlingen van laagopgeleide ouders. Daarnaast blijkt dat leerlingen van laag en midden opgeleide ouders meer geneigd zijn om later in Limburg te blijven wonen.
2. (Gezonde) levensverwachting: uit de cijfers van het RIVM blijkt dat hoogopgeleiden langer leven en langer in goede gezondheid leven. Zo leven hoogopgeleide mannen 6,5 jaar langer en leven

14,2 jaren meer in goede ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleide mannen. Voor hoogopgeleide vrouwen is hetzelfde te zien: hoogopgeleide vrouwen leven 5,4 jaar langer en leven 15,5 jaren meer in goede ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleide vrouwen. Voor de andere drie definities van gezonde levensverwachting zijn de verschillen iets kleiner, maar hetzelfde gradueel patroon blijft bestaan.

3. Match op de arbeidsmarkt: 1,5 jaar na het gediplomeerd verlaten van de opleiding is het werkloosheidspercentage hoger voor laagopgeleide dan voor hoger opgeleide schoolverlaters. Laagopgeleide schoolverlaters (met een diploma) hebben vaker een mismatch tussen opleidingsniveau en arbeidssituatie en dit resulteert in meer onbenut potentieel.
4. Sociaal Kapitaal: laagopgeleiden zijn eenzamer (bijvoorbeeld beperkte vriendenkring, minder vertrouwen en verbondenheid). Daarnaast participeren laagopgeleiden ook minder in de samenleving zoals het doen van vrijwilligerswerk.

Conclusie

De gezondheidsachterstand in Limburg lijkt vooral een probleem van sociaaleconomische en sociaal-culturele aard. Dat betekent dat opleiding in brede zin, inkomen en wonend in een Limburgse cultuur resulteren in gezondheidsverschillen. Om deze gezondheidsverschillen aan te pakken sluiten wij aan bij de theorie van Rose die een populatiegerichte aanpak bepleit en bij die van Marmot over het 'proportioneel universalisme'. Beide stellen universeel preventiebeleid gericht op de hele bevolking (universeel, populatiegericht) centraal met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen met een grote achterstand (proportioneel). Met een vroege start, al voor de conceptie van het nieuwe leven, valt de grootste gezondheidswinst te behalen. De gezondheid van de totale bevolking gaat er op deze manier op vooruit. Langs deze weg kan de gezondheidsachterstand in Limburg, met de focus op Zuid-Limburg, worden ingelopen.

De aanbevelingen

De aanbevelingen richten zich op versterking van preconceptiebegeleiding, opvoedingsondersteuning in de voor- en vroege schoolse periode, integrale onderwijs-gezondheidsarrangementen, en arbeidsparticipatie op een gezonde werkvloer. Bij deze leeftijdsgroepen is de meeste gezondheidswinst te verwachten van een combinatie van universeel beleid gericht op de hele groep en beleid en interventies proportioneel gericht op kinderen en ouders die behoren tot de lage SES-groep.

1. Start al voor de conceptie (- 17 mnd – 2 jaar)

Om sociale overerving en het relatief groot aantal aangeboren afwijkingen te verminderen worden pilots gericht op jongvolwassenen met een kinderwens en zwangeren aanbevolen met intensieve (pre)conceptie-begeleiding.

2. **Individuele verschillen inlopen tijdens het vroege leven (2-4 jaar)**

Individuele verschillen betreffen onder andere verschillen in persoonlijkheid en intellectuele vaardigheden. Hierop kan worden bijgestuurd door opvoedondersteuning en gezond leren opgroeien vanuit het consultatiebureau (0-2 jarigen), tijdens de voor- en vroegschoolse educatie (2-4 jarigen) en via de kinderopvang en peuterspeelzaal. Pilots op dit terrein worden aanbevolen, met extra aandacht voor kinderen die opgroeien in eenoudergezinnen of uitkeringsgezinnen.

3. **De gezonde leerschool van de toekomst (4-18 jaar)**

Integrale schoolarrangementen waarin onderwijs, gezonde levensstijl, cultuureducatie, beweging en sport verbonden worden met tussen- en naschoolse opvang, bieden een goede basis voor talentontwikkeling, vooral voor kinderen uit de kansarme milieus. 'De gezonde basisschool van de toekomst' is een voorbeeld van hoe het onderwijs kan bijdragen aan de trendbreuk in gezondheidsverschillen, mits het voldoende intensief wordt uitgevoerd en voor alle Limburgse jongeren beschikbaar is. Dit laatste wordt aanbevolen. Integrale onderwijsarrangementen in de vorm van 'gezonde leerscholen van de toekomst' dienen ook te worden doorgetrokken naar het volledige voortgezet onderwijs, liefst in brede scholen waar VMBO-, MBO-, HAVO- en gymnasiumleerlingen samenkomen. Segregatie naar onderwijsniveaus draagt bij aan gezondheidsverschillen, daarom zijn brede en gezonde scholen voor voortgezet onderwijs, met maatwerk voor de individuele leerling, zeer aan te bevelen. Het (gratis) aanbieden van extra services zoals een gezond ontbijt, sport, gratis bijles, kan bovendien bijdragen aan het terugdringen van voortijdig schoolverlaten.

4. **Werk biedt betekenisvol leven (>19 jaar)**

Door een transformatie naar een hoogwaardige kenniseconomie, zoals de Provincie die inzet, met topsectorenbeleid kan aankomend jong talent voor de Provincie worden behouden. Banen aan de bovenkant van de arbeidsmarkt zijn van essentieel belang om de hoger opgeleiden aan de regio te binden dan wel aan te trekken. Dit maakt een evenwichtiger balans tussen laag- en hoogopgeleiden mogelijk. Daarnaast wordt aanbevolen om ook MBO- 1 en 2 niveau en het lage segment van de arbeidsmarkt aan te moedigen tot een leven lang leren, bij voorkeur vanuit de bedrijfspraktijk. Extra aandacht voor een gezonde werkvloer is nodig om de vitaliteit van de werknemer te verbeteren en te behouden zodat deze duurzaam inzetbaar blijft.

5. **Langjarig commitment en monitoring**

Binnen de huidige systemen van onderwijs tot economie, gelden regels en afrekenmechanismen die vaak met elkaar bosten waardoor veranderingen niet tot stand komen. Als partijen gezamenlijk hun visie, de stip op de horizon bepalen, kan onder het motto 'volhouden en doorgaan' toch veel worden bereikt. Dat vraagt wel om langjarig commitment en goed monitoren.

In Limburg bereiken we meer: conclusie en aanbevelingen

Op 6 februari 2015 hebben Provinciale Staten een motie (643) aangenomen om een integraal onderzoek uit te voeren naar de oorzaken van de gezondheidsachterstanden van Limburg ten opzichte van de rest van Nederland. Het daaruit volgende rapport 'Op zoek naar de Limburgfactor' is mede de grondslag geweest voor het uitwerken van de Sociale Agenda Limburg 2025 (SAL 2025) zoals deze 18 maart 2016 door Provinciale Staten van Limburg is vastgesteld. Doelstelling van de SAL 2025 is om in 2025 de eerste achterstanden in gezondheid en participatie te hebben ingelopen. Limburg is de enige provincie in Nederland met een sociale agenda. Dat sociale en economische versterking gelijk op gaan in de plannen en initiatieven van de provincie is lovenswaardig. Om vast te kunnen stellen of Limburg inderdaad het gestelde doel bereikt, meten we de veranderende maatschappelijke situatie op de 5 factoren zoals die in 'het Kompas' zijn bepaald, namelijk (arbeids-)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal. In deze rapportage is de uitgangspositie van 2016 beschreven; feitelijk het startjaar van de SAL. Met follow-up metingen van alle gepresenteerde variabelen in 2018, 2020 en daarna, waarin de positie wordt bepaald van (Noord, Midden en Zuid) Limburg ten opzichte van Nederland en de andere provincies, kan over een aantal jaren een algemene indruk worden gegeven of de SAL effect heeft gesorteerd.

De bevindingen zoals hier gepresenteerd zijn gebaseerd op de 'harde' cijfers. De bevindingen uit 'Op zoek naar de Limburgfactor', waren gebaseerd op bestaande literatuur en interviews. De beide analyses laten eenzelfde beeld zien. Deze bevestiging geeft een robuuster houvast voor de aanpak.

In de conclusie en aanbevelingen redeneren we steeds vanuit twee perspectieven op de bevindingen namelijk:

- kent Limburg een achterstand in (arbeids-)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal ten opzichte van Nederland en de andere provincies / regio's
- zijn de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Limburg vergelijkbaar met de rest van Nederland en geven deze verschillen aanleiding tot zorg?

In de presentatie van de 'harde' cijfers is rekening gehouden met het feit dat Limburg, en in het bijzonder Zuid-Limburg een oudere bevolking heeft dan de rest van Nederland en een groter bevolkingsaandeel met een lage sociaaleconomische status (SES). We vergelijken Limburg steeds met het Nederlands gemiddelde en we zetten Limburg af tegen de andere provincies. Afhankelijk van de beschikbare databronnen vergelijken we Limburg, opgedeeld naar de GGD-regio's Noord-Limburg en Zuid-Limburg, met de andere GGD regio's in Nederland (totaal 25 GGD regio's). Bij een verdere

verdieping binnen Limburg maken we de vergelijking tussen de regio's Noord-Limburg, Midden-Limburg, Westelijke Mijnstreek, Parkstad en Maastricht-Heuvelland.

Resultaten

De bevindingen laten zien dat het probleem van Limburg, vooral een Zuid-Limburgs probleem is. Het gaat om heel Zuid-Limburg, en daarbinnen vooral de verstedelijkte gebieden rondom Heerlen/Parkstad, Sittard-Geleen en Maastricht. Daarnaast zijn Venlo en Roermond kwetsbare gebieden gebleken in Noord- en Midden-Limburg. Zuid-Limburg kent een achterstand in (arbeids-)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal ten opzichte van Nederland, de andere provincies en Noord- en Midden-Limburg. De Limburg-factor betreft derhalve vooral een Zuid-Limburg-factor.

Waar de regio's Noord- en Midden-Limburg meestal het landelijk gemiddelde volgen of zelfs erboven scoren, scoort de regio Zuid-Limburg dermate lager dat de provincie als geheel onder het landelijk gemiddelde scoort. Dit geldt bijvoorbeeld voor het thema gezondheid (ervaren gezondheid, levensverwachting in goede gezondheid, levensverwachting in goede geestelijke gezondheid en leefstijlgewoontes zoals BMI, beweging en roken) en het thema arbeid (arbeidsparticipatie en vrijwilligerswerk).

Schetsen we de bevindingen voor de 5 onderscheiden factoren van (arbeids-)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal vanuit het levensloopperspectief dan zien we het volgende:

- **Kinderen:** in de provincie Limburg worden verhoudingsgewijs de meeste kinderen geboren met een lichamelijke en/of geestelijke beperking. De provincie Limburg heeft relatief de grootste groep leerlingen speciaal onderwijs. De provincie Limburg heeft op één provincie na relatief de meeste jeugd die een beroep doet op Jeugdhulp en staat op de vierde plek als provincie met de relatief grootste groep kinderen die opgroeien in een uitkeringsgezin.
- **Jongeren:** de GGD regio Limburg-Noord staat op de 3^e en Zuid-Limburg op de 7^e plaats in de rij van 16 GGD regio's met relatief meeste jongeren die een (zeer) goede ervaren gezondheid hebben. Daarnaast staat Limburg-Noord op de 4^e en Zuid-Limburg op de 3^e plek als regio's met relatief minste jonge rokers. Wat betreft alcohol- en drugsgebruik onder jongeren scoren de Limburgse regio's echter slechter. Zo staat Limburg-Noord op de 5^e en Zuid-Limburg op de 3^e plaats met relatief de meeste jongeren die al eens alcohol hebben gedronken of al eens aangeschoten/dronken zijn geweest. Limburg-Noord staat op de 11^e plaats en Zuid-Limburg op de 5^e plaatst als GGD regio met relatief de meeste jongeren die drugs gebruiken.
- **Jongvolwassenen:** schoolverlaters (met een diploma) hebben in Zuid-Limburg relatief vaker een mismatch op de arbeidsmarkt met hun opleidingsniveau en –sector. Het werkloosheidspercentage

voor MBO niveau 3 en 4 en HBO schoolverlaters (met een diploma) anderhalf jaar na het verlaten van de opleiding is hoger in Zuid-Limburg. Limburg kent als enige provincie een stijging in het percentage Voortijdig Schoolverlaters (VSV-ers).

- **Volwassenen:** De provincie Limburg heeft de relatief grootste groep uitkeringsgerechtigden binnen de groep 19 tot 64 jarigen. De provincie Limburg staat op een gedeelde 6^e plaats als provincie met het hoogste percentage laaggeletterden. Met betrekking tot de gezonde levensverwachting hoort de GGD regio Limburg-Noord bij de slechtste 10, en Zuid-Limburg bij de slechtste 3 GGD regio's (voor alle vier definities⁴). Daarnaast hoort Noord-Limburg tot de 10 slechtst scorende GGD regio's en Zuid-Limburg bij de 5 slechtste met betrekking tot leefstijl (bewegen, BMI en roken). Noord-Limburg staat op de 6^e plek als GGD regio met de meeste zware drinkers, Zuid-Limburg op de 14^e plek. Voor eenzaamheid staat Noord-Limburg op de 8^e en Zuid-Limburg op de 4^e plek met het hoogste percentage eenzamen. Voor relatief minste zelfregie is Noord-Limburg de 14^e en Zuid-Limburg de 2^e slechtst scorende GGD regio.
- **Ouderen:** Voor leefstijl hoort de GGD regio Noord-Limburg tot de 15 slechtste regio's en Zuid-Limburg tot de 7 slechtste regio's. De GGD regio Limburg-Noord staat op de 5^e plek als GGD regio met relatief meeste eenzame ouderen, Zuid-Limburg staat op de 1^e plek. Voor lage zelfregie staat Limburg-Noord op de 10^e en Zuid-Limburg wederom op de 1e plek.

Leeftijdsverschillen

De gezondheidsachterstand ten opzichte van Nederland verschilt in de verschillende leeftijdsgroepen. Zo is de achterstand groot bij geboorte, is het aantal aangeboren afwijkingen verontrustend hoog, groeien relatief veel kinderen op in armoede, hebben meer kinderen jeugdhulp nodig en volgen meer kinderen speciaal onderwijs. De jongere leeftijdsgroepen (4-18 jaar) lopen minder uit de pas ten opzichte van het Nederlands gemiddelde. Wat betreft citoscore, opleiding en ervaren gezondheid scoren de Limburgse jongeren net zo goed als de Nederlandse jongeren en is er geen sprake van een achterstand in vergelijking met de Nederlandse jeugd. Wat betreft alcohol en drugsgebruik staan de Limburgse jongeren echter wel op een achterstand. De daarop volgende leeftijdsgroepen (>20 jaar) daarentegen lopen weer meer uit de pas. Onder de (jong) volwassenen en ouderen neemt de gezondheidsachterstand verder toe. Om te achterhalen wat hiervan de reden is een nadere analyse nodig van de verhuisbewegingen van (jong)volwassenen. Dit is met de huidige data nog niet gelukt, maar kan vervolgonderzoek nader worden geanalyseerd (in samenwerking met NEIMED) en valt buiten de scope van dit onderzoek. Vaak wordt beweerd dat er sprake is van demografische scheefgroei, doordat hoger opgeleide jongeren wegtrekken uit de provincie en laagopgeleide

⁴ De gezonde levensverwachting wordt in jaren uitgedrukt voor vier verschillende definities: in goede ervaren gezondheid, zonder lichamelijke beperkingen, in goede geestelijke gezondheid, en zonder chronische ziekten.

volwassenen juist instromen in deze provincie (bijv. vanwege betaalbare sociale woningbouw). Maar deze veronderstelling is vooralsnog niet aangetoond.

Opleidingsverschillen

Kijkend vanuit het perspectief van sociaaleconomische gezondheidsverschillen dan zien we bepaalde patronen die sterk verband houden met het opleidingsniveau. Dit is overigens geen specifiek Limburgs fenomeen maar een Nederlands en zelfs wereldwijd fenomeen. Het opleidingsniveau blijkt een belangrijke factor in het herkennen van verschillen voor (arbeids-) participatie, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal en dat zien we op alle leeftijden terug. Omdat Limburg een oudere en lager opgeleide bevolking kent (vooral vanaf 20 jaar), zijn onderstaande patronen hardnekkiger voor de provincie Limburg ten opzichte van andere regio's en Nederland. Het opleidingsniveau moet hier breder worden gezien dan alleen het genoten onderwijs. Het genoten onderwijs bepaalt weliswaar het opleidingsniveau maar gaat vaak gepaard met al datgene wat mensen vanaf jonge leeftijd meekrijgen vanuit hun thuissituatie, de woonomgeving, de school, de werkplek en het bredere sociale milieu, ongeacht persoonlijke aanleg. Denk daarbij bijvoorbeeld aan persoonlijkheidsvorming, muzikale of culturele talentontwikkeling, huiswerkbegeleiding, sportparticipatie, en kansen en mogelijkheden in brede zin. Naast verschillen in intelligentie en cognitieve vaardigheden die tot opleidingsverschillen leiden, spelen dus ook andere, meer impliciete factoren en levensvaardigheden mee die onder de noemer 'opleidingsniveau' verborgen zitten. Daarnaast heeft het opleidingsniveau gevolgen voor het inkomensniveau. Inkomensverschillen op populatieniveau zijn slecht voor de volksgezondheid, aldus Wilkinson en Pickett⁵, voor zowel de lage als de hoge inkomensgroepen, omdat het de gezondheidsverschillen vergroot en de onderlinge solidariteit en het vertrouwen in de overheid ondermijnt. Zo zien we de volgende patronen in relatie tot opleiding:

1. Sociale overerving: Leerlingen van hoger opgeleide ouders hebben een betere match tussen CITO score en schooladvies en het uiteindelijke schoolniveau op de middelbare school dan leerlingen van laagopgeleide ouders. Ook verwachtingen over te behalen diploma's van leerlingen en ouders voor het voortgezet- en vervolgonderwijs zijn hoger bij hoger opgeleide ouders en leerkrachten bevestigen dit verwachtingspatroon. Leerlingen van hoger opgeleide ouders kunnen ook meer hulp bij schoolwerk ontvangen van hun ouders dan leerlingen van laagopgeleide ouders. Daarnaast blijkt dat leerlingen van laag en midden opgeleide ouders meer geneigd zijn om later in Limburg te blijven wonen.
2. (Gezonde) levensverwachting: uit de cijfers van het RIVM blijkt dat hoogopgeleiden langer leven en langer in goede gezondheid leven. Zo leven hoogopgeleide mannen 6,5 jaar langer en leven

⁵ Wilkinson R, Pickett K. The spirit level. Why equality is better for everyone. London, Penguin Books, 2010.
Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. Social Science & Medicine 2015;128:316-326.

14,2 jaren meer in goede ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleide mannen. Voor hoogopgeleide vrouwen is hetzelfde te zien: hoogopgeleide vrouwen leven 5,4 jaar langer en leven 15,5 jaren meer in goede ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleide vrouwen. Voor de andere drie definities van gezonde levensverwachting zijn de verschillen iets kleiner, maar hetzelfde gradueel patroon blijft bestaan.

3. Match op de arbeidsmarkt: 1,5 jaar na het gediplomeerd verlaten van de opleiding is het werkloosheidspercentage hoger voor laagopgeleide dan voor hoger opgeleide schoolverlaters. Laagopgeleide schoolverlaters (met een diploma) hebben vaker een mismatch tussen opleidingsniveau en arbeidssituatie en dit resulteert in meer onbenut potentieel.
4. Sociaal Kapitaal: laagopgeleiden zijn eenzamer (bijvoorbeeld beperkte vriendenkring, minder vertrouwen en verbondenheid). Daarnaast participeren laagopgeleiden ook minder in de samenleving zoals het doen van vrijwilligerswerk.

Wereldwijd gelden dergelijke patronen waardoor gezondheidsverschillen in stand worden gehouden. Het feit dat deze patronen algemeen geldend zijn en niet specifiek voor Limburg opgaan, laat onverlet dat het vanuit moreel-ethisch perspectief als onrechtvaardig of zorgelijk kan worden beschouwd. Sociaaleconomisch beleid kan een bijdrage leveren aan het terugdringen van zowel de gezondheidsachterstand als de hardnekkige gezondheidsverschillen.

Regionale verschillen

Zoals reeds gezegd, we zien grote regionale verschillen binnen de provincie Limburg. Waar de regio's Noord- en Midden-Limburg meestal het landelijk gemiddelde volgen of zelfs erboven scoren, scoort de regio Zuid-Limburg dermate lager dat de provincie als geheel onder het landelijk gemiddelde scoort. Dit geldt bijvoorbeeld voor het thema gezondheid (ervaren gezondheid, levensverwachting in goede gezondheid, levensverwachting in goede geestelijke gezondheid en leefstijlgewoontes zoals BMI, beweging en roken) en het thema arbeid (arbeidsparticipatie en vrijwilligerswerk). Sociaaleconomische achterstanden komen bovendien meer (en hardnekkiger) voor in de stedelijke gebieden van Zuid-Limburg. Ook de grotere steden van Noord- en Midden-Limburg Venlo en Roermond kennen zeer kwetsbare buurten. In een verdiepende analyse naar de algemene gezondheid waarbij gecorrigeerd wordt voor SES en leefstijl constateren we een direct effect van de provincie dat sterker meetelt voor de lager opgeleiden dan voor de hoger opgeleiden.

Naar aanleiding van het rapport over de Limburg-factor hebben Provinciale Staten gevraagd onderzoek te doen naar de Euregio-factor met de vraag of Limburg afwijkt van de Euregio. Omdat de rapportage over de Euregiofactor binnenkort afgerond zal worden, benoemen we hier kort de belangrijkste verschillen in de Euregio Maas Rijn (EMR).

Zetten we de gezondheidssituatie in Limburg af tegen de gemiddelde gezondheidssituatie in de EMR dan is er sprake van een vergelijkbare situatie. Gebruiken we Nederland als referentiekader dan is er in de gehele EMR sprake van een gezondheidsachterstand. Daarom kunnen we spreken van een Euregio-factor. Ook de afzonderlijke EMR-gebieden scoren in het algemeen lager dan Nederland, met uitzondering van Belgisch Limburg. Ten opzichte van het Nederlands gemiddelde is de achterstand het grootst in de regio Zuid-Limburg en de Province de Liège. Belgisch Limburg scoort beter op de gezondheidsindicatoren dan het landelijk gemiddelde van België en Nederland en beter dan de regio's in de EMR. In het Zweckverband Aachen is sprake van een vergelijkbare gezondheidssituatie als in het achterland Noord Rijn Westfalen, maar slechter dan in Nederland. Province de Liège scoort als regio het slechtst binnen EMR-verband en trekt het EMR-gemiddelde naar beneden. Daarnaast zijn er enkele opmerkelijke verschillen. De bevolking van Belgisch Limburg leeft 0,7 jaar langer dan de Nederlander, 1,2 jaar langer dan de Belg en bijna 3 jaar langer dan een inwoner van Luik. Het grootste verschil bestaat tussen een Belgisch Limburgse vrouw en een Luikse man: de vrouw leeft ruim 7 jaar langer dan de man⁶.

Evenals in het onderzoek 'Op zoek naar de Limburg-factor' is in dit Euregio-nale onderzoek gebleken dat er meerdere factoren van invloed zijn op de gezondheid van de bevolking van Zuid-Limburg en de Euregio. We kunnen dus niet spreken van dé Euregio-factor, net zomin als we kunnen spreken van dé Limburg-factor. Een multifactorieel samenspel van factoren resulteert uiteindelijk in verschillen in gezondheidsachterstand. Specifiek voor deze beide regio's speelt het mijnverleden en de grensbarrière mee.

Conclusie en aanbevelingen

Gezond zijn en blijven is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van individu, overheid en publieke en private organisaties. Van het individu wordt verwacht dat hij autonoom keuzes maakt om gezond te leven. Kinderen die nog geen autonome keuzes kunnen maken worden daarbij geholpen door ouders, opvoeders, school en leefomgeving. Lang niet iedereen beschikt over voldoende vermogen om gezonde keuzes te kunnen maken, zeker mensen in een kwetsbare positie worden vaak overvraagd⁷. Van de overheid worden inspanningen verwacht die de keuze voor een gezonde leefstijl voor de burger mogelijk maken. De overheid kan de verantwoordelijkheid van het individu echter niet overnemen. De gezondheidsachterstand in Limburg lijkt vooral een probleem van sociaaleconomische en sociaal-culturele aard, dus door opleiding in brede zin en inkomen in een Limburgse cultuur. Om

⁶ De gemiddelde levensverwachting voor de totale bevolking in de EMR is 81 jaar, deze is gelijk aan die van Zuid-Limburg. Van alle inwoners binnen de EMR hebben vrouwen in Provincie Limburg (BE) de hoogste levensverwachting met 84,6 jaar, en de mannen in Wallonië hebben de laagste levensverwachting met 77,1 jaar.

⁷ Zie WRR 2017; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 2017

deze gezondheidsverschillen aan te pakken sluiten wij aan bij de theorie van Rose⁸⁹, gericht op de populatie als geheel waarbij omgevingskenmerken en de sociale norm belangrijke aanknopingspunten vormen. We sluiten tevens aan bij de uitgangspunten van Marmot over het ‘proportioneel universalisme’, dat uitgaat van universeel preventiebeleid gericht op de hele bevolking (universeel, populatiegericht) met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen met een grote achterstand (proportioneel). Immers, gezondheidsachterstand en –verschillen zijn voor een groot deel vermijdbaar. Met een vroege start, al voor de conceptie van het nieuwe leven, valt de meeste gezondheidswinst te behalen. De gezondheid van de totale bevolking gaat er op deze manier op vooruit. Langs deze weg kan de gezondheidsachterstand in Limburg, met de focus op Zuid-Limburg, worden ingelopen.

De aanbevelingen richten zich daarom op versterking van preconceptiebegeleiding, opvoedingsondersteuning in de voor- en vroege schoolse periode, integrale onderwijsgezondheidsarrangementen, en arbeidsparticipatie op een gezonde werkvloer. Bij deze leeftijdsgroepen is de meeste gezondheidswinst te verwachten van een combinatie van universeel beleid gericht op de hele groep en beleid en interventies proportioneel gericht op kinderen en ouders die behoren tot de groep met een lage sociaaleconomische status. Hieronder kleuren we deze aanbevelingen in vanuit het levenslopperspectief.

Start al voor de conceptie

Zoals dit rapport laat zien kent Limburg een verontrustend hoog aantal aangeboren afwijkingen, de relatief grootste groep 0-17 jarigen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, en de op één na relatief grootste groep die beroep doet op de jeugdhulp. Lichamelijke of verstandelijke beperkingen zijn meestal aangeboren. Daarnaast is geconstateerd dat sociale overerving een belangrijke rol speelt. Uitgaande van het levenslopperspectief en de beschikbare kennis zijn extra investeringen met nadruk op het vroege leven het meest kansrijk wat betreft het realiseren van de gewenste trendbreuk. Jongvolwassenen met een kinderwens vormen de doelgroep. Waarom aangeboren afwijkingen in Limburg vaker (volgens Perined 1,35x zo vaak) voorkomen is onbekend. Mogelijke verklaringen kunnen te maken hebben met alcoholgebruik, roken, ongezond voedingspatroon, overgewicht, diabetes en/of armoede voor en tijdens de zwangerschap. Voorlichting aan jongvolwassenen met een kinderwens (met extra aandacht voor lage SES-groepen) kan bijdragen aan het doorbreken van sociale overerving. Voor deze groep dient de huidige preconceptionele begeleiding nadrukkelijk verbetering^{10,11}. De ondersteunende rol van het MKB, de horeca en andere bedrijfssectoren waar veel

⁸ Rose G. Retiteration: Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*. 2001 Jun;30(3):427-32

⁹ Jansen M. Populatiegericht Gezondheidsbeleid. Oratie Maastricht University, 2015

¹⁰ The Lancet, april 2018. Preconception Health

¹¹ Gezondheidsraad, 2007

praktisch opgeleide¹² jongvolwassenen werken zou nader kunnen worden uitgedacht, samen met de doelgroep. Een proefopzet met varianten om de jongvolwassenen met een kinderwens en de zwangeren intensiever te begeleiden, wordt sterk aanbevolen.

Individuele verschillen inlopen tijdens het vroege leven

Ongelijke kansen op een goede gezondheid ontstaan vaak al tijdens het vroege leven. Eenmaal op achterstand is het uiterst moeilijk deze weer terug te dringen, af te remmen, laat staan dat deze kan worden ingelopen. Een additioneel argument om al vroeg te beginnen is het gegeven dat verschillen in gezondheid niet alleen overgeërfd worden, maar ook voor een deel door individuele verschillen tussen kinderen ontstaan. Individuele verschillen betreffen onder andere verschillen in persoonlijkheid en intellectuele vaardigheden. Binnen sociale herkomstklasse zijn deze van invloed op zowel de latere gezondheid als het sociaaleconomisch niveau dat men bereikt (eigenlijk dus de latere sociaaleconomische gezondheidsverschillen). Op deze individuele verschillen kan bijgestuurd worden, bijvoorbeeld door via opvoedondersteuning voor ouders via het consultatiebureau (0-2 jarigen) en tijdens de voor- en vroegschoolse educatie (VVE). Ook kan gezond opgroeien in de kinderopvang en peuterspeelzaal worden geïncorporeerd. Tijdens de VVE kunnen positieve opvoedingsstijl, zelfbeheersing, emotionele stabiliteit, verantwoordelijkheidsgevoel, gezonde leefstijl, motorische vaardigheden, vriendschap en sociale binding worden aangeleerd. Niet alle kinderen met een indicatie voor VVE (lage opleiding ouders, risico op leerachterstand, onveilige opvoed- of thuissituatie) maken gebruik van VVE. Extra stimulering is wenselijk. Om het patroon van sociale overerving te doorbreken kan de voorschoolse en schoolse periode waarde toevoegen aan juist die kinderen die het van huis uit niet meekrijgen. De effecten van SES van ouders zijn sterker in de voorschoolse periode en de basisschoolperiode. Met andere woorden: als de kinderen langer op school zitten wordt de invloed van de thuissituatie geleidelijk aan steeds minder groot. De vaardigheden die kinderen hier aangereikt krijgen, gaan een leven lang mee. Door socialisatieprocessen leren kinderen van elkaar waardoor juist die individuele verschillen beïnvloed kunnen worden. Het ene kind trekt het andere als het ware mee 'omhoog'. Als dit structureel en langjarig gebeurt, vooral ook in de zwakkere buurten, gaat dit positief effect opleveren. Alle opvoedingstheorieën bevestigen dit. Kinderen die opgroeien in eenoudergezinnen of uitkeringsgezinnen lopen extra risico op achterstand. Deze gezinnen kunnen in veel gemeenten een beroep doen op het vigerende armoedebeleid. Zij moeten hierbij wel geholpen worden door de jeugdgezondheidszorg, de opvangpartners of de school zodat gevoelens van schaamte, stigmatisering of schuld of onwetendheid worden verholpen. In dit licht is het ook aanbevelenswaardig als Stichting Leergeld, het Jeugdsportfonds en het Jeugdcultuurfonds een gezamenlijk loket organiseren zodat ouders of opvoeders kunnen volstaan met een éénmalig verzoek

¹² M. Zwagerman stelt voor om laagopgeleiden te vervangen door praktisch opgeleiden en hoogopgeleiden door theoretisch opgeleiden.

om hulp. Een proefopzet met varianten om de VVE te stimuleren, gezond opgroeien in peuterspeelzaal en kinderopvang te includeren, en kansen voor alle kinderen mogelijk te maken, wordt sterk aanbevolen.

De gezonde leerschool van de toekomst

Ook al hebben de Limburgse jongeren slechts een beperkte gezondheidsachterstand in vergelijking met de Nederlandse jongeren, de sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn dusdanig groot dat dit extra ondersteuning legitimeert. We constateren dat kinderen van hoogopgeleide ouders vaker een hoger onderwijsniveau volgen dan wat de CITO score adviseerde vergeleken met kinderen van laagopgeleide ouders. Sociale overerving in de vorm van het verwachtingspatroon van ouders en kind en de bagage die men van huis uit meekrijgt, speelt hierin een belangrijke rol. Ook in de basisschoolperiode kan een bijdrage worden geleverd aan het doorbreken van sociale overervingspatronen.

‘De gezonde basisschool van de toekomst’ is een voorbeeld van hoe het onderwijs kan bijdragen aan de trendbreuk in gezondheidsverschillen. De wetenschappelijke onderzoeksresultaten zijn nog niet geleverd, maar uit de eerste interne bronnen vanuit scholen, zijn alle kinderen enthousiast en vinden zij het ‘leuker’ op school. Het op school leuk vinden is een essentieel uitgangspunt voor kinderen. Met tegenzin naar school gaan, zegt meer over de school dan over het kind. De gezonde basisschool van de toekomst is een methodiek gericht op de verbinding tussen onderwijs, gezonde levensstijl, cultuureducatie, beweging en sport. De lestijd van kinderen wordt met ruim een uur opgerekt door een verlengde middagpauze onder professionele begeleiding (75 tot 90 minuten). De extra tijd wordt besteed aan sport, spel, cultuur (waarin positieve opvoedingsstijl, zelfbeheersing, emotionele stabiliteit, verantwoordelijkheidsgevoel, vriendschap en sociale binding verweven zijn) en aan een gezonde leefstijl door middel van een gezonde lunch. Zo’n lesuur extra is vooral voor kinderen uit de lage sociaaleconomische klasse een verrijking, mits het voldoende intensief wordt uitgevoerd¹³. Uit al het wetenschappelijk onderzoek tot dusver is inmiddels welbekend dat des te rijker de leeromgeving met veel diversiteit, des te beter de prestaties. Kinderen van ouders met een lage sociaaleconomische status missen zo’n verrijkte naschoolse tijd.

Integrale schoolarrangementen waarin onderwijs, gezonde levensstijl, cultuureducatie, beweging en sport verbonden worden, bieden een goede basis voor talentontwikkeling, vooral voor kinderen uit de kansarme milieus worden. Het is daarom wenselijk dat dergelijke arrangementen, met als voorbeeld de gezonde basisschool van de toekomst op alle basisscholen in Limburg wordt doorgevoerd. Door uitvoering op slechts vier scholen ontbreekt nu nog de massa waardoor het

¹³ [Socioeconomic multi-domain health inequalities in Dutch primary school children.](#)

Limburgs gemiddelde nagenoeg niet beïnvloed wordt. De impact op ouders is groot. Ouders lijken zich nadrukkelijk meer bewust te zijn waar het gezondheid en algemene levensvaardigheden betreft. Naast de extra lestijd kan het concept nog verder worden uitgebreid door het onderwijs sterker op maat te maken en juist de minder talentvolle leerlingen extra taal-, reken- en leesvaardigheden aan te bieden. Ook moet het besef groeien dat leerkrachten, veelal onbewust, juist de intellectueel talentvolle kinderen meer aandacht geven dan de minder talentvolle. Training en bijscholing voor leerkrachten kan bijdragen aan verandering. Een rijke leeromgeving met veel informatiemateriaal, culturele diversiteit, veel hulpbronnen en aanpassing van de leerstof aan het kind, resulteert in betere leerprestaties waarvan de kinderen uit lage SES-milieus meer profiteren dan die uit hoge SES. Dit kan bijdragen aan het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het onderwijs kan sturen op ambitie, zelfbeheersing, empathie, doorzettingsvermogen, emotionele stabiliteit, verantwoordelijkheidsbesef, gezonde leefstijl en (seksuele) weerbaarheid van de jeugd. Hierbij kan aansluiting worden gezocht bij De Educatieve Agenda Limburg zodat onderwijs en gezondheid geïntegreerd worden aangepakt. Problemen die zich nu voordoen bij de vormgeving van integrale dagarrangementen zijn de gescheiden organisatievormen van kinderopvang, en tussen- en naschoolse opvang. Een geformaliseerde organisatievorm waarin alles onder één dak wordt geregeld is wenselijk c.q. noodzakelijk. Belangrijkste belemmeringen hiervoor liggen op het juridische vlak (zoals werkgeverschap, BTW problematiek, problematiek met betrekking tot formele verantwoordelijkheden). Een proefopzet met varianten om deze juridische problemen te ondervangen, wordt sterk aanbevolen.

Integrale onderwijsarrangementen in de vorm van 'gezonde leerscholen van de toekomst' dienen ook te worden doorgetrokken naar het volledige voortgezet onderwijs, liefst in brede scholen waar VMBO-, MBO-, HAVO- en gymnasiumleerlingen samenkomen. Segregatie van onderwijs draagt bij aan gezondheidsverschillen. Om gezondheidsverschillen terug te dringen zijn brede scholen voor voortgezet onderwijs, met maatwerk voor de individuele leerling, zeer aan te bevelen¹⁴. Daar leren kansarme en kansrijke leerlingen van elkaar; beide worden daar beter van. Het risicogedrag van pubers wat betreft roken (weliswaar niet hoger dan landelijke, maar nog steeds hoog en belangrijkste oorzaak van ziektelast), alcohol, drugs (hoger dan landelijk) en overgewicht rechtvaardigen een intensivering van de huidige aanpak. Verschillen die op deze leeftijd bestaan of ontstaan, groeien uit tot de latere sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Om het risicogedrag onder pubers te verminderen kan Limburg een voorbeeld nemen aan IJsland. In IJsland¹⁵ is het gelukt om in een zeer korte periode het risicogedrag onder pubers fors terug te dringen.

¹⁴ Veldboer, Duyvendak, Bouw. 2007. De mixfactor. Integratie of segregatie in Nederland. Boom Onderwijs

¹⁵ Sigfusdottir et al., 2009. Substance use prevention through school and community-based health promotion: A transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion* 2011;18(3):23-6

De IJslandse aanpak is inmiddels door 35 gemeenten in 18 Europese landen overgenomen en ook daar zijn goede resultaten geboekt. De aanpak zet stevig in op drie elementen: 1) wet en regelgeving, 2) het royaal aanbieden van alternatieve (sport)activiteiten en 3) betrokkenheid van ouders. Een belangrijke randvoorwaarde voor het slagen van de aanpak is dat in samenspraak met alle belangrijke stakeholders beleidsmakers, gemeenten, sportclubs, scholen, ouders, leraren en jongeren de aanpak vorm wordt gegeven.

Het aantal voortijdig schoolverlaters in Zuid-Limburg stijgt, terwijl het overal elders in Nederland afneemt. De uitval is relatief hoog bij leerlingen uit gezinnen met een lage SES. Onderwijsprofessionals geven aan dat schoolverzuim en zonder startkwalificatie de school verlaten, vaak gepaard gaat met andere problematieken, zoals schulden, ongezonde voeding, alcohol- en drugsgebruik. Zij doen daarom de suggestie om leerlingen met een relatief hoog verzuim sterker aan school te binden door extra service aan te bieden, zoals een gezond ontbijt, sport, gratis bijles etc. Dat zou als een drijfveer kunnen werken om naar school te komen. Veel relevante partners zijn aangehaakt via de VSV convenanten. De noodzaak hiertoe is groot omdat de provincie in het algemeen en meer specifiek een aantal gemeenten beslist onvoldoende presteren op dit punt. Een proefopzet om VSV terug te dringen, wordt sterk aanbevolen.

Werk biedt betekenisvol leven

De provincie en in het bijzonder Zuid-Limburg kent een relatief grote groep volwassenen met een laag sociaaleconomische status. Om meer evenwicht aan te brengen tussen hoge en lage sociaaleconomische groepen is het vooral van belang om meer hoger opgeleiden vast te houden dan wel aan te trekken. Hierdoor kunnen de sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden teruggedrongen en dit draagt bij aan de gewenste trendbreuk. Banen aan de bovenkant van de arbeidsmarkt zijn daarom van essentieel belang om de hoger opgeleiden aan de regio te binden. De campusinitiatieven, de Kennis-As-projecten en Brightland innovaties bieden carrièrekansen voor jonge mensen. Werkgelegenheid voor jonge, getalenteerde mensen staat reeds hoog op de agenda. Door een transformatie naar een hoogwaardige kenniseconomie, zoals de Provincie die inzet, met topsectoren zoals chemie, health, automotive, smart industries en smart services, kan aankomend jong talent voor de Provincie worden behouden.

Door de economische opleving trekt de werkgelegenheid in alle sectoren in Zuid-Limburg aan, in zowel het hogere als het midden en het lagere segment. Om te voldoen aan de Zuid-Limburgse arbeidsmarktvraag moet het beschikbare arbeidspotentieel zo goed mogelijk worden benut. In 'Zo WERKT Limburg' schetst de Provincie hoe zij uitvoering geeft aan een toekomstbestendige arbeidsmarkt.

Schoolverlaters (met een diploma) hebben in Zuid-Limburg relatief vaker een mismatch op de arbeidsmarkt met hun opleidingsniveau en –sector. Deze hoge mismatch wordt in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid alleen maar groter door robotisering, digitalisering en de technologische revolutie. In de toekomst volstaat het MBO 1 en 2 niveau niet meer. De uitdaging is om jongeren stapsgewijs en via een ‘leven lang leren’ zoveel mogelijk MBO 3 en 4 niveau te laten behalen, daar waar dat enigszins haalbaar is. Omdat het werkloosheidspercentage voor MBO niveau 3 en 4 en HBO schoolverlaters (met een diploma) anderhalf jaar na het verlaten van de opleiding in Zuid-Limburg relatief hoog is, is een proactief jeugd- en onderwijs-arbeidsmarktbeleid van groot belang.

Als het gaat om arbeidsparticipatie en uitkeringsgerechtigden laat dit onderzoek zien dat de regio's Noord- en Midden-Limburg meestal het landelijk gemiddelde volgen, terwijl de regio Zuid-Limburg dermate lager scoort dat de provincie als geheel onder het landelijk gemiddelde zakt. Daarom wordt aanbevolen meer te investeren in arbeidsparticipatie. Er lopen reeds diverse initiatieven op dit vlak. Zo worden jongeren met een afstand tot de arbeidsmarkt aangemoedigd zoveel mogelijk te leren in de praktijk met individuele begeleiding op maat. Dat dit werkt is gebleken bij VDL Nedcar en bij de Maastrichtse toeleveringsbedrijven (MTB). Het Zuid-Limburgse programma VOORdeel en VERVOLG, laat zien dat samenwerking resultaat oplevert. VOORdeel en VERVOLG is een programma waarin de onderwijsinstellingen voor voortgezet (speciaal) onderwijs, praktijk-onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs, de gemeentes en het bedrijfsleven in Zuid-Limburg samenwerken om kwetsbare jongeren en mensen met enige afstand tot de arbeidsmarkt aan werk te helpen. De partners verwachten op termijn zo'n 1000 vacatures per jaar worden te kunnen invullen. Extra aandacht voor de ‘gezonde werkvloer’ wordt sterk aanbevolen. Als het bedrijfsleven in staat is om via sport, beweging, gezonde kantines, en persoonlijke coaching de vitaliteit en gezondheid van werknemers kan bevorderen, gaan gezondheid en economie hand in hand.

Kansen liggen er ook op het terrein van de maakindustrie in verbinding met kunst, zoals Athos dit momenteel doet. Daarnaast liggen er nationaal en internationaal kansen op het terrein van de maakindustrie in verbinding met zorgtechnologie. Voor beide geldt dat gemeenten vanuit de domeinen sociaal, economie en ruimte, de onderwijspartners, en het bedrijfsleven samenwerken, én dat er aandacht moet zijn voor ‘de gezonde werkvloer’ (zie hierboven). Ook hier geldt dat er veel financiële en organisatorische barrières moeten worden geslecht (financiële schotten tussen Wmo, Wlz, Jeugdwet, Participatiewet). De samenwerking tussen de domeinen, sociaal, ruimte en economie past vaak niet in de vigerende structuurvisie. Daarnaast wordt de gewenste samenwerking met ondernemers belemmerd door de trage processen in de publieke sector. Net zoals voor de integrale schoolse dagarrangementen geldt ook hier dat een proefopzet met varianten om de financiële en organisatorische barrières te ondervangen, sterk wordt aanbevolen.

In het programma 4Limburg wordt ingezet op een proactief jeugd- en onderwijs-arbeidsmarktbeleid, op versterking van duurzame inzetbaarheid van de werkende populatie, op inclusieve arbeidsorganisaties waar ook mensen met een beperking kunnen meedoen, en op verbreding van het arbeidsbegrip. Het programma 4Limburg is bedoeld om tijdig te interveniëren bij een (dreigend) gezondheidstekort met de daaraan gerelateerde achterstand in participatie en opleidingsniveau. Dit kan mogelijk een rem gaan vormen op de economische groei. Hier raken de sociale en economische, maar ook de onderwijsagenda elkaar. De verbinding tussen de sociale, economische en onderwijsagenda biedt kansen om de gezondheidsachterstand in Limburg in te lopen.

Langjarig commitment

Voor de uitvoering van de hier genoemde innovaties bestaan er nog enkele grote uitdagingen met name in de zogeheten systeemwereld. De huidige systemen, of het nu gaat om onderwijs, kinderopvang, sport, zorg, ruimtelijke ordening, economie, arbeid, kennen veel regels en afrekenmechanismen waar elk systeem zich aan dient te houden. Die regels botsen vaak met elkaar in financiële, juridische of professionele zin, waardoor veranderingen niet tot stand komen. Als partijen gezamenlijk hun visie, de stip op de horizon bepalen, kan onder het motto ‘volhouden en doorgaan’ doorgaans toch veel worden bereikt. Dat vraagt wel om langjarig commitment. Limburg heeft in dit opzicht de wind in de rug want veel publieke en private partijen kennen elkaar en werken al intensief samen en zij hebben allen het begrip Positieve Gezondheid¹⁶ breed omarmd. Limburg wordt geprezen om haar unieke samenwerking. Is het vanuit deze gunstige startpositie mogelijk om met alle partijen tot een akkoord te komen? Analoog aan het Energieakkoord waarin partijen samen afspraken maken over duurzame groei, geven Limburgse partijen aan welke bijdrage zij kunnen leveren aan reductie van vermijdbare en/of onaanvaardbare gezondheidsverschillen dan wel het inlopen van de gezondheidsachterstand.

Regionaal onderzoek en monitoring

Onderzoek is nodig om de pilots zoals hierboven beschreven, te onderzoeken op effectiviteit en de condities waaronder de effectiviteit zo optimaal mogelijk is. Ook onderzoek naar de uitvoerbaarheid, haalbaarheid, aanvaardbaarheid en betaalbaarheid zijn nodig om goede afwegingen te kunnen maken en beleidsopties voor te stellen. Er wordt al veel onderzoek verricht in het kader van de Sociale Agenda Limburg. Denk aan de proeftuinen in de eerste en anderhalve lijn, de gezonde basisschool van de toekomst, VDL, 4Limburg, VOORdeel en VERVOLG, evaluatie van Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) etc. Daarnaast zorgt de Provincie voor voortgangsrapportages en een tweejaarlijkse effectmeting (waarvan dit rapport de nulmeting weergeeft). De nul- en effectmetingen geven inzicht in de

¹⁶ Positieve gezondheid wordt hier opgevat als ‘het vermogen van het individu en van de populatie als geheel om individueel maar ook collectief regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’

veranderingen in de tijd. Uiteraard blijft het complex om alle effecten van het totaal uitgevoerde sociaal beleid in Limburg van alle partners in de quattro helix te aggregeren tot een volledig meetbaar beeld. Ook blijft het lastig om in de 'black box' van al het uitgevoerde beleid exact te duiden welke interventie of welk programma heeft geleid tot het gemeten effect.

Als het nodig/wenselijk is om nauwkeuriger vast te stellen waardoor het effect tot stand is gekomen, zouden met name de langer lopende en grootschaliger initiatieven van de SAL geëvalueerd kunnen worden. Daarbij is het ook van belang te kijken naar procesmatige zaken en onderlinge samenwerking tussen publieke en private partijen. Dat zegt namelijk iets over de mogelijke impact van het initiatief op de uitkomstmaten. Dergelijke processtudies zeggen iets over de implementatie (uitvoerbaarheid, haalbaarheid, aanvaardbaarheid en betaalbaarheid) en krijgen soms nog onvoldoende aandacht. Dit type onderzoek kan regionaal georganiseerd worden. Universiteit Maastricht en het Maastricht UMC+ zijn bereid maatschappelijk relevante vraagstellingen te prioriteren om zo de regio van dienst te zijn. De Academische Werkplaatsen¹⁷ in Limburg voeren dergelijk onderzoek reeds uit. Afhankelijk van het thema kan onderzoek bij verschillende partners naar keuze worden ondergebracht.

Als in de follow-up metingen geen positieve uitkomsten worden gesignaleerd, kan dat mogelijk zijn ontstaan doordat positieve en negatieve effecten tegen elkaar zijn wegvallen. In de effectevaluatie wordt immers een gemiddelde verandering gemeten als gevolg van heel veel initiatieven waarvan sommige positief werken, anderen negatief en andere niets doen. De uitkomsten van de effectmeting vragen daarom om een zorgvuldige interpretatie. Het is ook mogelijk dat sommige initiatieven lokaal gericht zijn en weinig massa hebben, waardoor het effect niet zichtbaar wordt in het (Noord, Midden, Zuid) Limburgse gemiddelde. Daarom wordt aanbevolen om met voldoende massa en gerichte focus te investeren in de aanpak zodat de trendbreuk zichtbaar wordt. Gegeven de beperkingen die er zijn in het meten van sociaal beleid, is deze effectmeting een goed uitgangspunt als grondslag voor de verdere beleidsontwikkeling. Temeer omdat het een vrij compleet en samenhangend beeld schetst van (arbeids)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal in de Provincie nu en straks. Het geeft de Provincie meer dan voldoende houvast in de besluitvorming met betrekking tot het doorgaan of bijstellen van de uitgezette koers.

¹⁷ De Provincie kent een Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, een Academische Werkplaats Duurzame Zorg, een Academische Werkplaats Onderwijs en een Academische Werkplaats Ouderenzorg. Het zijn samenwerkingsverbanden van gemeenten, zorg- en praktijkinstellingen, het onderwijs en de Universiteit Maastricht.

Inleiding

Net zoals de rest van Nederland wordt Limburg steeds gezonder. Dit valt onder meer af te leiden uit de levensverwachting die hoog is en nog steeds toeneemt. Ten opzichte van andere Nederlanders zijn Limburgers, en vooral Zuid-Limburgers, echter veelal ongezonder en leven ze ongeveer een jaar korter. Het is nog niet gelukt om die gezondheidsachterstand in te lopen.

Om te monitoren of Limburg de juiste koers vaart, werken de Universiteit van Maastricht en GGD Zuid Limburg/Academische Werkplaats Publieke Gezondheid samen aan deze evaluatie. De evaluatie dient antwoord te geven op de hoofdvraag:

Hoe ontwikkelt de situatie in Limburg zich wat betreft (arbeids-)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal ten opzichte van de rest van Nederland in de periode 2014-2020, en waar mogelijk specifiek in vergelijking met Oost Groningen en Rotterdam?

Gedurende het onderzoek is er voor gekozen om vergelijkingen te maken met alle provincies of regio's in Nederland en niet specifiek met Oost-Groningen en Rotterdam. Dit omdat, ook al hebben de regio's overeenkomsten in termen van sociaaleconomische status (Rotterdam) en krimp (Oost-Groningen), ze toch met andere problematieken te maken hebben. Daarbij draagt dit onderzoek bij aan de beleidsplannen van de provincie Limburg, bij een specifieke vergelijking zouden ook de beleidsplannen van Rotterdam en Oost-Groningen in acht moeten worden genomen. Bovendien geven de vergelijkingen met alle provincies of regio's een completer beeld over hoe Limburg er ten opzichte van de rest van Nederland voor staat.

We hebben voor deze nulmeting gebruik gemaakt van een aantal bestaande databronnen: het schoolverlatersonderzoek van het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA), de gegevens van de Onderwijsmonitor Limburg (OML), data van het CBS, rapportages van Kinderen in Tel, gegevens van het RIVM en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, de Jeugdgezondheidsmonitor en Jeugdgezondheidszorg (JGZ) data van de GGD. Het grote voordeel van deze aanpak is dat dit substantieel winst biedt in tijd en geld. Een beperking is dat alleen indicatoren meegenomen kunnen worden die de verschillende databronnen bieden. Vanwege de rijkdom en de veelheid van de databestanden wordt dit voldoende gecompenseerd.

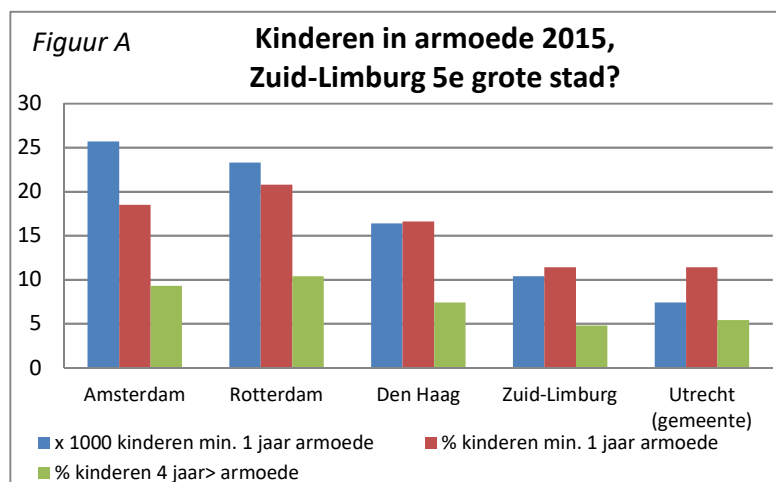
De databronnen hebben betrekking op de 5 onderdelen van het Kompas van de Sociale Agenda: (arbeids-)participatie, onderwijs, gezondheid, opvoeding en sociaal kapitaal. De bevindingen voor de 5 onderdelen worden in aparte hoofdstukken beschreven. Ieder hoofdstuk begint met een

samenvattende (vetgedrukte) paragraaf. Na deze paragraaf staan de bevindingen gedetailleerd uitgewerkt.

Context

Limburg, en in het bijzonder Zuid-Limburg heeft een oudere bevolking dan de rest van Nederland, zie Tabel 1. Hiermee wordt rekening gehouden door de cijfers, waar mogelijk, uit te splitsen naar leeftijdscategorieën. Daar waar mogelijk bekijken we verschillen tussen provincies of regio's (25 GGD-regio's voor volwassen en ouderen en 16 GGD-regio's voor jongeren). Naast een oudere bevolking

kent Limburg ook een bevolking met relatief meer sociaaleconomische achterstanden, vooral ook in Zuid-Limburg. Een voorbeeld hiervan is (kinder-) armoede. In figuur A wordt weergegeven hoe de



Bron: CBS (2018)

regio Zuid-Limburg zich verhoudt tot de 4 grootste Nederlandse steden met betrekking tot kinderen die leven in een huishouden met inkomens tot de lage inkomensgrens (totaal en relatief), zie ook bijlage 8 (pagina 105).

Tabel 1: Verhoudingen leeftijdsgroepen

Verhoudingen leeftijdsgroepen 2016	0-20 jaar	20-65 jaar	65+ jaar
Nederland	22.5 %	59.3 %	18.2 %
Limburg	19.3 %	59.0 %	21.8 %
Noord-Limburg	21.3 %	58.5 %	20.2 %
Midden-Limburg	19.7 %	58.6 %	21.8 %
Zuid-Limburg	18.1 %	59.3 %	22.5 %

Bron: CBS (2017)

Algemene “trends” 2012-2016:

In de analyse wordt vooral gekeken naar ontwikkelingen vanaf 2012. Om trendwijzigingen vast te kunnen stellen (en verschillen daarin ten opzichte van andere regio's) is een langere meetperiode nodig. Om die reden neemt dit onderzoek meetjaren vóór 2014 mee. In de nulmeting is ter vergelijking teruggekeken naar 2012. Dit zijn slechts twee meetpunten. We kunnen daarom slechts spreken van een stijging of daling, maar nog niet van een “trend”. Uit een eerste vergelijking tussen 2012 en 2016 blijkt dat voor Nederland en Limburg meestal vergelijkbare patronen zijn waar te nemen. Met andere woorden, als voor Nederland een percentage stijgt of daalt tussen 2012 en 2016, dan kennen Noord- en Zuid-Limburg ook deze stijging of daling. Eén uitzondering is het percentage VSV-ers zoals benoemd bij de paragraaf ‘Kinderen’; de provincie Limburg kent als enige provincie een lichte stijging in het percentage VSV-ers, waar landelijk een lichte daling zichtbaar is. Voor andere indicatoren gelden er

dus gelijke ontwikkelingen voor zowel Nederland, Noord- en Zuid-Limburg. Zo zijn positieve ontwikkelingen tussen 2012 en 2016 bijvoorbeeld: het percentage zware drinkers en rokers neemt af en het percentage van de bevolking dat aan minimaal 1 beweegnorm voldoet neemt toe. Voorbeelden van negatieve ontwikkelingen tussen 2012 en 2016 zijn: het percentage van de bevolking met een uitkering neemt toe en daarmee ook het percentage kinderen dat opgroeit in een uitkeringsgezin, het percentage van de bevolking met BMI van meer dan 25 (overgewicht) neemt toe, en het percentage van de bevolking dat eenzaam is neemt toe.

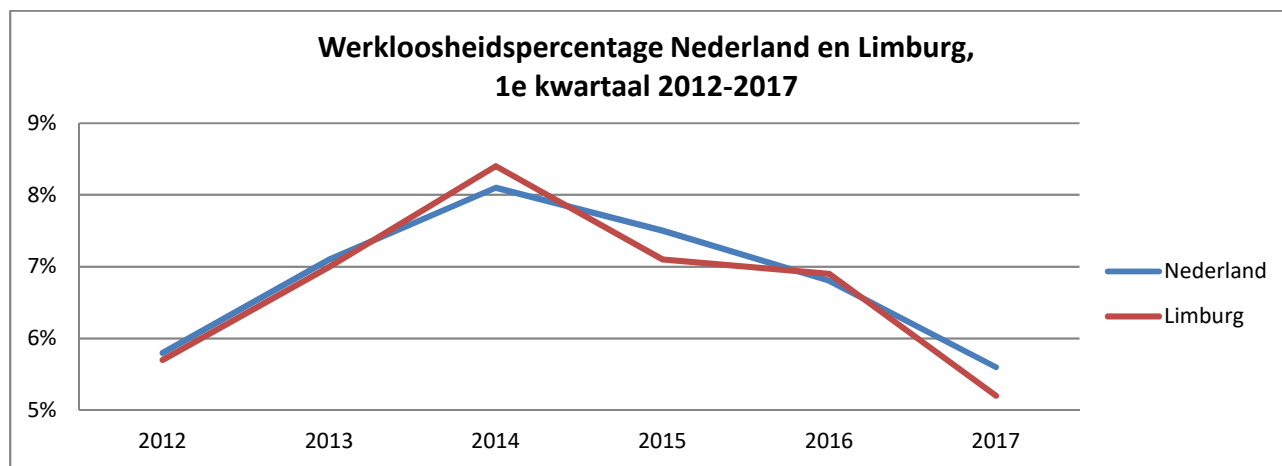
1. (Arbeids-)participatie

Het Limburgse werkloosheidspercentage is in de afgelopen periode ongeveer gelijk gebleven met het landelijk gemiddelde. Echter de groep 19-64 jarigen die afhankelijk van zijn van een uitkering is relatief het grootste in Limburg. Mede hierdoor heeft Limburg het één na laagste percentage van 19-64 jarigen die in eigen inkomen kunnen voorzien door middel van werk. Regionale verdieping laat zien dat dit in grotere mate speelt in Zuid-Limburg. Uit de analyse op gemeentelijk niveau (bijlage 2, pagina 86) blijkt dit weer in grotere mate voor te komen in de stedelijke gebieden van Zuid-Limburg en de steden Roermond en Venlo. Bij het werkloosheidspercentage van schoolverlaters die met een diploma op de arbeidsmarkt starten valt op dat dit hoger ligt in Nederland, Noord- en Zuid- Limburg voor MBO niveau 1 en 2. Daarnaast heeft deze groep ook een grotere kans op een mismatch op de arbeidsmarkt met betrekking tot opleidingsniveau en -sector. Bij HBO-ers valt op dat het werkloosheidspercentage in Zuid-Limburg iets hoger ligt dan landelijk. Participatie in de vorm van vrijwilligerswerk vindt in de GGD-regio Limburg-Noord iets meer plaats dan landelijk. In de GGD-regio Zuid-Limburg ligt dit echter behoorlijk lager, vooral bij de groep 30-64 jarigen en 65 plussers.

1.1 Werkloosheid

Om een beeld te geven van de arbeidsparticipatie in Limburg is gekeken naar de algemene werkloosheid in Nederland en Limburg. Het werkloosheidspercentage wordt weergegeven voor het eerste kwartaal van elk kalenderjaar over de periode 2012-2017. Het werkloosheidspercentage verschilt nauwelijks tussen Limburg en Nederland in deze periode, zie figuur 1. In het eerste kwartaal van 2014 is deze het hoogste, met 8,4% in Limburg en 8,1% in Nederland. Daarna zakt het percentage naar 5,6% in Nederland en 5,2% in Limburg in het eerste kwartaal van 2017.

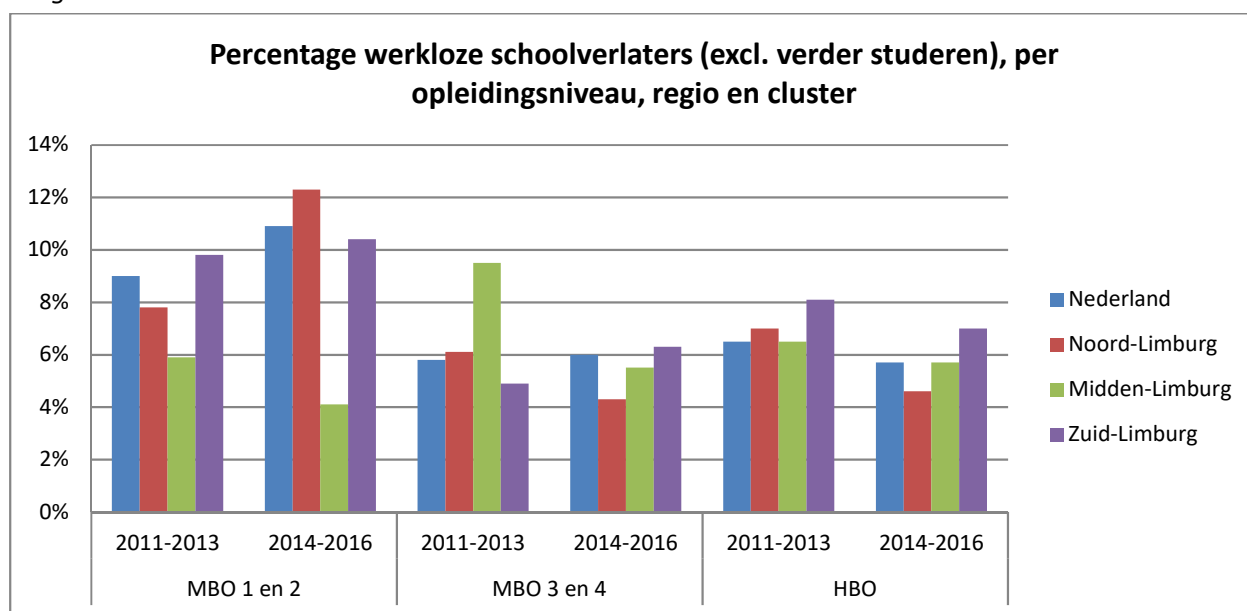
Figuur 1



Bron: CBS (2017)

De beleidsterreinen Arbeid en Onderwijs kennen veel raakvlakken. Eén daarvan is het vraagstuk hoe het huidige onderwijsaanbod aansluit op de huidige arbeidsmarkt. Om een trend over de jaren waar te kunnen nemen, vergelijken we de werkloosheidscijfers van schoolverlaters uit het schoolverlatersonderzoek van het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) en het CBS. Het schoolverlatersonderzoek achterhaalt de (werk-)situatie van schoolverlaters anderhalf jaar na het verlaten van de opleiding met diploma. De werkloosheidscijfers worden vergeleken voor schoolverlaters uit het cluster 2011-2013 en 2014-2016 per opleidingsniveau en woonregio in figuur 2.

Figuur 2



Bron: ROA (2011-2016)

Het werkloosheidspercentage ligt over het algemeen hoger voor de schoolverlaters van MBO niveau 1 en 2 opleidingen. Voor deze groep is het percentage ook gestegen van 2011-2013 naar 2014-2016, behalve in de regio Midden-Limburg. Voor MBO niveau 3 en 4 schoolverlaters is het werkloosheidspercentage gestegen in de regio Zuid-Limburg en voor HBO-ers is dit in alle regio's gedaald.

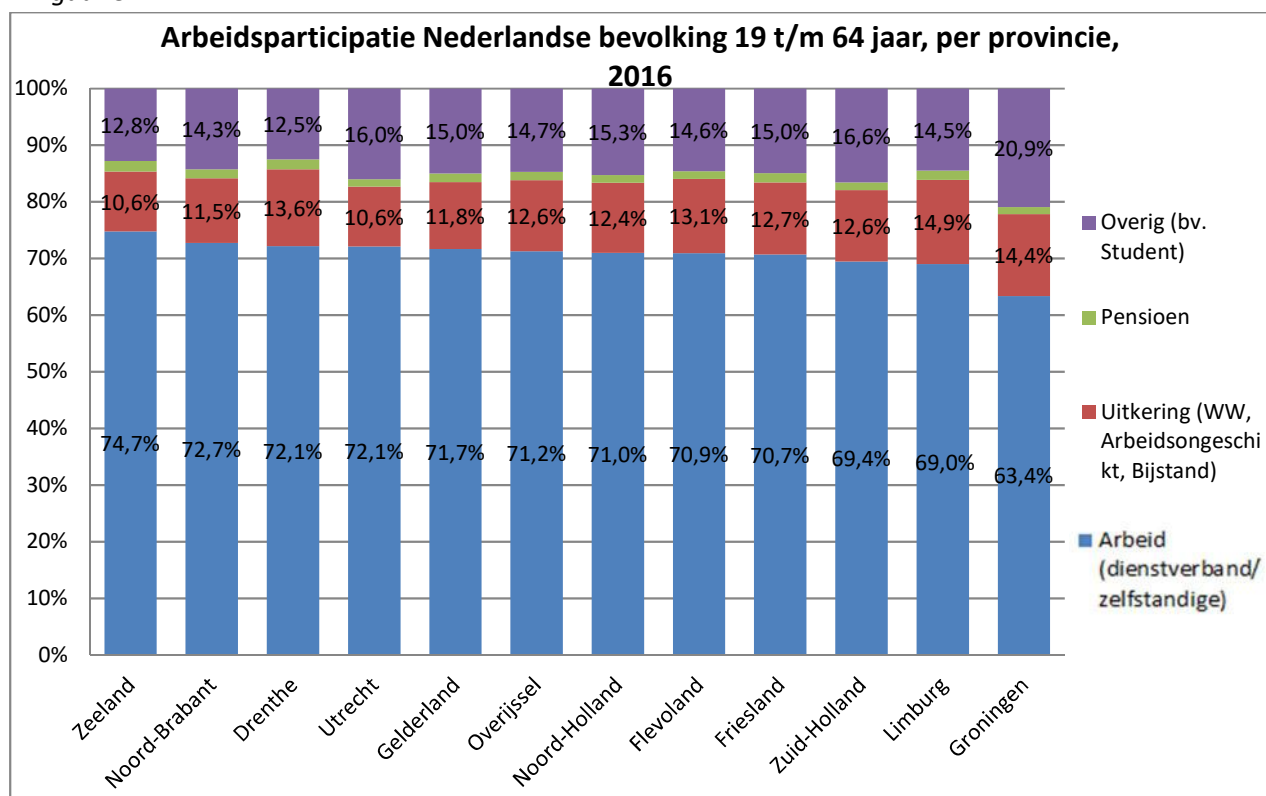
1.2 Arbeidsparticipatie

Werkloosheidscijfers alleen zijn niet voldoende om een compleet beeld te schetsen over de mate waarin de Nederlandse bevolking participeert op de arbeidsmarkt. In figuur 3 en 4 wordt aangegeven hoe de bevolking tussen de 19 en 65 jaar voorziet in zijn of haar inkomen. Voor het grootste deel van de bevolking is dat door middel van betaalde arbeid (in dienstverband of als zelfstandige). Voor

degenen die niet door middel van werk in eigen inkomen kunnen voorzien zijn er sociale voorzieningen zoals WW-, arbeidsongeschiktheid- of bijstandsuitkeringen. Daarnaast heeft een kleine groep binnen de 19 tot 65 jarigen een (pre-) pensioen regeling. Degenen die studiefinanciering ontvangen vallen onder de groep studenten in de categorie 'Overig'.

De cijfers van 2016 worden per provincie weergegeven in figuur 3. Limburg staat op de één na laatste plaats wat betreft het percentage van de bevolking dat inkomen verkrijgt uit betaalde arbeid (in dienstverband of als zelfstandige).

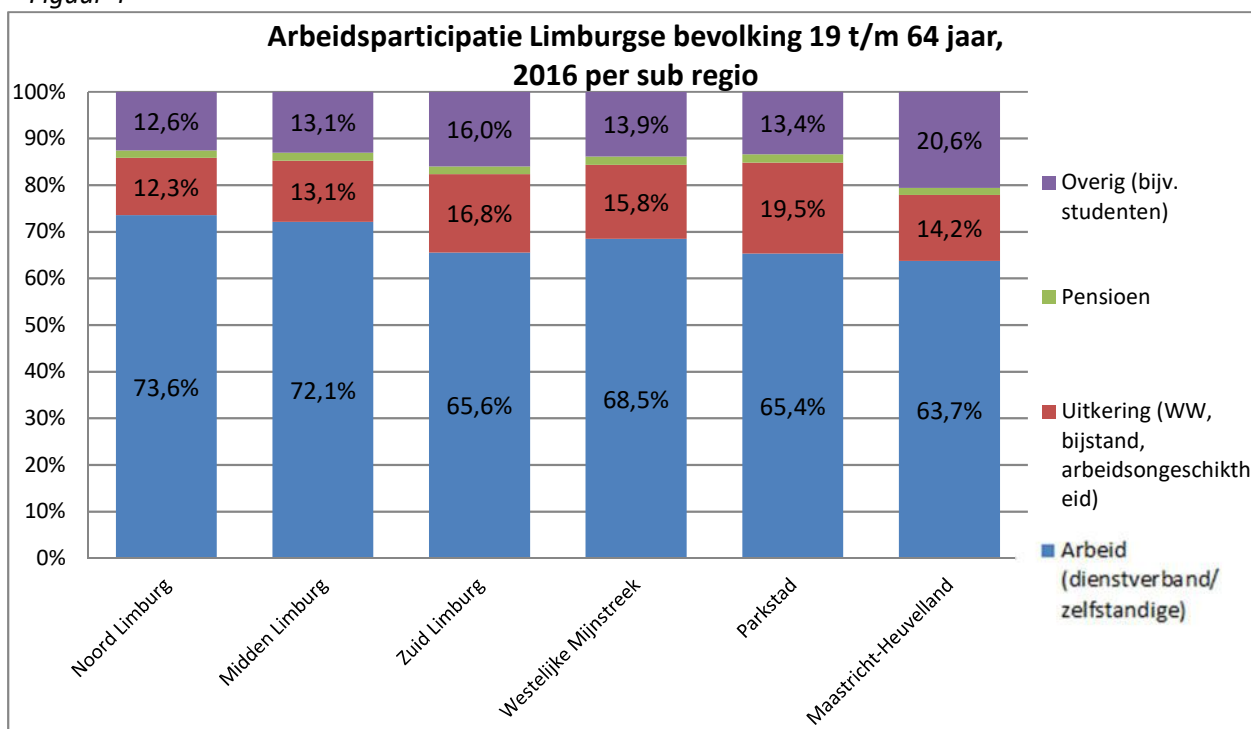
Figuur 3



Bron: CBS (2017)

Er bestaan echter verschillen binnen de provincie Limburg. In figuur 4 wordt voor 2016 de arbeidsparticipatie van 19 t/m 64 jarigen per (sub)regio in Limburg weergegeven. De eerste drie staven geven de regio's Noord-, Midden- en Zuid-Limburg aan. De laatste drie verdelen Zuid-Limburg verder in de subregio's Westelijke Mijnstreek, Parkstad en Maastricht-Heuvelland. Wat opvalt is dat het percentage dat inkomen verkrijgt uit arbeid relatief hoog is in Noord- en Midden-Limburg, maar dat de score van de provincie als geheel laag uitpakt vanwege het lagere percentage in Zuid-Limburg. Binnen Zuid-Limburg is het percentage arbeid/zelfstandige het laagst in Maastricht-Heuvelland, vooral vanwege een hoger percentage voor de overige categorie (bijvoorbeeld studenten). Het percentage uitkeringsgerechtigden is het hoogst in Parkstad: ongeveer 1 op de 5 19 t/m 64 jarigen heeft een uitkering. In bijlage 2 (pagina 86-87) worden de arbeidsparticipatiecijfers voor alle Limburgse gemeenten in 2016 weergegeven en worden er ook uitsplitsingen gemaakt voor leeftijdscategorieën.

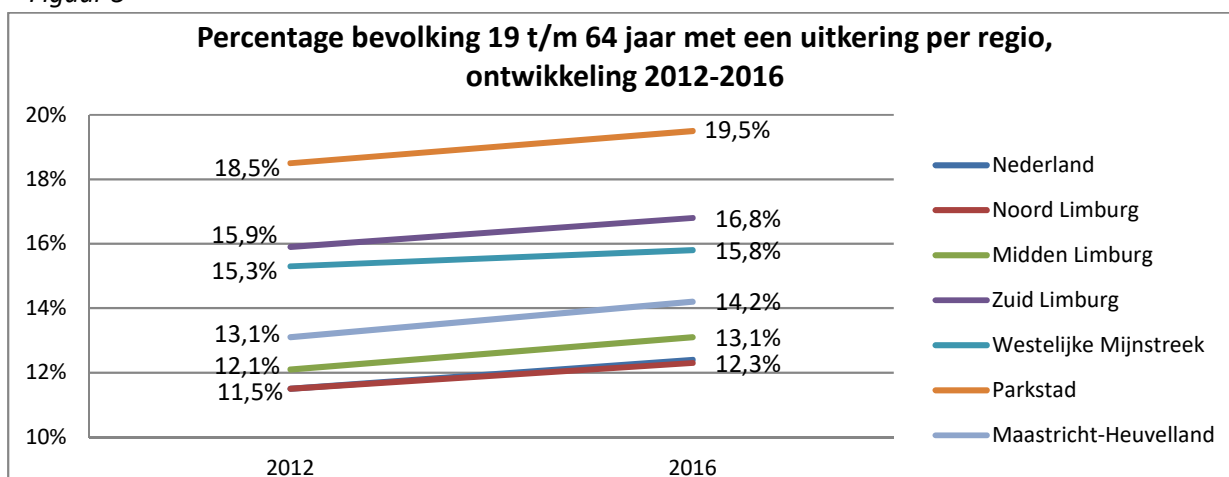
Figuur 4



Bron: CBS (2017)

De percentages van 2016 zijn vervolgens vergeleken met die van 2012 om ontwikkelingen gedurende de tijd weer te geven. In figuur 5 is te zien hoe het percentage mensen met een uitkering (WW, bijstand of arbeidsongeschiktheid) in iedere regio stijgt. De subregio Parkstad heeft zowel in 2016 als in 2012 relatief de meeste uitkeringsgerechtigden en de regio Noord-Limburg, vergelijkbaar met het Nederlands gemiddelde, relatief de minste.

Figuur 5

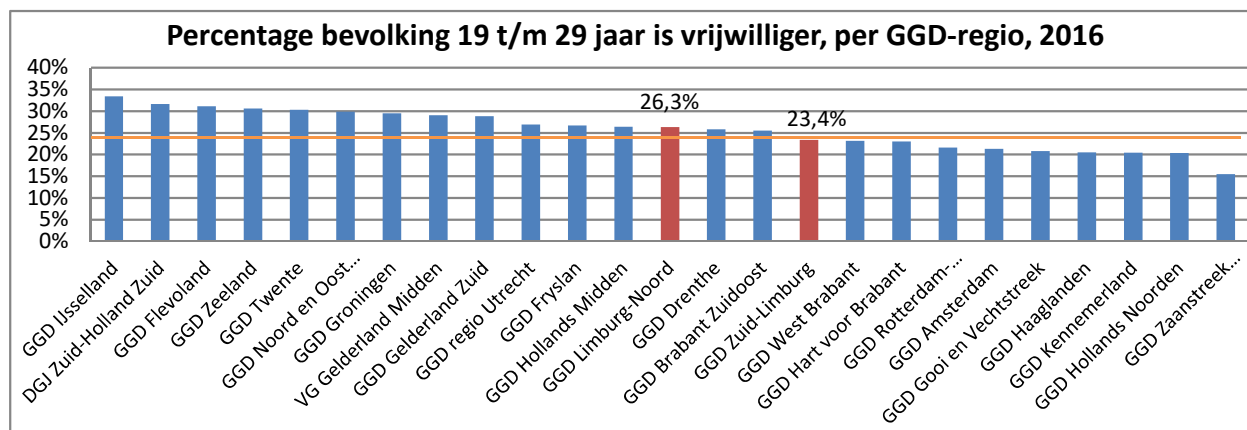


Bron: CBS (2017)

1.3 Actieve deelname aan de samenleving

Participatie van de bevolking blijkt naast arbeidspositie ook uit actieve deelname in de samenleving in de vorm van vrijwilligerswerk. Dit wordt afgeleid uit cijfers van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 van de GGD. Het gemiddelde percentage vrijwilligers onder de jongvolwassenen (19 t/m 29 jaar)¹⁸ in Nederland is 25,2% in 2016. In de GGD-regio Limburg-Noord ligt dit percentage iets hoger, en in de GGD-regio Zuid-Limburg iets lager, zie figuur 6.

Figuur 6



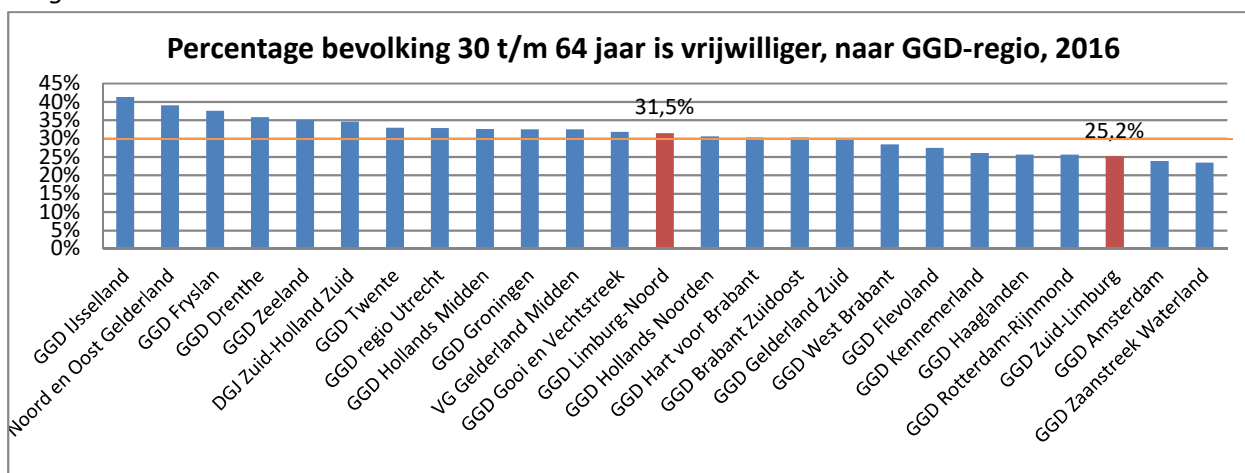
Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

Onder de 30 t/m 64 jaar is het percentage dat vrijwilligerswerk doet hoger dan bij jongvolwassenen. Het Nederlandse gemiddelde is 30,6%; in de GGD-regio Limburg-Noord¹⁹ is het percentage vrijwilligers iets hoger en in de GGD-regio Zuid-Limburg een stuk lager, zie figuur 7.

¹³ Voor een aantal indicatoren (vrijwilligerswerk, ervaren gezondheid, leefstijl factoren en eenzaamheid) is gekozen om de leeftijdscategorieën verder uit te splitsen naar 19-29 jaar, 30-64 jaar en 65+. Dit om, op verzoek van de provincie Limburg, de groep jongvolwassenen (19-29 jaar) uit te kunnen lichten uit de grote groep volwassenen (19-64 jaar).

¹⁹ De GGD-regio Limburg-Noord bestaat uit de geografische regio's Noord- en Midden-Limburg. De GGD-regio Zuid-Limburg komt overeen met de geografische regio Zuid-Limburg.

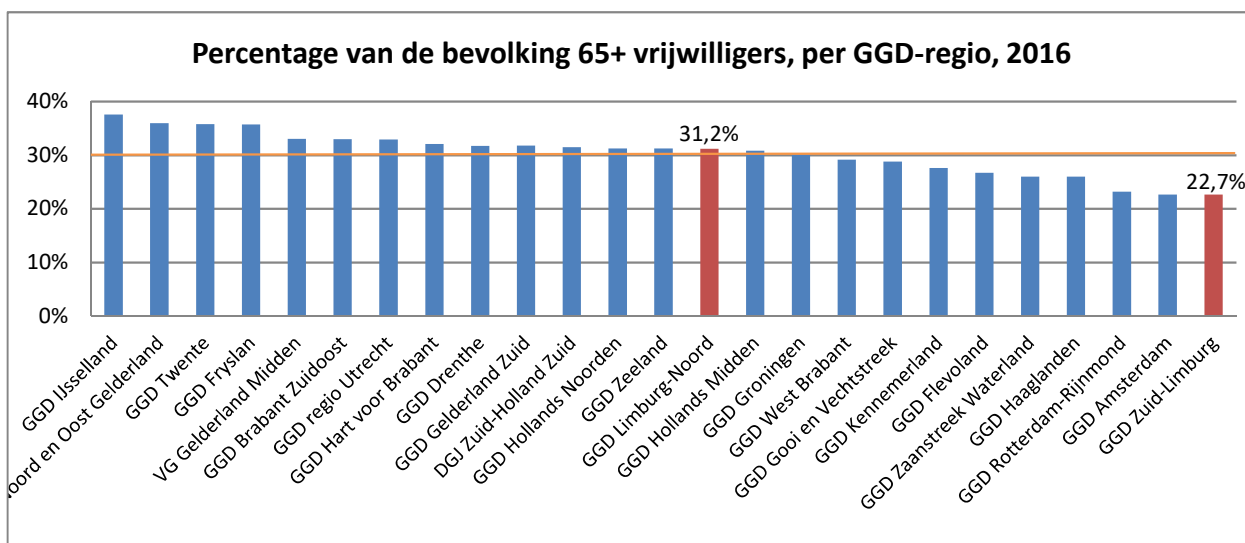
Figuur 7



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

Voor 65-plussers is het gemiddelde percentage Nederlanders dat vrijwilligerswerk doet vergelijkbaar met de groep 30 t/m 64 jarigen (30,3%). Ook in deze bevolkingsgroep is het percentage vrijwilligers in de GGD-regio Limburg-Noord hoger dan landelijk. In de GGD-regio Zuid-Limburg ligt dit percentage beduidend lager waardoor de regio op een gedeelte laatste plaats staat in de rangorde, zie figuur 8.

Figuur 8



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

2. Onderwijs

Op het gebied van primair en voortgezet onderwijs bestaan in Limburg een aantal verbanden met het onderwijsniveau van ouders die de sociale overerving voor hun kinderen in stand kunnen houden. Leerlingen met hoogopgeleide ouders scoren bijvoorbeeld gemiddeld iets hoger bij de CITO. Dit verband komt daarnaast ook tot uitdrukking bij het gegeven schooladvies én het daadwerkelijk niveau in het derde leerjaar van het voortgezet onderwijs. Zelfs als er gecorrigeerd wordt voor CITO score, ontstaat nog steeds een voordeel voor leerlingen met hoogopgeleide ouders. Ze volgen namelijk iets vaker een hoger niveau dan wat de CITO score adviseerde vergeleken met leerlingen met laagopgeleide ouders. Daarnaast zijn leerlingen met hoogopgeleide ouders minder geneigd om in de toekomst in Limburg te blijven. Leerlingen met hoogopgeleide ouders (én de ouders zelf) hebben hogere verwachtingen met betrekking tot de diploma's die de leerlingen gaan behalen in het voortgezet en vervolg onderwijs. Limburg kent relatief de grootste groep leerlingen die naar het Speciaal Onderwijs gaan. Met betrekking tot Voortijdig Schoolverlaters (VSV-ers) kent de provincie Limburg, op drie provincies na, de relatief grootste groep VSV-ers. De provincie Limburg kent een iets grotere groep laaggeletterden dan landelijk gemiddeld. Echter uit de gemeentelijke cijfers (bijlage 3, pagina 88) blijken wederom grote verschillen te ontstaan. De problematiek is het grootst in gemeenten als Venlo, Kerkrade, Roermond en Heerlen gevolgd door Weert en Maastricht.

Om invulling te geven aan het thema Onderwijs maakt deze evaluatie gebruik van vier verschillende databronnen:

1. Voor laaggeletterdheid is gekeken naar het PIAAC-onderzoek (Programme for the International Assessment of Adult Competencies), gepubliceerd door Stichting Lezen en Schrijven en ROA (2016).
2. Voor het onderdeel startkwalificatie is gebruik gemaakt van het schoolverlatersonderzoek, uitgevoerd door ROA en CBS. Dit onderzoek verschaft inzichten in aansluiting van vervolgonderwijs (MBO en HBO) op de arbeidsmarkt.
3. Voor het onderdeel laag opleidingsniveau is gebruik gemaakt van data van de Onderwijs Monitor Limburg (OML). OML data geeft inzicht in de huidige situatie van het Limburgs basis- en voortgezet onderwijs. Specifiek voor deze evaluatie is gekeken naar subregionale verschillen in Limburg en verschillen tussen opleidingsniveau van ouders.
4. Voor het laatste onderdeel, Voortijdig Schoolverlaters (VSV-ers) en Speciaal Onderwijs, is gebruik gemaakt van data van Kinderen in Tel. Kinderen in Tel monitort het percentage leerlingen van het

totaal aantal leerlingen in het voortgezet onderwijs en MBO dat de school verlaat zonder een diploma. Dit percentage geven ze weer over de jaren 2012 t/m 2015 per provincie. Zo ook het percentage leerlingen dat deelneemt aan het Speciaal Onderwijs van het totaal aantal leerlingen in het basis- en voortgezet onderwijs. Dit is bekend per provincie voor de jaren 2013, 2014 en 2015.

2.1 Laaggeletterdheid

In 2012 heeft het PIAAC onderzoek in 24 landen plaatsgevonden, waaronder ook in Nederland. Het onderzoek richtte zich op verschillende arbeidsmarkt vaardigheden van volwassenen. Voor deze monitoring is geletterdheid, en in het bijzonder, laaggeletterdheid van belang.

De geletterdheid van de bevolking tussen de 19 en 65 jaar wordt in het PIAAC-onderzoek uitgedrukt in een score van 0 tot 500. Gemiddeld scoort Nederland 284,0 en staat daarmee op de derde plaats, na Japan en Finland. Enkele voorbeelden van de geletterdheidscore worden opgesomd in tabel 2.

Tabel 2 voorbeelden geletterdheidscore

Voorbeelden	Gemiddelde score
Nederland	284
16-34 jarigen zonder diploma	266
Vmbo opgeleid	275
MBO opgeleid	286
Havo/vwo opgeleid	318
HBO opgeleid	317
WO opgeleid	334

Bron: Stichting Lezen en Schrijven en ROA (2016)

Daarnaast zijn ook provinciale scores berekend. De provincie Limburg scoort iets lager dan landelijk met een gemiddelde van 280,8. In de provinciale rangorde eindigt Limburg op een derde plaats, zie Tabel 3.

Naast geletterdheid is ook het percentage laaggeletterden van de bevolking in kaart gebracht. Laaggeletterdheid houdt in een geletterdheidscore lager dan 225. Nederland kent gemiddeld 11,9% laaggeletterden. Dit percentage ligt iets hoger in de provincie Limburg, namelijk 12,3%. In de provinciale rangorde eindigt Limburg hiermee op een gedeelde 6^e plaats, samen met de provincie Drenthe, zie tabel 4.

Tabel 3 geletterdheid score, 2012

Provincie	Score
1. Zeeland	280,2
2. Flevoland	280,4
3. Limburg	280,8
4. Drenthe	283,3
Zuid-Holland	283,3
5. Groningen	283,9
6. Friesland	284,5
7. Gelderland	284,8
8. Noord-Brabant	285,2
Overijssel	285,2
9. Noord-Holland	285,7
10. Utrecht	289,7

Tabel 4 percentage laaggeletterden, 2012

Provincie	Percentage
1. Zuid-Holland	15,7%
2. Flevoland	15,6%
3. Zeeland	13,8%
4. Friesland	13,0%
5. Groningen	12,4%
6. Drenthe	12,3%
Limburg	12,3%
7. Noord-Holland	12,0%
8. Gelderland	11,2%
9. Overijssel	10,6%
10. Noord-Brabant	10,5%
11. Utrecht	6,4%

Bron: Stichting Lezen en Schrijven en ROA (2016)

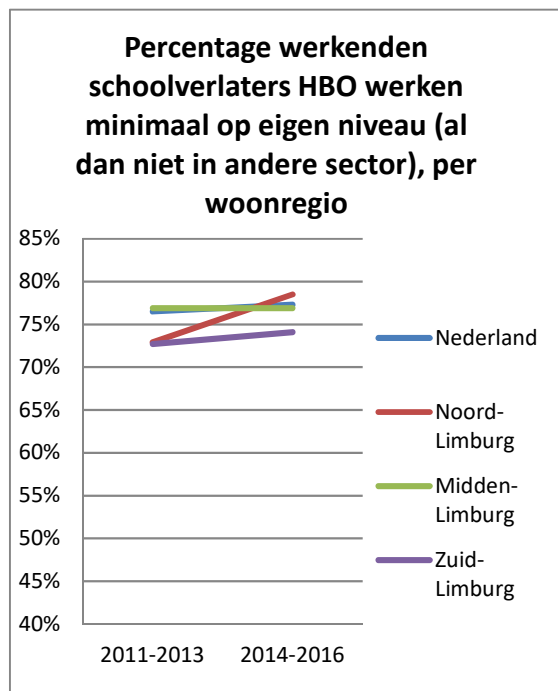
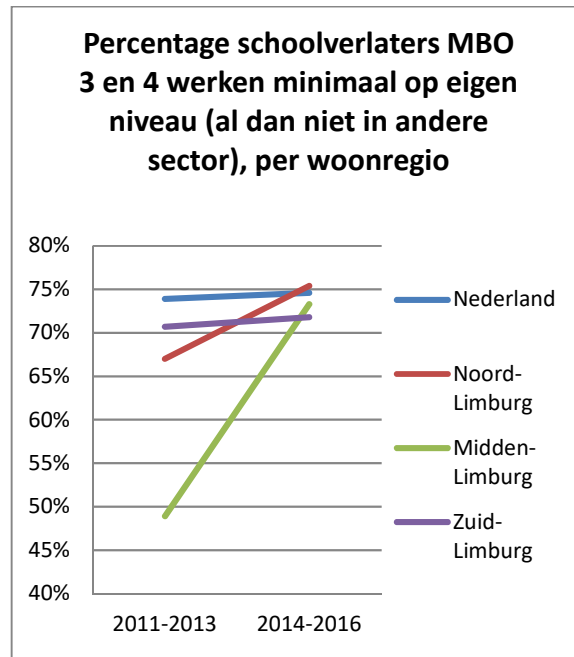
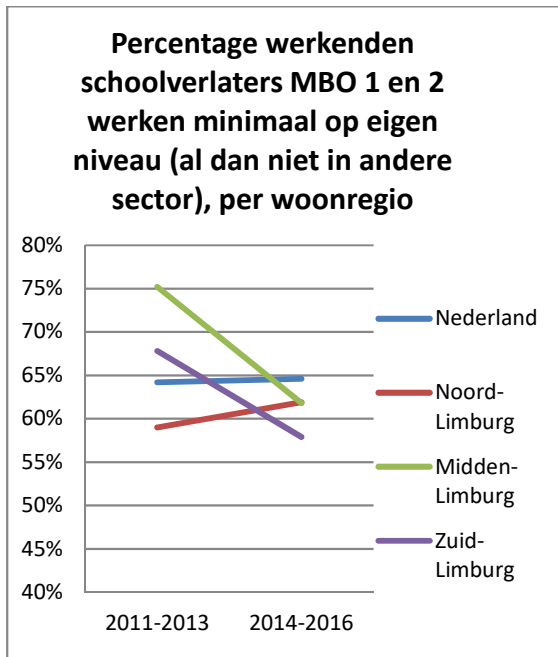
Het PIAAC schat ook het percentage geletterden en de geletterdheidsscore op gemeentelijk niveau. De schattingen voor Limburgse gemeenten zijn opgenomen in het overzicht in bijlage 3 (pagina 88).

2.2 Startkwalificatie

Het ROA voert samen met het CBS jaarlijks het landelijke schoolverlatersonderzoek uit. Door middel van vragenlijsten worden gediplomeerde schoolverlaters van MBO en HBO opleidingen anderhalf jaar na het verlaten van de opleiding gevraagd over hun huidige (werk) situatie. De resultaten van het onderzoek worden uitgesplitst per arbeidsmarktregio waar de schoolverlater woont, werkt of heeft gestudeerd. Afhankelijk van de onderzochte vraag wordt in deze evaluatie gekeken naar de woon- of werkregio van schoolverlaters. De arbeidsmarktregio's Noord-Limburg, Midden-Limburg en Zuid-Limburg worden vergeleken met het landelijk gemiddelde.

Het schoolverlatersonderzoek verschaft bijvoorbeeld informatie over of het opleidingsniveau van schoolverlaters overeenkomt met het werk wat ze anderhalf jaar na verlaten van de opleiding doen. In figuren 9, 10 en 11 wordt het percentage weergegeven van de werkende schoolverlaters die werken op hun eigen opleidingsniveau, al dan niet in een andere sector, voor het cluster 2011-2013 en 2014-2016.

Figuur 9, 10 en 11



Over het algemeen werken relatief de meeste HBO-ers op hun eigen opleidingsniveau. Daarna de MBO-ers van niveau 3 en 4, en relatief de minste MBO niveau 1 en 2 schoolverlaters werken op hun eigen niveau.

Tussen de clusters 2011-2013 en 2014-2016 bestaan vooral grote verschillen voor MBO niveau 1 en 2 schoolverlaters in de regio's Midden en Zuid-Limburg in negatieve zin. Een positieve ontwikkeling vindt plaats voor MBO niveau 3 en 4 schoolverlaters in de regio Midden-Limburg.

Voor het cluster 2014-2016 is de aansluiting voor MBO niveau 1 en 2 schoolverlaters minder gunstig voor alle Limburgse regio's ten opzichte van het

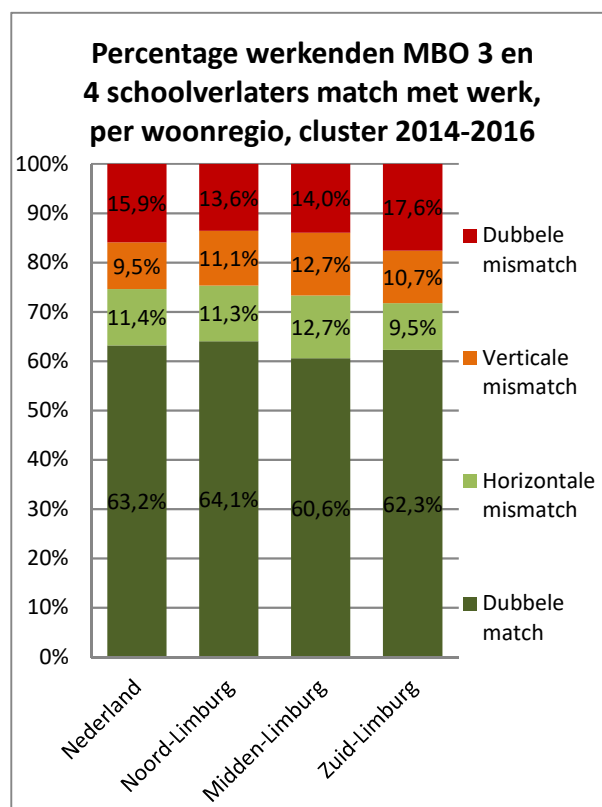
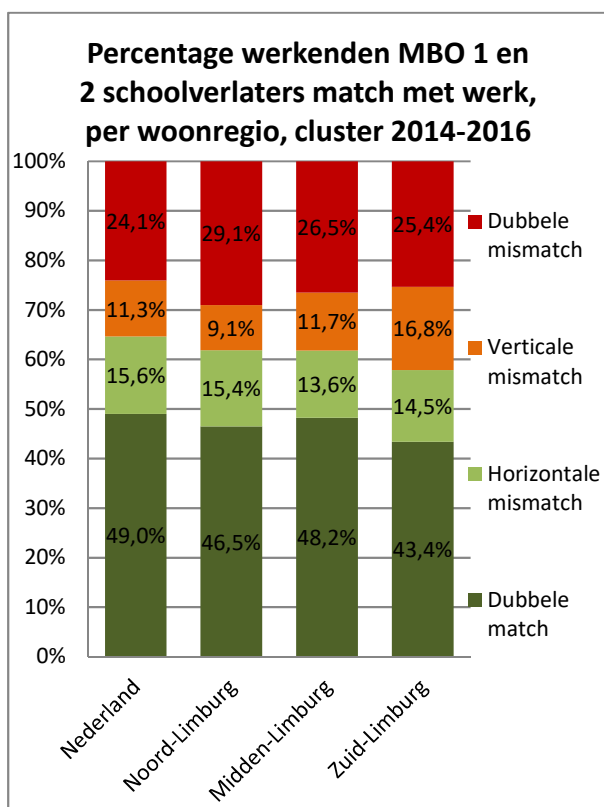
Bron: ROA (2011 - 2016)

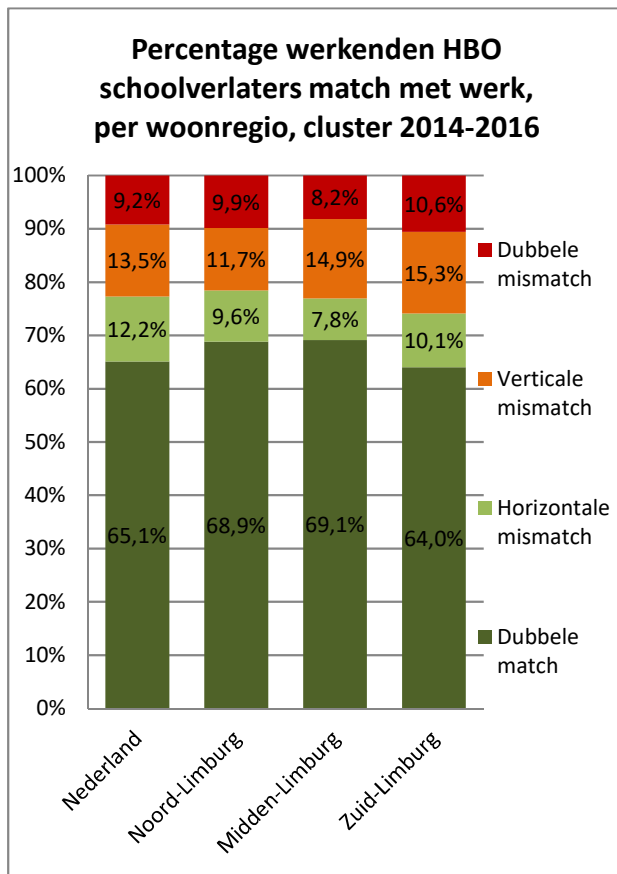
Nederlands gemiddelde. Voor MBO niveau 3 en 4 en HBO schoolverlaters scoort Noord-Limburg iets beter en de regio's Midden- en Zuid-Limburg iets slechter vergeleken met het landelijk gemiddelde.

Behalve het criterium dat schoolverlaters minimaal op hun eigen opleidingsniveau werkzaam zijn, zijn er nog andere (mis)match criteria te onderscheiden. De verschillende soorten (mis)matchen op de arbeidsmarkt worden per opleidingsniveau en woonregio weergegeven voor het cluster 2014-2016 in de figuren 12, 13 en 14. Een dubbele match betekent dat de schoolverlater werkzaam is op hetzelfde

opleidingsniveau en in de gekozen opleidingssector. Een horizontale mismatch houdt in dat de schoolverlater wel werkzaam is op het zelfde opleidingsniveau maar niet in de gekozen opleidingssector (bovenstaand grafiek is een opstelsom van dubbele en horizontale mismatches). Bij een verticale mismatch werkt de schoolverlater op een lager niveau dan zijn of haar opleidingsniveau, maar wel in de gekozen opleidingssector. Bij een dubbele mismatch werkt de schoolverlater niet op zijn of haar opleidingsniveau en niet in de gekozen opleidingssector.

Figuur 12, 13 en 14





Bron: ROA (2014 - 2016)

2.3 Laag Opleidingsniveau

Steeds meer Nederlanders zijn hoog opgeleid (HBO of WO opgeleid). Hierdoor stijgt ook het percentage hoogopgeleide paren (CBS, 2017). Volgens het CBS is het percentage hoogopgeleide paren het hoogst in de grote steden en in de zeer stedelijke gemeenten. “Mensen volgen bijvoorbeeld hun HBO- of universitaire opleiding in de stad of vinden er werk. Hierdoor hebben ze kans daar hun eveneens hoger opgeleide toekomstige partner te ontmoeten” (CBS, 2017).

Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de Limburgse demografie, maar ook voor de groeiende kloof tussen laag- en hoog opgeleiden. Er ontstaan namelijk grote verschillen voor kinderen van laag of hoog opgeleiden ouders door middel van bijvoorbeeld sociale overerving. Om deze verschillen te duiden wordt gebruik gemaakt van de data van de Onderwijs Monitor Limburg (OML), welke een onderdeel vormt van de Educatieve Agenda Limburg.

De OML doet o.a. onderzoek naar de stand van zaken in het Limburgse basis- en voortgezet onderwijs. Tweejaarlijks voert het OML een uitgebreid onderzoek uit bij leerlingen uit groep 8 van de basisschool (op Zuid-Limburgse schaal) en leerlingen in het derde jaar van het voortgezet onderwijs (op Limburgse schaal) en hun ouders. Voor dit tweejaarlijkse onderzoek kijkt de OML naar toetsgegevens,

De meest ongunstige situatie, een dubbele mismatch, komt voor alle opleidingsniveaus vaker voor in Zuid-Limburg dan gemiddeld in Nederland.

In vergelijking met de verschillende opleidingsniveaus komen dubbele mismatches het meeste voor bij MBO niveau 1 en 2 schoolverlaters.

De meest gunstige situaties, dubbele match of horizontale mismatch komen voor alle regio's relatief vaker voor bij HBO schoolverlaters, daarna bij MBO niveau 3 en 4 schoolverlaters en het minst vaak bij MBO niveau 1 en 2 schoolverlaters.

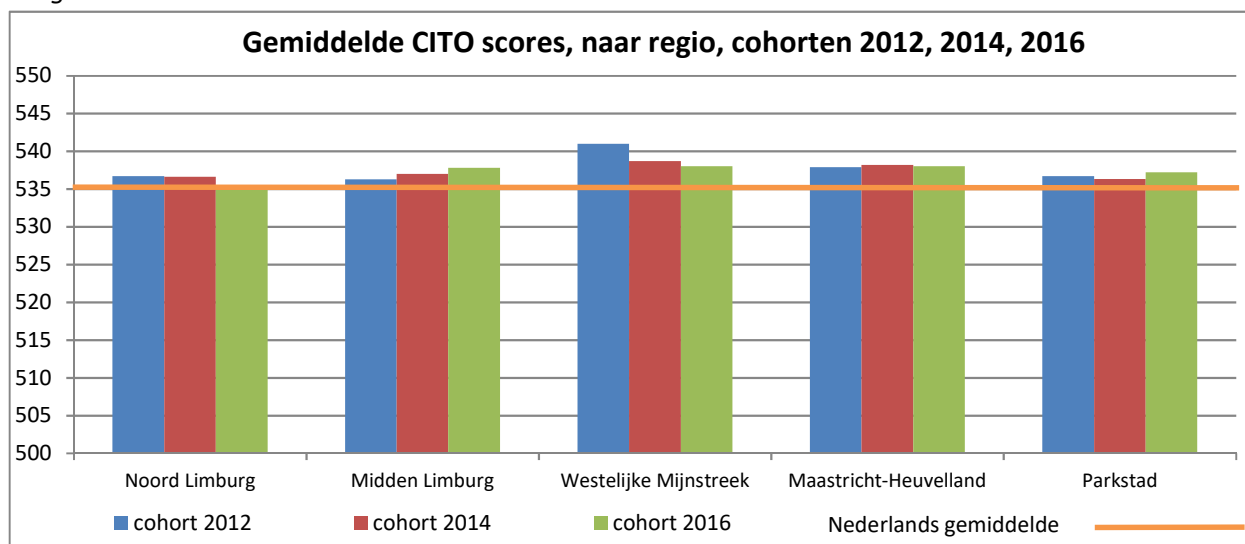
schooladvies en -niveau, cognitieve aspecten, sociaal-emotionele aspecten en achtergrondgegevens van de leerlingen.

Binnen de kaders van deze nulmeting wordt met de data van de OML gekeken naar een aantal thema's te weten CITO score, schooladvies, schoolniveau, verwachtingen van ouders en leerlingen in voortgezet- en vervolgonderwijs, spijbelgedrag, toekomstplannen en hulp bij schoolwerk. Binnen deze thema's wordt gekeken naar (eventuele) verschillen tussen (sub)regio's in Limburg en naar verschillen tussen het opleidingsniveau van ouders. Gezien de beschikbaarheid van de data worden data van leerlingen uit het derde leerjaar van het voortgezet onderwijs voor de cohorten 2011/12, 2013/14 en 2015/16 gebruikt.

CITO score

De gemiddelde landelijke CITO scores van 2009, 2011 en 2013 zijn vergeleken met de CITO scores van de cohorten derdejaarsleerlingen van 2012, 2014 en 2016 in Limburg. Dit omdat deze cohorten met elkaar overeen komen in de tijd. In andere woorden, we hebben voor de betreffende cohorten van derdejaars leerlingen in het voortgezet onderwijs drie jaar terug gekeken naar de bijbehorende CITO-scores. De scores liggen voor alle Limburgse regio's en voor alle cohorten iets hoger dan het bijbehorende landelijk gemiddelde, zie figuur 15.

Figuur 15



Bron: CITO (2009, 2011, 2013) en OML (2012, 2014, 2016)

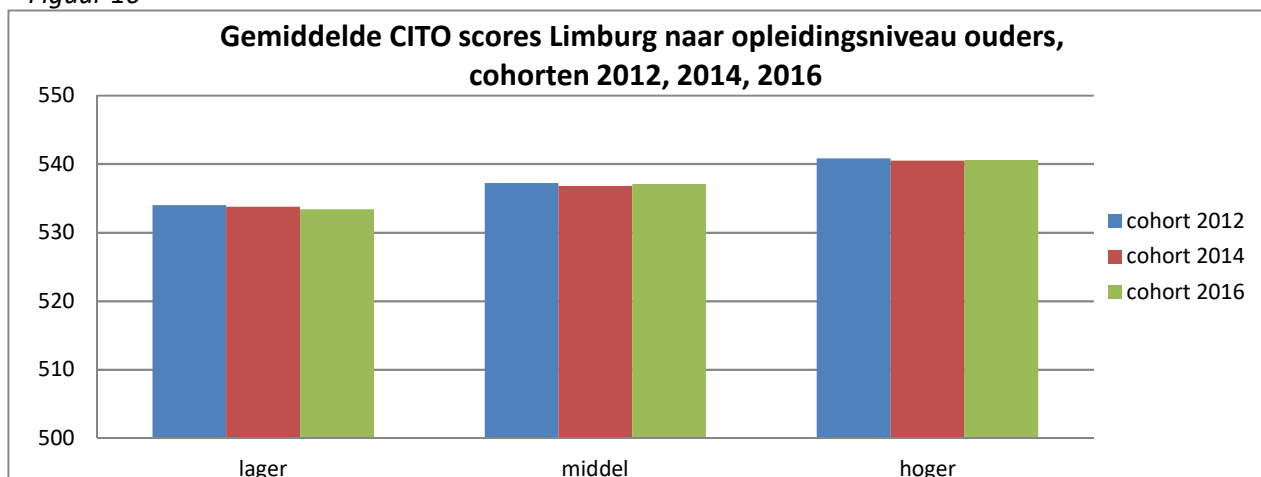
Het verschil tussen Limburg en het landelijk gemiddelde zou, net zoals andere regionale verschillen, kunnen worden verklaard door het aandeel van leerlingen met een hoger leerling-gewicht. Zo geeft CITO in het rapport 'Terugblik en resultaten 2013 Eindtoets Basisonderwijs' aan:

Het gemiddelde van de G4, de groep van vier grote steden (Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag), is in 2013 net als in voorgaande jaren lager dan het landelijk gemiddelde [...]. Dit wordt verklaard doordat scholen in de grote steden relatief veel leerlingen met een hoger leerling-gewicht herbergen. Naarmate leerlingen een hoger leerling-gewicht hebben, daalt hun gemiddelde standaardscore op de Eindtoets aanzienlijk. Omdat in vergelijking met de landelijke verdeling het aantal leerlingen met een hoger leerling-gewicht in de G4 relatief groot is (ruim 26% van de leerlingen in de G4 heeft het gewicht 0.30 of 1.20 versus 12% landelijk), heeft het lagere gemiddelde van die leerlingen zijn weerslag op het totale gemiddelde van de vier grote steden. (CITO, 2013, p. 21)

Voor het cohort 2012/2013 (groep 8) beschikt OML over de data van leerlingen in alle Zuid-Limburgse gemeente en de gemeente Maasgouw. Op basis van deze groep leerlingen (n=5377) had 8,3% een leerling-gewicht van 0.30 en 3,8% een leerling-gewicht van 1.20, totaal 12,1%. Dit is vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde van dat jaar, en kan de verschillen in CITO-score niet voldoende verklaren.

Naast regionale verschillen binnen Limburg zien we ook verschillen aan de hand van het opleidingsniveau van ouders. Uit figuur 16 blijkt, voor Limburg, dat hoe hoger het opleidingsniveau van de ouders²⁰ is, hoe hoger de leerlingen gemiddeld scoren voor de CITO.

Figuur 16



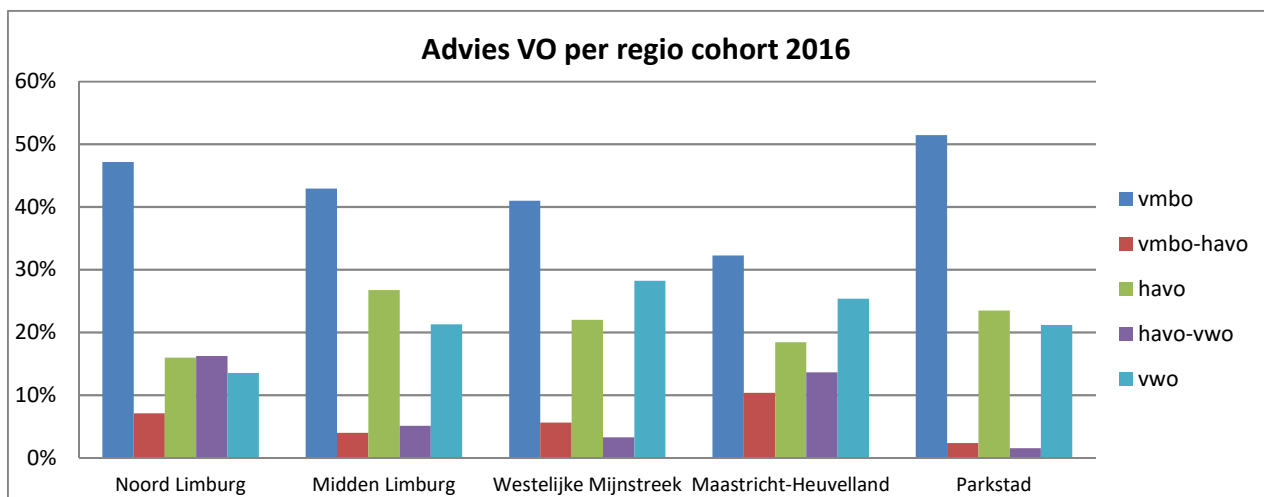
Bron: OML (2012, 2014, 2016)

²⁰ In deze onderverdeling hebben lager opgeleide ouders enkel basisonderwijs of een LBO, VMBO, of MAVO opleiding afgerond. Middelbaar opgeleide ouders hebben een MBO, HAVO of VWO opleiding afgerond. Hoger opgeleide ouders hebben een HBO of WO opleiding afgerond.

Schooladvies

Kijkend naar het schooladvies dat het cohort 2015/2016 (derde leerjaar voortgezet onderwijs) in groep 8 heeft gekregen, uitgesplitst per regio, ontstaat figuur 17. In iedere regio komt het VMBO advies het meeste voor, in Parkstad hebben relatief de meeste leerlingen een VMBO advies gekregen. Leerlingen hebben relatief vaker een VWO advies in de regio's Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Heuvelland gekregen, dit komt relatief het minst vaak voor in de regio Noord-Limburg.

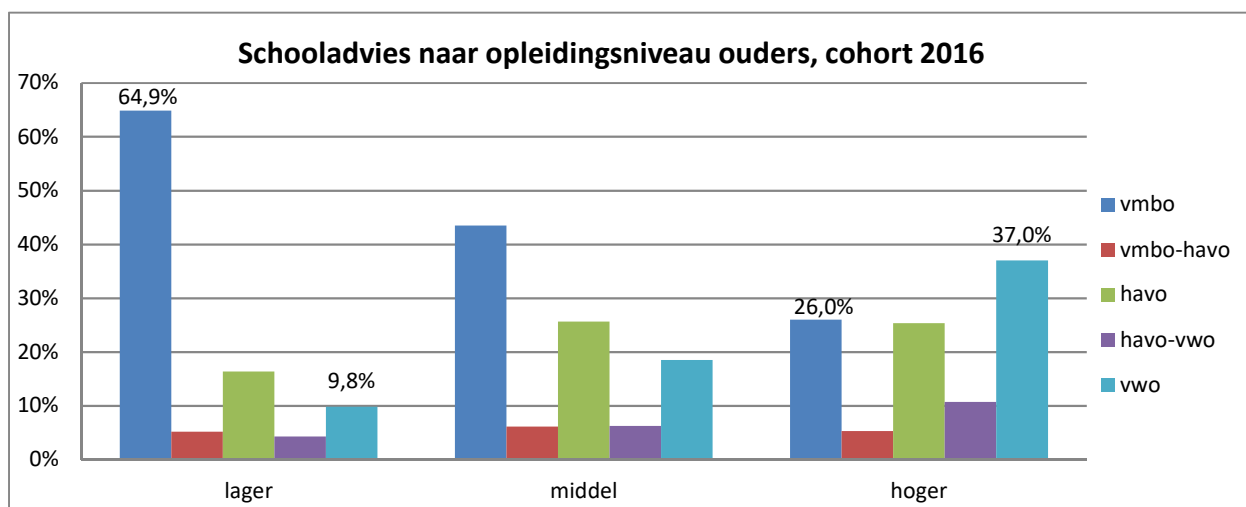
Figuur 17



Bron: OML (2016)

Kijkend naar het schooladvies in verhouding tot het opleidingsniveau van de ouders ontstaat een duidelijk verband in figuur 18. Van lager opgeleide ouders krijgt 64,9% van de kinderen een VMBO advies en 9,8% een VWO advies. Van hoger opgeleide ouders krijgt 26% van de kinderen een VMBO advies en 37% van de kinderen een VWO advies.

Figuur 18

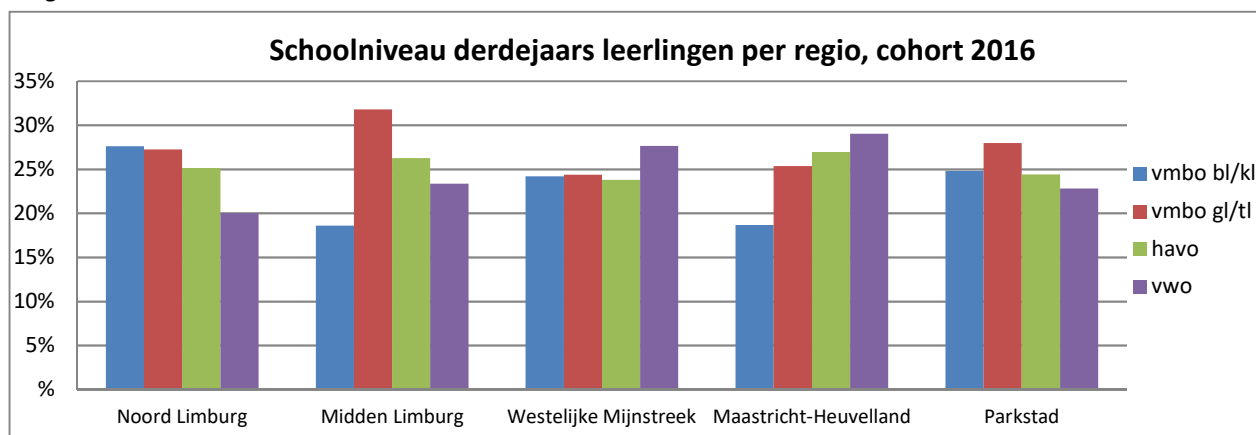


Bron: OML (2016)

Schoolniveau

Figuur 19 geeft weer hoe de derdejaarsleerlingen in het cohort 2016 verdeeld zijn over de verschillende niveaus van het voortgezet onderwijs in Limburg. Tussen de regio's zijn enkele verschillen zichtbaar. Zo zijn er relatief meer VMBO gemengde of theoretische leerweg leerlingen in Midden-Limburg en Parkstad, en relatief meer VWO leerlingen in de Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Heuvelland.

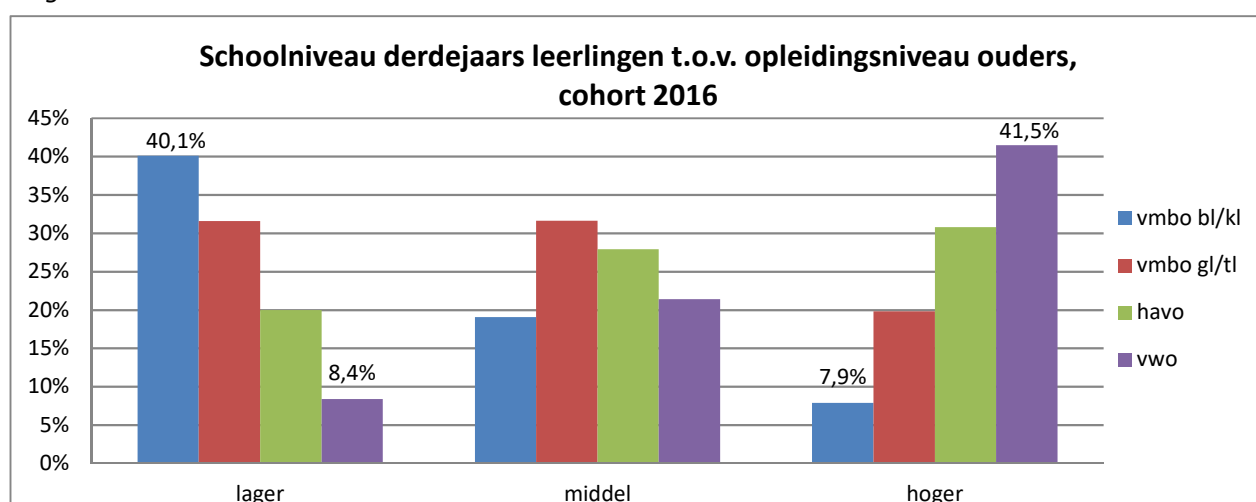
Figuur 19



Bron: OML (2016)

Net zoals bij het schooladvies, ontstaat ook bij het daadwerkelijke schoolniveau van derdejaars een duidelijk verschil tussen het opleidingsniveau van de ouders. Zo is 40,1% van de leerlingen van lager opgeleide ouders VMBO-er, en 8,4% VWO-er. Leerlingen van hoger opgeleide ouders zijn in 7,9% van de gevallen VMBO-er en 41,5% VWO-er, zie figuur 20.

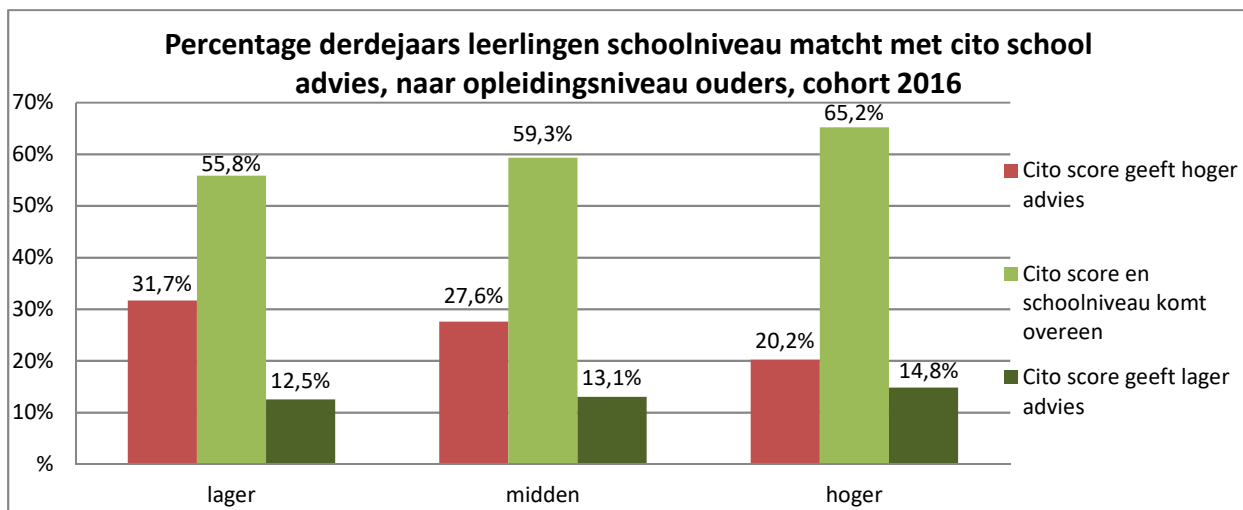
Figuur 20



Bron: OML (2016)

Zelfs rekening houdend met het schooladvies blijft er een verband bestaan met het opleidingsniveau van de ouders. Het percentage leerlingen dat een lager niveau volgt op de middelbare school dan wat de CITO score had geadviseerd (rode staafjes) is hoger voor leerlingen met lager opgeleide ouders, zie figuur 21.

Figuur 21

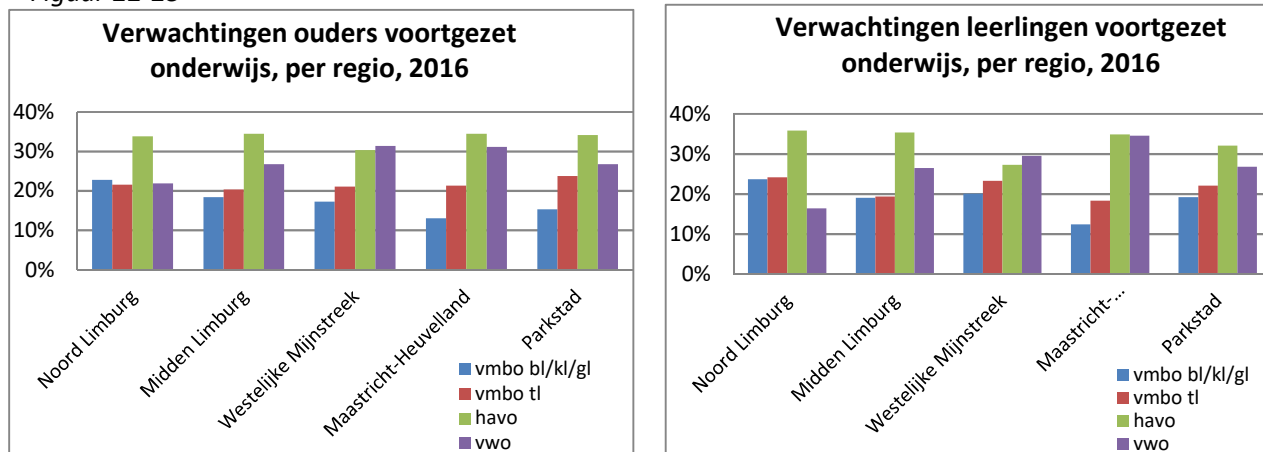


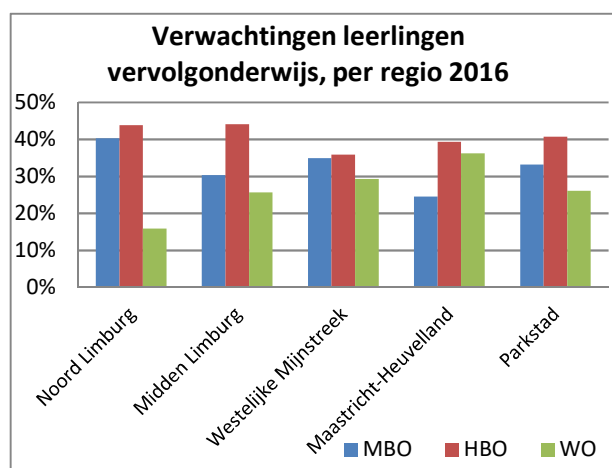
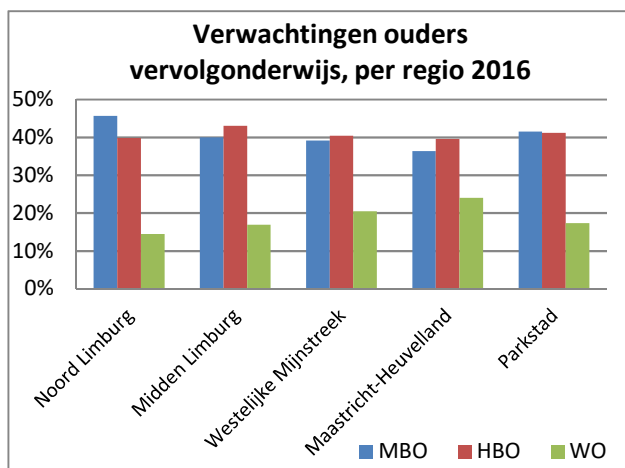
Bron: OML (2016)

Verwachtingen van ouders en leerlingen

Zowel ouders als leerlingen worden gevraagd naar de verwachtingen over de prestaties van de leerling in het voortgezet- en vervolgonderwijs. Welke diploma's worden behaald volgens de verwachtingen van leerlingen zelf en hun ouders? Regionaal gezien ontstaan een aantal verschillen, zoals te zien in figuren 22 tot en met 25. Zo zijn de verwachtingen van ouders en leerlingen over de prestaties in zowel het voortgezet en vervolgonderwijs gemiddeld wat hoger in de regio's Maastricht-Heuvelland en de Westelijke Mijnstreek. Dit komt zowel terug voor het cohort 2014 als het cohort 2016.

Figuur 22-25

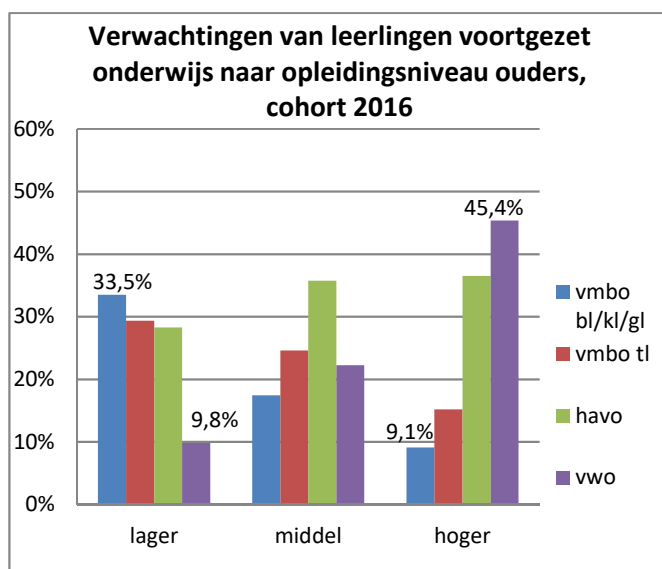
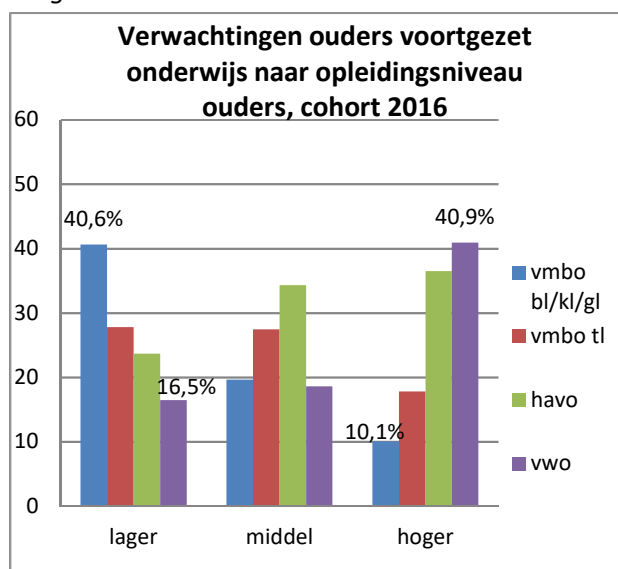




Bron: OML (2016)

Grotere verschillen ontstaan wanneer er wordt gekeken naar verwachtingen van ouders ten opzichte van het opleidingsniveau van ouders (figuur 26). Voor zowel het voortgezet als het vervolgonderwijs zijn de verwachtingen van ouders gemiddeld hoger naarmate hun eigen opleidingsniveau hoger is. Dit patroon is zowel te zien in het cohort van 2014 als het cohort 2016. Zo verwacht 40,6% van de lager opgeleide ouders dat hun kind een VMBO diploma zal behalen en 16,5% een VWO diploma. Van de hoger opgeleide ouders verwacht 10,1% dat hun kind een VMBO diploma zal behalen en 40,9% een VWO diploma.

Figuur 26 en 27

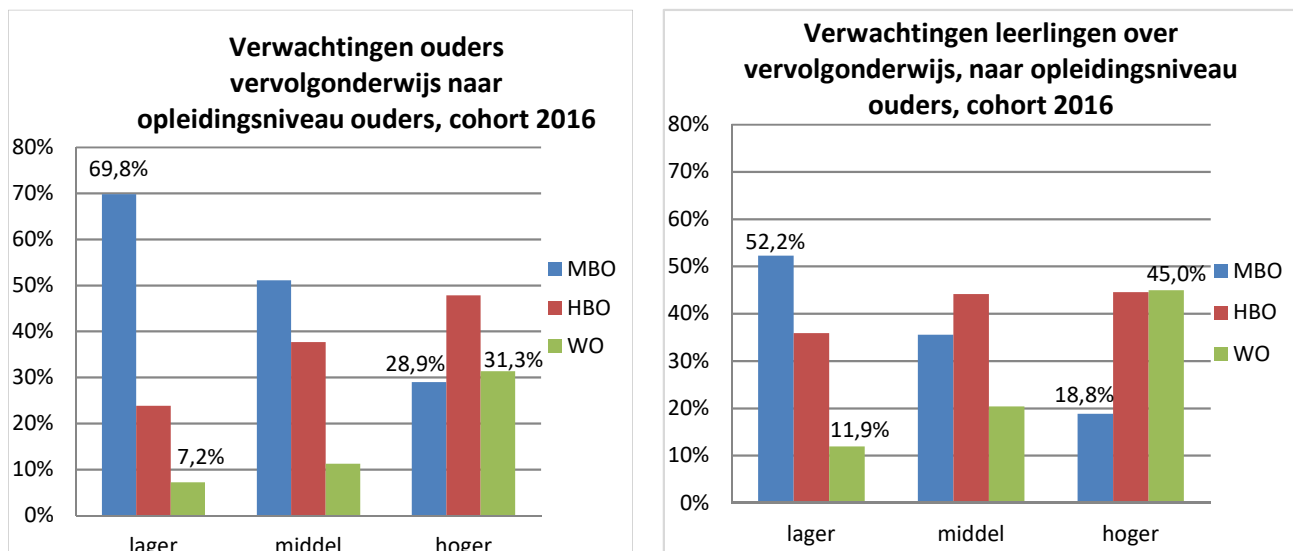


Bron: OML (2016)

Bij de verwachtingen van leerlingen is een zelfde verband te zien als bij de ouders voor zowel cohort 2014 als cohort 2016. Uit figuur 27 blijkt namelijk dat 45,4% van de leerlingen van hoger opgeleide ouders een VWO diploma verwacht te halen en 9,1% een VMBO diploma. Dit tegenover respectievelijk

9,8% en 33,5% van de leerlingen van lager opgeleide ouders. Dit verband blijkt ook uit de verwachtingen voor het vervolgonderwijs; 69,8% van de lager opgeleide ouders verwacht dat hun kind een MBO-diploma zal behalen, 7,2% een WO-diploma. Van de hoger opgeleide ouders verwacht 28,9% dat hun kind een MBO-diploma zal behalen en 31,3% een WO-diploma, zie figuur 28.

Figuur 28 en 29



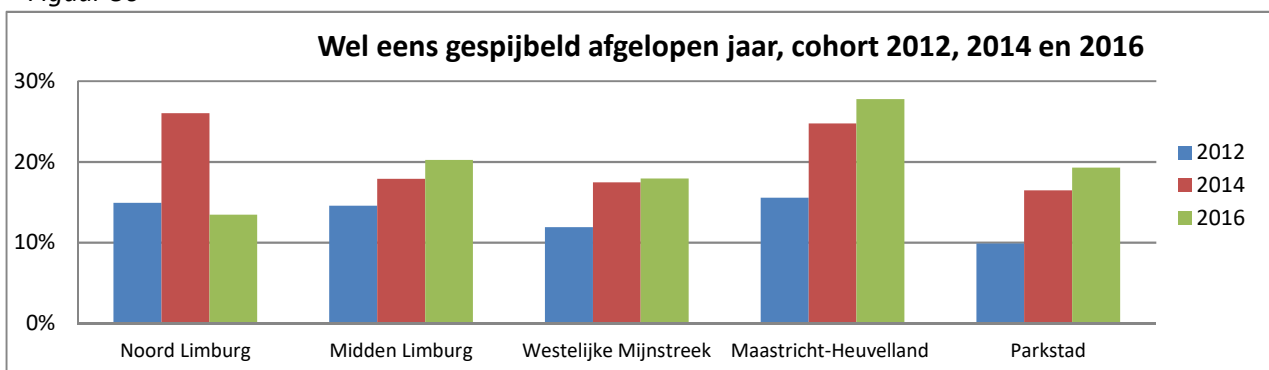
Bron: OML (2016)

Voor het vervolgonderwijs verwacht 45% van leerlingen van hoger opgeleide ouders een WO-diploma te behalen en 18,8% een MBO diploma. Voor lager opgeleide ouders verwacht 11,9% van de leerlingen een WO-diploma en 52,2% een MBO diploma, zie figuur 29.

Spijbelen

OML vraagt leerlingen ook of ze al eens gespijbeld hebben in het afgelopen schooljaar en in welke mate. Een uitsplitsing naar opleidingsniveau van ouders laat geen duidelijke verschillen zien. Echter binnen de regio's ontstaan wel wat verschillen, ook over de jaren. Op de regio Noord-Limburg na, loopt het 'wel eens spijbelen in een schooljaar' op over de jaren heen in alle regio's. Over het algemeen ligt het spijbelpercentage hoger in de regio Maastricht-Heuvelland in vergelijking met de andere Limburgse regio's, zie figuur 30.

Figuur 30

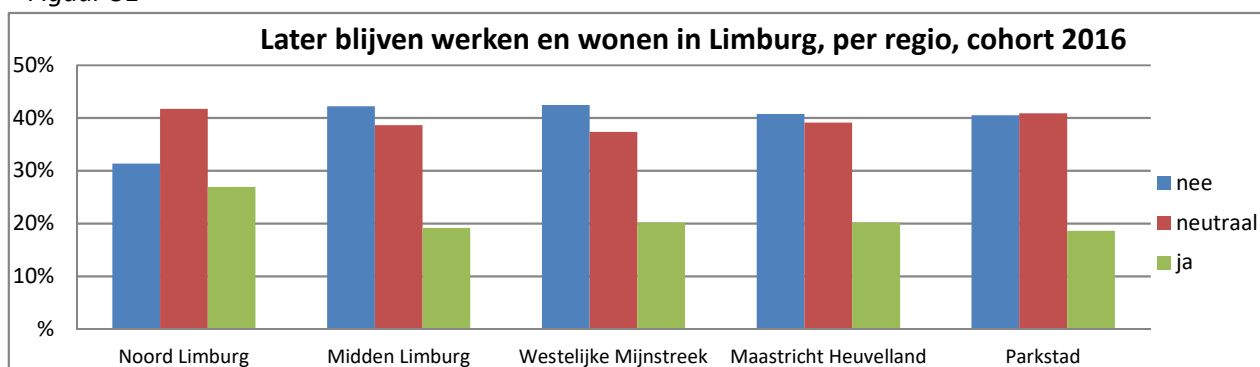


Bron: OML (2016)

Blijven wonen en werken in Limburg

Er worden ook vragen aan de leerlingen gesteld over hun toekomst. Zo vraagt OML of de derdejaars leerlingen denken in de toekomst te blijven wonen en werken in Limburg. Over de gehele groep leerlingen daalde het percentage “ja” van cohort 2012 tot cohort 2016 van 33,3% naar 19,8%. Eén regionaal verschil komt in alle drie cohorten voor: Noord-Limburgse jongeren blijken iets meer geneigd te zijn om te blijven wonen en werken in Limburg. Voor de andere regio's zijn de uitkomsten vergelijkbaar (ca. 20% antwoord ja, 40% neutraal en 40% nee in 2016), zie figuur 31.

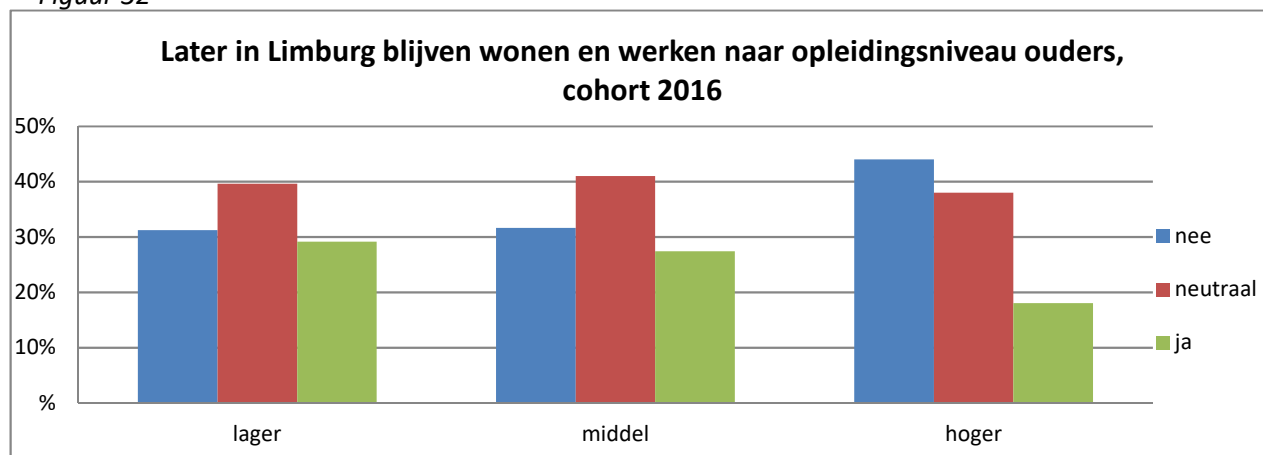
Figuur 31



Bron: OML (2016)

Het opleidingsniveau van ouders maakt ook een verschil in de toekomstplannen van de leerlingen. Kinderen van hoger opgeleide ouders willen later relatief minder vaak in Limburg blijven wonen en werken dan kinderen van lager of middel opgeleide ouders, zie figuur 32.

Figuur 32



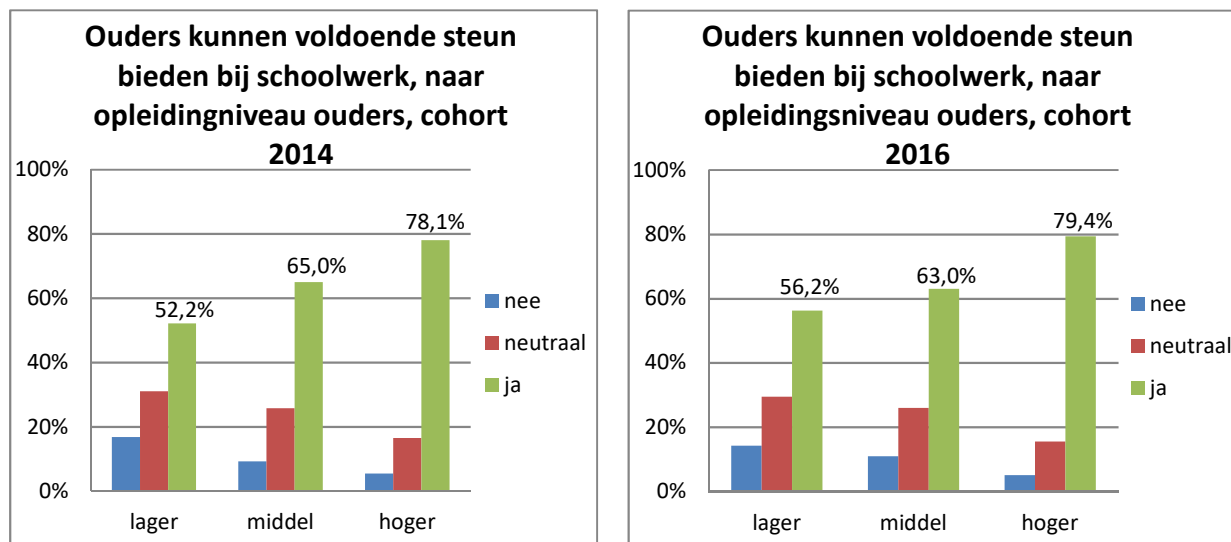
Bron: OML (2016)

Hulp bij schoolwerk

Naast de leerlingen stelt de OML ook vragen aan de ouders. Zo ook of ze hun kind voldoende kunnen helpen bij schoolwerk indien dat nodig is. Hoger opgeleide ouders geven relatief vaker aan dat ze voldoende hulp aan hun kind kunnen bieden dan middelbaar- of lager-opgeleide ouders in zowel cohort 2014 als cohort 2016. Het verschil tussen middelbaar en hoger-opgeleide ouders stijgt tussen

cohort 2014 en cohort 2016, het verschil tussen lager- en middelbaar-opgeleide ouders wordt juist kleiner in deze periode, zie figuren 33 en 34.

Figuur 33 en 34

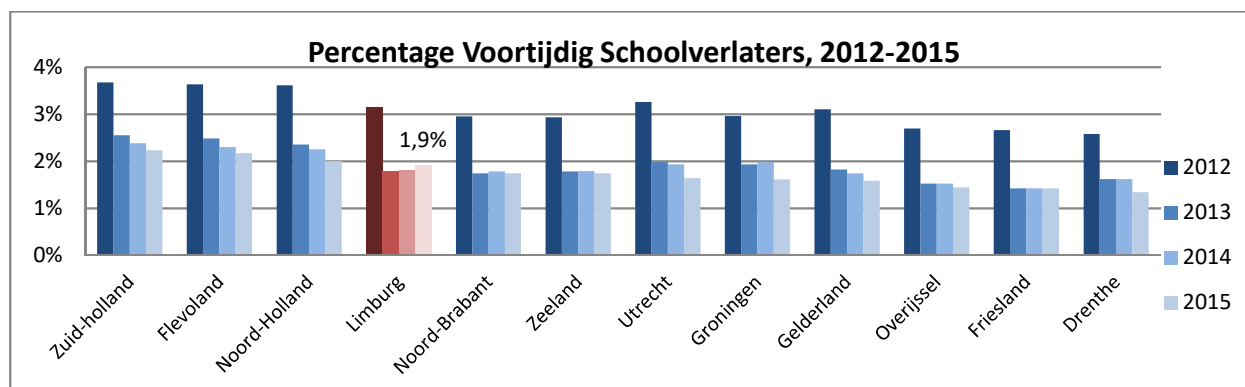


Bron: OML (2014, 2016)

2.4 Voortijdig Schoolverlaters (VSV-ers) en Speciaal Onderwijs

Kinderen in Tel monitort het percentage VSV-ers van het totaal aantal leerlingen in het Voortgezet Onderwijs en MBO. De algemene afname van 2012 naar 2013 wordt grotendeels verklaard door een verbeterde meetmethode. Ook werden er vanaf 2012 veel nieuwe regionale VSV convenanten afgesloten. In de meeste provincies daalt het VSV percentage dan ook verder over de jaren, echter niet in Limburg, zie figuur 35. Heerlen (2,9%), Kerkrade (2,7%), Vaals (2,4%), Venlo (2,2%), Sittard-Geleen (2,2%) en Stein (2,1%) scoren boven het Limburgs gemiddelde en Roermond en Nuth zitten op het Limburgs gemiddelde (1,9%). De overige Limburgse gemeenten scoren lager.

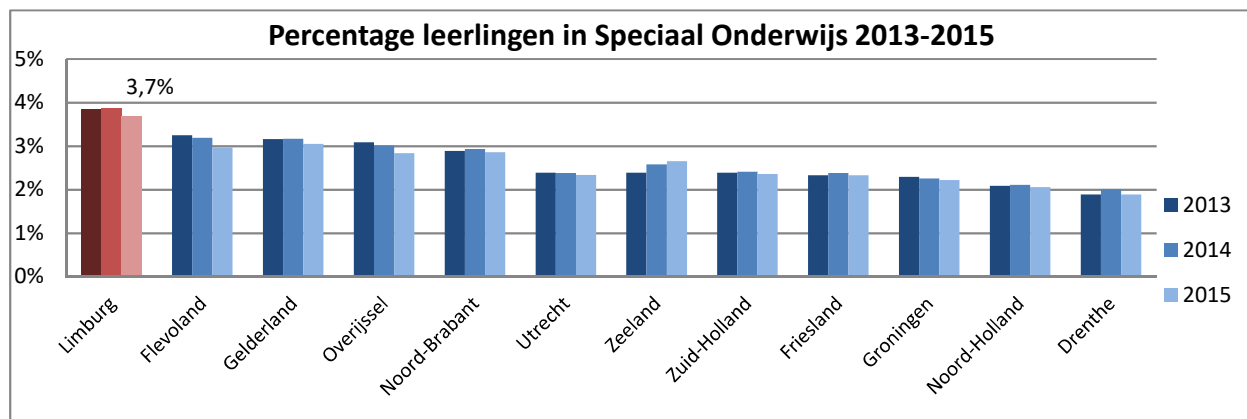
Figuur 35



Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

Kinderen in Tel monitort daarnaast ook het percentage leerlingen Speciaal Onderwijs van het totaal aantal leerlingen in het basis- en vervolgonderwijs. Relatief gezien heeft de provincie Limburg de meeste leerlingen Speciaal Onderwijs in de jaren 2013, 2014 en 2015. De provinciale gegevens van Kinderen in Tel zijn ook verwerkt in landkaarten voor de beschikbare jaren, deze zijn te vinden in bijlage 6 (pagina's 97-103).

Figuur 36



Bron: Kinderen in Tel (2017)

3. Gezondheid

Limburg heeft een lagere levensverwachting dan landelijk gemiddeld, ook voor alle 4 definities van gezonde levensverwachting. De achterstand is echter groter voor de GGD-regio Zuid-Limburg. In twee gevallen (goede ervaren gezondheid en goede geestelijke gezondheid) is de verwachting voor de GGD-regio Limburg-Noord zelfs vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde. Dit regionale patroon geldt ook voor de indicator ervaren gezondheid en een aantal leefstijl indicatoren (bewegen, BMI en roken). Met betrekking tot alcohol gebruik scoort de GGD-regio Noord-Limburg slechter. Er is ook een patroon te zien onder de verschillende leeftijdscategorieën (19-29 jaar, 30-64 jaar en 65 jaar en ouder). Limburgse 19-29 jarigen scoren meestal rond het landelijk gemiddelde, of iets positiever. Achterstanden in vergelijking met het landelijk gemiddelde ontstaan meestal in de categorie 30-64 jaar, en in extremere mate bij de Limburgse 65 plussers. Daarnaast zijn de zorgkosten (vergoed onder de basisverzekering) in Limburg hoger dan landelijk voor jeugd, volwassen en ouderen. De gemiddelde zorgkosten voor jeugd en volwassen zijn het hoogst in Zuid-Limburg (Parkstad), voor ouderen zijn de kosten gemiddeld het hoogst in Noord-Limburg.

Eens in de vier jaar worden de resultaten van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen uitgebracht. Dit is een samenwerking tussen het CBS, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de GGD-en. Voor het onderdeel Gezondheid wordt gebruikt gemaakt van data met betrekking tot (gezonde) levensverwachting, ervaren gezondheid en leefstijl. Daarna wordt deze informatie ook gekoppeld aan data van Vektis. Deze data heeft betrekking op zorgkosten die vergoed worden onder de basisverzekering.

3.1 (Gezonde) levensverwachting

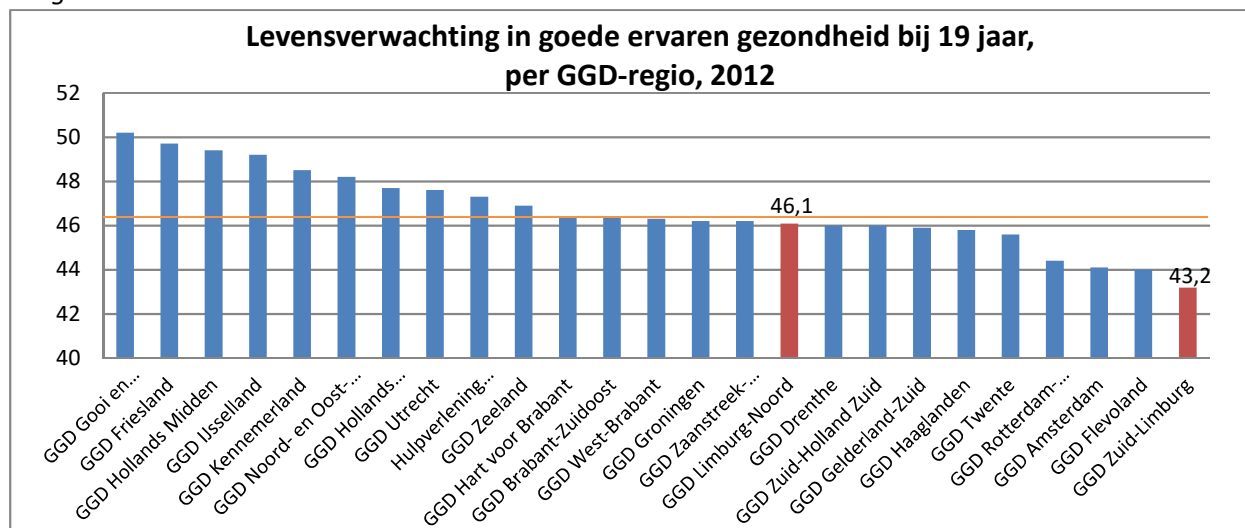
Het RIVM publiceert cijfers over (gezonde) levensverwachtingen per GGD-regio en vergelijkt deze met het landelijk gemiddelde. Het RIVM hanteert 4 definities van gezonde levensverwachting:

1. Levensverwachting in goede ervaren gezondheid
2. Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen
3. Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid
4. Levensverwachting zonder chronische ziekten

Levensverwachting in goede ervaren gezondheid

Het gemiddeld aantal nog te verwachten gezonde levensjaren voor een 19 jarige in Nederland in 2012 is 46,6 jaar. In de GGD-regio Zuid-Limburg is de levensverwachting in goede ervaren gezondheid het laagst. In de GGD-regio Limburg-Noord ligt deze verwachting hoger en dichterbij het Nederlands gemiddelde, zie figuur 37.

Figuur 37

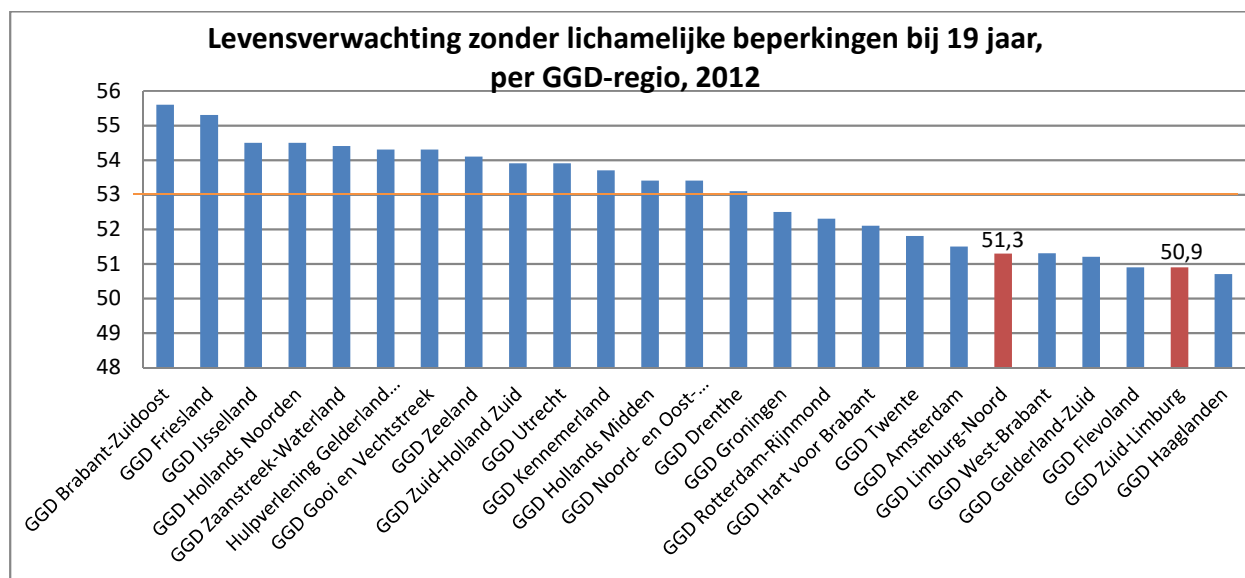


Bron: volksgezondheidszorg.info, RIVM (2017)

Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen

De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen voor een 19-jarige in 2012 is gemiddeld 53 jaar. Deze is lager in de beide Limburgse GGD-regio's, zie figuur 38.

Figuur 38

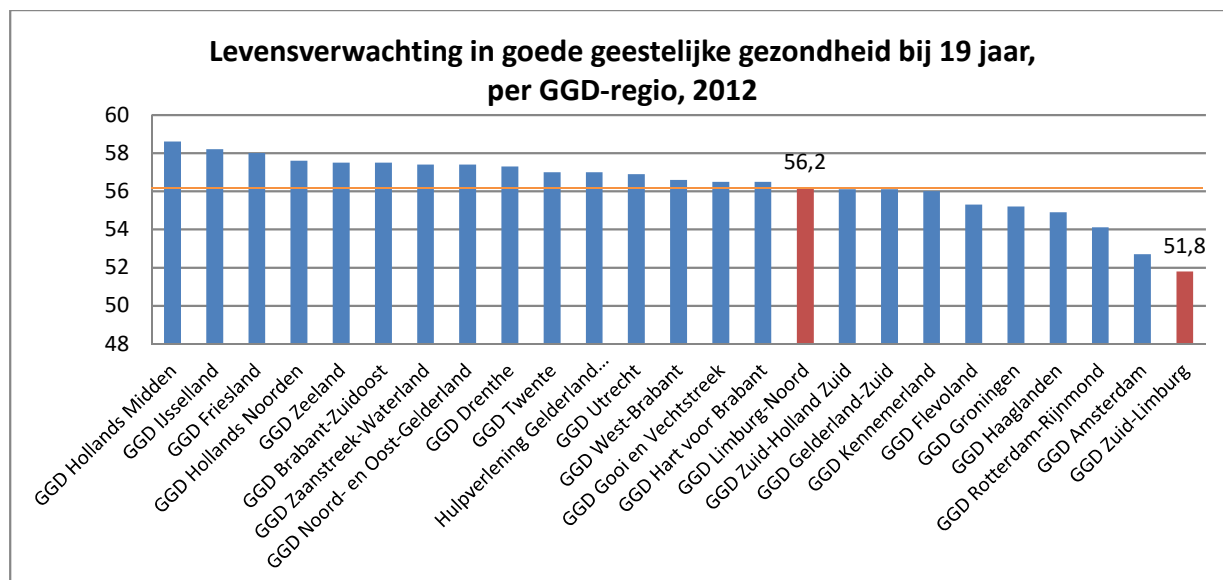


Bron: volksgezondheidszorg.info, RIVM (2017)

Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid

De levensverwachting in goede geestelijke gezondheid is 56,2 jaar voor een gemiddelde Nederlander van 19 jaar in 2012. Dezelfde verwachting geldt voor de GGD-regio Limburg-Noord. In de GGD-regio Zuid-Limburg is deze het laagst, zie figuur 39.

Figuur 39

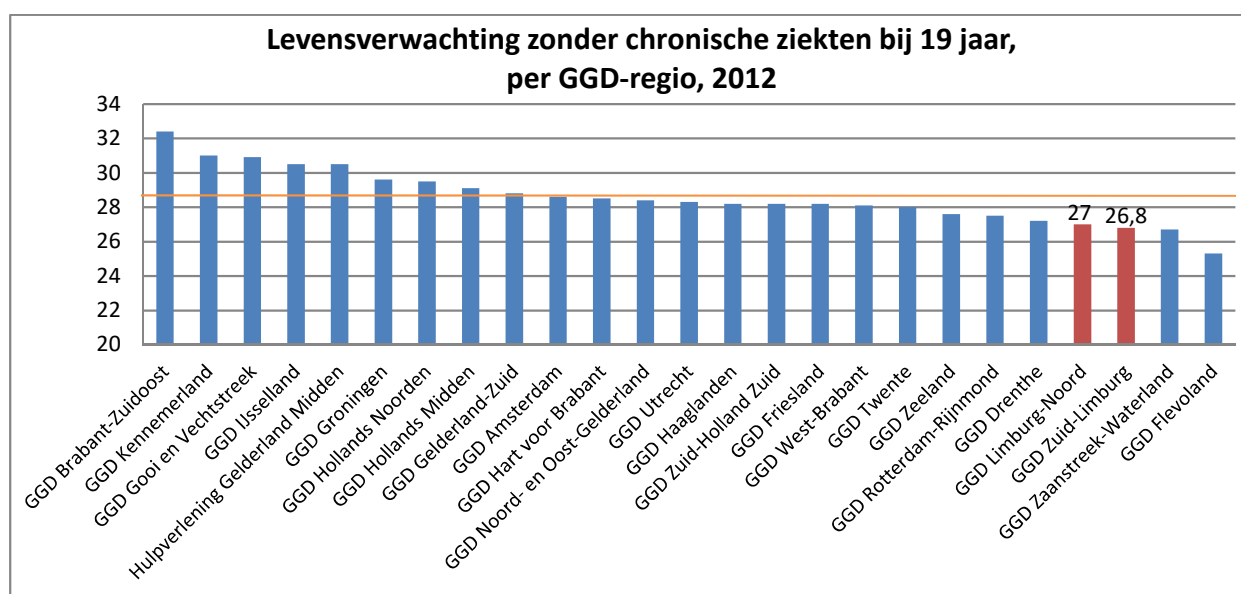


Bron: volksgezondheidszorg.info, RIVM (2017)

Levensverwachting zonder chronische ziekten

De gemiddelde levensverwachting zonder chronische ziekten in Nederland is 28,7 jaar voor een 19-jarige in 2012. Dit is voor beide Limburgse GGD-regio's lager, zie figuur 40.

Figuur 40

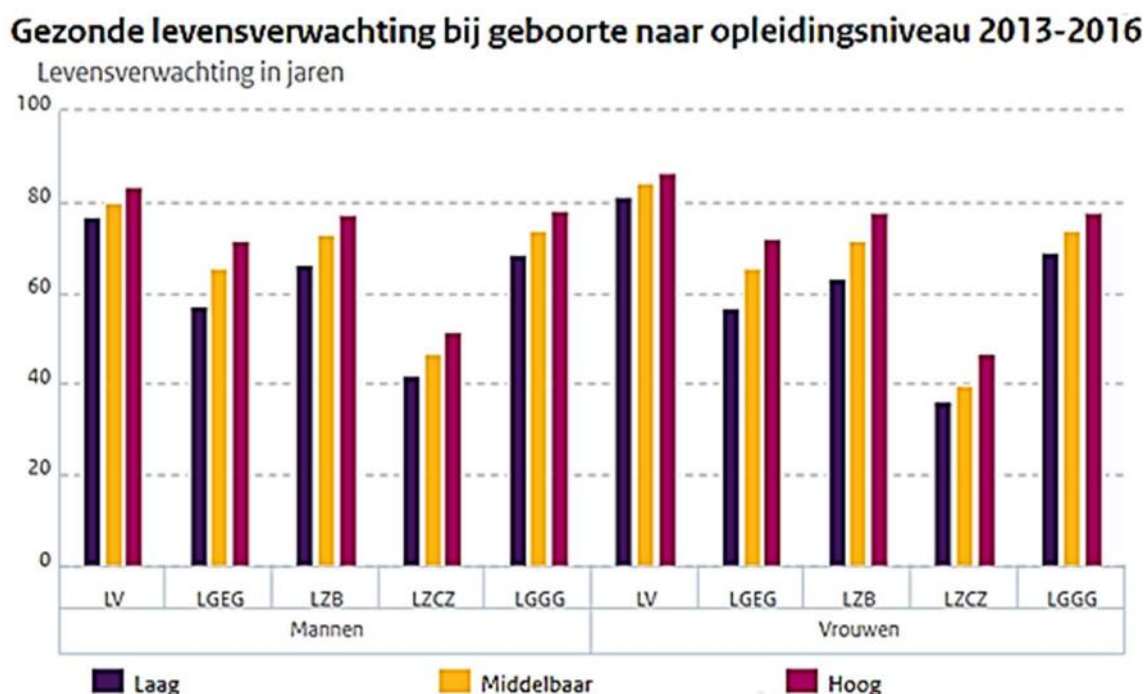


Bron: volksgezondheidszorg.info, RIVM (2017)

Bij de vervolgrapportage kunnen de cijfers met betrekking tot de gezonde levensverwachting meegenomen worden voor het jaar 2016. Hiermee kan vergeleken worden hoe de GGD-regio's Noord en Zuid-Limburg zich ontwikkelen ten opzichte van het Nederlands gemiddelde en de andere GGD-regio's.

Voor 2016 heeft het RIVM een analyse gemaakt met betrekking tot het opleidingsniveau en de (gezonde) levensverwachting van alle Nederlanders. In figuur 41 wordt het volgende weergegeven: de levensverwachting (LV), levensverwachting in goede ervaren gezondheid (LGEG), de levensverwachting zonder beperkingen (LZB), de levensverwachting zonder chronische ziekten (LZCZ) en de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid (LGEGG).

Figuur 41



Bron: volksgezondheidszorg.info, CBS statline (2017)

Het RIVM licht vervolgens toe:

“Hoogopgeleide mannen leven 6,5 jaar langer en ze leven 14,2 jaren meer in goede ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleide mannen. [...] hoogopgeleide vrouwen leven 5,4 jaar langer dan laagopgeleide vrouwen en ze leven 15,5 jaren meer in goede ervaren gezondheid in vergelijking met laagopgeleide vrouwen. [...] Voor de levensverwachting zonder beperkingen is het verschil tussen laag- en hoogopgeleiden voor mannen 11,1 jaar en voor vrouwen 14,3. Voor de levensverwachting zonder chronische ziekten is het verschil voor mannen 9,7 jaar en voor vrouwen 10,5 jaar. Voor

de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid is het ses²¹-verschil 9,6 jaar (mannen) en 8,8 jaar (vrouwen). [...] De verschillen in gezonde levensverwachting bestaan niet alleen tussen de hoogste en de laagste opleidingscategorie. Er is een gradueel verband te zien. Naarmate het onderwijsniveau hoger is, is de gezonde levensverwachting hoger. Hoogopgeleiden leven gemiddeld langer en ze leven langer in een betere gezondheidstoestand en korter in een slechtere gezondheidstoestand.” (RIVM, volksgezondheidszorg.info, 2017)

3.2 Ervaren gezondheid

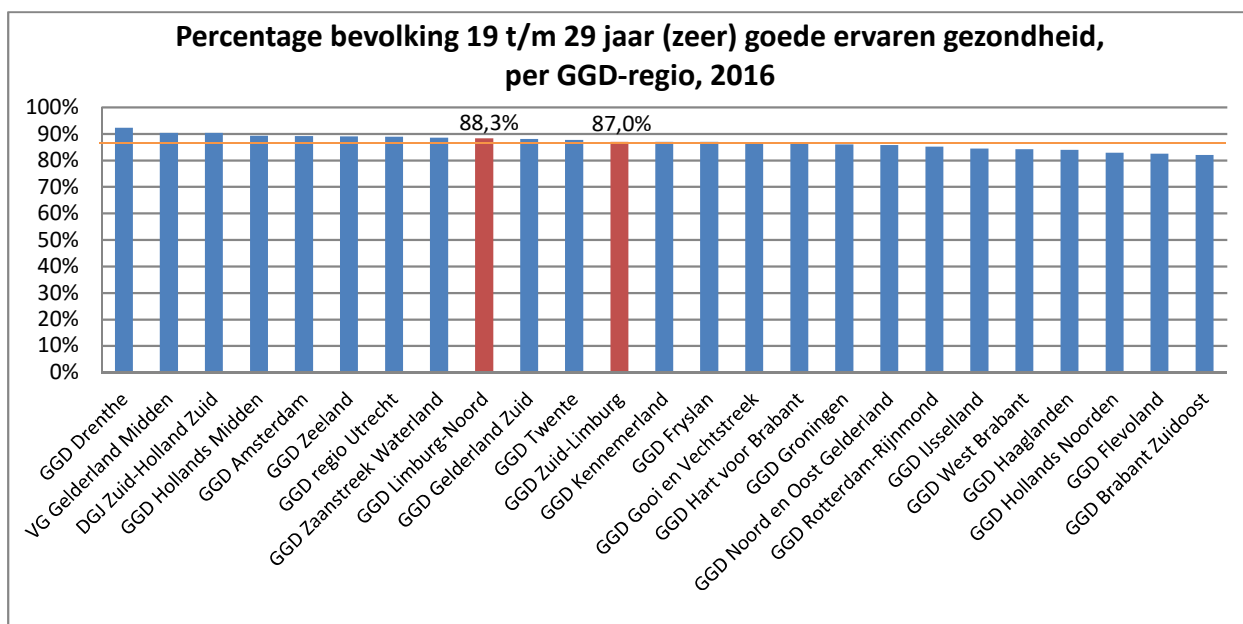
De data van de GGD gezondheidsmonitor wordt voor een aantal thema's in deze nulmeting gebruikt: ervaren gezondheid, risico op angststoornis of depressie, leefstijl (BMI, bewegen, roken en alcohol), vrijwilligerswerk, eenzaamheid, zelfregie en een aantal aanvullend indicatoren voor de Limburgse bevolking. Landelijk hebben 457.153 respondenten de vragenlijst Volwassenen en Ouderen 2016 ingevuld (respons 41%). Met 61.299 respondenten uit Limburg (respons 42%), waarvan 22.969 respondenten uit de GGD-regio Limburg-Noord (respons 44%) en 38.330 respondenten uit de GGD-regio Zuid-Limburg (respons 41%).

Respondenten van de GGD Gezondheidsmonitor worden onder andere bevraagd over hun algemene gezondheidstoestand. Dit wordt ook wel de zelf gerapporteerde, of ervaren gezondheid genoemd. De antwoordmogelijkheden voor deze vraag zijn 'zeer goed', 'goed', 'gaat wel', 'slecht' of 'zeer slecht'. In de figuren 42-44 wordt gekeken naar het percentage respondenten dat antwoordde met 'zeer goed' of 'goed' in 2016 voor de drie leeftijdsgroepen: 19 tot en met 29 jaar, 30 tot en met 64 jaar, en 65 jaar en ouder. Het Nederlandse percentage wordt vergeleken met het percentage van alle GGD-regio's, de rode balkjes staan voor de GGD-regio's Limburg-Noord en Zuid-Limburg.

In 2016 zegt 86,8% van de Nederlandse bevolking 19 tot en met 29 jarigen een goede of zeer goede gezondheid te hebben. Dit percentage is iets hoger voor de beide Limburgse regio's in 2016, zie figuur 42.

²¹ Ses: sociaal-economische status

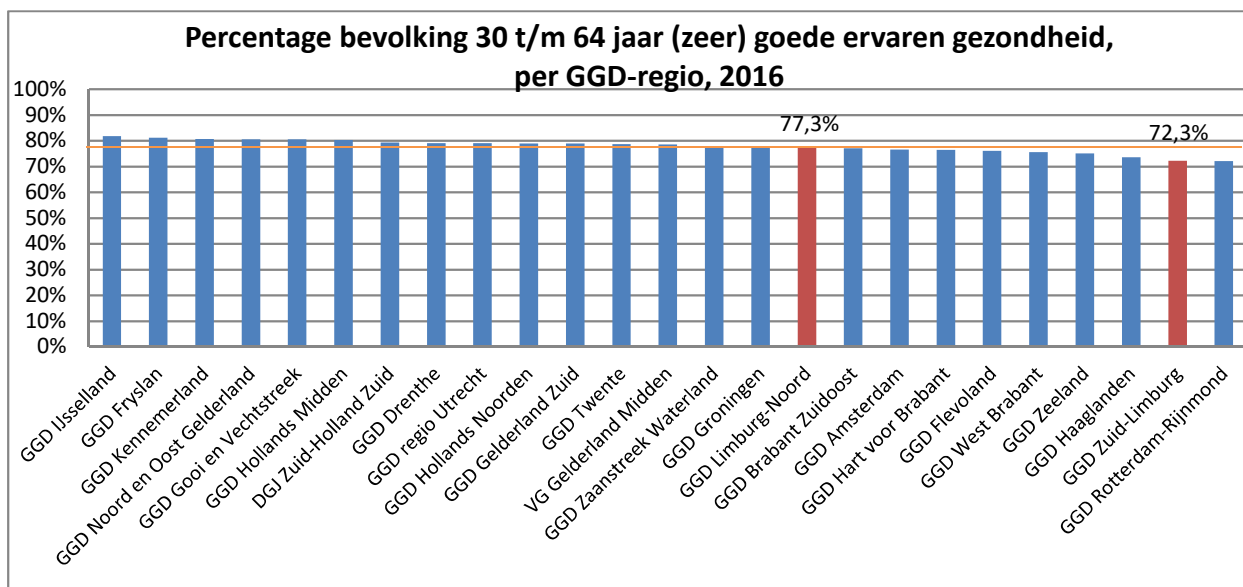
Figuur 42



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

In 2016 is het percentage 30 tot 65 jarigen met een (zeer) goede ervaren gezondheid 77,4% in Nederland. Dit is vergelijkbaar in de GGD-regio Limburg-Noord en lager in de GGD-regio Zuid-Limburg, het op één na laagste percentage van alle regio's, zie figuur 43.

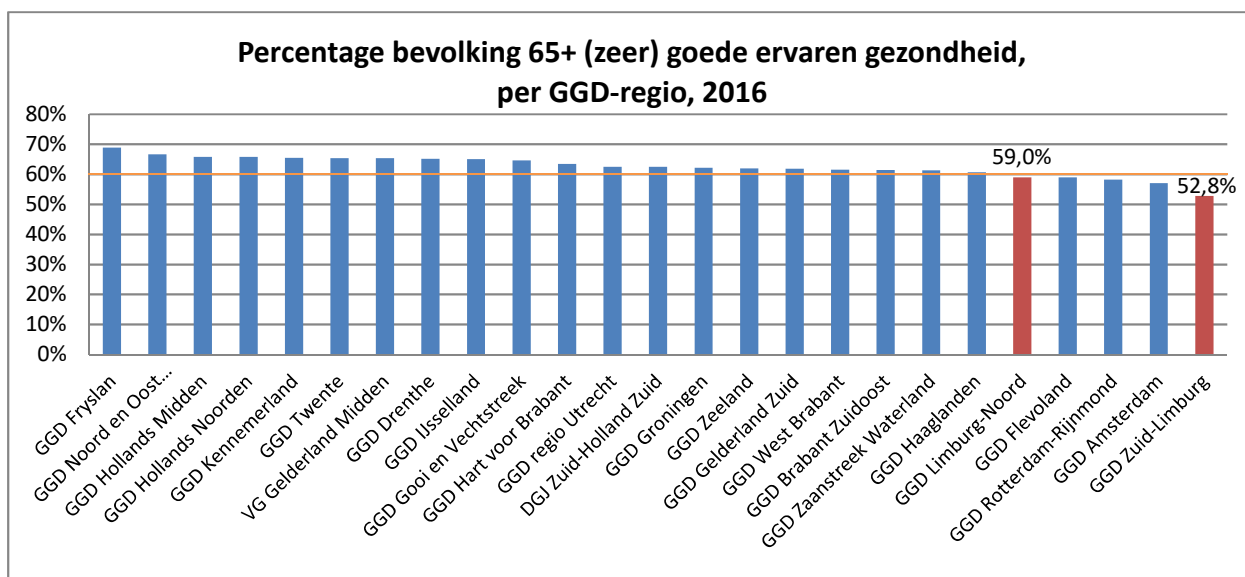
Figuur 43



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

Voor Nederland is het percentage 65-plussers met een (zeer) goede ervaren gezondheid 62,4% in 2016 en in 2012 is dit 60,6%. In 2016 liggen de Limburgse percentages onder het landelijk gemiddelde, met de allerlaagste score voor de GGD-regio Zuid-Limburg, zie figuur 44.

Figuur 44

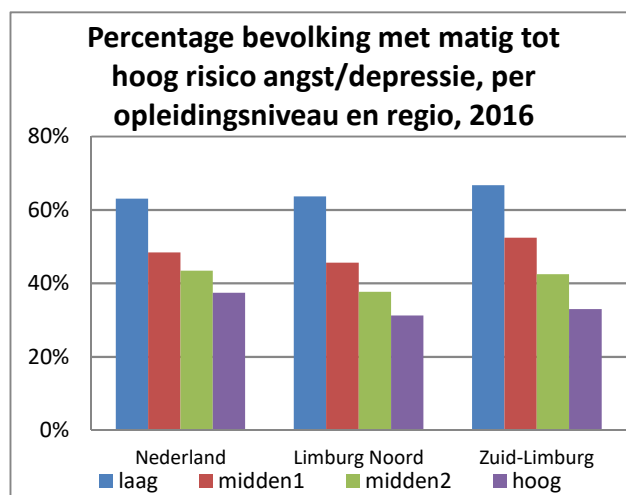
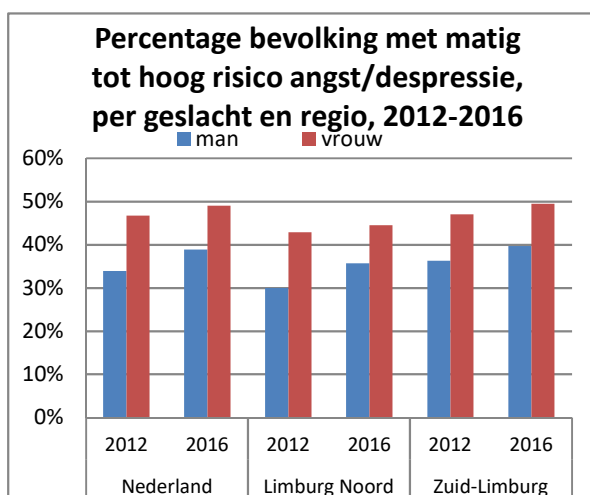


Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

Risico op angststoornis of depressie

Door middel van een specifieke vragenset in de Gezondheidsmonitor kan de GGD berekenen in hoeverre mensen risico lopen op een angststoornis of depressie. De percentages namen in 2016 toe ten opzichte van 2012, zowel voor het Nederlands gemiddelde als voor de beide Limburgse regio's. Risico op een angststoornis of depressie komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, zie figuur 45. Verder blijkt uit figuur 46 dat hoe hoger het opleidingsniveau²² is, hoe lager het risico op een angststoornis of depressie.

Figuur 45 en 46

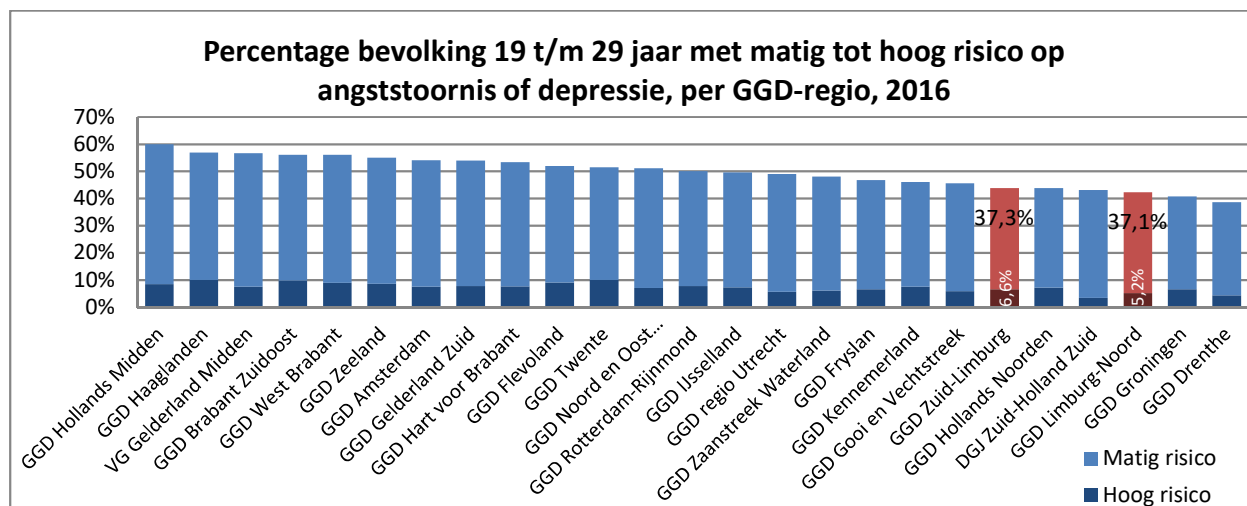


Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 en 2016

²² In deze onderverdeling staat laag voor Lager Onderwijs (LO), midden1 voor MAVO of LBO, midden2 voor HAVO, VWO of MBO, en hoog voor HBO of WO.

In figuren 47, 48 en 49 staan per leeftijdscategorie de percentages opgesomd voor mensen met een matig tot hoog risico op een angststoornis of depressie per GGD-regio voor het jaar 2016. Het landelijke gemiddelde voor matig risico is 43,2% en voor hoog risico 7,5% in 2016. Voor de 19 t/m 29 jarigen scoren de Limburgse regio's positiever dan het landelijk gemiddelde, zie figuur 47.

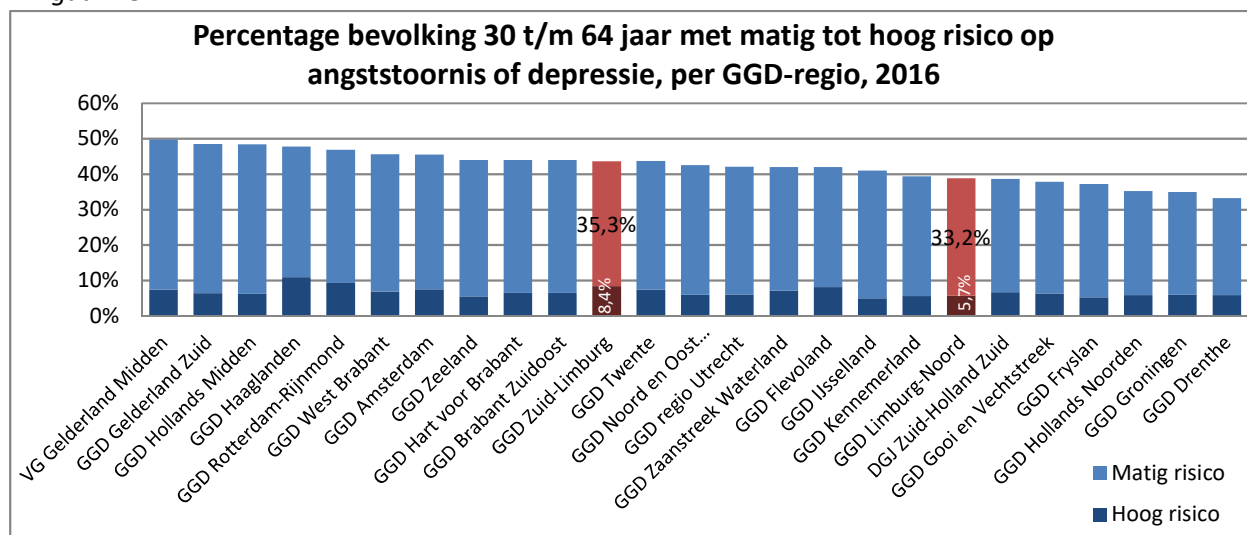
Figuur 47



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

Voor de groep 30 t/m 64 jarigen scoren de Limburgse regio's gemiddeld tot positief vergeleken met het landelijke gemiddelde (36,1% voor matig risico en 6,9% voor hoog risico), zie figuur 48.

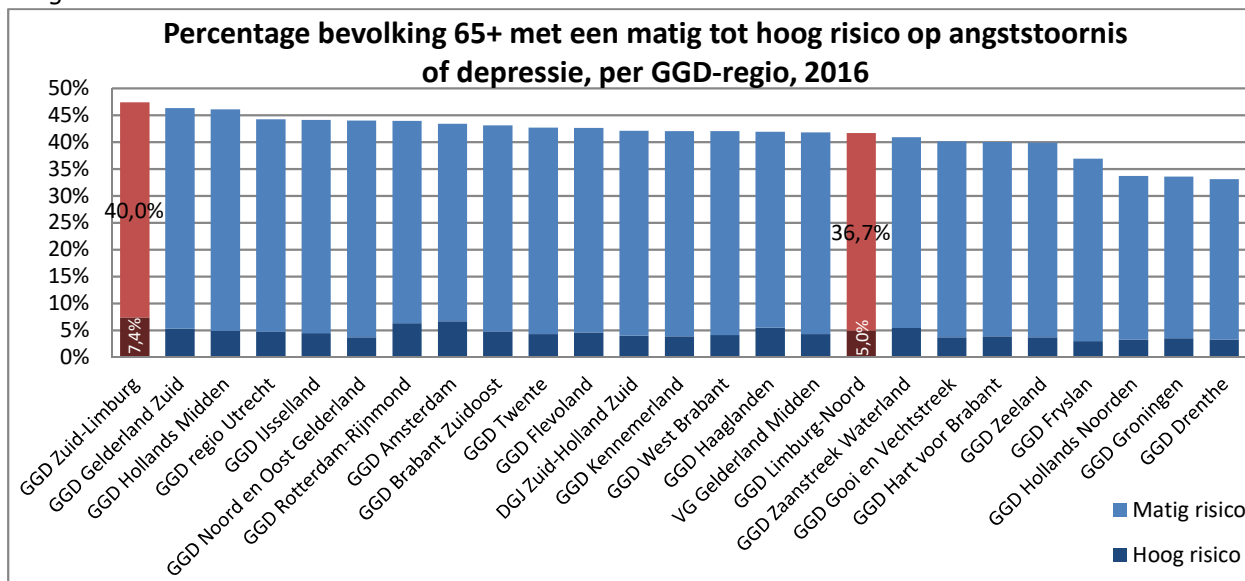
Figuur 48



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

In 2016 was het landelijk gemiddelde voor de groep 65-jarigen 37,7% voor matig risico en 7,1% voor hoog risico. De cijfers voor Limburg-Noord liggen onder het landelijke gemiddelde en Zuid-Limburg scoort voor deze leeftijdsgroep het slechtste van alle regio's, zie figuur 49.

Figuur 49



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

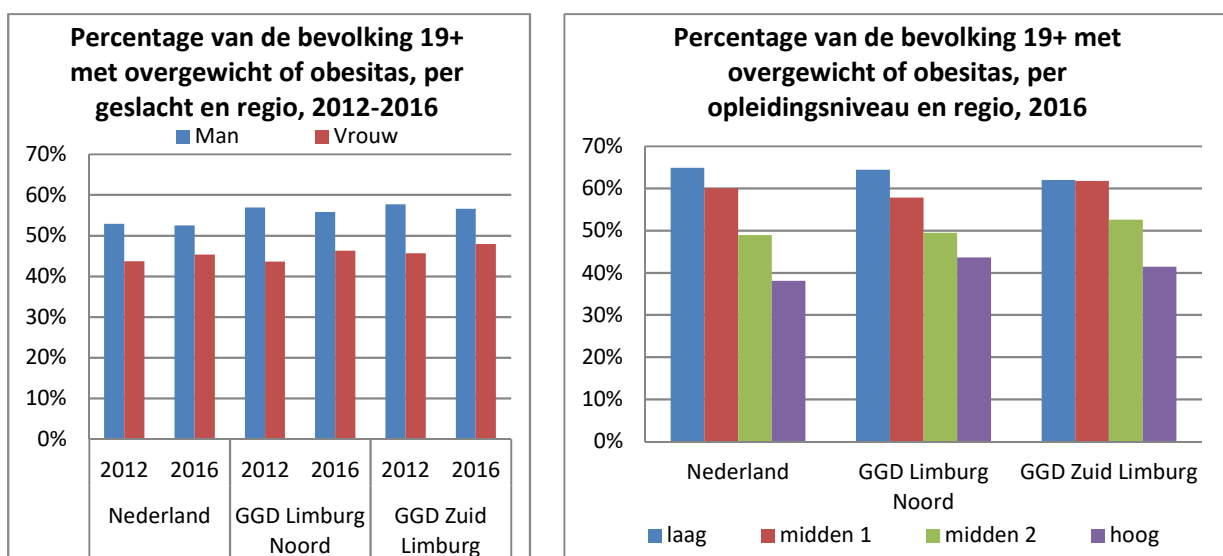
3.3 Leefstijl

De grafieken voor de verschillende leefstijlfactoren per GGD-regio en leeftijdscategorie staan weergegeven in bijlage 4 (pagina 89-94).

BMI

De Body Mass Index (BMI) is een index voor het gewicht in verhouding tot lichaamslengte. De BMI geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. Bij een BMI tussen de 25 en 30 kg/m² spreekt men van overgewicht, bij een BMI van meer dan 30 kg/m² van obesitas. Voor het leesgemak staan in de onderstaande twee grafieken de percentages van overgewicht en obesitas gecombineerd in één staaf (BMI hoger dan 25 kg/m²). Over het algemeen is het percentage mensen met overgewicht of obesitas gestegen van 2012 naar 2016, zowel voor Nederland als voor de beide Limburgse regio's. Bij mannen kwam een BMI hoger dan 25 vaker voor dan bij vrouwen, zie figuur 50. Daarnaast blijkt dat hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager het percentage mensen met overgewicht of obesitas, zie figuur 51. Deze grafieken gaan over de gehele Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder.

Figuur 50 en 51



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 en 2016

In 2016 hadden gemiddeld 20,3% van de Nederlanders tussen de 19 en 29 jaar te maken met overgewicht en 6,4% met obesitas. De Limburgse GGD regio's hadden vergelijkbare percentages. Voor de bevolkingsgroep van 30 tot en 64 jaar had landelijk 36,6% overgewicht en 14,8% obesitas. De GGD-regio Limburg-Noord scoort iets beter en de GGD-regio Zuid-Limburg scoort slechter (en is daarmee de regio met de op één na slechtste score). In 2016 heeft 42,3% van de Nederlandse ouderen overgewicht en 17,0% obesitas. Voor de GGD-regio Limburg-Noord is dit hoger voor overgewicht en iets lager voor obesitas. Zuid-Limburg staat op de 4^e plaats als GGD-regio met de relatief meest ouderen met een hoog BMI.

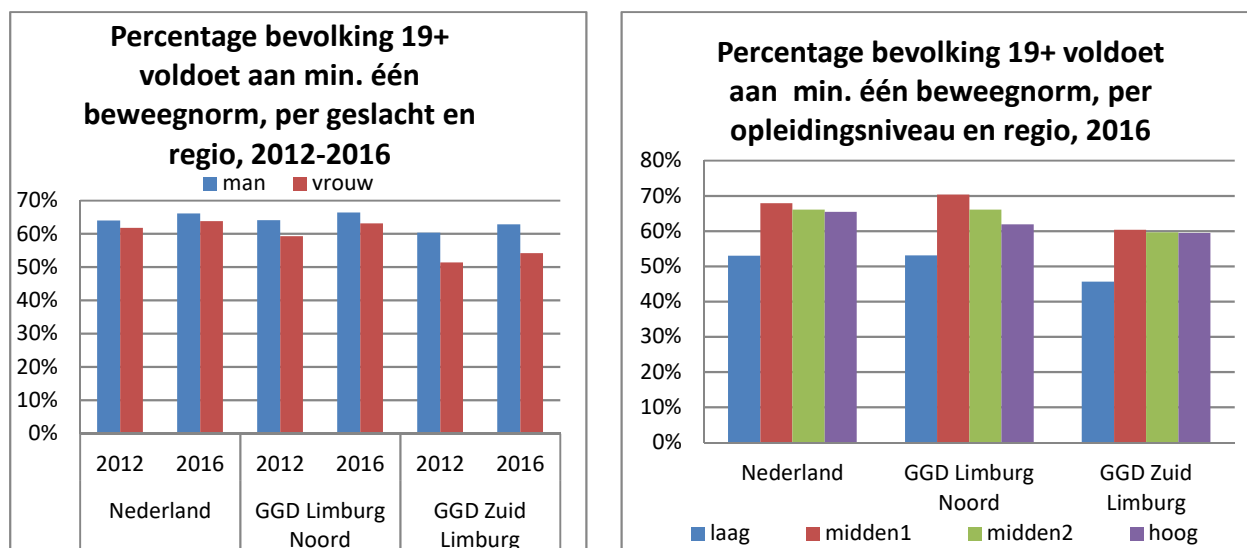
Bewegen

De GGD hanteert twee normen²³ om te bepalen of iemand voldoende beweegt, namelijk de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en de Fitnorm. In figuur 52 en 53 wordt gekeken naar het percentage van de bevolking dat minimaal aan één van deze twee normen voldoet. Dit percentage is gestegen van 2012 naar 2016 voor zowel Nederland als de twee Limburgse regio's. Over het algemeen voldoen meer mannen aan minimaal één beweegnorm dan vrouwen, zie figuur 52. Met betrekking tot opleidingsniveau blijkt dat middelopgeleiden (midden 1: MAVO en LBO, midden 2: HAVO, VWO, MBO) relatief vaker voldoen aan minimaal één beweegnorm dan hoger- en lager opgeleiden, zie figuur 53.

²³ De Nederlandse Norm Gezond Bewegen en de Fitnorm. Deze normen variëren voor de 3 leeftijdscategorieën: kinderen en jongeren (4 t/m 17 jaar), volwassenen (18 t/m 54 jaar) en ouderen (vanaf 55 jaar). NNGB voor kinderen en jongeren: dagelijks minimaal 1 uur tenminste matig intensief bewegen, waarbij minimaal 2 keer per week kracht-, lenigheid- en coördinatieoefeningen voor het verbeteren of handhaven van de lichamelijke fitheid. De NNGB voor volwassenen en ouderen: minimaal 5 dagen per week tenminste 30 minuten matig intensief bewegen. Voor ouderen geldt een lagere intensiteit van de activiteiten dan voor volwassenen. Fitnorm: tenminste drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit. Voor kinderen en jongeren geldt een hogere intensiteit dan voor volwassenen, voor volwassenen geldt een hogere intensiteit dan voor ouderen. (bron: volksgezondheidszorg.info)

Voor hoger opgeleiden kan dit onder andere te maken hebben met de aard van het werk (vaker zittend en/of kantoorwerk). De percentages in figuur 52 en 53 zijn niet gecorrigeerd voor leeftijd. De beweegnormen worden aangepast voor volwassenen vanaf 55 jaar. In bijlage 4 (pagina 92) wordt daarom voor beweegnormen de volgende leeftijdsindeling gehanteerd: 19 t/m 29 jaar, 30 t/m 54 jaar en 55-plussers.

Figuur 52 en 53



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 en 2016

In 2016 voldoen in Nederland 61,8% van de 19 t/m 29 jarigen aan minimaal één beweegnorm. De Limburgse regio's scoren beide lager. De GGD-regio Zuid-Limburg heeft de op één na slechtste score. Voor de groep 30 t/m 54 jarigen pakken de Limburgse cijfers nog slechter uit. De GGD-regio Limburg-Noord zit op twee na laagste score, de GGD-regio Zuid-Limburg heeft de laagste score van alle GGD-regio's. Voor de oudste bevolkingsgroep ziet het plaatje 55-plussers dat voldoet aan minimaal 1 beweegnorm er positief uit voor de GGD-regio Limburg-Noord, met een 5^e plaats t.o.v. de beste. De GGD-regio Zuid-Limburg scoort als slechtste van alle GGD-regio's.

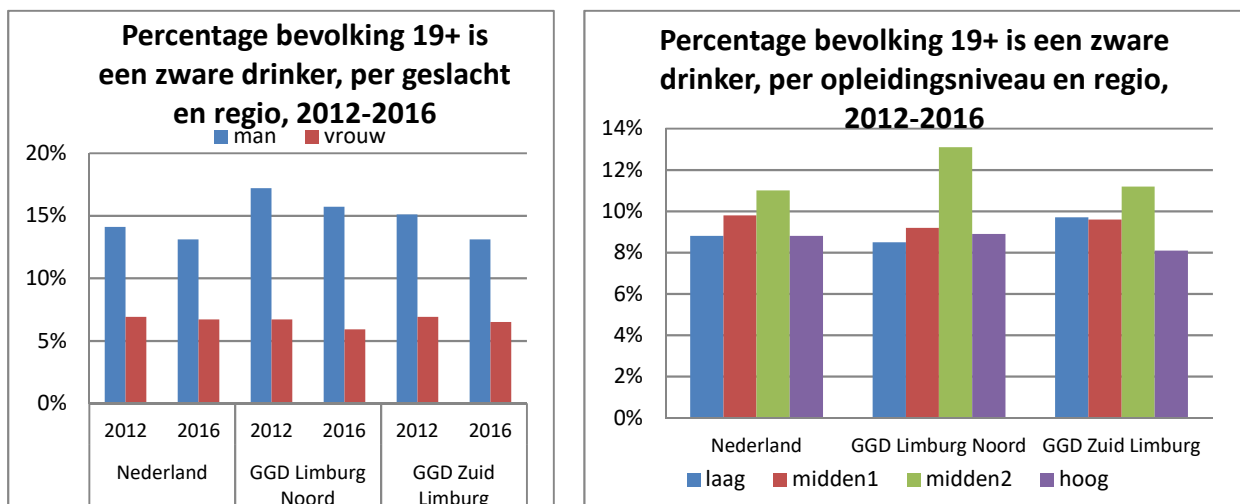
Alcohol

Het percentage van de Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder dat een zware drinker²⁴ is, wordt in figuur 54 en 55 vergeleken. Landelijk daalt het percentage zware drinkers tussen 2012 en 2016, ook voor de beide Limburgse regio's. Ondanks de zwaardere norm voor mannen komen zware drinkers relatief vaker voor onder mannen, zie figuur 54. Verder blijkt dat zware drinkers relatief het meeste

²⁴ Onder zware drinkers wordt verstaan: personen die minstens 1 keer per week tenminste vier (voor vrouwen) en zes (voor mannen) glazen alcohol op één dag drinken (RIVM).

voorkomen bij midden opgeleiden (midden 1: MAVO, LBO en midden 2: HAVO, VWO, MBO diploma), zie figuur 55.

Figuur 54 en 55



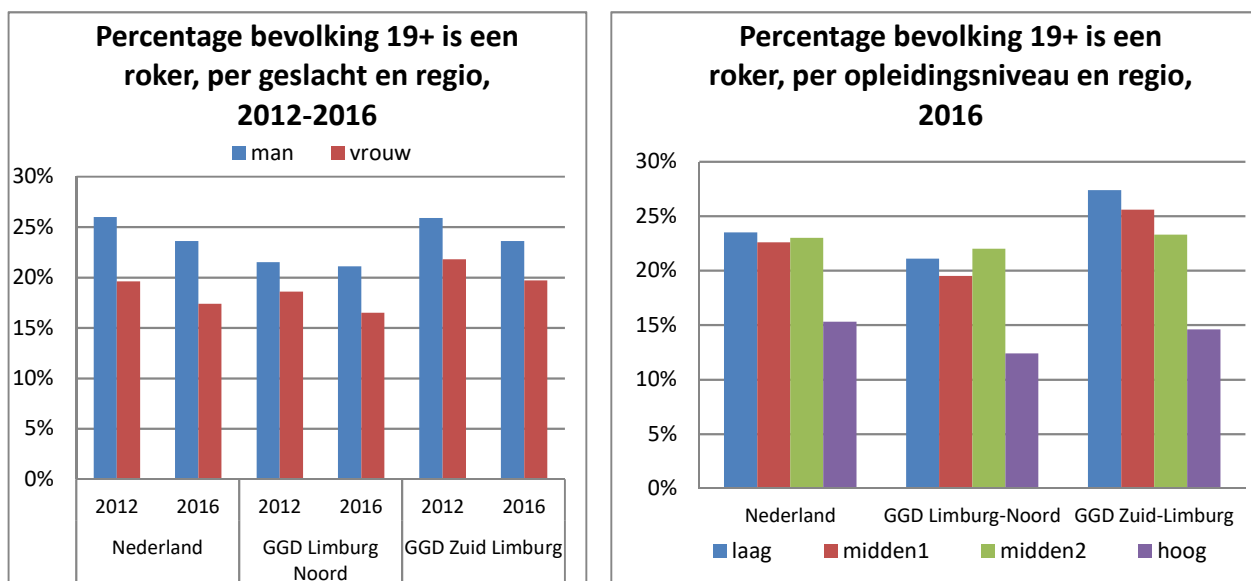
Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 en 2016

De GGD-regio Limburg-Noord scoort hoger met het percentage zware drinkers tussen de 19 en 29 jaar (de op één na slechtste score) en de GGD-regio Zuid-Limburg scoort lager dan landelijk gemiddeld. Voor de bevolkingsgroep 30 t/m 64 jarigen ligt het percentage zware drinkers over het algemeen lager dan voor de groep 19 t/m 29 jarigen. De regionale verschillen zijn ook kleiner voor deze groep. Het percentage zware drinkers ligt nog lager voor de bevolkingsgroep van 65 jaar en ouder. Ook hier zijn de regionale verschillen klein, de GGD-regio Limburg-Noord scoort vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde de GGD-regio Zuid-Limburg iets slechter.

Roken

Voor zowel Nederland als de Limburgse regio's is het percentage rokers gedaald tussen 2012 en 2016. Bij mannen komen meer rokers voor dan bij vrouwen, zie figuur 56. Rokers komen relatief het meest voor bij lager opgeleiden en het minst bij hoger opgeleiden. Dit graduele patroon is het meest duidelijk te zien bij de GGD-regio Zuid-Limburg, zie figuur 57. Figuur 56 en 57 hebben betrekking op de gehele bevolking van 19 jaar en ouder, zonder leeftijdscorrectie.

Figuur 56 en 57



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 en 2016

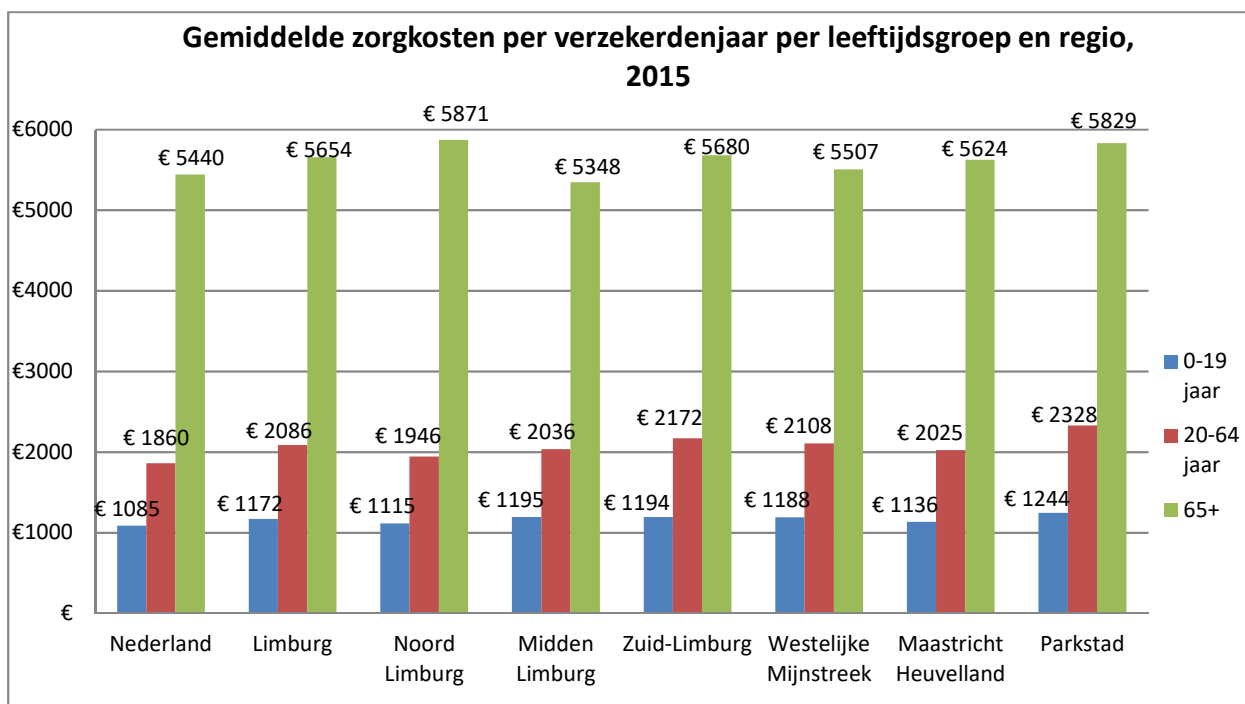
Er roken relatief iets minder 19 t/m 29 jarigen in de Limburgse regio's in vergelijking met het Nederlands gemiddelde. Voor de groep 30 t/m 64 jarigen waren er relatief iets minder rokers in de GGD-regio Limburg-Noord en meer rokers in de GGD-regio Zuid-Limburg. De regionale verschillen worden wat kleiner voor de groep 65-plussers aangezien roken over het algemeen minder vaak voorkomt in deze leeftijdsgroep. Dit was iets lager in de GGD-regio Limburg-Noord en iets hoger in de GGD-regio Zuid-Limburg.

3.4 Zorgkosten (verzoek VieCuri)

Vektis verzamelt en analyseert gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Er wordt voor deze nulmeting gekeken naar de gemiddelde Nederlandse en Limburgse zorgkosten per verzekerdenjaar²⁵ voor de leeftijdscategorieën 0-19 jaar, 20-64 jaar en 65 jaar en ouder. Het meeste recente bestand van Vektis is 2015, hierin worden zorgkosten geanalyseerd die onder de basisverzekering zijn gedeclareerd. De zorgkosten zijn aangeleverd door alle zorgverzekeraars. De provincie Limburg wordt opgesplitst in Noord-, Midden-, en Zuid-Limburg. Zuid-Limburg wordt vervolgens opgesplitst in de subregio's Westelijke Mijnstreek, Maastricht-Heuvelland en Parkstad. De gemiddelde zorgkosten per verzekerdenjaar voor de leeftijdsgroepen en regio's worden voor 2015 weergegeven in figuur 58.

²⁵ Verzekerdenjaar betreft een wegingsfactor naar de inschrijfduur van een (groep) verzekerde(n) in het betreffende jaar. Het gebruik van deze factor maakt het mogelijk zorgkosten in verschillende regio's en demografische groepen te vergelijken ongeacht het aantal nieuwe geboren, overleden of verhuisde verzekerden.

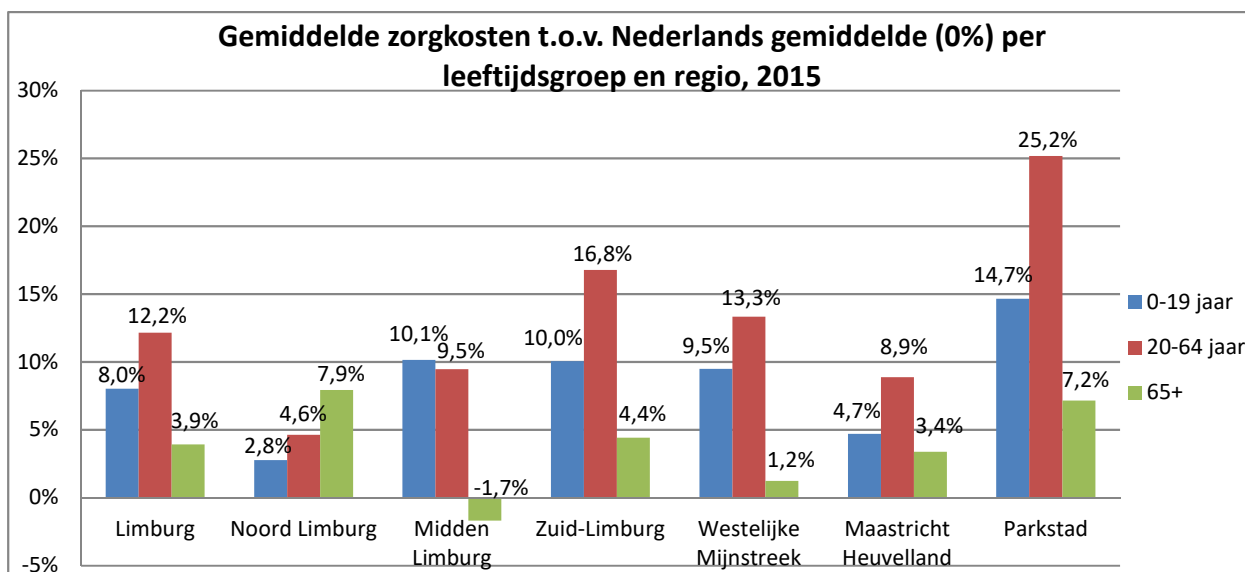
Figuur 58



Bron: Vektis 2015

Vanwege de hoge bedragen is de schaalverdeling in figuur 58 erg groot, hierdoor kunnen relatieve verschillen wegvallen. Daarom staan in figuur 59 ook de verschillen in percentages uitgedrukt. Hierin is het Nederlandse gemiddelde gelijk aan 0%.

Figuur 59



Bron: Vektis 2015

De gemiddelde zorgkosten voor 0-19 jarigen zijn in Limburg €87,- (+8,0%) hoger dan landelijk gemiddeld. Dit is €226,- (+12,2%) voor 20-64 jarigen en €214,- (+3,9%) voor 65 plussers in 2015. Binnen de provincie Limburg ontstaan echter verschillen. Voor 0-19 jarigen zijn de zorgkosten het hoogst in Parkstad, €159,- en 14,7% hoger dan landelijk. Voor 20-64 jarigen zijn de zorgkosten ook het hoogst in Parkstad, maar liefst €468,- en daarmee 25,5% hoger dan landelijk. De gemiddelde zorgkosten voor 65 plussers zijn het hoogst in Noord-Limburg met €431,- en 7,9% hoger dan landelijk gemiddeld. De enige regio en groep waar de gemiddelde zorgkosten in Limburg lager uitvallen dan gemiddeld is voor 65 plussers is Midden-Limburg, gemiddeld €92,- lager (-1,7%). De gemiddelde zorgkosten op gemeentelijk niveau staan daarnaast per Limburgse regio weergegeven in bijlage 5 (pagina 95-96).

Gekoppelde data CBS, Vektis, Gezondheidsmonitor

Data van CBS, Vektis en de Gezondheidsmonitor zijn op individueel niveau aan elkaar gekoppeld. Dit maakt het mogelijk om diverse sociale- en leefstijlfactoren direct met zorgkosten in verband te brengen. De volgende factoren zijn in de analyse meegenomen: geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen van het huishouden, arbeidspositie, herkomst, het hebben van een chronische ziekte, BMI, alcoholgebruik, roken, bewegen, eenzaamheid, moeite hebben met rondkomen van het inkomen, huishoud-samenstelling en burgerlijke staat. Het totale model (met alle factoren) is als uitgangspunt meegenomen. Op die manier kan gekeken worden wat het effect is van een bepaalde factor op totale zorgkosten als er gecorrigeerd wordt voor de effecten van andere factoren. Er is onderzocht hoe de totale zorgkosten in de drie Limburgse regio's zich verhouden tot de totale zorgkosten in de rest van Nederland. De zorgkosten in de drie regio's worden vergelijkbaar met het gemiddelde van de rest van Nederland in het gehanteerde totale model. De verschillen in zorgkosten tussen de Limburgse regio's en de rest van Nederland kunnen dus grotendeels verklaard worden door de eerder genoemde factoren.

De factoren die het meeste effect hebben op totale zorgkosten zijn: hoge leeftijd (80 jaar en ouder), laag opleidingsniveau (enkel basisonderwijs), het hebben van een uitkering (WW-, bijstand- of arbeidsongeschiktheidsuitkering), het hebben van een chronische ziekte en onvoldoende bewegen. Deze factoren hebben logischerwijs allemaal een groot effect op zorgkosten, echter binnen de Limburgse regio's verschillen de mate van effecten wel van elkaar. Zo wegen hoge leeftijd en het hebben van een chronische ziekte zwaarder mee in Noord- en Zuid-Limburg dan in Nederland en in Midden-Limburg. Het hebben van een uitkering weegt zwaarder mee in Noord- en Midden-Limburg dan in Nederland en Zuid-Limburg. Het lage opleidingsniveau weegt het zwaarst mee in Noord-Limburg en het hebben van een laag inkomen weegt vooral mee in Midden-Limburg.

4. Opvoeding / Jeugd

Limburgse jongeren ervaren hun eigen gezondheid iets beter en roken minder, ze nuttiger echter wel al eerder alcohol en zijn relatief vaak al eens aangeschoten of dronken geweest dan landelijk gemiddeld. Zuid-Limburgse jongeren hebben daarnaast ook vaker drugs gebruikt dan landelijk gemiddeld. Voor wat betreft het gezin waarin kinderen opgroeien, stijgt landelijk en in Limburg, het percentage 0-17 jarigen dat opgroeit in een uitkeringsgezin en eenoudergezin. In beide gevallen scoort Limburg op 4 provincies na het hoogste percentage. Daarnaast kent Limburg de relatief grootste groep 0-17 jarigen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, en de op één na relatief grootste groep die beroep doet op de jeugdhulp. Bij de aanvullende Limburgse indicatoren gaf één op de drie Limburgse ouders aan in het afgelopen jaar wel eens zorgen te hebben gehad over de opvoeding van hun kind(eren) en behoefte te hebben aan advies. Ongeveer één op de vijf Limburgse ouders gaf aan momenteel behoefte te hebben aan hulp over opvoeding, het overgrote deel (ca. 80%) ontving deze hulp ook. Regionale verschillen met betrekking tot opvoedingssteun zijn zeer klein binnen Limburg.

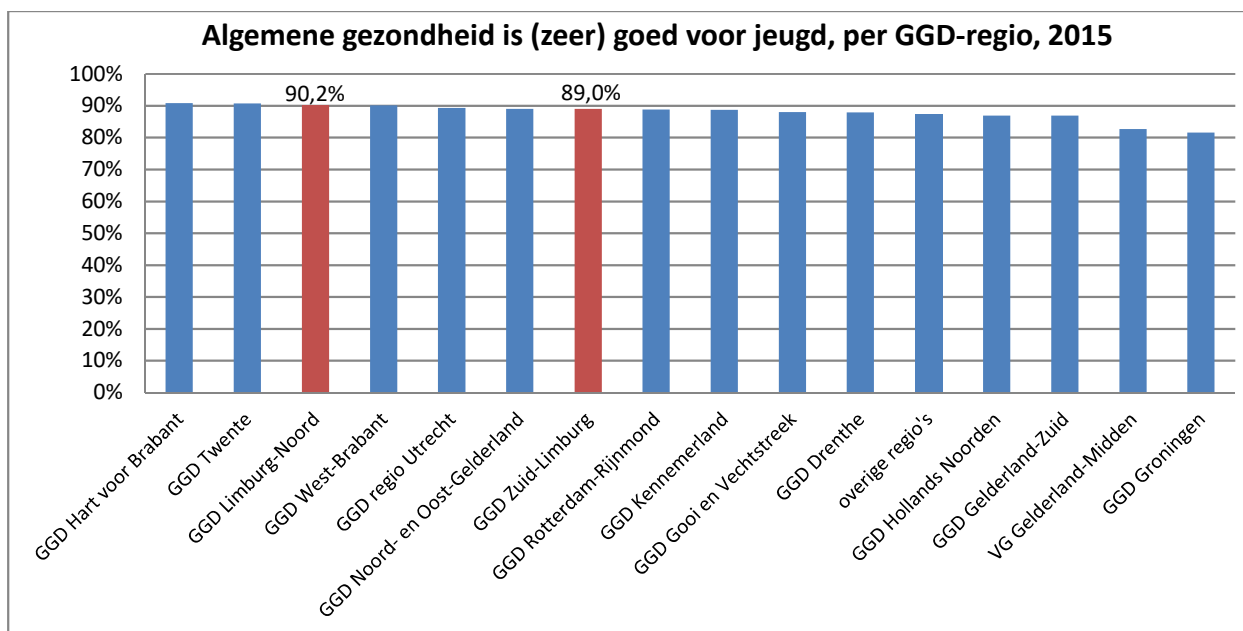
Deze evaluatie maakt voor het onderdeel Jeugd gebruik van data van de GGD Jeugdgezondheidsmonitor, Jeugdgezondheidszorg data (JGZ) en de rapportages van Kinderen in Tel. De GGD Jeugdgezondheidsmonitor verschijnt landelijk om de vier jaar. De meest recente Jeugdgezondheidsmonitor dateert van 2015. Jongeren in het tweede en vierde jaar van het voortgezet onderwijs krijgen een vragenlijst van de GGD. In de vragenlijsten worden vragen gesteld over onder andere hun ervaren gezondheid, omgang met anderen en leefstijl. Vanwege de kleine steekproeven zijn een aantal GGD-regio's voor de Jeugdgezondheidsmonitor gecombineerd tot de categorie "overige regio's"²⁶. Het samenwerkingsinitiatief Kinderen in Tel meet sinds 2006 ontwikkelingen en verschillen in de leefsituatie van Nederlandse kinderen en jongeren. Kinderen in Tel monitort cijfers met betrekking tot verschillende thema's zoals gezin en leefomstandigheden, gezondheid, risicojeugd, jeugdhulp en -bescherming, onderwijs, vrije tijd en participatie.

4.1 Welzijn

Jongeren beantwoorden in de Jeugdgezondheidsmonitor de vraag hoe zij hun gezondheid ervaren. De verschillen in het percentage jongeren dat de gezondheid als (zeer) goed ervaart zijn klein, de Limburgse regio's score beide iets hoger dan het landelijk gemiddelde (88,0%), zie figuur 60.

²⁶ De overige regio's voor de Jeugdgezondheidsmonitor bestaan uit de GGD-regio Amsterdam, Flevoland, Haaglanden, Friesland, IJsselland, Brabant Zuidoost, Zuid-Holland Zuid, Hollands-Midden en Zaanstreek-Waterland.

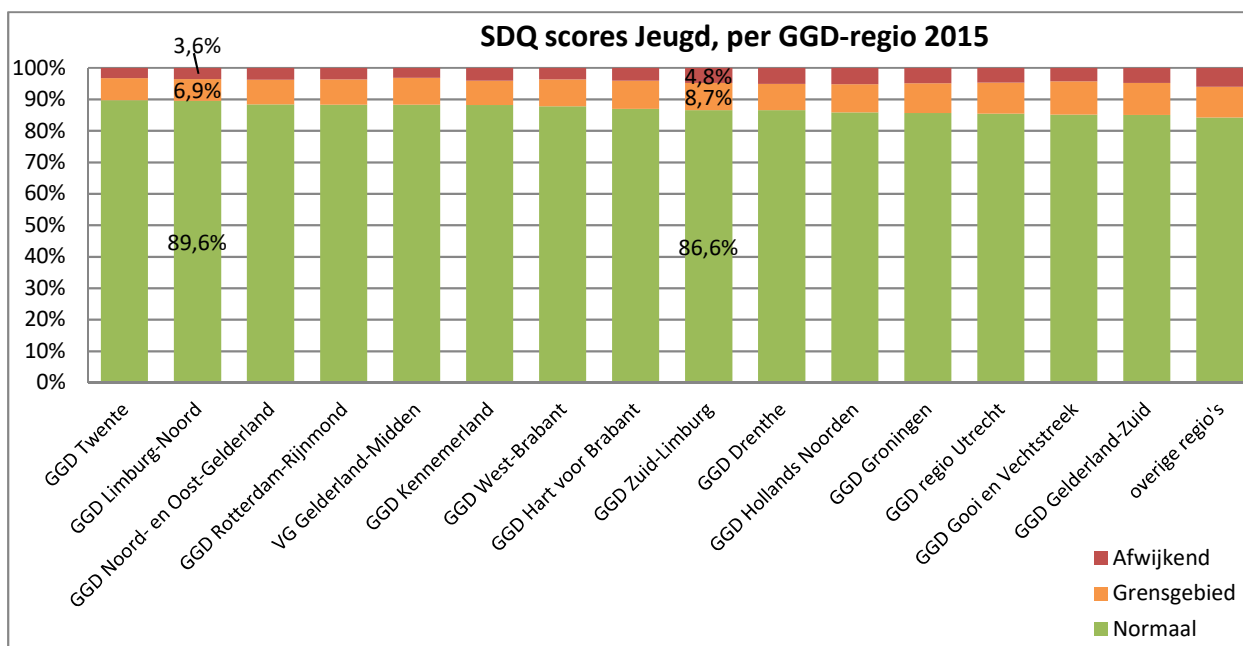
Figuur 60



Bron: GGD Jeugdgezondheidsmonitor (2015)

Naast gegevens over ervaren gezondheid zijn er ook gegevens beschikbaar in hoeverre jongeren sociaal-emotionele problemen ervaren. Hiervoor wordt de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) toegepast. Figuur 61 geeft het percentage weer van jongeren die een SDQ score hebben behaald in de categorie 'normaal', 'grensgebied' of 'afwijkend' op het ervaren van psychosociale problemen. De GGD berekent deze scores op basis van een specifieke vragenset die bestaat uit vragen over emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten. De verschillen tussen de GGD-regio's zijn klein. De uitkomsten zijn positiever voor de GGD-regio Limburg-Noord, de GGD regio Zuid-Limburg scoort vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde (86,1% normale score; 9,1% grensgebied en 4,9% afwijkende score), zie figuur 61.

Figuur 61

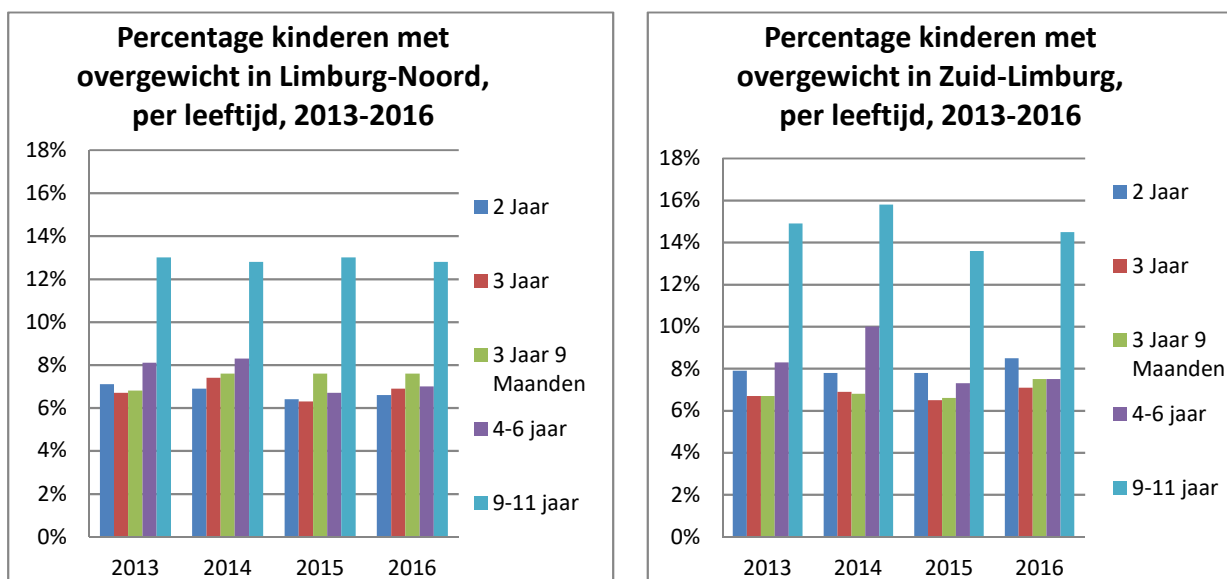


Bron: GGD Jeugdgezondheidsmonitor (2015)

Daarnaast worden ook een aantal vragen gesteld met betrekking tot de weerbaarheid van jongeren. Uit de totaalscore blijkt of de jongere voldoende weerbaar is of niet. Het percentage jongeren dat voldoende weerbaar is, is voor de GGD-regio Limburg-Noord vergelijkbaar met het Nederlands gemiddelde (92,8%). In de GGD-regio Zuid-Limburg zijn relatief iets minder jongeren voldoende weerbaar en de regio heeft daarmee de op één na laagste score van alle GGD-regio's, zie bijlage 4 (pagina 89).

Naast de gegevens uit de Jeugdmonitor 2015 zijn er voor Limburg ook enkele gegevens beschikbaar vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Voor de GGD-regio's Limburg-Noord en Zuid-Limburg kunnen cijfers vergeleken worden met betrekking tot overgewicht, obesitas en het risico op psychosociale problemen voor kinderen in de periode 2013-2016. GGD-en kennen een aantal vaste Periodieke Gezondheidsonderzoeken (PGO's). Deze vinden plaats bij kinderen van 2 jaar, 3 jaar, 3 jaar en 9 maanden, 4 tot 6 jaar (groep 2 basisschool), 9 tot 11 jaar (groep 7 basisschool) en 2e jaar middelbare school. Op basis van deze PGO-momenten worden de figuren 62 t/m 65 gepresenteerd.

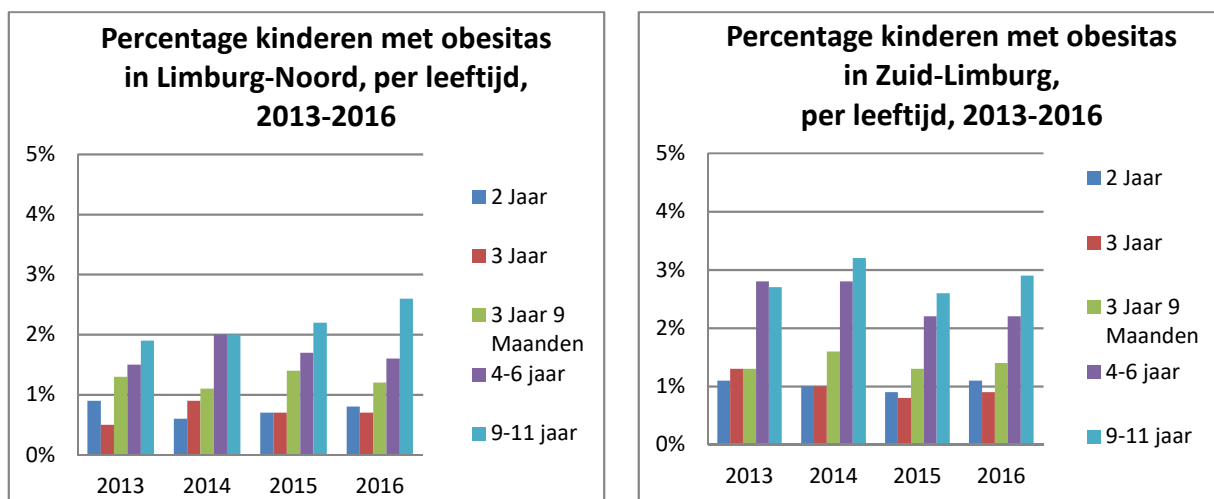
Figuur 62 en 63



Bron: Jeugdgezondheidszorg GGD Limburg-Noord en Zuid-Limburg (2013-2016)

Het percentage kinderen van 9 tot 11 jaar met overgewicht is in beide regio's een stuk hoger dan voor andere leeftijden, zie figuur 62 en 63. Dit is een algemeen fenomeen; voordat de groeispuurt inzet worden kinderen iets zwaarder voor hun lengte en leeftijd. Dit trekt grotendeels weer bij na de groeispuurt. Het percentage voor deze leeftijdsgroep en voor de 2-jarigen is iets hoger in de GGD-regio Zuid-Limburg vergeleken met de GGD-regio Limburg-Noord.

Figuur 64 en 65



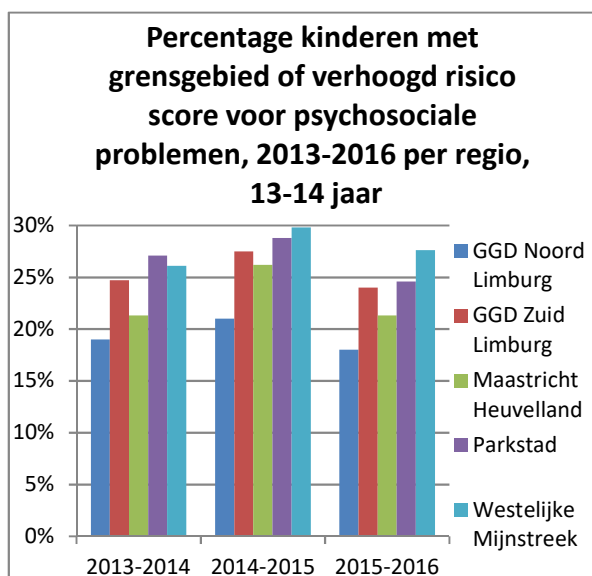
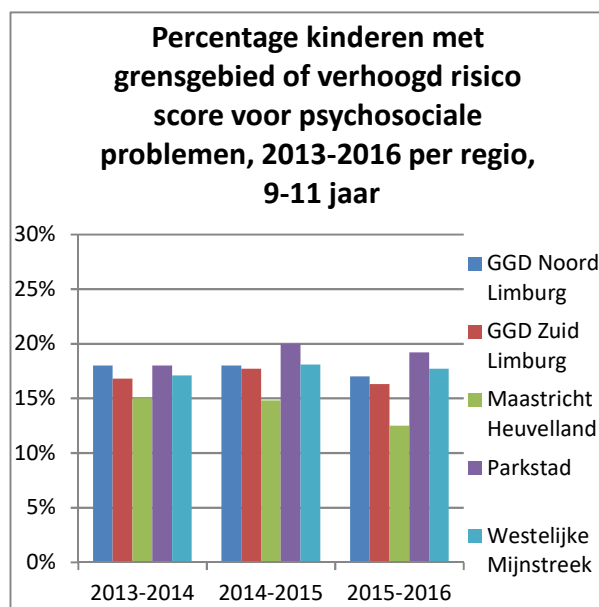
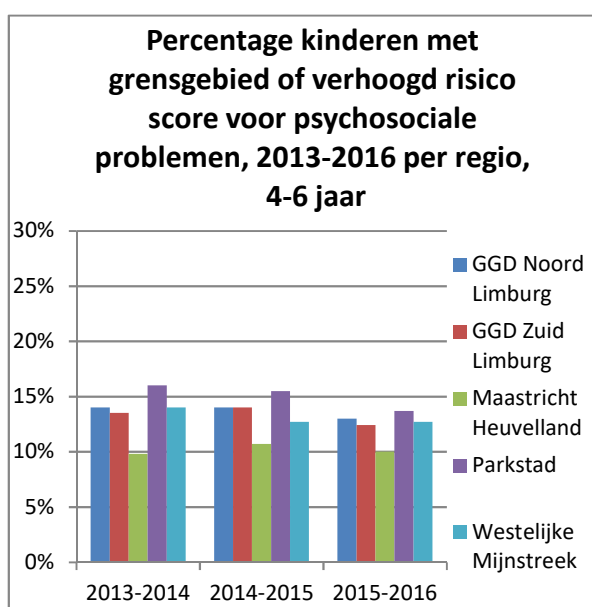
Bron: Jeugdgezondheidszorg GGD Limburg-Noord en Zuid-Limburg (2013-2016)

Het percentage kinderen met obesitas geeft een beter beeld over risico's op het hebben van overgewicht en obesitas op latere leeftijd. De percentages zijn vanzelfsprekend een stuk lager dan de

percentages in de vorige grafieken. Dit maakt ook de verschillen tussen regio's, jaren en leeftijdsgroepen erg klein, zie figuur 64 en 65.

Naast gegevens over obesitas en overgewicht zijn er voor Limburg ook gegevens beschikbaar in hoeverre kinderen risico lopen op het ervaren van sociaal-emotionele problemen door middel van de SDQ. In figuur 61 werden de landelijke anonieme SDQ gegevens uit de Jeugdgezondheidsmonitor weergegeven. Figuren 66, 67 en 68 hebben betrekking op de Jeugdgezondheidszorg data (JGZ) van Limburgse kinderen. De figuren geven het percentage weer van kinderen die een SDQ score hebben behaald in de categorie 'grensgebied' of 'verhoogd risico' op het ervaren van psychosociale problemen. Voor deze vergelijking wordt de GGD-regio Zuid-Limburg verder opgedeeld in de drie sub regio's Maastricht-Heuvelland, Parkstad en Westelijke Mijnstreek.

Figuur 66, 67 en 68



Het percentage ligt het hoogste voor 13-14 jarigen. Dit kan te maken hebben met de puberteit en met het feit dat alleen deze leeftijdsgroep de vragenlijst zelf invult. Voor de andere leeftijdsgroepen doen de ouders dat.

Voor de 4-6 jarigen en 9-11 jarigen scoren de beide regio's ongeveer hetzelfde. Binnen de GGD-regio Zuid-Limburg is het percentage wel wat lager voor Maastricht-Heuvelland en iets hoger voor Parkstad.

Bron: Jeugdgezondheidszorg GGD Limburg-Noord en Zuid-Limburg (2013-2016)

Bij de groep 13-14 jarigen worden de verschillen wat groter. Het percentage van de GGD-regio Limburg Noord is een stuk lager dan dat van de GGD-regio Zuid-Limburg. Maastricht-Heuvelland heeft wederom een lager percentage, de Westelijke Mijnstreek heeft in het schooljaar 2014-2015 en 2015-2016 het hoogste percentage.

Leefstijl jongeren

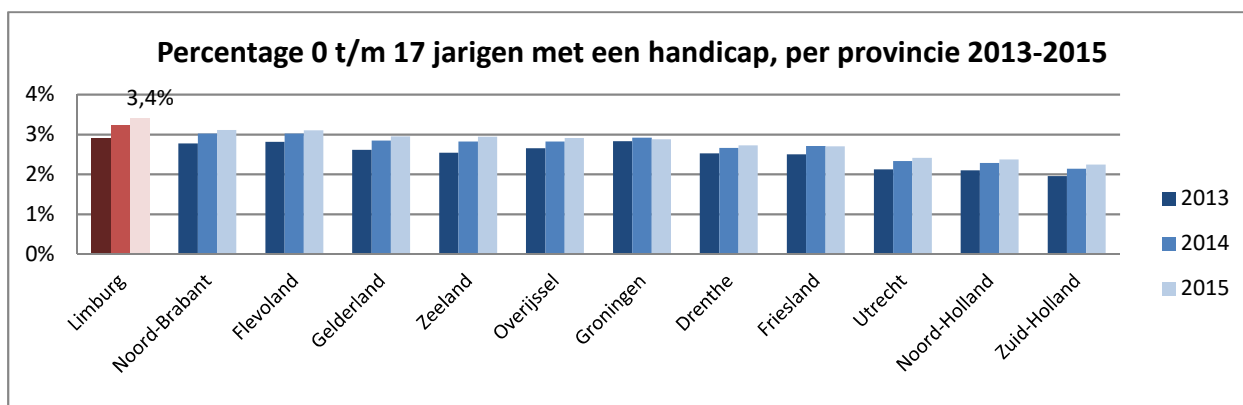
De GGD Jeugdmonitor stelt jongeren ook vragen over het gebruik van alcohol, roken, drugs, sociale media en gamen. De grafieken voor deze indicatoren staan weergegeven in bijlage 4 (pagina 89-90). Ten opzichte van Nederlandse jongeren hebben de Limburgse jongeren relatief vaak al een glas alcohol of meer gedronken, en zijn relatief meer Limburgse jongeren al eens aangeschoten of dronken geweest. Er roken minder Limburgse jongeren dan landelijk gemiddeld. Kleine verschillen zijn ook te vinden met betrekking tot drugsgebruik onder de jongeren in 2015. In de GGD-regio Zuid-Limburg liggen de percentages voor soft en hard drugs gebruik iets hoger dan het landelijk gemiddelde, in de GGD-regio Limburg-Noord liggen deze percentages lager. Door middel van een aantal subvragen bepaalt de GGD of het (overmatige) gebruik van sociale media of games voor jongeren problematisch kan worden. Bijvoorbeeld als schoolprestaties eronder lijden of als jongeren slaapgebrek ervaren door (te veel) actief te zijn op sociale media of door te gamen. De verschillen tussen Nederland en Limburgse GGD-regio's zijn op dit gebied klein, maar Zuid-Limburg scoort wel als regio het hoogste wat betreft het risico op overmatig gebruik van sociale media. De GGD-regio Limburg-Noord scoort beter dan landelijk gemiddeld.

De eerst volgende Jeugdgezondheidsmonitor zal in 2019 worden afgenomen en in de loop van 2020 beschikbaar zijn. De data uit 2019 kan dan vergeleken worden met de data uit 2015 om trends te ontdekken in ervaren gezondheid, sociale problemen en leefstijl van jongeren.

Kinderen met een handicap

Kinderen in Tel rapporteert het percentage kinderen tot en met 17 jaar met een lichamelijke en/of geestelijke handicap vanaf het jaar 2013. Deze groep wordt afgezet tegenover de totale groep 0 tot en met 17 jarigen. De stijging over de jaren in iedere provincie heeft voornamelijk te maken met verbeteringen in het vinden van de doelgroep via verschillende registraties. De onderlinge verschillen zijn erg klein, Limburg kent wel het hoogste percentage kinderen met een handicap; 3,4% in 2015, zie figuur 69.

Figuur 69

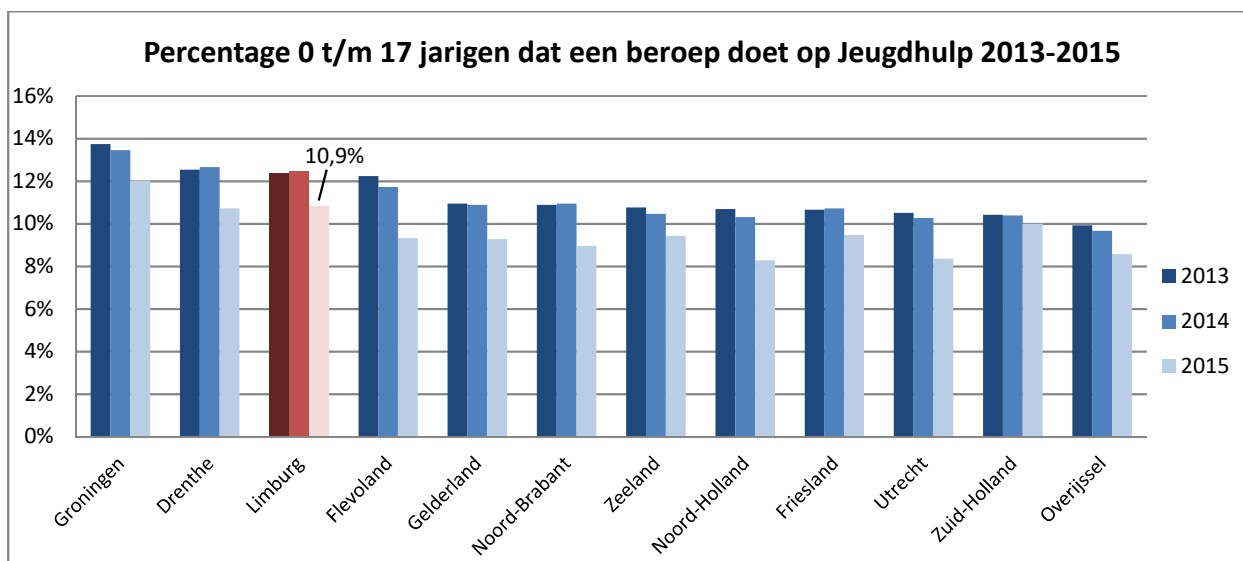


Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

Jeugdhulp

Kinderen in Tel rapporteert het percentage jeugdigen (0 t/m 17 jaar) dat een beroep doet op Jeugdhulp van de totale groep 0 t/m 17 jarigen. Jeugdhulp betreft hier het geheel van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering dat onder verantwoordelijkheid van gemeenten wordt uitgevoerd volgens de Jeugdwet. In de nieuwe Jeugdwet zijn de ‘oude’ provinciale jeugdzorg, delen van de AWBZ en Jeugd GGZ samengevoegd. Onder de verschillende vormen van jeugdzorg vallen ambulante jeugdhulp, pleegzorg, verblijf in jeugdinstelling, jeugd-ggz, jeugdzorg voor jongeren met een (ernstige) beperking, zorg voor ernstig zieke kinderen, jeugdbescherming (ondertoezichtstelling en voogdij) en jeugdreclassering.

Figuur 70



Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

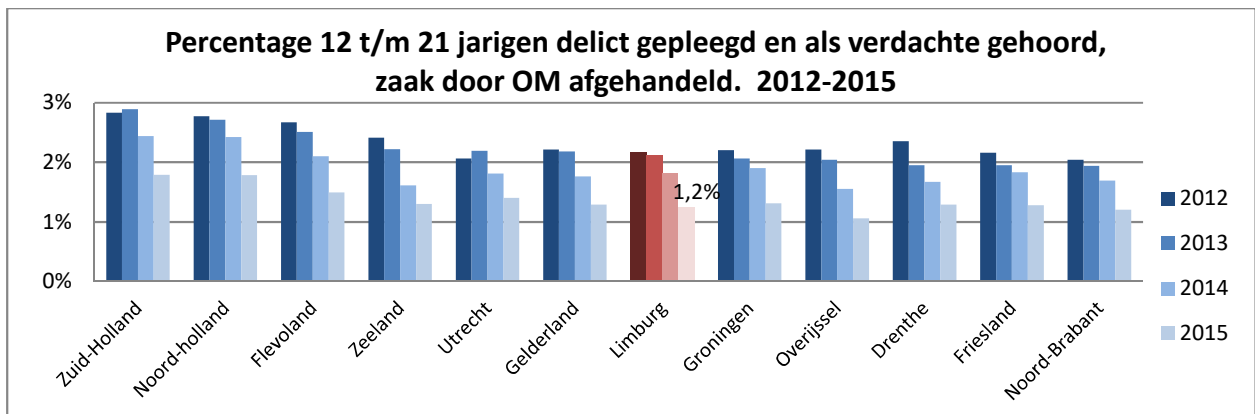
De provincie Limburg staat in de landelijke rangorde op de derde plaats, zie figuur 70. Echter deze cijfers zijn lastiger te interpreteren als een ‘goed’ of ‘slecht’ signaal. Zijn er daadwerkelijk relatief meer

jeugdigen in Limburg die jeugdhulp nodig hebben? Of worden er meer jeugdhulpvragen gesignaleerd? Dat is uit deze data niet te achterhalen. Sinds 2015 valt de Jeugdwet onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Dit kan de algemene daling verklaren tussen 2014 en 2015. De verwachting is echter dat het percentage jeugdhulp toe zal nemen vanaf het jaar 2016 zodra de gemeentelijke processen helemaal ingericht en geoptimaliseerd zijn.

4.2 Veiligheid

Figuur 71 is een indicator voor jeugdcriminaliteit over de periode 2012 tot en met 2015, afkomstig van Kinderen in Tel. Het betreft het percentage 12 t/m 21 jarigen dat een delict heeft gepleegd, waarvoor ze door de politie als verdachte zijn gehoord en van wie de zaak door het Openbaar Ministerie is afgehandeld. Dit is afgezet tegenover de totale groep jongeren van 12 tot en met 21 jaar. Vanwege de lage percentages zijn de provinciale verschillen en de verschillen over de jaren erg klein. Over de jaren daalt het percentage steeds iets voor alle provincies. De provincie Limburg staat in 2015 op de 7^e plaats in de rangorde, zie figuur 71.

Figuur 71



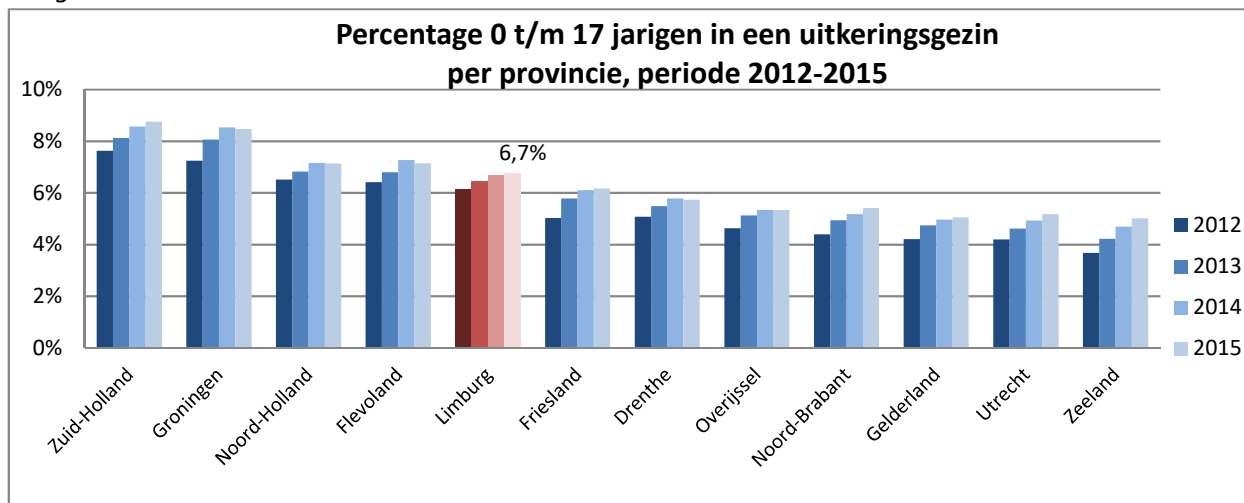
Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

4.3 Armoede

Als onderdeel van het thema gezin en leefomstandigheden monitort Kinderen in Tel het percentage kinderen van 0 tot en met 17 jaar dat opgroeit in een uitkeringsgezin en een eenoudergezin. De cijfers zijn beschikbaar op gemeentelijk en provinciaal niveau. Met betrekking tot uitkeringsgezinnen zijn de jaren 2012 tot en met 2015 beschikbaar en voor eenoudergezinnen de jaren 2013 tot en met 2015. In 2013 leefde 6,2% van de Nederlandse kinderen in een uitkeringsgezin. In 2014 was dit percentage 6,5% en in 2015 6,6%.

Voor bijna alle provincies stijgt het percentage kinderen dat in een uitkeringsgezin opgroeit jaarlijks iets in de periode 2012 tot en met 2016. Dit geldt ook voor de provincie Limburg. In de provinciale rangorde zoals weergegeven in figuur 72 staat de provincie Limburg op de 5^e plaats.

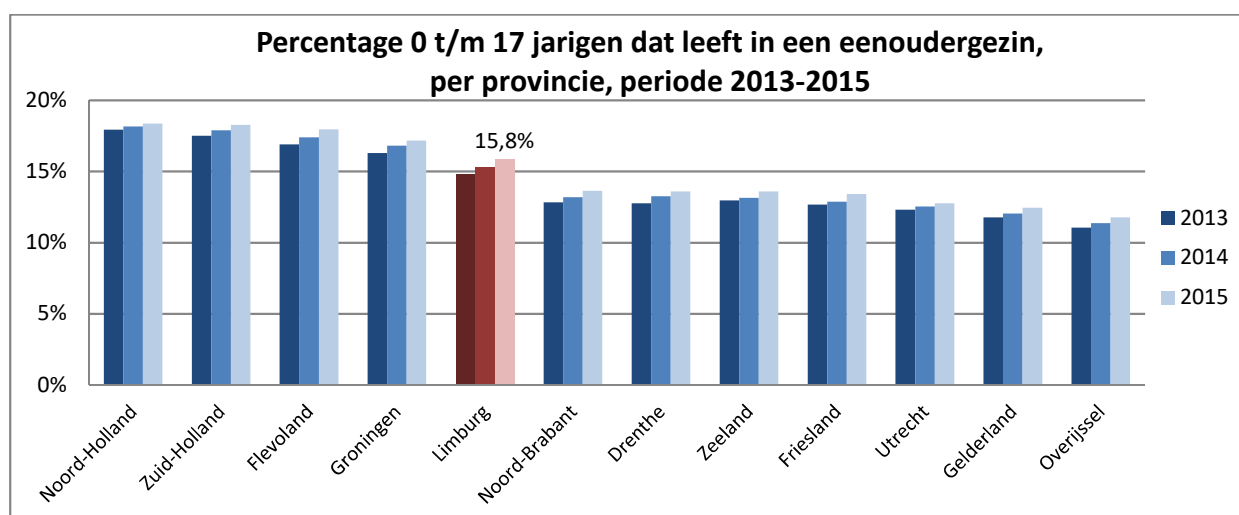
Figuur 72



Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

Ook het percentage kinderen dat opgroeit in eenoudergezin is landelijk gestegen in de periode 2013-2015. In 2015 groeide 15,4% van de Nederlandse kinderen van 0 tot en met 17 jaar op in een eenoudergezin. Limburg staat in de provinciale rangorde op de 5^e plaats, zie figuur 73.

Figuur 73



Bron: Kinderen in Tel (2017)

De provinciale gegevens van Kinderen in Tel zijn ook verwerkt in landkaarten voor de beschikbare jaren, deze zijn te vinden in bijlage 6 (pagina 97-103). Daarnaast zijn de cijfers voor 2015 voor alle Limburgse gemeenten opgesomd in bijlage 7 (pagina 104). Cijfers over armoede (lage inkomensgrens en langdurig laag inkomen) voor de gehele bevolking zijn te vinden in bijlage 8 (pagina 105).

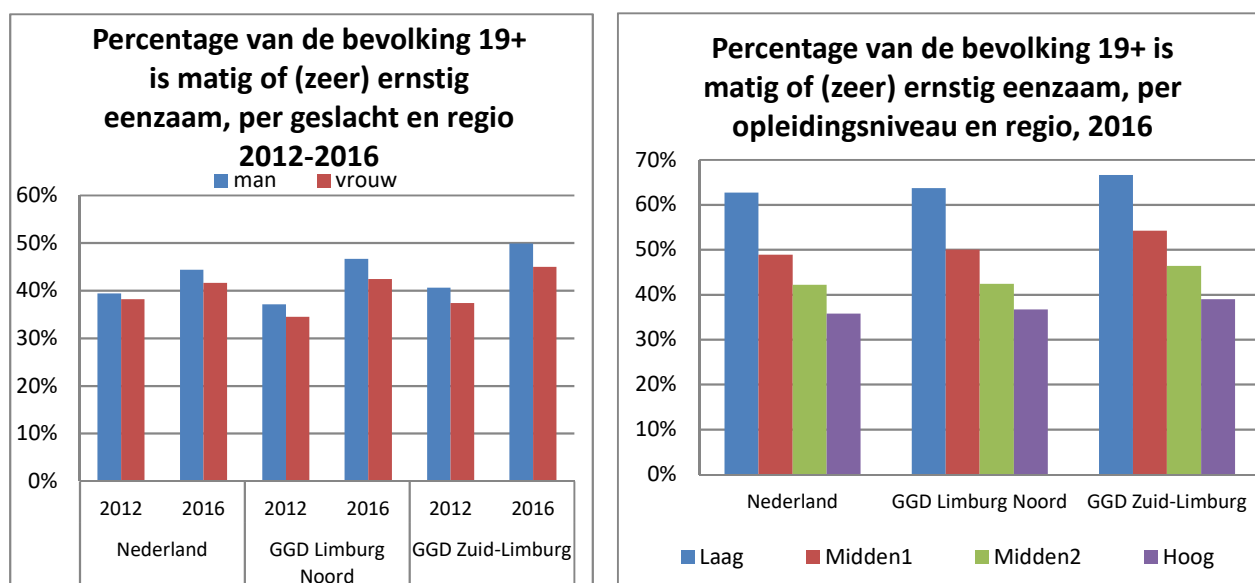
5. Sociaal Kapitaal

Zoals bij een aantal indicatoren van gezondheid, zien we bij eenzaamheid en voldoende zelfregie een zelfde patroon ontstaan. De GGD-regio Limburg-Noord scoort meestal rond het landelijk gemiddelde, de GGD-regio Zuid-Limburg scoort slechter. Vooral bij de 65 plussers wordt de afstand erg groot; in Zuid-Limburg zijn de meeste ouderen eenzaam en hebben onvoldoende regie over eigen leven. Bij de aanvullende Limburgse indicatoren zien we voor kwetsbaarheid en zelfmanagement vaardigheden (bij ouderen) en sociale uitsluiting (bij volwassenen) eenzelfde regionale patroon ontstaan: de problematiek is groter in Zuid-Limburg, en dan vooral in Parkstad. Het gebruik van lokale welzijnsvoorzieningen voor ouderen verschilt regionaal niet veel. Deze aanvullende indicatoren kunnen (nog) niet met landelijke cijfers worden vergeleken.

5.1 Eenzaamheid

In figuur 74 en 75 wordt per leeftijdscategorie weergegeven hoeveel procent van de bevolking matig, ernstig of zeer ernstig eenzaam is. Dit wordt middels de scores op een aantal subvragen in de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen berekend. In het algemeen neemt het percentage van de bevolking dat eenzaam is toe van 2012 naar 2016, voor zowel Nederland als de beide Limburgse GGD-regio's. Mannen zijn relatief vaker eenzaam dan vrouwen. Daarnaast zijn hoger opgeleiden relatief minder eenzaam dan laagopgeleiden. Figuur 74 en 75 gelden voor de gehele bevolking van 19 jaar en ouder, zonder leeftijdscorrectie.

Figuur 74 en 75

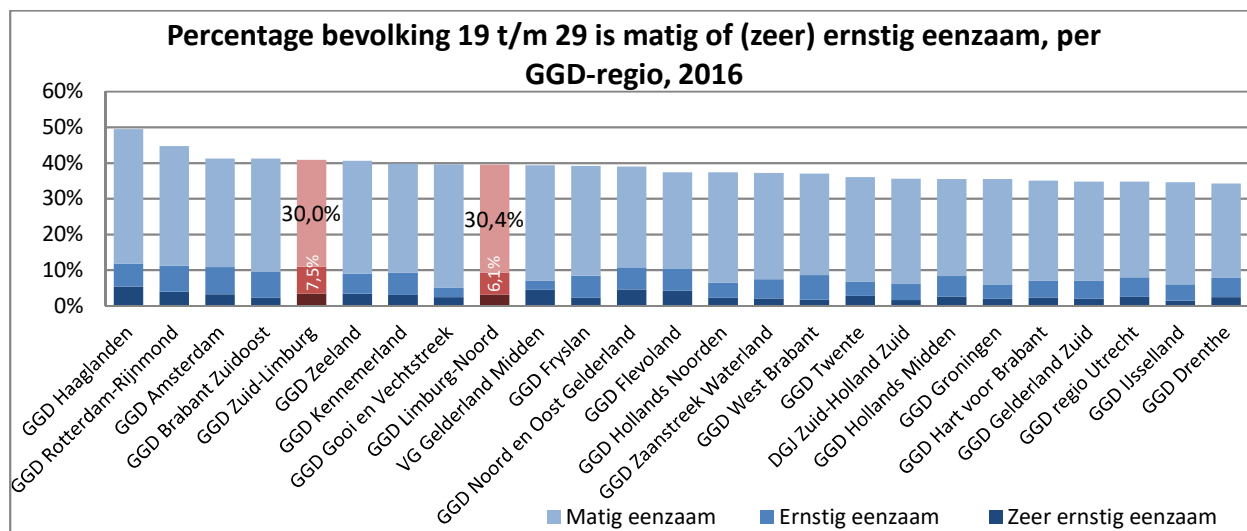


Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 en 2016

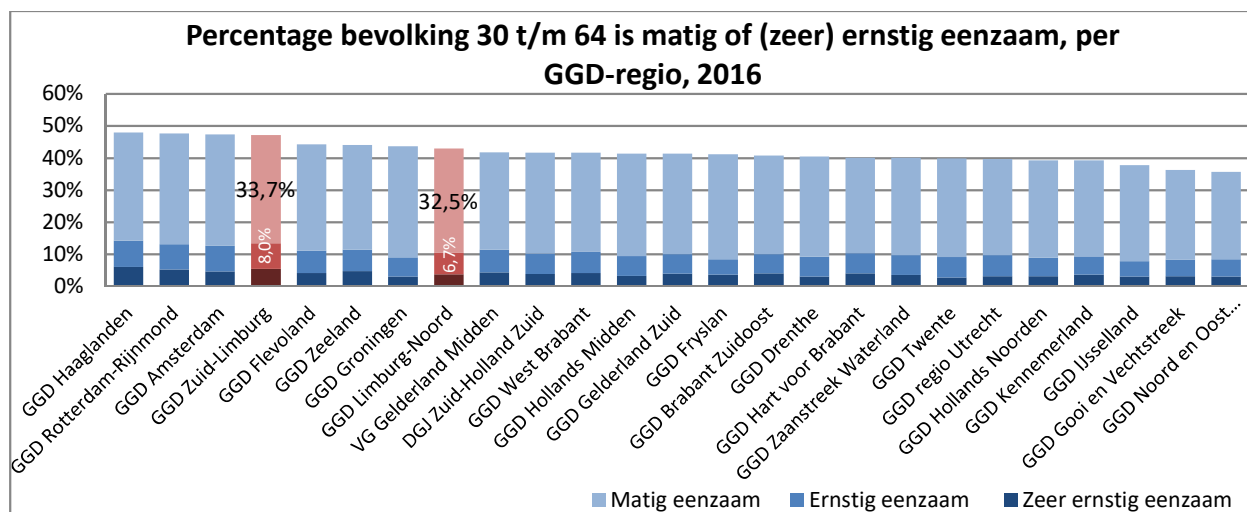
Van de 19 t/m 29 jarigen is in 2016 in heel Nederland 39,1% eenzaam (30,3% matig eenzaam, 5,8% ernstig eenzaam en 3% zeer ernstig eenzaam). De GGD-regio Limburg-Noord staat op de 9^e plaats en

de GGD-regio Zuid-Limburg staat op de 5^e plaats met de meeste eenzamen. Voor de 30-64 jarigen zien we hetzelfde patroon: de GGD-regio Limburg-Noord staat op de 8^e plaats en de GGD-regio Zuid-Limburg op plaats 4 met de meeste eenzamen, zie figuur 76 en 77.

Figuur 76



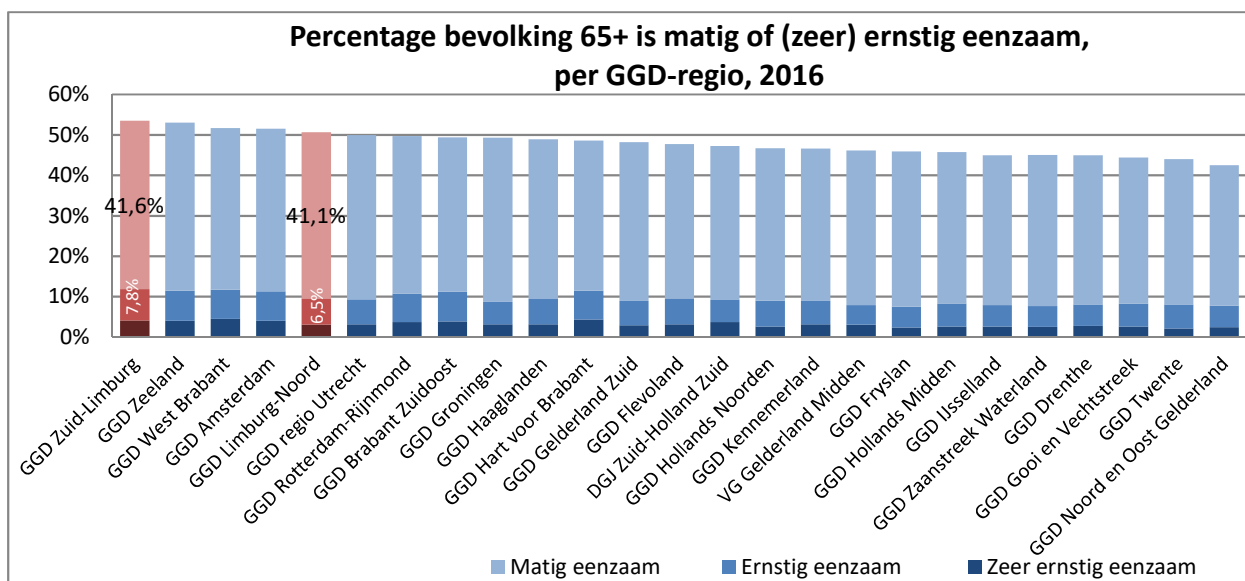
Figuur 77



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

Eenzaamheid komt relatief vaker voor bij de oudere bevolkingsgroep. Zo is in 2016 48,1% van de Nederlandse ouderen eenzaam (38,6% matig eenzaam, 6,3% ernstig eenzaam en 3,2% zeer ernstig eenzaam). De GGD-regio Limburg-Noord staat voor deze leeftijdsgroep op de 5^e plaats en de GGD-regio Zuid-Limburg staat op de 1^e plaats als slechtst scorende regio met eenzame ouderen, zie figuur 78.

Figuur 78

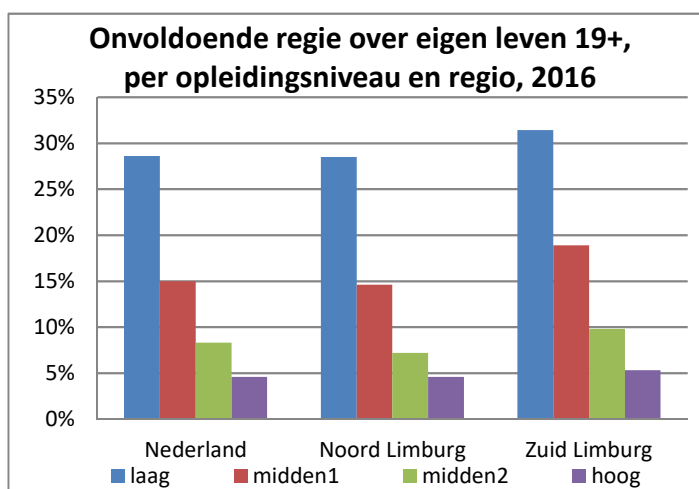
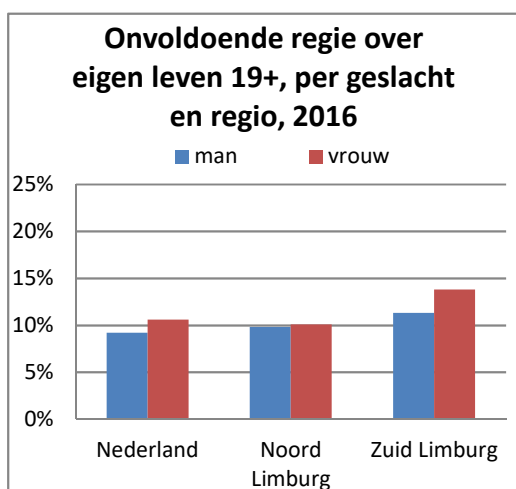


Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

5.2 Zelfregie

Sinds 2016 is het met de Gezondheidsmonitor ook mogelijk om landelijke cijfers te presenteren met betrekking tot het hebben van regie over eigen leven. De cijfers voor 2016 worden in onderstaande grafieken weergegeven, een vergelijking met 2012 is niet mogelijk voor de landelijke cijfers. Het hebben van onvoldoende regie over eigen leven komt iets vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, de verschillen zijn echter klein, zie figuur 79. Grotere verschillen bestaan tussen de verschillende opleidingsniveaus: hoe hoger opgeleid, hoe lager het percentage onvoldoende regie over eigen leven, zie figuur 80. Het patroon voor de opleidingsfactor is het sterkst zichtbaar in de GGD-regio Zuid-Limburg. Figuren 79 en 80 zijn nog niet uitgesplitst voor leeftijd.

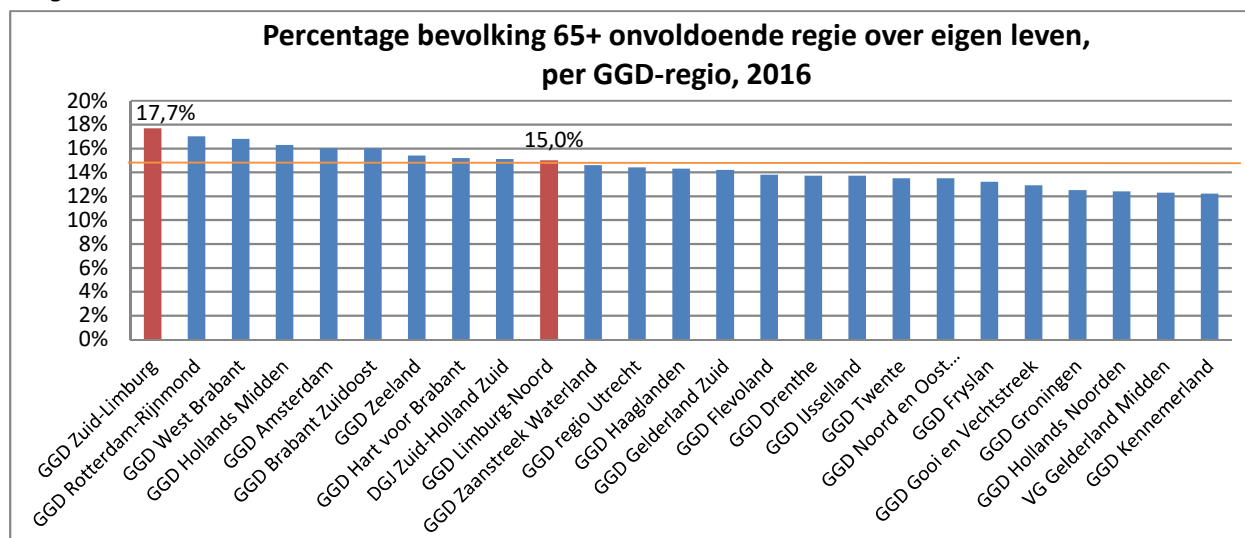
Figuur 79 en 80



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

Aangezien het hebben van onvoldoende regie over het eigen leven vaker voorkomt naarmate men ouder wordt, zijn de regionale verschillen voor de groep 19 t/m 29 jarigen en 30 tot en met 64 jarigen (erg) klein. Voor onvoldoende regie bij 19 t/m 29 en 30 t/m 64 jarigen scoort de GGD-regio Limburg-Noord iets beter dan landelijk, de GGD-regio Zuid-Limburg iets slechter (voor 30 t/m 64 jarigen de op één na slechtste score van alle regio's). Voor 65-plussers score beide regio's slechter dan landelijk, de GGD-regio Zuid-Limburg scoort het slechtste van alle regio's.

Figuur 81



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016

5.3 Aanvullende Limburgse indicatoren

Aanvullend op bovenstaande landelijke gegevens is een aantal indicatoren beschikbaar voor enkel de provincie Limburg. Deze verdiepende cijfers kunnen niet worden vergeleken met een landelijk gemiddelde maar kunnen wel in de toekomst over de tijd gemonitord worden. Voor een overzicht van de toekomstige beschikbaarheid van alle bronnen die zijn gebruikt in deze nulmeting, zie bijlage 10 (pagina 107).

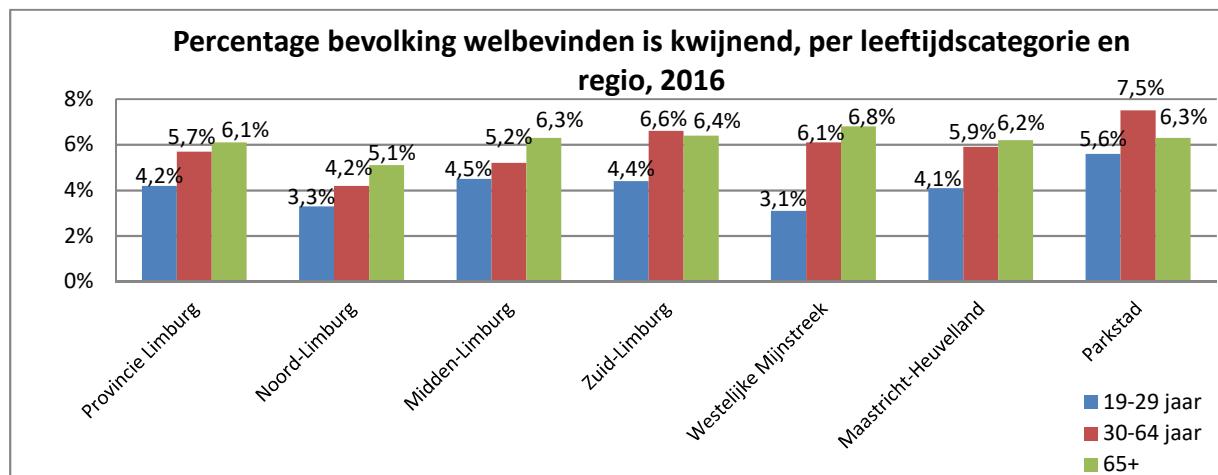
In de volgende analyses wordt de provincie Limburg opgedeeld in de regio's Noord-, Midden- en Zuid-Limburg. Verder wordt Zuid-Limburg opgedeeld in de subregio's Westelijke Mijnstreek, Maastricht-Heuvelland en Parkstad.

Volwassenen en ouderen (19+)

Voor de gehele Limburgse bevolking (19 jaar en ouder) is de indicator positieve psychische gezondheid (ook wel: welbevinden) beschikbaar voor het jaar 2016. Voor de indicator welbevinden hanteren de Limburgse GGD-en de categorieën kwijnend, middelmatig en florerend. Het percentage mensen met een kwijnend welbevinden verschilt licht tussen de verschillende regio's en leeftijds categorieën. Het komt over het algemeen relatief iets vaker voor in Midden- en Zuid-Limburg en het vaakst bij ouderen (65+). In de hele provincie Limburg vallen 4,2% van 19-29 jarigen in de categorie 'kwijnend', dit is 5,7%

voor 30-64 jarigen en 6,1% voor 65 plussers. De subregio Parkstad kent de meeste 19-29 jarigen en 30-64 jarigen met een kwijnend welbevinden. Voor 65 plussers is dit de subregio Westelijke Mijnstreek, zie figuur 82.

Figuur 82

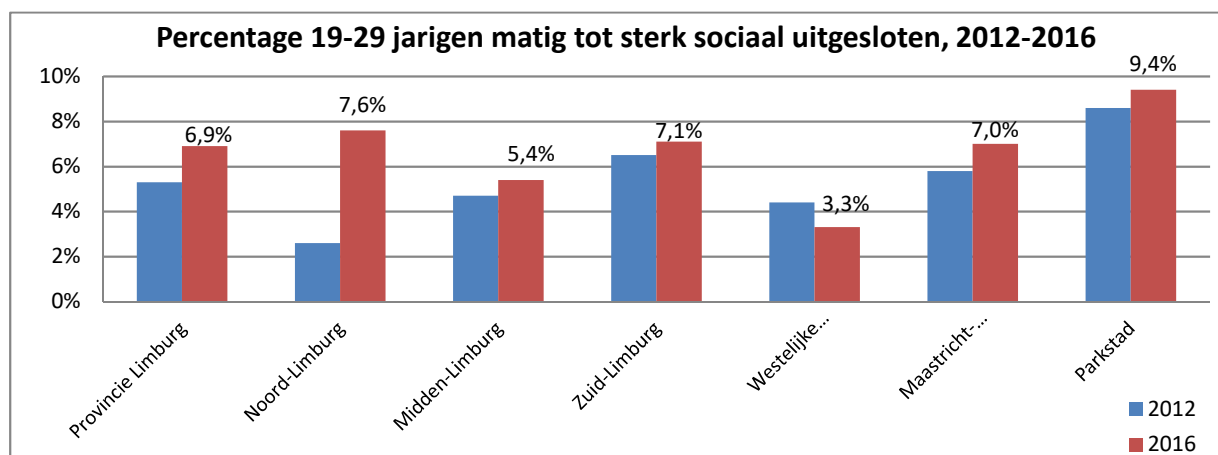


Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Volwassenen en Ouderen 2016

Volwassenen (19 t/m 64 jaar)

Een aantal aanvullende indicatoren van de Limburgse GGD-en hebben betrekking op de volwassen bevolking (19 t/m 64 jaar). Het gaat hier om sociale uitsluiting en behoefte hebben aan hulp bij de opvoeding van hun kind(eren). Deze cijfers zijn beschikbaar voor 2012 en 2016. In figuur 83 wordt het percentage weergegeven van 19-29 jarigen die zich matig tot sterk sociaal uitgesloten voelen. Dit percentage is in alle regio's, behalve de Westelijke Mijnstreek, toegenomen tussen 2012 en 2016. Het gemiddelde in Limburg is voor 2016 6,9% (was 5,3% in 2012). Regionaal gezien scoort Parkstad het hoogst en daarna Noord-Limburg in 2016.

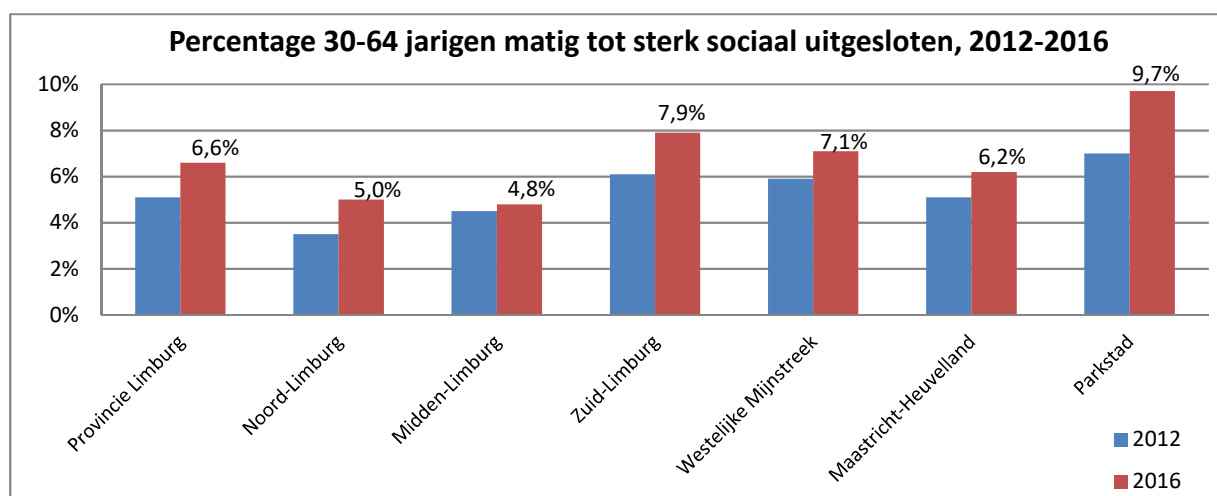
Figuur 83



Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Volwassenen 2012 en 2016

Het percentage matig tot sterk sociaal uitgesloten 30 tot 64 jarigen voor 2012 en 2016 wordt weergegeven in figuur 84. Voor deze leeftijdsgroep is het percentage in alle Limburgse regio's gestegen van 2012 tot 2016. In Noord- en Midden-Limburg en Maastricht-Heuvelland ligt het percentage voor de 30 tot 64 jarigen lager dan voor de 19 tot 29 jarigen. Zuid-Limburg kent in vergelijking met de Noordelijke regio's het hoogste percentage 30 tot 64 jarigen dat zich matig tot sterk sociaal uitgesloten voelt. Voor de leeftijdsgroep 30 tot 64 jaar scoort Parkstad (wederom) het hoogst en daarna de Westelijke Mijnstreek.

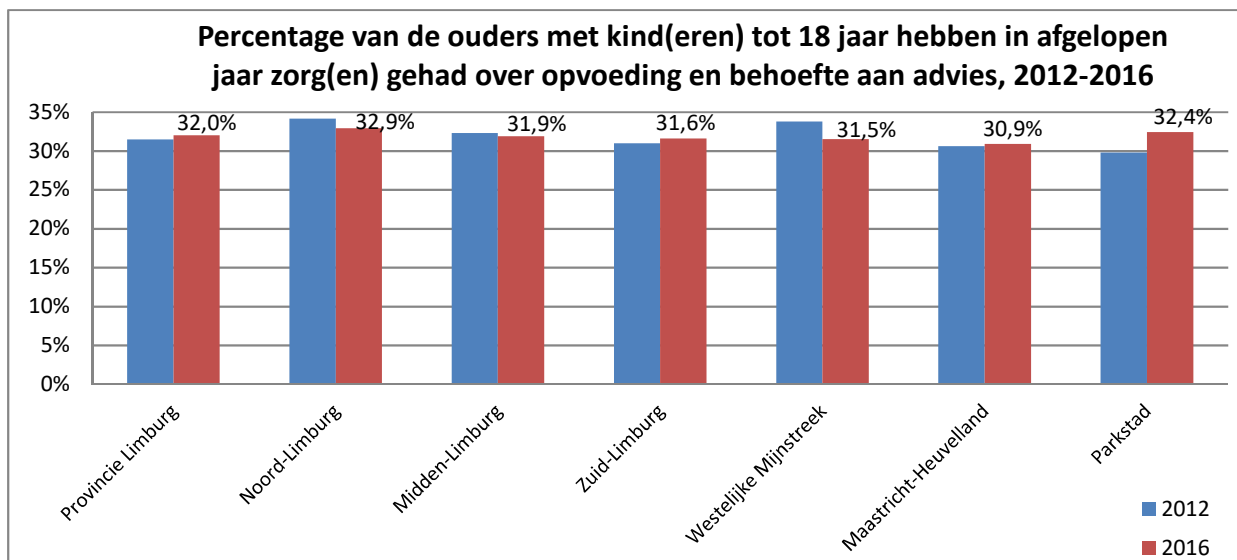
Figuur 84



Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Volwassenen 2012 en 2016

Voor Limburgse ouders met kinderen tot 18 jaar worden aanvullende vragen gesteld met betrekking tot opvoeding. Zo kunnen ouders aangeven of ze in het afgelopen jaar zorgen hebben gehad over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kind(eren), of ze behoefte hebben aan advies en of ze momenteel hulp ontvangen. Deze cijfers zijn beschikbaar voor 2012 en 2016 en worden weergegeven in figuur 85 t/m 87.

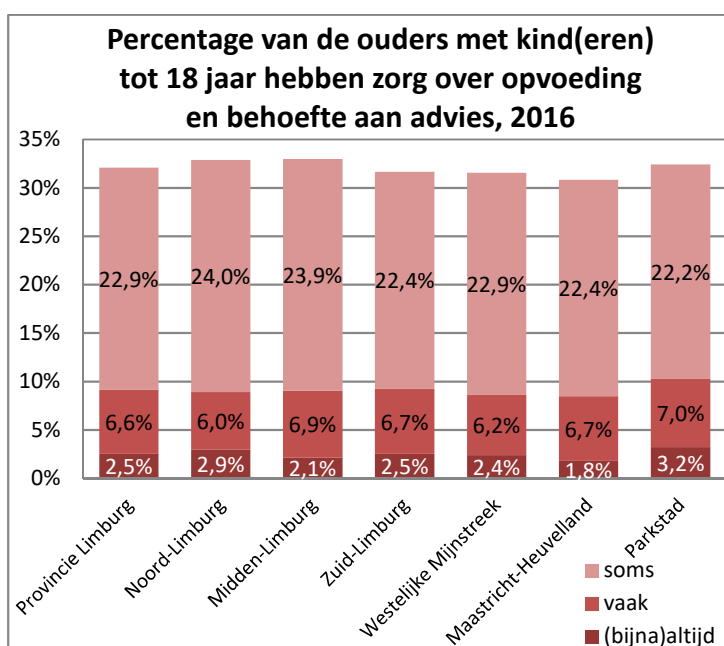
Figuur 85



Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Volwassenen 2012 en 2016

Figuur 85 geeft het percentage weer van de ouders in Limburg met kinderen tot 18 jaar die in het afgelopen jaar zorgen hebben gehad over de opvoeding van hun kind(eren) en die behoefte hadden aan advies. Het percentage voor de gehele provincie is ongeveer gelijk gebleven met 31,5% in 2012 en 32,0% in 2016. Tussen de regio's zijn de verschillen zeer klein, in 2016 had Noord-Limburg het hoogste percentage.

Figuur 86



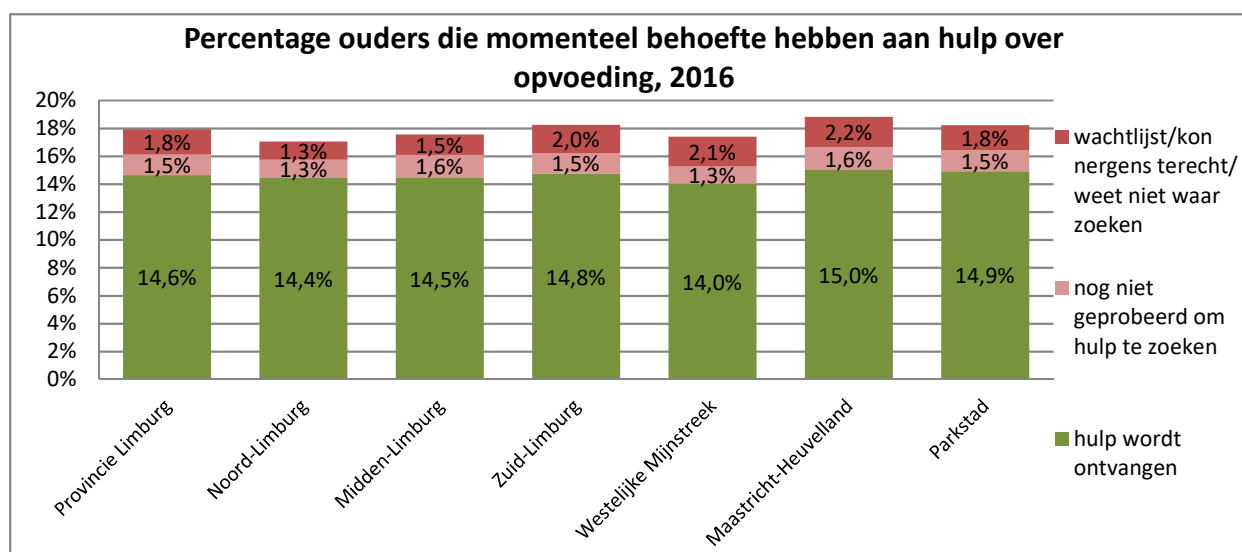
Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Volwassenen 2016

Kijkend naar de frequentie van de zorgen in een jaar, blijkt het in circa twee derde van de gevallen te gaan om incidentele zorgen (aangegeven met de categorie "soms"), zie figuur 86. Het percentage van de ouders dat (bijna) altijd zorgen had in een jaar was het hoogst in Parkstad in 2016. Omdat dit echter relatief weinig voorkomt zijn de regionale verschillen erg klein.

Ouders konden vervolgens aangeven of ze momenteel behoefte hebben aan hulp met betrekking tot opvoeding, dit was voor circa 18% van de Limburgse ouders het geval (circa

1 op de 5 ouders). Ouders konden ook aangeven of ze al hulp ontvingen voor hun hulpvraag. Deze cijfers worden in figuur 87 weergegeven. Voor de provincie Limburg zegt het overgrote deel van de ouders die behoefte hebben aan hulp ook daadwerkelijk hulp te hebben ontvangen (14,6% van 17,9% = 81,6%). Een klein deel van de ouders heeft nog niet geprobeerd om hulp te zoeken (1,5% van 17,9% = 8,4%). Het overige deel; 10,1% van de ouders met behoefte aan hulp (1,8% van 17,9%) zegt op een wachtlijst te staan, of nergens terecht te kunnen of weet niet waar men zoeken moet.

Figuur 87



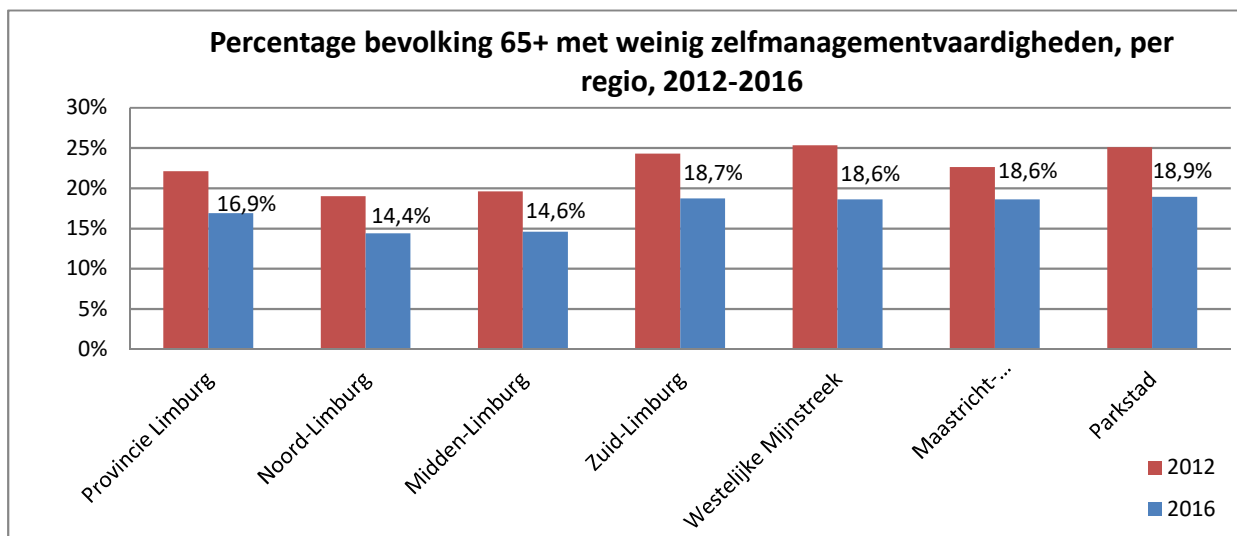
Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Volwassenen 2016

Ouderen (65+)

Daarnaast hebben een aantal aanvullende indicatoren specifiek betrekking op de Limburgse bevolking van 65 jaar en ouder. Deze zijn: zelfmanagementvaardigheden, kwetsbaarheid en het gebruik van (gemeentelijke) welzijnsvoorzieningen. Deze indicatoren zijn beschikbaar voor de jaren 2012 en 2016.

In 2016 is het percentage 65 plussers met weinig zelfmanagementvaardigheden gedaald in alle regio's ten opzichte van 2012. Binnen de provincie Limburg ligt het percentage in 2016 het hoogst in Zuid-Limburg. Binnen Zuid-Limburg zijn de percentages voor 2016 vergelijkbaar, zie figuur 88.

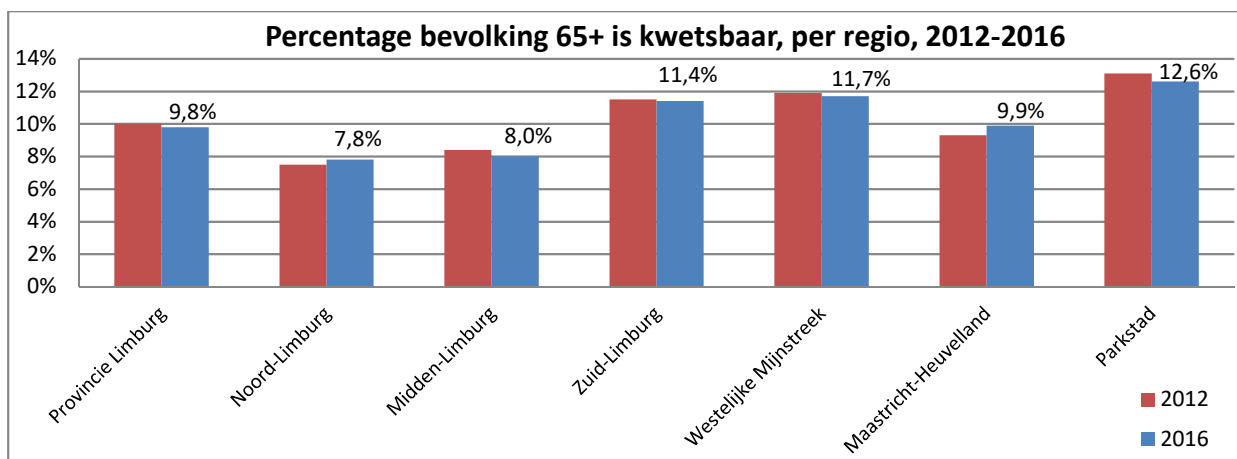
Figuur 88



Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Ouderen 2012, 2016

Voor het jaar 2012 en 2016 zijn voor ook cijfers beschikbaar over de lichamelijke kwetsbaarheid van Limburgse 65-plussers. Het percentage kwetsbare ouderen is ten opzichte van 2012 nauwelijks veranderd in 2016. Voor heel Limburg was dit 10,0% in 2012 en 9,8% in 2016. De percentages zijn het hoogst in Zuid-Limburg, vooral in de Westelijke Mijnstreek en Parkstad, zie figuur 89.

Figuur 89



Bron: Gezondheidsmonitor Limburg Ouderen 2012, 2016

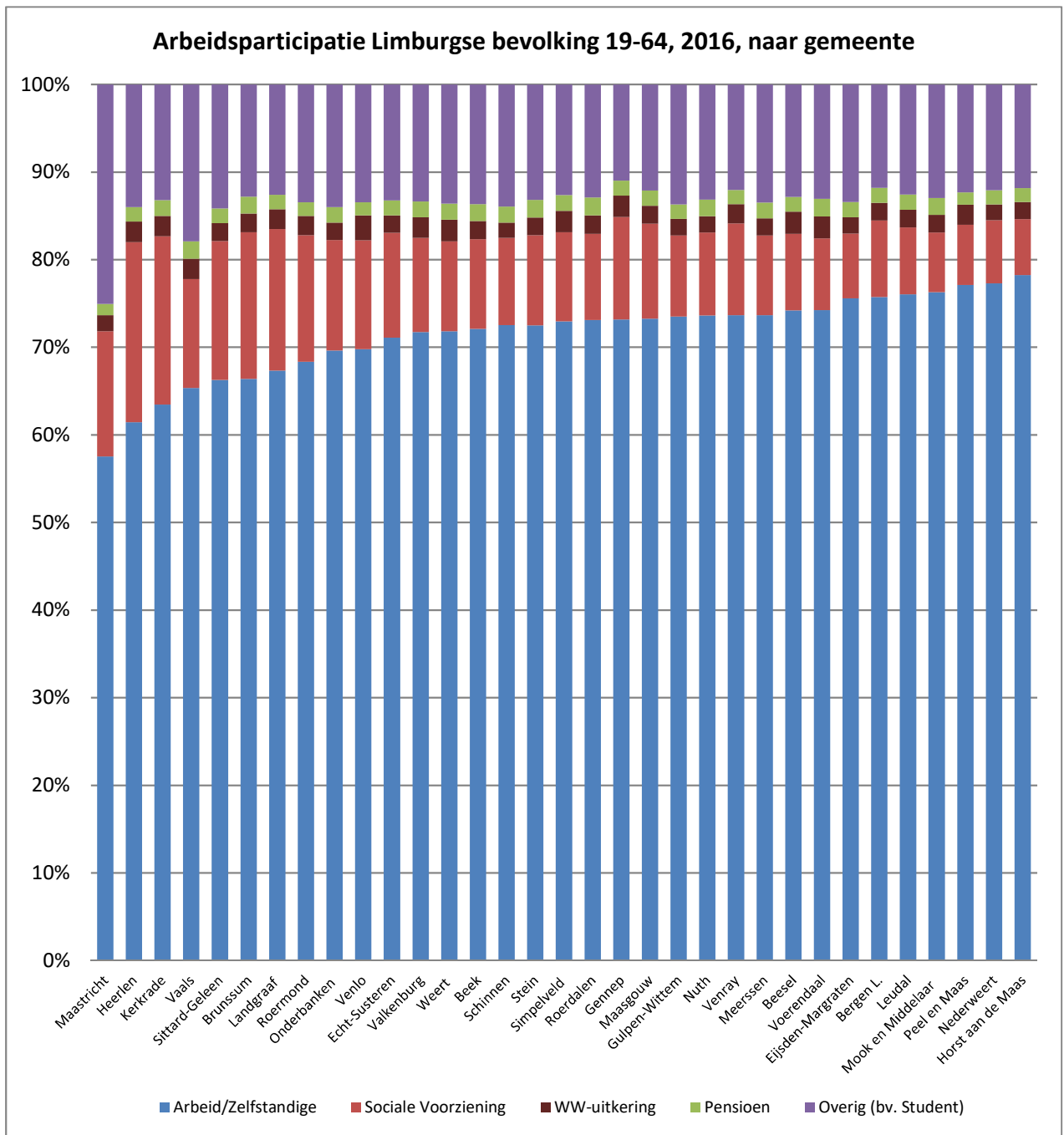
In de Gezondheidsmonitor van de GGD kunnen ouderen ook aangeven of zij gebruik maken van (gemeentelijke) welzijnsvoorzieningen. Voorbeelden hiervan zijn onder andere maaltijddiensten, eetpunten, sport- of bewegingsactiviteiten, recreatieve of culturele activiteiten, ondersteuning bij het geven van mantelzorg, vervoer naar voorzieningen, en hulp bij het uitbreiden van sociale contacten. Een verdere verdeling wordt vervolgens gemaakt in het aantal verschillende welzijnsvoorzieningen dat ouderen gebruiken. De grafieken worden weergegeven in bijlage 9 (pagina 106).

Bijlage 1 Geraadpleegde literatuur

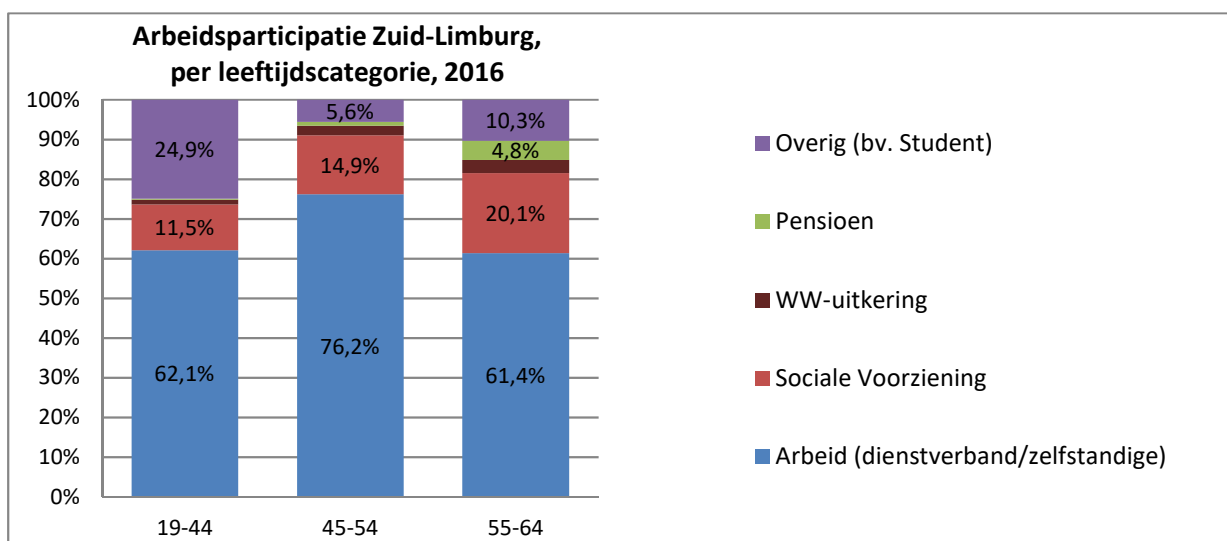
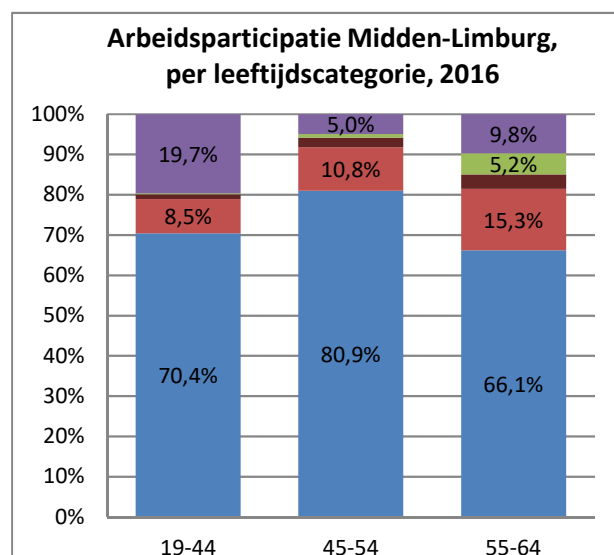
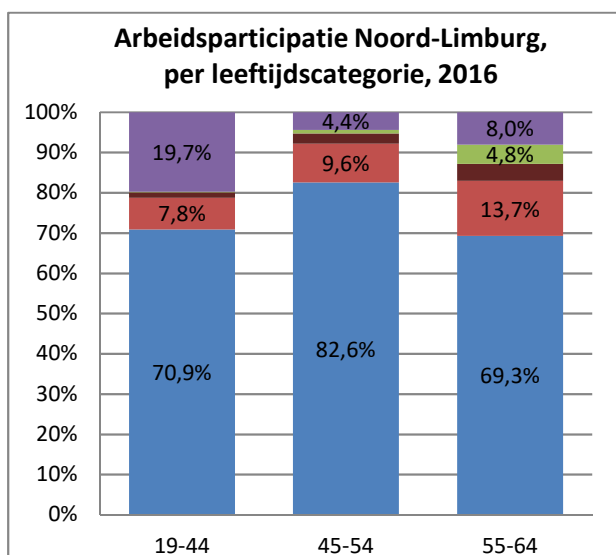
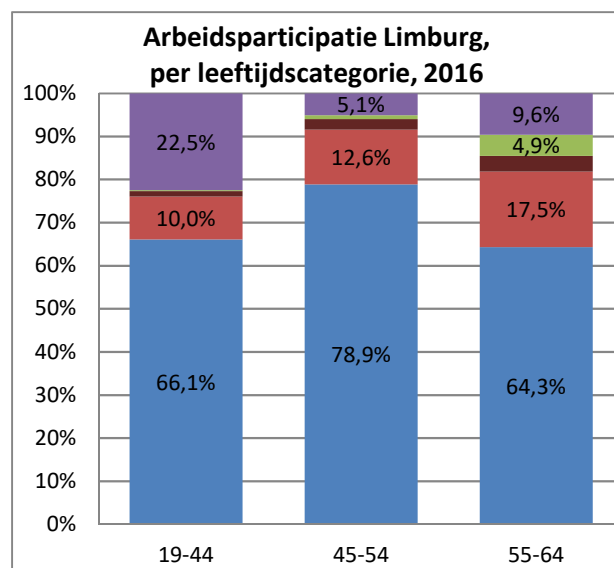
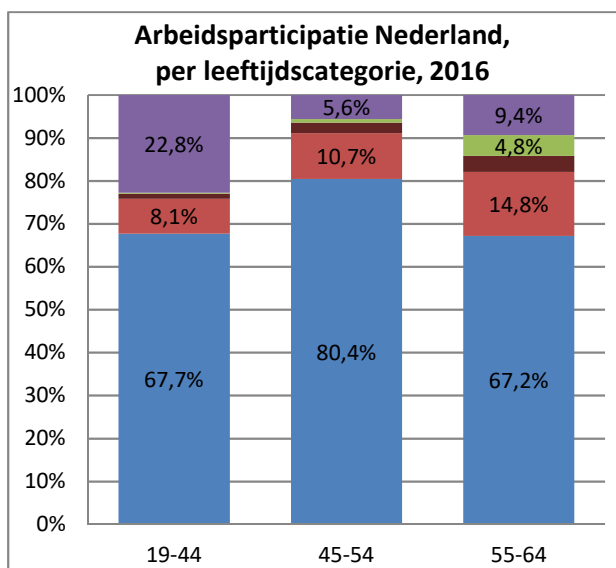
1. Bijlsma, I., van den Brakel, J., van der Velden, R. en Allen, J. (2016). Regionale spreiding van geletterdheid in Nederland. Stichting Lezen & Schrijven en Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, Universiteit van Maastricht.
2. CBS (2017). Regionale kerncijfers Nederland. Den Haag/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70072ned&D1=158&D2=0,53-55&D3=17-22&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T> laatst gecheckt 15-11-2017
3. CBS (2017, 6 november). Partners steeds vaker beiden hoogopgeleid. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/45/partners-steeds-vaker-beiden-hoogopgeleid>
4. CBS, RIVM en GGD (2017). Gezondheidsmonitor, 2012 en 2016. Den Haag/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82166ned&D1=0-1,23,27,30,33,35-36,39&D2=a&D3=0&D4=0,440-441&D5=l&HDR=T,G2&STB=G1,G3,G4&VW=T> en <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83674ned&D1=0-3,9,11,14,16,19&D2=a&D3=0&D4=0,427-428&D5=l&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T> laatst gecheckt 22-11-2017
5. CBS (2018). Laag en langdurig laag inkomen; huishoudenskenmerken, regio (indeling 2017) Geraadpleegd van <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83921NED/table?dl=9353> laatst gecheckt 28-03-2018
6. CBS (2018a). Armoede en sociale uitsluiting 2018. Den Haag/Heerlen, CBS.
7. Cito (2013). Terugblik en resultaten 2013 eindtoets basisonderwijs. Arnhem, Cito.
8. Gezondheidsraad (2007). Preconceptiezorg: voor een goed begin. Den Haag
9. Jansen, M. en Kuppens, E. (2015). Op zoek naar de Limburg-factor. Geleen, GGD Zuid Limburg.
10. Jansen M. (2015). Populatiegericht Gezondheidsbeleid. Oratie Maastricht University
11. Marmot (2010). Fair Society, Healthy Lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010
12. Pickett KE, Wilkinson RG (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine* 128:316-326.
13. Poels M (2017). Preconception Care - Who cares? Utrecht University, dissertation.
14. Raad voor Volksgezondheid en samenleving (2017). Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen. Den Haag
15. RIVM (2017). Gezonde Levensverwachting. Geraadpleegd van <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/gezonde-levensverwachting/regionaal-internationaal/regionaal#methoden> laatst gecheckt 21-12-2017
16. Rose G (2001). Retiteration: Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*. 30(3):427-32
17. Sigfusdottir et al., (2011). Substance use prevention through school and community-based health promotion: A transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion* 18(3):23-6
18. Steketee, M.J., Tierolf, B. en Mak, D.J. (2014). Kinderen in Tel databoek 2014. Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.
19. The Lancet (2018). Preconception Health. http://www.thelancet.com/series/preconception-health?dgcid=etoc-edschoice-email_tlwpreconhealth18 Laatst gecheckt 23-04-18
20. Tierolf, B. en R.J.H. Gilsing (2017). Kinderen in Tel databoek 2016. Het leven en ontwikkeling van kinderen tussen 2013 en 2015. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.

21. Veldboer, Duyvendak, Bouw. (2007). De mixfactor. Integratie of segregatie in Nederland. Boom Onderwijs.
22. Vermeiren AP, Willeboordse M, Oosterhoff M, Bartelink N, Muris P, Bosma H (2018). Socioeconomic multi-domain health inequalities in Dutch primary school children. Eur J Public Health. doi: 10.1093/eurpub/cky055.
23. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag
24. Wilkinson R, Pickett K (2010). The spirit level. Why equality is better for everyone. London, Penguin Books, 2010.

Bijlage 2 Arbeidsparticipatie Limburgse bevolking 19-64, 2016, naar gemeente en leeftijdscategorie



Bron: CBS (2017)



- Overig (bv. Student)
- Pensioen
- WW-uitkering
- Sociale Voorziening
- Arbeit (dienstverband/zelfstandige)

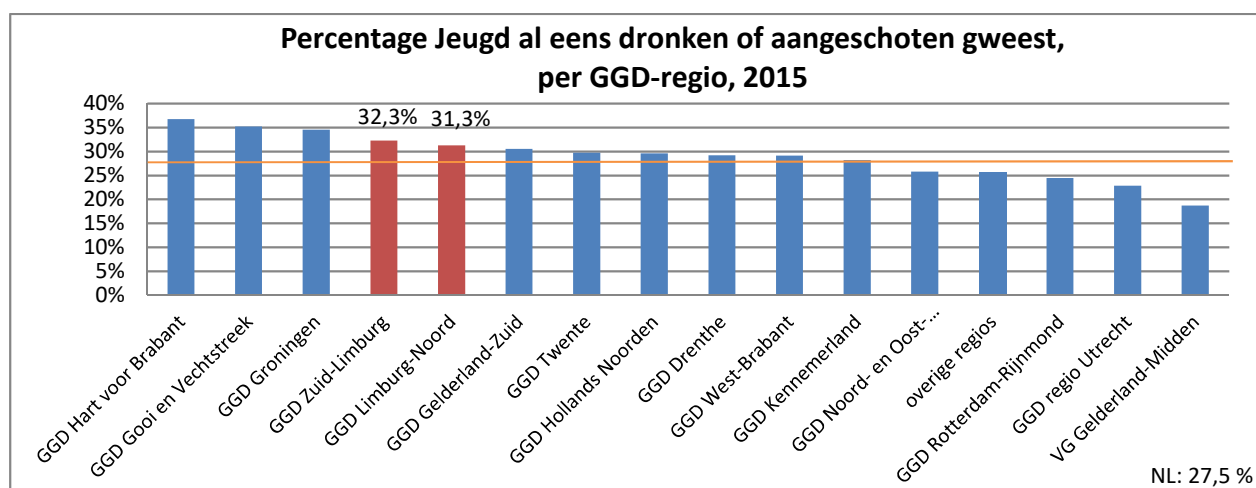
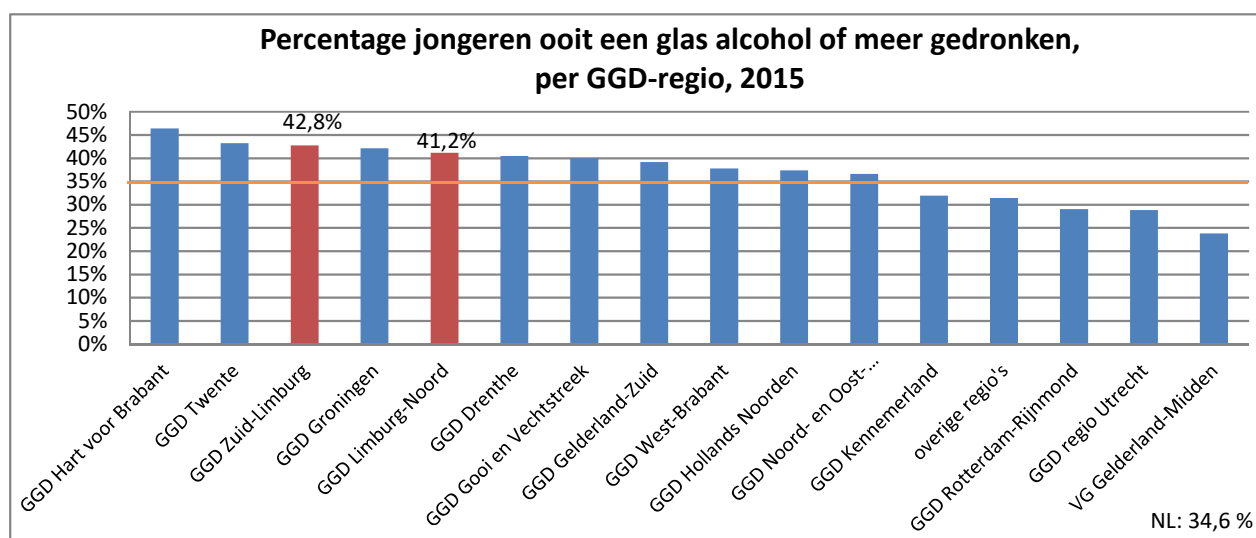
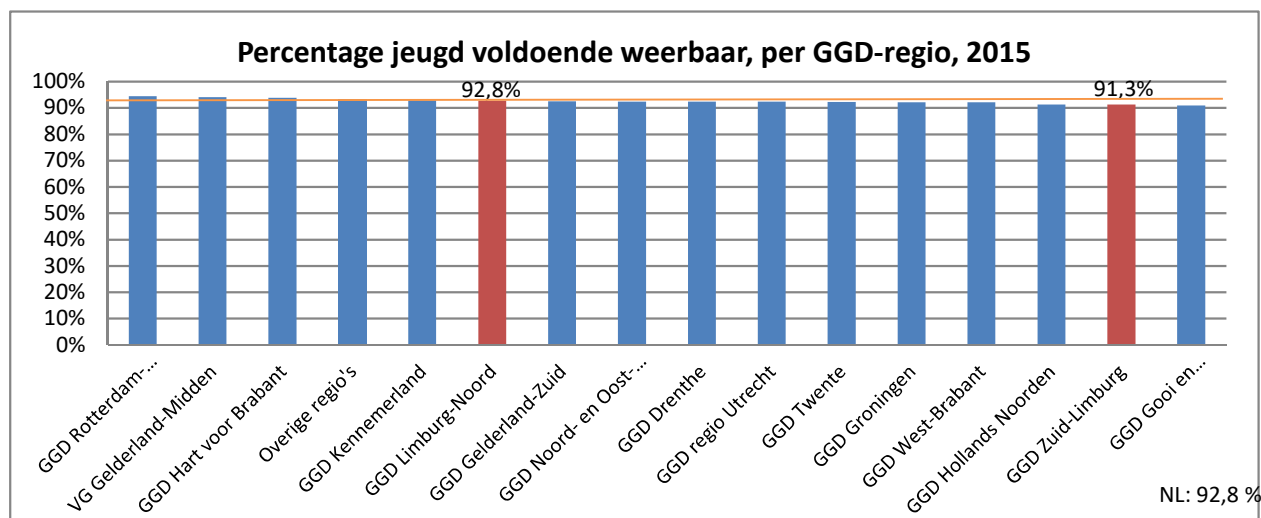
Bron: CBS (2017)

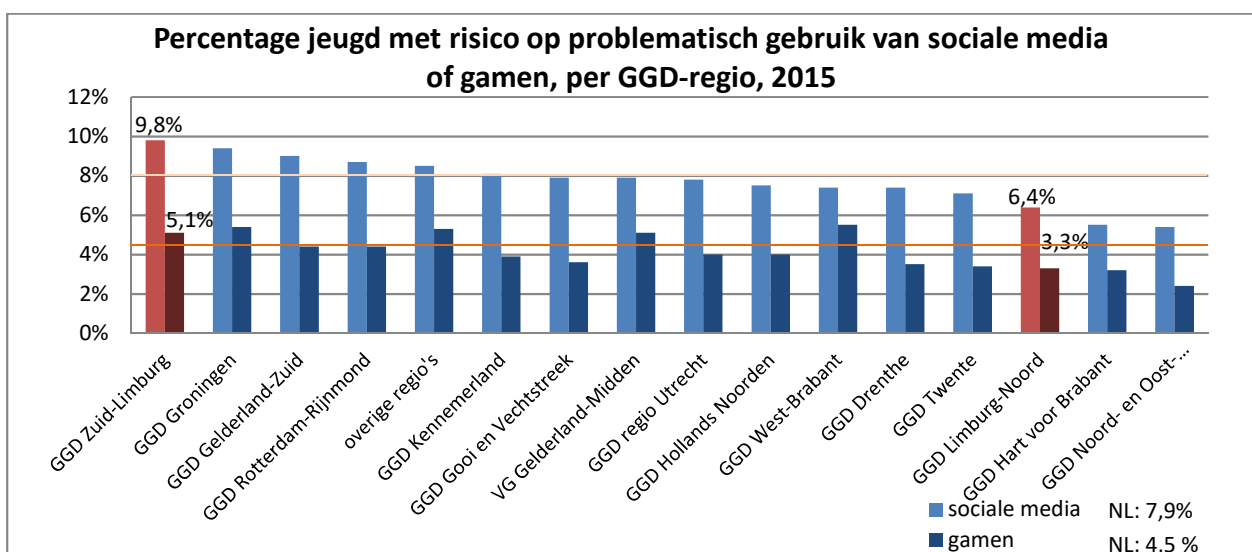
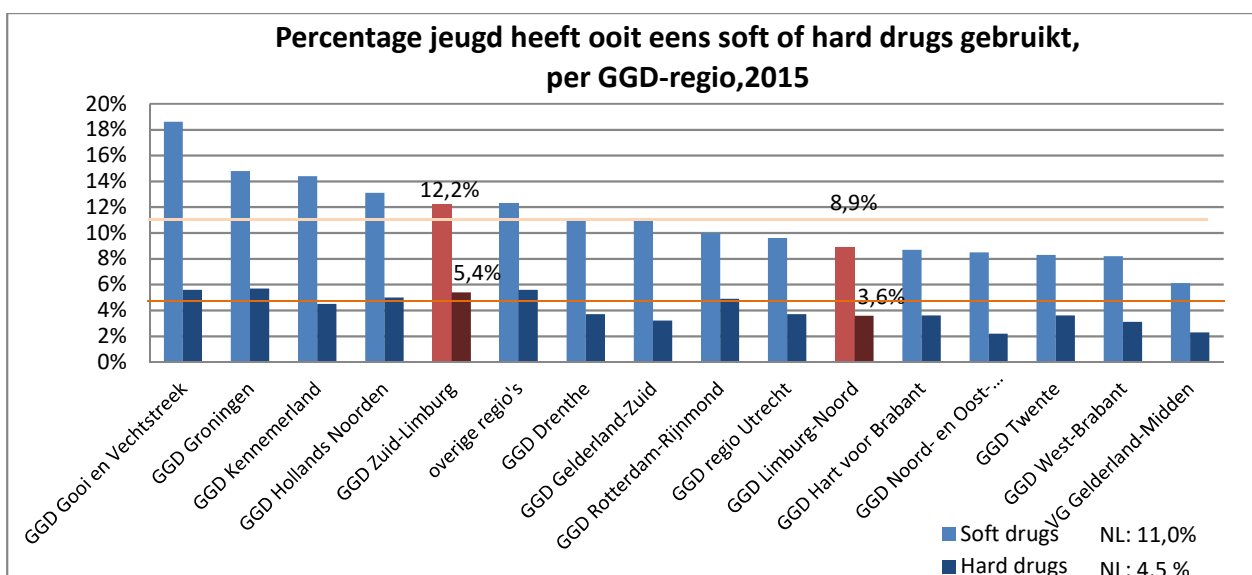
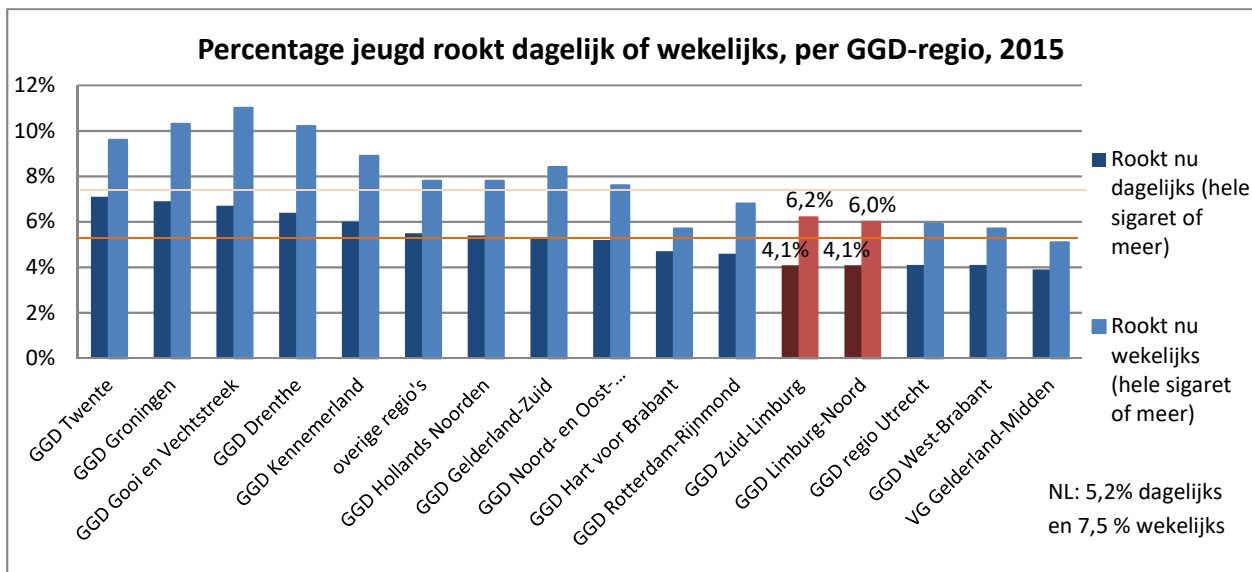
Bijlage 3 Schattingen gemeentelijke percentages laaggeletterden en scores laaggeletterdheid

	Laaggeletterden 16-65 jaar (%)	Gemiddelde geletterdheid
Meerssen	0-5%	Enigszins hoger (286-290)
Nuth	0-5%	Enigszins hoger (286-290)
Valkenburg aan de Geul	0-5%	Enigszins hoger (286-290)
Voerendaal	0-5%	Enigszins hoger (286-290)
Beek	5-8%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Schinnen	5-8%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Stein	5-8%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Echt-Susteren	5-8%	Enigszins lager (278-282)
Maasgouw	5-8%	Enigszins lager (278-282)
Roerdalen	5-8%	Enigszins lager (278-282)
Sittard-Geleen	5-8%	Enigszins lager (278-282)
Horst aan de Maas	8-11%	Enigszins hoger (286-290)
Leudal	8-11%	Enigszins hoger (286-290)
Nederweert	8-11%	Enigszins hoger (286-290)
Beesel	8-11%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Eijsden-Margraten	8-11%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Gulpen-Wittem	8-11%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Peel en Maas	8-11%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Simpelveld	8-11%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Vaals	8-11%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Brunssum	8-11%	Lager (274-278)
Landgraaf	8-11%	Lager (274-278)
Onderbanken	8-11%	Lager (274-278)
Bergen (L.)	11-13%	Enigszins lager (278-282)
Gennep	11-13%	Enigszins lager (278-282)
Mook en Middelaar	11-13%	Enigszins lager (278-282)
Venray	11-13%	Enigszins lager (278-282)
Maastricht	13-16%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Weert	13-16%	Rond landelijk gemiddelde (282-286)
Heerlen	16+%	Enigszins lager (278-282)
Roermond	16+%	Lager (274-278)
Kerkrade	16+%	Veel lager (<274)
Venlo	16+%	Veel lager (<274)

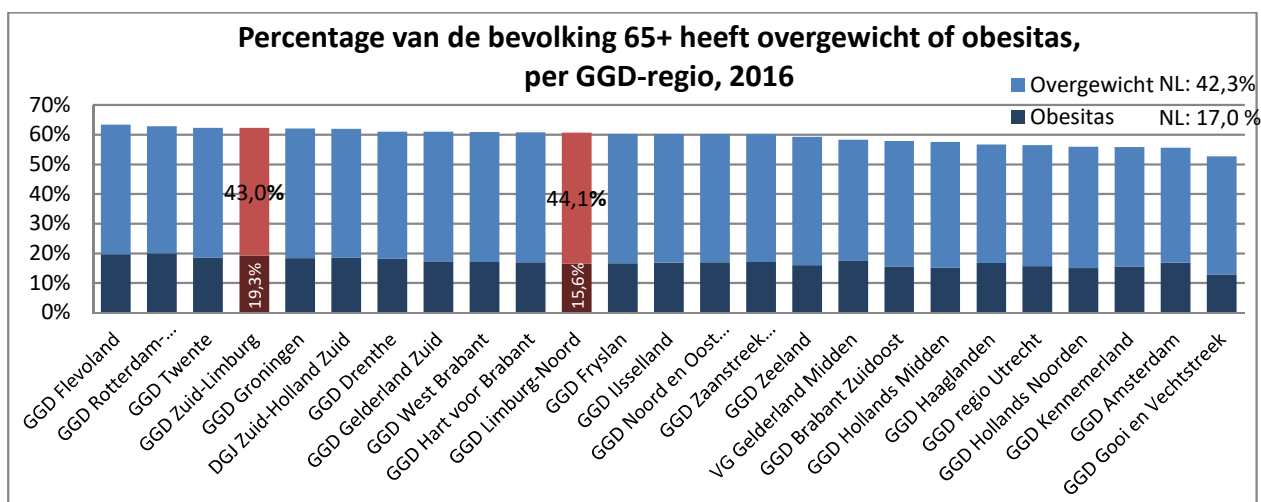
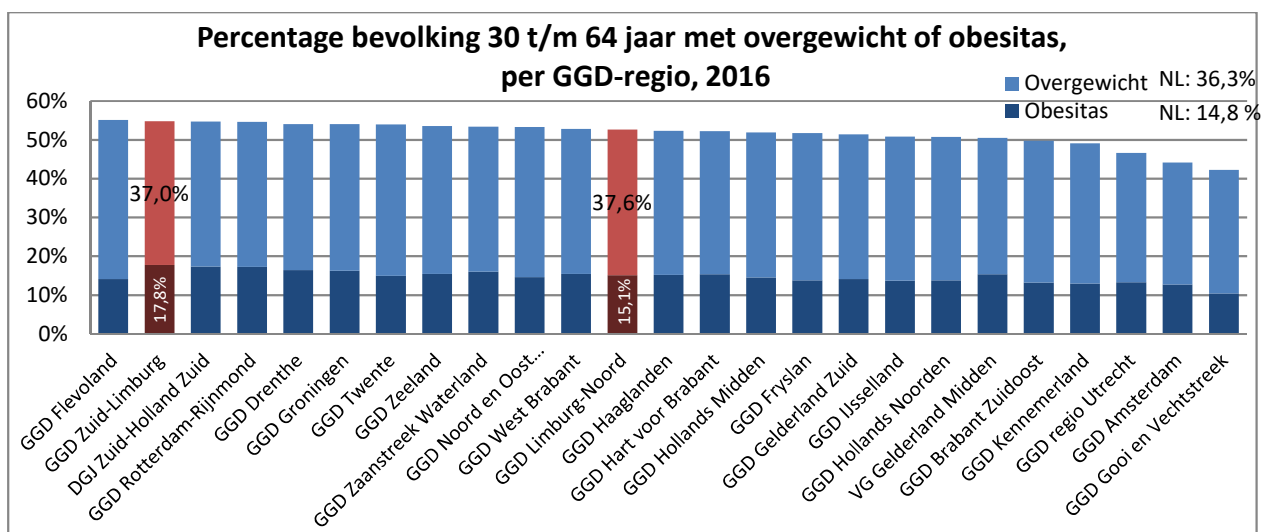
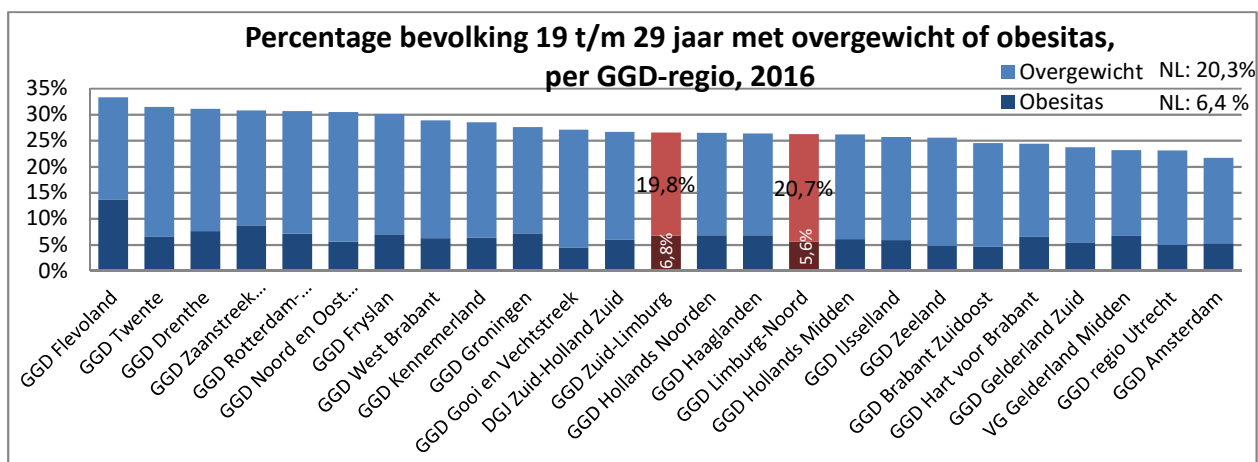
Bron: Stichting Lezen en Schrijven en ROA (2016)

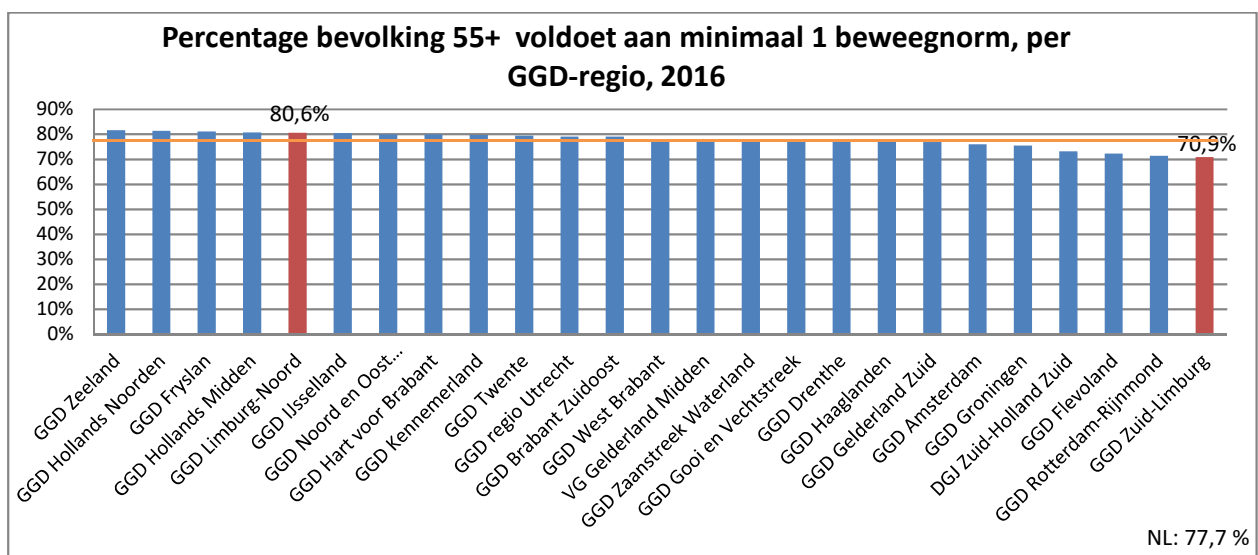
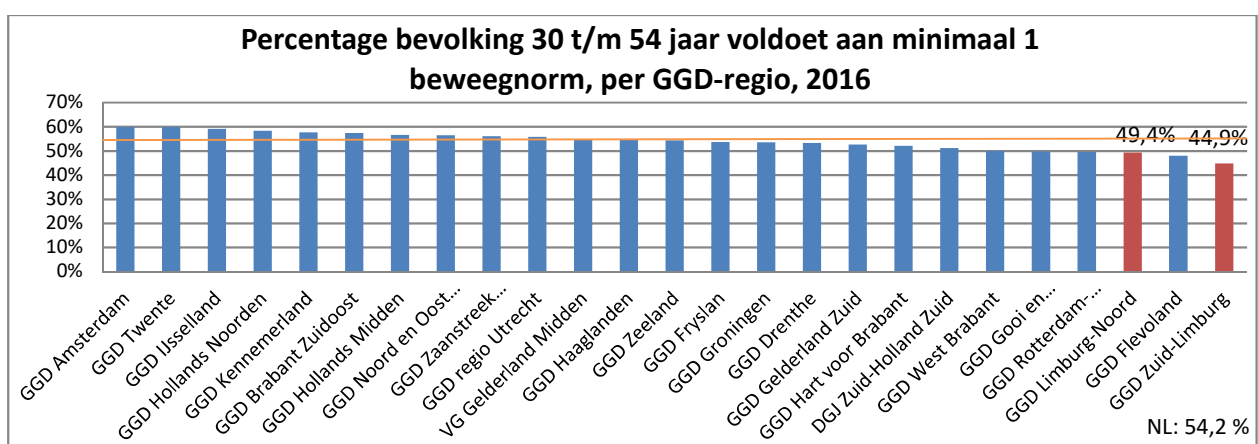
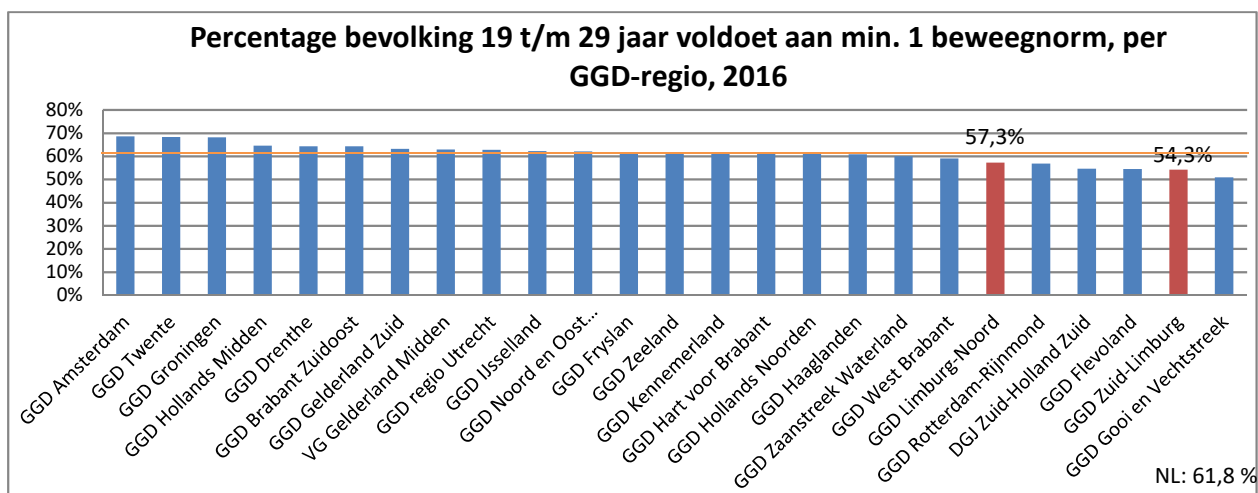
Bijlage 4 Leefstijl grafieken jeugd, (jong)volwassenen en ouderen

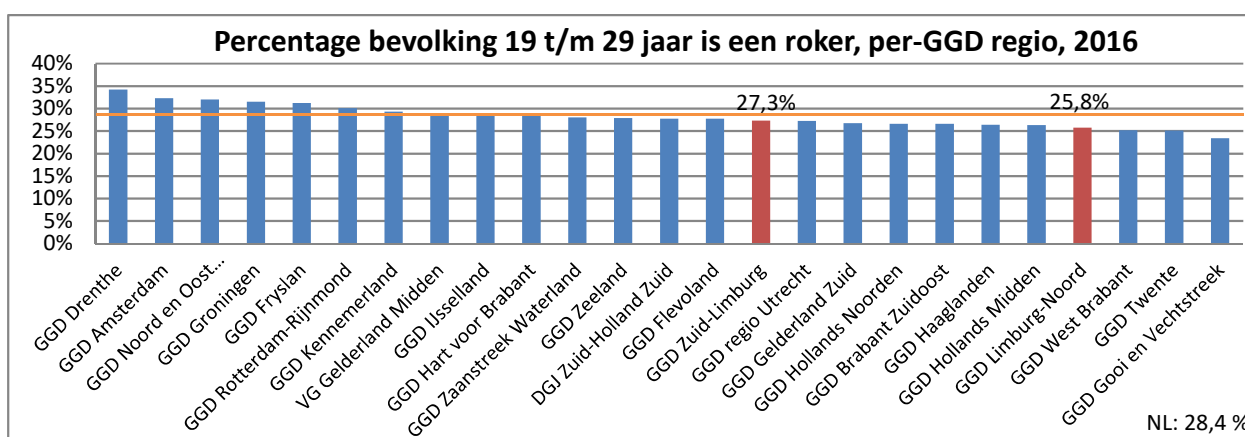
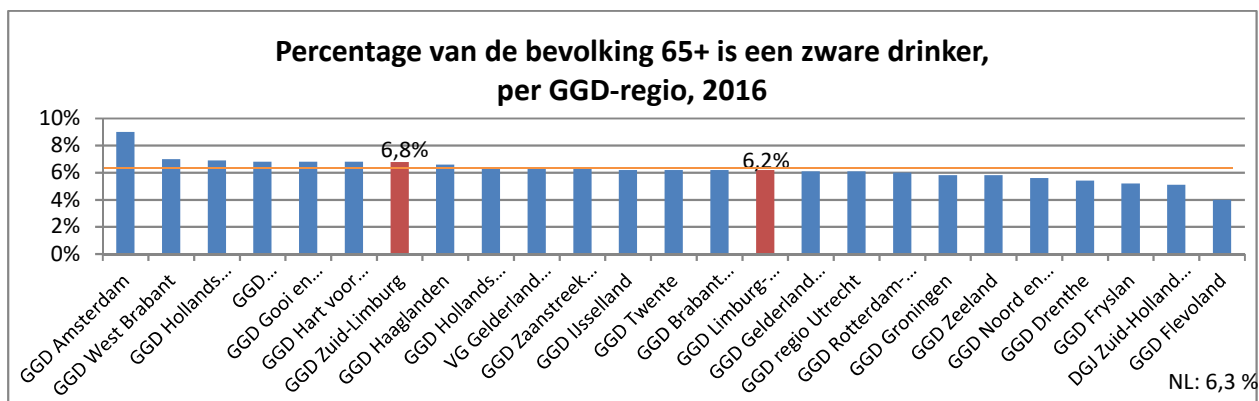
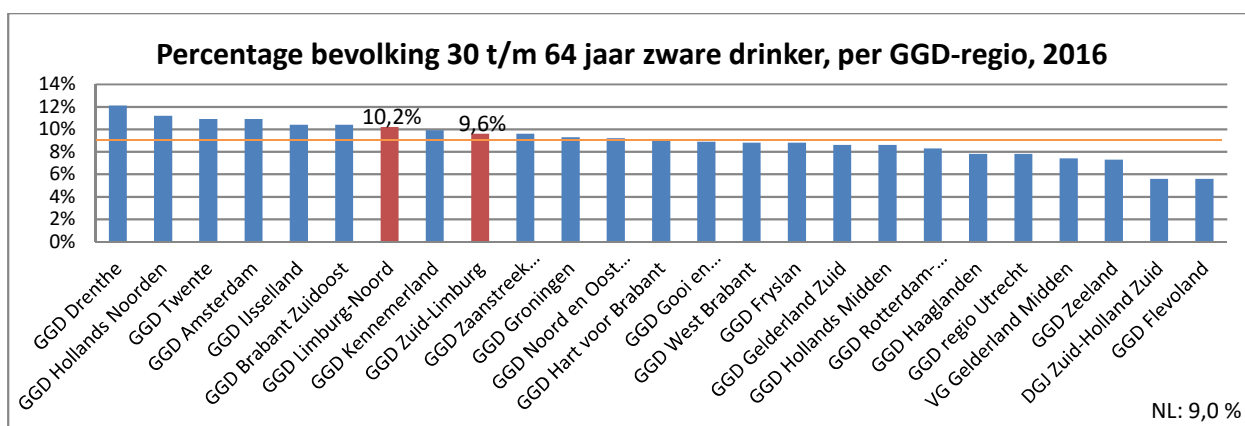
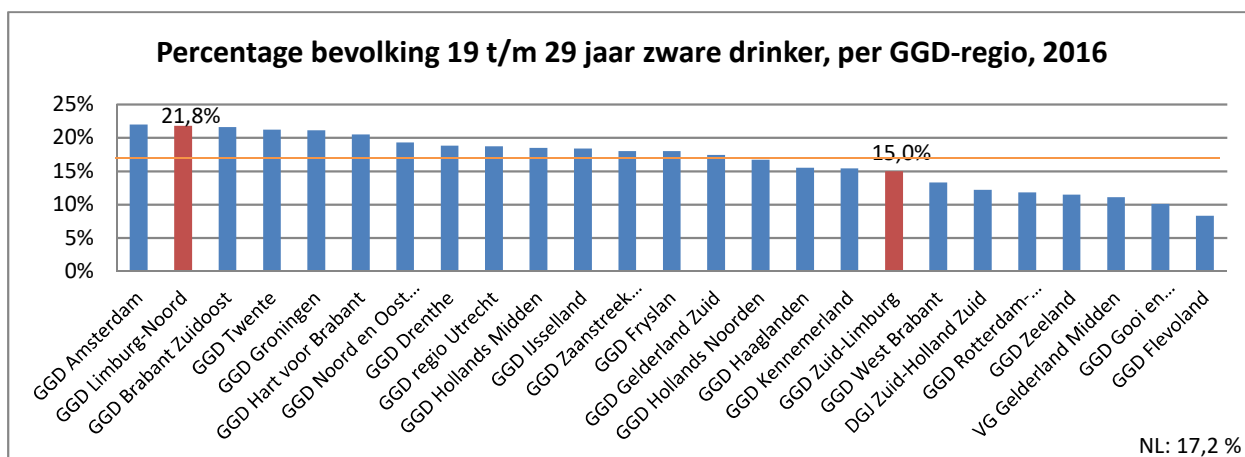




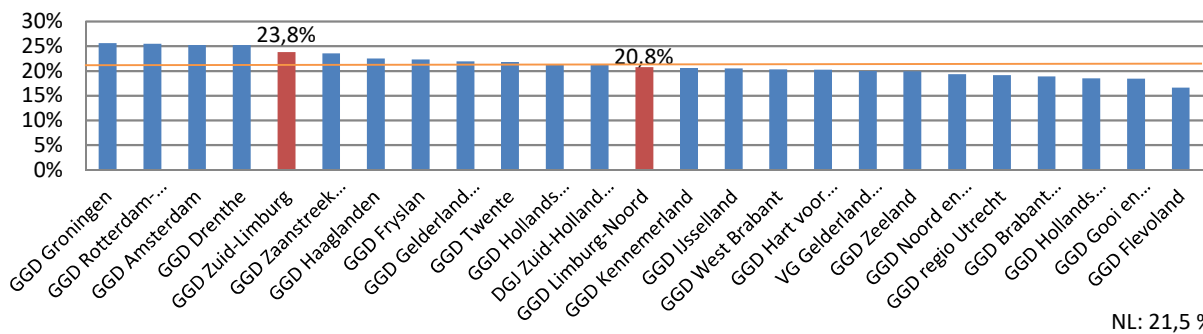
Bron: GGD Jeugdgezondheidsmonitor (2015)



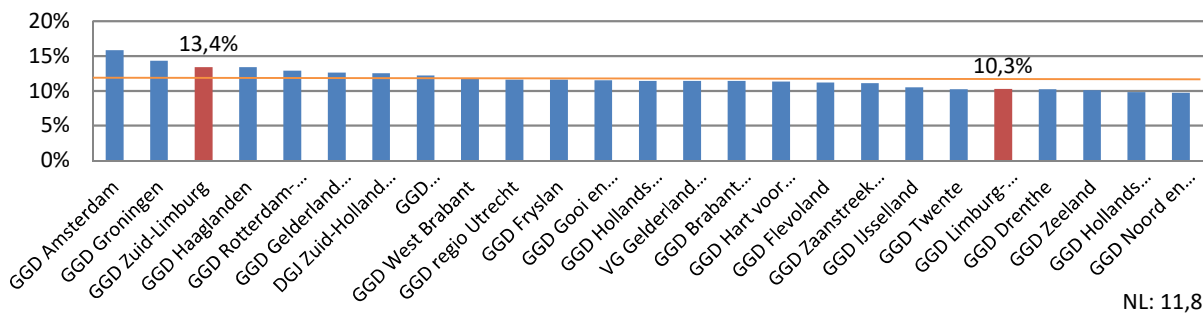




Percentage bevolking 30 t/m 64 jaar is een roker, per GGD-regio, 2016

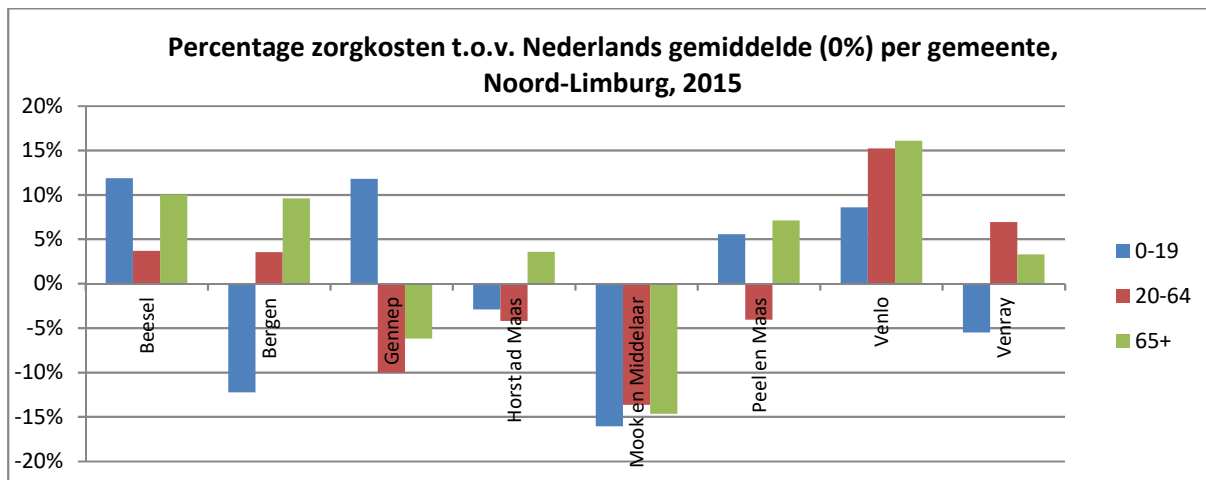


Percentage van de bevolking 65+ is een roker, per GGD-regio, 2016

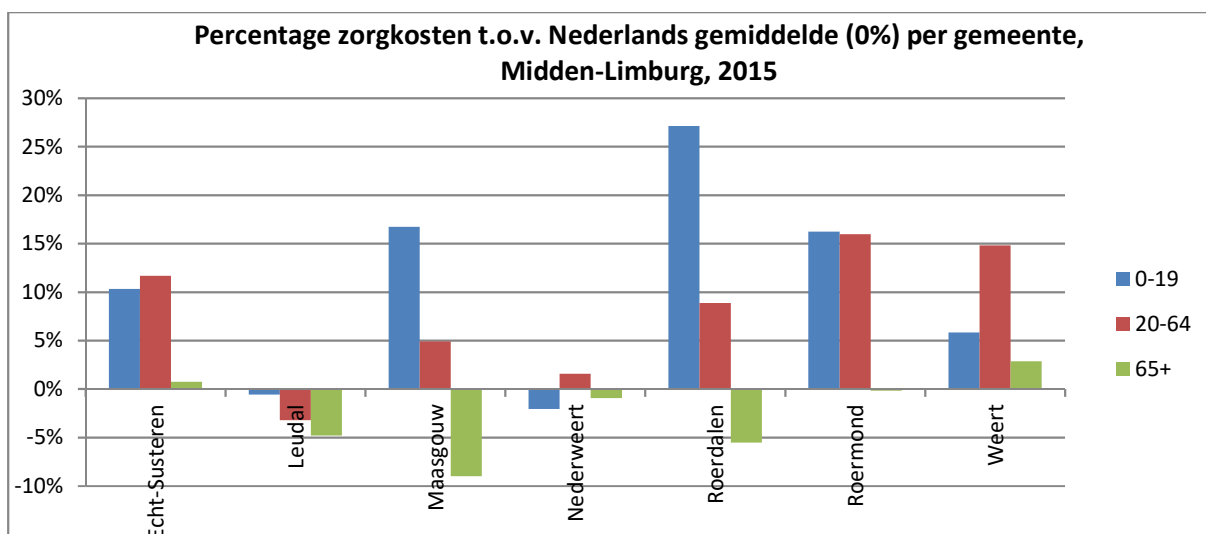


Bron: GGD Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen (2016)

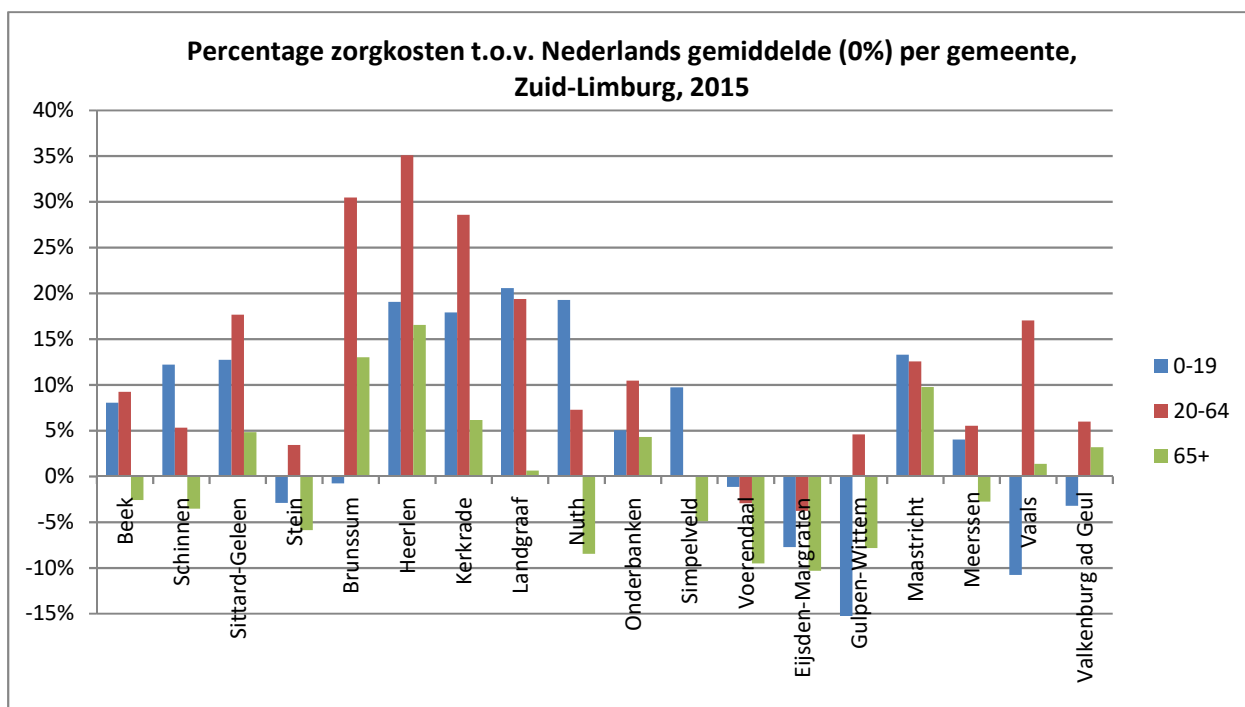
Bijlage 5 Relatieve zorgkosten per gemeente



Bron: Vektis (2015)



Bron: Vektis (2015)



Bron: Vektis (2015)

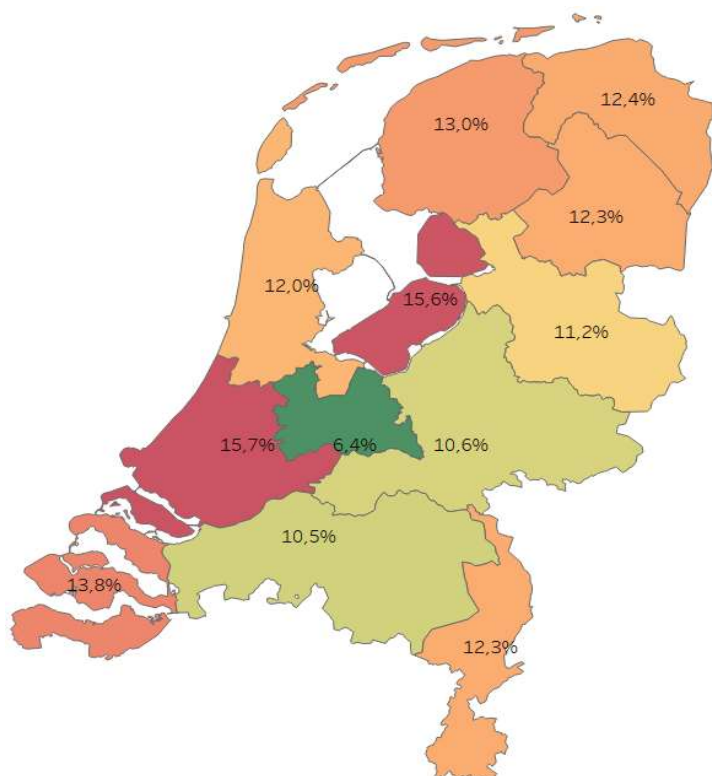
Gemeentes met zorgkosten (in %) boven het gemiddelde van hun regio.

Noord-Limburg		Midden-Limburg		Zuid-Limburg	
19-64	65+	19-64	65+	19-64	65+
Venlo	Venlo	Roermond	Weert	Heerlen	Heerlen
10.1%	7.6%	5.9%	4.6%	15.6%	11.6%
Venray	Beesel	Weert	Echt-Susteren	Brunssum	Brunssum
2.2%	2%	4.9%	2.5%	11.7%	8.2%
	Bergen	Echt-Susteren	Roermond	Kerkrade	Maastricht
	1.5%	2%	1.5%	10.1%	5.1%
			Nederweert	Landgraaf	Kerkrade
			0.8%	2.2%	1.7%
				Sittard-Geleen	Sittard-Geleen
				0.7%	0.4%
				Vaals	
				0.2%	

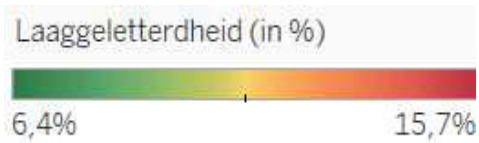
Bron: Vektis (2015)

Bijlage 6 Landkaarten

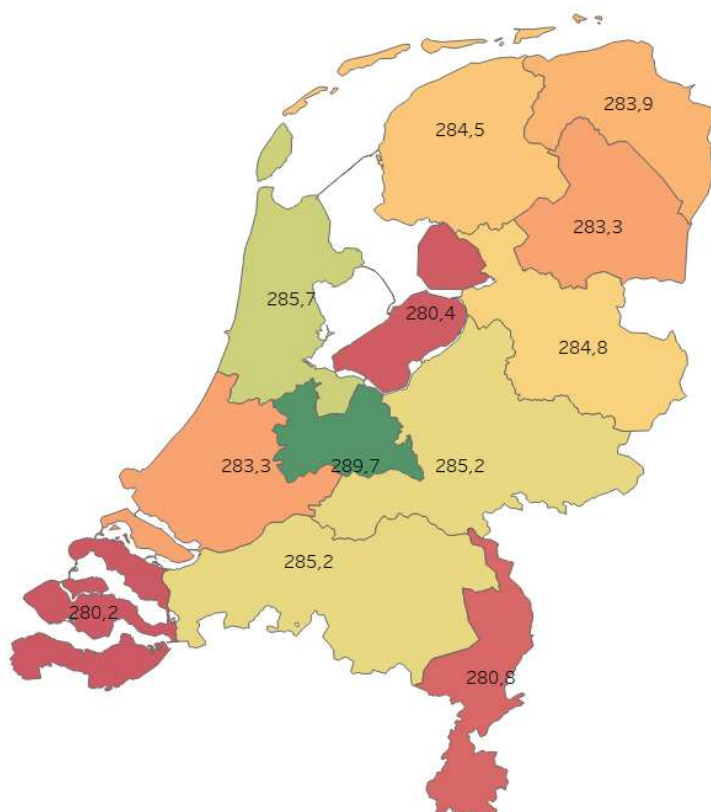
Percentage laaggeletterdheid per provincie 2012



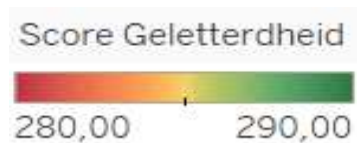
Landelijk gemiddelde: 11,9%



Score geletterdheid per provincie 2012

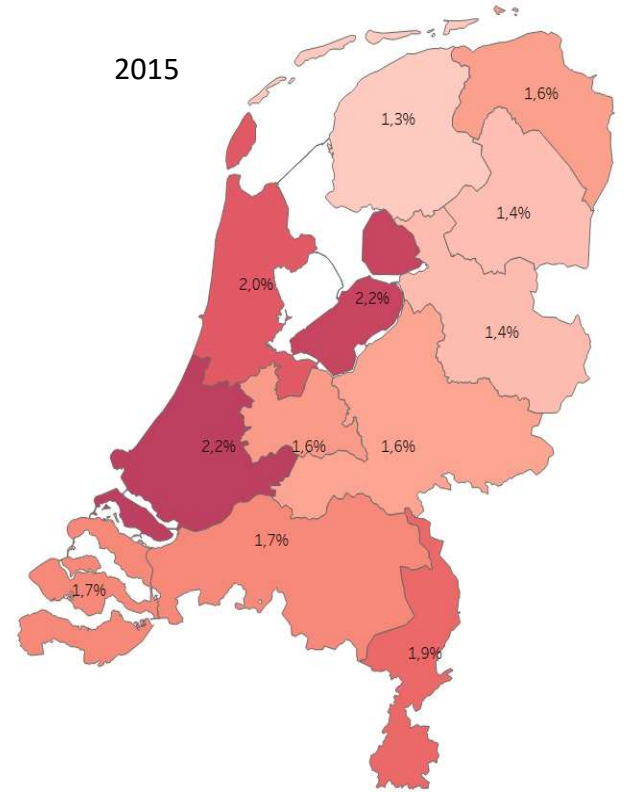
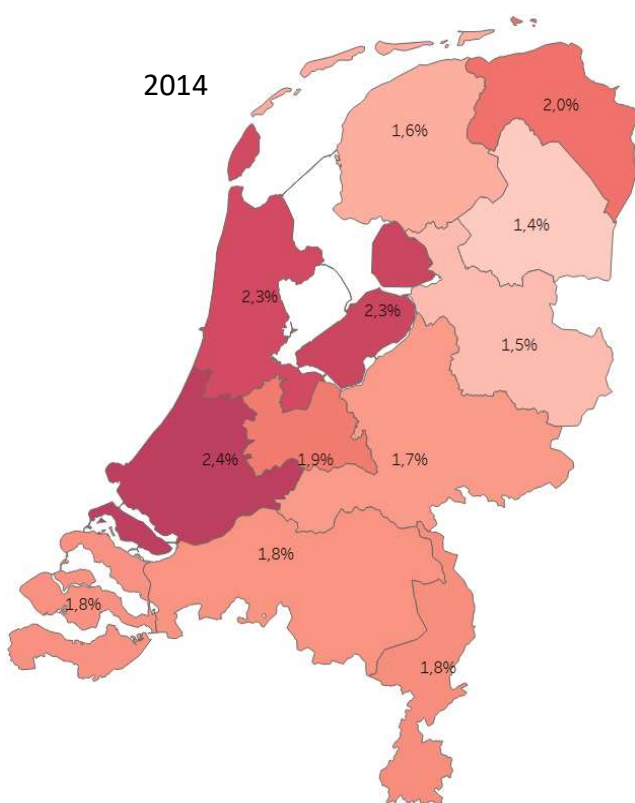
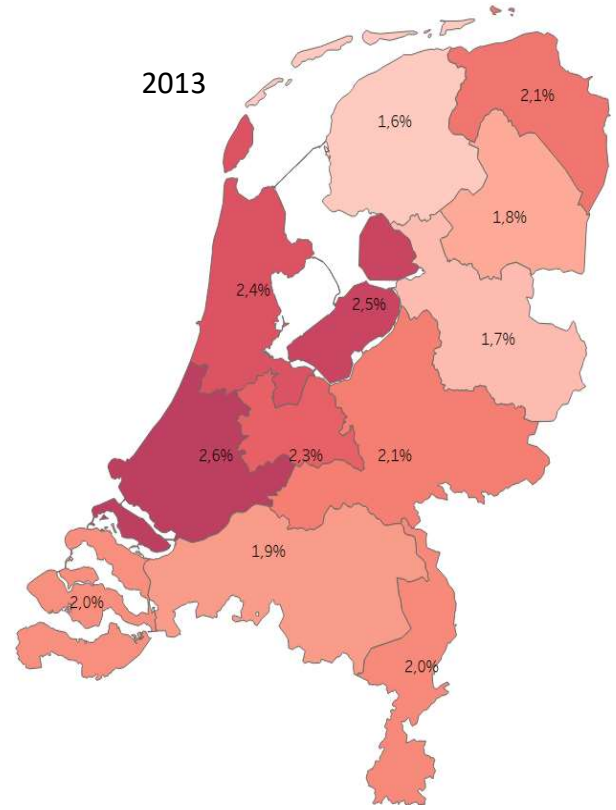
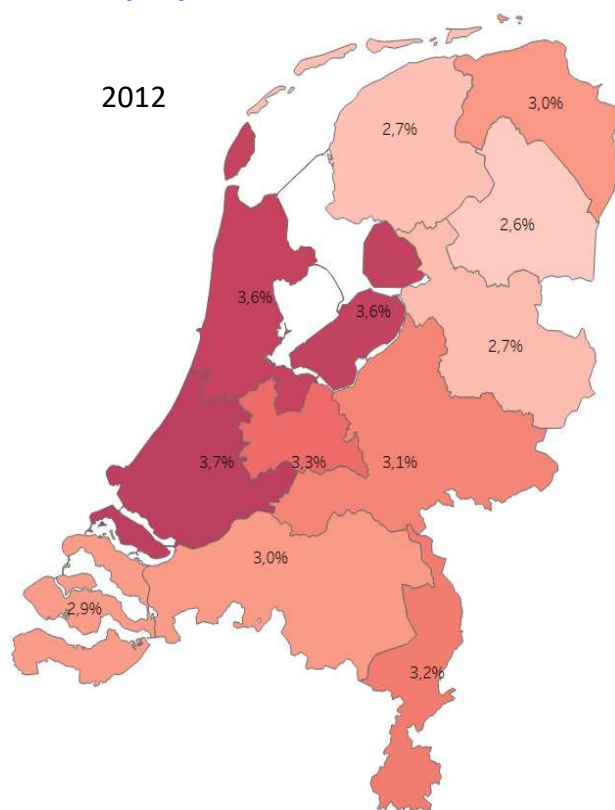


Landelijk gemiddelde score: 284



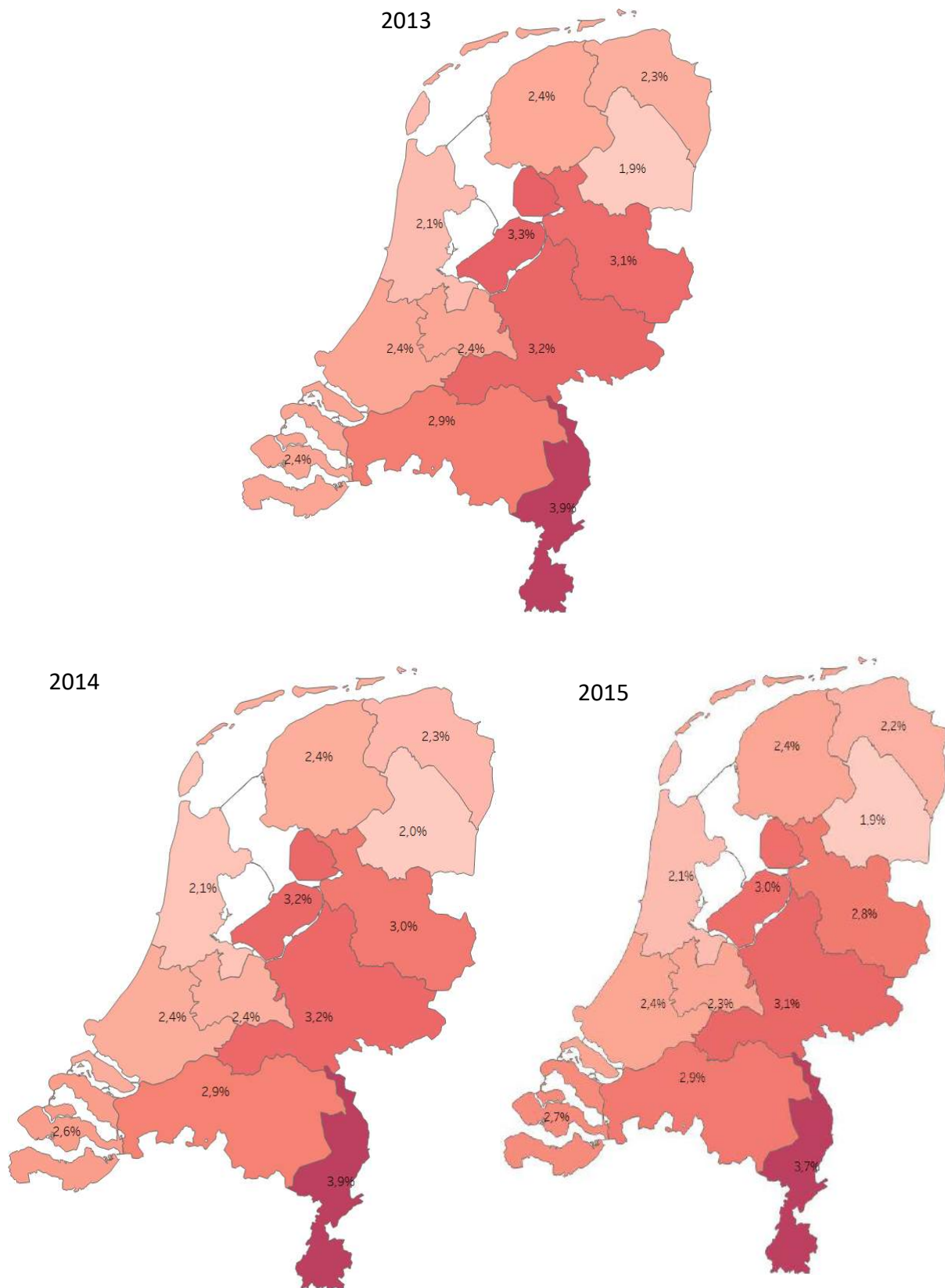
Bron: Stichting Lezen en Schrijven en ROA (2016)

Percentage Voortijdig Schoolverlaters (VSV-ers) van totaal leerlingen voortgezet onderwijs en MBO per provincie



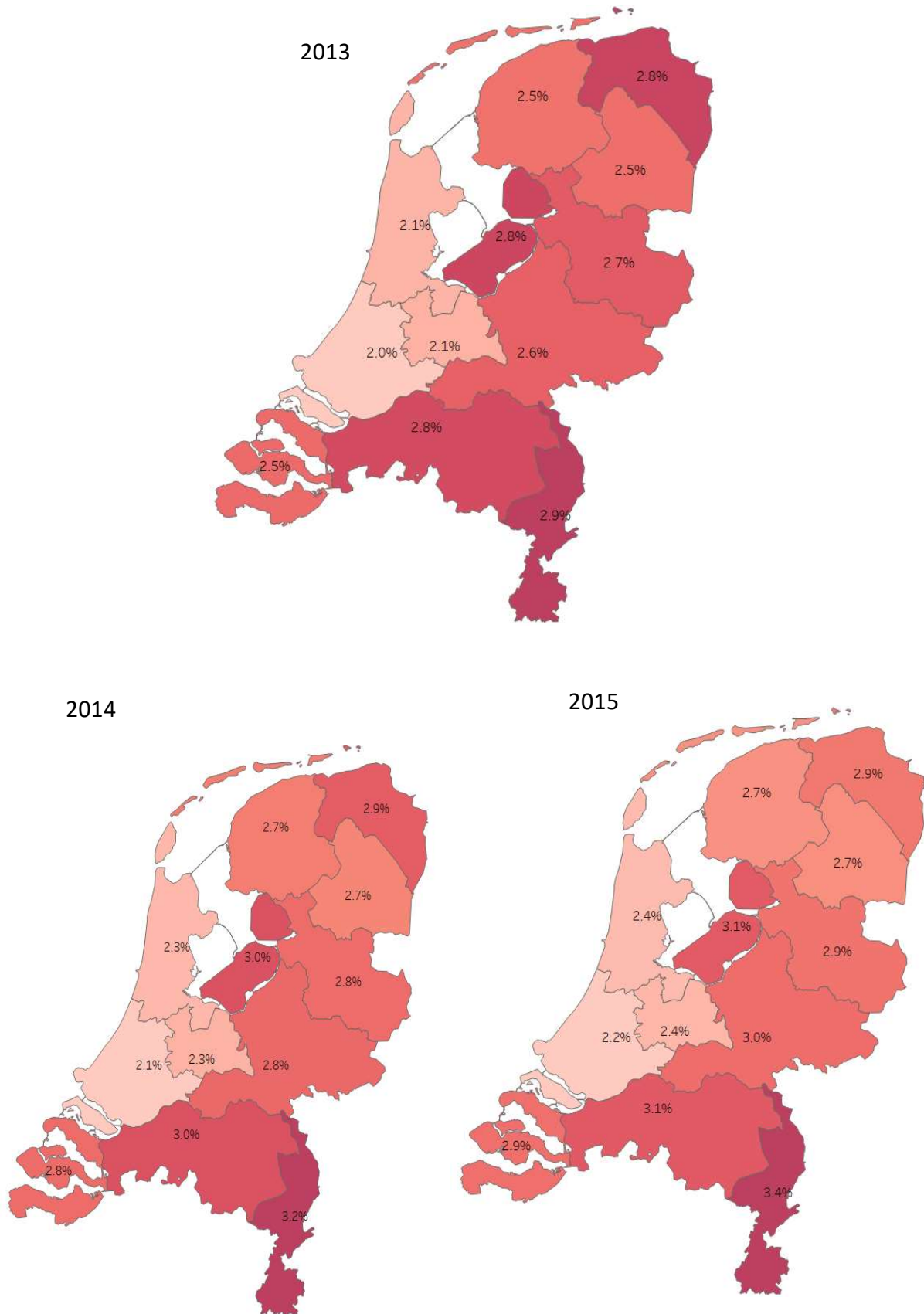
Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

Percentage leerlingen in speciaal onderwijs van totaal leerlingen basis- en vervolgonderwijs per provincie



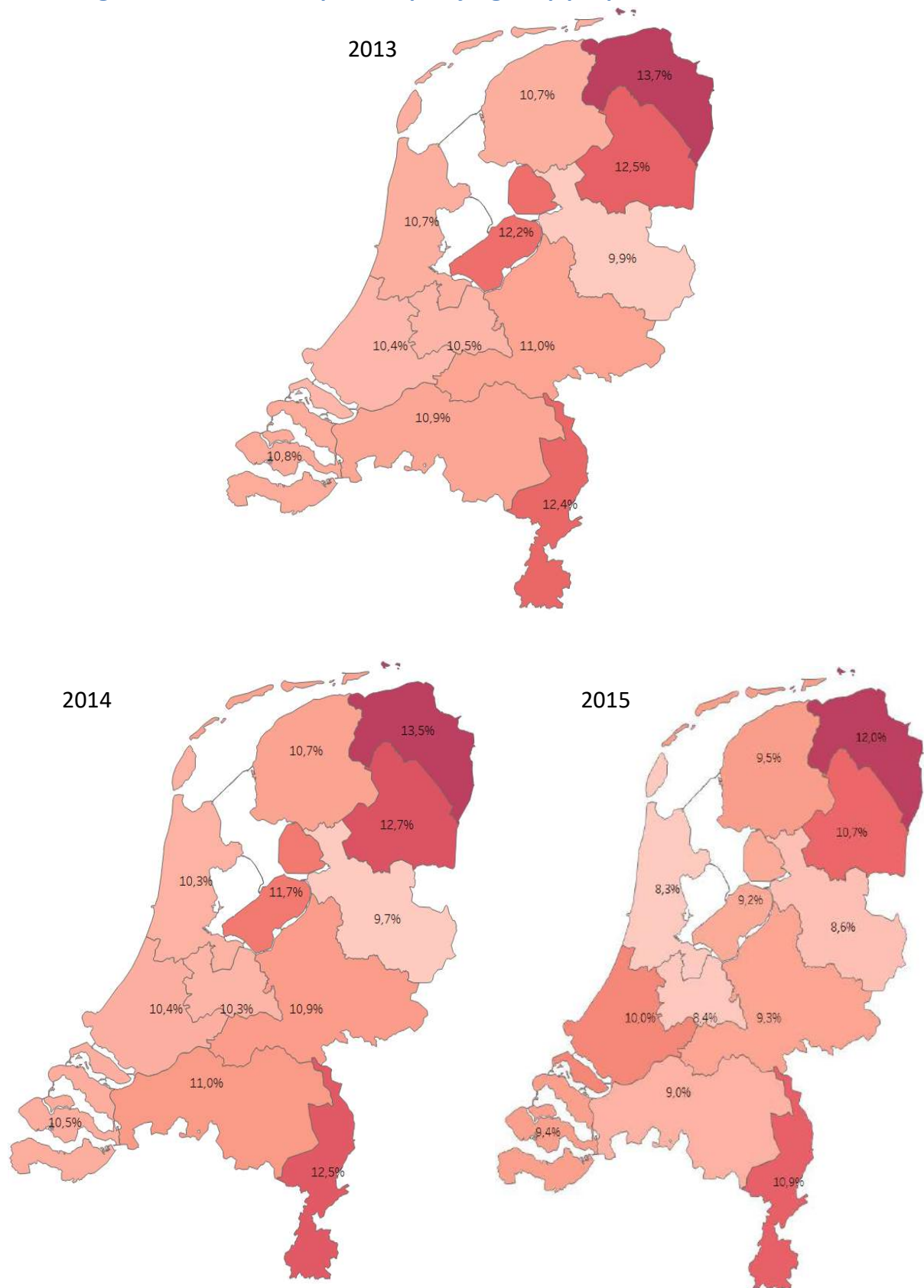
Bron: Kinderen in Tel (2017)

Percentage kinderen met een handicap per provincie



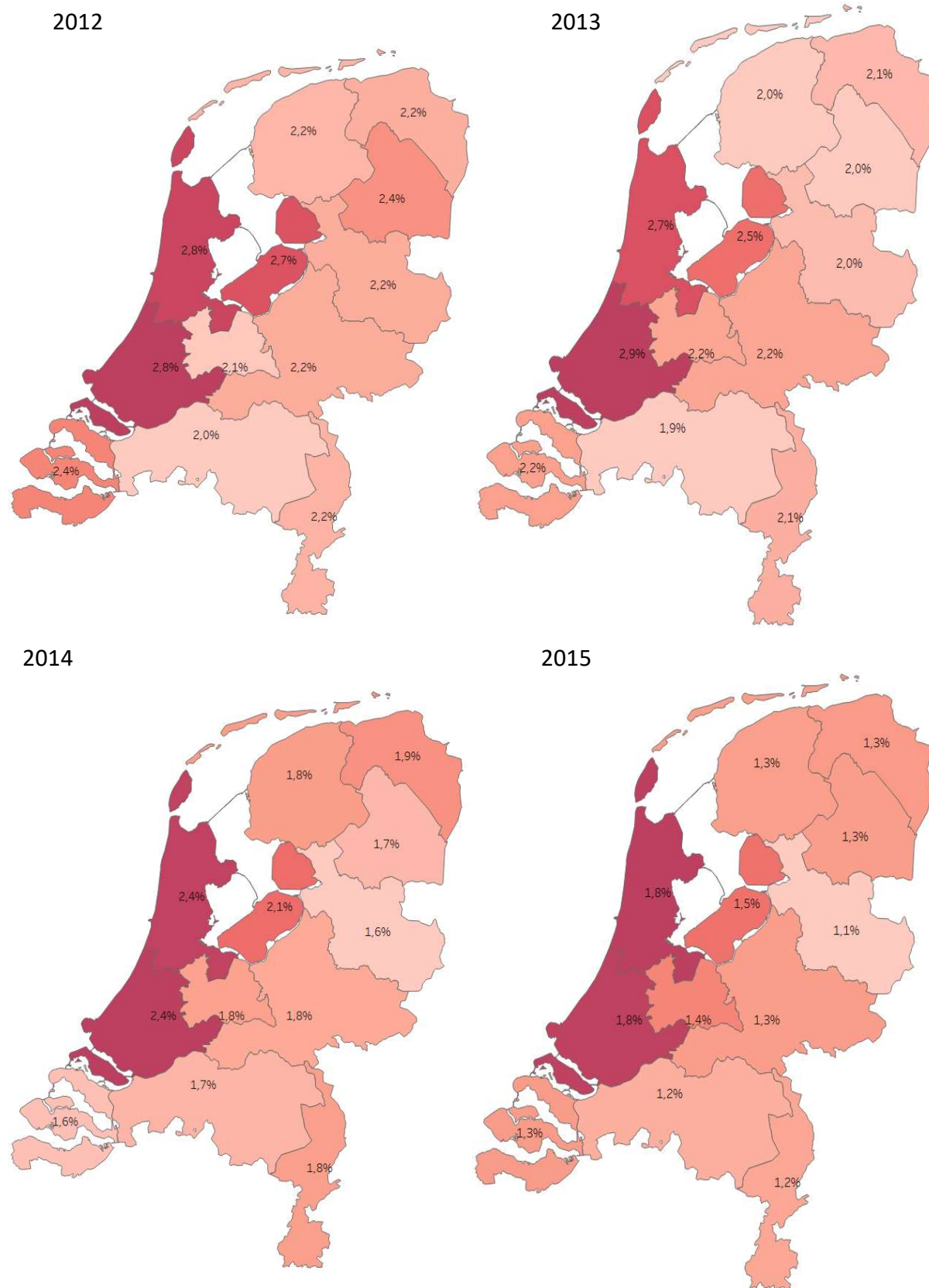
Bron: Kinderen in Tel (2017)

Percentage kinderen die beroep doen op de jeugdhulp per provincie



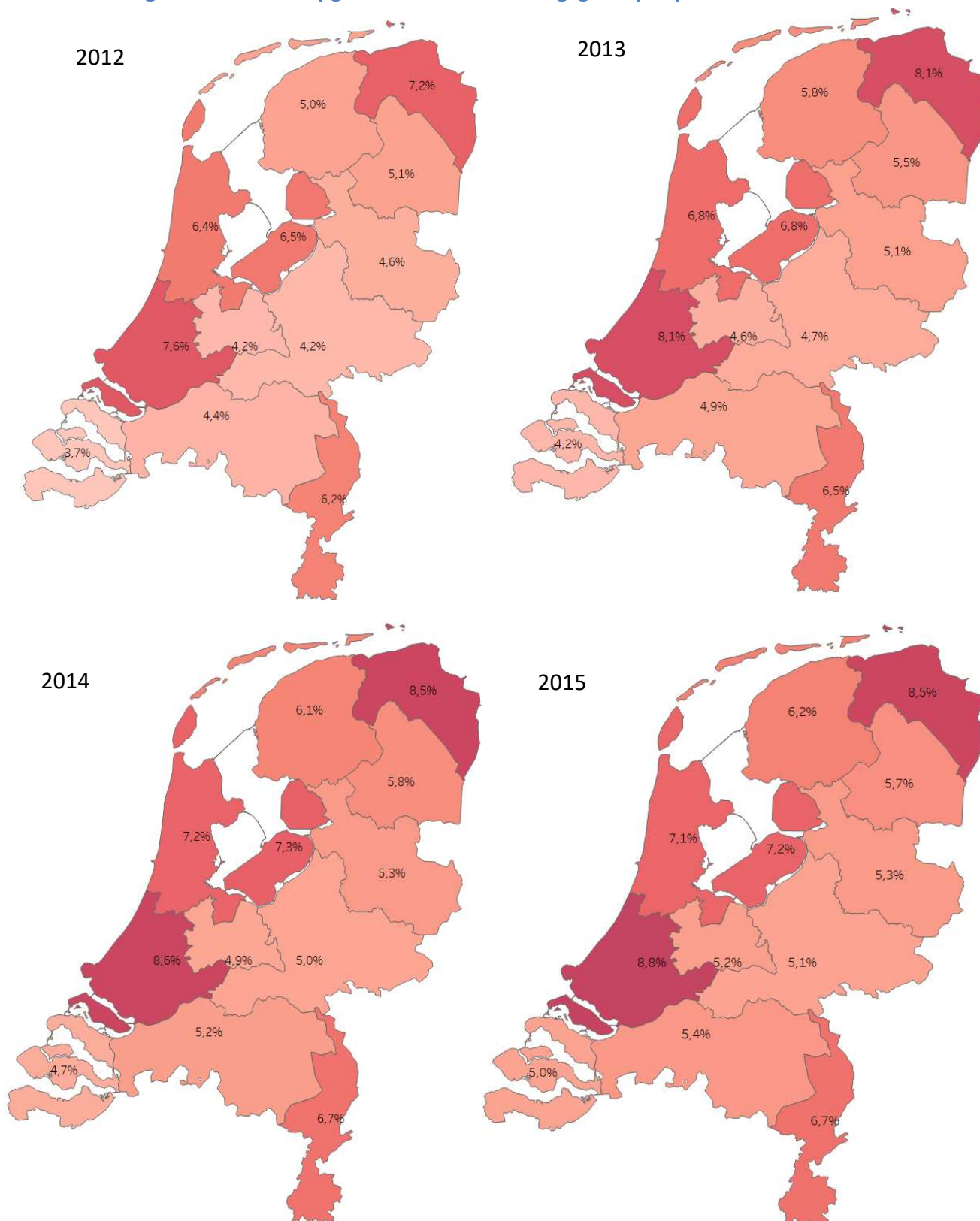
Bron: Kinderen in Tel (2017)

Percentage 12 tot en met 21 jarigen die worden verdacht van een delict en de zaak is afgedaan door het OM per provincie



Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

Percentage kinderen die opgroeien in een uitkeringsgezin per provincie



Bron: Kinderen in Tel (2014, 2017)

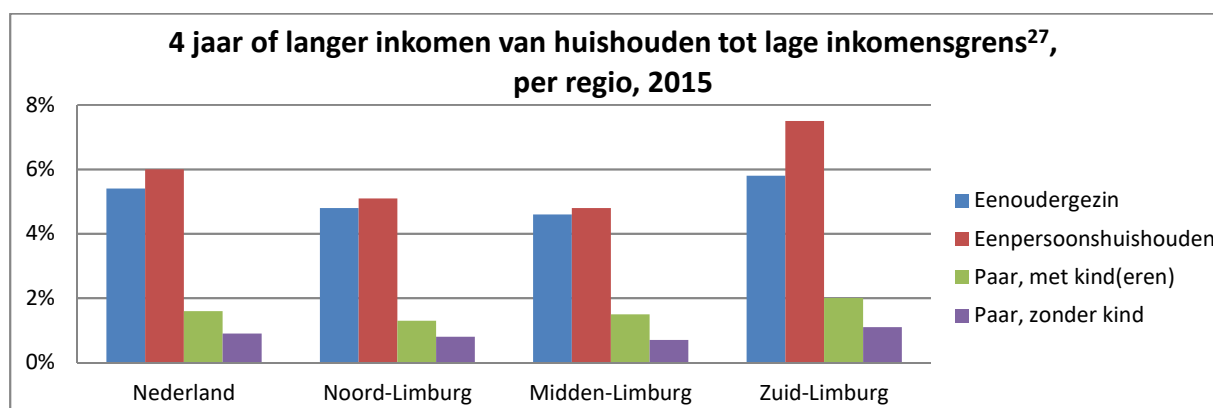
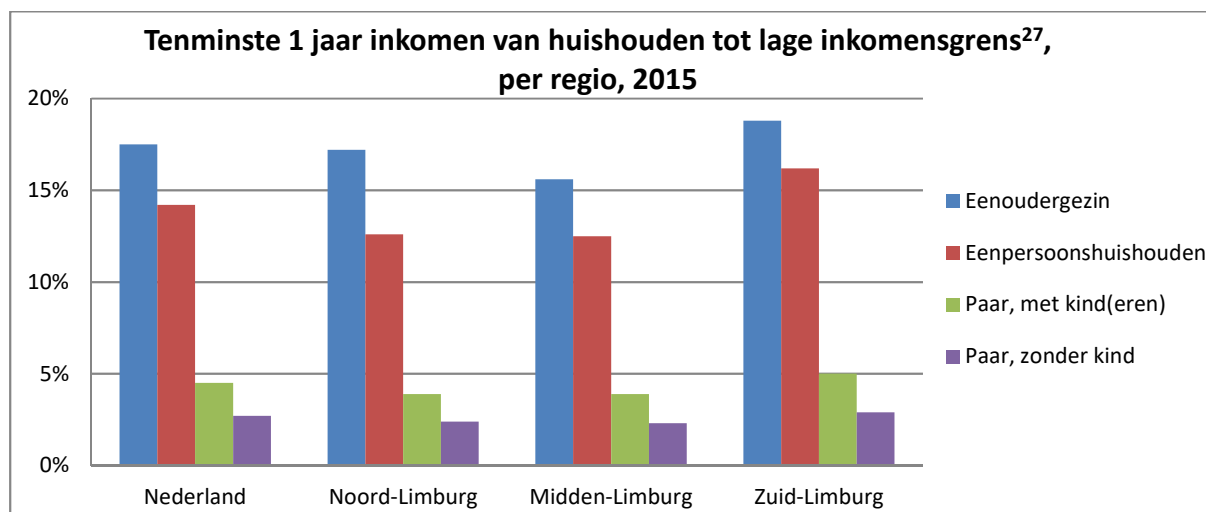
Bijlage 7 Rangorde Limburgse gemeenten indicatoren Kinderen in Tel 2015

Landelijke rangorde (van de 390)	Gemeente	VSV	Speciaal Onderwijs	Kinderen met handicap	Jeugdhulp	Uitkeringsgezin	Eenoudergezin	Jeugdcriminaliteit
	Landelijk gemiddelde	1,8%	2,6%	2,7%	9,3% (ca. 1 op de 10 kinderen)	6,6% (ca. 1 op de 15 kinderen)	15,4% (ca. 1 op de 6 kinderen)	1,5%
2	Heerlen	2,9%	4,7%	4,0%	12,5%	14,1%	26,6%	2,0%
3	Kerkrade	2,7%	4,7%	3,9%	11,5%	11,9%	22,6%	1,9%
17	Brunssum	1,3%	4,1%	3,3%	11,7%	9,9%	22,0%	1,3%
18	Maastricht	1,3%	4,2%	3,5%	13,2%	9,6%	20,4%	1,3%
24	Landgraaf	1,5%	3,9%	3,5%	11,1%	8,6%	19,4%	1,5%
25	Venlo	2,2%	4,3%	4,5%	10,7%	8,4%	16,6%	2,2%
28	Roermond	1,9%	3,3%	3,7%	10,7%	8,7%	18,8%	1,9%
44	Simpelveld	1,2%	6,2% ²⁷	5,4% ²⁶	13,3% ²⁶	4,4%	13,8%	1,1%
45	Vaals	2,4%	3,6%	2,2%	8,8%	8,8%	20,5%	0,7%
55	Sittard-Geleen	2,2%	3,9%	3,1%	9,3%	7,0%	18,3%	1,5%
100	Stein	2,1%	4,5%	3,4%	11,2%	3,1%	14,3%	1,3%
103	Gennep	1,4%	3,3%	2,9%	9,5%	3,8%	12,1%	1,1%
104	Onderbanken	1,5%	4,0%	3,2%	11,7%	3,7%	15,4%	1,0%
110	Leudal	1,2%	5,0%	3,3%	12,0%	2,7%	10,3%	0,8%
114	Valkenburg a/d Geul	1,6%	3,7%	2,7%	11,3%	4,3%	14,5%	0,7%
128	Weert	1,0%	3,4%	3,1%	10,9%	5,7%	12,4%	1,0%
138	Meerssen	1,6%	2,8%	2,5%	11,7%	3,0%	12,0%	1,0%
206	Roerdalen	1,2%	3,2%	3,3%	10,4%	4,0%	12,7%	0,6%
207	Eijsden-Margraten	1,1%	4,2%	2,5%	10,1%	2,0%	9,3%	1,2%
213	Beesel	1,4%	3,7%	3,8%	7,3%	5,8%	11,5%	0,2%
216	Nuth	1,9%	3,3%	2,5%	8,6%	3,1%	13,3%	0,7%
223	Schinnen	0,7%	1,8%	2,7%	8,9%	4,4%	13,7%	0,7%
225	Beek	0,7%	2,6%	2,6%	10,1%	5,1%	13,4%	0,7%
232	Maasgouw	0,7%	3,3%	3,3%	9,7%	3,1%	10,7%	0,7%
292	Peel en Maas	1,1%	2,8%	3,4%	7,4%	2,4%	8,0%	0,7%
297	Nederweert	1,2%	2,7%	2,6%	9,3%	3,5%	9,3%	0,5%
298	Horst a/d Maas	1,0%	2,3%	3,4%	9,7%	3,3%	8,1%	0,6%
301	Voerendaal	0,7%	2,5%	2,8%	7,0%	3,7%	14,0%	0,4%
303	Gulpen-Wittem	0,9%	2,5%	2,4%	9,2%	2,8%	11,0%	0,6%
331	Mook en Middelaar	1,3%	1,8%	2,9%	7,5%	3,4%	12,3%	0,5%

Bron: Kinderen in Tel (2017)

²⁷ Een aantal cijfers voor de gemeente Simpelveld kunnen een vertekend beeld geven vanwege de aanwezigheid van zorginstelling(en) in een relatief kleine gemeente. Kinderen die in deze instellingen verblijven, staan ingeschreven in de specifieke gemeente van de zorginstelling.

Bijlage 8 Grafieken laag en langdurig laag inkomen 2015



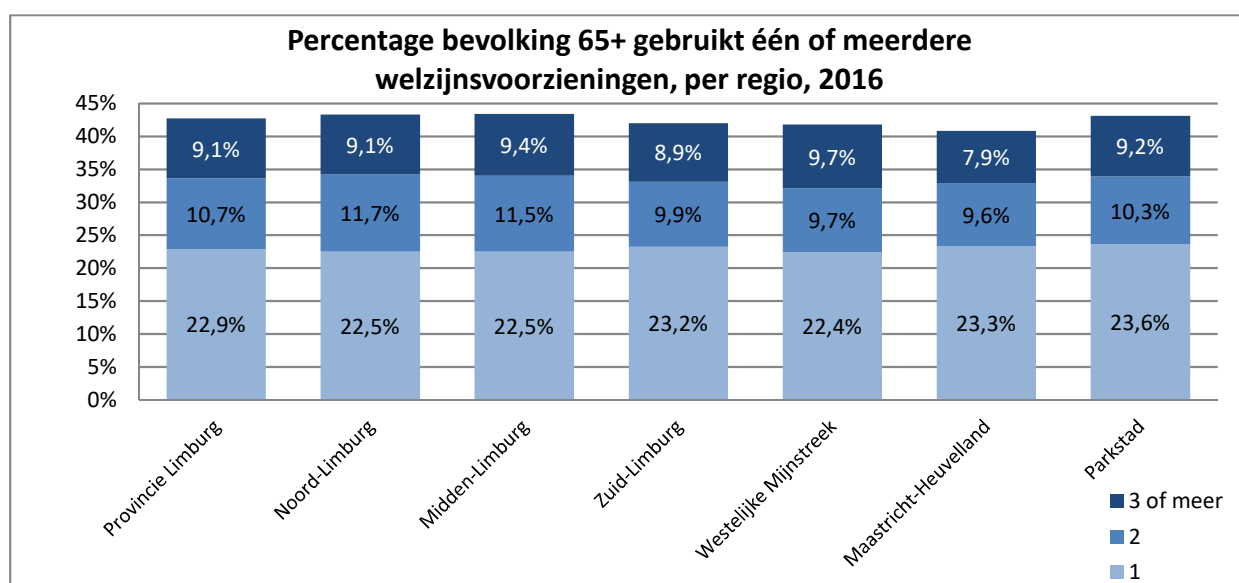
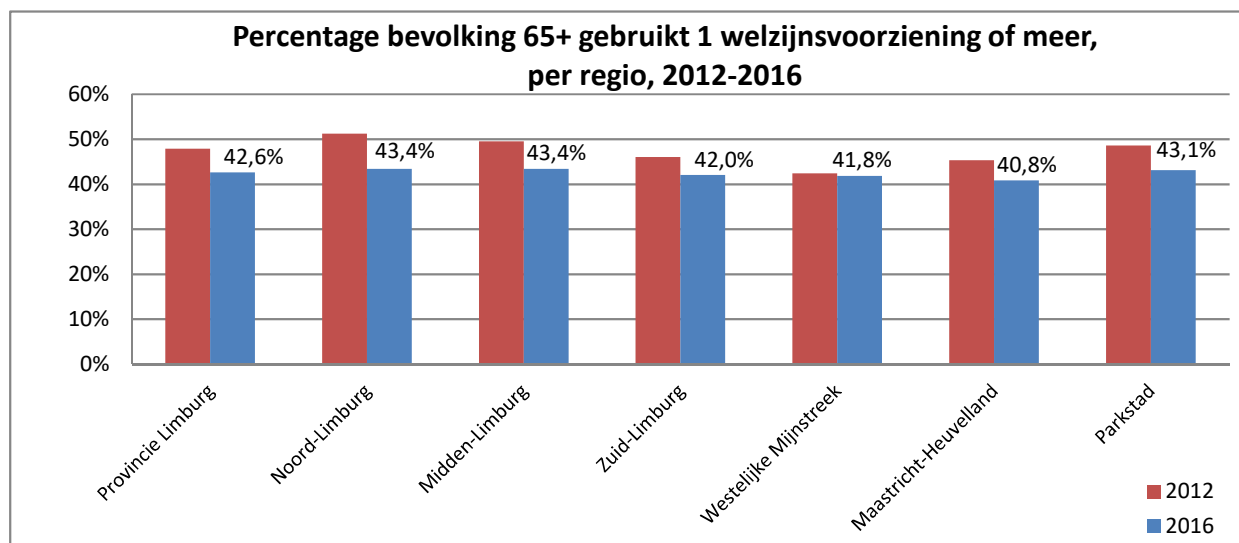
Aantal huishoudens met een inkomen tot de lage inkomensgrens²⁸, 2015

2015	Nederland		Noord-Limburg		Midden-Limburg		Zuid-Limburg	
	Ten minste 1 jaar	4 jaar of langer	Ten minste 1 jaar	4 jaar of langer	Ten minste 1 jaar	4 jaar of langer	Ten minste 1 jaar	4 jaar of langer
x 1000 huishoudens								
Particuliere huishoudens	589,9	209,5	8,0	2,7	6,9	2,4	24,9	9,9
Eenpersoonshuishouden	349,0	134,0	4,4	1,7	4,0	1,4	15,5	6,6
Eenoudergezin	86,5	25,3	1,2	0,3	0,9	0,3	3,5	1,0
Paar, zonder kind	57,4	17,6	0,9	0,3	0,8	0,2	2,5	0,9
Paar, met kind(eren)	89,2	31,0	1,3	0,4	1,1	0,4	3,1	1,2

Bron: CBS (2018)

²⁸ De lage inkomensgrens in 2015 per maand is volgens het CBS € 1030,- voor een alleenstaande, € 1410,- voor een paar zonder kinderen, € 1710,- voor een paar met 1 kind, € 1930,- voor een paar met 2 kinderen, € 1370,- voor een eenoudergezin met 1 kind en € 1550,- voor een eenoudergezin met 2 kinderen. Voor meerpersoonshuishoudens wordt d.m.v. de equivalentiefactor het huishoudelijk inkomen aangepast voor het aantal personen waardoor deze vergelijkbaar worden gemaakt met het inkomen van alleenstaanden (CBS 2018a).

Bijlage 9 gebruik lokale welzijnsvoorzieningen door ouderen



Bron: GGD Gezondheidsmonitor Ouderen (Limburg-Noord en Zuid-Limburg) 2012, 2016

Bijlage 10 Beschikbaarheid bronnen in de toekomst

Naam Bron	Uitgevoerd	Nieuwe data	Verwachting beschikbaarheid nieuwe data
GGD Gezondheidsmonitor Volwassen en Ouderen	1x per 4 jaar	2020	2021
GGD Jeugdgezondheidsmonitor	1x per 4 jaar	2019	2020
ROA schoolverlatersonderzoek	Jaarlijks	2017	2018
OML onderzoek voortgezet onderwijs	1x per 2 jaar	2018	2019
Kinderen in Tel	Jaarlijks	2017	2018
RIVM levensverwachting	1x per 4 jaar	2016	Nog niet bekend
PIAAC onderzoek laaggeletterdheid	2012	n.v.t.	Nog niet bekend
CBS regionale gegevens Statline	Jaarlijks	2017	2018

