

WoonZorgwijzer 3.0

update 2020 en doorontwikkeling



WoonZorg
—wijzer—

WoonZorgwijzer 3.0

update 2020 en doorontwikkeling

 **In.Fact.**

Object vision

Baas geo

10 januari 2022

Kees Leidelmeijer (In Fact)

Johan van Iersel (In Fact)

Martin van der Beek (Object Vision)

Bart Baas (Baas Geo)

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	1
2	Jeugdhulpverlening	2
2.1	Afbakening	2
2.2	Risicofactoren	3
2.3	Modellering	8
2.4	Inzet jeugdhulp	9
3	Toets modellen	11
3.1	Ontwikkeling voorkomen van aandoeningen	11
3.2	Ontwikkeling voorkomen van beperkingen	15
3.3	Ontwikkeling psychische gezondheid	16
3.4	Veranderingen samenhang met populatiekenmerken	16
4	Aanpassingen bestaande groepen	19
4.1	Nieuwe input dementie	19
4.2	Nieuwe subgroep Psychiatrie	21
5	Extra groepen plus-varianten	24
5.1	De Gezondheidsmonitor als bron	24
5.2	Eenzaamheid	25
5.3	Obesitas	31
6	Overige aanpassingen	39
6.1	Mapgallery 5.0	39
6.2	Demografische prognose	39
6.3	Nieuwe tijdreeks	41
6.4	Wijkniveau en downloads	41

1 Inleiding

Begin 2022 is de 3.0 versie van de WoonZorgwijzer beschikbaar gekomen. Deze nieuwe versie bevat in de eerste plaats een actualisatie: de jaartallen 2020 en 2025 zijn als meetjaar toegevoegd. Bij elke actualisatie van de WoonZorgwijzer wordt ook gekeken welke andere verbeteringen kunnen doorgevoerd om de gebruikswaarde van het instrument verder te verbeteren.

In deze rapportage worden de bij het opstellen van de 3.0-versie doorgevoerde wijzigingen, aanvullingen en verbeteringen besproken. Daarbij is de volgende indeling gehanteerd:

- Het is al lange tijd een wens geweest (van zowel de ontwikkelaars als de gebruikers) om jeugd een plaats te geven in de WoonZorgwijzer. Met de 3.0-versie komt de wens tot werkelijkheid. In hoofdstuk 2 wordt omschreven hoe we deze groep in de 3.0-versie hebben gemodelleerd.
- De modellen van de WoonZorgwijzer gaan al enige tijd mee. Het is niet de verwachting dat er grote veranderingen plaatsvinden in de onderliggende relaties, maar het is wel belangrijk dit om de zoveel jaar te toetsen. In hoofdstuk 3 wordt de uitgevoerde toets nader omschreven.
- Uit hoofdstuk 3 blijkt dat de modellen de tand des tijds hebben kunnen weerstaan. Toch is er bij een beperkt aantal zorggroepen wel aanleiding geweest voor een beperkt aantal aanpassingen. Deze worden besproken in hoofdstuk 4.
- De WoonZorgwijzer wordt in de praktijk vaak gebruikt in combinatie met andere bronnen, zoals het feitelijk gebruik van de wmo-voorzieningen of gegevens over de woningvoorraad. Bij dit gebruik is vaak aangegeven dat men graag zou zien dat ook 'eenzaamheid' en 'obesitas' een plekje zou krijgen in de WoonZorgwijzer. Deze thema's passen niet direct in het conceptueel kader van de WoonZorgwijzer, maar kunnen vanaf nu wel modularair worden aangeboden in plus-varianten. In hoofdstuk 5 worden deze modules besproken.
- Naast inhoudelijke aanpassingen, zijn er ook meer technische aanpassingen doorgevoerd. Deze staan nader toegelicht in hoofdstuk 6.

De in deze hoofdstukken besproken verbeteringen, maken dat de WoonZorgwijzer 3.0 met veel trots is gelanceerd. Waar we niet trots op zijn is de planning, want we hadden de nieuwe versie graag eerder gepresenteerd. De reden voor de vertraging is te vinden in de vormgeving van het opdrachtgeverschap van de update in combinatie met de wachttijden voor toegang tot de CBS-microdata. De komende periode passen we het opdrachtgeverschap aan, zodat de update 2022 sneller gereed kan zijn.

2 Jeugdhulpverlening

De WoonZorgwijzer kent zijn oorsprong in de decentralisaties die in 2015 plaatsvonden. Het doel is de gemeenten en andere lokale stakeholders te ondersteunen bij de (destijds) nieuwe taken. In 2015 zijn de gemeenten ook verantwoordelijk geworden voor de jeugdzorg. Toch is bij de ontwikkeling van de WoonZorgwijzer in 2015/2016 besloten jeugd niet mee te nemen. De reden daarvoor was dat de beperkte link van jeugdproblematiek met het woonbeleid, een link waaraan het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties sterk hechtte. De lokale gebruikers van de WoonZorgwijzer hebben altijd aangegeven deze keuze te betreuren. Vandaar dat in de 3.0 versie van de WoonZorgwijzer jeugd alsnog een plaats is gegeven.

2.1 Afbakening

In de WoonZorgwijzer versie 3.0 is voor het eerst ook een zorggroep ‘jeugd’ opgenomen. Hierbij gaan we uit van personen aan wie één of meerdere vormen van hulp of zorg is verleend in het kader van de Jeugdwet, uitgezonderd jeugdbescherming en jeugdreclassering. Daarbinnen richten we ons op de groep jeugdigen aan wie een vorm van ambulante jeugdhulp is verleend. Daarbij zijn inbegrepen:

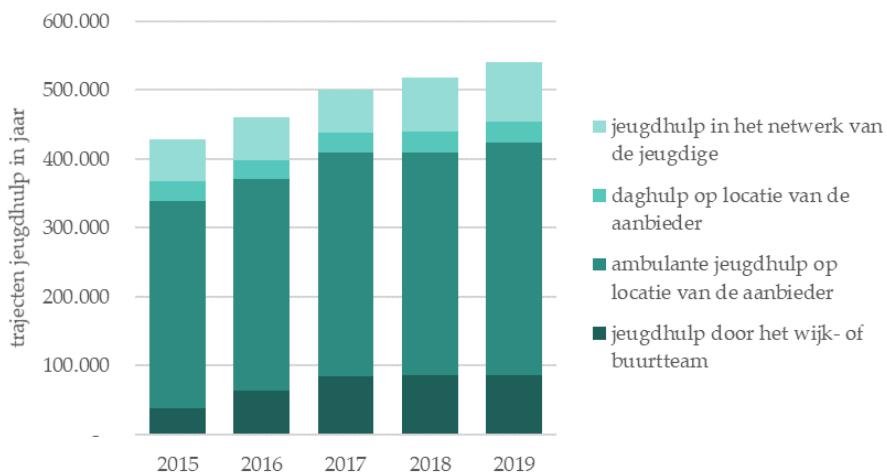
- jeugdhulp uitgevoerd door het wijk- of buurtteam;
- ambulante jeugdhulp op locatie van de aanbieder;
- daghulp op locatie van de aanbieder;
- jeugdhulp in het netwerk van de jeugdige.

Jeugdhulp met verblijf (pleegzorg, gezinsrecht of gesloten plaatsing) laten we buiten beschouwing omdat de WoonZorgwijzer zich vooral richt op personen die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden.

Binnen de ambulante jeugdhulp is de jeugdhulp op locatie van de aanbieder de meest voorkomende vorm (figuur 2-1). Het aandeel is tussen 2015 en 2019 wat afgenomen binnen het totaal van (de in aantal toenemende) trajecten jeugdhulp zonder verblijf. Het aandeel jeugdhulp door een wijk- of buurtteam is hierbinnen wat groter geworden, evenals het aandeel jeugdhulp in het netwerk van de jeugdige.

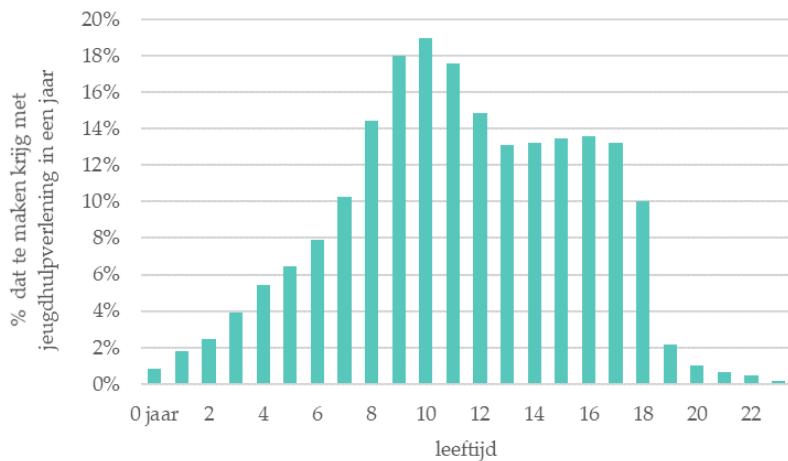
In de regel zijn de personen die hulp of zorg ontvangen in het kader van de Jeugdwet personen met een leeftijd tot 18 jaar, maar in bepaalde gevallen kunnen personen tot 23 jaar ook hulp of zorg ontvangen. De overgangsperiode blijkt ook als wordt gekeken naar de leeftijden van de personen die gedurende een meetjaar gebruik maken van jeugdhulp (figuur 2-2). Hierin is goed te zien dat in het bijzonder personen van 18 jaar nog geregeld in de statistiek voorkomen. Voor de uiteindelijke definitie van de groep in de WoonZorgwijzer gaan we dan ook uit van een leeftijd tot 19 jaar (dus inclusief 18 jarigen) omdat die aansluit bij de praktijk en we daarmee wat meer volume voor de analyses realiseren. In de analyses die zijn gebruikt om de risicofactoren te bepalen, zoals in onderstaande figuur, is de gehele groep tot 23 jaar meegenomen.

figuur 2-1 Trajecten jeugdhulp zonder verblijf 2015-2019



Noot. Deze en volgende figuren zijn gebaseerd op eigen berekeningen door stichting In.Fact op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende Trajecten jeugdhulp aan jeugdigen.”

figuur 2-2 Aandeel personen naar leeftijd dat gebruik maakt van een vorm van ambulante jeugdhulp



2.2 Risicofactoren

In de WoonZorgwijzer richten we ons niet direct op de (registratie van de) feitelijke aanwezigheid van zorggroepen in een gebied, maar op de aanwezigheid voor zover die samenhangt met populatie- en omgevingsfactoren. Het perspectief van de WoonZorgwijzer is het identificeren van kwetsbare groepen en hun potentiele behoeften en niet het vaststellen van (zorg)gebruik. Dat is zo voor de groepen die al in de WoonZorgwijzer zijn opgenomen en geldt dus ook voor deze nieuwe groep. Om te komen tot een inschatting van de aanwezigheid van de groep aan wie ‘jeugdhulp’ wordt verleend, verkennen we de daarom de relatie met populatiekenmerken. Daarbij kijken we vooral naar de kenmerken van de huishoudens waarin de jeugdigen wonen en benoemen daarin de omstandigheden die als ‘risicofactor’ kunnen gelden. Die hebben vooral te maken met indicaties van een beperkte zelfredzaamheid in het huishouden.

2.2.1 Leeftijd

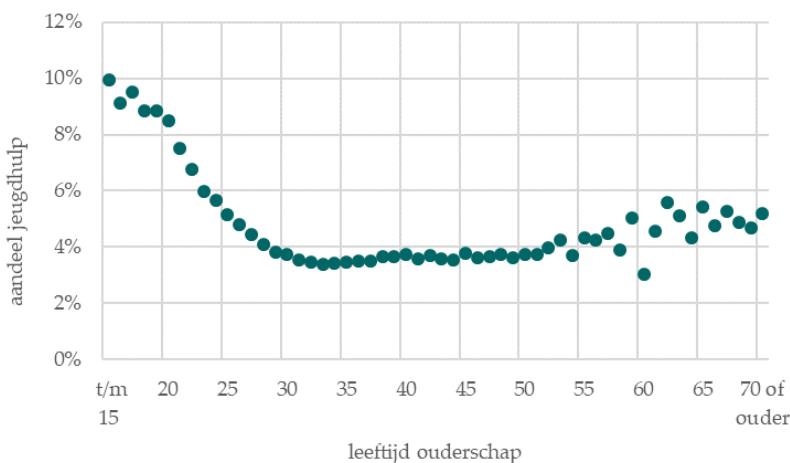
Leeftijd jeugdige

De relatie met de leeftijd van de jeugdige zelf is al in figuur 2-2 weergegeven. De figuur geeft aan dat gebruik van jeugdhulp varieert met leeftijd. In het bijzonder in de groep van 8-18 jaar is de inzet van jeugdhulp relatief groot. Om die reden kan – vanuit populatieperspectief – worden verwacht dat waar veel 8 tot 18 jarigen wonen, de kans groter is dat daar jeugdproblematiek speelt dan waar vooral jongere kinderen wonen of juist weinig kinderen.

Leeftijd ouder(s)

Van de leeftijd van de ouder(s) zou kunnen worden verwacht dat dit een relatie heeft met het voorkomen van jeugdhulp omdat de ouderrol niet bij elke leeftijd even eenvoudig te vervullen is. We verwachten dat in het bijzonder bij zeer jonge ouders maar mogelijk ook bij zeer oude ouders jeugdhulp eerder aan de orde zal zijn. Om die relatie te toetsen, kijken we naar de leeftijd waarop het ouderschap startte. Daarvoor nemen we – in het geval er meer dan een ouder is – de leeftijd van de oudste ouder bij geboorte van het oudste kind in het huishouden. Dat is immers de leeftijd waarop het ouderschap inging. De relatie tussen het voorkomen van jeugdhulp en de leeftijd van het ouderschap is weergegeven in figuur 2-3. De relatie blijkt vrij sterk. De kans dat een kind te maken krijgt met jeugdhulp is twee keer groter dan gemiddeld in huishoudens waar het ouderschap startte voor het 20e jaar. Daarna neemt het af tot een leeftijd van (eerste) ouderschap van circa 35 jaar. Ook bij oudere ouders (55-plus) lijkt er sprake van een iets verhoogde kans op jeugdhulp. Die aantallen zijn echter beperkt en er is meer variatie. Vooral ouderschap op jonge leeftijd lijkt daarmee een bruikbare risico-indicator voor jeugdhulp.

figuur 2-3 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar leeftijd ouderschap

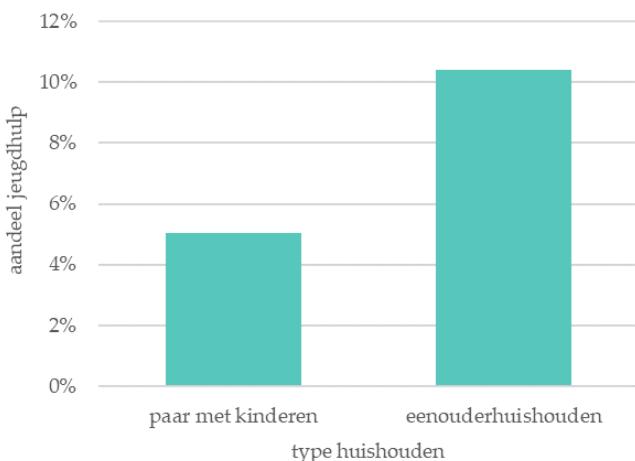


2.2.2 Huishouden

Type huishouden

Voor het type huishouden is het mogelijk relevant hoeveel ouders er in het gezin aanwezig zijn. De verwachting is dat het ouderschap eenvoudiger is met twee ouders dan met één en dat een eenouderhuishouden daarmee een risico-indicator kan zijn. Dit wordt bevestigd door de data (figuur 2-4). De kans dat een kind te maken krijgt met jeugdhulpverlening is twee keer zo groot in een eenouderhuishouden als in een huishouden met meer dan een ouder.

figuur 2-4 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar type huishouden



Gezinsgrootte

Van gezinsgrootte zou kunnen worden verwacht dat dit samenhangt met de inzet van jeugdhulp vanuit de gedachte dat in een groter gezin er minder aandacht van de ouders zou kunnen zijn voor elk van de afzonderlijke kinderen. Dit wordt niet in de data teruggevonden. Er is geen structurele samenhang tussen gezinsgrootte (aantal kinderen) en de inzet van jeugdhulp.

2.2.3 Sociaal-economisch

Inkommen in het huishouden

In veel gevallen hangen sociaaleconomische indicatoren sterk samen met indicaties van kwetsbaarheid van huishouden en meer specifiek ook met het voorkomen van gezondheidsproblematiek in de breedste zin van het woord. Dat geldt ook voor de relatie tussen inkomen en jeugdhulp. De kans dat aan een kind jeugdhulp wordt verleend in een jaar is bijna twee keer zo groot in een huishouden met een laag inkomen dan in een huishouden met een hoog inkomen. In figuur 2-5 wordt deze relatie weergegeven door huishoudens te verdelen in vijf groepen van gelijke grootte naar hun gestandaardiseerd besteedbare inkomen.¹ In kwintiel 1 zijn de 20% laagste inkomens in Nederland opgenomen en in kwintiel 5 de 20% hoogste inkomens. Vooral in de twee laagste inkomenskwintielen wordt relatief veel jeugdhulpverlening ingezet.

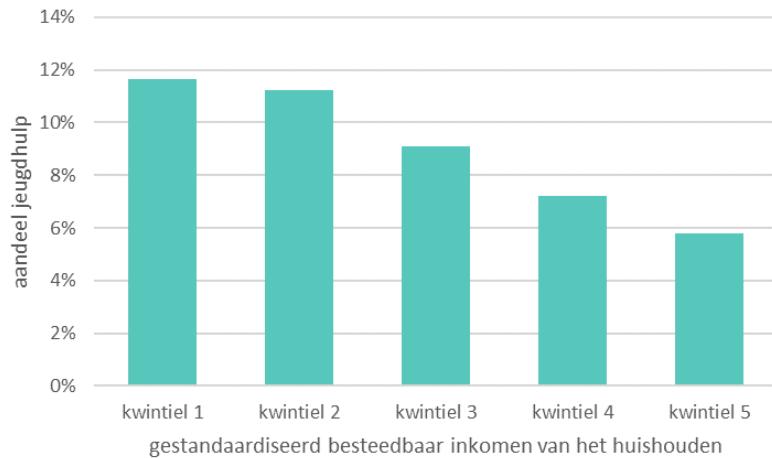
Inkomensbron van het huishouden

Het is niet alleen de hoogte van het inkomen die een rol speelt in de zelfredzaamheid van huishoudens, maar ook de inkomensbron. Huishoudens waarin een uitkering de belangrijkste bron van inkomen is, hebben vaak een laag inkomen, maar ook onder werkenden komen lage inkomens voor. De relatie tussen jeugdhulpverlening en inkomensbron blijkt sterker dan die tussen jeugdhulpverlening en de hoogte van het inkomen. Zo kan in figuur 2-6 worden gezien dat het aandeel

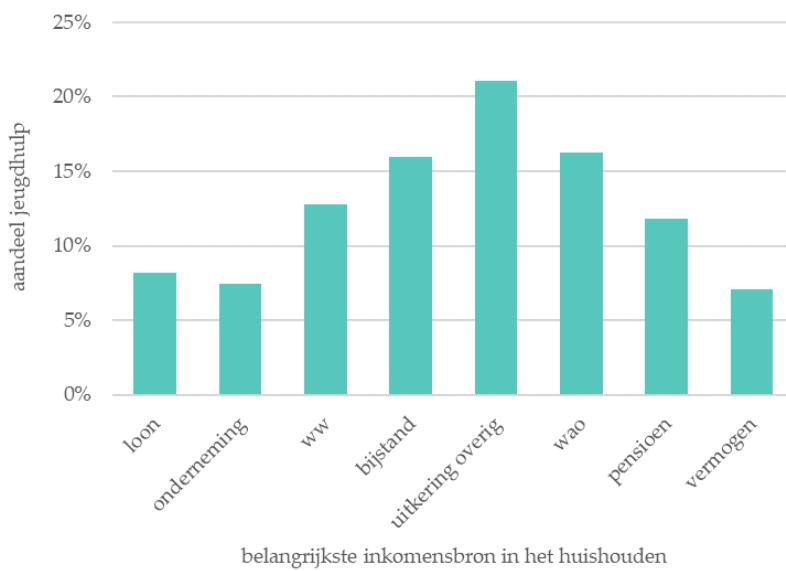
¹ Het besteedbare inkomen is het bruto-inkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten zoals alimentatie van de ex-echtgeno(o)t(e), premies inkomensverzekeringen zoals premies betaald voor sociale verzekeringen, volksverzekeringen en particuliere verzekeringen in verband met werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en ouderdom en nabestaanden, premies ziektekostenverzekeringen, en belastingen op inkomen en vermogen. Het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen is het besteedbare inkomen gecorrigeerd voor de omvang en samenstelling van een huishouden.

jeugdigen met jeugdhulp in huishoudens waarin een bijstandsuitkering, een wao-uitkering of een uitkering op basis van een andere sociale voorziening de belangrijkste inkomensbron is, uitkomt boven de 15%. In de laagste inkomensgroep (figuur 2-5) is dat net iets minder dan 12%. Tegenover de groep van huishoudens die afhankelijk zijn van uitkeringen, staat de groep huishoudens met inkomen uit loon, onderneming of vermogen. Binnen die groepen is het aandeel kinderen dat in aanmerking komt voor een vorm van ambulante jeugdhulpverlening juist relatief laag.

figuur 2-5 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar inkomenspositie van het huishouden



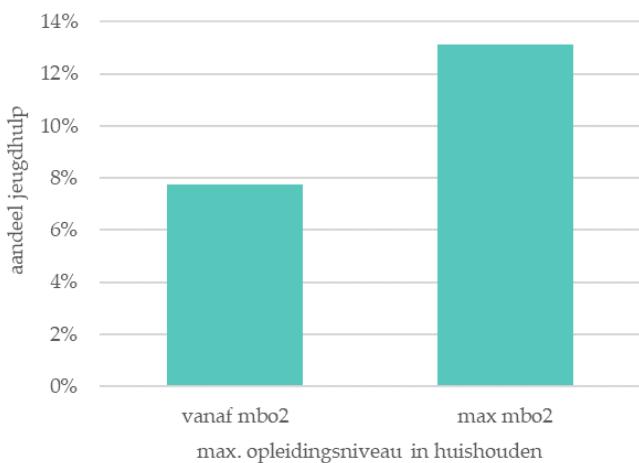
figuur 2-6 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar belangrijkste inkomensbron van het huishouden



Opleidingsniveau

Ook opleidingsniveau kan worden gezien als een indicatie van zelfredzaamheid. We onderscheiden hierbij huishoudens waarin het hoogste opleidingsniveau mbo2 is en huishoudens met een niveau daarboven. Dit onderscheid blijkt weer vrij duidelijk samen te hangen met de inzet van jeugdhulpverlening (figuur 2-7).

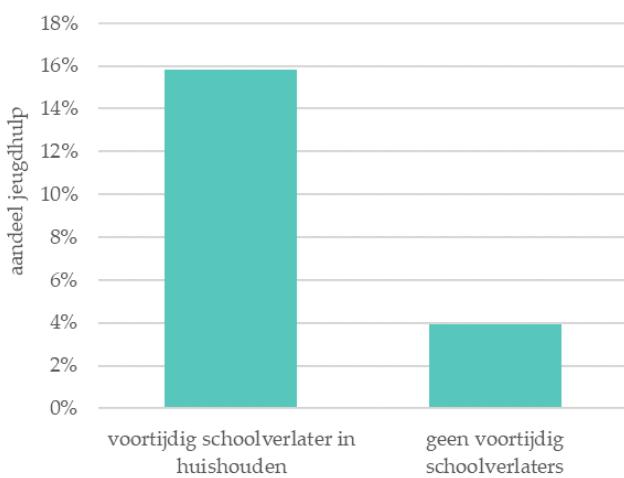
figuur 2-7 Aandeel jeugdhulp naar hoogste opleidingsniveau in het huishouden



Voortijdig schoolverlaters

Een ander aan opleiding gerelateerd kenmerk is voortijdig schoolverlaten. We kijken naar het voorkomen van voortijdig schoolverlaters in het huishouden; dus niet alleen naar of de jeugdige zelf een voortijdig schoolverlater is. Dit kenmerk blijkt bijzonder sterk samen te hangen met de inzet van jeugdhulpverlening (figuur 2-8).

figuur 2-8 Aandeel jeugdhulp in huishoudens met kinderen naar voorkomen van voortijdig schoolverlaters in het huishouden



2.2.4 Gezondheid

Gezondheidsproblemen in huishouden

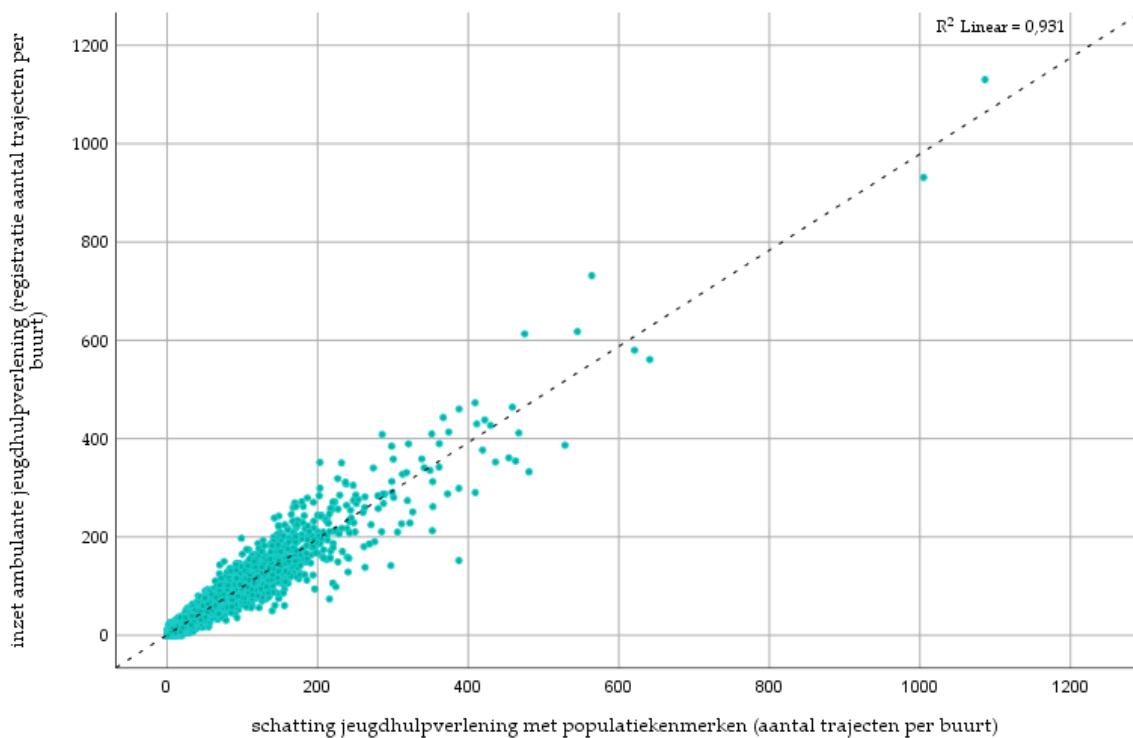
Als laatste risico-indicator is gekeken naar de gezondheidssituatie in het huishouden vanuit de gedachte dat als er in een huishouden sprake is van gezondheidsproblematiek, er mogelijk minder aandacht is voor de kinderen waardoor hiervoor eerder een vorm van jeugdhulpverlening aan de orde kan zijn. We hebben daarvoor binnen de groep gezinshuishoudens waarin Wlz-indicaties zijn

naar de relatie met de verschillende grondslagen voor de indicaties. Daaruit kwam naar voren dat in het bijzonder indicaties voor VG en psychiatrie samenhangen met jeugdhulpverlening. Ook de inzet van wijkverpleging bleek er mee samen te hangen.

2.3 Modellering

Met de in de vorige paragraaf vermelde risico-indicatoren voor jeugdhulpverlening is een model opgesteld dat de kans op het voorkomen ervan indiceert. Hiervoor is gebruik gemaakt van een generalized linear model waarin de verschillende indicatoren als fixed effects zijn opgenomen. Dat leidt op het niveau van individuele jeugdigen weliswaar tot een significant model, maar met een beperkte verklaarde variantie van 4%. Op het niveau van CBS-buurten leidt het model echter tot een zeer acceptabele voorspelling van het aantal trajecten jeugdhulpverlening (figuur 2-9). Daarmee lijkt het model bruikbaar om inzicht te geven in het beroep op de jeugdhulpverlening op dit hogere schaalniveau. Of er in een individueel huishouden een beroep wordt gedaan op jeugdhulpverlening is veel moeilijker te voorspellen, maar daar is de WoonZorgwijzer ook niet voor bedoeld.

figuur 2-9 Samenhang tussen de voorspelling van trajecten jeugdhulpverlening tot 19 jaar met populatiekenmerken en het geregistreerde aantal trajecten



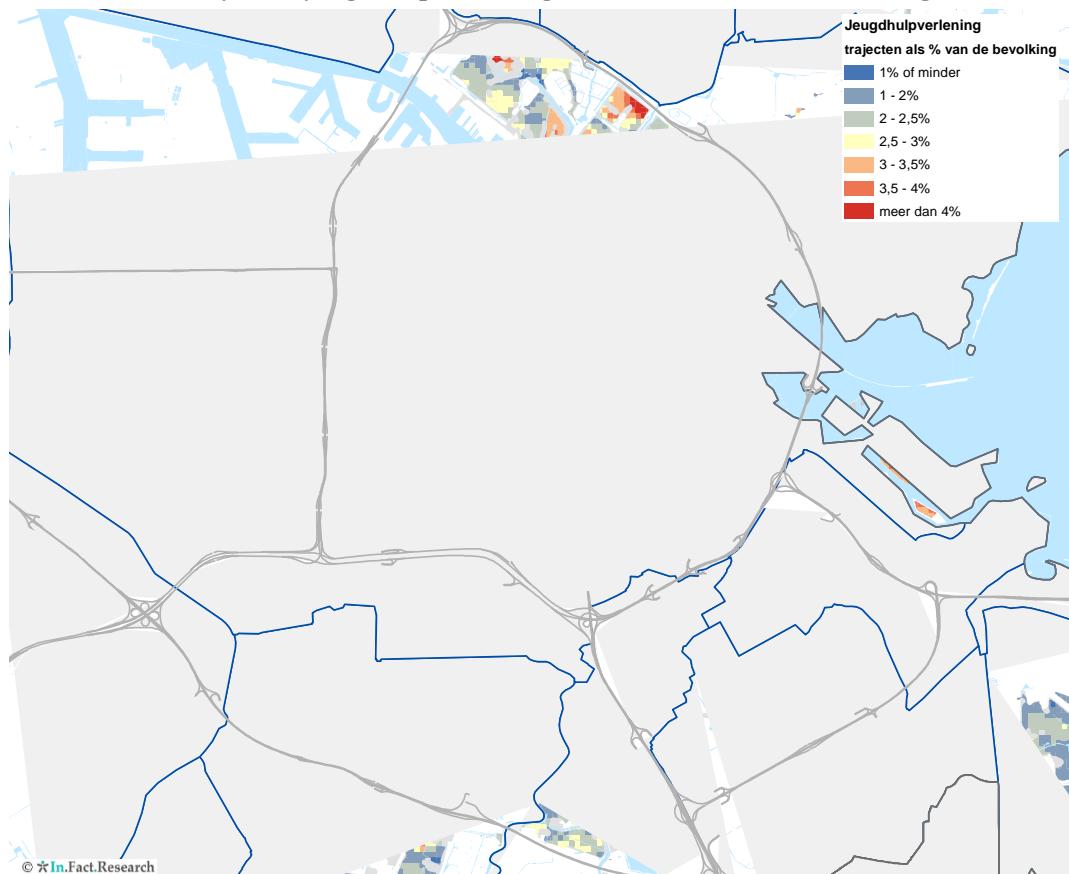
In de WoonZorgwijzer geven we een indicatie van het voorkomen van jeugdproblematiek op twee manieren:

- als aandeel van het totaal aantal personen in een gebied;
- als aandeel van het aantal jeugdigen (tot 19 jaar).

Dit levert verschillende kaartbeelden op omdat in het eerste geval ook het kindertal in een gebied doorklinkt in het kaartbeeld en in het tweede niet. Dit wordt in kaart 2-1 en kaart 2-2 geïllustreerd

voor de situatie in Amsterdam. In kaart 2-1 wordt het op basis van populatiekenmerken voorspelde aantal trajecten jeugdhulpverlening weergegeven als aandeel van de totale bevolking. Dan is snel te zien dat in de centrumgebieden waar betrekkelijk weinig kinderen wonen er ook weinig trajecten jeugdhulpverlening worden verwacht, terwijl in het meer kinderrijke IJburg, net als in Nieuw-West, Zuidoost en Noord het verwachte aantal relatief groot is.

kaart 2-1 Trajecten jeugdhulpverlening als % van de totale bevolking



In kaart 2-2 wordt hetzelfde aantal verwachte trajecten jeugdhulpverlening afgezet tegen het aantal jeugdigen (tot 19 jaar) in het gebied. Dan valt op dat het verwachte aantal trajecten in IJburg relatief – gezien hoeveel kinderen daar wonen – laag is, terwijl het in bijvoorbeeld Zuidoost en in mindere mate en Noord en in mindere mate in Nieuw-West groot blijft. Ook komt een aantal gebieden binnen de ring duidelijker naar voren als gebieden waar – gezien de populatiekenmerken – de kans om in een traject voor jeugdhulpverlening terecht te komen wat groter is. In kaart 2-2 komt daarmee beter naar voren waar jeugdigen ‘risico lopen’, ongeacht hoeveel jeugdigen er wonen terwijl kaart 2-1 een duidelijke beeld geeft van het verwachte aantal trajecten jeugdhulpverlening in een gebied. Dat is nu eenmaal groter waar veel kinderen wonen.

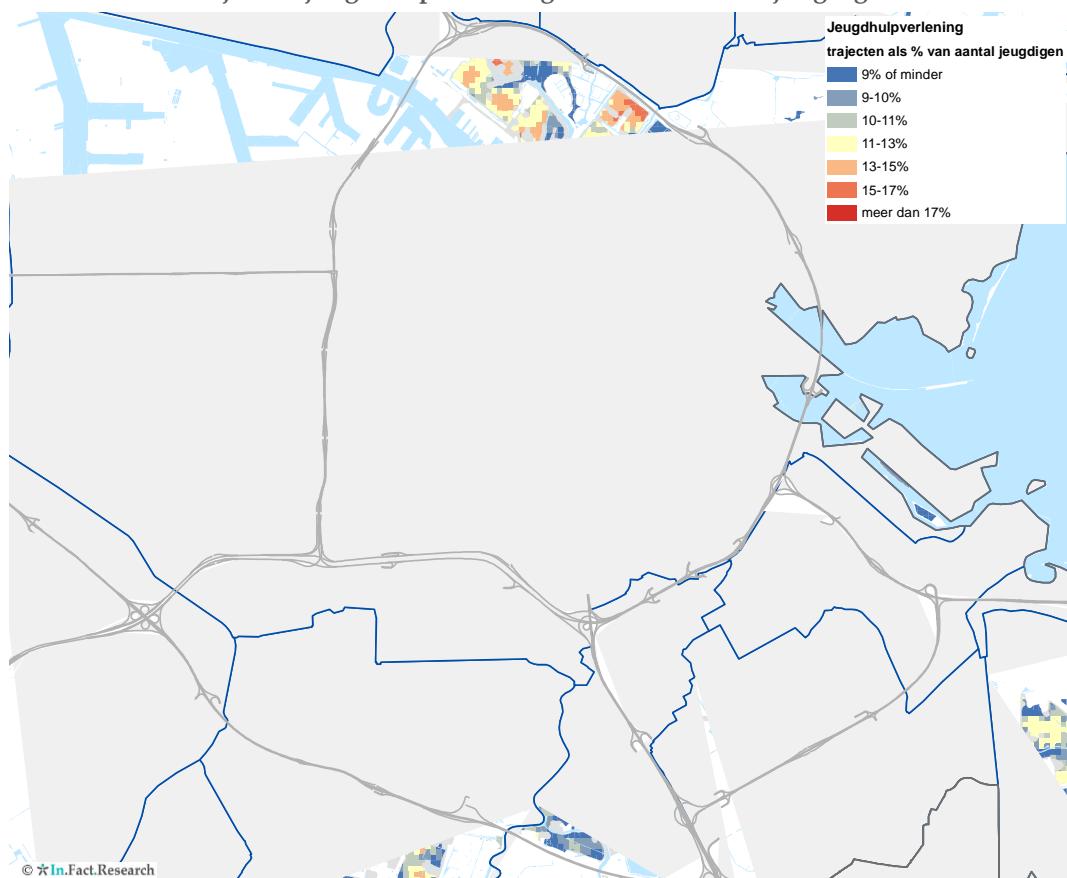
2.4 Inzet jeugdhulp

Het hiervoor besproken model voorspelt het aantal jongeren dat gebruik maakt van ambulante jeugdhulpverlening. Dat aantal ligt vermoedelijk onder de behoefte. Er zijn immers vele verhalen

over wachtlijsten en een deel van de jongeren wordt niet bereikt. Aan hoe het gebruik van ambulante jeugdhulp en de (grottere) behoefte aan jeugdhulpverlening zich tot elkaar verhouden zijn enkele kwalitatieve onzekerheden verbonden:

- Verhouding behoefte/aanbod ambulante en intramurale jeugdzorg;
- Verhouding behoefte/aanbod binnen de ambulante jeugdzorg;
- Verhouding behoefte/gebruik van jeugdzorg voor te onderscheiden groepen jeugdigen (bijvoorbeeld zware en lichte problematiek).

kaart 2-2 Trajecten jeugdhulpverlening als % van aantal jeugdigen



De nu in de WoonZorgwijzer opgenomen groep ‘ambulante jeugdhulpverlening’ geeft daar geen inzicht in. Het gaat bij de voorspelling van de groep immers om het totale gebruik van ambulante jeugdzorg op basis van algemene populatiekenmerken, zonder daarbij onderscheid te maken in de diverse specialismen en soort hulpvragen.

Een eerste aanzet tot inzicht in de verhouding tussen behoefte en gebruik kan worden afgeleid uit de vergelijking van de voorspelde groep en de feitelijke inzet van jeugdzorg. Onder de subgroepen is namelijk een kaart opgenomen met de feitelijke inzet van ambulante jeugdzorg. Ook hier is geen onderscheid gemaakt tussen de diverse vormen. Deze kaart is niet gebaseerd op een modelschatting, maar op de registraties. Als deze kaart wordt gelegd naast de kaart van het voorspelde gebruik, kan globaal inzicht worden verkregen in de vraag waar – gegeven de populatiekenmerken - naar verhouding veel of juist weinig jeugdhulp wordt geboden. Voor een meer gedetailleerde analyse is inbreng van lokale deskundigen vanzelfsprekend essentieel.

3 Toets modellen

Een deel van de modellen die in de WoonZorgwijzer worden gebruikt om het voorkomen van aandoeningen te voorspellen is gebaseerd op gegevens uit 2012 en meer specifiek de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012. Dat geldt ook voor de inschatting van de omvang van de groepen die worden onderscheiden. Met elke actualisatie is alleen op basis van demografische ontwikkelingen een inschatting gegeven van de ontwikkeling van de omvang van de groepen. In deze update is verkend of:

- De ontwikkeling van langdurige aandoeningen aan trendbreuken onderhevig is, die aanleiding geven om de kwantitatieve inschattingen aan te passen.
- Of er aanwijzingen zijn dat de samenhangen tussen populatie- en omgevingskenmerken aan de ene kant en het voorkomen van aandoeningen aan de andere, dusdanig zijn veranderd dat dit aanpassing van de modellen nodig maakt.

3.1 Ontwikkeling voorkomen van aandoeningen

Het vóórkomen van langdurige aandoeningen en beperkingen wordt – naast diverse andere onderwerpen - gemeten met de doorlopende Gezondheidsenquête van het CBS. Met die gezondheidsenquête kan in beginsel voor Nederland als geheel worden nagegaan of er sprake is van trendbreuken. Er zijn wel wat voorbehouden aan:

- Het design van de gezondheidsenquête is in 2014 gewijzigd ten opzichte van de jaren 2010 t/m 2013. Bij de vergelijking van uitkomsten van de Gezondheidsenquête 2014 met voorgaande jaren dient als gevolg van methode- en vragenlijstwijzigingen de nodige voorzichtigheid in acht genomen te worden.
- In het statistiekjaar 2020 werd de waarneming voor de Gezondheidsenquête verstoord door de coronacrisis. In een deel van het jaar was niet mogelijk om aan huis interviews af te nemen en kwam er dus alleen via internet respons binnen. Om hiermee om te kunnen gaan is door het CBS het weegmodel van de Gezondheidsenquête aangepast voor het jaar 2020.

In de WoonZorgwijzer wordt gebruik gemaakt van gegevens over de volgende aandoeningen en beperkingen waarvoor middels de Gezondheidsenquête een tijdreeks beschikbaar kan worden gemaakt:

Ten behoeve van de groep meervoudige somatische problematiek met mobiliteitsbeperkingen:

- Subgroep gewrichtsklachten:
 - chronische gewrichtsontsteking, zoals ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis
 - ernstige of hardnekkige aandoening van de nek of schouder
 - ernstige of hardnekkige aandoening van de rug, inclusief hernia
 - andere ernstige of hardnekkige aandoening van de elleboog, pols of hand
 - gewrichtsslijtage, artrose of slijtagereuma van heupen of knieën
- Subgroep hartfalen en COPD:
 - ernstige hartaandoeningen, zoals hartfalen of angina pectoris
 - hartinfarct
 - Astma
 - COPD, chronische bronchitis, longemfyseem

- Subgroep hoge bloeddruk en diabetes:
 - diabetes type 1 en 2
 - hoge bloeddruk
 - vernauwing van de bloedvaten in de buik of de benen, geen spataderen
- Subgroep huidaandoeningen:
 - psoriasis
 - eczeem
- Subgroep incontinentie:
 - onvrijwillig urineverlies of incontinentie
 - ernstige of hardnekkige darmstoornissen voor een periode langer dan 3 maanden

Voor alle somatische aandoeningen geldt dat in de WoonZorgwijzer de groep alleen wordt meegenomen als er ook mobiliteitsbeperkingen zijn. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de OESO-kwalificatie t.a.v. bewegen:

- het wel of niet hebben van tenminste 1 beperking in het bewegingsapparaat, zijnde:
 - niet of alleen met grote moeite 400 meter aan een stuk kunnen lopen zonder stil te staan
 - niet of alleen met grote moeite vanuit staande positie kunnen bukken en iets van de grond oppakken
 - niet of alleen met grote moeite een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen

Ten behoeve van de groep angst en stemmingsstoornissen:

- Psychische gezondheid

Ten behoeve van de groep zintuiglijke aandoeningen:

- het hebben van tenminste 1 visuele beperking, te weten:
 - niet of alleen met grote moeite de kleine letters in de krant kunnen lezen, zo nodig met bril of contactlenzen
 - niet of alleen met grote moeite op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen, zo nodig met bril of contactlenzen
- het hebben van tenminste 1 gehoorbeperking, te weten
 - niet of alleen met grote moeite een gesprek kunnen volgen in een groep van 3 of meer personen, zo nodig met hoorapparaat
 - niet of alleen met grote moeite met één andere persoon een gesprek kunnen voeren, zo nodig met hoorapparaat

Ten behoeve van de groep niet-aangeboren hersenletsel:

- beroerte, hersenbloeding of herseninfarct

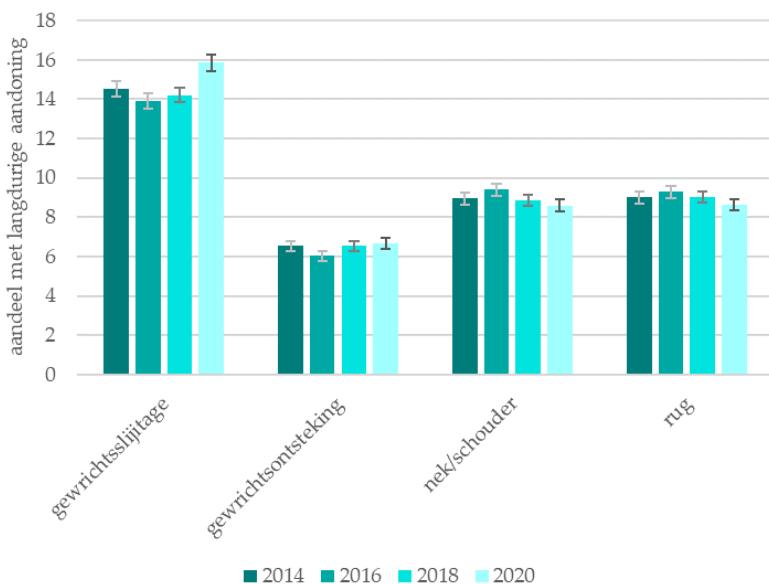
Voor deze groepen kan – voor zover ze elk jaar gemeten zijn en onder voorbehoud van veranderingen in het design van de methode - worden nagegaan of het aandeel mensen met de betreffende aandoening/beperking in de tijd structureel in de tijd verandert.

Niet voor alle chronische aandoeningen die zijn gebruikt bij de oorspronkelijke modelschattingen kon een tijdreeks worden gemaakt omdat aandoeningen na 2012 niet meer in alle gevallen werden bevraagd. Andere (zoals huidaandoeningen) zijn niet gemeten in 2020. Voor het voorkomen van chronische somatische aandoeningen bleek het – door de hiervoor vermelde designverandering in

het onderzoek niet goed mogelijk om een vergelijkbare tijdreeks inclusief het meetjaar 2012 te maken. We beperken ons om die reden tot de tijdreeks 2014-2020 en tot de aandoeningen die voor deze jaren zijn uitgevraagd.

Over het algemeen geldt dat de ontwikkelingen – in termen van het aandeel mensen met een langdurige aandoening – niet bijzonder groot zijn. In de subgroep ‘gewrichtsklachten’ (figuur 3-1) is te zien dat de aandelen tussen de meetjaren niet significant van elkaar verschillen. Alleen gewrichtslijttage is in 2020 meer gemeten dan in de eraan voorafgaande jaren. Het is een ontwikkeling die te snel gaat om van een eenduidige trend te kunnen spreken. Mogelijk hebben de veldwerkproblemen rond corona hier een invloed op gehad, al is het niet duidelijk waarom dat zo zou zijn.

figuur 3-1 Ontwikkeling voorkomen aandoeningen in subgroep ‘gewrichtsklachten’



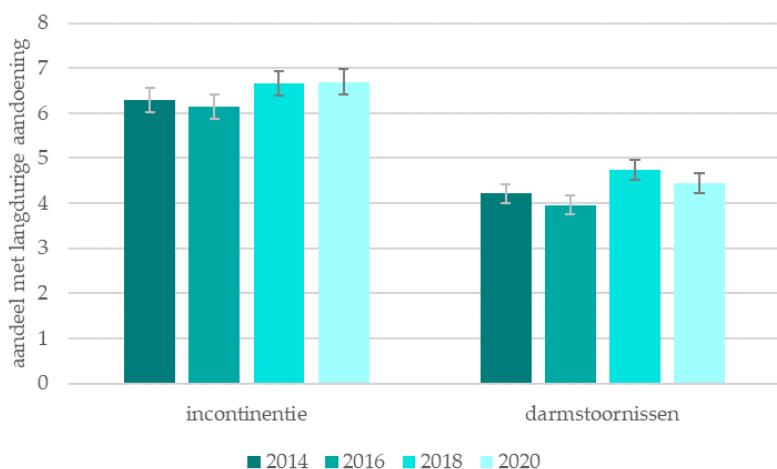
In de subgroep ‘incontinentie’ (figuur 3-2) kan met enige goede wil een toename van het aandeel mensen dat ermee te maken heeft worden gezien. De aandelen in 2018 en 2020 zijn net wat hoger dan in 2014 en 2016, maar erg duidelijk is de trend nog niet.

De trends zijn wel wat duidelijker in de subgroep ‘hartfalen en COPD’ (figuur 3-3). Zowel voor astma als voor hartfalen kan worden gezien dat er een toename is van het aandeel mensen dat ermee te maken heeft. De toename resulteert in 2020 ook in een aandeel dat in beide gevallen significant boven dat in 2014 ligt. Hier lijkt dus wel sprake van een toename. Bij COPD is een dalende trend zichtbaar. Hierbij is het aandeel in 2020 uiteindelijk niet significant lager dan in 2014.

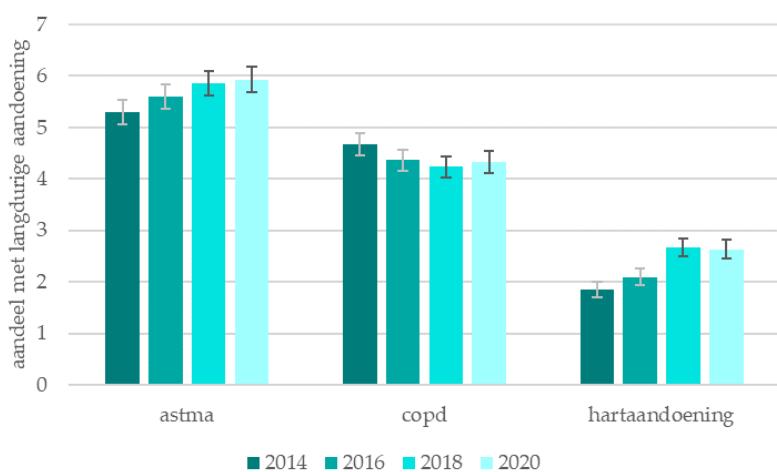
In de subgroep ‘diabetes en hoge bloeddruk’ (figuur 3-4) zijn fluctuerende aandelen te zien van mensen die ermee te maken hebben. In 2018 was het aandeel diabetes hoger dan in 2014, maar in 2020 is het weer licht gedaald. Daardoor is het verschil tussen 2020 en 2014 net niet meer significant.

Per saldo zijn de ontwikkelingen daarmee constant (of onduidelijk) of licht stijgend. Dat laatste komt overeen met wat zou mogen worden verwacht op basis van de demografische ontwikkelingen. Vooralsnog biedt dit geen aanleiding om de schattingen aan te passen. Daar zijn de ontwikkelingen te onduidelijk voor. De jaar op jaar fluctuaties die nu zichtbaar worden hebben vermoedelijk meer te maken met verschillen in het onderzoek dan in de werkelijkheid.

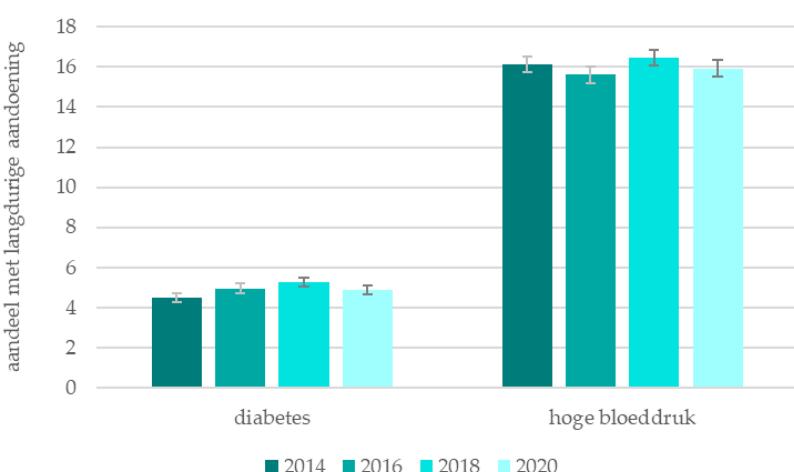
figuur 3-2 Ontwikkeling voorkomen aandoeningen in subgroep ‘incontinentie’



figuur 3-3 Ontwikkeling voorkomen aandoeningen in subgroep ‘hartfalen en copd’



figuur 3-4 Ontwikkeling voorkomen aandoeningen in subgroep ‘hoge bloeddruk en diabetes’



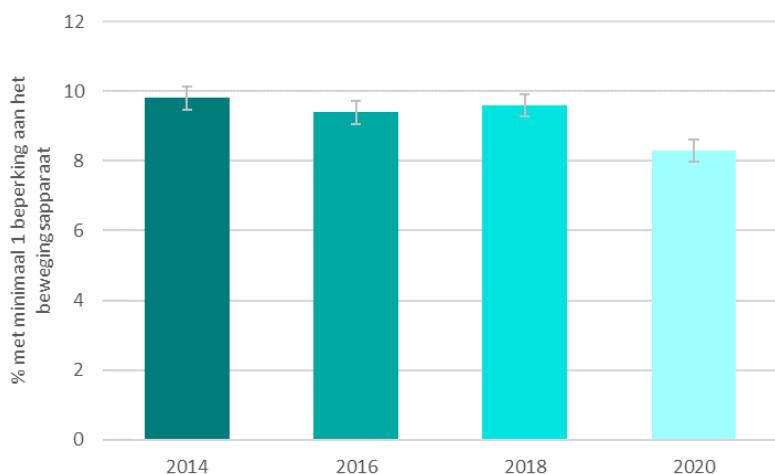
3.2 Ontwikkeling voorkomen van beperkingen

Aan de identificatie van aandoeningen is in het geval van de somatische aandoeningen ook de combinatie met beperkingen aan het bewegingsapparaat verbonden. Alleen als iemand een meer-voudige somatische aandoening én mobiliteitsbeperkingen heeft, wordt de persoon tot de betreffende WZW-groep erkend. Ook het voorkomen van mobiliteitsbeperkingen kan – los van het voorkomen van aandoeningen - in de loop der tijd afnemen, bijvoorbeeld doordat behandelingen verbeteren en eenzelfde aandoening minder beperkingen met zich meebrengt.

De ontwikkeling van mobiliteitsbeperking in de periode 2014-2020 is weergegeven in figuur 3-5. De grafiek lijkt een afnemende trend te laten zien. Toch kan dat niet zonder meer worden gesteld. De aandelen in de periode 2014-2020 verschillen niet significant van elkaar (overlappende betrouwbaarheidsintervallen). Het aandeel in 2020 is wel significant lager dan in de andere jaren. Echter, het lijkt nog te vroeg om hier ook echt een ontwikkeling in te zien. Daarvoor zijn de volgende redenen:

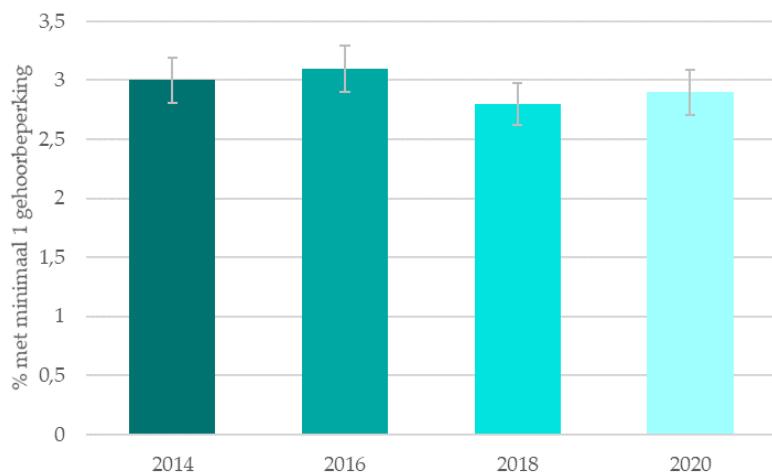
- Er is geen consistente trend
 - de jaren ervoor verschillen niet significant van elkaar
 - in 2018 is het aandeel zelfs weer marginaal hoger dan in 2016
- Het gaat slechts om één meting die echt verschilt
- Het is onduidelijk of 2020 goed vergelijkbaar is vanwege de problemen met het veldwerk in relatie tot covid-19.

figuur 3-5 Ontwikkeling voorkomen beperkingen bewegingsapparaat

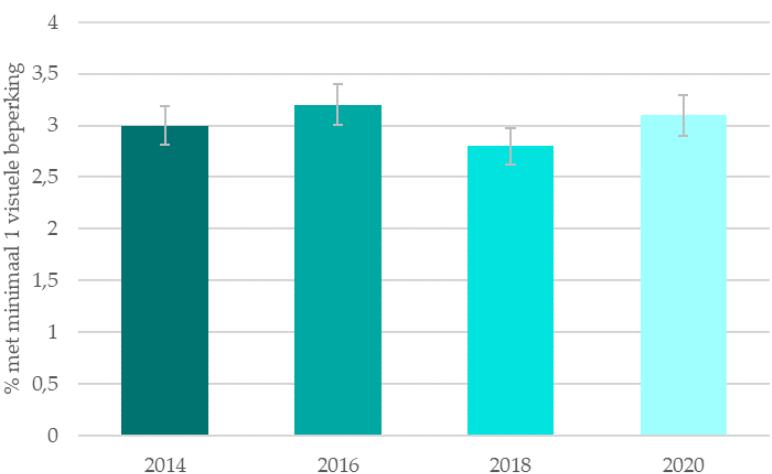


Andere beperkingen waar in de WoonZorgwijzer mee wordt gewerkt zijn sensorische beperkingen. De ontwikkeling van beperkingen in horen en zien worden weergegeven in respectievelijk figuur 3-6 en figuur 3-7. Uit de figuren blijkt dat in het voorkomen van deze beperkingen geen duidelijke ontwikkeling is te zien. In de betreffende jaren is een schommeling rond eenzelfde aandeel te zien. De aandelen bevinden zich in elkaars betrouwbaarheidsinterval en verschillen dus niet significant van elkaar.

figuur 3-6 Ontwikkeling voorkomen gehoorbeperking



figuur 3-7 Ontwikkeling voorkomen visuele beperking



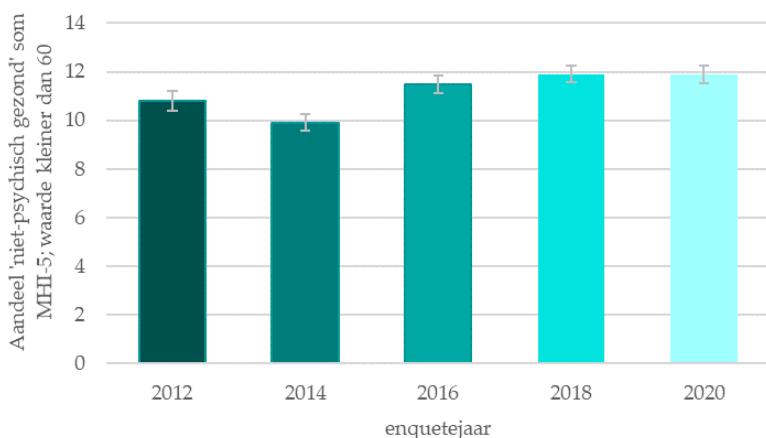
3.3 Ontwikkeling psychische gezondheid

In de ontwikkeling van psychische gezondheid lijkt een kleine toename te zien te zijn (figuur 3-8). Dat wil zeggen, het aandeel mensen dat als ‘niet psychisch gezond’ kwalificeert is hoger in 2016-2020 dan in 2012-2014. De enquêtes in de periode 2016-2020 laten echter geen significante toename zien. In 2018 en 2020 zijn de aandelen zelfs precies hetzelfde. Daarmee blijft ook dit aspect van gezondheid betrekkelijk constant in de tijd. Als er al een ontwikkeling is, dan is er een lichte toename, maar vooralsnog lijkt dit onvoldoende om hier harde conclusies aan te verbinden.

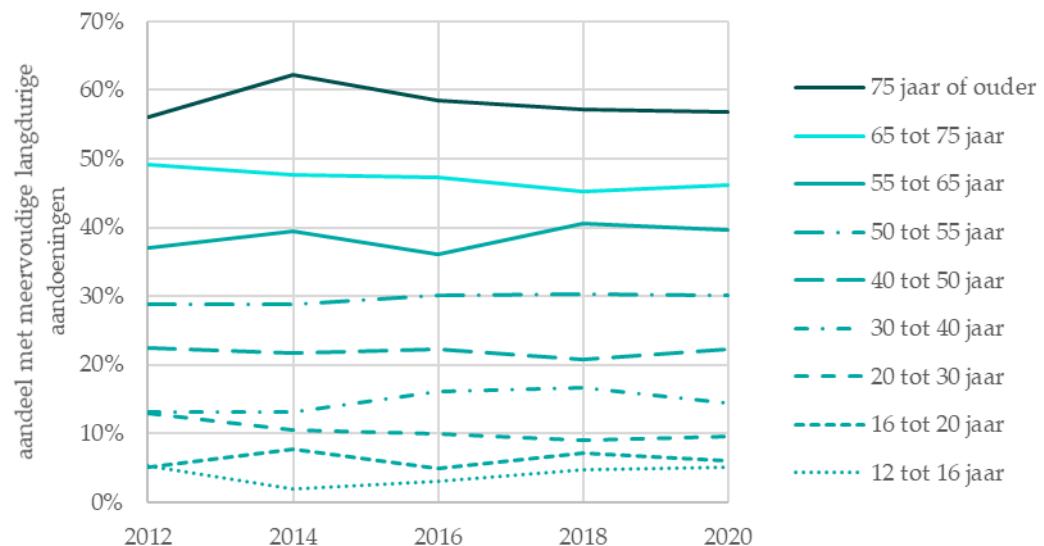
3.4 Veranderingen samenhang met populatiekenmerken

Dat de aandelen mensen met langdurige aandoeningen minder toenemen dan zou kunnen worden verwacht is iets om de gaten te blijven houden. Als dit ook over een langere periode en met een duidelijker trend het geval is, moet mogelijk de demografische correctie worden aangepast in de modellen. Dat vraagt echter wel nader onderzoek naar veranderende relaties tussen leeftijdsgroepen en het voorkomen van specifieke aandoeningen. Een eerste aanwijzing voor dergelijke veranderende relaties kan worden gevonden in figuur 3-9.

figuur 3-8 Ontwikkeling voorkomen niet-psychisch gezond



figuur 3-9 Relatie tussen leeftijd en het voorkomen van meervoudig langdurige aandoeningen



Hierin lijkt bij de 65-plussers sprake van een licht dalende trend, al is die tussen 2018 en 2020 voor de groep 65- 75 jaar weer omgekeerd en voor de 75-plussers nog maar zeer beperkt. Als de trend uiteindelijk doorzet, zou dat goed nieuws zijn: dan leidt de vergrijzing minder sterk tot een toename van het aandeel mensen met aandoeningen dan was verwacht. Vooralsnog zijn de ontwikkelingen echter te klein en onzeker om daar nu al de conclusie aan te verbinden om de modellen aan te passen. Het blijft zo dat aandoeningen meer voorkomen in de hogere leeftijdsgroepen dan in de lagere. De geografische spreiding in relatie tot leeftijdsgroepen (waar de kaartbeelden in de WoonZorgwijzer mede op zijn gebaseerd) zal daardoor niet veranderen. Mogelijk is de inschatting van de aantallen in de WoonZorgwijzer wel iets hoger dan ze in werkelijkheid zijn. Vooralsnog beweegt zich dat echter binnen de orde van grootte van de foutmarges die de modellen sowieso met zich meebrengen.

Door Nusselder et al (2021)² is onderzoek gedaan naar de relatie tussen opleidingsniveau en de ontwikkeling van verschillende gezondheidsindicatoren. Ook zij constateerden geen afname van visuele en gehoorbeperkingen, maar wel een afname van lichamelijke beperkingen. Die afname bleek in het bijzonder voor te komen bij mensen die geen laag opleidingsniveau hebben. Beperkingen in het zelfstandig functioneren (ADL-beperkingen) bleken zelfs toe te nemen toe voor laagopgeleide mannen en vrouwen. De algemene conclusie is dat er een positieve trend is voor lichamelijke beperkingen maar niet voor andere gezondheidsmaten en dat die trend beperkt lijkt tot de hoger opgeleiden. Onder de lager opgeleiden, die ook meer gezondheidsproblemen hebben, is die trend niet te zien.

² W. J. Nusselder, J. R. Valverde & D. Deeg (2021), Trends in verschillende gezondheidsindicatoren: de rol van opleidingsniveau. Netspar design paper 191.

4 Aanpassingen bestaande groepen

In het voorgaande hoofdstuk is aangegeven dat de meeste zorggroepen op soortgelijke wijze zijn gemodelleerd als bij de 2.0 versie van de WoonZorgwijzer. Daarbij is uiteraard wel gebruik gemaakt van meer actuele data. Voor twee groepen geldt dat er meer is veranderd: bij de groep dementerenden zijn de meest actuele cijfers en inzichten verwerkt en bij de groep met psychiatrische problemen is een extra subgroep toegevoegd. In dit hoofdstuk lichten we deze aanpassingen nader toe.

4.1 Nieuwe input dementie

De methode om te komen tot de inschatting van het voorkomen van dementie in de populatie is niet veranderd ten opzichte van de vorige update. De input is dat wel. Daar gaan we in deze paragraaf kort op in.

Kengetallen dementie

Toepassing van de prevalentiecurve van Prince e.a. (2015)³ leidt voor 2020 tot een schatting van 278.600 mensen met dementie in Nederland. Dat is een toename van 12.850 ten opzichte van 2018 (5% toename). Hiervan zijn – op basis van de wlz-gegevens - naar schatting 111.200 mensen gediagnosticeerd (14% toename). Daarvoor gaan we – net als bij de vorige update - uit van de helft van de indicaties met de ZP's 4VV, en de totale groepen 5VV en 7VV (bron: <https://ciz.databank.nl/jive>). De toename van het aantal mensen dat een diagnose heeft, is sterker geweest dan de toename van het aantal in de totale populatie (14% toename van de Wlz-indicaties en 5% toename totaal).

Naar schatting (opgave Vektis/HHM) 80% van de mensen met een indicatie verzilverd die indicaties op peildatum en daarvan doet 78% dat in een intramurale setting. Dit wordt afgeleid uit de verhouding tussen de levering van de totale zorg in natura en de levering van zorg in natura in de vorm van 'verblijf' voor mensen met een indicatie psychogeriatrie (PG). De bron hiervoor is CBS statline.

Toepassing van de kengetallen heeft tot gevolg dat er – landelijk gezien - tussen 2018 en 2020 per saldo een constant niveau is van de pre-diagnose groep in de WoonZorgwijzer (figuur 4-1). De gehele toename van het aantal mensen met dementie komt, door de sterke toename van het aantal mensen met wlz-indicatie, namelijk terecht in de groepen 'intramuraal' en 'zelfstandig gediagnosticeerd'. Voor de prognose gaan we ervan uit dat dit een eenmalige inhaalslag is geweest zodat na 2020 de ontwikkeling weer evenredig in de verschillende groepen terecht komt.

Aanpassing indicator instellingen VVT

Bij de inschatting van de plekken waar zelfstandig wonende mensen met diagnose dementie wonen, wordt onder meer gebruik gemaakt van de locatie van VVT-instellingen. Gebleken is namelijk

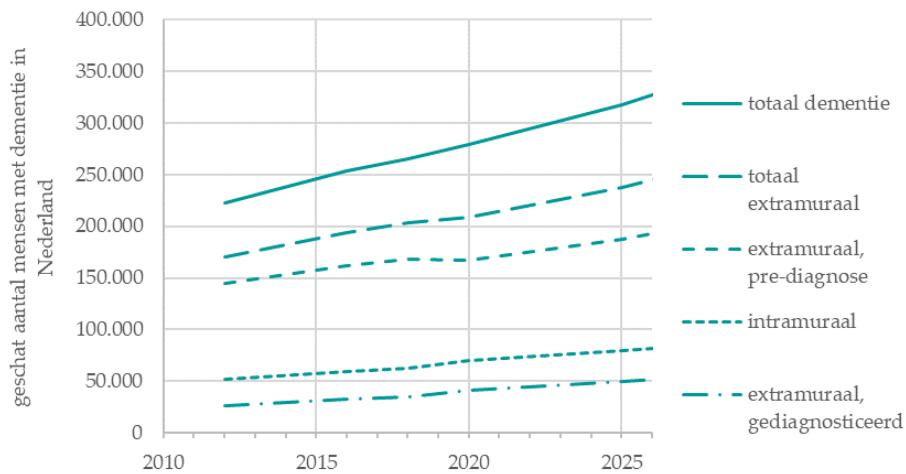
³ Prince M., Wimo A., Guerchet M., Ali G.C., Wu Y.T., Prina M. World Alzheimer Report 2015:

The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International, 2015. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

dat deze groep vaker in de nabijheid van dergelijke complexen woont. Bij de vorige versies van de WoonZorgwijzer is de locatie van die instellingen ontleend aan het AGB-register van Vektis. Deze registratie is echter primair gericht op de locatie van vestigingen en minder op die van afzonderlijke locaties van een instelling. Daardoor ontstaan onterechte allocaties:

- Hoofdkantoren waar geen cliënten verblijven worden aangemerkt als relevante locaties;
- Locaties die niet in de registratie zijn opgenomen worden ten onrechte niet gebruikt in de allocatie.

figuur 4-1 Ontwikkeling onderscheiden groepen 'dementie' in de WoonZorgwijzer



Vektis werkt wel aan verbetering van de registratie, maar dat proces is nog niet afgerond. Om deze indicator te verbeteren, is bij versie 3.0 van de WoonZorgwijzer (en met terugwerkende kracht toegepast op de eerdere jaargangen) daarom een eigen inschatting gemaakt van de locaties van VVT-instellingen. Hiervoor is in de registraties gezocht naar ruimtelijke concentraties van niet-zelfstandig wonenden met gebruik van ZZP Verpleging en Verzorging. Daarvoor is gebruik gemaakt van de statistiek betreffende “Personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg.” Waar meer dan 10 personen bij elkaar wonen, wordt aangenomen dat er sprake is van een (locatie van een) instelling. Op deze manier identificeren we 1991 locaties van VVT-instellingen. Er zijn verschillende grootteklassen gedefinieerd op basis van voorkomen van de locaties, waardoor drie ongeveer even grote klassen ontstaan van (locaties van) instellingen met:

- 10 – 29 cliënten;
- 30 – 59 cliënten;
- 60 of meer cliënten.

Locaties met minder dan 10 bewoners zijn niet opgenomen omdat dit een onthullingsrisico met zich mee kan brengen. De aanwezigheid van instellingen in een gebied is steekproefsgewijs gevalideerd door controle via google maps. Hieruit bleek dat waar instellingen op basis van de inschatting werden verwacht, ze ook daadwerkelijk werden aangetroffen op de kaart. Of instellingen – naast de kleinschalige woonvormen waar minder dan 10 cliënten verblijven - worden gemist, kon niet worden vastgesteld door het ontbreken van informatie over de werkelijke locaties. Hoe ‘dekkend’ de inschatting van locaties is, blijft dan ook nog wel een aandachtspunt.

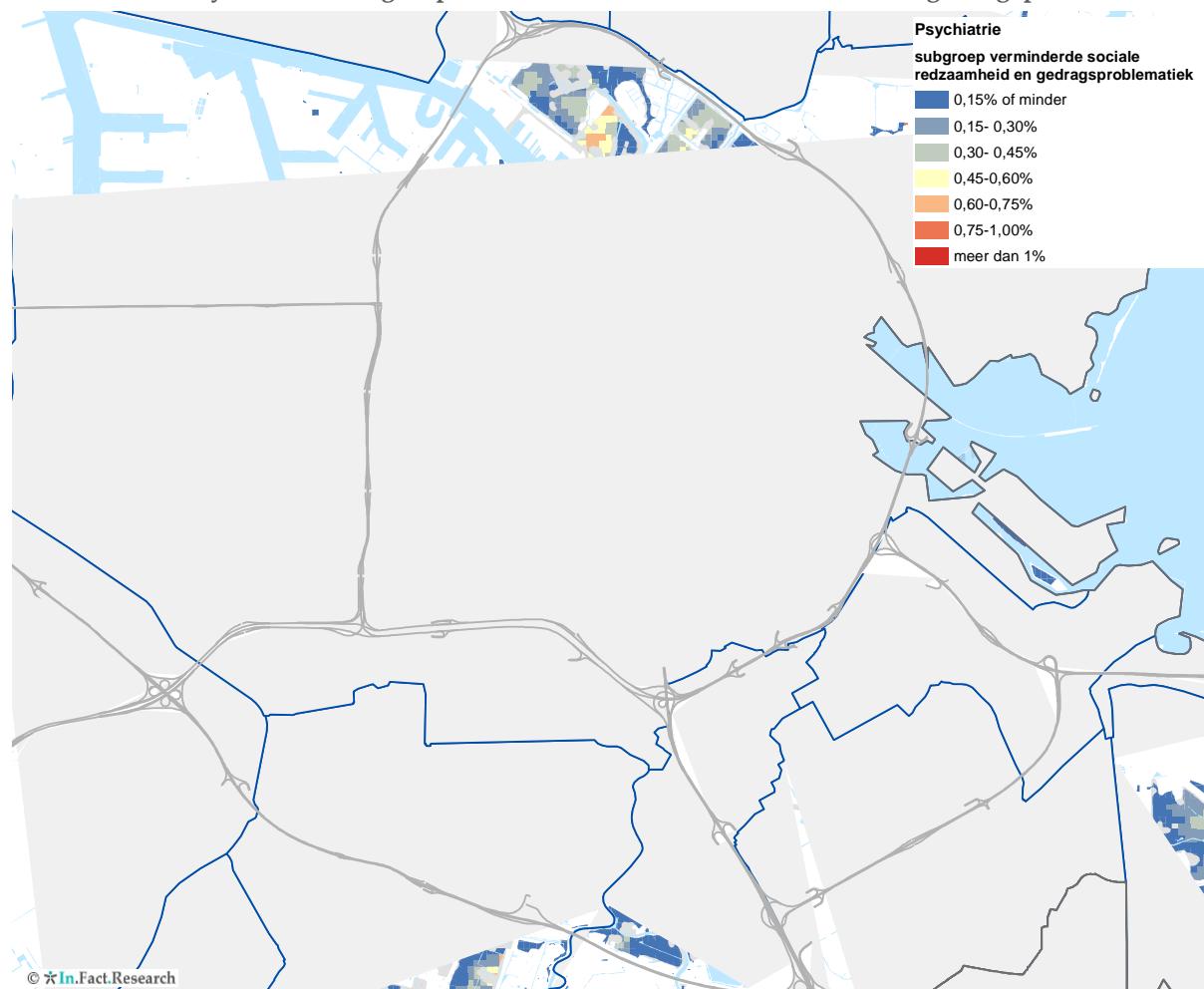
Doordat de grens tussen zelfstandig en niet-zelfstandig wonenden minder scherp wordt, is het een optie om bij de selectie van instellingen niet alleen af te gaan op cliënten die niet zelfstandig

wonen, maar uit te gaan van de gehele groep die gebruik maakt van verpleging en verzorging. Elke concentratie van cliënten VV zou dan kunnen worden opgevat als een indicatie van de locatie van een instelling. Dit kan echter wel leiden tot de verwachting dat ergens een instelling ligt waar dat feitelijk niet zo is.

4.2 Nieuwe subgroep Psychiatrie

Aan de modellering van de hoofdgroep ‘psychiatrie’ en de subgroep ‘verminderde sociale redzaamheid’ is niets veranderd ten opzichte van de vorige versie van de WoonZorgwijzer. Wel is aan de bestaande subgroep ‘verminderde sociale redzaamheid en gedragsproblematiek’ een subgroep toegevoegd waarbij een inschatting van de locaties van instellingen voor beschermd wonen en psychiatrische behandeling meeweegt in de inschatting van waar de betreffende groep gehuisvest is. Dit gebeurde ook bij de oorspronkelijke modelschatting. Echter, doordat de locaties na de oorspronkelijke 2012-meting niet meer goed uit de registraties konden worden gehaald, is die indicator vanaf WoonZorgwijzer 2.0 niet meer meegewogen.

kaart 4-1 Psychiatrie, subgroep verminderde sociale redzaamheid en gedragsproblematiek

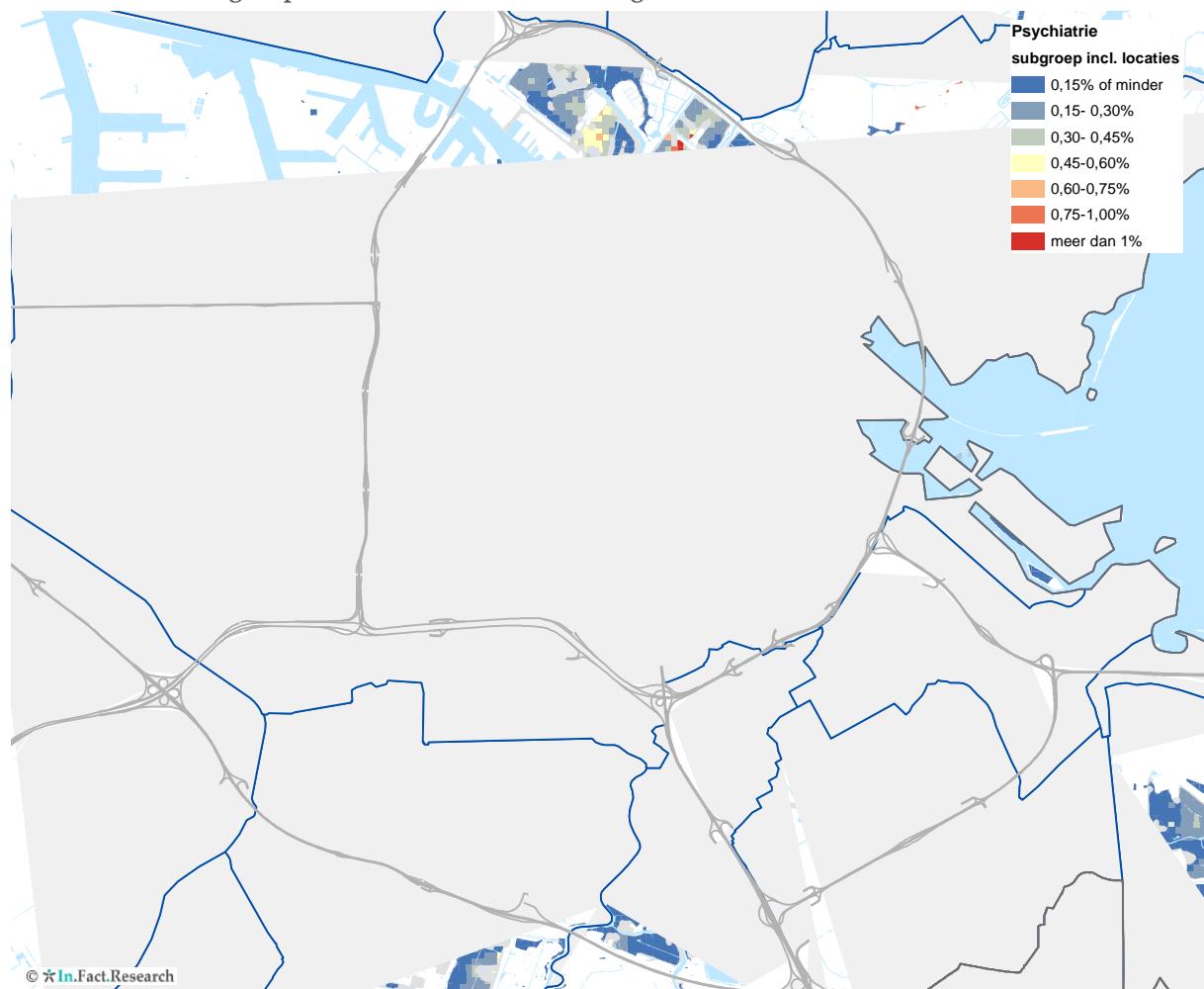


Vanaf versie 3.0 van de WoonZorgwijzer (en met terugwerkende kracht toegepast op de eerdere jaargangen) is een eigen inschatting gemaakt van de locaties van instellingen voor psychiatrische

behandeling en beschermd wonen. Hiervoor is voor psychiatrische behandeling in de registraties gezocht naar ruimtelijke concentraties van niet-zelfstandig wonenden met gebruik van ZZP Psychiatrie behandeling. Voor beschermd wonen is gezocht naar ruimtelijke concentraties van gebruik van de WMO-voorziening beschermd wonen en opvang.

Voor psychiatrische behandeling zijn de gegevens ontleend aan de statistiek betreffende "Personen die gebruik hebben gemaakt van bijdrageplichtige Wlz-zorg" en voor WMO van de statistiek betreffende "Kenmerken Wmo maatwerkarrangementen". Van locaties waar meer dan 10 personen bij elkaar wonen, wordt aangenomen dat er sprake is van een (locatie van een) instelling. Concentraties van minder dan 10 personen worden buiten beschouwing gelaten om onthullingsrisico's tegen te gaan. Daarnaast zijn alle potentieel locaties voor vrouwenopvang (locaties waar vrijwel alleen vrouwen zijn geregistreerd), dus ongeacht de omvang van de concentratie, buiten beschouwing gelaten. Voor die locaties in het bijzonder geldt dat onthulling onwenselijk is. Bovendien gaat het daarbij veelal om andere problematiek. Verder zijn de gegevens – net als alle bronindicatoren in de Woon-Zorgwijzer geaggregeerd over postcodes binnen een groter gebied dat op 300 of 500 meter loopafstand ligt van de centrale postcode om onthulling nog verder tegen te gaan.

kaart 4-2 Subgroep inclusief locaties instellingen



Het verschil tussen de benadering zonder en met locaties kan worden gezien in het verschil tussen kaart 4-1 en kaart 4-2. Daarin wordt als voorbeeld het aandeel van de subgroep met verminderde

sociale redzaamheid en gedragsproblematiek in Amsterdam weergegeven zonder (kaart 4-1) en met locaties (kaart 4-2) in de modellering. De algemene verdeling verandert er niet veel door. Het zijn in beide benaderingen nog steeds dezelfde gebieden waar relatief veel of relatief weinig mensen in deze groep worden voorspeld. Door de locaties erbij te betrekken wordt wel een aantal meer specifieke punten sterker aangezet met een hogere kans op het voorkomen van deze groep. Dat gebeurt ook in gebieden waar verder op grond van de populatiekenmerken betrekkelijk weinig aanleiding was om de groep te verwachten. Doordat een deel van de groep bij de inschatting inclusief locaties nu meer op die plekken terecht komt, daalt de kans in de andere gebieden wat omdat het totale aantal niet verandert. Dit zorgt er in het geval van Amsterdam voor dat in het bijzonder in het centrum het aandeel lager uitpakt dan bij de inschatting zonder locaties.

5 Extra groepen plus-varianten

Vanuit de gebruikers van de WoonZorgwijzer zijn geregeld vragen gekomen of de WoonZorgwijzer geen informatie zou kunnen geven over specifieke problematiek die vanuit het beleid belangrijk wordt gevonden. Twee thema's kwamen daarbij met grote regelmaat naar voren: 'eenzaamheid' en 'obesitas'. Beide thema's raken aan de WoonZorgwijzer, maar passen niet direct in het gehanteerde conceptuele model. Aan 'eenzaamheid' kunnen gezondheidsproblemen ten grondslag liggen, maar dat hoeft niet het geval te zijn. 'Obesitas' kan samengaan met gezondheidsproblemen (als dit het geval is, vallen deze personen onder andere groepen die wél zijn onderscheiden), maar dat hoeft niet het geval te zijn. Vandaar dat is besloten deze groepen niet standaard op te nemen in de WoonZorgwijzer 3.0 maar ze wel te modelleren en aan te bieden aan afnemers van zogenoemde plusvarianten. In dit hoofdstuk geven we voor beide groepen aan welke populatie- en omgevingskenmerken worden gebruikt om het voorkomen van deze problematiek in te schatten en laten we enkele uitkomsten zien.

5.1 De Gezondheidsmonitor als bron

Om de modelschattingen te kunnen maken is gebruik gemaakt van de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020 (van GGD'en, CBS en RIVM). Dit is een grootschalige enquête onder de Nederlandse bevolking waarin respondenten wordt gevraagd naar o.a. overgewicht en eenzaamheid. In 2020 deden ruim 539.900 personen mee aan het vragenlijstonderzoek. Hierbij moet worden opgemerkt dat de dataverzameling voor de Gezondheidsmonitor in 2020 verstoord is door de Covid-19-pandemie. Ook hebben de pandemie en de bijbehorende maatregelen mogelijk de leefstijl van de respondenten beïnvloed. We verwachten niet dat dit zo sterk van invloed is op de relatie tussen populatiekenmerken en het voorkomen van de problematiek dat het de modelschattingen te atypisch zal maken. Zeker bij eenzaamheid is het echter denkbaar dat het niveau hiervan hoger is komen te liggen gedurende de pandemie en dat het voorkomen ervan sterker dan voorheen met de huishoudenssituatie samenhangt omdat men meer dan voorheen op het eigen huis houden was aangewezen. Het is belangrijk om dit bij een volgende versie van de Gezondheidsmonitor te controleren.

Het enquêtebestand is binnen de microdataomgeving van het CBS verrijkt met registratiegegevens van personen, huishoudens en de woonomgeving waarin zij wonen. Die verrijkingsgegevens zijn vervolgens gebruikt om na te gaan of daarmee de kans op het voorkomen van obesitas en eenzaamheid kan worden gemodelleerd.

5.2 Eenzaamheid

Eenzaamheid wordt in de Gezondheidsmonitor gemeten met een veel gebruikte eenzaamheids-schaal (Gierveld-de Jong & van Tilburg, 2007).⁴ Deze eenzaamheidsschaal bestaat uit 11 uitspraken over emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid.⁵ Voorafgaand aan de uitspraken staat de vraag: 'Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?', met de toelichting 'U kunt antwoorden met nee, min of meer, ja'. Een uitspraak voor het meten van emotionele eenzaamheid is bijvoorbeeld 'Ik mis een echte goede vriend of vriendin'. Sociale eenzaamheid wordt gemeten met onder andere de uitspraak: 'Wanneer ik daar behoeft aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht'.

Iemand is sociaal of emotioneel eenzaam als diegene op minstens twee van de bijbehorende items ongunstig scoort. Iemand is eenzaam bij minstens drie ongunstige scores op alle items. Bij negen ongunstige scores is dat 'ernstig eenzaam':

- Niet eenzaam: score 0-2
- Eenzaam: score 3-11
- Matig eenzaam: score 3-8
- Ernstig eenzaam: score 9-11.

Sociale eenzaamheid is het gemis aan contacten met vrienden, familie en kennissen. Emotionele eenzaamheid is het gemis aan een hechte, affectieve band met iemand. Er is overlap tussen emotionele en sociale eenzaamheid, maar mensen kunnen emotioneel eenzaam zijn en toch genoeg mensen om zich heen hebben en omgekeerd. Mensen die volgens de eenzaamheidsschaal (zeer) ernstig eenzaam zijn, zijn dat zowel in emotionele als in sociale zin. Het is die groep waar we ons in de WoonZorgwijzer op richten. Het gaat om 11% van de volwassen bevolking.

5.2.1 Populatiekenmerken

Een aantal belangrijke populatiekenmerken die samenhangen met eenzaamheid worden genoemd op de site van het RIVM.

- Geslacht (niet veel verschil bij ernstige eenzaamheid)
- Leeftijd (85-plusser zijn vaker ernstig eenzaam)
- Huwelijksstaat (alleen wonenden, in het bijzonder wanneer men gescheiden of verweduwd is, zijn vaker ernstig eenzaam)
- Opleiding (laag opgeleiden zijn vaker ernstig eenzaam)
- Inkomen (lage inkomens zijn vaker ernstig eenzaam).

Daarnaast wordt er in de literatuur⁶ melding gemaakt van een grotere eenzaamheid onder mensen met een migratieachtergrond. Ook wordt nogal eens (o.a. vanuit de Gezondheidsmonitor 2018)

⁴ J Gierveld-de Jong J, van Tilburg T. Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid. In: Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak. Assen: van Gorcum; 2007. 7. p. 7-14p.

⁵ Deze toelichting is ontleend aan <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie#methode--node-vragenlijsten-om-eenzaamheid-te-meten>

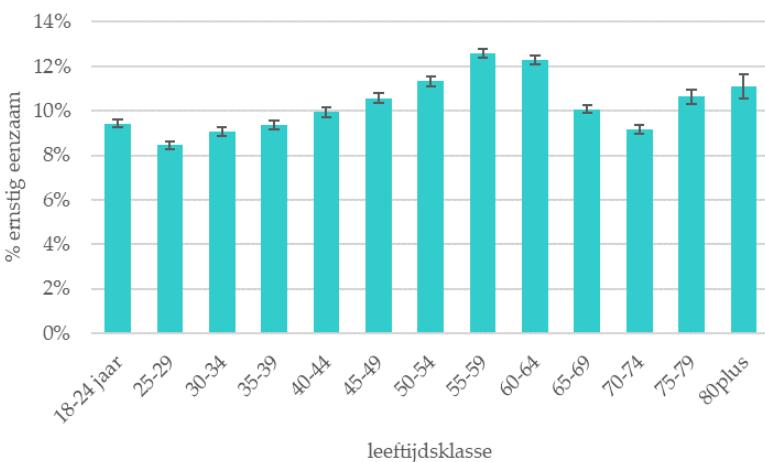
⁶ T. Fokkema, N. Conkova (2018), Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland en België: een sociaal-demografisch profiel. Geron, Thema zorg en ondersteuning aan arbeidsmigranten, Uitgave: 2/2018

T. Nederland en I. Razenberg (2016), Eenzaamheid onder ouderen van Turkse en Marokkaanse komaf, Kennisplatform Integratie en Samenleving.

melding gemaakt van een grotere eenzaamheid in de grote stad dan op het platteland. We schetsen hierna kort de verschillen tussen deze groepen in de selectie van respondenten in de Gezondheidsmonitor die we voor dit onderzoek hebben gebruikt.⁷

In figuur 5-1 wordt het aandeel mensen dat ernstig eenzaam is weergegeven naar leeftijdsgroep. Daaruit blijkt dat er een toenemend aandeel is bij een stijgende leeftijd, maar dat het ook weer niet om bijzonder grote verschillen gaat.

figuur 5-1 Ernstige eenzaamheid naar leeftijdsgroep



Het valt op dat het aandeel bij de ‘jonge ouderen’ 65-74 jaar relatief laag is en bij de oudere ouderen neemt weer toe. Ernstige eenzaamheid is daarmee niet per se een probleem van ouderen. Het komt voor onder alle leeftijdsgroepen. Vooral veel mensen van middelbare leeftijd (50-65 jaar) zijn ernstig eenzaam. Omdat de verschillen tussen leeftijdsgroepen niet zo groot zijn, is het goed mogelijk dat deze deels worden veroorzaakt door andere factoren (zoals type huishouden of soci- aaleconomische positie).

De verschillen zijn groter als naar het type huishouden wordt gekeken (figuur 5-2). Mensen die alleen wonen zijn het vaakst ernstig eenzaam. Het verschil is een factor 2,3 vergeleken met personen in een huishouden met een partner.

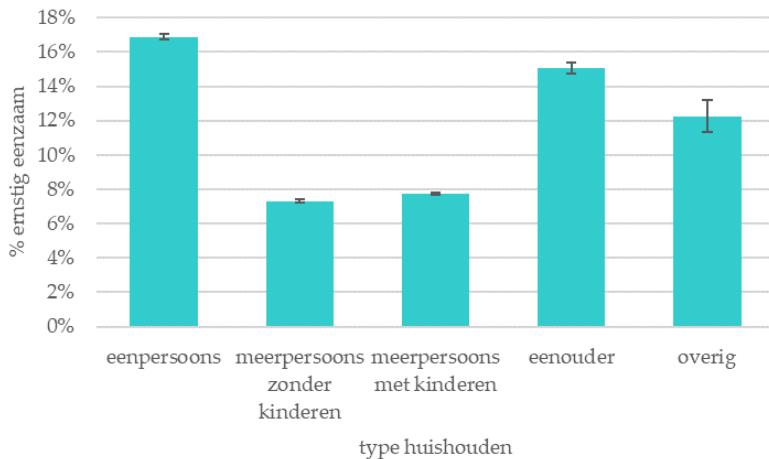
Ook volwassenen in eenouderhuishoudens zijn vaker ernstig eenzaam. Deze verschillen zijn aanzienlijk, zeker vergeleken met de leeftijdsverschillen. Het is zelfs niet ondenkbaar dat de leeftijdsverschillen die er zijn deels worden bepaald door het type huishouden. Immers, zowel oudere ouderen als jongeren vormen vaak een eenpersoonshuishouden.

H. Nhass, HASS en J. Verloove (2020) Tussen verveling en vereenzaming: een kwalitatief onderzoek naar hoe ouderen met een Marokkaanse achtergrond eenzaamheid en ouder worden in Nederland beleven, Kennisplatform Integratie en Samenleving.

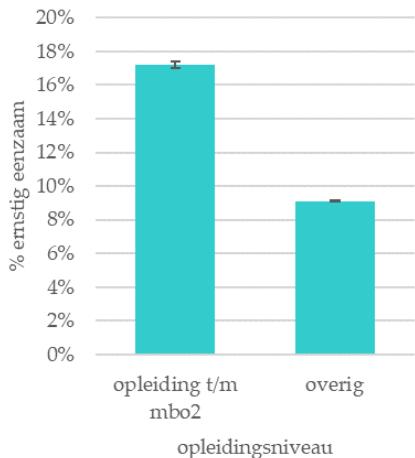
⁷ Op een aantal kenmerken waarmee het onderzoeksbestand is verrijkt waren ontbrekende gegevens. Dit gold in het bijzonder voor opleidingsniveau. De hier gepresenteerde samenhangen hebben alleen betrekking op het deel zonder ontbrekende gegevens (98% van het totaal) en zijn gebaseerd op gegevens waarmee het onderzoek is verrijkt (en niet de achtergrondkenmerken zoals die in het onderzoek zelf worden gevraagd). De uitkomsten komen daardoor niet noodzakelijk geheel overeen met de uitkomsten die binnen de Gezondheidsmonitor worden gevonden.

Zoals ook aangegeven op de RIVM-site, hangt opleidingsniveau vrij sterk samen met ernstige eenzaamheid. Onder mensen met een hoogst voltooide opleiding tot niveau mbo2, is het aandeel ernstig eenzamen bijna twee keer zo groot als onder mensen met een hoger opleidingsniveau (figuur 5-3).

figuur 5-2 Ernstige eenzaamheid naar type huishouden

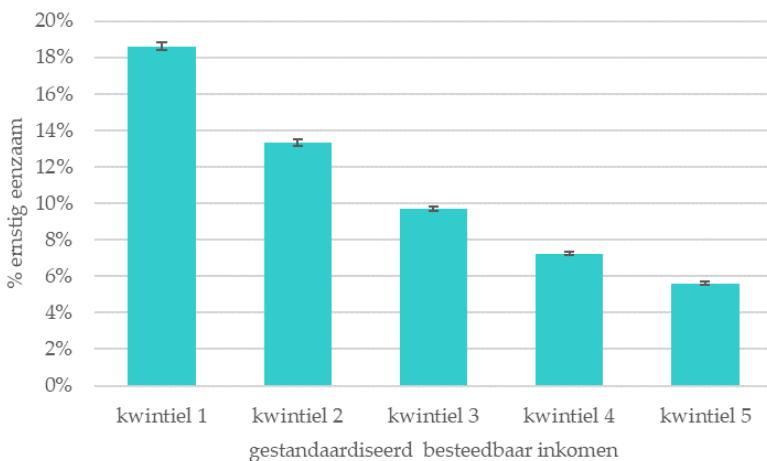


figuur 5-3 Ernstige eenzaamheid naar opleidingsniveau

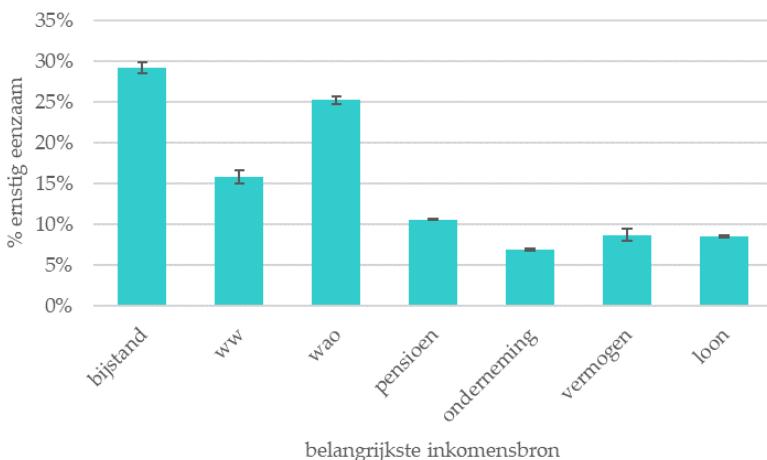


Ernstige eenzaamheid hangt vrijwel lineair samen met het (gestandaardiseerd besteedbaar) inkomen van het huishouden. De verschillen zijn groot. Personen met de 20% laagste inkomens zijn meer dan drie keer zo vaak ernstig eenzaam dan personen met de 20% hoogste inkomens (figuur 5-4). Dit hangt deels ook samen met de belangrijkste inkomensbron van een huishouden. Vooral mensen in een huishouden met een bijstands- of wao-uitkering zijn vaak ernstig eenzaam (figuur 5-5).

figuur 5-4 Ernstige eenzaamheid naar inkomen



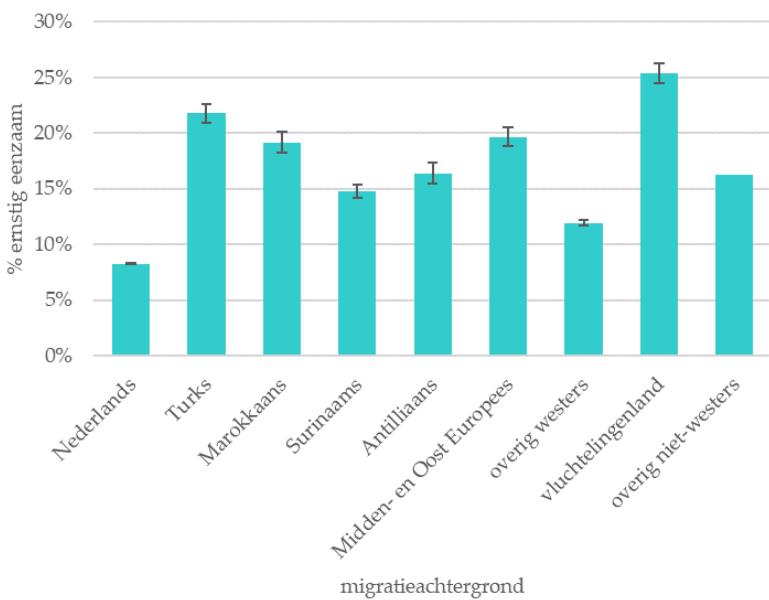
figuur 5-5 Ernstige eenzaamheid naar belangrijkste inkomensbron



Dat ernstige eenzaamheid niet bijzonder sterk met leeftijd samenhangt, komt ook naar voren uit figuur 5-5. Het aandeel ernstig eenzamen onder mensen met een pensioen is weliswaar hoger dan dat onder de personen met inkomen uit loon, vermogen of onderneming. Maar het is een stuk lager dan het aandeel ernstig eenzamen onder de mensen met een bijstands-, wao- of ww-uitkering. Zoals hiervoor ook aangegeven, is de ernstige eenzaamheid onder mensen met een migratieachtergrond groter dan onder de autochtoon Nederlandse bevolking (figuur 5-6). Dat geldt voor alle groepen. Onder personen die afkomstig zijn uit een van de vluchtelingenlanden (Syrië, Afghanistan, Iran, Irak, Eritrea en Ethiopië) is de ernstige eenzaamheid het grootst. Maar ook de ernstige eenzaamheid onder mensen met een Turkse en in iets mindere mate een Marokkaanse en Midden- en Oost-Europese migratieachtergrond is opvallend groot.

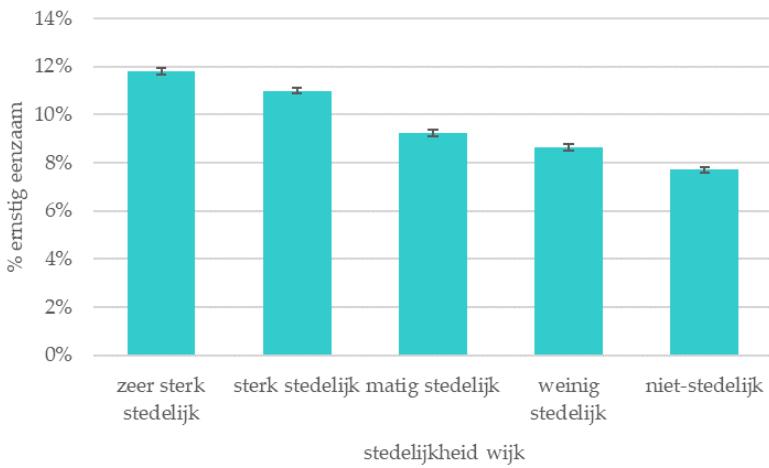
De verschillen naar migratieachtergrond zijn groter dan alleen op basis van bijvoorbeeld sociaal-economische positie kan worden verklaard. Dat maakt het aannemelijk dat hiermee problematiek in beeld wordt gebracht die specifiek voor de migrantengroepen geldt. Als dit kenmerk niet zou worden meegenomen bij het bepalen van de ruimtelijke verschillen in eenzaamheid, zou een belangrijk deel van de verschillen die er feitelijk zijn in de populatie onderbelicht blijven. Dat lijkt onwenselijk omdat daarmee beleid dat erop is gericht deze problematiek aan te pakken per definitie minder goed kan worden gericht.

figuur 5-6 Ernstige eenzaamheid naar migratieachtergrond



Tenslotte doet ook stedelijkheid ertoe: hoe stedelijker, hoe meer ernstige eenzaamheid. We hebben daarbij voor verschillende schaalniveaus (gemeenten, wijken en buurten) nagegaan hoe stedelijkheid samenhangt met ernstige eenzaamheid. De verschillen blijken het grootst op het niveau van wijken. Deze verschillen zijn echter niet heel erg groot.

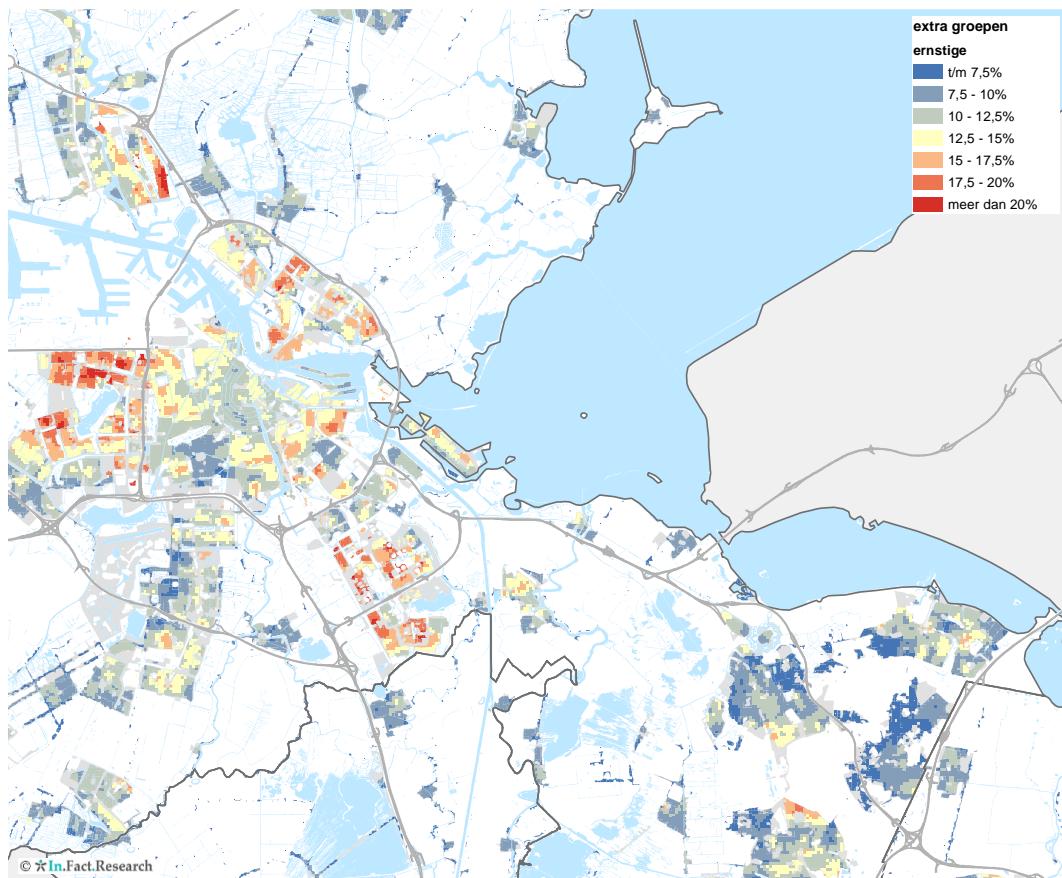
figuur 5-7 Ernstige eenzaamheid naar stedelijkheid van de wijk



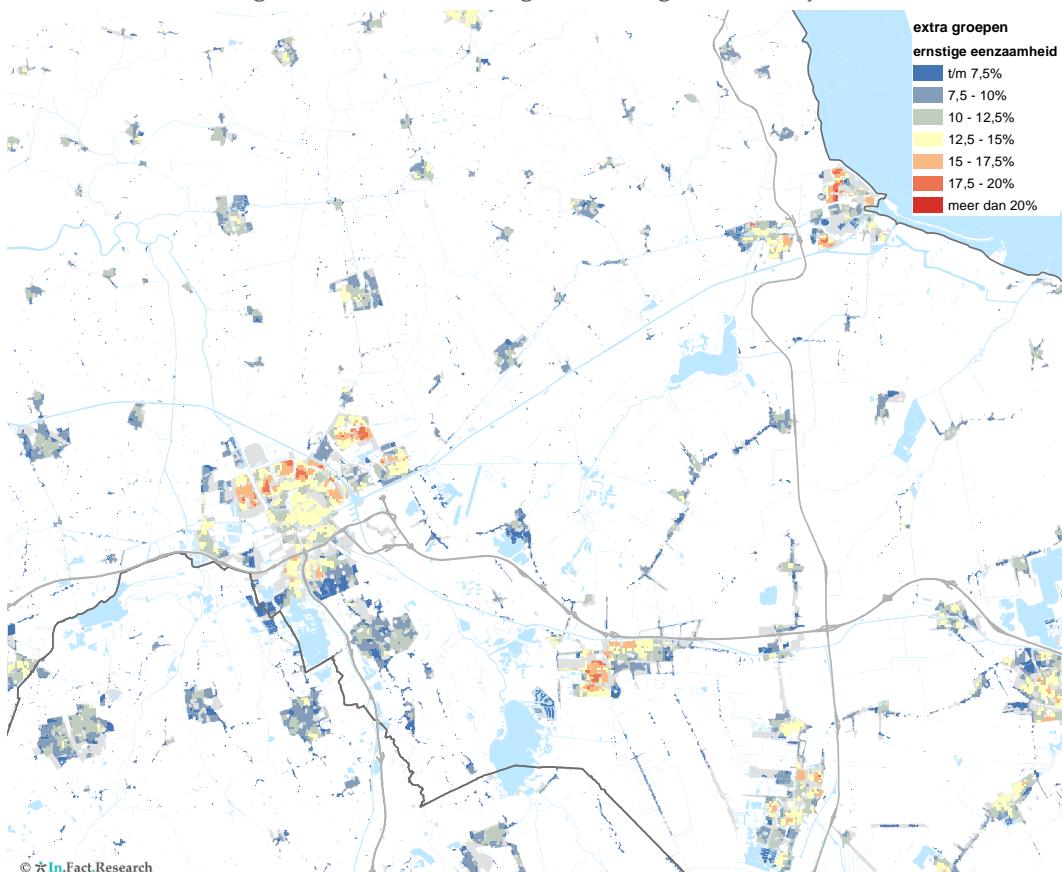
5.2.2 Modellering

Met de in de vorige paragraaf vermelde indicatoren die samenhangen met eenzaamheid is een model opgesteld dat het aandeel op het voorkomen ervan binnen de volwassen populatie indiceert. Hiervoor is gebruik gemaakt van een generalized linear model waarin de verschillende indicatoren als fixed effects zijn opgenomen. In het model zijn opgenomen: leeftijd, type huishouden, inkomen, inkomensbron, opleiding, migratieachtergrond en stedelijkheid op wijkniveau. De verklaarde variantie komt op individueel niveau uit op 5% en op wijkniveau op 90%. Resulterende kaartbeelden worden weergegeven in navolgende kaarten voor de regio's Amsterdam-Almere, Groningen – Delfzijl en Breda – Tilburg.

kaart 5-1 Ernstige eenzaamheid in regio Amsterdam - Almere

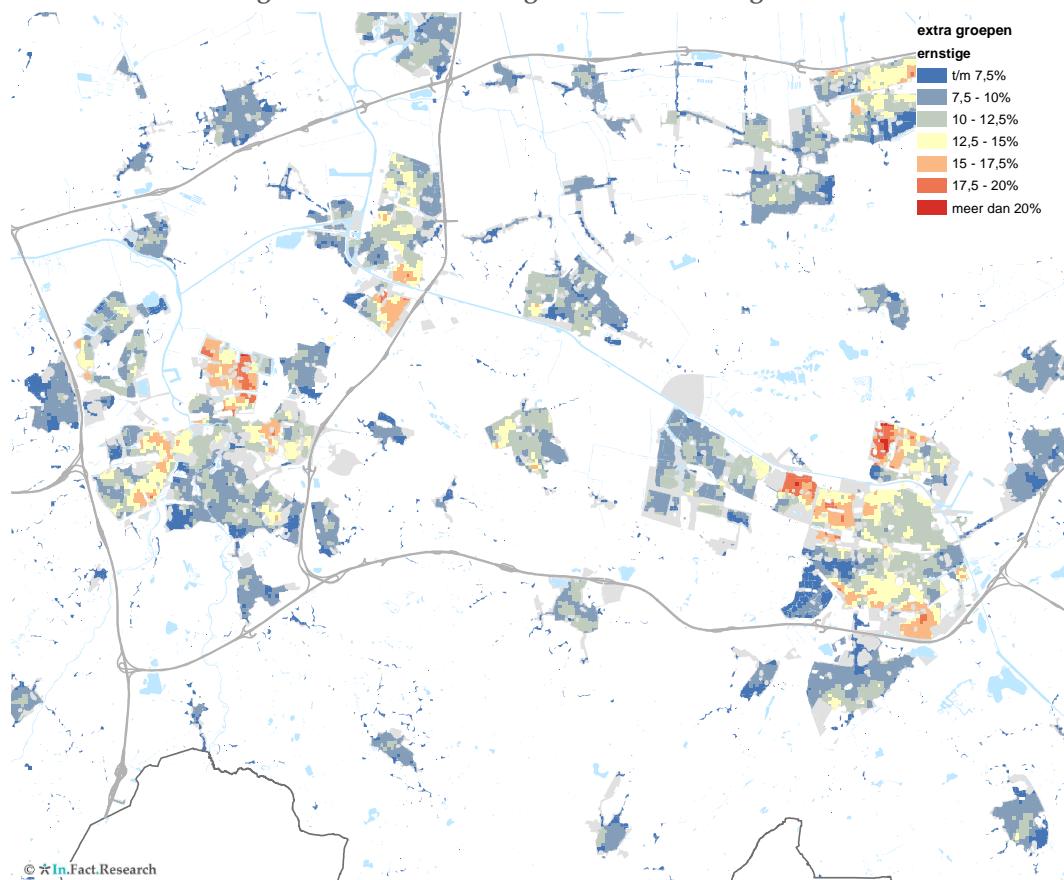


kaart 5-2 Ernstige eenzaamheid in regio Groningen - Delfzijl



De verdeling van ernstige eenzaamheid laat een wat andere verdeling zien dan wat bij veel indicatoren wordt getoond die te maken hebben met gezondheid in de breedste zin van het woord. Weliswaar komen de kwetsbare wijken naar voren met een relatief groot aandeel mensen die ernstig eenzaam zijn, maar daarnaast is bijvoorbeeld ook in de centrumgebieden van de steden een relatief groot aandeel ernstige eenzaamheid te zien. Dat zal vooral te maken hebben met het grotere aandeel eenpersoonshuishoudens daar maar ook met de stedelijkheid zelf die erop van invloed is. Lage niveaus van ernstige eenzaamheid komen vooral voor in de meest welvarende wijken waar ook veel meerpersoonshuishoudens wonen. Het verschil tussen stad en platteland is zowel in de regio Breda-Tilburg als de regio Groningen-Delfzijl goed te zien. In de kleinere kernen om de steden heen is het aandeel mensen dat ernstig eenzaam is beperkt. En dat geldt ook in de regio Groningen-Delfzijl, waar de situatie in de kleine kernen sociaaleconomisch niet altijd even gunstig is. Al met al lijken de kaartbeelden een behoorlijk plausibel beeld op te leveren van de verdeling van ernstige eenzaamheid.

kaart 5-3 Ernstige eenzaamheid in regio Breda - Tilburg



5.3 Obesitas

Er is sprake van ernstig overgewicht (i.c. obesitas) bij volwassenen bij een BMI van 30 of meer. BMI staat voor Body Mass Index. De BMI is gebaseerd op de verhouding tussen lengte en gewicht: het gewicht (in kilogram) gedeeld door het kwadraat van de lengte (in meters). In de Gezondheidsmonitor wordt gevraagd naar gewicht en naar lengte. De BMI wordt daaruit afgeleid. Het betreft daarmee een inschatting op basis van zelfrapportage en geen objectieve meting. In 2020

had 13,9% van de volwassen bevolking obesitas zo wordt gemeld op www.volksgezondheiden-zorg.info.

5.3.1 Populatiekenmerken

De belangrijkste kenmerken in de bevolking die samenhangen met obesitas worden opgesomd op de site van het RIVM: www.volksgezondheiden-zorg.info. Dit zijn:

- Geslacht (meer ernstig overgewicht bij vrouwen)
- Leeftijd (meer ernstig overgewicht bij het ouder worden)
- Inkomen (meer ernstig overgewicht bij lagere inkomens)
- Opleiding (meer ernstig overgewicht bij lager opleidingsniveau)

Verder wordt in het jaarrapport integratie van het CBS (<https://longreads.cbs.nl/integratie-2018/ge-zondheid/>) melding gemaakt van een relatie met herkomst. Hierin wordt vermeld dat personen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse migratieachtergrond vaker ernstig overgewicht (obesitas) hebben dan mensen zonder migratieachtergrond. Van de personen met een Antilliaanse achtergrond is 22 procent obes, tegen 11 procent bij personen met een Nederlandse achtergrond.

Aanvullend vinden we relaties met:

- Inkomensbron (meer obesitas bij mensen met een uitkering)
- Kenmerken van de populatie in een wat wijdere omgeving (buurt of wijk):
 - Aandeel hoogste inkomen (minder obesitas bij meer hoogste inkomen in de buurt)
 - Aandeel huishoudens met een inkomen tot 120% van sociaal minimum (meer obesitas bij meer lagere inkomen in de buurt)
 - Mediaan vermogen (minder obesitas bij een hoger mediaan vermogen in de buurt)
 - Autodichtheid (meer obesitas bij een hogere autodichtheid).

Daarnaast is er een sterke relatie met gezondheid en ondersteuning. Volwassenen met langdurige ziekten of aandoeningen hebben twee keer vaker ernstig overgewicht dan mensen zonder die aandoeningen. Ook volwassenen die gebruik maken van wmo-voorzieningen hebben (ruim) 2x vaker ernstig overgewicht dan mensen die dat niet doen. Bij voorzieningen die gerelateerd zijn aan verminderde mogelijkheden tot dagelijkse levensverrichtingen (huishoudelijke hulp, vervoervoorzieningen en - diensten, woonvoorzieningen) ligt dat nog hoger. Binnen die groepen heeft ruim een derde van de volwassenen ernstig overgewicht. Deze gezondheidsgerelateerde kenmerken gebruiken we niet om ernstig overgewicht te voorspellen. De gegevens over aandoeningen komen uit de steekproef van de Gezondheidsmonitor en vormen daarmee geen registratie. Gegevens over WMO-gebruik zijn deels beleidsafhankelijk en daarmee geen bruikbaar populatiekenmerk.

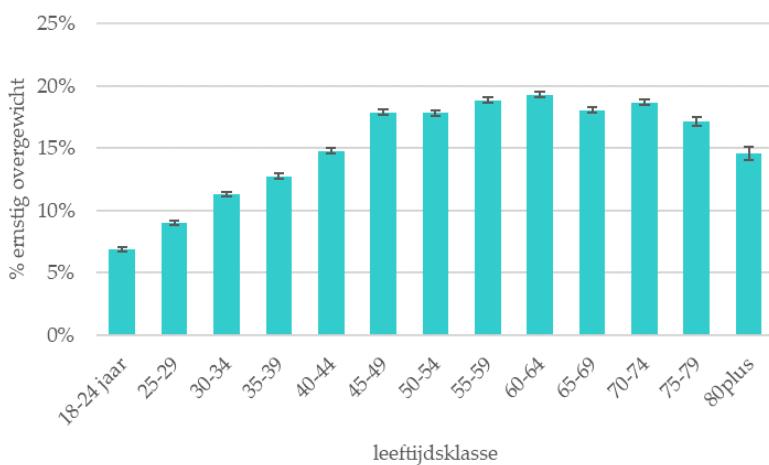
We schetsen hierna kort de verschillen tussen de benoemde groepen in de selectie van respondenten in de Gezondheidsmonitor die we voor dit onderzoek hebben gebruikt.⁷

Dat ernstig overgewicht toeneemt bij het ouder worden, wordt geïllustreerd in figuur 5-8. Tot 50 jaar neemt het aandeel mensen met ernstig overgewicht vrijwel lineair toe. Daarna verzwakt de relatie wat. De piek wordt bereikt bij een leeftijd tussen 60 en 65 jaar. Hierna neemt het aandeel

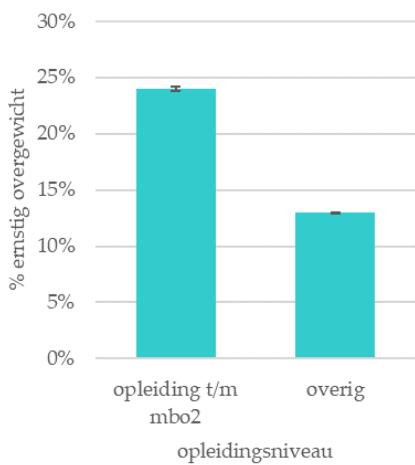
mensen met ernstig overgewicht weer langzaam af. Voor kinderen tot 18 jaar komt het aandeel met ernstig overgewicht in 2020 uit op 2,5%.⁸

Overgewicht hangt sterk samen met sociaaleconomische verschillen. Dat is onder meer te zien in figuur 5-9. Onder volwassenen met een opleidingsniveau tot en met mbo2 is het aandeel met ernstig overgewicht bijna twee keer zo groot als onder volwassenen met een hoger opleidingsniveau. De verschillen komen ook terug bij inkomens. Het aandeel mensen met overgewicht is het hoogst bij de 40% laagste inkomens. Naarmate het inkomensniveau hoger is, neemt het aandeel mensen met ernstig overgewicht verder af. Bij de hoogste inkomensgroep is dit nog 10%. Nog groter dan voor opleiding en inkomen zijn de verschillen als de belangrijkste inkomensbron van het huishouden wordt vergeleken (figuur 5-11). In het bijzonder onder volwassenen met een bijstands- of wao-uitkering is het aandeel met ernstig overgewicht groot (rond de 25%). In de groepen met inkomen uit vermogen of onderneming is het aandeel ernstig overgewicht het laagst.

figuur 5-8 Ernstig overgewicht naar leeftijdsGroep

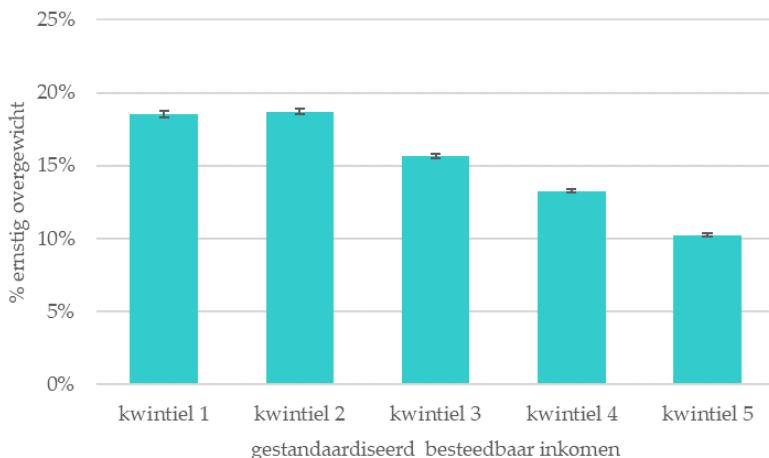


figuur 5-9 Ernstig overgewicht naar opleidingsniveau

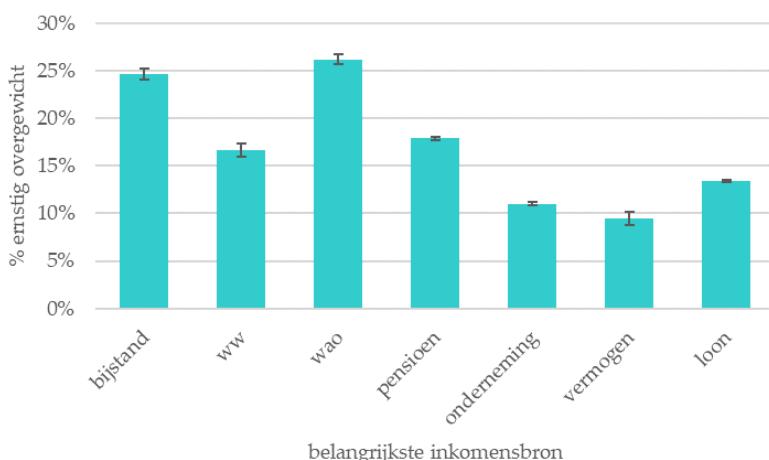


⁸ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#node-overgewicht-kinderen>

figuur 5-10 Ernstig overgewicht naar inkomensgroep



figuur 5-11 Ernstig overgewicht naar belangrijkste inkomensbron

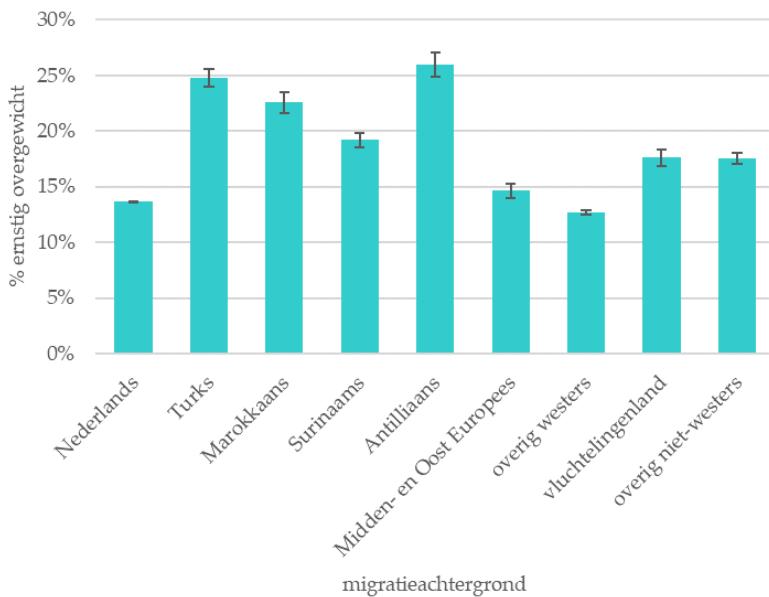


Overgewicht hangt niet alleen samen met leeftijd en sociaaleconomische positie maar ook met culturele factoren, zo kwam al naar voren uit de hiervoor ook aangehaalde jaarrapportage integratie van het CBS. De verschillen tussen volwassenen naar migratieachtergrond worden weergegeven in figuur 5-12). De groep met een Antilliaanse migratieachtergrond springt eruit, maar het verschil met de groep met een Turkse migratieachtergrond is niet significant. In beide groepen heeft circa een kwart van de volwassenen ernstig overgewicht terwijl dit aandeel in de groep met een Nederlandse of ‘overig niet-westerse’ achtergrond minder dan 14% is.

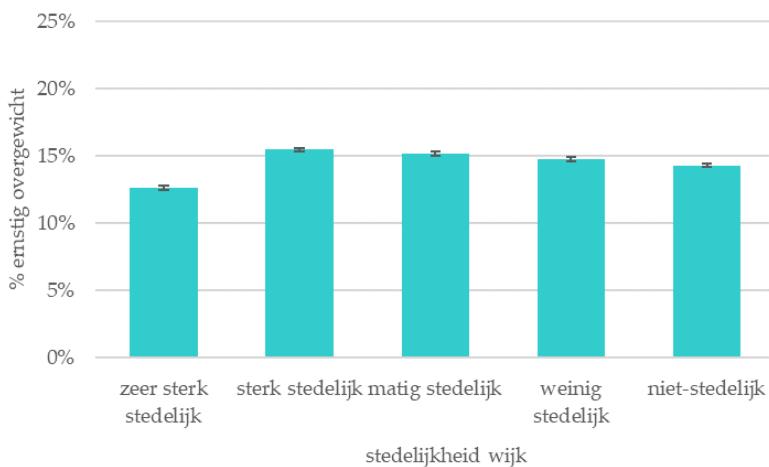
Verschillen naar stedelijkheid zijn beperkt. We constateren een iets lager aandeel volwassenen met ernstig overgewicht in de zeer stedelijke wijken in Nederland dan in minder stedelijke wijken.

Naarmate de leefomgeving nog minder stedelijk wordt, neemt het aandeel met ernstig overgewicht nog wat verder af. Zeker die laatste verschillen zijn niet groot maar wel net significant. Deze verschillen hangen vermoedelijk deels samen met bijvoorbeeld leeftijd. In de zeer sterk stedelijke gebieden is het aandeel mensen met een jongere leeftijd wat hoger. Dat kan bijdragen aan het lagere niveau in die gebieden. Maar dergelijke samenhangen gelden met en voor de andere hier besproken populatiekenmerken. Daarom is het ook belangrijk om bij het maken van inschattingen van de ruimtelijke verdeling van fenomenen zoals ernstig overgewicht daar rekening mee te houden en alleen de unieke bijdrage van een populatiekenmerk te verdisconteren in de schattingen.

figuur 5-12 Ernstig overgewicht naar migratieachtergrond



figuur 5-13 Ernstig overgewicht naar stedelijkheid



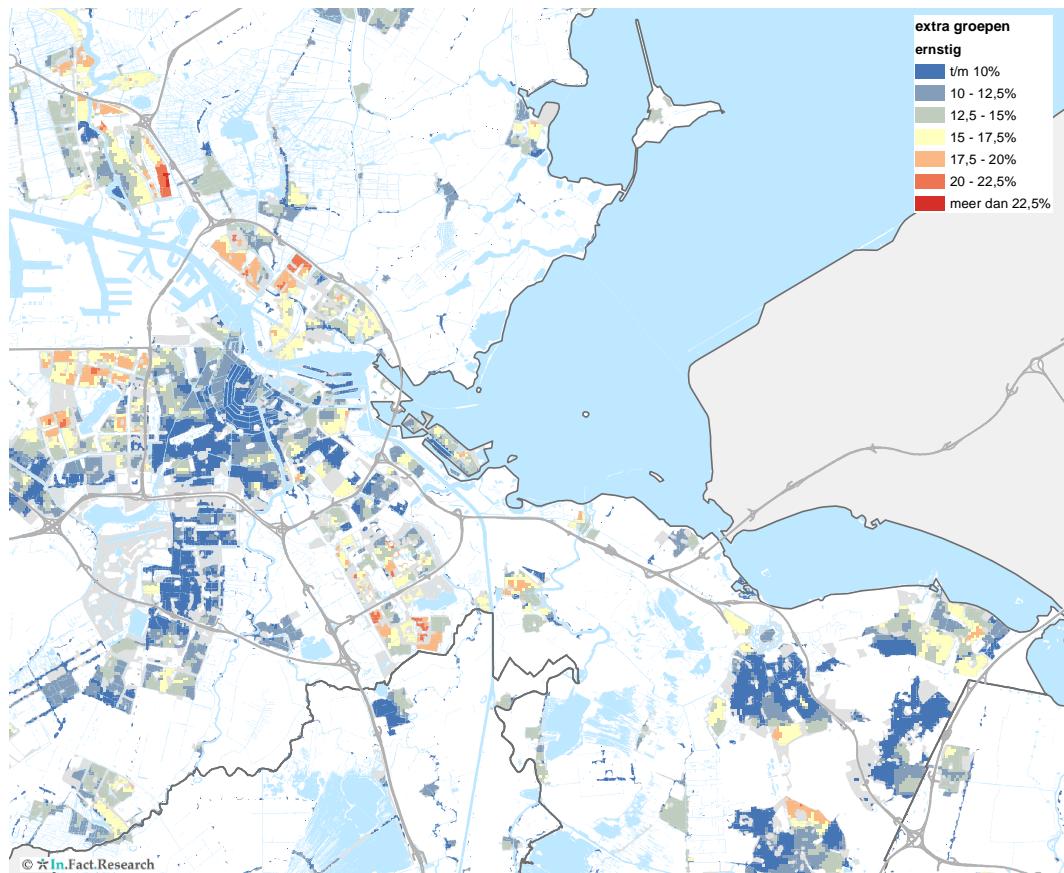
Voor stedelijkheid levert dit – na correctie voor de overige verschillen tussen mensen – een versterking van de verschillen op, waardoor stedelijkheid over de gehele linie van klassen negatief samenhangt met obesitas. Dus, rekening houdend met de verschillen tussen steden en landelijk gebied qua samenstelling van de populatie, is de problematiek van ernstig overgewicht relatief groot op het platteland en kleiner in de steden.

5.3.2 Modellering

Met de in de vorige paragraaf vermelde indicatoren die samenhangen met ernstig overgewicht is een model opgesteld dat het aandeel op het voorkomen ervan binnen de volwassen populatie indi- ceert. Hiervoor is gebruik gemaakt van een generalized linear model waarin de verschillende indi-

catooren als fixed effects zijn opgenomen. In het model zijn opgenomen: leeftijd, inkomen, inkomensbron, opleiding, migratieachtergrond, stedelijkheid op wijkniveau en op buurt/wijkniveau⁹: aandeel 20% hoogste inkomens, aandeel huishoudens met een inkomen tot 120% van sociaal minimum, mediaan vermogen, autodichtheid. De verklaarde variantie komt op individueel niveau uit op 4% en op wijkniveau op ruim 90%. Resulterende kaartbeelden worden hierna weergegeven voor de regio's Amsterdam-Almere (kaart 5-4), Groningen – Delfzijl (kaart 5-5) en Breda – Tilburg (kaart 5-6).

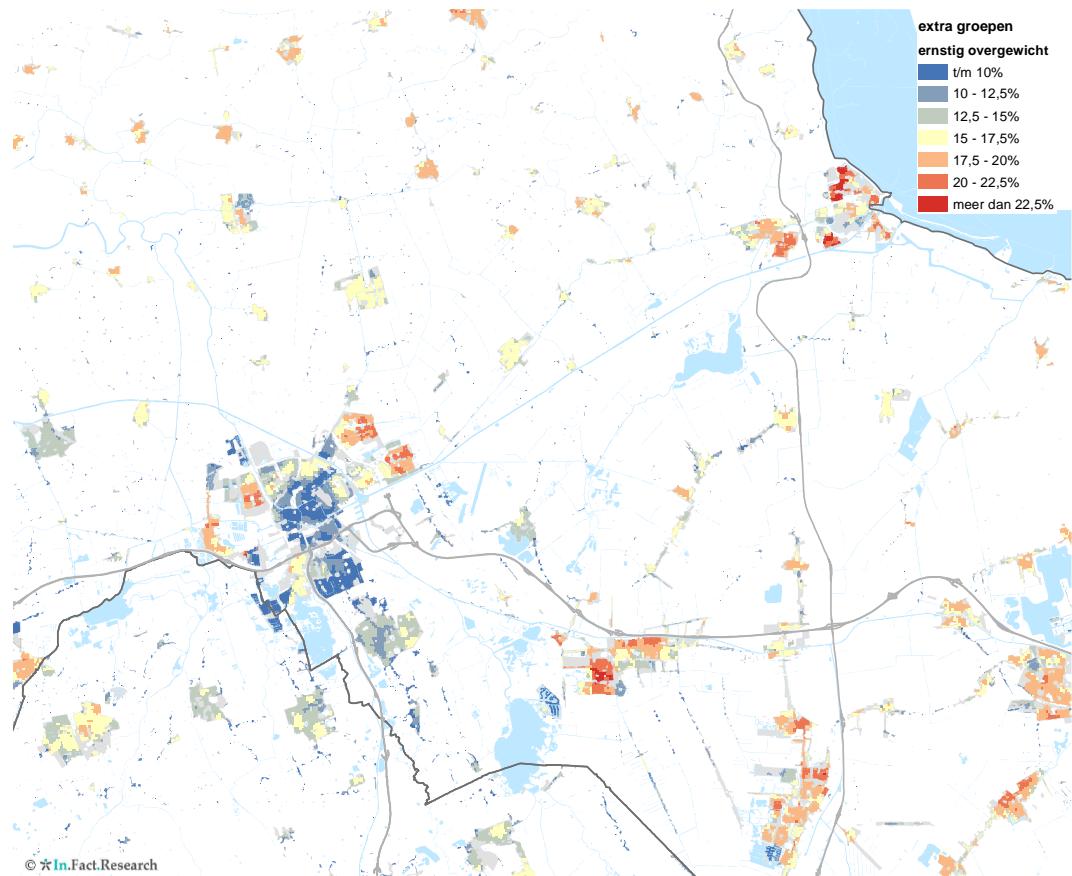
kaart 5-4 Inschatting ernstig overgewicht in de regio Amsterdam - Almere



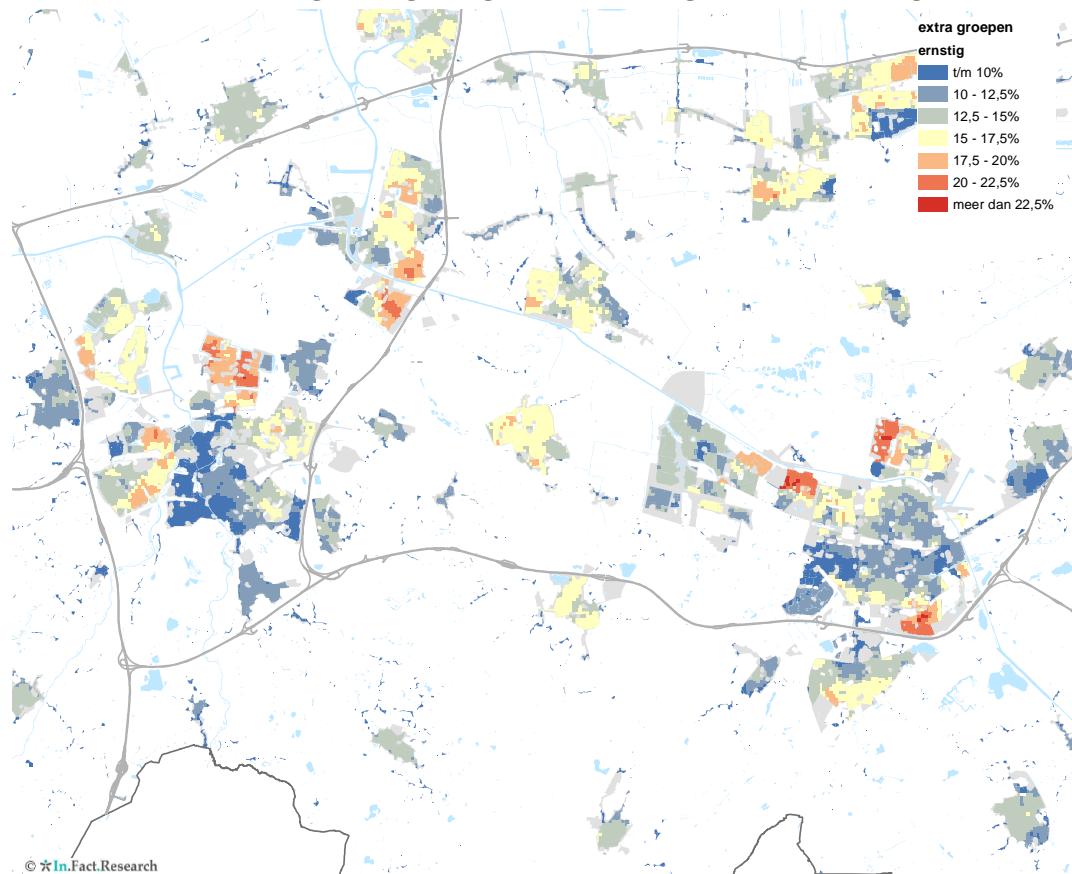
De ruimtelijke verdeling van obesitas volgt, meer dan die van ernstige eenzaamheid, de klassieke scheidslijnen tussen kwetsbare wijken en wijken zonder al te veel problematiek. Ernstig overgewicht komt meer voor in de kwetsbare wijken waar sociaaleconomische problematiek groot is en waar het aandeel mensen met een migratieachtergrond ook groot is. In de regio Amsterdam-Almere leidt dit bijvoorbeeld tot relatief hoge scores voor Amsterdam Nieuw-West, Zuidoost en Noord in Amsterdam, Almere Haven in Almere en Poelenburg in Zaandstad (kaart 5-4). Maar ook in Breda, Tilburg en Groningen springen de kwetsbare wijken eruit.

⁹ Er is in eerste instantie uitgegaan van buurtniveau. Indien deze waarde missing was, is het wijkniveau genomen.

kaart 5-5 Inschatting ernstig overgewicht in de regio Groningen - Delfzijl



kaart 5-6 Inschatting ernstig overgewicht in de regio Breda - Tilburg



Dat de sociaaleconomische factor een groter gewicht in de schaal lijkt te leggen dan de migratieachtergrond wordt geïllustreerd door de betrekkelijk ongunstige situatie in veel kleine kernen in de regio Groningen-Delfzijl (kaart 5-5). Het aandeel mensen met een migratieachtergrond is hier beperkt, maar de sociaaleconomische situatie is er ongunstig. Gecombineerd met de meer in algemene zin grotere kans dat er problemen met ernstig overgewicht zijn in de kleinere kernen levert dat een relatief ongunstig beeld op voor het platteland. Waar dit platteland welvarend is, valt het nog mee (zie de kleinere kernen in de regio's Amsterdam-Almere en Breda-Tilburg). Maar waar dat niet zo is, zoals in Groningen, maar ook in een aantal kernen rond Breda-Tilburg wordt relatief veel ernstig overgewicht voorspeld door het model.

6 Overige aanpassingen

In de voorgaande hoofdstukken zijn enkele tastbare / direct zichtbare wijzigingen in de Woon-Zorgwijzer besproken. Ook meer op de achtergrond/ onder de motorkap is het instrument verbeterd. Ten eerste is de techniek verbeterd door we zijn overgestapt op de nieuwste versie van MapGallery. Ten tweede zijn nieuwe demografische prognoses opgesteld, die zijn benut bij de doorrekeningen voor 2025. Te derde zijn bij de 3.0 versie niet alleen de jaren 2020 en 2025 toegevoegd, maar zijn ook de historische metingen opnieuw doorgerekend. Ten slotte is het wijkniveau toegevoegd als niveau waarop de cijfers worden gepresenteerd en is ook de download daarop aangepast. In dit hoofdstuk worden deze aanpassingen besproken.

6.1 Mapgallery 5.0

Bij de update naar de 3.0 versie zijn we overgestapt op de nieuwste versie van MapGallery. MapGallery 5 kent een aantal leuke verbeteringen, zoals:

- De snelheid is flink verbeterd. Dit is vooral te merken aan de opstarttijd en response tijden van de applicatie. Het gedeelte van de kaart rendering is compleet herschreven om deze snelheidswinst te halen;
- Verbeterde en moderne interface. De statische panelen links en rechts zijn vervangen door ‘floating cards’. Hierdoor loopt de kaart door en liggen de legenda en kaartlagen boven op de kaart. Zo kan de volledige breedte van het venster worden benut. Daar naast kunnen de legenda's meer informatie tonen terwijl ze minder ruimte innemen;
- MapGallery zal op basis van de grootte van het scherm de interface aanpassen. Op een telefoon zal de informatie klein en compact zijn. Op een tablet of een desktop zal direct meer informatie getoond worden.
- MapGallery kan worden geïnstalleerd in het Start menu, zodat men de applicatie kan openen zonder eerst te zoeken via een browser;

Daarnaast zijn de mogelijkheden in de beheeromgeving sterk verbeterd. Dat is voor de meeste gebruikers van de WoonZorgwijzer weinig relevant, maar voor de groep gebruikers van een zogenoemde plus-varianten kan het wel relevant zijn. Voortgang heeft in dit geval ook zijn prijs: ondersteuning van Internet Explorer is namelijk komen te vervallen. De meeste Microsoftgebruikers zijn echter inmiddels overgestapt op de Edge browser en velen gebruiken andere browsers zoals Google Chrome.

6.2 Demografische prognose

In de WoonZorgwijzer is standaard één prognosejaar opgenomen. In de eerste versie was dat 2020, in de 2.0 versie was dat 2023 en in de 3.0 versie is het 2025 geworden. De reden om over de stappen van periode van vier jaar naar vijf jaar, is gelegen in het feit dat in de lokale beleidspraktijk een periode van vijf jaar meer gebruikelijk is.

Nieuwe demografische prognose

In 2019 is er een nieuwe regionale Pearlprognose en landelijke CBS bevolkingsprognose verschenen. Uiteraard is in de WoonZorgwijzer aangesloten op de meest recente inzichten uit deze prognose. Om deze te vertalen naar 6ppc niveau is een nieuwe microprognose opgesteld. Deze is gebaseerd op de trends zoals deze zichtbaar waren in de periode 2015-2020.

De methode – zoals omschreven in de rapportage ‘Doorontwikkeling WoonZorgwijzer; Van ontwerp naar operationeel model’ – is grotendeels gelijk gebleven. De berekeningen en parameters zijn wederom bepaald op een zeer laag schaalniveau (6ppc niveau), om optimaal recht te doen aan de lokale verschillen en te voorkomen dat er bijvoorbeeld in een studentenhuis plotseling veel kinderen worden geboren.

Sinds 2018 hebben er de nodige gemeentelijke herindelingen en grenscorrecties plaatsgevonden. Voor de nieuwe gemeenten was nog geen Pearl-prognose beschikbaar. De in de WoonZorgwijzer weergegeven gemeentelijke totalen bestaan uit de optelsom van 6ppc-gebieden. Daarmee wordt dus wél aangesloten op de nieuwe indeling van gemeenten (en ook CBS-buurten).

Bij de prognoses is de nieuwbouw apart benaderd. Als het aantal inwoners en huishoudens in een gemeente sterk toeneemt, is het immers niet reëel te veronderstellen dat deze groei in de bestaande wijken en buurten terecht komt. Deze extra groei landt in de uitbreidings-nieuwbouw. In de kaartbeelden zijn de inwoners waar het om gaat niet terug te zien, we weten immers niet waar de uitbreiding op welk moment plaats zal vinden. In de gemeentelijke totalen zijn de inwoners van de uitbreidingsnieuwbuw wel meegeteld en in de te downloaden tabellen is de uitbreidingsnieuwbuw als aparte buurt weergegeven.

Bredere gebruikswaarde

Het is een bewuste keuze geweest in de WoonZorgwijzer niet verder vooruit te kijken dan vijf jaar. In combinatie met de ontwikkelingen in de afgelopen jaren, kan daarmee een goede basis worden gelegd voor het lokale gebiedsgerichte beleid. Verder vooruit kijken betekent dat op lokaal niveau ook aannamen moeten worden gedaan over bijvoorbeeld het sluiten en openen van instellingen, veranderingen in de woningvoorraad en woonomgeving en op macroniveau over nieuwe innovaties in de ondersteuning en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dat is niet alleen lastig, maar er ontstaat dan ook een situatie dat – zeker op lokaal niveau – het beleid input wordt, terwijl het de intentie is dit beleid te onderbouwen (er ontstaat een kip-ei-probleem).

Met name voor de ouderdomgerelateerde beperkingen geldt dat het wel zinvol kan zijn verder vooruit te kijken. Ouderen verhuizen immers maar in beperkte mate en de demografische ontwikkelingen zijn relatief gezien eenvoudig voor een langere periode te voorspellen. Om deze reden is besloten deze groepen ook door te rekenen tot 2030 en 2040. Deze data zit niet standaard in de WoonZorgwijzer, maar kan er wel op verzoek – in een plus-versie – aan worden toegevoegd.

De prognoses op 6ppc-niveau hebben uiteraard een bredere gebruikswaarde dan alleen toepassing in de WoonZorgwijzer. Ook voor beleid op het bredere terrein van het wonen en de leefbaarheid leveren de prognoses relevante inzichten. Om deze reden hebben veel van de afnemers van WoonZorgwijzer plusvarianten besloten de microprognoses op te nemen in de betreffende applicaties.

Uiteraard geldt wel de kanttekening dat hoe lager het schaalniveau van de prognoses, hoe groter de betrouwbaarheidsmarges. Op het niveau van een straat kan het al dan niet verhuizen van één huishouden al een wezenlijk verschil maken, op kern- en buurtniveau kan een relatief klein sloophof nieuwbuwproject dat doen. Op gemeentelijk niveau middelen dat soort onzekerheden zich uit; hoe lager het schaalniveau, hoe minder dat het geval is.

6.3 Nieuwe tijdreeks

De update van 2020 brengt naast de cijfers over 2020 en een prognose voor 2025 ook een vernieuwde tijdreeks (2014-2018) met zich mee. Het peiljaar 2014 was eerder niet opgenomen in de WoonZorgwijzer en is daarmee ook een toevoeging. De belangrijkste reden voor de vernieuwing van de tijdreeks is dat met de update 2020 ook een wijziging heeft plaatsgevonden in de aggregatie voor berekening van de brongegevens in de microdata van het CBS. We leggen dit kort uit.

De WoonZorgwijzer is uniek omdat het patronen laat zien op een laag schaalniveau die aangeven waar zwaartepunten kunnen worden verwacht in het vóórkomien van aandoeningen en beperkingen. Die patronen zijn gebaseerd op data over de woonomgeving en de populatie in gebieden (postcodes) die binnen 300 meter loopafstand van elkaar liggen. Door die gebieden elkaar te laten overlappen – waarbij aangrenzende gebieden steeds net weer een ander bereik van hebben - kunnen vrij gedetailleerde patronen zichtbaar worden gemaakt zonder dat er sprake is van onthulling. Voor elk gebied geldt immers dat de uitkomst niet feitelijk is gebaseerd op dat gebied maar op het totale gebied binnen 300 meter loopafstand.

Het centrum van het gebied van waaruit wordt bepaald welke andere gebieden erbij horen (die binnen 300 meter loopafstand over weg- en voetpaden liggen) is de centroïde van een zespositie-postcode. Die centroïde wordt bepaald door de woningen die in de postcode liggen. Als in een grote postcode alle woningen aan een kant liggen. Ligt daar ook de centroïde en niet in het ruimtelijke midden van de postcode. Over de tijd verandert de ligging van die centroïde doordat er woningen worden bijgebouwd of gesloopt en doordat registraties van woningen in de BAG (Basisregistratie Adressen en Gebouwen) verbeteren. Ook kunnen er veranderingen ontstaan in de (registratie) van de ontsluiting van gebieden in de wegenkaart waarover de loopafstanden worden bepaald. Verder is bij de vorige versie van de WoonZorgwijzer naast een toewijzing op basis van loopafstanden ook een deel van de gebieden toegewezen op basis van hemelsbrede afstanden (binnen 50 meter en aangrenzend). Die uitzondering is bij deze update niet meer gehanteerd.

Al dit type wijzigingen heeft ertoe geleid dat de relatietabel die aangeeft welke gebieden bij elkaar horen (omdat ze binnen 300 meter loopafstand van elkaar liggen) voor 2020 flink afwijkt van de relatietabel die bij de update 2018 is gebruikt. Dat zorgt er voor dat bij de meting 2020 andere gebieden bij elkaar worden genomen dan dat bij de meting 2018 het geval was. Dit werkt door in de ruimtelijke weergave van de patronen in de WoonZorgwijzer maar ook in de op basis van die patronen geaggregeerde gegevens op buurt, wijk en gemeenteniveau.

Tot slot zijn er door de grotere nadruk die door het CBS op het tegengaan van onthulling wordt gelegd veranderingen in de brondaten ontstaan. Zo zijn alle aantallen – en daaruit afgeleide aantallen – per 2020 gebaseerd op afrondingen op 5-tallen (boven de 10). Voorheen kon gebruik worden gemaakt van werkelijke aantallen (boven de 10). Ook dat zorgt voor een verandering in de data en de berekende uitkomsten en maakte een herberekening van de modeluitkomsten nodig om een tijdreeks zonder trendbreuk te tonen.

6.4 Wijkniveau en downloads

Op het niveau van de deelnemende gebieden (provincie, gemeenten) zijn downloads beschikbaar van de brongegevens van de WoonZorgwijzer. De inhoud van de download is weergegeven in na-volgend overzicht. Van gebieden met minder dan 100 inwoners worden geen gegevens getoond. Als een gegeven betrekking heeft op minder dan 10 personen, wordt dit gegeven niet getoond.

Aantallen worden voor landelijke en provinciale totalen afgerond op 100-tallen. Voor gegevens op het niveau van gemeente, wijk en buurt wordt afgerond op 10-tallen.

Het wijkniveau is nieuw in de WoonZorgwijzer. Dit niveau is toegevoegd omdat in de praktijk is gebleken dat dit vaak het schaalniveau is waarop beleid wordt gevoerd/ontwikkeld. Het buurtniveau wordt wat minder vaak gebruikt, al zijn er verschillen per gemeente. Bij het gebruik van cijfers over buurten en wijken moet worden beseft dat de aantallen van buurten niet zondermeer kunnen worden opgeteld tot wijkniveau en die van de wijken niet tot de gemeentelijke totalen. Dit vanwege de hierboven omschreven criteria voor het al dan niet tonen van de gegevens.

Tabel 6-1 Inhoud download release 1

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
NHG_DEM20	aantal zelfstandig wonende personen van 60 jaar of ouder met dementie	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_LVG20	aantal zelfstandig wonende personen van 19 jaar of ouder ... met een licht verstandelijke beperking	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_VG20	... met een verstandelijke beperking	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_SOM20	... met een somatische aandoening en mobiliteitsbeperkingen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_ZIN20	... met een zintuiglijke aandoening	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_PSY120	... met angststoornissen en/of depressie	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_PSY220	... met psychiatrische problematiek	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_NAH20	... met niet-aangeboren hersenletsel (beroerte)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_JGD20	aantal personen tot en met 18 jaar die in aanmerking komen voor een vorm van ambulante jeugdhulpverlening	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld1_totaal20	aantal zelfstandig wonende personen van 19 jaar of ouder ... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van de dagbesteding	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld2_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van administratie	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld3_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van sociale contacten/netwerk	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld4_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van medicijngebruik/medische verzorging	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
ld5_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zich (veilig) buitenhuis verplaatsen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld6_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren bij zaken als opstaan, aankleden, wassen, tanden poetsen, toiletbezoek, eten en drinken.	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld7_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zich bin-nenshuis te verplaatsen.	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld8_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van fysieke en sociale veiligheid in huis	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld9_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zelfstan-dig doen van het huishouden	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld10_totaal20	... die mogelijk in hun functioneren beperkt worden door stemmingen (depressie) en/of angsten	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld11_totaal20	... met mogelijke beperkingen als gevolg van grens-overschrijdend gedrag	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld12_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren in hun cogni-tief functioneren	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld13_totaal20	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van regievoering over het eigen leven	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
ld14_totaal20	... die mogelijk beperkt zijn bij het zelf (tijdig) hulp in te roepen als het niet goed gaat.	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NHG_DEM25	aantal zelfstandig wonende personen van 60 jaar of ouder met dementie	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_LVG25	aantal zelfstandig wonende personen van 19 jaar of ouder ... met een licht verstandelijke beperking	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_VG25	... met een verstandelijke beperking	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_SOM25	... met een somatische aandoening en mobiliteitsbe-perkingen	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_ZIN25	... met een zintuiglijke aandoening	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_PSY125	... met angststoornissen en/of depressie	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_PSY225	... met psychiatrische problematiek	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_NAH25	... met niet-aangeboren hersenletsel (beroerte)	2025	NL, prov., gem., wijk
NHG_JGD25	aantal personen tot en met 18 jaar die in aanmerking komen voor een vorm van ambulante jeugdhulpver-leining	2025	NL, prov., gem., wijk

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
ld1_totaal25	aantal zelfstandig wonende personen van 19 jaar of ouder ... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van de dagbesteding	2025	NL, prov., gem., wijk
ld2_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van administratie	2025	NL, prov., gem., wijk
ld3_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van sociale contacten/netwerk	2025	NL, prov., gem., wijk
ld4_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van medicijngebruik/medische verzorging	2025	NL, prov., gem., wijk
ld5_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zich (veilig) buitenshuis verplaatsen	2025	NL, prov., gem., wijk
ld6_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren bij zaken als opstaan, aankleden, wassen, tanden poetsen, toiletbezoek, eten en drinken.	2025	NL, prov., gem., wijk
ld7_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zich bin-nenshuis te verplaatsen.	2025	NL, prov., gem., wijk
ld8_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van fysieke en sociale veiligheid in huis	2025	NL, prov., gem., wijk
ld9_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zelfstan-dig doen van het huishouden	2025	NL, prov., gem., wijk
ld10_totaal25	... die mogelijk in hun functioneren beperkt worden door stemmingen (depressie) en/of angsten	2025	NL, prov., gem., wijk
ld11_totaal25	... met mogelijke beperkingen als gevolg van grens-overschrijdend gedrag	2025	NL, prov., gem., wijk
ld12_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren in hun cogni-tief functioneren	2025	NL, prov., gem., wijk
ld13_totaal25	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van regievoering over het eigen leven	2025	NL, prov., gem., wijk
ld14_totaal25	... die mogelijk beperkt zijn bij het zelf (tijdig) hulp in te roepen als het niet goed gaat.	2025	NL, prov., gem., wijk
pHG_DEM20	kans op het voorkomen van personen van 60 jaar of ouder met dementie	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pHG_LVG20	kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder ... met een licht verstandelijke beperking	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pHG_VG20	... met een verstandelijke beperking	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pHG_SOM20	... met een somatische aandoening en mobiliteitsbe-perkingen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
pHG_ZIN20	... met een zintuiglijke aandoening	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pHG_PSY120	... met angststoornissen en/of depressie	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pHG_PSY220	... met psychiatrische problematiek	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pHG_NAH20	... met niet-aangeboren hersenletsel (beroerte)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pHG_JGD20	kans op voorkomen van personen tot en met 18 jaar die in aanmerking komen voor een vorm van ambulante jeugdhulpverlening als aandeel van de totale populatie	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_DEM020	kans op het voorkomen van 60 jaar of ouder ... met dementie (inclusief intramuraal)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_DEM120	... met dementie (pre-diagnose)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_DEM320	... met dementie (gediagnosticiseerd)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_LVG120	kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder ... met een licht verstandelijke beperking zonder acute problematiek	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_LVG220	... met een licht verstandelijke beperking en problemen met de sociale redzaamheid	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_LVG320	... die deel uitmaken van een kwetsbaar gezin (gezin met kinderen: laag opgeleid, laag inkomen, geen werk)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_VG20	... met een verstandelijke beperking	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_SOM120	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder gewrichtsklachten en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_SOM220	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder incontinentie en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_SOM320	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder hartfalen, COPD en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
pSG_SOM420	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder hoge bloeddruk, diabetes en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_SOM520	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder huidaandoeningen en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_SOM620	... met enkelvoudige somatische problematiek en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_SOM720	... die een lichamelijke handicap hebben én psychische problemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_ZIN120	... die grote moeite hebben met of niet kunnen zien maar die grotendeels zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_ZIN220	... die grote moeite hebben met of niet kunnen en die verminderd zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_ZIN320	... die grote moeite hebben met of niet kunnen horen maar die grotendeels zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_ZIN420	... die grote moeite hebben met of niet kunnen horen en die verminderd zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_PSY120	... met een groot risico op angst en stemmingsstoornissen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_PSY220	... met een psychiatrische aandoening en een verminderde sociale redzaamheid	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_PSY320	... met een psychiatrische aandoening en een verminderde sociale redzaamheid en gedragsproblematiek	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_PSY3b20	... idem als pSGPSY3, waarbij rekening is gehouden met de locaties voor beschermd wonen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_NAH120	... die ooit een beroerte hebben gehad en met fysieke beperkingen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_NAH220	... die ooit een beroerte hebben gehad en met psychische beperkingen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
pSG_JGD120	kans op voorkomen van personen tot en met 18 jaar die in aanmerking komen voor een vorm van ambulante jeugdhulpverlening als aandeel van het aantal jonggeren	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld120	kans op het voorkomen van zelfstandig wonende personen van 19 jaar of ouder ... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van de dagbesteding	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
p_ld220	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van administratie	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld320	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van sociale contacten/netwerk	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld420	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van medicijngebruik/medische verzorging	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld520	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zich (veilig) buitenshuis verplaatsen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld620	... die mogelijk beperkingen ervaren bij zaken als opstaan, aankleden, wassen, tanden poetsen, toiletbezoek, eten en drinken.	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld720	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zich bin-nenshuis te verplaatsen.	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld820	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van fysieke en sociale veiligheid in huis	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld920	... die mogelijk beperkingen ervaren bij het zelfstan-dig doen van het huishouden	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld1020	... die mogelijk in hun functioneren beperkt worden door stemmingen (depressie) en/of angsten	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld1120	... met mogelijke beperkingen als gevolg van grens-overschrijdend gedrag	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld1220	... die mogelijk beperkingen ervaren in hun cogni-tief functioneren	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld1320	... die mogelijk beperkingen ervaren op het gebied van regievoering over het eigen leven	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
p_ld1420	... die mogelijk beperkt zijn bij het zelf (tijdig) hulp in te roepen als het niet goed gaat.	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_DEM020	aantal personen van 60 jaar of ouder met dementie (inclusief intramuraal)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_DEM120	... met dementie (pre-diagnose)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_DEM320	... met dementie (gediagnosticeerd)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_LVG120	aantal personen van 19 jaar of ouder ... met een licht verstandelijke beperking zonder acute proble-matiek	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_LVG220	... met een licht verstandelijke beperking en proble-men met de sociale redzaamheid	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
NSG_LVG320	... die deel uitmaken van een kwetsbaar gezin (gezin met kinderen: laag opgeleid, laag inkomen, geen werk)	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_VG20	... met een verstandelijke beperking	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_SOM120	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder gewrichtsklachten en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_SOM220	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder incontinentie en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_SOM320	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder hartfalen, COPD en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_SOM420	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder hoge bloeddruk, diabetes en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_SOM520	... met meervoudige somatische problematiek, waaronder huidaandoeningen en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_SOM620	... met enkelvoudige somatische problematiek en mobiliteitsproblemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_SOM720	... die een lichamelijke handicap hebben én psychische problemen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_ZIN120	... die grote moeite hebben met of niet kunnen zien maar die grotendeels zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_ZIN220	... die grote moeite hebben met of niet kunnen en die verminderd zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_ZIN320	... die grote moeite hebben met of niet kunnen horen maar die grotendeels zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_ZIN420	... die grote moeite hebben met of niet kunnen horen en die verminderd zelfredzaam zijn	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_PSY120	... met een groot risico op angst en stemmingsstoornissen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_PSY220	... met een psychiatrische aandoening en een verminderde sociale redzaamheid	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_PSY320	... met een psychiatrische aandoening en een verminderde sociale redzaamheid en gedragsproblematiek	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
NSG_PSY3b20	... idem als pSGPSY3, waarbij rekening is gehouden met de locaties voor beschermd wonen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_NAH120	... die ooit een beroerte hebben gehad en met fysieke beperkingen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_NAH220	... die ooit een beroerte hebben gehad en met psychische beperkingen	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
NSG_JGD120	aantal personen tot en met 18 jaar die mogelijk in aanmerking komen voor een vorm van ambulante jeugdhulpverlening	2020	NL, prov., gem., wijk, buurt
LD1HGDEM20	aantal personen met beperking 1 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD1HGLVG20	aantal personen met beperking 1 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD1HGVG20	aantal personen met beperking 1 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD1HGSOM20	aantal personen met beperking 1 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD1HGZIN20	aantal personen met beperking 1 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD1HGPS120	aantal personen met beperking 1 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD1HGPS220	aantal personen met beperking 1 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD1HGNAH20	aantal personen met beperking 1 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD2HGDEM20	aantal personen met beperking 2 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD2HGLVG20	aantal personen met beperking 2 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD2HGVG20	aantal personen met beperking 2 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD2HGSOM20	aantal personen met beperking 2 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD2HGZIN20	aantal personen met beperking 2 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD2HGPS120	aantal personen met beperking 2 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
LD2HGPS220	aantal personen met beperking 2 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD2HGNAH20	aantal personen met beperking 2 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD3HGDEM20	aantal personen met beperking 3 en aandoening: de- mentie	2020	gem., wijk
LD3HGLVG20	aantal personen met beperking 3 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD3HGVG20	aantal personen met beperking 3 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD3HGSOM20	aantal personen met beperking 3 en aandoening: so- matische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD3HGZIN20	aantal personen met beperking 3 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD3HGPS120	aantal personen met beperking 3 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD3HGPS220	aantal personen met beperking 3 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD3HGNAH20	aantal personen met beperking 3 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD4HGDEM20	aantal personen met beperking 4 en aandoening: de- mentie	2020	gem., wijk
LD4HGLVG20	aantal personen met beperking 4 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD4HGVG20	aantal personen met beperking 4 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD4HGSOM20	aantal personen met beperking 4 en aandoening: so- matische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD4HGZIN20	aantal personen met beperking 4 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD4HGPS120	aantal personen met beperking 4 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD4HGPS220	aantal personen met beperking 4 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD4HGNAH20	aantal personen met beperking 4 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
LD5HGDEM20	aantal personen met beperking 5 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD5HGLVG20	aantal personen met beperking 5 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD5HGVG20	aantal personen met beperking 5 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD5HGSOM20	aantal personen met beperking 5 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD5HGZIN20	aantal personen met beperking 5 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD5HGPS120	aantal personen met beperking 5 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD5HGPS220	aantal personen met beperking 5 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD5HGNAH20	aantal personen met beperking 5 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD6HGDEM20	aantal personen met beperking 6 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD6HGLVG20	aantal personen met beperking 6 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD6HGVG20	aantal personen met beperking 6 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD6HGSOM20	aantal personen met beperking 6 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD6HGZIN20	aantal personen met beperking 6 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD6HGPS120	aantal personen met beperking 6 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD6HGPS220	aantal personen met beperking 6 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD6HGNAH20	aantal personen met beperking 6 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD7HGDEM20	aantal personen met beperking 7 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD7HGLVG20	aantal personen met beperking 7 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
LD7HGVG20	aantal personen met beperking 7 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD7HGSOM20	aantal personen met beperking 7 en aandoening: so- matische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD7HGZIN20	aantal personen met beperking 7 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD7HGPS120	aantal personen met beperking 7 en aandoening: angst- en stemmingssstoornissen	2020	gem., wijk
LD7HGPS220	aantal personen met beperking 7 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD7HGNAH20	aantal personen met beperking 7 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD8HGDEM20	aantal personen met beperking 8 en aandoening: de- mentie	2020	gem., wijk
LD8HGLVG20	aantal personen met beperking 8 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD8HGVG20	aantal personen met beperking 8 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD8HGSOM20	aantal personen met beperking 8 en aandoening: so- matische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD8HGZIN20	aantal personen met beperking 8 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD8HGPS120	aantal personen met beperking 8 en aandoening: angst- en stemmingssstoornissen	2020	gem., wijk
LD8HGPS220	aantal personen met beperking 8 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD8HGNAH20	aantal personen met beperking 8 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD9HGDEM20	aantal personen met beperking 9 en aandoening: de- mentie	2020	gem., wijk
LD9HGLVG20	aantal personen met beperking 9 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD9HGVG20	aantal personen met beperking 9 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD9HGSOM20	aantal personen met beperking 9 en aandoening: so- matische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
LD9HGZIN20	aantal personen met beperking 9 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD9HGPS120	aantal personen met beperking 9 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD9HGPS220	aantal personen met beperking 9 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD9HGNAH20	aantal personen met beperking 9 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD10HGDEM20	aantal personen met beperking 10 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD10HGLVG20	aantal personen met beperking 10 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD10HGVG20	aantal personen met beperking 10 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD10HGSOM20	aantal personen met beperking 10 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD10HGZIN20	aantal personen met beperking 10 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD10HGPS120	aantal personen met beperking 10 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD10HGPS220	aantal personen met beperking 10 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD10HGNAH20	aantal personen met beperking 10 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD11HGDEM20	aantal personen met beperking 11 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD11HGLVG20	aantal personen met beperking 11 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD11HGVG20	aantal personen met beperking 11 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD11HGSOM20	aantal personen met beperking 11 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD11HGZIN20	aantal personen met beperking 11 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD11HGPS120	aantal personen met beperking 11 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
LD11HGPS220	aantal personen met beperking 11 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD11HGNAH20	aantal personen met beperking 11 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD12HGDEM20	aantal personen met beperking 12 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD12HGLVG20	aantal personen met beperking 12 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD12HGVG20	aantal personen met beperking 12 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD12HGSOM20	aantal personen met beperking 12 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD12HGZIN20	aantal personen met beperking 12 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD12HGPS120	aantal personen met beperking 12 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD12HGPS220	aantal personen met beperking 12 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD12HGNAH20	aantal personen met beperking 12 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk
LD13HGDEM20	aantal personen met beperking 13 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD13HGLVG20	aantal personen met beperking 13 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD13HGVG20	aantal personen met beperking 13 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD13HGSOM20	aantal personen met beperking 13 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD13HGZIN20	aantal personen met beperking 13 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD13HGPS120	aantal personen met beperking 13 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD13HGPS220	aantal personen met beperking 13 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD13HGNAH20	aantal personen met beperking 13 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk

variabele	Omschrijving	jaar	schaalniveau
LD14HGDEM20	aantal personen met beperking 14 en aandoening: dementie	2020	gem., wijk
LD14HGLVG20	aantal personen met beperking 14 en aandoening: licht verstandelijke beperking	2020	gem., wijk
LD14HGVG20	aantal personen met beperking 14 en aandoening: verstandelijke handicap	2020	gem., wijk
LD14HGSOM20	aantal personen met beperking 14 en aandoening: somatische aandoening en mobiliteitsproblematiek	2020	gem., wijk
LD14HGZIN20	aantal personen met beperking 14 en aandoening: zintuiglijke aandoeningen	2020	gem., wijk
LD14HGPS120	aantal personen met beperking 14 en aandoening: angst- en stemmingstoornissen	2020	gem., wijk
LD14HGPS220	aantal personen met beperking 14 en aandoening: psychiatrische problematiek	2020	gem., wijk
LD14HGNAH20	aantal personen met beperking 14 en aandoening: niet-aangeboren hersenletsel	2020	gem., wijk