

WoonZorgwijzer 4.0

Achtergrondrapportage



WoonZorg
—wijzer—

WoonZorgwijzer 4.0

Achtergrondrapportage

 In.Fact.

11 maart 2024

Kees Leidelmeijer (In Fact)

Johan van Iersel (In Fact)

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	1
2	Prevalentie van en risicofactoren bij aandoeningen	3
2.1	Dementie	3
2.2	Licht verstandelijke beperking.....	4
2.3	Matige of ernstige verstandelijk beperking.....	6
2.4	Somatische aandoeningen en ernstige mobiliteitsbeperkingen	7
2.5	Zintuiglijke aandoeningen	13
2.6	Angst- en stemmingsproblematiek	14
2.7	Psychiatrische problematiek	16
2.8	Niet aangeboren hersenletsel	17
2.9	Jeugdproblematiek.....	18
3	Kwantificering	20
3.1	Mogelijkheden en onmogelijkheden.....	20
3.2	Modellering.....	23
3.3	Naar populatieschatters	44
4	Ontwikkelingen	46
4.1	Dementie	46
4.2	LVB	48
4.3	Matige of ernstige verstandelijk beperking.....	48
4.4	Somatische aandoeningen	49
4.5	Zintuiglijke aandoeningen	51
4.6	Angststoornissen en depressie	52
4.7	Ernstig psychiatrische aandoeningen	53
4.8	Jeugdproblematiek.....	54
4.9	Demografische doorrekening	55
5	Aandoeningen en beperkingen	58
5.1	Indeling in levensdomeinen	58
5.2	Beperkingenprofielen	59
5.3	Kwantificering	60

1 Inleiding

De WoonZorgwijzer is een beproefd instrument dat wordt gebruikt bij de ondersteuning van het (lokale) beleid op het gebied van wonen, zorg en ondersteuning. Het is in 2016 ontwikkeld en wordt sindsdien door veel partijen gebruikt. Voor de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Noord-Brabant en Gelderland zijn toepassingen ontwikkeld die voor alle in deze provincies gelegen gemeenten en samenwerkende partijen toegankelijk zijn.

De WoonZorgwijzer is bij de actualisering naar 2022 herijkt. Daarbij zijn doel en opzet zoveel mogelijk gelijk gehouden. Het gaat primair om veranderingen ‘onder de motorkap’. De WoonZorgwijzer blijft zich dus richten op de voorspelling van:

- de kans op het voorkomen van specifieke problematiek op het gebied van gezondheid en beperkingen onder zelfstandig/extramuraal wonenden, voor zover die samenhangt met kenmerken van de populatie en de omgeving.
- de (van de voorspelde problematiek in een gebied) afgeleide kans op het voorkomen van beperkingen die *kunnen* leiden tot behoefte aan zorg en/of ondersteuning op specifieke levensdomeninen.

De WoonZorgwijzer is niet gericht op monitoring en/of voorspelling van zorgbehoefte of -gebruik. Daar zijn andere instrumenten voor. Vergelijking van gegevens over bijvoorbeeld zorggebruik met de uitkomsten van de WoonZorgwijzer levert zicht op potentieel onder-/overgebruik van zorg en voorzieningen in wijken en buurten ten opzichte van de populatieschatting die de WoonZorgwijzer biedt. Het concept van de WoonZorgwijzer en de plek ervan in relatie tot andere instrumenten is nog eens weergegeven in figuur 1-1.

figuur 1-1 Het concept achter de WoonZorgwijzer



De herijking van de WoonZorgwijzer is noodzakelijk door het wegvalLEN van de omgevingsindictoren die werden ontleend aan Leefbaarometer 2.0, waaronder de dimensie- en eindscores van dit instrument. Daardoor moesten in de modellen die ten grondslag liggen aan de WoonZorgwijzer flinke aanpassingen worden doorgevoerd. Voor de gebruikers blijft na de herijking vooral veel

hetzelfde, al bood deze wel mogelijkheden ook andere verbeteringen door te voeren. Zo zijn sommige groepen wat anders gedefinieerd zodat zij beter aansluiten op actuele inzichten en zijn de relaties tussen kenmerken van de populatie en het voorkomen van aandoeningen nu ook gebaseerd op recente cijfers.

We gaan in deze rapportage achtereenvolgens in op:

- De inzichten over prevalenties van en risicofactoren bij aandoeningen die in de WoonZorgwijzer 3.0 waren opgenomen (hoofdstuk 2);
- De kwantificering van de aandoeningen op basis van populatie- en omgevingskenmerken in WoonZorgwijzer 4.0 (hoofdstuk 3, paragraaf 3.1);
- De modellering van ontwikkelingen in WoonZorgwijzer 4.0 (hoofdstuk 3, paragraaf 3.2);
- De vertaling van aandoeningen naar beperkingen (hoofdstuk 4).

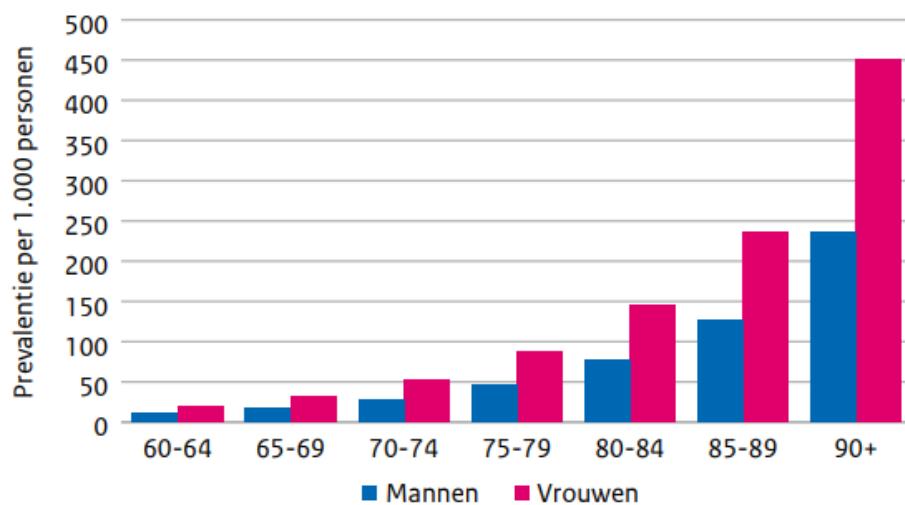
2 Prevalentie van en risicofactoren bij aandoeningen

In dit hoofdstuk bespreken we welke inzichten over prevalenties (het voorkomen van de in de WoonZorgwijzer tot nu toe onderscheiden groepen) en risicofactoren op dit moment worden onderschreven vanuit de literatuur. Dit dient als input voor de inrichting van de kwantificering.

2.1 Dementie

Dementie betreft een grote groep verschillende aandoeningen. Voor de meeste ervan geldt dat het voorkomen ervan sterk samenhangt met leeftijd en geslacht. Voor het totaal zijn prevalentiecijfers beschikbaar die weergeven welk aandeel van de bevolking per leeftijdsgroep dementie heeft (inclusief de prediagnosefase). Dit betreft dus grotere aantallen dan de aantallen mensen met dementie zoals bekend bij de huisarts. De meest brede inventarisatie ervan is gedaan door Prince et al. (2015).¹ De uitkomsten zijn weergegeven in figuur 2-1. Deze prevalenties zijn in de WoonZorgwijzer toegepast.

figuur 2-1 Prevalentie van dementie per 1.000 personen in Nederland naar geslacht en leeftijd (in percentage)



Bron: Prince et al. (2015)

De prevalenties uit figuur 2-1 leiden tot iets lagere schattingen dan die van Alzheimer Nederland. De laatste zijn gebaseerd op prevalenties uit een studie in één wijk (Ommoord) in Rotterdam die

¹ 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>

begin jaren negentig is uitgevoerd.² Aan beide methoden kleven nadelen en het is niet uitgesloten dat de werkelijke prevalentiecijfers in Nederland afwijken (zie ook Nivel, 2018).³ De prevalentiecurve in figuur 2-1 geldt voor leeftijden van 60 jaar of ouder. Dementie komt echter ook voor op jongere leeftijd. Volgens Alzheimer Nederland hebben in Nederland naar schatting 15.000 mensen dementie die jonger zijn dan 65 jaar. Deze groep is – voor zover ze jonger zijn dan 60 jaar – dus niet vertegenwoordigd in de prevalentiecurve die aan de basis ligt van de inschatting van de groep ‘dementie’ in de WoonZorgwijzer.

Er zijn vrij veel studies naar risicofactoren voor dementie. Deze worden onder meer ook weergegeven op de website van de Alzheimer Nederland⁴. De belangrijkste risicofactoren die een rol lijken te spelen - naast de genetische predispositie en veroudering - zijn:

- roken;
- overgewicht;
- hoge bloeddruk;
- te weinig beweging;
- suikerziekte;
- migratieachtergrond;⁵
- te weinig mentale en sociale activiteiten;
- depressie.

Voor depressie wordt gemeld dat de oorzaak-gevolgrelatie onduidelijk is. Het is onzeker of depressie als risicofactor of als symptoom (gevolg) moet worden beschouwd.

2.2 Licht verstandelijke beperking

Mensen met een licht verstandelijke beperking kennen cognitieve beperkingen (tot uitdrukking komend in een laag IQ) en verminderde adaptieve vaardigheden. In beginsel geldt een IQ tussen 50 en 70 als indicatie voor een licht verstandelijk beperking. De groep tussen 70 en 85 wordt ‘zwakbegaafd’ genoemd. Omdat de laatste groep bij (ernstige) bijkomende problematiek van dezelfde voorzieningen gebruik maakt als de eerste⁶, wordt in Nederland (en in de WoonZorgwijzer) ook een deel van de groep met een IQ tussen de 70 en 85 als licht verstandelijk beperkt (LVB) aangeduid. Onder verminderde adaptieve vaardigheden wordt verstaan dat er een achterstand is in:

- Conceptuele vaardigheden zoals kunnen lezen, schrijven en rekenen.
- Sociale vaardigheden zoals communiceren en het oplossen van sociale problemen.
- Praktische vaardigheden zoals persoonlijke verzorging en gebruik maken van openbaar vervoer.

² Birkenhäger-Gillesse et al. (1996) De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek, Ned Tijdschr Geneeskd. 1996;140:200-5. Voor meer algemene achtergrond van het onderzoek: Hofman, A. et al. (1995), De prevalentie van chronische ziekten bij ouderen; het ERGO-onderzoek, Ned Tijdschr Geneeskd. 1995;139:1975-8.

³ Nivel (2018), Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg: Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Thema_rapportage_dementie_beveiligd.pdf

⁴ <https://www.alzheimer-nederland.nl/onderzoek/stand-van-zaken/preventie-en-risicofactoren-dementie>

⁵ <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/persoonsgerichte-zorg/mensen-met-migratieachtergrond>

⁶ <https://www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb/>

Jongeren met een LVB hebben moeite met school, zo is het behalen van een startkwalificatie voor deze groep een probleem. Vaak is – ook op schooltypen als praktijkonderwijs, speciaal onderwijs of VMBO met LWOO - nog extra ondersteuning nodig. Volwassenen met een LVB hebben moeite om aan het werk te komen en te blijven. Naar schatting van het SCP is tussen de 40 en 55% van de mensen met een LVB actief op de arbeidsmarkt.⁷

Naar schatting van het kenniscentrum LVB gaat het om ruim 1 miljoen mensen in Nederland. Er zijn zowel genetische als externe factoren die de aard en ernst van een LVB bepalen (SCP 2020). Tot de externe factoren worden gerekend:

- Andere problemen met de (lichamelijke en geestelijke) gezondheid;
- Kansen voor ontwikkeling.

De redzaamheid van mensen met een laag IQ verschilt sterk, onder meer afhankelijk van externe omstandigheden. Het is dan ook niet zo dat iedereen met een laag IQ tot de LVB-groep moet worden gerekend. In de WoonZorgwijzer werd op basis van oordelen van deskundigen uitgegaan van een verminderde sociale (zelf)redzaamheid voor de gehele groep met een IQ tussen de 50 en 70 en voor 60% van de groep met een IQ tussen de 70 en 85. In recenter onderzoek van het SCP⁸ (2019) wordt het uitgangspunt voor de groep met een IQ tussen 50 en 70 ook gehanteerd. Voor de groep met een IQ tussen de 70 en 85 wordt vastgesteld dat een aandeel van tussen de 25% en 57% (gemiddelde 37%) van de jongeren tot en met 17 jaar niet zelfredzaam is (o.b.v. een vragenlijst: 'Strengths and Difficulties Questionnaire'). Bij volwassenen komt men (op basis van enquêtegegevens uit het onderzoek 'Personen met een verstandelijke handicap') op een aandeel van 30% van de mensen met een IQ tussen 70 en 85 dat niet zelfredzaam is.

Mensen met een LVB hebben meer kans op psychische problematiek dan mensen zonder LVB. Dat wordt veroorzaakt doordat ze vaker te maken hebben met genetische kwetsbaarheid en ongezonde leefstijl (lichamelijke risicofactoren), verminderd executief functioneren en zelfvertrouwen (psychologische risicofactoren), verminderde emotieregulatie en sociale cognitie (sociale risicofactoren) en gebrek aan steun, niet-passend onderwijs of armoede (maatschappelijke risicofactoren).⁹ Tegelijkertijd zijn er minder vaak beschermende factoren aanwezig. Psychische problemen bij deze groep ontstaan vaak bij veranderingen in hun leven zoals het overlijden van een familielid, een verhuizing, verandering van school/onderwijs, overgang van school naar werk en uit huis gaan. Dit soort veranderingen kan de balans tussen draagkracht en draaglast verstoren, wat de kwetsbaarheid voor psychische problemen verhoogt, zo geeft het Kenniscentrum LVB aan. Er is dan ook een overlap tussen LVB en psychische problematiek. Het Kenniscentrum LVB schat in dat 30 tot 50% van de mensen met een LVB te maken heeft met psychische problemen.¹⁰ Omgekeerd blijkt 40% van de cliënten in de GGZ te functioneren op het niveau van een LVB.

De nieuwe cijfers van het SCP leiden tot een lagere prevalentie van LVB dan tot nu toe in de WoonZorgwijzer is berekend, namelijk 6,4% van de Nederlandse bevolking (100% van 2,1% met een IQ tussen de 50 en 70 en 37%/30% van 13,6% met een IQ tussen de 70 en 85) in plaats van de 10,3% bij de aanname van 60% van de groep met een IQ tussen 70 en 85. Hoewel de nodige kantte-

⁷ SCP (2020), Meer meedoen: Inzicht in de onderwijs- en arbeidsmarktdeelname van mensen met een licht verstandelijke beperking. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/09/01/meer-meedo>

⁸ SCP (2019) Achtergrond document bij 'Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting': Verantwoording.

⁹ <https://www.kenniscentrumlvb.nl/ggz-lvb/>

¹⁰ <https://www.kenniscentrumlvb.nl/lvb-in-de-samenleving/>

keningen kunnen worden gemaakt bij deze berekeningen (wanneer is iemand zelfredzaam, representativiteit van de onderzoekspopulatie, verminderde zelfredzaamheid bij mensen met een hoger IQ e.d.) lijkt de recente inschatting van het SCP op dit moment de best onderbouwde prevalentie van LVB.

2.3 Matige of ernstige verstandelijke beperking

Mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking hebben moeite de wereld om zich heen te begrijpen. Zij hebben de mensen uit hun omgeving nodig om de opgedane ervaringen te ordenen en zich veilig te voelen. Ze hebben de ruimte nodig om in een vertrouwde omgeving zichzelf te kunnen zijn, zo geeft het Expertisepunt VB aan.¹¹ De ontwikkelingsleeftijd van mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking ligt tussen 2 en 6 jaar. Zij kampen regelmatig met bijkomende lichamelijke en medische problemen. Mensen uit deze groep die zelfstandig wonen - dus niet in een instelling - wonen in de regel met begeleiding. Daarbij kunnen ouders een rol spelen, maar vaak is er ook een vorm van al dan niet ambulante professionele begeleiding. Vaak gaat het ook om specifiek op deze groep gerichte kleinschalige woonvormen.

In relatie tot het IQ spreken we van een matige tot ernstige verstandelijke beperking bij een IQ lager dan 50, maar hoger dan 25. Schipper (2014) rapporteert in een overzichtsartikel waarin onder meer de prevalenties van verstandelijke beperkingen worden besproken dat er in Nederland (peildatum 2014) circa 60.000 mensen met een IQ van minder dan 50 waren.¹² Dat komt neer op een prevalentie van 0,36%. Een andere benadering is om na te gaan wat het aantal mensen is dat vanuit de Wlz is geïndiceerd voor gehandicaptenzorg met een grondslag VG. Dat waren er in 2020 iets meer dan 115.000 (94.000 in 2015).¹³ Niet al die mensen hebben echter een IQ van minder dan 50.

In de WoonZorgwijzer kwamen we in 2020 uit op een inschatting van een kleine 80.000 mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking van 19 jaar of ouder die al dan niet met begeleiding zelfstandig woonden. In die berekening werd uitgegaan van de prevalenties die waren vastgesteld op basis van AWBZ-indicaties VG in 2012. Voor een nieuwe schatting worden de Wlz-indicaties VG in combinatie met de woonsituatie (deel uitmakend van een zelfstandig huishouden) gebruikt.

De oorzaken van matig of ernstige verstandelijke beperkingen zijn vaak:

- prenatale aandoeningen, zoals infectieziekten bij de moeder tijdens de zwangerschap,
- alcohol- of drugsmisbruik van moeder,
- genetische afwijkingen als stofwisselingziekten of chromosoomafwijkingen,
- perinatale problemen, zoals zuurstoftekort of een hersenbloeding tijdens de geboorte.

De inschatting is dat de prevalentie van deze groep betrekkelijk constant is in de tijd door elkaar opheffende ontwikkelingen. Enerzijds is de levensduur van verstandelijk beperkte mensen sterk toegenomen, evenals – in mindere mate - de kans op een VB door latere zwangerschappen. Aan de andere kant doet betere prenatale screening de kans op geboorten met een VB sterk afnemen.

¹¹ <https://www.expertisepuntyb.nl/matige-en-ernstige-verstandelijke-beperking>

¹² Schipper, 2014, Stand van zaken Mensen met een verstandelijke beperking: de feiten op een rij, Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2014;158: B1105.

¹³ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84529NED/table>

2.4 Somatische aandoeningen en ernstige mobiliteitsbeperkingen

Er zijn veel mensen in Nederland met één of meerdere chronische somatische aandoeningen, zoals een hoge bloeddruk, diabetes type 2, gewrichtsklachten, COPD enzovoort. Er bestaat een hoge comorbiditeit onder dit type aandoeningen. In veel gevallen is er ook niet één primaire aandoening, maar spreekt men van multimorbiditeit. In onderzoek van het RIVM¹⁴ is gevonden dat bijna 13% van de totale bevolking en 37% van de 55-plussers twee of meer chronische ziekten had (multimorbiditeit). Van patiënten van 55 jaar en ouder met 1 van 10 veel voorkomende geselecteerde ziekten (diabetes mellitus, coronaire hartziekte, artrose, COPD, chronische nek- en rugaandoeningen, kanker, beroerte, depressie, hartfalen en angststoornissen) had ruim 70% ten minste ook 1 andere ziekte (comorbiditeit). Voor zowel de prevalentie van chronische ziekten als voor multimorbiditeit geldt dat er een sterke relatie is met leeftijd. Die wordt getoond in figuur 2-2.

figuur 2-2 Prevalentie van chronische ziekten en multimorbiditeit naar leeftijd in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), 2002-2008 op basis van 29 geselecteerde ziekten geselecteerd vanwege een hoge prevalentie, een chronisch karakter en de ernst van de aandoening

leeftijd	prevalentie in %	
	Chronische ziekte	multimorbiditeit
0-14	12,6	0,6
15-24	15,2	2
25-54	30	8,1
55-64	52,9	22,7
65-74	70	39,1
≥75	83,5	59,2
totaal	33,7	12,9

Bron: RIVM, 2011

In de VTV2018¹⁵ geeft RIVM aan dat 50 procent van de Nederlanders minimaal één chronische aandoening heeft, dat één op de drie twee of meer chronische aandoeningen heeft en bijna één op de vijf drie of meer. Nek- en rugklachten, artrose en diabetes komen het meeste voor. Belangrijk hierbij is de constatering dat niet alle mensen met een chronische aandoening ieder jaar naar de huisarts gaan en dat de meerderheid (59%) zich gezond en niet beperkt voelt.

In de WoonZorgwijzer richten we ons op de subgroep(en) binnen de totale groep van mensen met chronische somatische aandoeningen die ernstig mobiliteitsbeperkingen hebben. 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;

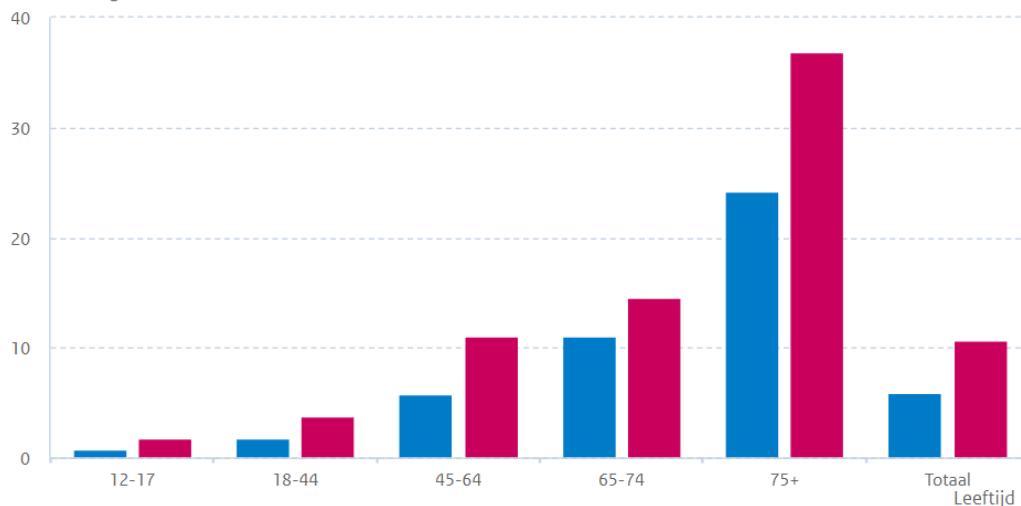
¹⁴ Van Oostrum et al. (2011), Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2011;155:A3193. <https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a3193.pdf>

¹⁵ <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>

- 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.

In 2020 ging dat om 9% van de volwassenen van 18 jaar en ouder in Nederland.¹⁶ Onder ouderen ligt dat aandeel een stuk hoger (figuur 2-3).

figuur 2-3 beperkingen in mobiliteit naar leeftijd (2020)



Bron: CBS Gezondheidsenquête

Functioneringsproblemen, waaronder beperking van de mobiliteit hangen samen met leeftijd en geslacht, maar ook met opleidingsniveau. Het aandeel mensen met functioneringsbeperkingen is een stuk hoger (factor 5)¹⁷ onder laag opgeleiden dan onder hoog opgeleiden.

Een deel van de mensen met mobiliteitsbeperkingen heeft die beperkingen in combinatie met een of meerdere chronische somatische aandoeningen. We bespreken hierna de risicofactoren van de meest voorkomende aandoeningen.

Hart- en vaatziekten

Ongeveer 1,5 miljoen mensen in Nederland hebben chronische hart- en vaatziekten.¹⁸ Er zijn veel verschillende soorten hart- en vaatziekten. Het RadboudUMC¹⁹ onderscheidt de volgende groepen:

1. Aangeboren hartziekten. Het hart is niet goed aangelegd tijdens de zwangerschap.
2. Ziektes door een slechte bloedtoevoer naar het hart of hersenen. Dit kan komen door vaatkramp, trombose, embolie of slagaderverkalking (atherosclerose). Mogelijke gevolgen hiervan zijn angina pectoris, hartinfarct of herseninfarct (beroerte).
3. Vaatziekten. Bijvoorbeeld: spataderen, etalagebenen en de ziekte van Raynaud.

¹⁶ <https://vzinfo.nl/functioneringsproblemen/regionaal/beperkingen-in-bewegen>

¹⁷ <https://www.vzinfo.nl/functioneringsproblemen/opleiding>

¹⁸ www.hartstichting.nl

¹⁹ <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/aandoeningen/hart-en-vaatziekten>

4. Andere hart- en vaatziekten. Bijvoorbeeld hartritmestoornissen, reumatische hartziektes en ontstekingen.

Voor het voorkomen van hart- en vaatziekten noemt de Hartstichting de volgende risicofactoren²⁰:

- Hoge bloeddruk;
- Hoog cholesterol;
- Roken;
- Overgewicht;
- Diabetes;
- Stress;
- Erfelijkheid.

Hart en vaatziekten komen, net als andere chronische ziekten zoals diabetes type 2 meer voor bij bevolkingsgroepen met een migratieachtergrond dan bij groepen zonder die achtergrond maar met dezelfde sociaaleconomische achtergrond of opleiding. Dit hogere risico wordt vermoedelijk veroorzaakt door een combinatie van verschillende factoren, zoals leefstijl, het beloop van het migratieproces en erfelijke bepaaldheid.²¹

Gewrichtsaandoeningen

Onder de noemer gewrichtsaandoeningen vallen lage rugklachten, artrose, inflammatoire gewrichtsaandoeningen (zoals reumatoïde artritis), osteoporose en de klachten van arm, nek, schouders (KANS oftewel RSI-gerelateerde klachten).²² Er zijn veel mensen met gewrichtsaandoeningen. Zo waren er in 2017 1,2 miljoen mensen met een vorm van artrose bekend bij de huisarts, 494.000 personen met lage rugklachten, 472.000 personen met osteoporose, 248.000 personen met reumatoïde artritis, 480.000 personen met jicht en ook nog eens 888.000 mensen met ‘andere ziekte(n) van het bewegingsapparaat’ (Eysink et. al. 2019)²³. De risicofactoren voor de verschillende vormen van gewrichtsaandoeningen lopen enigszins uiteen.

Risicofactoren voor lage rugklachten:²⁴

- Leefstijl (m.n. hoog BMI (>30 kg/m²);
- lage sociaal economische status;
- Werkgerelateerde fysieke belasting (sterk, m.n. handmatig last verplaatsen, veelvuldig buigen en draaien en trillingen; autorijden als onderdeel van het werk);
- Werkgerelateerde psychosociale belasting, waarbij het hebben van een vertrouwenspersoon op het werk en ervaren controle op het werk beschermend werken;
- Psychische belastbaarheid (sterk, m.n. stressgerelateerd).

Risicofactoren voor artrose:²⁵

²⁰ <https://www.hartstichting.nl/risicofactoren>

²¹ Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A5669.

²² Picavet H.S.J. (2001) Een multimedia campagne gericht op de preventie van lage rugpijn: de potentiële gezondheidswinst RIVM rapport 260401001/2004. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260401001.pdf>

²³ Eysink, P.E.D. (2019), Epidemiologische data van ziekten van het botspierstelsel en bindweefsel Achtergrondrapport voor Programma Zinnige Zorg, RIVM Briefrapport 2019-0180. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2019-0180.pdf>

²⁴ De Vries et al. (2015) Actualiseren wetenschappelijke kennis en inzichten veel voorkomende aandoeningen: aspecifieke lage rugklachten, UWV en UMCG.

²⁵ <https://reumanederland.nl/reuma/vormen-van-reuma/artrose/>

- Leeftijd. Het risico neemt toe met de leeftijd;
- Geslacht. Vrouwen hebben meer kans op het ontwikkelen van artrose;²⁶
- Overgewicht;
- Gewrichtsblessures of-beschadiging;
- Zware belasting van het gewricht;
- Genetische factoren;
- Misvormingen van het bot;
- Stofwisselingsziekten waaronder diabetes.¹¹

Risicofactoren voor reumatoïde artritis:²⁷

- Roken;
- Genetische factoren;
- Geslacht (vrouwen hebben vaker RA dan mannen);
- Eetgewoonten.²⁸

Risicofactoren voor osteoporose²⁹:

- Leeftijd: hoe ouder, hoe groter het risico op osteoporose;
- Geslacht: ongeveer twee keer zoveel vrouwen als mannen krijgen osteoporose;
- Een te snel werkende (bij)schildklier;
- Een eerdere botbreuk na het 50ste levensjaar;
- Een vader of moeder met osteoporose/ heupbreuk in voorgeschiedenis;
- Vroege overgang (jonger dan 45 jaar);
- Een te laag lichaamsgewicht;
- Weinig bewegen;
- Vaker dan twee keer per jaar vallen;
- Alcohol: meer dan drie eenheden per dag;
- Roken;
- Een te laag vitamine D gehalte in het bloed;
- Gebruik van bepaalde medicijnen, zoals Prednison.

Risicofactoren jicht³⁰

- Leeftijd: hoe ouder, hoe groter het risico;
- Geslacht: mannen hebben een groter risico op jicht dan vrouwen;
- Diabetes type 2;
- Voeding (te veel uraat/purine);
- Hoge bloeddruk;
- Overgewicht;
- Hoog cholesterolgehalte;
- Gebruik van plaspillen;
- Overmatig alcoholgebruik;
- Stress.

²⁶ <https://www.viata.nl/artrose-symptomen-oorzaken#.Yy2-gnZBxPY>

²⁷ <https://reumanederland.nl/reuma/vormen-van-reuma/reumatoide-artritis-ra/>

²⁸ Oratie Dirkjan van Schaardenburg (26 november 2015): 'Het begin en het einde van Reumatoïde artritis', Universiteit van Amsterdam.

²⁹ <https://www.umcutrecht.nl/nl/ziekenhuis/ziekte/osteoporose>

³⁰ <https://reumanederland.nl/reuma/vormen-van-reuma/jicht/>

Diabetes type 2

In 2019 waren er in Nederland ruim 1 miljoen mensen met diabetes type 2 bekend bij de huisarts.³¹

De kans op het krijgen van diabetes is groter in relatie tot:³²

- Leeftijd (als je ouder bent, wordt de kans op diabetes type 2 steeds groter);
- Overgewicht, vooral rond de buik;
- Te hoog cholesterol;
- Genetische aanleg;
- Hoge bloeddruk;
- Na zwangerschapsdiabetes;
- Na geboorte van een baby van meer dan 9 pond;
- Roken;
- Surinaams-Hindoestaanse, Surinaams-Creools, Turkse of Marokkaanse afkomst;
- Gebruik prednison of bepaalde medicijnen tegen psychoses;
- Bij PCOS, coeliakie of hemochromatose hebt.

COPD en astma

COPD en astma zijn beide aandoeningen van de luchtwegen, maar hebben andere oorzaken. Er waren in 2020 naar schatting 563.000 mensen met COPD en 525.000 personen met astma.³³

Risicofactoren voor COPD:³⁴

- Roken;
- Leeftijd (meestal ouder dan 40 jaar);
- Schadelijke stoffen, zoals houtstof, lijm en verfdampen;
- Luchtvervuiling, bijvoorbeeld door fijnstof;
- Onvoldoende behandelde astma, longontsteking en andere longziekten;
- Erfelijke ziekten;

Risicofactoren astma:³⁵

- Erfelijke aanleg;
- Overgewicht;
- Blootstelling aan specifieke allergene prikkels;
- Blootstelling aan tabaksrook;
- Luchtverontreiniging.

³¹ Nielen, M., Poos, R., Korevaar, J. (2020) Diabetes mellitus in Nederland. Prevalentie en incidentie: heden, verleden en toekomst. Utrecht: Nivel, 2020.

³² <https://www.diabetesfonds.nl/>

³³ <https://www.vzinfo.nl/>

³⁴ <https://www.longfonds.nl/longziekten/copd/wat-is-copd/oorzaken-van-copd>

³⁵ <https://www.vzinfo.nl/astma/oorzaken-en-gevolgen>

Kanker

In 2017 was de 10-jaars prevalentie van kanker 600.000.³⁶ Dit getal zal de komende jaren steeds hoger worden omdat steeds meer mensen langer leven na, maar ook mét kanker. Daarmee krijgen sommige vormen van kanker ook het karakter van een chronische aandoening. Ook krijgen steeds meer mensen kanker. In 2019 kregen 117.000 mensen de diagnose kanker.

Er zijn veel verschillende vormen van kanker. De meest voorkomende zijn huidkanker, longkanker, borstkanker, prostaatkanker en darmkanker. De risicofactoren voor kanker verschillen naar type kanker, maar gegeven de meest voorkomende vormen van kanker, zijn de belangrijkste risicofactoren:³⁷

- Leeftijd (80% is ouder dan 60 jaar);
- Blootstelling aan zonlicht ;
- Roken;
- Ongezonde voeding;
- Onvoldoende beweging;
- Overgewicht;
- Alcohol;
- Genetische aanleg;
- Luchtverontreiniging.

Beroerte

In 2020 werden bijna 40.000 mensen getroffen door een beroerte en ruim 53.000 door een TIA (transiënte ischemische aanval).³⁸ In 2020 waren er naar schatting 512.000 mensen met een beroerte (inclusief TIA), 261.000 mannen en 250.000 vrouwen. Dit zijn alle mensen die ergens in het jaar 2020 bekend waren bij de huisarts voor een beroerte (jaarprevalentie).³⁹ De belangrijkste risicofactoren voor een herseninfarct, TIA en hersenbloeding zijn:⁴⁰

- Leeftijd;
- Verhoogde bloeddruk;
- Roken;
- Hypercholesterolemie;
- Amyloïdangiopathie (klontering van amyloïd eiwit in de vaatwand);
- Overmatig alcoholgebruik;
- Diabetes mellitus;
- Obesitas;
- Gebruik van bepaalde hormoontherapie tijdens de overgang of als anticonceptie;
- Migraine met aura;

³⁶ <https://www.kanker.nl/algemene-onderwerpen/cijfers-over-kanker/uitleg-cijfers-over-kanker>

³⁷ <https://www.kwf.nl/kanker-voorkomen>

³⁸ <https://www.hartstichting.nl/>

³⁹ <https://www.vzinfo.nl/beroerte/leeftijd-en-geslacht>

⁴⁰ <https://www.vzinfo.nl/beroerte/oorzaken-en-gevolgen>

- Amfetamine en cocaïnegebruik.

Totaalbeeld somatiek

De verschillende chronische somatische aandoeningen hebben een grote diversiteit aan risicofactoren waarbij sommige aandoeningen ook weer risicofactoren zijn voor andere aandoeningen. Diabetes type 2 en hoge bloeddruk zijn daar voorbeelden van. Veel aandoeningen kennen als risicofactoren een genetische component, een leeftijds- en geslachtscomponent, leefstijlfactoren en omgevingsfactoren. Ook zijn er voor een aantal chronische ziekten aanwijzingen dat die meer voorkomen bij personen met een migratieachtergrond dan bij personen zonder die achtergrond, ook bij een vergelijkbare sociaaleconomische positie. Voor de meeste aandoeningen geldt dat deze meer voorkomen met een hogere leeftijd. De mate waarin dat het geval is, verschilt. Uitzonderingen zijn er ook, zoals astma, dat onder alle leeftijdsgroepen voorkomt. Leefstijlfactoren die bijdragen aan de kans op het ontstaan van de meeste aandoeningen zijn: roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding en onvoldoende bewegen. Deze kunnen tot uiting komen in onder meer overgewicht, verhoogde bloeddruk en verhoogde cholesterol. Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld luchtverontreiniging, werkbelasting en stress. Voor mobiliteitsbeperkingen geldt dat die samenhangen met leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Voor opleidingsniveau is het aannemelijk dat de invloed ervan verloopt via de leefstijlfactoren.⁴¹

2.5 Zintuiglijke aandoeningen

Visuele beperkingen

In 2020 waren er bijna een miljoen mensen met gezichtsstoornissen bekend bij de huisarts. Dat gaat om mensen die door de huisarts zijn gediagnosticeerd met één of meer van de vier oogaandoeningen staar, glaucoom, maculadegeneratie, retinopathie of met blindheid.⁴² Gezichtsstoornissen komen meer voor bij een hogere leeftijd en meer bij vrouwen dan bij mannen. Retinopathie wordt veroorzaakt door diabetes.

Een groot deel van de mensen met gezichtsstoornissen ondervindt daar slechts beperkte hinder van in het dagelijks functioneren. In de WoonZorgwijzer kijken we daarom vooral naar gezichtsbeperkingen in plaats van stoornissen. Om vast te stellen of een persoon slechtziend is geldt de volgende OESO-kwalificatie:

- 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.

In 2020 kon 3,1% van de volwassen bevolking worden geïdentificeerd als slechtziend. Slechtziendheid komt meer voor op hogere leeftijd, bij vrouwen en bij mensen met een lager opleidingsniveau (leefstijlfactor).

⁴¹ <https://www.vzinfo.nl/gezondheidsverschillen/leefstijl-en-persoonsgebonden-kenmerken>

⁴² <https://www.vzinfo.nl/gezichtsstoornissen/leeftijd-en-geslacht/algemeen>

Auditieve beperkingen

In 2020 waren er 795.000 mensen met de diagnose slechthorendheid bekend bij de huisarts.⁴³ In onderzoek op basis van gehoormetingen⁴⁴ is vastgesteld dat naar schatting 13% van de Nederlandse bevolking van 40 jaar en ouder, oftewel 1,2 miljoen mensen, beperkend gehoorverlies heeft. Vanuit het perspectief van beperkingen kon in 2020 2,9% van de volwassen bevolking worden geïdentificeerd als slechthorend. Daarvoor geldt volgens de OESO-classificatie dat iemand tenminste 1 gehoorbeperking heeft, 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.

Slechthorendheid kan aangeboren zijn, het kan worden veroorzaakt door infecties of door trauma.⁴⁵ Blootstelling aan hard geluid is de belangrijkste oorzaak van verworven gehoorverlies. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat roken en diabetes type 2 het risico op slechthorendheid verhoegen. Ook een afnemend cognitief vermogen kan van invloed zijn op het vermogen om goed spraak te kunnen verstaan. Omgekeerd wordt slechthorendheid ook als risicofactor voor dementie benoemd.⁴⁶ Per saldo komt slechthorendheid meer voor op hogere leeftijd, meer bij mannen dan bij vrouwen en meer bij mensen met een lager opleidingsniveau dan met een hoog opleidingsniveau (leefstijlfactor).

2.6 Angst- en stemmingsproblematiek

Een hoog risico op een angst- of stemmingsstoornis wordt door middel van een specifieke set vragen gemeten die ook in de Gezondheidsmonitor is opgenomen.⁴⁷ Daarin zijn de volgende vragen opgenomen:

- In de afgelopen 4 weken, hoe vaak was u vermoeid zonder duidelijke reden?
- Hoe vaak zenuwachtig?
- Hoe vaak zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?
- Hoe vaak hopeloos?
- Hoe vaak rusteloos of ongedurig?
- Hoe vaak zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?
- Hoe vaak somber of depressief?
- Hoe vaak gevoel dat alles veel moeite kostte?
- Hoe vaak zo somber dat niets hielp om op te vrolijken?
- Hoe vaak voelde u zich afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?

⁴³ <https://www.vzinfo.nl/gehoorstoornissen/leeftijd-en-geslacht>

⁴⁴ Veiligheid.nl (2020) Prevalentie van gehoorverlies in Nederland: Rotterdamse resultaten geëxtrapoleerd naar heel Nederland, Rapport 879, Projectnummer 20.0330.

⁴⁵ <https://www.vzinfo.nl/gehoorstoornissen/oorzaken-en-gevolgen>

⁴⁶ <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/oorzaken-preventie/gehoorschade>

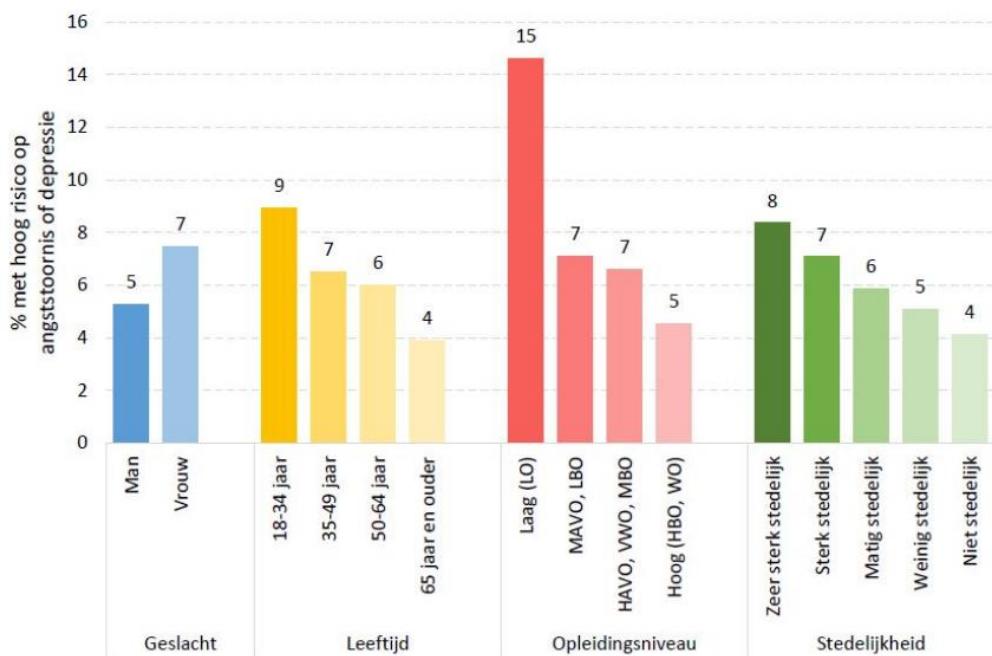
⁴⁷ The Kessler 27 Psychological Distress Scale (K10) Department of Health. Population Research and Outcome Studies. Brief reports. Number: 2002-14

Mensen met een angststoornis hebben een slechtere kwaliteit van leven vergeleken met de algemene bevolking. Zij ervaren hun gezondheid als minder goed en hebben over het algemeen meer moeite met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Ook gaan angststoornissen vaak samen met belemmeringen in het sociaal functioneren.⁴⁸

In 2020 kwam het totale percentage van de volwassen bevolking dat een hoog risico heeft op een angststoornis of depressie uit op 6 procent. Het risico op angst- en stemmingsproblematiek is groter onder jong volwassenen (18 tot en met 34 jaar) met 9 procent.

Er bestaat niet één oorzaak voor angststoornissen. Waarschijnlijk gaat het om een samenspel van genetische factoren en omgevingsinvloeden.⁴⁹ Verder geldt dat mensen met een hoger risico - naast de jongvolwassenen – vaker vrouw zijn, een laag opleidingsniveau hebben en wonen in gebieden met een hoge stedelijkheidsgraad (figuur 2-4). Tot slot ligt de prevalentie van psychische stoornissen of problematiek bij mensen met een migratieachtergrond in het algemeen hoger dan bij mensen zonder deze achtergrond. Dit geldt voor zowel jeugdigen als volwassenen in Nederland, en is ook op Europees niveau vastgesteld. Het is echter belangrijk om te vermelden dat het hier om gemiddelden gaat. Er is substantiële variëteit tussen en ook binnen herkomstgroepen in prevalentie van problematiek.⁵⁰

figuur 2-4 % met hoog risico op angststoornis of depressie naar achtergrondkenmerk



Bron: rivm.nl

⁴⁸ GGZ Standaarden 2022

⁴⁹ <https://www.vzinfo.nl/angststoornissen/oorzaken-en-gevolgen>

⁵⁰ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diversiteit/inleiding/algemeen>

2.7 Psychiatrische problematiek

Tot de mensen met psychiatrische problematiek werden in de WoonZorgwijzer de zelfstandig wonende mensen gerekend die vanuit de AWBZ een indicatie hadden voor de functie begeleiding met grondslag psychiatrie danwel voor beschermd wonen (ZZPGGZ-C pakketten). Deze groep komt sterk overeen met wat wordt aangeduid als de groep met een EPA (Ernstig Psychiatrische Aandoening). Er wordt van ‘ernstige psychische aandoeningen’ gesproken wanneer:⁵¹

- er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Op basis van die definitie waren er in 2013 circa 281.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen (1,7% van de totale bevolking). Driekwart van deze groep is ‘in zorg’. Door de afbouw van de intramurale GGZ (ambulantisering) is dat wel steeds meer zelfstandig ‘in de wijk’. Het gaat om een diverse groep, waarin mensen met psychotische aandoeningen de grootste groep zijn. Maar ook sommigen met een verslaving, stemmings- of persoonlijkheidsstoornis worden ertoe gerekend. Bovendien is er vaak sprake van comorbiditeit.⁵²

In het algemeen ontstaat een psychische aandoening door een combinatie van een onderliggende kwetsbaarheid bij het individu en stress, als gevolg van ingrijpende levensgebeurtenissen of ongunstige sociale omstandigheden. Groepen met een hoog risico zijn onder meer mensen met psychose in de familie, drugsgebruikers, daklozen en migranten.⁵³ Over het algemeen geldt: hoe ouder, hoe kleiner de kans op een één of meer psychische aandoeningen, en in het bijzonder stemmingsstoornissen en middelenstoornissen.⁵⁴ Ook zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen. Waar vrouwen een grotere kans hebben op angst- en stemmingsstoornissen, hebben mannen een grotere kans op middelenstoornissen, aandachtstekort- of gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornissen. Deze stoornissen gaan ook vaker samen met een laag opleidingsniveau, laag inkomensniveau, geen werk of arbeidsongeschiktheid en een huishoudenssituatie zonder partner.⁵⁵

⁵¹ Delespaul, Ph. en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie, juni 2013.

⁵² <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen>

⁵³ <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen>

⁵⁴ <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>

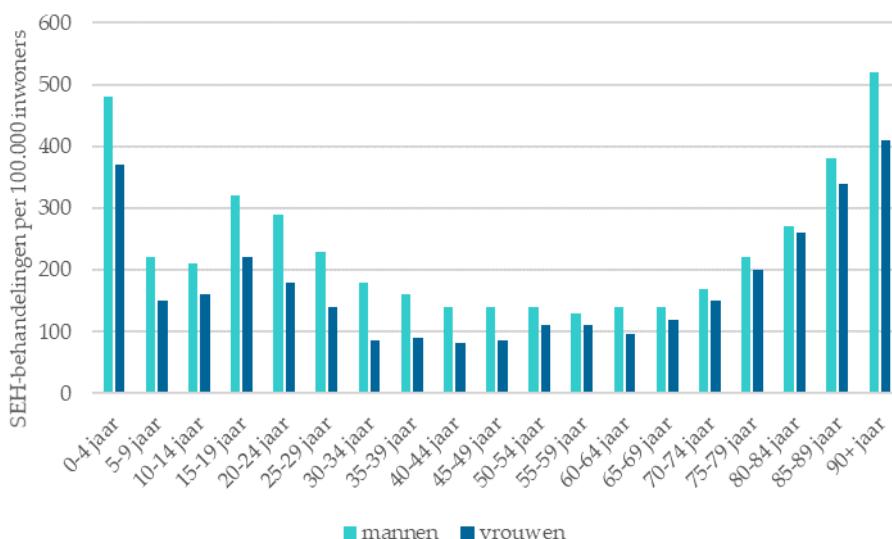
⁵⁵ Trimbos Instituut (2010) De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten

2.8 Niet aangeboren hersenletsel

Niet aangeboren hersenletsel betreft hersenletsel dat in de loop van het leven ontstaat. Het kan worden veroorzaakt door bijvoorbeeld een verkeersongeval dat leidt tot een hersenkneuzing (traumatisch hersenletsel) of bijvoorbeeld door een beroerte of hersentumor (niet traumatisch hersenletsel). Ook kan NAH ontstaan na zuurstoftekort, bijvoorbeeld bij een hartstilstand of door de ziekte van Lyme.⁵⁶

Jaarlijks krijgen naar schatting 130.000 mensen te maken met een vorm van hersenletsel door bijvoorbeeld een ongeluk, een herseninfarct, een tumor, een hartstilstand of een hersenbloeding. Naar schatting voor 85.000 gaat het om traumatisch hersenletsel waarbij kinderen onder de 5 jaar en ouderen van boven de 65 de belangrijkste risicogroepen vormen. Ook is de kans op traumatisch hersenletsel waarvoor spoedeisende hulp nodig is, hoger onder mannen dan onder vrouwen⁵⁷, zie figuur 2-5. Als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toename van het gebruik van elektrische fietsen veranderen dit soort cijfers vanzelfsprekend. Zo constateert Veiligheid.nl een grote toename aan ongevallen met fietsen waarbij sprake is van ernstig letsel.⁵⁸ In Nederland leven naar schatting 500.000 mensen met de gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Dit is ongeveer 3 procent van de Nederlandse bevolking.⁵⁹

figuur 2-5 SEH-behandelingen in verband met hersenletsel als gevolg van een ongeval of geweldpleging, naar leeftijd en geslacht



Bron: veiligheid.nl (2013)

⁵⁶ <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel/>

⁵⁷ Veiligheid.nl (2013) Traumatisch hersenletsel, Ongevalslijsters

⁵⁸ Stam, C. en S. Nijman (2023) Verkeersongevallen en eenzijdige voetgangersongevallen in 2022 SEH-bezoeken Rapport 988, Veiligheid.nl.

⁵⁹ <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/cijfers-en-meer/cijfers-nah>

2.9 Jeugdproblematiek

In 2021 waren er 443.320 jeugdigen tot 18 jaar en 460.740 jeugdigen tot 23 jaar⁶⁰ met jeugdzorg (totaal van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering).⁶¹ Dat is een prevalentie van 13,4% voor de groep tot 18 jaar. In het kader van de WoonZorgwijzer richten we ons op jeugdhulp en daarbinnen op de groep jeugdigen aan wie een vorm van ambulante jeugdhulp wordt 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) wordt buiten beschouwing gelaten omdat de WoonZorgwijzer zich primair richt op personen die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden.

Tabel 2-1 risico- en beschermende factoren voor kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen

	Risicofactoren	Beschermende factoren
Bij de jeugdige zelf	genetische aanleg een moeilijk temperament onveilige gehechtheid weinig zelfvertrouwen jonge leeftijd beperkte cognitieve en sociale vaardigheden weinig kennis over problematiek van de ouder gevoelens van schuld en schaamte	veilige gehechtheid goed ontwikkelde cognitieve en sociale vaardigheden veel zelfvertrouwen goede copingvaardigheden een grote zelfredzaamheid behoorlijk inzicht in ouderlijke problematiek
Bij de ouder(s)	ernstige en langdurige problematiek gebrekkige opvoedvaardigheden verstoerde ouder-kindinteractie gebrek aan sensitiviteit zorg mijden gevoelens van schuld en schaamte	goede opvoedvaardigheden een positieve ouder-kindinteractie goede ondersteuning van de jeugdige door de ouder(s) in behandeling zijn (geweest)
Bij het gezin	financiële problemen complex scheiding conflicten tussen ouders kindermishandeling en huiselijk geweld	aanwezigheid van een andere ouder zonder vastgestelde psychische klachten of verslaving

⁶⁰ 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.

⁶¹ <https://www.nji.nl/cijfers/jeugdzorg>

Risicofactoren		Beschermende factoren
Migratie		
In de omgeving	gebrek aan herkenning	aanwezigheid van een sociaal netwerk en steun voor ouder(s) en jeugdige
	gebrek aan sociale steun	sterke familiecohesie (wederzijdse affectie, behulpzaamheid, zorg en steun door alle leden van de familie)
	Stigmatisering	afleiding en ontsnappingsmogelijkheden voor de jeugdige
geringe familiecohesie		

Of jeugdigen in de jeugdhulp terecht komen, hangt af van een groot aantal factoren die meestal in samenhang die kans groter (risicofactoren) of kleiner (beschermende factoren) maken. In Tabel 2-1 wordt ter illustratie een overzicht gegeven van de risicofactoren en beschermende factoren voor kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen.⁶² Naast inhoudelijke factoren, speelt ook het gedecentraliseerde beleid een rol. De toegankelijkheid van de jeugdzorg is mede bepalend voor het aantal jeugdigen in de jeugdhulp. In de WoonZorgwijzer hanteren we op dit punt het landelijke gemiddelde/ de landelijke norm. Daarmee ontstaat inzicht in het aantal jongeren dat volgens de landelijke normen in aanmerking komt voor jeugdhulp. Dit aantal kan worden afgezet tegen het feitelijke gebruik in gemeenten/regio's.

Het is aannemelijk dat de risicofactoren voor jeugdigen in de jeugdhulp voor een groot deel overeen komen met de risicofactoren die bijdragen aan de kans dat een jeugdige verdachte wordt in een drugsdelict. In het kader van het dashboard 'Zicht op Ondermijning' is een model ontwikkeld voor 8-23 jarigen dat lokaal deze 'risicojongeren' voorspelt.⁶³ Belangrijkste indicatoren zijn – naast of iemand al eerder verdachte is geweest, de leeftijd geslacht (man), of iemand verdachte familieleden heeft en wat de woningwaarde is in een buurt. De laatste indicator geeft aan dat sociaaleconomische variabelen dus ook een relevante factor zijn. Ook variabelen als stedelijkheidsgraad, type huishouden, leeftijd ouders en 'life events' spelen een rol.

⁶² <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kopp/risico-en-beschermende-factoren>

⁶³ <https://www.zichtopondermijning.nl/>

3 Kwantificering

3.1 Mogelijkheden en onmogelijkheden

In het vorige hoofdstuk zijn per type aandoening – en voor zover daar gegevens over konden worden gevonden - beschreven:

1. Prevalentie;
2. Risicofactoren;
3. Verdeling in de populatie naar kenmerken (van de bevolking).

In deze paragraaf gaan we na welke aangrijppingspunten die inzichten bieden voor een nadere ope-
rationalisering/kwantificering.

3.1.1 Prevalenties

De prevalenties van aandoeningen zijn bepalend voor de kwantiteit van voorkomen van aandoe-
ningen zoals die in de WoonZorgwijzer voor specifieke aandoeningen wordt gehanteerd. Bijvoor-
beeld, als de consensus is dat de prevalentie van LVB 6,4% is, dan is het uitgangspunt dat de
WoonZorgwijzer daar landelijk ook op uitkomt. De mogelijkheden om die prevalenties vast te stel-
len, verschillen per type aandoening/beperking:

- Van sommige typen aandoeningen/problematiek zijn landsdekkende registraties beschik-
baar. Denk bijvoorbeeld aan de registratie van mensen met Wlz-indicatie met grondslag
psychogeriatrie in combinatie met hun woonsituatie. Die registratie is die van de in de
WoonZorgwijzer onderscheiden subgroep ‘dementie extramuraal met diagnose’. De uit-
komst van de registratie is dus direct bepalend voor de kwantitatieve landelijke inschat-
ting.
- Voor een aantal typen aandoeningen/problematiek zijn geen directe registraties beschik-
baar, maar kan het voorkomen ervan indirect worden benaderd. Een voorbeeld is de groep
met psychiatrische problematiek (EPA) die zelfstandig woont. Er is geen registratie van het
voorkomen van deze groep. Wel zijn er vanuit zowel Wmo, Wlz als Zvw aanwijzingen
voor het voorkomen van psychiatrische problematiek. Daarnaast zijn er aanwijzingen van-
uit de literatuur die de omvang van deze groep indiceren.
- Voor andere problematiek zijn steekproefgegevens beschikbaar. Een voorbeeld van een
bron die steekproefgegevens biedt, is de Gezondheidsmonitor⁶⁴ al dan niet in combinatie
met andere bronnen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de groep met angst- en stemmingspro-
blematiek of met mobiliteits- of zintuiglijke beperkingen. Ook is in de Gezondheidsmoni-
tor opgenomen of een persoon te maken heeft met een of meer chronische aandoeningen.
Anders dan in de Gezondheidsmonitor 2012 zijn in de Gezondheidsmonitor 2020 geen on-
derscheiden gemaakt naar de verschillende typen langdurige aandoeningen. Daardoor is
er geen mogelijkheid om de betreffende subgroepen te herijken. Door eventuele combina-

⁶⁴

De gezondheidsmonitor is hiervoor bruikbaar vanwege de grootte van de steekproef die netto op bijna
540.000 personen uitkomt.

tie met andere (register)bronnen zoals Wlz en WMO kan worden vastgesteld wat de achtergrond van de beperking is (somatisch bijvoorbeeld) en of de persoon (in de steekproef) er ondersteuning bij krijgt (zoals huishoudelijke hulp).

- Van weer andere typen aandoeningen/problematiek zijn geen registraties beschikbaar, zoals van LVB of dementie in de pre-diagnosefase, maar worden landelijke schattingen gemaakt op basis van – in deze gevallen – respectievelijk de theoretische IQ-verdeling in de populatie of gegeneraliseerde prevalenties in relatie tot leeftijd en geslacht.

3.1.2 Ruimtelijke verdeling

Als er registraties of steekproefgegevens (met voldoende omvang) beschikbaar zijn van het voorkomen van typen aandoeningen/problematiek dan kunnen diezelfde gegevens ook worden gebruikt om de ruimtelijke verdeling vast te stellen en de mate waarin die samenhangt met populatie- en omgevingsfactoren. In een aantal gevallen, te weten dementie (m.u.v. extramuraal met diagnose), LVB en NAH zijn die gegevens er niet. Bij LVB en dementie wordt de ruimtelijke verdeling daarom bepaald met kenmerken die er op basis van de literatuur sterk mee samenhangen zoals leeftijd en geslacht bij dementie en opleiding, inkomen en werk bij LVB. Voor NAH zijn dergelijke sterke samenhangen minder evident. Voor die groep lijkt er dan ook onvoldoende basis voor kwantificering van de ruimtelijke verdeling te zijn.⁶⁵

Ten opzichte van de WoonZorgwijzer 3.0 worden de volgende groepen met aandoeningen *niet* meer onderscheiden omdat er geen mogelijkheid is om de afhankelijke variabele ruimtelijk te allocceren:

- Subgroepen somatiek;
- Niet aangeboren hersenletsel.

3.1.3 Risico- en populatiefactoren

Het onderscheid tussen risicofactoren en beschrijvende populatiefactoren is graduateel. Zo is leeftijd te beschouwen als een risicofactor (bij veroudering ontstaat een grotere kans op het ontstaan van specifieke aandoeningen bijvoorbeeld), maar het kan ook – bij afwezigheid van een duidelijke causale relatie - worden gebruikt om de verdeling van een aandoening in de populatie te beschrijven. Voor kenmerken zoals opleidingsniveau en andere SES-gerelateerde kenmerken is het wat ingewikkelder. De relatie tussen opleidingsniveau en het voorkomen van aandoeningen is immers niet direct, maar verloopt onder meer via leefstijlfactoren zoals roken, alcoholgebruik, beweging en gezonde voeding die deels ook weer samenhangen met een risicofactor als overgewicht. Het zijn die leefstijlgerelateerde factoren die de directe risicofactoren zijn en niet het opleidingsniveau. De leefstijlfactoren hangen wel (sterk) samen met opleidingsniveau, waardoor ook de verdeling van de aandoeningen samenhangt met dat opleidingsniveau.

Ook kan het onduidelijk zijn wat oorzaak en gevolg is. Bijvoorbeeld bij psychiatrische problematiek geldt dat dit meer voorkomt bij mensen met een laag inkomen. Het is echter waarschijnlijk dat zij, doordat zij te maken hebben met deze problematiek, niet in staat zijn een hoog inkomen te verwerven. Er is dan wel een duidelijke samenhang, maar het is niet zo dat een laag inkomen direct psychiatrische problematiek veroorzaakt.

⁶⁵ In WoonZorgwijzer 3.0 werd een deelgroep van NAH benaderd door combinatie van de steekproefgegevens uit de Gezondheidsmonitor en specifieke indicaties voor zorg en ondersteuning. In de meest recente Gezondheidsmonitor zijn daarvoor geen aanknopingspunten meer.

In de WoonZorgwijzer is het uitgangspunt om op basis van landsdekkende registergegevens (over personen, huishoudens en hun woonomgeving) een inschatting te maken van het voorkomen van specifieke aandoeningen in de populatie. Van veel van de in het vorige hoofdstuk benoemde risicofactoren, zoals roken, alcoholgebruik, IQ of genetische aanleg zijn geen landsdekkende registraties beschikbaar. Die kunnen dus ook niet rechtstreeks worden gebruikt om die inschatting te maken.

In deze paragraaf gaan we voor de onderscheiden aandoeningen na wat de mogelijkheden zijn om risicofactoren direct of indirect te operationaliseren/kwantificeren. Het gaat hier dus – in tegenstelling tot de variabelen die in de vorige paragraaf zijn besproken – om de onafhankelijke variabelen (waarmee het voorkomen van specifieke problematiek in een gebied wordt voorspeld). Uitgaande van de relaties die in hoofdstuk 2 zijn besproken, kunnen de volgende groepen van risico/populatiefactoren worden onderscheiden waarvan registraties beschikbaar zijn. Deze kunnen – in wisselend belang en met wisselende invloed – voorspellend zijn voor het voorkomen van de verschillende vormen van problematiek:

- Persoonsgegevens: leeftijd, geslacht, migratieachtergrond (gemeentelijke basisadministratie);
- Huishoudensgegevens: samenstelling huishouden, leeftijd ouders (gemeentelijke basisadministratie);
- Woonsituatie: type woning, bouwperiode, woninggrootte (basisadministratie adressen en gebouwen);
- Socialeconomische situatie: inkomen, vermogen, opleiding, woningwaarde, inkomensbron (belastingdienst, CBS, kadaster);
- Gezondheid: arbeidsongeschiktheid (belastingdienst);
- Omgeving: luchtkwaliteit, stedelijkheid, geluidsbelasting (stressfactor), voorzieningen (o.a. RIVM, CBS, Locatus).

We voegen hier nog een type indicatoren aan toe: de nabijheid van specifieke locaties voor zorg en ondersteuning. Eerder vonden we namelijk dat de kans op zelfstandig wonenden met een bepaalde problematiek, groter is in de nabijheid van instellingen die zijn gericht op de betreffende problematiek. Vermoedelijk is dat omdat vanuit die instellingen ambulante zorg/ondersteuning kan worden geleverd.

Het is belangrijk op te merken dat van de in hoofdstuk 2 benoemde risicofactoren een groot deel niet kan worden gebruikt in de voorspellingen, omdat daar geen registergegevens van zijn. Dat gaat in het bijzonder om:

- leefstijlfactoren;
- genetische predispositie;
- life-events;
- specifieke (andere) aandoeningen;
- individuele werkbelasting en stress.

Leefstijlfactoren kunnen voor een groot deel worden afgevangen met socialeconomische indicatoren. Genetische predispositie kan deels worden benaderd via migratieachtergrond (sommige aandoeningen komen meer voor onder bepaalde herkomstgroepen). Maar voor het grootste deel blijven deze risicofactoren onbekend. Deze kunnen dus niet worden gebruikt in de voorspellingen van het lokaal voorkomen van specifieke groepen aandoeningen/beperkingen in de populatie. De

risico/populatiefactoren waarvoor wel registergegevens beschikbaar zijn, kunnen – in verschillende combinaties – worden gebruikt om het voorkomen van de onderscheiden problematiek/aandoeningen mee te voorspellen.

In een aantal gevallen is de afhankelijke variabele in de modellering niet het voorkomen van een aandoening, maar wordt deze (deels) afgeleid van zorggebruik. Dit is het geval bij de groepen jeugdzorg, psychiatrie en dementie met diagnose. In die gevallen moet voorzichtig worden omgegaan met populatiekenmerken waarvan bekend is dat die samenhangen met een (verminderde) toegang tot zorg. Hiervoor zijn bijvoorbeeld aanwijzingen onder personen met een migratieachtergrond en personen met een lagere sociaaleconomische status. Als de samenhangen in de analyses suggereren dat dergelijke kenmerken samenhangen met *minder* voorkomen van de aandoening, kiezen we ervoor de schattingen zonder migratieachtergrond uit te voeren.

3.2 Modellering

In deze paragraaf wordt per groep beschreven welke empirische samenhangen er bestaan tussen de model- of voorspellende indicatoren en de criteria of afhankelijke variabelen die de diverse aandoeningen indiceren. Daarbij zijn de modelvariabelen (leeftijd, ges en omgevingsvariabelen) vaak dezelfde, maar is de invulling ervan (de relatie met de aandoeningen) specifiek per groep. Voor een aantal soorten problematiek wordt ook herkomst als modelvariabele gebruikt. Dit doen we als uit de literatuur (zie hoofdstuk 2) bekend is dat de betreffende problematiek vaker voorkomt bij specifieke herkomstgroepen, bijvoorbeeld omdat hierbij specifieke erfelijke factoren een rol spelen of leefstijlfactoren met een culturele achtergrond. Alle analyses hebben betrekking op peiljaar 2020.

3.2.1 Dementie

De omvang van de totale groep met dementie wordt afgeleid uit de prevalentiecurve van Prince et al.⁶⁶ Voor de verdeling tussen mensen mét en zonder diagnose en voor de verdeling binnen de dementiegroep tussen intramuraal en extramuraal baseren we ons op registraties. De omvang van de groep met diagnose dementie wordt afgeleid uit de registratie van het CIZ van aanspraken op Wlz-zorg vanuit de pakketten VV04 (hiervan nemen we de helft), VV05 en VV07 (geheel). Het deel dat daarvan intramuraal verblijft, leiden we af uit de microdata van het CBS. Daarin kan een onderscheid worden gemaakt in de woon situatie: zelfstandig of in een instelling. Het aandeel van de mensen met een indicatie psychogeriatrie (PG) dat in een instelling verblijft is het aandeel intramuraal. Vermenigvuldiging met het aantal indicaties levert het aantal intramuraal. Het aandeel (en aantal) extramuraal met een indicatie is vervolgens de totale groep met PG-indicatie minus het aantal intramuraal. En tot slot is het aantal mensen met dementie dat nog geen diagnose heeft het totale aantal mensen met dementie minus het aantal met diagnose. Deze werkwijze wordt schematisch nog eens weergegeven in tabel 3-1.

De prevalentiecurve betreft de totale populatie. Toepassing op de bevolking in Nederland maakt het noodzakelijk deze prevalenties te splitsen in prevalenties voor de intramurale populatie en de extramurale populatie. Omdat we op basis van het rekenschema beide aantallen in het meetjaar

⁶⁶ 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>

kennen, kunnen die prevalenties empirisch worden afgeleid. We starten dan voor beide groepen met de basisprevalenties. Vervolgens vergroten we deze voor de intramurale populatie en verkleinen we deze voor de extramurale populatie tot – iteratief - de prevalenties worden gevonden die voor beide subpopulaties gelden. Voor de intramurale populatie resulteert dat voor de oudere groepen in prevalenties van 100%. Voor de extramurale populatie komen de prevalenties uit op circa 78% van de basisprevalenties.

tabel 3-1 Rekenschema dementie

groep	bron	formule	in WZW
Totaal dementie	prevalentiecurve	(A)	subgroep 1
met diagnose	CIZ	(B)	
waarvan intramuraal	microdata	(C)	
Totaal extramuraal dementie		(A – C)	hoofdgroep
Extramuraal met diagnose		(B – C)	subgroep 3
Extramuraal zonder diagnose		(A – B)	subgroep 2

De ruimtelijke verdeling van de verschillende dementiegroepen ontstaat door de feitelijke leeftijdsverdeling van bewoners in een gebied in combinatie met hun woonsituatie te relateren aan de voor die combinatie geldende prevalenties. Er is een uitzondering: de subgroep die een diagnose heeft, maar wel zelfstandig woont.

Subgroep dementie met diagnose, maar zelfstandig wonend

Om de ruimtelijke spreiding van de groep met PG-indicatie die zelfstandig woont te bepalen, wordt gebruik gemaakt van een model. In dit model zijn populatie- en omgevingsfactoren opgenomen die de kans bepalen dat deze groep op een bepaalde plek aanwezig is. In deze paragraaf beschrijven we deze modelfactoren.

De kans dat een zelfstandig wonende persoon van 18 jaar of ouder een Wlz-indicatie Psychogeratrie heeft en zelfstandig woont, neemt sterk toe met de leeftijd (figuur 3-1). Voor iemand van 95 jaar of ouder is die kans ruim 90 keer zo groot als voor iemand tussen de 60 en 65 jaar. Het gaat in alle gevallen om relatief kleine kansen omdat het een kleine subgroep betreft. Voor de 90-plussers gaat het om ruim 50 per 1.000 (of 0,5%). Binnen deze subgroep die in totaal (peildatum 2020) ruim 36.000 personen betrof, is 84% 75 jaar of ouder.

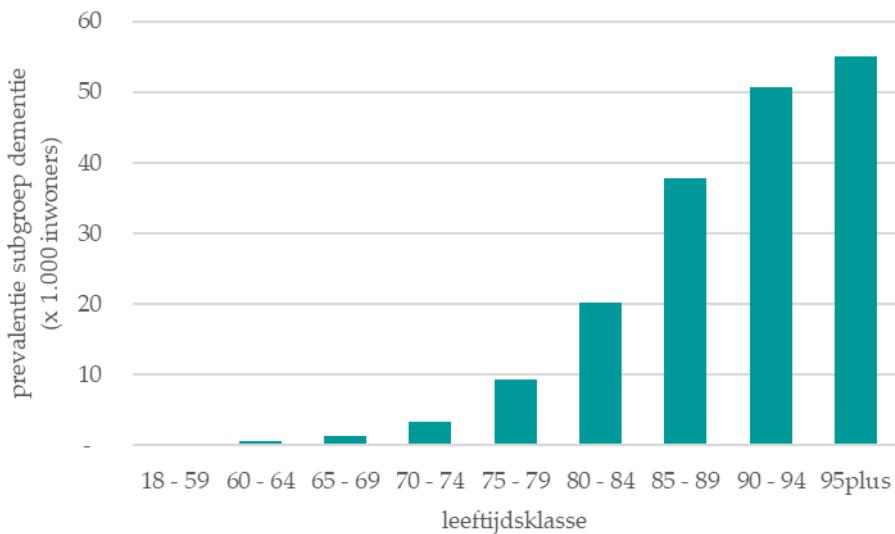
Bijna de helft van de subgroep (46%) woont samen met een partner. Zo'n 40% van de subgroep dementie maakt deel uit van een eenpersoonshuishouden en zo'n 13% woont in een 'overig huishouden' (figuur 3-2). Het aandeel dat samenwoont met een partner is in verhouding tot de leeftijds-groep waar het over gaat relatief groot. In de totale populatie⁶⁷ woont 35% van de zelfstandig wonende 85-plussers nog samen met een partner. Ook het aandeel dat woont in een 'overig huishouden' is relatief groot. Het aandeel van alle zelfstandig wonende 85-plussers dat in een 'overig huishouden' woont, komt uit op 2%. Het is overigens aannemelijk dat hier in het bijzonder bij de

⁶⁷

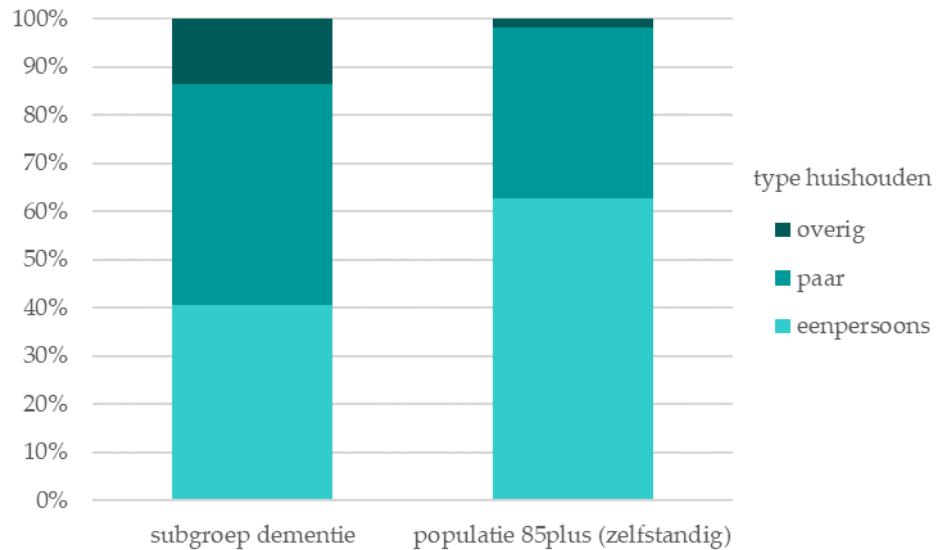
Bron: WoON2021.

subgroep dementie specifieke woonvormen voor ouderen onder vallen waarbij de woonruimte wel als zelfstandig wordt gekwalificeerd.

figuur 3-1 Prevalentie subgroep dementie naar leeftijd



figuur 3-2 Verdeling subgroep dementie naar type huishouden, vergeleken met alle 75-plusser

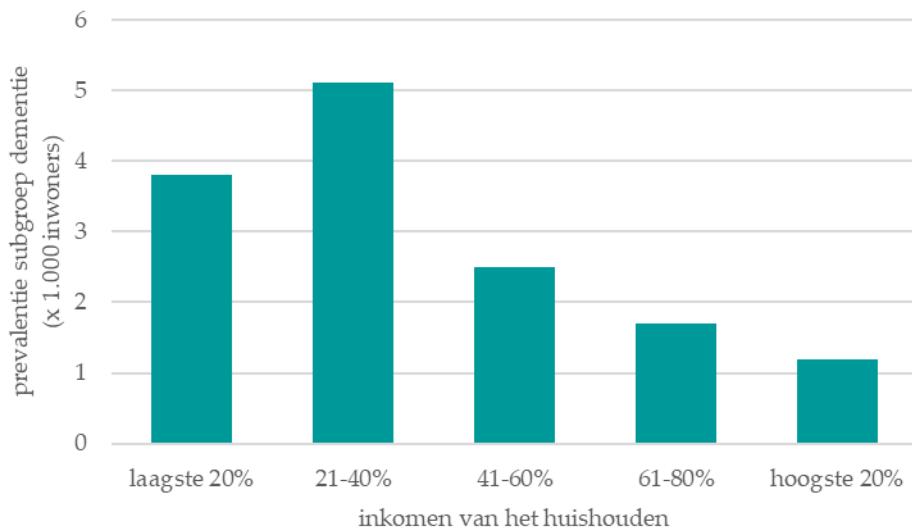


De kans om deel uit te maken van de subgroep dementie hangt samen met inkomen (zie ook figuur 3-3). In het bijzonder in het tweede kwintiel is die kans groot. Dat reflecteert voor een groot deel de verdeling van inkomens naar leeftijdsklassen. Ouderen behoren namelijk sowieso vaker tot het tweede inkomenskwintiel (21-40%) en in iets mindere mate het laagste inkomenskwintiel. Gecorrigeerd voor leeftijd resteert wel een relatief hoge prevalentie onder de laagste inkomens.

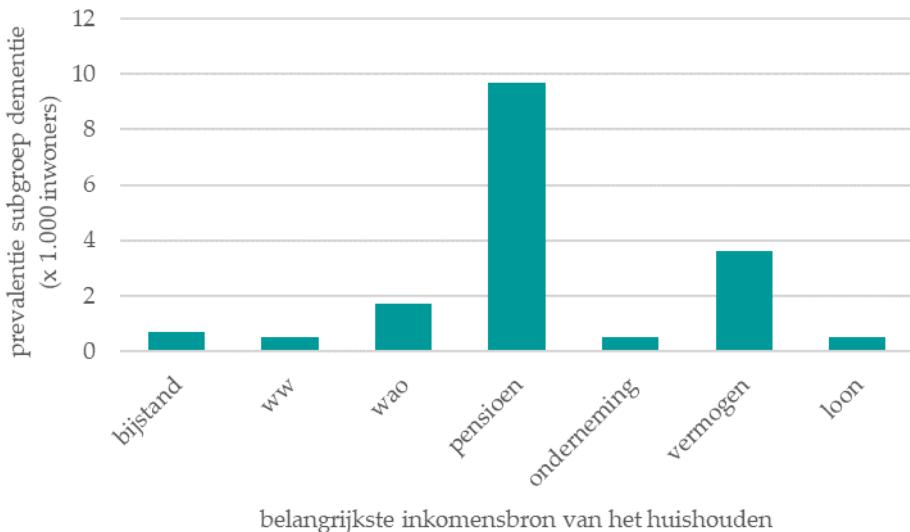
Naar inkomensbron neemt de kans dat iemand tot de subgroep behoort sterk toe als de belangrijkste inkomensbron van het huishouden waartoe de persoon behoort een pensioen is (zie ook figuur 3-4). In mindere mate geldt dat ook voor inkomen uit vermogen. Ook dat hangt vanzelfsprekend

weer samen met de leeftijdsverdeling. Gecorrigeerd voor leeftijd zijn het juist de personen in huishoudens met een andere inkomensbron dan pensioen die een grotere kans hebben tot deze subgroep te behoren. Zij hebben bijvoorbeeld nog een partner met inkomen uit loon of onderneming dan wel inkomen uit vermogen.

figuur 3-3 Prevalentie subgroep dementie naar inkomen



figuur 3-4 Prevalentie subgroep dementie naar belangrijkste inkomensbron



In aanvulling op deze basindicatoren zien we samenhangen tussen het voorkomen van deze subgroep in een gebied en de mate van stedelijkheid en bevolkingsdichtheid van het gebied. We zien vooral een hogere kans in sterk stedelijk gebied (en een hoge bevolkingsdichtheid in de buurt) en een lagere kans in landelijk gebied (en een lage bevolkingsdichtheid in de buurt). Dat hangt mogelijk samen met verschillen in voorzieningenniveau en met de mogelijkheid om zorg thuis te leveren. Ook zien we een relatief groter aandeel in gebieden waar veel nieuwbouwwoningen zijn en waar relatief veel huishouden met een inkomensniveau tot 120% van het sociaal minimum wonen. Tot slot is er ook een relatie met de nabijheid van een VVT-instelling. In de nabijheid van een

VVT-instelling zien we gemiddeld genomen ook een groter aantal personen met een PG-indicatie dat zelfstandig woont.

Samenvattend worden in de modellering de volgende indicatoren gebruikt voor deze subgroep:

- Leeftijd;
- Inkomen;
- Belangrijkste inkomensbron;
- Opleidingsniveau;
- Nabijheid instelling vvt;
- Stedelijkheid woonomgeving;
- Bevolkingsdichtheid;
- Aandeel nieuwbouw;
- Aandeel inkomen tot 120% sociaal minimum.

3.2.2 LVB

De schattingsmethode voor de LVB-groepen is in essentie niet veranderd ten opzichte van de werkwijze WoonZorgwijzer 3.0. De inschatting van de ruimtelijke verdeling van de groep vindt plaats op basis van de indicatoren: inkomen (20% laagste inkomen), belangrijkste inkomensbron (bijstand of sociale uitkering) en voltooide opleiding (maximaal basisschool, praktijkschool, mbo1, vmbo basis/kader of mbo2) en of men een opleiding volgt. Daarnaast wordt een aanvullende correctie uitgevoerd voor studenten om te voorkomen dat gebieden waar met name veel buitenlandse studenten wonen (waarvan opleidingsgegevens in de regel ontbreken) worden aangewezen als gebieden met veel mensen met beperkt verstandelijke vermogens.

Wat is veranderd ten opzichte van WZW-versie 3.0, is het aandeel in de populatie dat tot de LVB-groep wordt gerekend. Dit aandeel komt in WZW 4.0 uit op 6,4% van de personen van 18 jaar of ouder. De LVB-groep in WoonZorgwijzer 4.0 is voor wat betreft de indicatoren gelijk aan de subgroep LVB met een beperkte sociale redzaamheid die in WoonZorgwijzer 3.0 werd gehanteerd. De voormalige Hoofdgroep LVB wordt in WZW 4.0 opgenomen als subgroep (genaamd: *risicogroep LVB*).

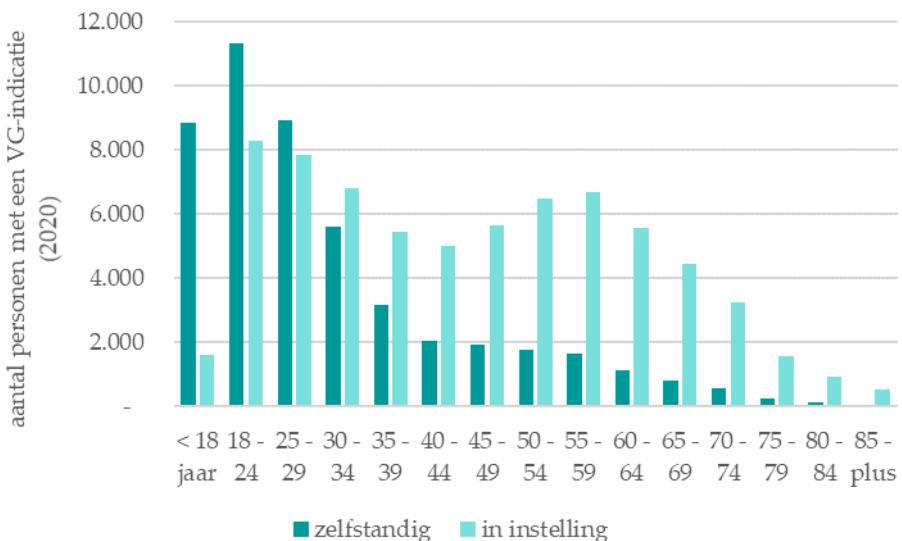
De subgroep ‘kwetsbare gezinnen’ is onveranderd ten opzichte van WZW 3.0. De groep is samengesteld op basis van de feitelijke registratie van zelfstandige huishoudens met kinderen (eenoudergezin, partners met kinderen) behorend tot de 20% laagste inkomensgroep, zonder werk en met een lage opleiding (hoogst voltooide opleiding in het huishouden: basisschool, praktijkschool, mbo1, vmbo basis/kader of mbo2).

3.2.3 Matige of ernstige verstandelijke beperking

De groep personen met een matige of ernstige verstandelijk beperking die niet in een instelling verblijft omvatte in peiljaar 2020 ruim 48.000 personen. Nog eens ruim 70.000 verblijven wel in een instelling, wat het totale aantal met een VG-indicatie op ruim 118.000 brengt. Dit totale aantal is vergelijkbaar met het aantal in 2012 dat toen op 125.000 uitkwam.

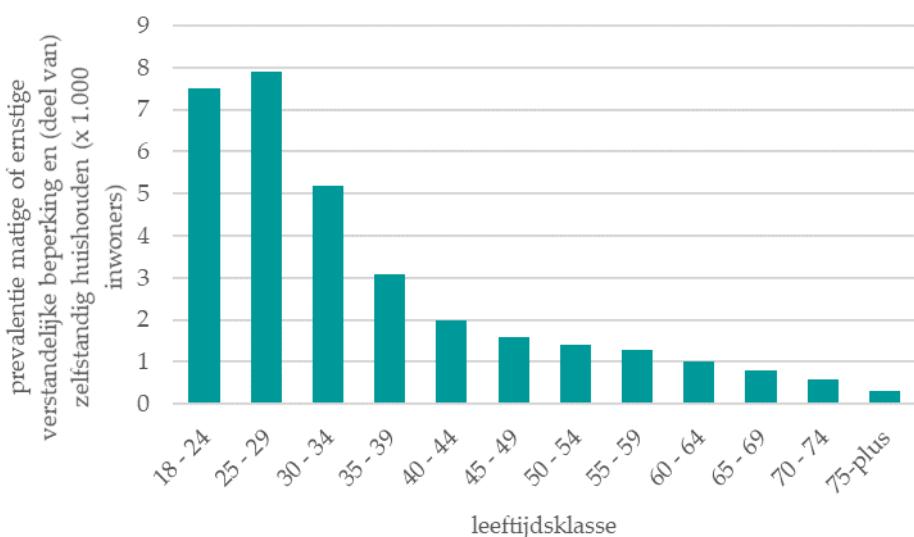
De personen met een VG-indicatie die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden zijn relatief jong. Zij wonen deels bij de ouders. De groep die in een instelling verblijft is vaker wat ouder. De overgang zit rond de 30 jaar (figuur 3-5). Onder de 30 jaar woont een groter aantal in een zelfstandig huishouden. Daarboven woont een groter aantal in een instelling.

figuur 3-5 Aantal personen met VG-indicatie naar verblijfsstatus en leeftijd



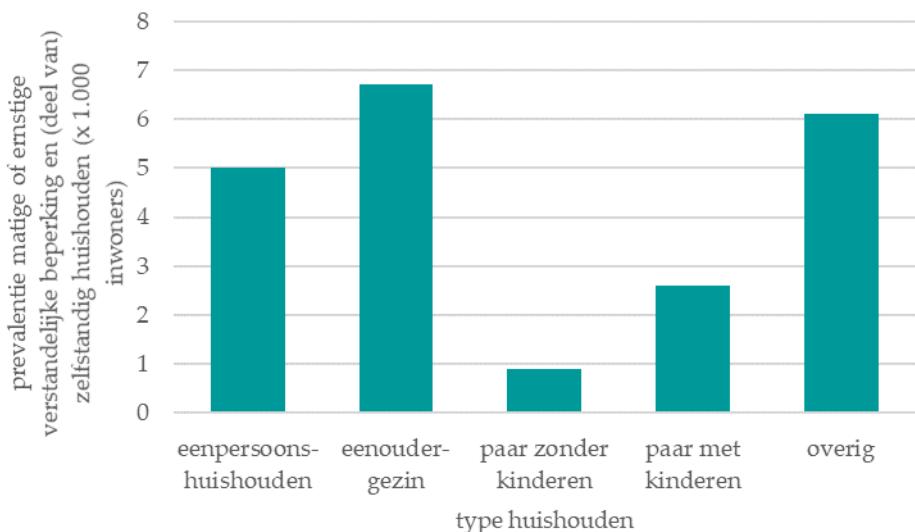
De prevalentiecijfers van de groep die deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden laat een iets ander verloop zijn dan de aantallen. Dat komt omdat de groep 18-24-jarigen in de totale bevolking groter is dan de groep 25-29-jarigen. Bij een min of meer vergelijkbare prevalentie (figuur 3-6) leidt dat tot een groter aantal 18-24-jarigen (figuur 3-5).

figuur 3-6 Prevalentie VG, zelfstandig huishouden naar leeftijdsklasse

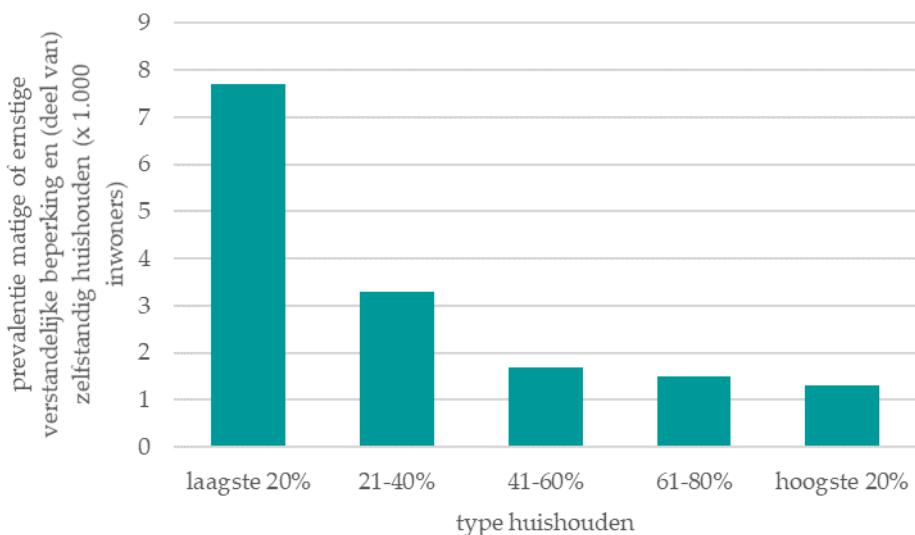


De personen met een VG-indicatie maken relatief vaak deel uit van een eenoudergezin. In bijna zeven van de 1.000 eenoudergezinnen woont een persoon van 18 jaar of ouder met een VG-indicatie. Ook overige huishoudens en eenpersoonshuishoudens zijn wat oververtegenwoordigd. In absolute aantallen vormen de eenpersoonshuishoudens en de paren met kinderen de grootste groep huishoudens waarin iemand woont van 18 jaar of ouder met een VG-indicatie. Het is niet aannemelijk dat een persoon met een VG-indicatie écht geheel zelfstandig en alleen woont. Vermoedelijk gaat het hier om woonvormen waarin de persoon wel een eigen adres heeft, maar waarbij ook een vorm van begeleiding wordt geboden.

figuur 3-7 Prevalentie VG, zelfstandig huishouden naar type huishouden



figuur 3-8 Prevalentie VG, zelfstandig huishouden naar inkomen

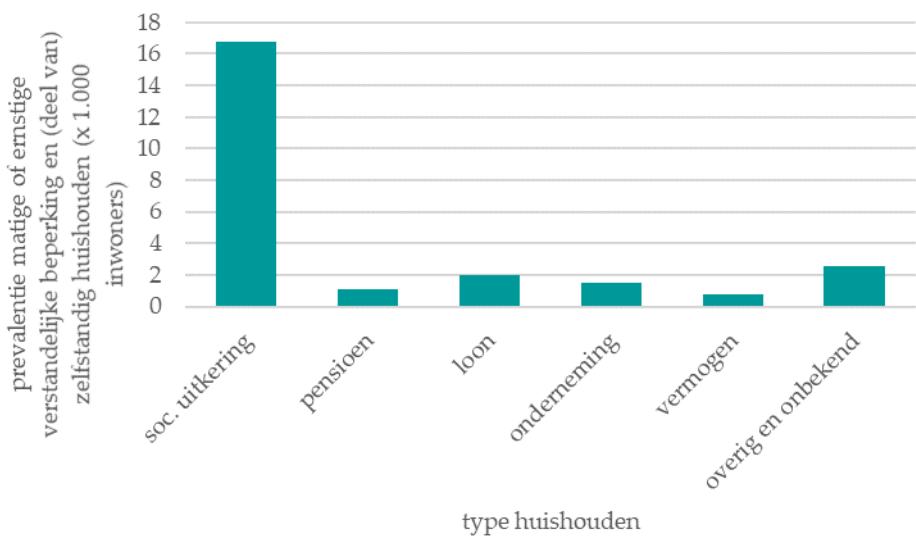


De huishoudens waar de persoon met een VG-indicatie deel van uitmaakt hebben relatief vaak een laag inkomen (figuur 3-8). Hierdoor behoort ook binnen de totale groep personen met een VG-indicatie ongeveer de helft tot een huishouden met een laag inkomen.

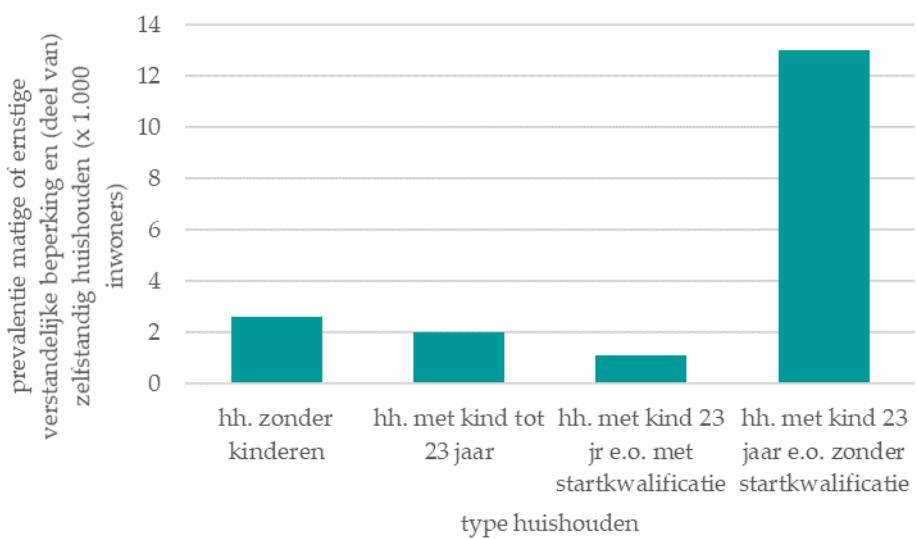
Dat de laagste inkomens een groot aandeel vormen binnen de totale groep komt overeen met de belangrijkste inkomensbron van de huishoudens (figuur 3-9). De prevalentie binnen huishoudens met een sociale uitkering is een veelvoud van dat in andere huishoudens.

Een andere indicator met een grote invloed is de combinatie van leeftijd, huishoudenssituatie en opleidingsniveau. In het bijzonder voor gezinshuishoudens met een kind ouder dan 23 jaar dat geen startkwalificatie heeft, geldt een grotere kans (figuur 3-10).

figuur 3-9 Prevalentie VG, zelfstandig huishouden naar inkomensbron



figuur 3-10 Prevalentie VG, zelfstandig huishouden naar type huishouden, leeftijd en opleidingsniveau van het kind



Naast deze basisindicatoren zijn samenhangen gevonden met de volgende omgevingskenmerken: Woningtype (meer VG in laagbouwbuurten), arbeidsparticipatie (meer VG in gebieden met lage arbeidsparticipatie), Wmo-gebruik (meer VG in gebieden waar een groter beroep op de Wmo wordt gedaan), opleidingsniveau (meer VG bij meer lager opgeleiden) en de nabijheid van een VG-instelling. De kans dat op een bepaalde plek zelfstandig wonenden met een VG-indicatie zijn, is beduidend groter nabij een VG-instelling dan zonder zo'n instelling in de buurt. Tot slot wordt in de modellering gecontroleerd voor studenten. Dit is nodig omdat de hogere prevalentie van de jongere leeftijdsgroepen met een laag inkomen die deel uitmaken van een eenpersoons of overig huishouden leidt tot een te grote kans in gebieden waar veel studenten wonen. De andere indicatoren alleen compenseren dit onvoldoende.

Samenvattend worden in de modellering de volgende indicatoren gebruikt voor deze groep:

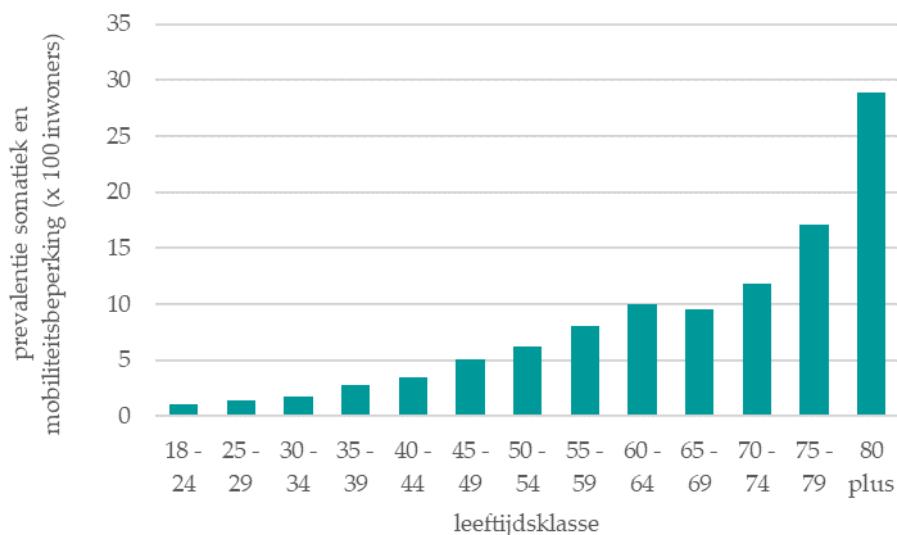
- Leeftijd;
- Inkomen;

- Belangrijkste inkomensbron;
- Opleidingsniveau;
- Type huishouden;
- Huishouden met ouder kind zonder startkwalificatie;
- Nabijheid instelling VG;
- Wel/geen studenten;
- Aandeel eengezinswoningen in de buurt;
- Wmo-gebruik in de buurt;
- Arbeidsparticipatie in de buurt.

3.2.4 Somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen

Het voorkomen van somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen hangt sterk samen met leeftijd (figuur 3-11). In de groep 75-plusser is de kans hierop ruim 20x groter dan in de groep tussen de 18 en 24 jaar. Het gaat in totaal om een grote groep van ruim 900.000 personen (6,9% van de zelfstandig wonende 18plusser) in 2020). Meer dan de helft daarvan (52%) is 65 jaar of ouder.

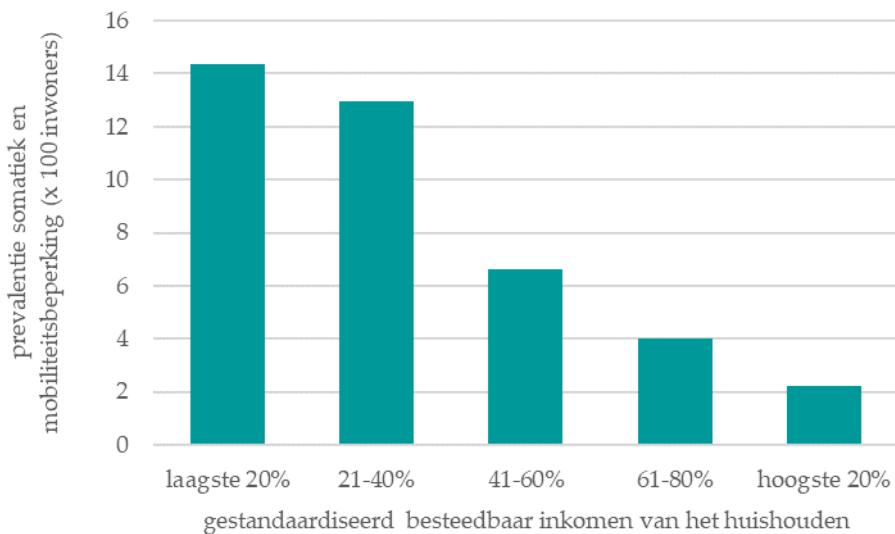
figuur 3-11 Prevalentie somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen naar leeftijd



In aanvulling op leeftijd spelen ook sociaaleconomische factoren een rol. Somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen komen vaker voor bij de lagere inkomens (figuur 3-12). Het verschil in prevalentie tussen de laagste en hoogste inkomensgroep komt uit op een factor 6,5. Verschillen blijven bestaan als wordt gecontroleerd voor leeftijd. Het is van belang om daarvoor te controleren omdat binnen de hogere leeftijdsgroepen het inkomen immers gemiddeld lager is.

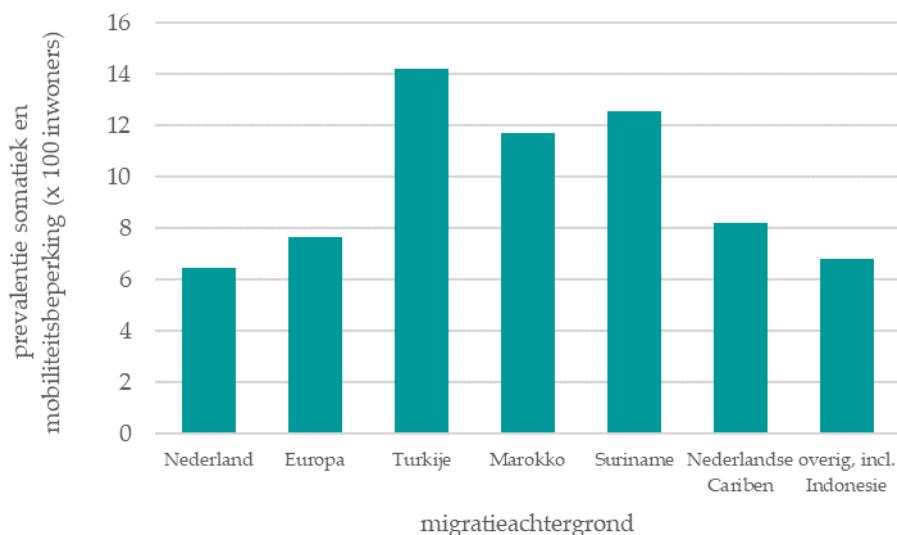
Ook naar opleidingsniveau zijn er verschillen. Somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen komen relatief veel voor bij mensen met een lager opleidingsniveau. Als we uitgaan van het onderscheid wel/geen startkwalificatie is het verschil een factor 3,5. Ook zijn personen met somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen – gecontroleerd voor leeftijd en inkomen – relatief vaak afhankelijk van bijstand of WAO.

figuur 3-12 Prevalentie somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen naar inkomen



Een andere factor die samenhangt met het voorkomen van somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen is migratieachtergrond (figuur 3-13). In het bijzonder binnen de groepen met een migratieachtergrond uit Turkije, Suriname en Marokko is het aandeel personen met somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen relatief groot. Het ligt binnen de groep met een Turkse migratieachtergrond ruim een factor 2 hoger dan in de groep zonder migratieachtergrond. Deels hangt dit samen met inkomensverschillen. Binnen deze groepen met een migratieachtergrond is het gemiddelde inkomen immers lager. Maar ook als wordt gecontroleerd voor inkomen (en leeftijd) resteert een betekenisvol verschil van zo'n 60% grotere kans. Vermoedelijk speelt leefstijl (voeding, bewegen) hierin een rol.

figuur 3-13 Prevalentie somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen naar migratieachtergrond



Tot slot zijn er ook verschillen naar stedelijkheidsgraad. Zonder correctie voor inkomen en migratieachtergrond is de kans op somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen relatief groot in (zeer) stedelijk gebied. Als we daar wel voor controleren zijn het juist de gebieden met een

gematigde stedelijkheid waar de kans relatief groot is. In de zeer sterk stedelijke gebieden en in de niet-stedelijke gebieden zijn de kansen dan het laagst.

Samenvattend worden in de modellering de volgende indicatoren gebruikt voor deze groep:

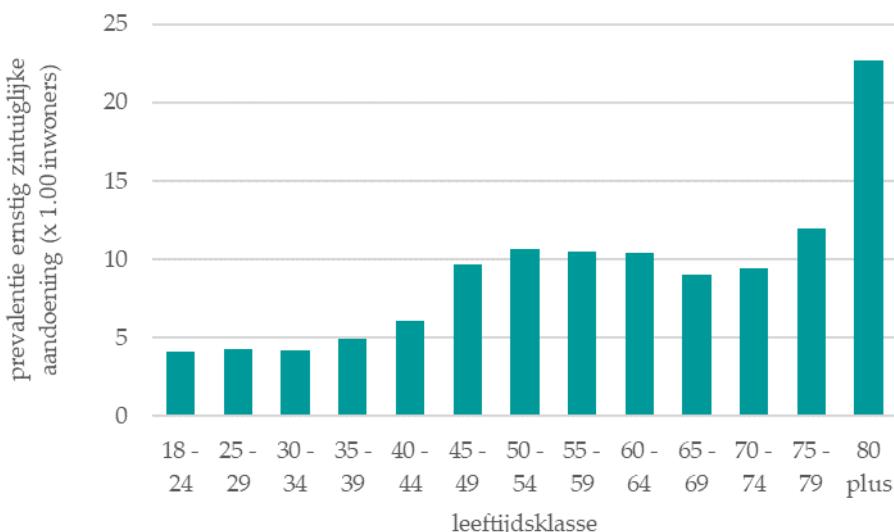
- Leeftijd;
- Inkomen;
- Belangrijkste inkomensbron;
- Opleidingsniveau;
- Type huishouden;
- Migratieachtergrond;
- Stedelijkheid woonomgeving;
- WOZ-waarde woningen;
- Aandeel inkomens tot 120% sociaal minimum.

3.2.5 Zintuiglijke aandoeningen

Iets meer dan 1.000.000 personen hebben een ernstige zintuiglijke aandoening (gehoor en/of visueel samen). Het gaat om zo'n 565.000 personen met een ernstige gehoorbeperking en om 690.000 personen met een ernstige visuele beperking. Ongeveer 14% van de groep met een zintuiglijke aandoening heeft zowel een ernstige visuele als een ernstige gehoorbeperking.

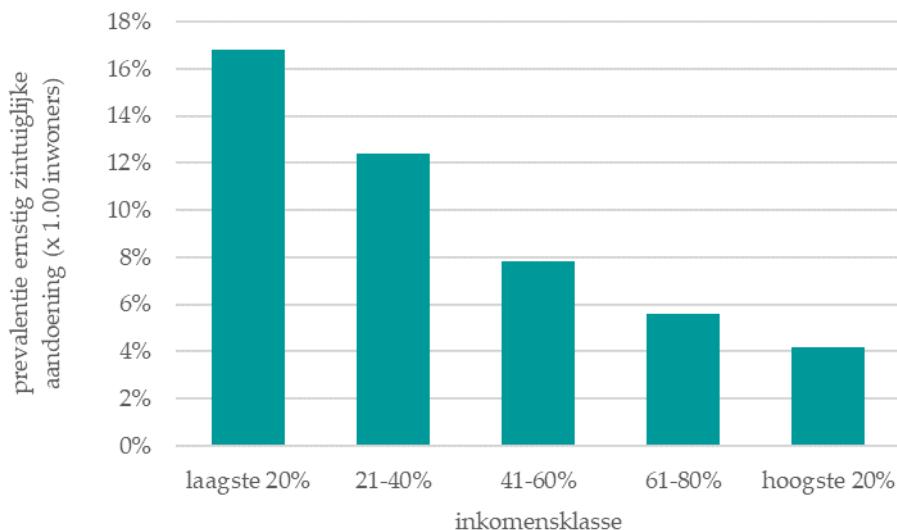
Net als bij mobiliteitsbeperkingen is er een sterk demografische component bij de kans op het voorkomen van zintuiglijke aandoeningen. Anders dan bij de mobiliteitsbeperkingen lijkt er voor deze aandoeningen eerder sprake van drie niveaus in relatie tot de prevalentie: een beperkte kans bij 18-44 jaar, een verhoogde kans bij 45 – 79 jaar en een sterk verhoogde kans bij 80-plussers (figuur 3-14). Hierdoor is deze groep van aandoeningen per saldo wat minder sterk bepaald door leeftijd. Waar binnen de groep van somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen ruim de helft 65 jaar of ouder was, is dat binnen de groep zintuiglijke aandoeningen ‘slechts’ een kwart.

figuur 3-14 Prevalentie ernstig zintuiglijke aandoeningen naar leeftijdsklasse



Net als bij somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen zijn er relaties met sociaaleconomische status (inkomen en opleiding) en migratieachtergrond. De verschillen tussen inkomensgroepen zijn aanzienlijk (figuur 3-15). Onder de laagste inkomensgroepen is de kans op een ernstige zintuiglijke aandoening een factor 4 groter dan onder de hoogste inkomensgroepen.

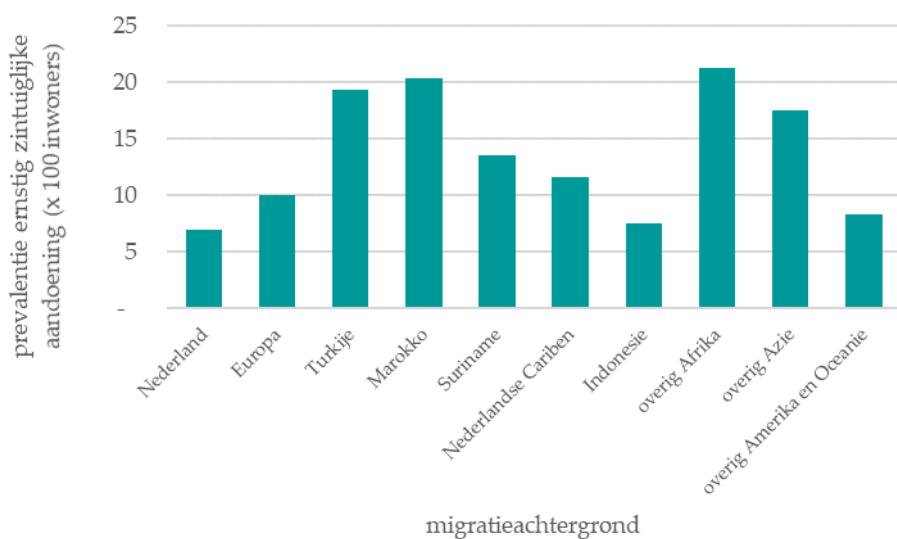
figuur 3-15 Prevalentie ernstig zintuiglijke aandoeningen naar inkomensklasse



Omdat de groep met een ernstig zintuiglijke aandoening gemiddeld genomen minder eenduidig ‘oud’ is, is de samenhang met de belangrijkste inkomensbron ook anders dan bij de somatische aandoeningen met mobiliteitsbeperkingen. Voor ruim twee derde van de groep met een ernstige zintuiglijke aandoening geldt dat zij afhankelijk zijn van enige vorm van sociale uitkering. Voor slechts 12% binnen deze groep is het pensioen de belangrijkste inkomensbron (bij somatiek is dat iets meer dan de helft).

Er zijn vrij grote verschillen naar migratieachtergrond in relatie tot het voorkomen van ernstig zintuiglijke aandoeningen (figuur 3-16). In het bijzonder binnen de herkomstgroepen Marokko, Turkije, overig Afrika en overig Azië bestaat er een relatief grote kans op ernstig zintuiglijke aandoeningen.

figuur 3-16 Prevalentie ernstig zintuiglijke aandoeningen naar migratieachtergrond



Binnen de groepen zonder migratieachtergrond en met een Indonesische migratieachtergrond zijn de kansen juist relatief klein. En hoewel er samenhangen zijn tussen migratieachtergrond en inkomen en het dus belangrijk is daarvoor te controleren, blijven deze verschillen bestaan als hiervoor wordt gecontroleerd.

Een andere bepalende factor voor de kans op ernstig zintuiglijke aandoeningen is stedelijkheidsgraad (meer in niet-stedelijk gebied en juist minder in sterk stedelijk gebied). Daarnaast zijn er samenhangen met welvaartsindicatoren van de omgeving: WOZ-waarde van de woningen (hoe lager de waarde, hoe groter de kans) en aandeel huishoudens met inkomen tot 120% van het sociaal minimum (hoe meer, hoe groter de kans).

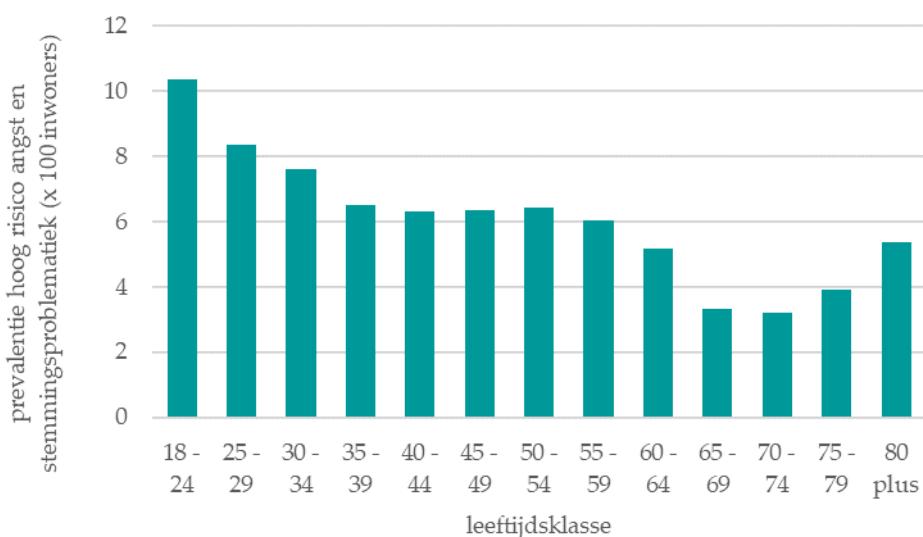
Samenvattend worden in de modellering de volgende indicatoren gebruikt voor deze groep:

- Leeftijd;
- Inkomen;
- Belangrijkste inkomensbron;
- Opleidingsniveau;
- Type huishouden;
- Migratieachtergrond;
- Stedelijkheid woonomgeving;
- WOZ-waarde woningen;
- Aandeel inkomens tot 120% sociaal minimum.

3.2.6 Angst- en stemmingsstoornissen

Een kleine 820.000 personen van 18 jaar of ouder had in peiljaar 2020 een hoog risico op angst- en stemmingsstoornissen. Er is een samenhang met leeftijd, maar die is wel een stuk minder geprononceerd dan voor veel andere soorten problematiek (figuur 3-17). In algemene zin is er een verhoogde kans op onder jongere leeftijdsgroepen en verlaagde kans onder de groep 65-75-jarigen. Onder de oudste leeftijdsgroepen is er weer sprake van een toenemende kans op deze problematiek.

figuur 3-17 Prevalentie hoog risico angst en stemmingsproblematiek naar leeftijd



Een sterkere samenhang dan met leeftijd is er voor de belangrijkste inkomensbron van het huishouden en voor type huishouden. Bij de inkomensbron springen in het bijzonder de bijstand en de

WAO eruit met een verhoogd risico (figuur 3-18). vergeleken met huishoudens die hun inkomen uit vermogen halen (veelal ouderen overigens) is de kans onder bijstandontvangers meer dan 8 keer zo groot. Het verschil tussen de inkomensklassen met de grootste en kleinste kans is daar ongeveer de helft van, waarbij het de laagste inkomens zijn met de grootste kans op angst en stemmingsstoornissen.

figuur 3-18 Prevalentie voor hoog risico op angst en stemmingsproblematiek naar belangrijkste inkomensbron



Voor wat betreft de samenstelling van het huishouden is er een tweedeling tussen personen zonder en met partner (of anderen). Bij de personen die een eenpersoonshuishouden vormen of een eenoudergezin ligt de prevalentie een factor twee hoger dan bij personen die een paar vormen (al dan niet met kinderen) of deel uitmaken van een overig huishouden. Er zijn ook verschillen naar migratieachtergrond. In het bijzonder onder personen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond is de prevalentie op een hoog risico op angst/ en stemmingsproblematiek groot (figuur 3-19). Dit komt overeen met de literatuur (zie hoofdstuk 2). Vergelijken met personen zonder migratieachtergrond of personen met een Indonesische achtergrond gaat het dan om een factor 3,5.

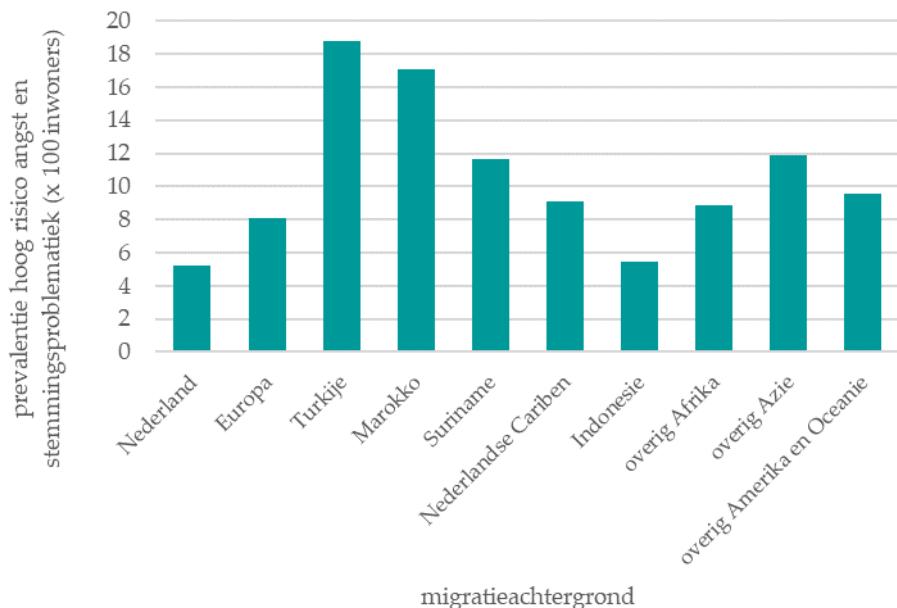
Tot slot is er een meer algemene samenhang met welvaartsindicatoren die betrekking hebben op de woonomgeving: WOZ-waarde van de woningen (hoe lager de waarde, hoe groter de kans) en aandeel huishoudens met inkomen tot 120% van het sociaal minimum (hoe meer, hoe groter de kans).

Samenvattend worden in de modellering de volgende typen indicatoren gebruikt voor deze groep:

- Leeftijd;
- Inkomen;
- Belangrijkste inkomensbron;
- Opleidingsniveau;
- Type huishouden;
- Migratieachtergrond;
- Stedelijkheid woonomgeving;

- WOZ-waarde woningen;
- Aandeel inkomens tot 120% sociaal minimum.

figuur 3-19 Prevalentie voor hoog risico op angst en stemmingsproblematiek naar migratieachtergrond



3.2.7 Psychiatrische problematiek

We gaan voor de omvang van de zelfstandig wonende EPA-groep uit van de literatuur. Daarin wordt aangegeven dat de omvang van de groep uitkomt op circa 1,7% van de bevolking. Als we ervan uitgaan dat die 1,7% geldt voor de totale populatie (een kleine 295.000 in 2020), moet nog worden bepaald wat het aandeel is voor de extramurale populatie van 18 jaar en ouder. We bepalen de EPA-populatie door de volgende groepen samen te nemen:

- Alle personen met een WLZ-indicatie GGZ
- Alle personen met WMO-gebruik BW
- Circa de helft van de personen met specialistische GGZ vanuit de Zvw. Daarvan nemen we dan de 50% met de hoogste zorgkosten.

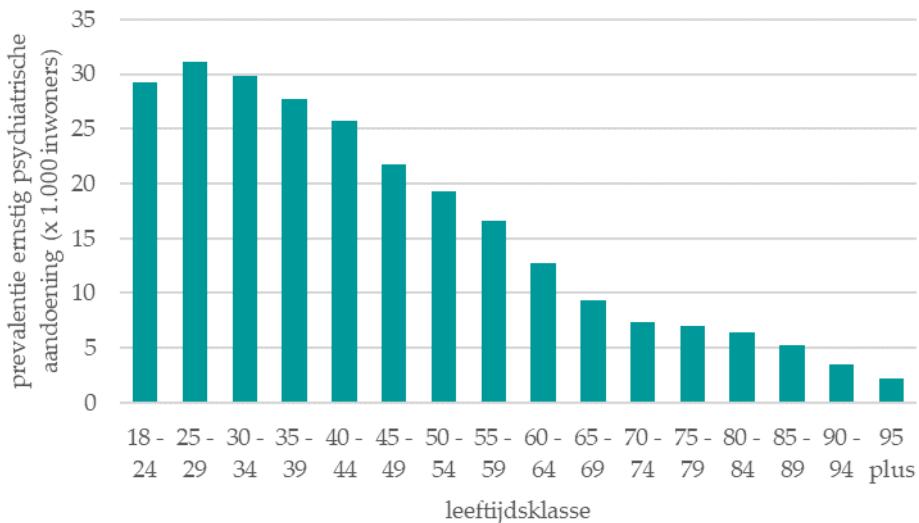
Dit sommeert tot de genoemde 295.000. Van die 295.000 zijn er ruim 275.000 18 jaar of ouder en wonen zelfstandig. Dat komt uit op 1,99% van de populatie 18plus, zelfstandig wonend. Die 275.000 betreft dus een populatieprevalentie. Niet iedereen daarvan zal feitelijk in zorg zijn. Op basis van eerdere schatting van Delespaul e.a. is dat zo'n driekwart, ofwel zo'n 211.000. Dat aantal komt weer aardig overeen met de schatting van Vektis die meldt dat er in totaal (dus niet alleen 18plus) zo'n 215.000 EPA-patiënten (in 2019) zijn.

Van de ruim 275.000 personen van 18 jaar of ouder met een EPA en die zelfstandig wonen (volgens de afbakening die hierboven is beschreven) is iets meer dan de helft jonger dan 40 jaar. In de prevalentiecurve voor deze doelgroep zijn de kansen dan ook het hoogst voor de jongere leeftijdsklassen (figuur 3-20).

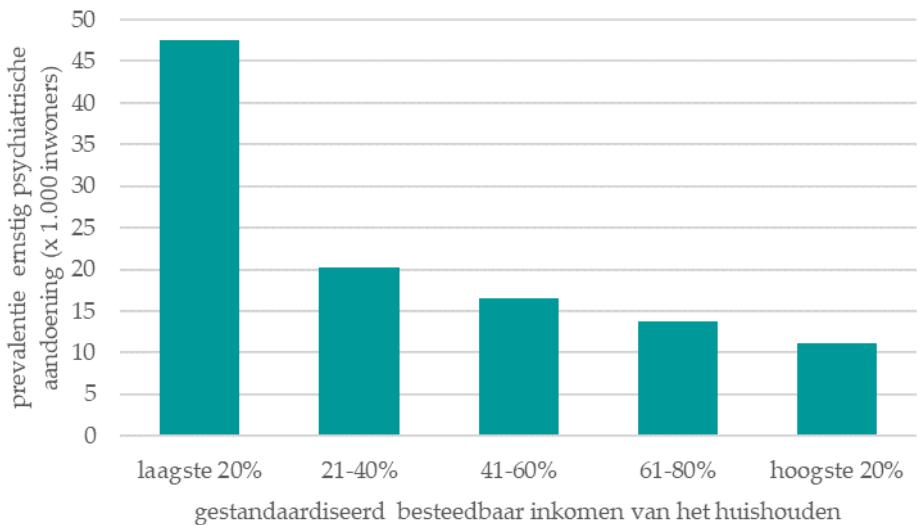
De kansen op een EPA zijn het grootst onder de lage inkomensgroepen. In het bijzonder de laagste inkomensgroep is indicatief. De kans is in deze laagste inkomensgroep ongeveer vier keer zo groot

als in de hoogste inkomensgroep (figuur 3-21). Hoewel dat een betekenisvol verschil is, is de kans op een EPA onder de hogere inkomensgroepen zeker niet afwezig.

figuur 3-20 Prevalentie zelfstandig wonenden met psychiatrische problematiek naar leeftijdsklasse



figuur 3-21 Prevalentie zelfstandig wonenden met psychiatrische problematiek naar inkomen

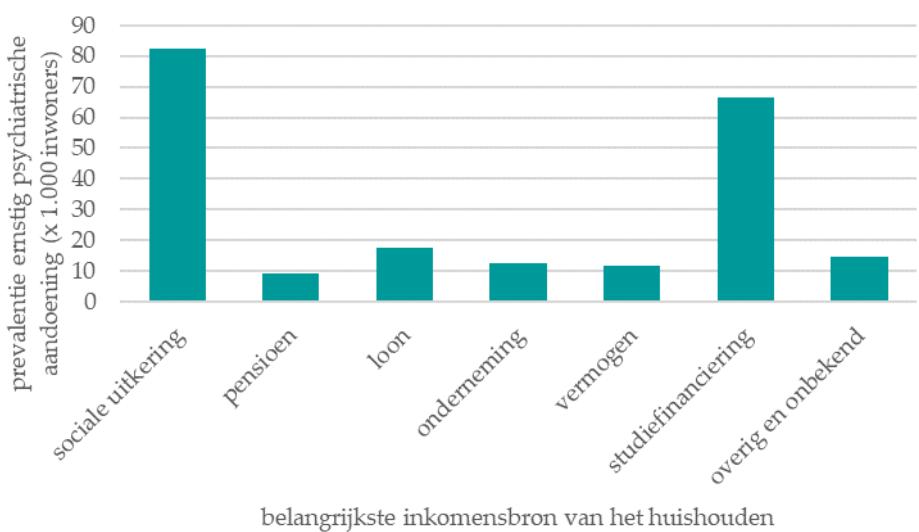


In het verlengde daarvan is het ook belangrijk om te constateren dat, hoewel de kans op een EPA het grootst is bij huishoudens die afhankelijk zijn van een sociale uitkering en van studiefinanciering (figuur 3-22), ongeveer de helft van de personen met een EPA woont in een huishouden waarvoor ‘loon’ de belangrijkste inkomensbron is.

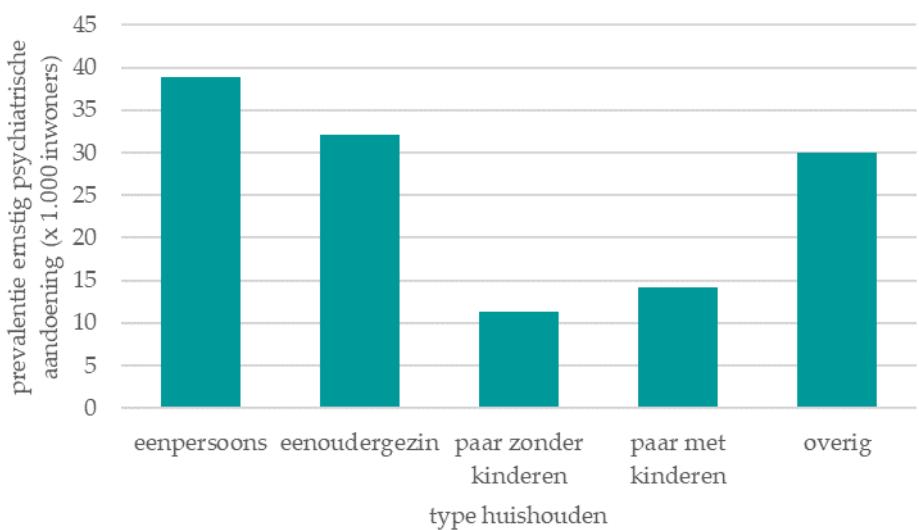
Naar type huishouden zijn de verschillen minder groot dan naar inkomensbron. Maar het is duidelijk dat personen met een EPA relatief vaak een eenpersoonshuishouden vormen of een eenoudergezin. Ook ‘overige huishoudens’ komen relatief vaak voor (figuur 3-23). Het is denkbaar dat hierbij speciale voor deze doelgroep bedoelde woonvormen zitten, waar zelfstandig wordt gewoond.

Een ander kenmerk dat – in lijn met wat de literatuur daarover aangeeft – samenhangt met de kans op EPA is migratieachtergrond. De kans op EPA is relatief groot bij personen uit Suriname, Cari-bisch Nederland en Marokko. Een relatief kleine kans wordt gevonden bij personen zonder migra-tieachtergrond, bij personen met een Indonesische achtergrond en bij personen met een ‘overig’ Aziatische achtergrond. De verschillen zijn niet bijzonder groot (70% grotere kans bij personen met een Caribisch Nederlandse achtergrond dan bij een Nederlandse achtergrond), maar wel sta-biel in de tijd. Bij de eerste modelschatting in 2012 werden vergelijkbare relaties gevonden. Het is overigens goed om te bedenken dat ondanks de relatief kleine kans voor personen zonder migra-tieachtergrond, zij wel de grootste groep binnen de EPA vormen. Driekwart van de personen met een EPA heeft geen migratieachtergrond.

figuur 3-22 Prevalentie zelfstandig wonenden met psychiatrische problematiek naar belangrijkste inkomensbron van het huishouden



figuur 3-23 Prevalentie zelfstandig wonenden met psychiatrische problematiek naar type huishouden



Andere relevante omgevingskenmerken zijn de stedelijkheid van de woonomgeving (drie keer grotere kans in zeer sterk stedelijk buurten dan in niet-stedelijk gebied), type woningen (grote-

kans in buurten met veel meergezinswoningen) en adressendichtheid (een grotere kans in gemeenten met een grote adressendichtheid). Daarnaast bleek de nabijheid van een GGZ-instelling een sterke verklarende betekenis te hebben voor het aandeel zelfstandig wonende personen met een EPA in een gebied.

Samenvattend worden in de modellering de volgende indicatoren gebruikt voor deze groep:

- Leeftijd;
- Inkomen;
- Belangrijkste inkomensbron;
- Type huishouden;
- Migratieachtergrond;
- Stedelijkheid woonomgeving (buurt);
- Aandeel meergezinswoningen;
- Adressendichtheid in de gemeente.

3.2.8 Jeugdproblematiek

De afhankelijke variabele in het schattingsmodel wordt gevormd door personen (tot en met 18 jaar) 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.

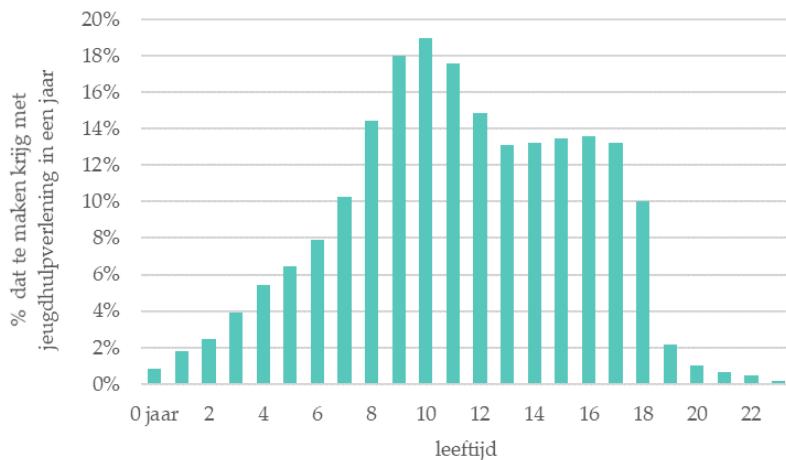
Voor deze groep is geen nieuw model ontwikkeld. Het bij de update 2020 ontwikkelde model wordt overgenomen en toegepast vanaf dat jaar. Het aandeel van de populatie zoals dat in 2020 is vastgesteld, wordt daarbij constant gehouden. De reden daarvoor is dat de ontwikkeling van het aantal jongeren in een traject voor jeugdhulp sterk beleidsmatig beïnvloed is. Omdat de WoonZorgwijzer zich richt op populatieschatters is het onwenselijk om de beleidmatige beïnvloede variatie te volgen.

De relatie met de leeftijd van de jeugdige is in figuur 3-24 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.

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

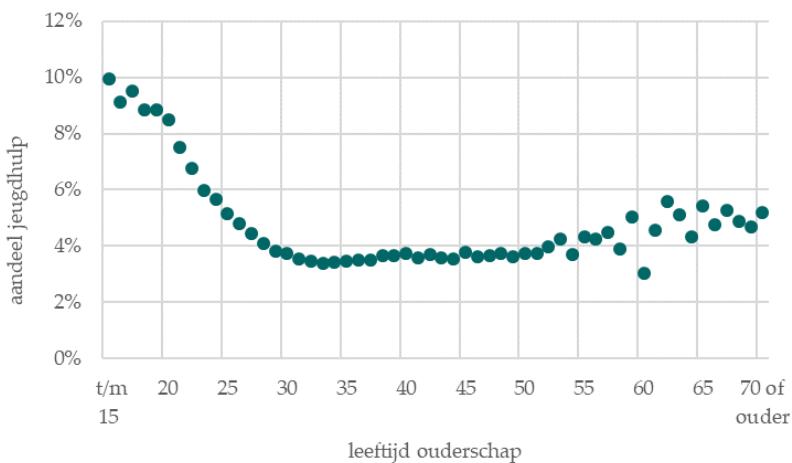
waarop het ouderschap inging. De relatie tussen het voorkomen van jeugdhulp en de leeftijd van het ouderschap is weergegeven in figuur 3-25. De relatie blijkt vrij sterk.

figuur 3-24 Aandeel personen naar leeftijd dat gebruik maakt van een vorm van ambulante jeugdhulp



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 is daarmee een bruikbare risico-indicator voor jeugdhulp.

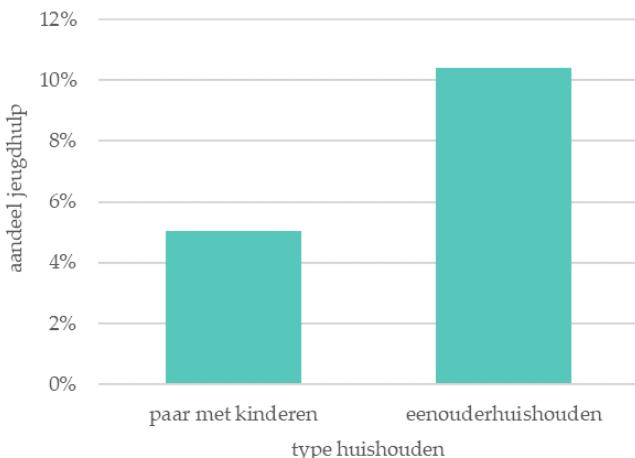
figuur 3-25 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar leeftijd eerste ouderschap



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 3-26). 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.

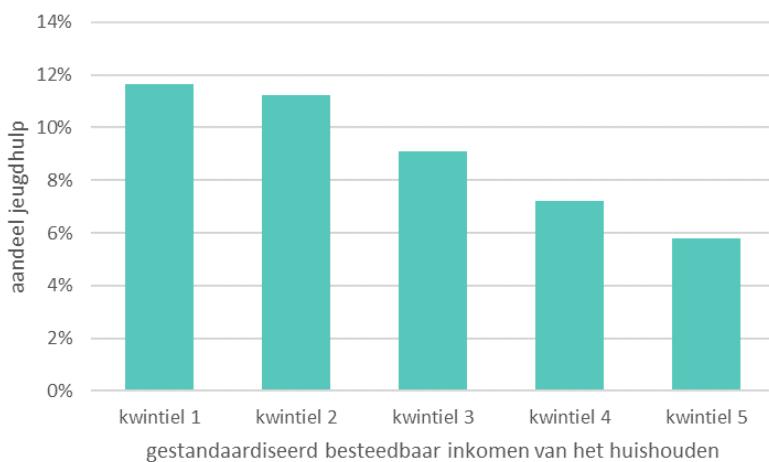
Ook van gezinsgrootte zou kunnen worden verwacht dat dit samenhangt met de inzet van jeugdhulp vanuit de gedachte dat in een groter gezin er minder aandacht van de ouders zou kunnen zijn voor elk van de afzonderlijke kinderen. Dit wordt niet in de data teruggevonden. Er is geen structurele samenhang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

figuur 3-26 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar type 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 (figuur 3-27).

figuur 3-27 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar inkomenspositie 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 3-28 worden gezien dat het aandeel 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 3-27) 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.

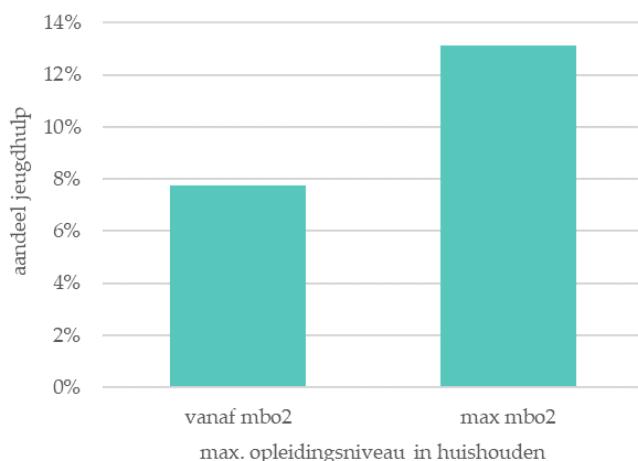
figuur 3-28 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar belangrijkste inkomensbron van het huishouden



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 3-29).

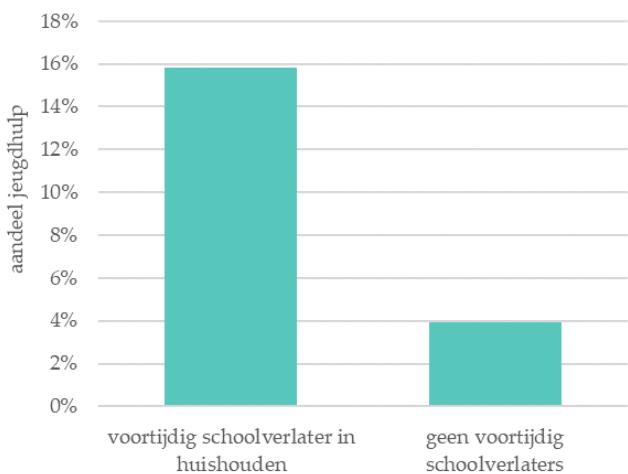
Een ander aan opleiding gerelateerd kenmerk is voortijdig schoolverlaten. We kijken naar het voorkomen van voortijdig schoolverlaters in het huishouden; dus niet alleen naar of de jeugdige zelf een voortijdig schoolverlater is. Dit kenmerk blijkt bijzonder sterk samen te hangen met de inzet van jeugdhulpverlening (figuur 3-30).

figuur 3-29 Aandeel jeugdigen met jeugdhulp naar hoogste opleidingsniveau in het 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.

figuur 3-30 Aandeel jeugdhulp in huishoudens met kinderen naar voorkomen van voortijdig schoolverlaters in het huishouden



3.3 Naar populatieschatters

Alle modellen zijn binnen de microdataomgeving van het CBS geschat op individueel niveau. Op dit individuele niveau is bekend of iemand een bepaalde aandoening heeft of aangeeft deze te hebben. Vervolgens is nagegaan welke individuele kenmerken, kenmerken van het huishouden en van de omgeving daar – rekening houdend met de onderlinge samenhangen van de modelvariabelen - mee samenhangen. Op dit individuele niveau is de verklaringskracht van de samengestelde modellen beperkt. Deze komt zelden boven de 10 procent. De individuele variatie in of een persoon wel of geen aandoening heeft is namelijk veel groter dan de variatie in de verklarende kenmerken zoals demografie, sociaaleconomische status en woonomgeving.

De WoonZorgwijzer is echter niet gericht op individuen, maar op ruimtelijk te onderscheiden gebieden zoals buurten wijken. Om de vertaling te maken van individuele modellen naar de geografische toepassing ervan, schatten we de modellen niet op continue variabelen (zoals leeftijd) maar op klassen of dummyvariabelen (een persoon behoort tot de leeftijdsgroep 75-79 of niet). De hierop geschatte modelparameters passen we vervolgens toe op de ruimtelijke verdeling van het betreffende kenmerk (zoals het aantal personen in de leeftijdsgroep 75-79 jaar). Op die manier wordt voor een gebied geen schatting gemaakt van welke personen een bepaalde aandoening hebben, maar wordt een schatting gemaakt van de kans dat er in een gebied personen met een bepaalde aandoening wonen. De aggregatie van de modellen naar wijkniveau levert voor alle aandoeningen een verklaarde variantie op die tussen de 80 en 95% ligt. Met andere woorden: de WoonZorgwijzer verklaart tussen de 80 en 95% (gemiddeld zo'n 85%) van de verschillen tussen

wijken in de aantallen personen van 18 jaar of ouder die met een bepaalde aandoening te maken hebben.

Daarmee zijn de modellen in de WoonZorgwijzer zeer geschikt om op wijkniveau een beeld te vormen van het aantal personen dat te maken heeft met specifieke aandoeningen. Welke personen het precies zijn en waar zij precies wonen, is onbekend en doet er vanuit het perspectief van hoe de WoonZorgwijzer wordt gebruikt ook niet toe. De meer algemene ruimtelijke verdeling van aandoeningen in een gemeente over wijken en buurten is ruim voldoende om het gesprek aan te kunnen gaan met de lokale partners.

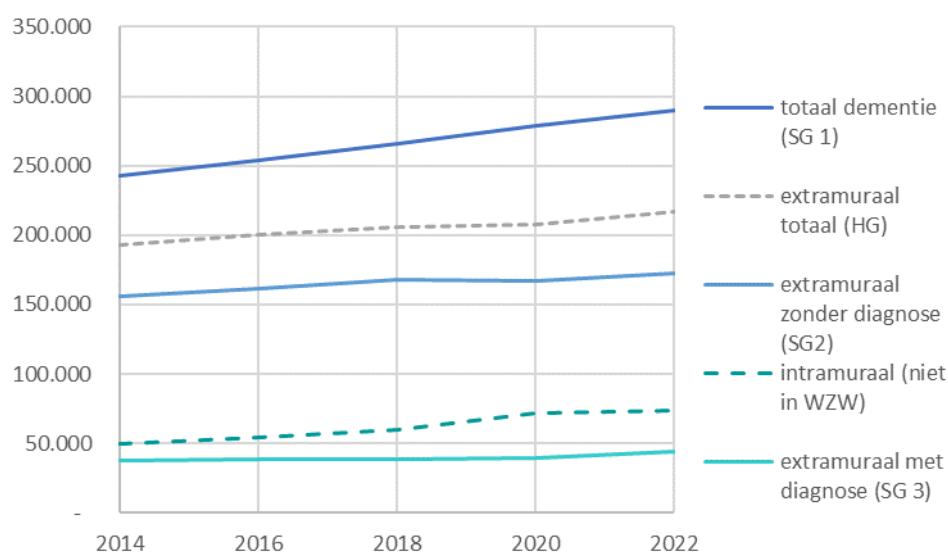
4 Ontwikkelingen

De ontwikkelde modellen en rekenwijzen zijn in hoofdzaak verdeelmodellen. Dat wil zeggen dat ze, gegeven de kenmerken van een plek aangeven hoe groot de kans is dat daar mensen wonen met specifieke aandoeningen. Voor het jaar waarop de modellen zijn geijkt geldt dat de landelijke aantallen personen die uit de modellen komen grossso modo overeenkomen met de aantallen die er in werkelijkheid zijn. Om ze precies te laten aansluiten worden die landelijke aantallen geijkt op de waarnemingen (of aannamen) over de omvang van de groep. Voor het ijkjaar (2020) zijn die aantallen bekend. Voor de ontwikkelingen (historisch en naar de toekomst) wordt per groep een werkwijze voorgesteld die hierbij aansluit. We bespreken deze in dit hoofdstuk.

4.1 Dementie

De rekenwijze om de dementiegroepen te bepalen die in het vorige hoofdstuk is beschreven, gaat uit van aantallen. Deze werkwijze kan historisch op alle jaren worden toegepast en resulteert in de ontwikkeling die is weergegeven in figuur 4-1.

figuur 4-1 Historische ontwikkeling groepen dementie in de WoonZorgwijzer.



Voor de inschatting van de ontwikkeling van de verschillende groepen in de toekomst zijn aannames nodig over:

1. Het aandeel indicaties (aanspraken) t.o.v. het totale aantal mensen met dementie dat uit de prevalentiecurve volgt;
2. Het aandeel indicatie dat intramuraal wordt verzilverd.

Hierbij is de keuze ruwweg tussen constant houden van de aandelen (zoals gemeten in het laatste meetjaar) en doortrekken van trends of aannames over de doorwerking van beleid, waarbij het voor de langere termijn vermoedelijk noodzakelijk is om hierbij limieten te stellen.

Bij punt 1 zien we historisch een in de tijd licht oplopend aandeel aanspraken: van 36% in 2014 tot 41% in 2022. Deze trend (een toename van 0,6% per jaar) is terug te zien in de wat sterkere toename van de groepen ‘intramuraal’ en ‘extramuraal met diagnose’ vergeleken met de groep ‘extramuraal zonder diagnose’. Deze trend zou kunnen worden doorgetrokken. Voor 2040 zou dat resulteren in een aandeel van 51,3%. Het is de vraag of dit realistisch is of, dat dit aandeel gelimiteerd moet worden, bijvoorbeeld op 50%.

Bij punt 2 is de beleidmatige invloed op de ontwikkelingen vrij groot. Tot 2020 zagen we een toename van het aandeel mensen met een PG-indicatie dat in een instelling verbleef (van 57% naar 64%).⁶⁸ Tussen 2020 en 2022 zien we voor het eerst een daling van het aandeel met een PG-indicatie in een instelling (van 64% naar 62%). Bij maximering van de verpleeghuiscapaciteit is dat een trend die vermoedelijk zal doorzetten. Als dat wordt losgelaten, kan het een eenmalig dip zijn geweest.

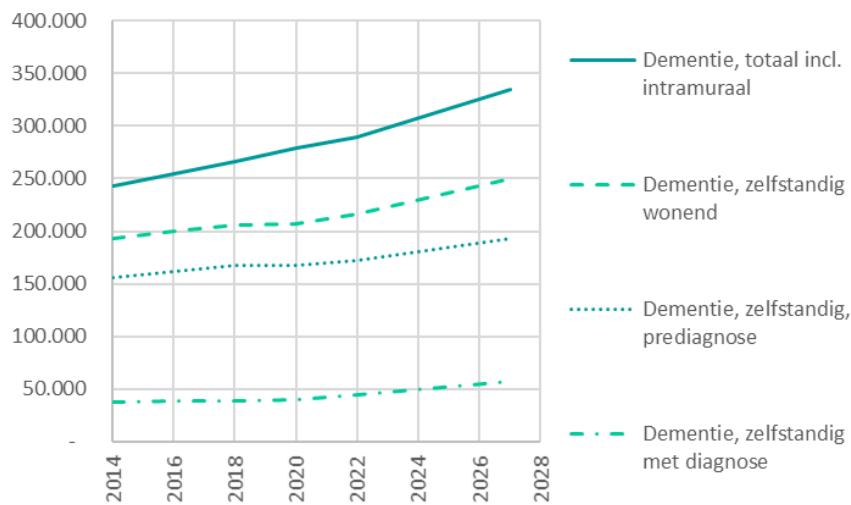
De onzekerheid en de afhankelijkheid van beleidmatige keuzen zijn mede aanleiding geweest om ook de totale groep dementerenden (dus niet alleen de groep die zelfstandig woont) als subgroep op te nemen in de WoonZorgwijzer. Dat blijven we doen, zodat deze aantallen kunnen worden benut bij veranderende maatschappelijke/beleidmatige opvattingen over waar en hoe deze groep het best kan worden gehuisvest.

In samenspraak met de klankbordgroep is besloten:

- De positieve ontwikkeling van het aandeel indicaties door te trekken, maar te limiteren op 50%.
- Het aandeel van de indicaties dat in enig jaar intramuraal wordt verzilverd constant te houden.

Dit resulteert – in combinatie met de demografische prognose – tot de ontwikkeling van de verschillende dementiegroepen zoals die in figuur 4-2 is weergegeven.

figuur 4-2 Ontwikkeling dementie 2015-2027

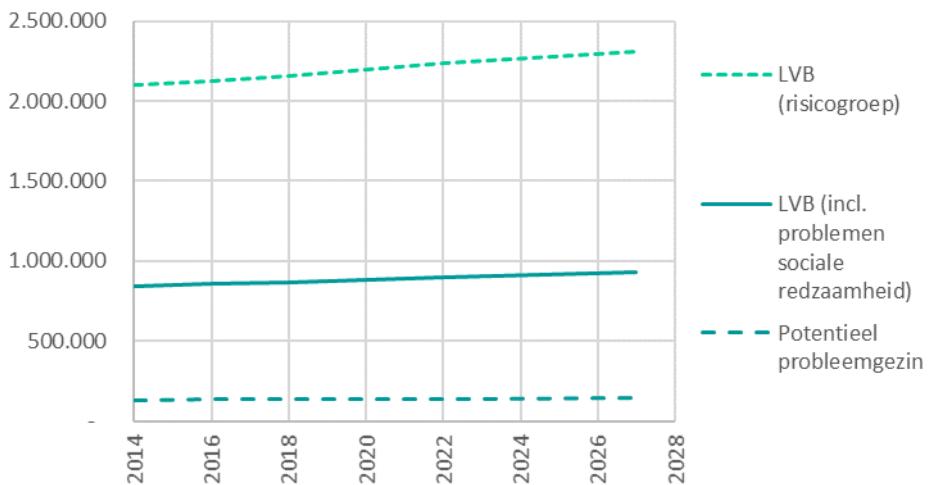


⁶⁸ Dat staat overigens niet gelijk aan eenzelfde toename van de verpleeghuiscapaciteit. Uit de praktijk is immers bekend dat er binnen de verpleeghuizen sprake is geweest van een toename van mensen met een pg-indicatie ten koste van bijvoorbeeld mensen met indicatie somatiek.

4.2 LVB

Het aandeel personen met een LVB veronderstellen we constant in de tijd ten opzichte van de totale bevolking. De groep neemt daardoor landelijk alleen in aantal toe (of af) met de totale ontwikkeling van de bevolking. Voor de hoofdgroep – de groep met een laag IQ én problemen in de sociale redzaamheid - gaan we uit van 6,4% conform de schattingen van het SCP die ook in hoofdstuk 2 is besproken. Voor de subgroep gaan we op basis van de IQ-verdeling (IQ 50-80) van 15,9%. Lokaal worden de historische ontwikkelingen bepaald door de mate waarin concentraties veranderen van mensen met lage inkomens/lage opleiding die geen werk hebben of opleiding volgen of afhankelijk zijn van een bijstandsuitkering. Voor de prognoses hebben we geen aanwijzingen voor de veranderingen van die concentraties en houden we deze constant. Daardoor treden er voor de toekomst geen veranderingen op in de verdeling van de LVB-groepen. De aantallen kunnen wel veranderen, namelijk als de totale aantallen bewoners veranderen.

figuur 4-3 Ontwikkeling personen met LVB 2014-2027



4.3 Matige of ernstige verstandelijk beperking

Voor deze groep wordt het totale aantal in de WoonZorgwijzer gebaseerd op het aantal personen met een VG-indicatie dat niet in een instelling verblijft. Als aandeel van de bevolking is de totale VG-groep (dus inclusief het deel dat in een instelling verblijft) de afgelopen periode licht afgeno men. De groep die deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden is sinds 2012 (het vorige ijkpunt van de WoonZorgwijzer) sterk in omvang afgeno men, terwijl de groep in een instelling is toegenomen. In 2012 maakten er nog zo'n 80.000 personen met een VG-indicatie deel uit van een zelfstandig huishouden terwijl dit anno 2020 nog zo'n 48.000 betreft.

De verschuiving van zelfstandig naar niet-zelfstandig ten opzichte van 2012 lijkt vooral te maken te hebben met de stelselwijziging van AWBZ naar Wlz. Sinds 2015/2016 is de verhouding namelijk gewijzigd en is het aandeel dat niet in een instelling verblijft kleiner dan het aandeel dat wel in een instelling verblijft. Een dergelijk stelselwijziging heeft vooral een eenmalig effect.

De verschuiving heeft daarnaast te maken met ontgroening en de vergrijzing binnen de populatie. Zoals kon worden gezien in figuur 3-5 zijn het namelijk vooral de jongeren (tot 30 jaar) met een

VG-indicatie die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden. Het aantal jongeren met VG-problematiek is afgenomen, als gevolg van verbeterd prenataal onderzoek. Tegelijkertijd nam de levensverwachting toe en daarmee ook het aantal oudere mensen met VG-problematiek. Deze laatste groep woont juist vaker intramuraal.

Dit demografisch effect is vermoedelijk de oorzaak van het feit dat ook na 2015/16 er sprake is van een lichte toename van het aandeel dat intramuraal woont. Naar de toekomst toe is het de vraag of deze trend door zal zetten, of dat het logischer is aandeel constant te houden. Sinds 2011 hebben er in Nederland nauwelijks inhoudelijke veranderingen plaatsgevonden in het prenatale onderzoek. Dat kan het logisch maken te veronderstellen dat de ontgroening van de groep langzaam maar zeker ten einde komt. En daarmee zou ook de verschuiving naar intramuraal ten einde kunnen komen. In overleg met de klankbordgroep is besloten om het aandeel VG naar de toekomst toe constant te houden vanaf 2020 in de wetenschap dat we daarmee mogelijk het aantal dat zelfstandig woont licht overschatte. Dat resulteert in het verloop van aantallen en aantallen dat in figuur 4-4 is weergegeven.

figuur 4-4 Aantal en aandeel VG-indicaties in de Nederlandse populatie van 18 jaar en ouder die deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden



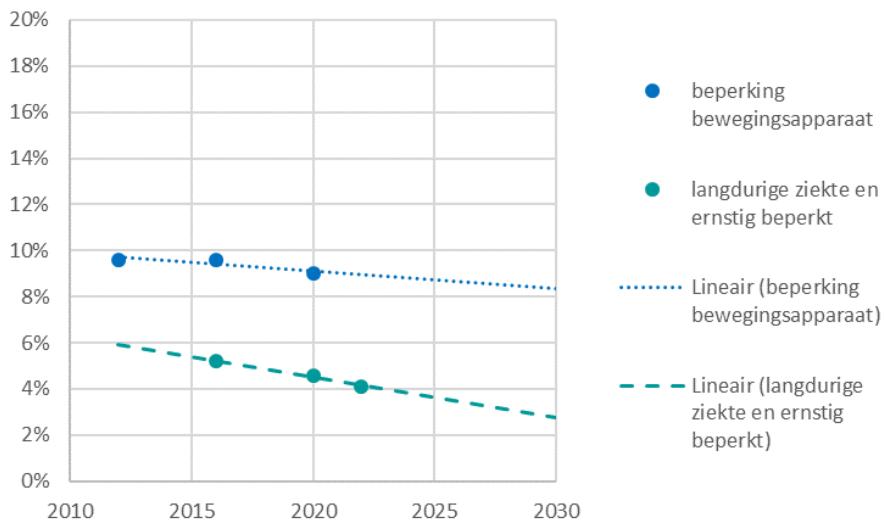
4.4 Somatische aandoeningen

De aantallen personen met langdurige somatische aandoeningen nemen toe in de tijd. Dat komt vooral door de vergrijzing. Veel van deze aandoeningen komen vooral voor bij ouderen, zoals ook hiervoor bij de modellering is besproken. De toename wordt versterkt doordat betere behandeling en zorg bijdragen aan een hogere levensverwachting. De toename van somatische aandoeningen geldt niet voor de ontwikkeling van mobiliteitsbeperkingen. Het aandeel personen van 18 jaar en ouder met ernstige beperkingen aan het mobiliteitsapparaat neemt zelfs (licht) af, evenals het aandeel dat ernstig beperkt is door een langdurige ziekte (figuur 4-5). Het is aannemelijk dat deze trend het gevolg is van betere zorg, hulpmiddelen en ondersteuning van mensen met chronische aandoeningen. Daardoor verdwijnen de chronische aandoeningen niet, maar wel de mate waarin die aandoeningen samengaan met beperkingen.

Voor de ontwikkelingen die we in de WoonZorgwijzer weergeven sluiten we aan bij de – ondanks de vergrijzing - dalende trend van de beperkingen aan het bewegingsapparaat. In deze trend zit al

verdisconteerd dat binnen de totale groep het aantal 65-plussers toeneemt. Zonder vergrijzing zou in andere woorden afname in de afgelopen periode nog veel groter zijn geweest. Voor langere doorrekeningen (tot 2040 bijvoorbeeld) wordt de daling wel gelimiteerd en komt het in 2040 uit op circa 6% (6,9% in 2020).

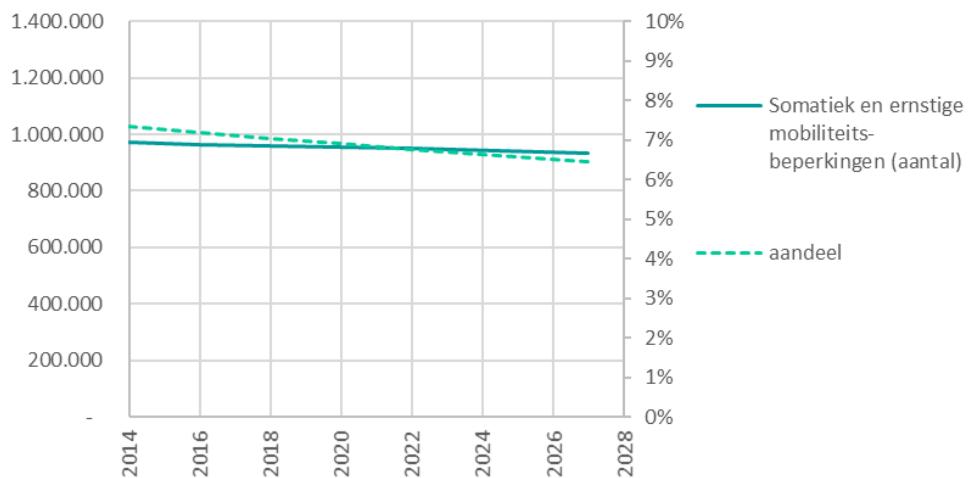
figuur 4-5 Ontwikkeling aandeel personen met een beperking aan het bewegingsapparaat en aandeel met langdurige ziekte en ernstige beperking



Bron: Gezondheidsmonitor (statline.rivm.nl). Beperkingen aan het bewegingsapparaat zijn in 2022 niet gemeten en de indicator 'langdurige ziekte en ernstig beperkt' is in 2012 niet op dezelfde manier gemeten en daardoor voor dat jaar niet vergelijkbaar.

Voor de periode 2014-2027 resulteert de aanname over de doorgaande afname van het aandeel personen van 18 jaar of ouder met een of meer chronische aandoeningen én mobiliteitsbeperkingen tot de ontwikkelingen die in figuur 4-6 is weergegeven. Door de bevolkingsgroei (en vergrijzing) daalt het aantal personen met somatische problemen minder snel dan het aandeel. Er resteert echter nog wel een netto daling.

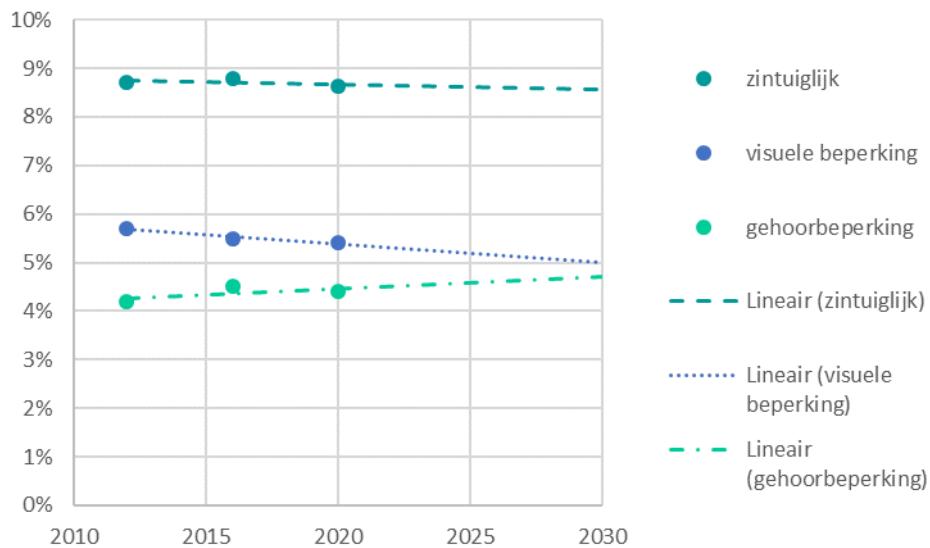
figuur 4-6 Aantal en aandeel personen van 18 jaar en ouder die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden met somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen



4.5 Zintuiglijke aandoeningen

Zintuiglijke aandoeningen komen meer voor bij ouderen. Het is echter niet zo dat ontwikkelingen van ernstige gehoorbeperkingen en visuele beperkingen gelijk tred houden met de vergrijzing (figuur 4-7). Het aandeel personen van 28 jaar en ouder met een ernstige visuele beperking lijkt te dalen en dat met een gehoorbeperking (licht) te stijgen. Voor het totaal van zintuiglijke beperkingen betekent dit een zeer beperkte daling van het aandeel op de bevolking van 18 jaar en ouder.

figuur 4-7 Ontwikkeling aandeel personen met een ernstige visuele beperking en/of een ernstige gehoorbeperking

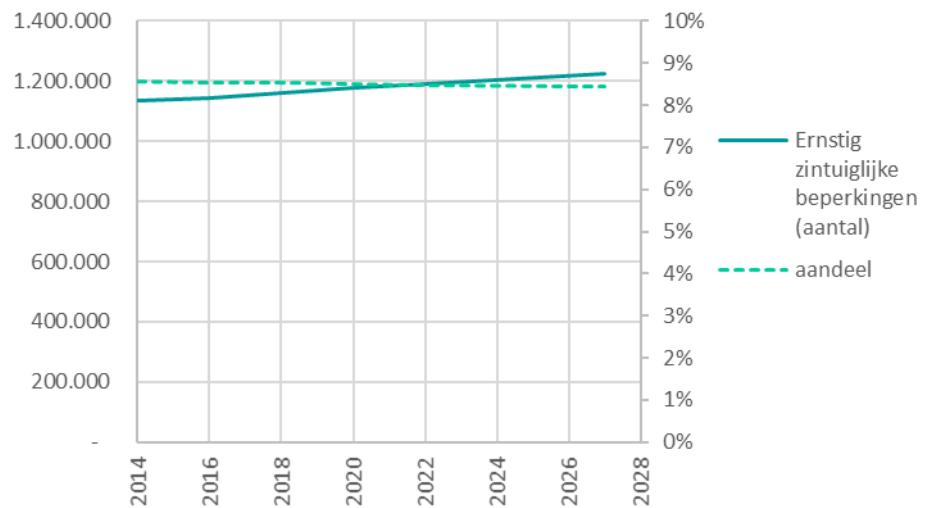


Bron: Gezondheidsmonitor (statline.rivm.nl). Deze aspecten zijn niet gemeten in de Coronamonitor van 2022.

Ook voor deze relatief gunstige ontwikkelingen is het aannemelijk dat die te maken hebben met betere zorg, hulpmiddelen en ondersteuning, waardoor aandoeningen in mindere mate tot beperkingen leiden. Voor de WoonZorgwijzer volgen we deze trend en gaan we dus niet (meer) uit van een ontwikkeling die gelijke tred houdt met de demografische ontwikkeling.

Deze keuze resulteert voor de periode 2014-2027 in de ontwikkeling van aantal en aandelen personen van 18 jaar en ouder in een zelfstandig huishouden met een ernstig zintuiglijke aandoening die in figuur 4-8 is weergegeven. De ontwikkelingen van een toename van het aandeel personen met een ernstige gehoorbeperking en de afname van het aandeel met een ernstige gezichtsbeperking resulteren in een netto (kleine) daling van het aandeel personen met een ernstig zintuiglijke beperking. Als gevolg van de demografische ontwikkeling resteert er echter wel een netto toename van het *aantal* personen met deze beperking(en).

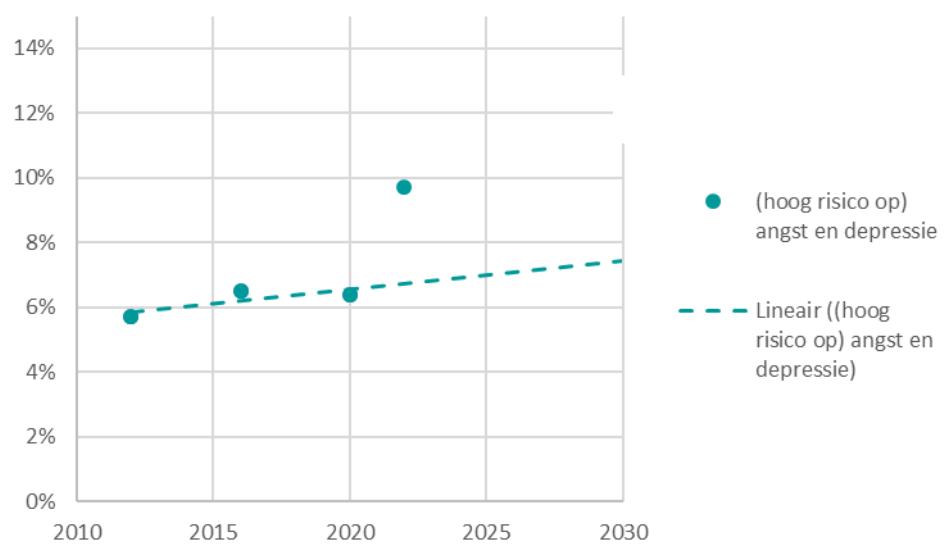
figuur 4-8 Aantal en aandeel personen van 18 jaar en ouder die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden met ernstig zintuiglijke beperkingen



4.6 Angststoornissen en depressie

De psychische kwetsbaarheid van de bevolking neemt toe. Dat is terug te zien in de ontwikkeling van het aandeel personen met een hoog risico op angst- en stemmingsstoornissen (figuur 4-9). Voor de WoonZorgwijzer volgen we deze trend, waarbij we de uitschieter (een aandeel van bijna 10%) tijdens de coronaperiode buiten beschouwing laten. We gaan ervan uit dat die piek eenmalig was en geen blijvend hoger niveau heeft geïnitieerd. Het is overigens mogelijk dat het corona-effect nog niet is uitgewerkt en dat er daarmee de komende periode een (geringe) onderschatting van deze problematiek in de WoonZorgwijzer ontstaat.

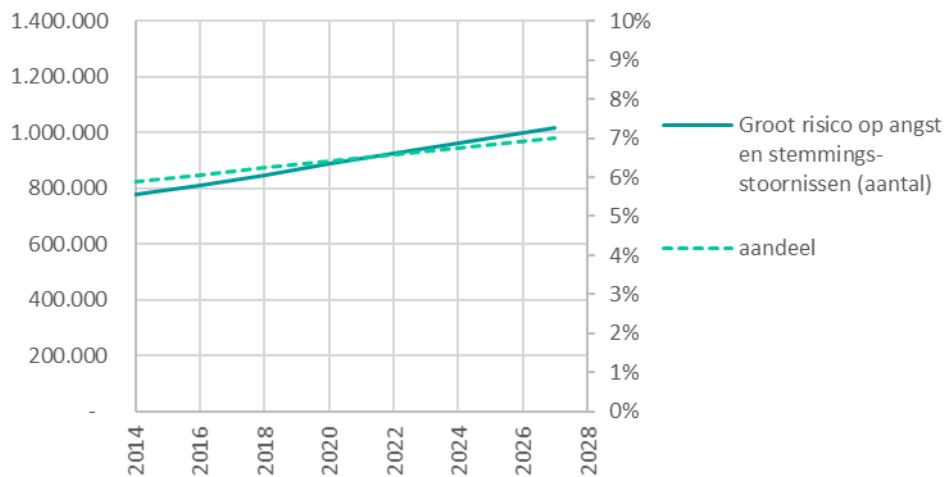
figuur 4-9 Ontwikkeling aandeel personen met een hoog risico op angststoornissen en depressie



Bron: Gezondheidsmonitor (statline.rivm.nl)

Voor de WoonZorgwijzer resulteert deze aanname in een ontwikkeling van aantal en aandeel personen met een groot risico op angst- en stemmingsstoornissen zoals die is weergegeven in figuur 4-10.

figuur 4-10 Aantal en aandeel personen van 18 jaar en ouder die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden met groot risico op angst- en stemmingsstoornissen



4.7 Ernstig psychiatrische aandoeningen

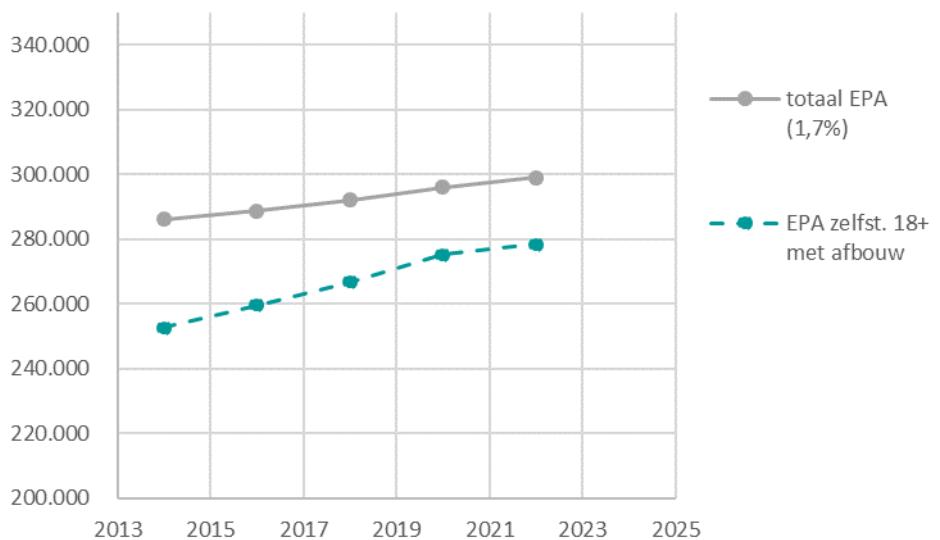
Het aandeel personen met een ernstige psychiatrische aandoening is volgens de literatuur als aandeel van de populatie een constante (1,7% van de populatie). Wat in de tijd kan variëren, is het aandeel van die groep dat zelfstandig woont. In het verleden is dit aandeel – als gevolg van de ambulantisering binnen de GGZ – toegenomen. Het bedroeg in 2020 zo'n 95%. Inmiddels lijkt de ambulantisering ten einde, er komen zelfs stemmen op die aangeven dat deze mogelijk deels moet worden teruggedraaid. We gaan er dan ook van uit dat dit aandeel niet verder toeneemt.

Voor het verleden rekenen we wel met een toename van het aandeel zelfstandig wonenden conform een jaarlijks met 6,6% afnemend aantal bedden in de sector. Daarmee komen we voor de periode 2013-2017 uit op de afname van 25% die door Vektis is gerapporteerd.⁶⁹ De historische trend in aantallen personen van 18 jaar en ouder met een EPA die daaruit volgt, is weergegeven in figuur 4-11. Voor de jaren na 2020 houden we een constant aandeel van de populatie aan. Het aantal mensen met een EPA neemt dan verder toe met dezelfde groefactor als de populatie 18-plus. Dat resulteert voor de periode 2014-2027 in de ontwikkeling die in figuur 4-12 is weergegeven.

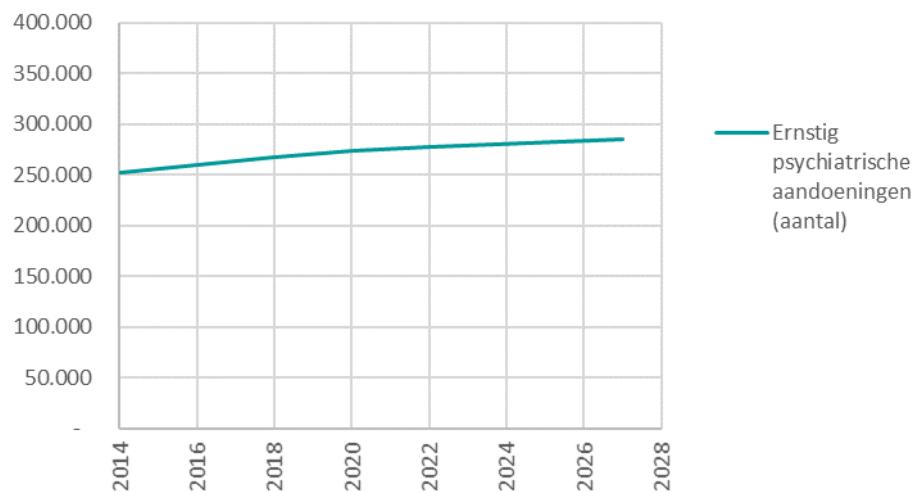
⁶⁹

<https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ambulantisering-in-de-ggz>

figuur 4-11 Veronderstelde ontwikkeling aantal personen met een EPA, totaal en 18+ zelfstandig wonend



figuur 4-12 Aantal personen van 18 jaar en ouder die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden met een ernstig psychiatrische aandoening



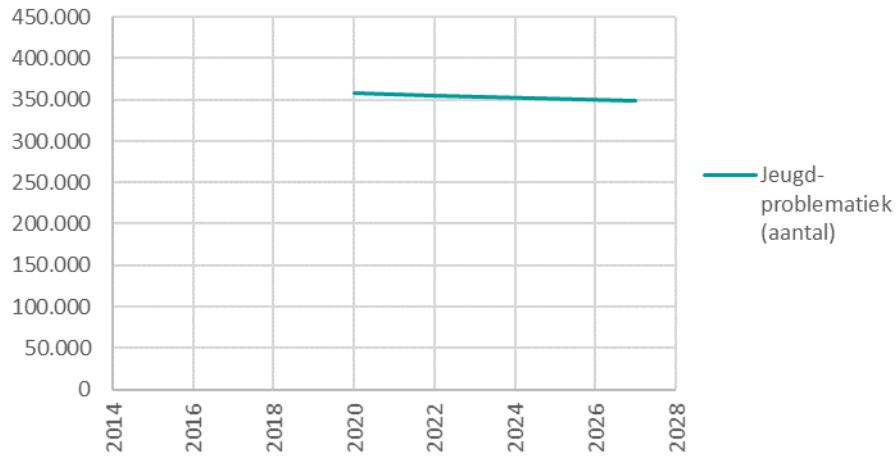
4.8 Jeugdproblematiek

De indicatie voor de behoefte aan jeugdhulpverlening is in de WoonZorgwijzer opgenomen sinds 2020. De WoonZorgwijzer wil hiermee in beeld brengen waar – en ruwweg hoeveel – jongeren met problematiek te maken hebben die de inzet van jeugdhulpverlening wenselijk maakt. In de praktijk is de omvang van de inzet jeugdhulpverlening sterk beleidsbepaald. Denk voor de komende jaren bijvoorbeeld aan de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 dat inzet op de hervorming van de jeugdzorg en het bijbehorende stelsel. Dat maakt het lastig om de ontwikkeling van jeugdproblematiek teijken aan het feitelijk gebruik van de jeugdhulpverlening.

Omdat de WoonZorgwijzer niet is gericht op het feitelijke gebruik van zorg/hulpverlening maar op het voorkomen van problematiek in buurten en wijken in het land, volgen we bij deze groep

dan ook niet het feitelijk gebruik. We baseren de landelijke ontwikkeling op een constant percentage van het aandeel jeugdigen van 10,75%. Dit is het percentage onder jeugdigen (tot en met 18 jaar) dat in 2020 – het ijkjaar van deze versie van de WoonZorgwijzer – gebruik maakte van enige vorm van ambulante jeugdhulpverlening (dus exclusief verblijf in een instelling). In combinatie met de demografische ontwikkelingen resulteert dat in een licht dalend aantal ‘jeugdproblematiek’ (figuur 4-13).

figuur 4-13 Aantal personen t/m 18 jaar die deel uitmaken van een zelfstandig huishouden die te maken hebben met jeugdproblematiek



De aanname is dat de problematiek als aandeel van de groep jeugdigen in de tijd vergelijkbaar blijft (net als bij de groepen EPA en LVB ten opzichte van de totale populatie) maar dat de lokale verdeling ervan in de tijd kan verschillen in relatie tot de modelindicatoren (leeftijd jeugdige, inkomen in het gezin, belangrijkste inkomensbron in het huishouden, voortijdig schoolverlaten, samenstelling huishouden, leeftijd oudste ouder, hoogste opleiding in het huishouden, (geïndiceerde) gezondheidsproblematiek in het huishouden).

In de praktijk zien we dat door de decentralisatie het gebruik en de toegang van de jeugdzorg sterk verschilt per gemeente en regio. Door de gekozen aanpak kan de WoonZorgwijzer een eenheidelijke referentie vormen.

4.9 Demografische doorrekening

In voorgaande paragrafen is aangegeven welke aannamen zijn gedaan over de historische én toekomstige prevalentie. In de WoonZorgwijzer is standaard één prognosejaar opgenomen. Daarbij is ervoor gekozen 5 jaar vooruit te kijken. In de 4.0 versie die 2022 als basisjaar kent, is dat 2027. Bij het bepalen van de omvang en geografische spreiding van deze groepen, is enkel rekening gehouden met te verwachten demografische ontwikkelingen. Met bijvoorbeeld het openen of sluiten van bepaalde voorzieningen is geen rekening gehouden, terwijl dat wel van invloed is op de ruimtelijke spreiding van de groepen.

Voor wat betreft de demografische ontwikkelingen is uitgegaan van het micro-prognosemodel van In.Fact. Dit is het enige prognosemodel dat rekent op het niveau van de zes positionele postcode. Dit is van belang omdat daarmee optimaal recht wordt gedaan aan de lokale verschillen.

De uitkomsten van het micro-prognosemodel zijn op gemeentelijk niveau kloppend gemaakt met de Pearl-prognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek en het Planbureau voor de Leefomgeving. Na het gereed komen van de 4.0 versie is vast komen te staan dat de Pearl-prognose op de langere termijn niet tot betrouwbare resultaten leidt.⁷⁰ De resultaten van de Pearl-prognose worden dan ook niet langer via CBS-statline beschikbaar gesteld. Onduidelijk is of en wanneer dat in de toekomst wel weer het geval zal zijn. Zo niet, dan zal bij de update van de WoonZorgwijzer naar 2024 een andere oplossing worden gezocht.

In de WoonZorgwijzer 4.0 wordt, zoals aangegeven, slechts 5 jaar vooruit gekeken. We gaan er vanuit dat Pearl voor deze korte termijn wel redelijk betrouwbare resultaten laat zien. Het belangrijkste inzicht uit de WoonZorgwijzer is de ruimtelijke spreiding van groepen. Deze wordt niet bepaald door de Pearl-prognose, maar door ons eigen micro-prognosemodel.

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 uitbreidingsnieuwbouw wel meegeteld en in de te downloaden tabellen is de uitbreidingsnieuwbouw als aparte ‘wijk/buurt’ opgenomen.

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 demografische prognoses op 6ppc-niveau hebben 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.

Bij de microprognoses moet wel de kanttekening worden gemaakt dat hoe lager het schaalniveau van de prognoses is, hoe groter de betrouwbaarheidsmarges. Op het niveau van een straat kan het

⁷⁰ Zie ook: <https://www.cbs.nl/nl-nl/corporate/2023/28/voorlopig-geen-volleldige-regionale-bevolkings-en-huishoudensprognose>

al dan niet verhuizen van één huishouden al een wezenlijk verschil maken, op kern- en buurtniveau kan een relatief klein sloop- of nieuwbouwproject dat doen. Op gemeentelijk niveau middeleen dat soort onzekerheden zich uit; hoe lager het schaalniveau, hoe minder dat het geval is.

5 Aandoeningen en beperkingen

In de inleiding (meer specifiek figuur 1-1) is al toegelicht dat de WoonZorgwijzer uitgaat van de gedachte dat het hebben van een bepaalde aandoening kan leiden tot bepaalde beperkingen in het dagelijks leven. Het is van belang oog te hebben voor deze beperkingen, omdat juist hier met beleid op kan worden ingespeeld. Soms door het bevorderen van de zelf- en samenredzaamheid, soms door het stimuleren en faciliteren van informele (mantel)zorg en ondersteuning, soms door aanpassingen in woning en woonomgeving en soms door het bieden van formele zorg en ondersteuning. Welke beleidsmatige keuzen op dit front worden gemaakt, maakt geen onderdeel uit van de WoonZorgwijzer. De WoonZorgwijzer maakt wel inzichtelijk hoeveel inwoners op een bepaald levensdomein beperkt zijn.

5.1 Indeling in levensdomeinen

De beperkingen zijn in beeld gebracht aan de hand van een 14-tal levensdomeinen die in tabel 5-1 zijn weergegeven. Deze indeling is niet uit het niets ontstaan, maar gemaakt na analyse van verschillende relevante bestaande indelingen en instrumenten.⁷¹ Gekozen is voor een indeling die:

- onderscheidend is (waarbij de verschillende beperkingen dus niet zeer sterk met elkaar samenhangen) waardoor ook verschillende profielen kunnen ontstaan.
- niet te specifiek is (op hoofdlijnen) en niet direct gerelateerd aan een concrete oplossing.
- zowel voor ouderdomsgerelateerde problematiek als vanuit de problematiek die samengaat met verstandelijke beperkingen en psychiatrische problemen relevant is.
- de breedte van de domeinen dekt zoals die ook bij de zelfredzaamheidsbenaderingen wordt gehanteerd.

tabel 5-1 De indeling in de levensdomeinen in de WoonZorgwijzer

Thema	Levensdomein	Toelichting
sociale, dagelijkse redzaamheid	1. Daginvulling	Daginvulling, werk, vrijwilligerswerk, georganiseerde dagbesteding.
	2. Administratie/ financiën	Bankzaken, aangaan van contracten, uitgaven, verzekeringen, formulieren.
	3. Contacten en sociaal netwerk	Contact met vrienden, familie, buren, kennissen.
Lichamelijk functioneren	4. Medicijngebruik, medische verzorging	Tijdig en juist gebruik medicijnen, alert en tijdig opmerken/ingrijpen bij verslechtering gezondheid.
	5. Mobiliteit buitenhuis	Zich (veilig) buitenhuis verplaatsen.

⁷¹ Belangrijke documenten in deze zijn onder andere: De handreiking 'Cliëntgroepen extramurale begeleiding' Van Vliet e.a, i.o.v. Transitiebureau van het ministerie van VWS en de VNG, 2014; De zorgprofielen uit de Wlz, 2015; De indeling op www.meetinstrumentenindezorg.nl; 'Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen' van B. Jansen, Vilans, 2013 en de Zelfredzaamheidsmatrix, GGD Amsterdam, 2013.

Thema	Levensdomein	Toelichting
ADL	6. De dagelijkse levensverrichtingen	Opstaan, aankleden, wassen, tanden poetsen, toiletbezoek, eten en drinken.
woonsituatie	7. Mobiliteit in huis: 8. Veiligheid in huis: 9. Zelfstandig het huis houden kunnen doen	Zich binnenshuis verplaatsen. Fysieke en sociale veiligheid: voorkomen vallen, brand, letsel, niet binnenlaten criminelen/oplichters. Boodschappen doen, opruimen, bereiden maaltijd, afwassen, de was doen.
psychisch functioneren	10. Stemmingen (depressie), angst 11. Probleemgedrag, verslaving 12. Cognitief functioneren	In hoeverre iemand zich psychisch slecht voelt, gedepimeerd, angstig. In hoeverre er sprake is van grensoverschrijdend gedrag zoals agressie, overlast, seksueel ontremd gedrag. Denken, geheugen, begrijpen, concentratie, relaties leggen oorzaak en gevolg, oriëntatie, lezen, schrijven, rekenen.
regie	13. Regie 14. Alarmering	Beslissingen nemen, planning maken, initiatief nemen, beslissen wanneer wat moet gebeuren. Zelf hulp inroepen als het niet goed gaat.

5.2 Beperkingenprofielen

Op basis van deze indeling in levensdomeinen zijn interviews gehouden met deskundigen in het veld. Tijdens deze interviews is voor de verschillende typen aandoeningen besproken (a) wat het hebben van de aandoening exact inhoudt, (b) tot welke beperkingen het hebben van deze beperkingen leidt in het dagelijks leven en (c) welk deel van de groep vermoedelijk met deze beperkingen te maken heeft. De interviews zijn gehouden met drie typen deskundigen:

- Generalisten: experts in de eerstelijnszorg of experts die betrokken zijn bij toegang tot zorg en voorzieningen, zoals wmo-consulenten, wijkverpleegkundigen, huisartsen en functionarissen uit het sociaal wijkteam. Deze mensen hebben zicht op diverse groepen met een lichte tot matige beperking.
- Specialisten die zicht hebben op groepen met een lichte tot matige beperking van een bepaald type aandoening en/of beperking, zoals praktijkondersteuners of casemanagers dementie.
- Specialisten (vooral uit tweedelijnszorg) die zicht hebben op mensen met een matige tot ernstige beperking van een bepaalde groep, zoals begeleiders/zorgcoördinatoren van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrisch verpleegkundigen uit FACT-teams (ambulante behandelteams).

De resultaten van deze interviews zijn weergegeven in zogenoemde beperkingenprofielen. In deze profielen staat per aandoening aangegeven tot welke beperkingen die kan leiden in het alledaagse leven. Over deze profielen is een aparte rapportage opgesteld, die [hier](#) is terug te vinden. Voor zover bekend is het de eerste keer dat structureel doelgroep- en sectoroverschrijdend in beeld is gebracht welke beperkingen verschillende groepen hebben.

In tabel 5-2 staat een voorbeeld van een beperkingenprofiel weergegeven voor de groep mensen met dementie. Met kleuren en cijfers is per subgroep aangegeven of men beperkingen ervaart. Cijfers 1 en 2 staan voor respectievelijk volledig en voldoende zelfredzaam. Als in een cel alleen een 1 of 2 staat, is het de overheersende gedachte dat het met de beperkingen op dat vlak meevalt. Zo is daginvulling/-besteding bijvoorbeeld voor de groep mensen met lichte dementie (pre-diagnosefase) nog geen probleem.

Als er een score 3 of 4 in een cel staat, is er in ieder geval een groep binnen de subgroep die beperkt of niet zelfredzaam is en dus ondersteuning behoeft op dit vlak. Bij de groep met lichte problematiek is dat bijvoorbeeld in de cel ‘medicijngebruik’. Ook bij beginnende dementie is het namelijk voor een deel van de mensen al behoorlijk lastig om medicijnen in te nemen op de momenten waarop dat de bedoeling is (heb ik die pil nou al wel of niet ingenomen?).

tabel 5-2 Zelfredzaamheidsprofiel mensen met PG problematiek

		1. Lichte problematiek PG	2. Lichte meervoudige problematiek PG	3. Matige meervoudige problematiek PG	4. Ernstige meervoudige problematiek PG
sociale, dagelijkse redzaamheid	1. Dagbesteding	12	23	34	4
	2. Administratie/financiën	23	34	4	4
	3. Contacten en sociaal netwerk	12	23	34	4
Lichamelijk functioneren	4. Medicijngebruik, medische verzorging	23	34	34	4
	5. Mobiliteit buitenhuis	1	1	12	234
ADL	6. De dagelijkse levensverrichtingen	1	12	3	4
woonsituatie	7. Mobiliteit in huis:	1	123	234	34
	8. Veiligheid in huis:	12	23	34	4
	9. Zelfstandig het huishouden kunnen doen	12	23	34	4
psychisch functioneren	10. Stemmingen (depressie), angsten	23	34	34	34
	11. Probleemgedrag, verslaving	123	123	234	234
	12. Cognitief functioneren	23	3	34	4
regie	13. Regie	12	23	34	4
	14. Alarmering	23	3	34	4

Noot. Kleuren en getallen geven de zelfredzaamheid aan. Hoe donkerder hoe minder zelfredzaam. 1: volledig zelfredzaam; 2: voldoende zelfredzaam; 3 beperkt zelfredzaam; 4 niet zelfredzaam.

5.3 Kwantificering

In de beperkingenprofielen staat helder omschreven wat het in het dagelijks leven betekent om een bepaalde aandoening te hebben. Dit op basis van het oordeel van professionals. Deze professionals kunnen (uiteindelijk) niet exact aangegeven welk aandeel van de groep te maken heeft met de beperking. Vaak kan/wil men alleen uitspraken doen als: “een groot deel van de groep heeft hiermee te maken” en “slechts een klein deel heeft te maken met ernstige beperkingen”.

Voor een weergave in kaarten is het uiteraard belangrijk te komen tot concrete percentages waarmee gerekend kan worden. Op basis van de resultaten van de interviews en aanvullende litera-

tuurstudie is daarom tabel 5-3 opgesteld. In deze tabel staat voor elke in de WoonZorgwijzer opgenomen aandoening aangegeven welk aandeel van de groep naar schatting beperkt is op het betreffende levensdomein.

Deze tabel is sinds de ontwikkeling van de WoonZorgwijzer grotendeels gelijk gebleven. Uiteraard moest hij de 4.0-versie wel worden toegespitst op de nieuwe indeling in groepen. Zo geldt voor de zintuiglijke aandoeningen dat in het verleden de groep met ernstige aandoeningen als hoofdgroep werd beschouwd. Nu is dat de totale groep. Van deze totale groep heeft slechts 1 op de 40 personen te maken met wezenlijke beperkingen op een aantal levensdomeinen, bij de groepen uit de 3.0 versie lagen deze aandelen uiteraard hoger.

tabel 5-3 Het aandeel personen dat beperkt is om een bepaald levensdomein, naar type aandoening

	somatische problematiek	licht verstandelijk beperkt	matig of ernstig verstandelijk beperkt	dementie (extramuraal)	zintuiglijke aandoeningen	angst- en stemmingsproblematiek	psychiatrische problematiek
Dagbesteding	70,0%	77,5%	100,0%	82,5%	2,5%	2,5%	50,0%
Administratie/ financiën		100,0%	100,0%	50,0%	100,0%	2,5%	2,5%
Contacten en sociaal netwerk	52,5%	52,5%	75,0%	82,5%		2,5%	50,0%
Medicijngebruik, medische verzorging	17,5%	52,5%	100,0%	25,0%	92,5%	2,5%	32,5%
Mobilitet buitenhuis	70,0%		52,5%	42,5%	2,5%		10,0%
De dagelijkse levensverrichtingen	35,0%	22,5%	100,0%	75,0%		32,5%	42,5%
Mobilitet in huis	32,5%		52,5%	27,5%			
Veiligheid in huis	32,5%	20,0%	100,0%	82,5%			10,0%
Zelfstandig het huishouden kunnen doen	45,0%	52,5%	100,0%	82,5%	2,5%	35,0%	70,0%
Stemmingen (depressie), angst	67,5%	35,0%	75,0%	50,0%	100,0%	2,5%	70,0%
Problemgedrag, verslaving		20,0%	75,0%	32,5%	55,0%		2,5%
Cognitief functioneren	100,0%	100,0%		50,0%	100,0%		32,5%
Regie	70,0%	100,0%		20,0%	82,5%	2,5%	50,0%
Alarmering		7,5%	100,0%	50,0%	100,0%		32,5%
							40,0%

In de WoonZorgwijzer wordt het totaal aantal personen dat mogelijk beperkingen ervaart in kaarten getoond. Daarbij zijn de aantallen van de verschillende groepen bij elkaar opgeteld. Hierbij is gecorrigeerd voor overlap tussen de verschillende groepen; een persoon kan immers meerdere aandoeningen hebben.

In de WoonZorgwijzer zijn ook kruistabellen op te vragen, met aan de ene as de beperkingen en aan de andere as de aandoeningen. Daarmee wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel mensen beperkt zijn bijvoorbeeld waar het gaat om het aangaan en onderhouden van sociale contacten/een sociaal netwerk. Maar ook: welke aandoeningen aan deze beperking ten grondslag liggen. Dit inzicht biedt mogelijkheden om bijvoorbeeld bij het realiseren van een ontmoetingscentrum, meer doel-groepoverschrijdend te werk te gaan/te programmeren.

Van belang is beseffen dat de beperking op een bepaald levensdomein zich per groep heel anders kan manifesteren. Zo gaat het bij het levensdomein ‘veiligheid in huis’ bij dementerenden over het gevaar dat men het gas laat aan staan en bij de groep met LVB-problematiek om het binnenlaten van vreemden. De rapportage over de beperkingenprofielen, blijft een belangrijk naslagwerk omdat dit soort verschillen daarin uitgebreid staan toegelicht.