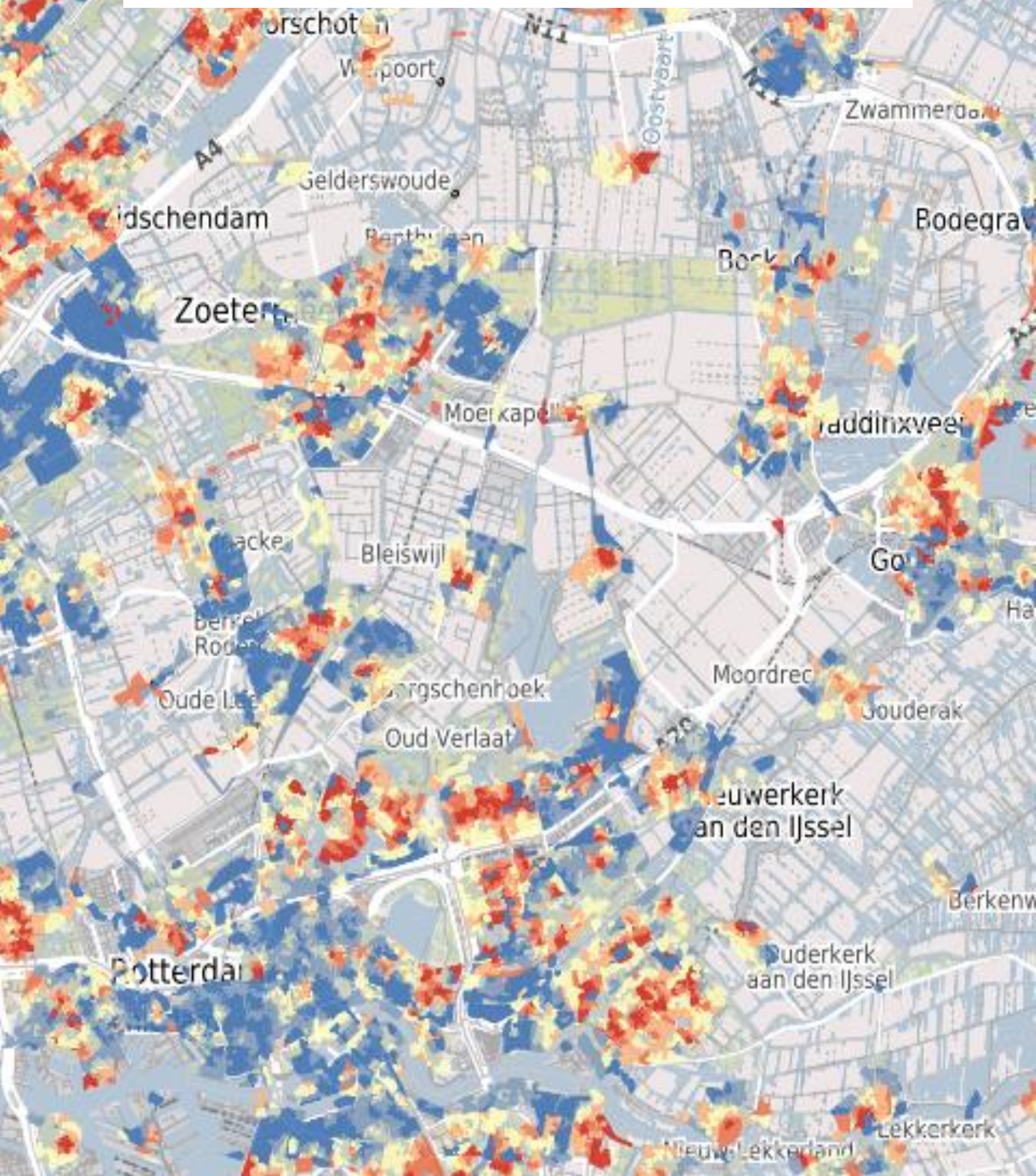


Doorontwikkeling WoonZorgwijzer

Van ontwerp naar operationeel model

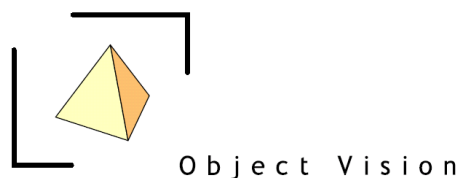
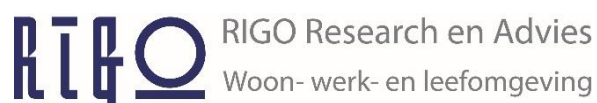


Doorontwikkeling WoonZorgwijzer

Van ontwerp naar operationeel model

In Fact.

In samenwerking met:



PLATFORM31

27 oktober 2017

Kees Leidelmeijer

Johan van Iersel

Froukje van Rossum

Inhoud

1	Inleiding.....	1
2	Actualisering.....	2
2.1	Werkwijze.....	2
2.2	Resultaten.....	2
3	Prognose.....	7
3.1	Inleiding.....	7
3.2	Prognose 2020.....	7
3.2.1	De situatie in 2016.....	8
3.2.2	Ontwikkelingen op 6-ppc niveau.....	8
3.2.3	Prognose.....	9
3.2.4	Twee prognosevarianten.....	10
3.2.5	Doorrekening WoonZorgwijzer 2020.....	10
4	Van profielen naar aantallen mensen met beperkingen.....	12
5	Uitwerking applicatie.....	17

1 Inleiding

In opdracht van het ministerie van BZK heeft RIGO de WoonZorgwijzer ontwikkeld. Sinds de ontwerpfase zijn er veel positieve reacties geweest op de gedachte achter het instrument in wording en de uitwerking ervan in gedetailleerde kaartbeelden waarin zichtbaar wordt welke mensen, met welke zorg- en ondersteuningsvragen waar wonen.

Voor de Provincie Zuid-Holland was dat – naast de grote behoefte aan dit type informatie – mede aanleiding om een experimentenprogramma te starten waarin het werken met de WoonZorgwijzer door een aantal Zuid-Hollandse gemeenten is uitgeprobeerd. Dat waren Delft, Rotterdam en de gemeenten in de regio Hoeksche Waard. Dit proces is begeleid door Platform 31.

Om eenvoudig met de WoonZorgwijzer te kunnen werken, moest er echter ten opzichte van het model dat in de ontwerpfase is getest, nog enige doorontwikkeling plaatsvinden. Die doorontwikkeling is ter hand genomen door de combinatie van Stichting In Fact, RIGO, Platform 31 en Object Vision. Daarvan wordt in deze notitie verslag gedaan. Het betreft:

1. Een actualisering van de WoonZorgwijzer naar peildatum 1-1-2016.
2. De ontwikkeling van een prognosemodule voor peiljaar 2020.
3. Een vertaling van de beperkingenprofielen naar aantallen mensen met beperkingen.
4. Een uitwerking van de (test)applicatie in een provinciale (voor Zuid-Holland) en een landelijk bruikbare app.

De werkzaamheden zijn deels gefinancierd uit budgetten van het Ministerie van BZK (wat betreft de actualisatie) en de Provincie Zuid-Holland (wat betreft de provinciale applicatie) en deels uit het innovatiefonds van Stichting In Fact.

2 Actualisering

De actualisering van de WoonZorgwijzer is uitgevoerd door RIGO in opdracht van het ministerie van BZK. Het betreft een actualisering van de belangrijkste modelparameters, waarmee een inschatting kan worden gegeven van de omvang en ruimtelijke verdeling van de doelgroepen. Dit onder de aanname dat de per 1-1-2012 vastgestelde relaties tussen de kenmerken van mensen en hun omgeving aan de ene kant en het voorkomen van de verschillende zorgdoelgroepen onveranderd zijn gebleven.

2.1 Werkwijze

De update had in het bijzonder betrekking op een actualisering van de volgende gegevens:

1. leeftijdsklassen: 5-jaarsklassen (peildatum: 1-1-2016)
2. herkomstgroepen: Nederlands, Surinaams, Antilliaans, Turks, Marokkaans, overig niet-westers, westers (peildatum 1-1-2016)
3. inkomensklassen: kwintielen gestandaardiseerd besteedbaar inkomen (peiljaar: 2015)
4. omgevingsvariabelen (peiljaar 2014)¹
5. locatie zorginstellingen (2015)

De bevolkingsindicatoren zijn bepaald op het schaalniveau van 200 metercirkels rond 6 positiepostcodegebieden binnen de RA-omgeving van het CBS. De update van de omgevingsvariabelen is ontleend aan de gegevens uit de Leefbaarometer (www.leefbaarometer.nl). De locatie van instellingen is gebaseerd op www.zorgopdekaart.nl. Met die nieuwe indicatoren en onder constantheit van de andere indicatoren, zijn de modellen opnieuw doorgerekend om te komen tot een inschatting van de omvang en verdeling van zelfstandig wonende zorgdoelgroepen in Nederland.

Omdat het WZW-model primair een verdelingsmodel is, is het belangrijk om bij de toepassing van het model te toetsen of de uitkomsten op landelijk niveau plausibel zijn en waar nodig deze te corrigeren. In dit hoofdstuk gaan we in op de plausibiliteit van de trends in prevalenties die ontstaan bij vergelijking van 2012 en 2016.

Tussen beide meetperiodes 2012 en 2016 is er sprake van een licht in omvang toenemende populatie van 19 jaar en ouder. De groei in die periode bedroeg 2,5% (bron: CBS). Waar er sprake is van een neutrale ontwikkeling van aandoeningen (niet samenhangend met specifieke kenmerken van de populatie, maar alleen met de omvang ervan) zou dan ook een groei in die orde van grootte verwacht mogen worden.

2.2 Resultaten

In het meetbestand van de WZW 2016 zitten 13.160.621 personen van 19 jaar of ouder. Dat is iets minder dan er in werkelijkheid zijn (-0,4%). Dit wordt veroorzaakt door ontbrekende gegevens/gebieden (te gering aantal bewoners). Daardoor valt een beperkt aantal gebieden weg voor analyse. Dit verschil achten we acceptabel.

¹ De Leefbaarometer 2016 was nog niet beschikbaar bij deze update.

Somatische aandoeningen met mobiliteitsproblemen

Deze aandoeningen hebben alle in meer of mindere mate te maken met vergrijzing. Er mag dan ook wat dat betreft een toename van de prevalentie worden verwacht. Die is groter naarmate de samenhang met leeftijd groter is door de combinatie van de invloed van vergrijzing en extramuralisering. Immers, als gevolg van de extramuralisering blijft een groter deel van de ouderen zelfstandig wonen. Zij tellen dan ook mee in de schattingen van de WoonZorgwijzer, wat niet het geval zou zijn geweest als zij in een instelling zouden wonen.

Bij de enkelvoudige aandoeningen ontstaat er bij directe toepassing van de rekenregels een kleine afname van de prevalentie t.o.v. 2012. Dat komt door de beperkte samenhang met leeftijd bij enkelvoudige aandoeningen en door de relatief sterke samenhang met leefbaarheidsparameters en in het bijzonder de indicator 'leefbaarheid'. Hoewel die indicator voor de verdeling van de problematiek nuttig is gebleken, lijkt die dat minder te zijn voor de voorspelling van de prevalentie. Een afname – samenhangend met een verbetering van de leefbaarheid – achten we namelijk niet plausibel. We corrigeren de ontwikkeling dan ook tot een trendmatige toename, verminderd met het verschil tussen de directe toepassing van de formules voor 2012 en 2016.

Directe toepassing van de formules op de meervoudige aandoeningen waaronder gewrichtsklachten resulteert in een nagenoeg even groot aantal personen met dit type problemen. In deze formule zit de veiligheidsindicator wat eenzelfde effect heeft als de actualisering van de leefbaarheid (een verbetering van de veiligheid leidt tot een afname van de prevalentie). Ook deze ontwikkeling corrigeren we tot een trendmatige toename. Dit is mogelijk nog een onderschatting. De andere drie typen meervoudige somatische aandoeningen (waarin geen indicatoren met betrekking tot leefbaarheid of veiligheid zijn opgenomen) resulteren in een toename van 4, 5 en 7%. Deze boventrendmatige ontwikkelingen achten we aannemelijk. In combinatie met de constatering dat de 'verstorende' indicatoren hierin niet zijn opgenomen, nemen we deze uitkomsten zonder correctie over.

Multiproblematiek (combinatie van lichamelijke en psychische problemen) hangt negatief samen met leeftijd (vooral bij jongeren). Vergrijzing draagt dan ook niet bij aan een toename. De groep met multiproblematiek is ook klein. De trendmatige toename valt daardoor binnen de betrouwbaarheidsmarge en is dus niet waarneembaar. We nemen de uitkomst ongecorrigeerd over.

Licht verstandelijke beperking

De uitgangspunten bij de berekening van deze groepen zijn onveranderd. Dominantie van lage inkomens in een gebied wordt gezien als de eerste signalering van de aanwezigheid van deze groep, gevolgd door 'inactiviteit (bijstandsafhankelijkheid, werkloosheid) en overlast bij de groep met gedragsproblematiek. Er is wel een wijziging doorgevoerd bij de berekening. Dat betreft de berekeningswijze van de 'studentenaftrek' (de groep die weliswaar lage inkomens heeft, maar geen verstandelijke beperking heeft). Deze is in de versie 2016 'direct' gemodelleerd op basis van het aandeel studenten in een gebied. De resulterende landelijke ontwikkeling volgt de trend in de bevolkingsontwikkeling. Dat achten we plausibel.

Dementie

Toepassing van de formule op de ontwikkeling van dementie (inclusief intramuraal) laat in absolute zin een toename zien van de prevalentie, maar deze ligt iets onder de trendmatige ontwikkeling. De vraag is of dit plausibel is of niet.

Volgens volksgezondheidszorg.info is er sinds 2010 sprake van een constant niveau van het aandeel mensen met dementie (gecorrigeerd voor leeftijd).² Het aantal neemt daardoor toe, zo geeft deze bron aan. Recent is echter gepubliceerd (in Cognitive Function and Ageing Study³) dat de toename van dementie afneemt. Of anders: men constateert een afname van de incidentie (nieuwe gevallen van dementie) van 24 procent in 20 jaar tijd. Vooral nog lijkt daarmee de voorzichtige inschatting van de absolute toename van de totale groep wel plausibel.

Voor de mensen met dementie die niet in een instelling verblijven (niet-intramurale mensen met dementie) resulteert de toepassing van de formules van de WoonZorgwijzer in een grote toename. Die is rechtstreeks het gevolg van de afname van de capaciteit van de verzorgingshuizen (concentraties van 75-plussers in de WZW). Die ontwikkeling achten we aannemelijk.

Visuele en auditieve problematiek

Voor de totale groep zien we een trendmatige toename. Er zijn niet veel aanwijzingen dat die ontwikkeling anders zou moeten zijn. Die achten we dus acceptabel.

De niet-zelfredzame groep laat wel een boventrendmatige ontwikkeling zien. Dat komt overeen met het beeld dat in deze groep vooral ouderen zitten. Vergrijzing en extramuralisering leiden dan in combinatie tot een vrij sterke toename.

Psychische aandoeningen

Bij de 'eigen leed' groep (angst- en stemmingsstoornissen) gaan we uit van een trendmatige stijging; mogelijk wat gedempt door de vergrijzing (onder ouderen is de prevalentie van dit type problematiek minder groot).

Bij de zelfstandig wonende groep die begeleiding vraagt, gaan we uit van een stijging als gevolg van de ambulantisering. We rekenen met een afbouw van 4% per jaar, uitgaande van 37.000 bedden in 2012. Dat leidt na vier jaar ambulantisering tot een extra 'aanbod' van ruim 5.000 personen bovenop de trendmatige ontwikkeling. Die 5.000 verdelen we evenredig over de groepen 'sociale redzaamheid' en 'gedragsproblemen'.⁴

Verstandelijke handicap

Er zijn geen aanwijzingen dat er een afname te verwachten is van de prevalentie van mensen met een verstandelijke handicap. De incidentie neemt toe door betere zorg, waardoor er een hogere levensverwachting is. Er is weliswaar betere prenatale diagnostiek beschikbaar, maar daar wordt in Nederland betrekkelijk weinig gebruik van gemaakt (en de gedragseffecten zijn eveneens beperkt). Conclusie: vooral nog is het aannemelijk dat er een iets boven-trendmatige stijging is.⁵

² <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/trends#node-trend-aantal-mensen-met-dementie>

³ <http://www.cfas.ac.uk/>

⁴ Trimbos Instituut: Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, 2016.

⁵ <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/verstandelijke-beperking/cijfers-context/trends#node-toekomstige-trend-prevalentie>

Niet aangeboren hersenletsel

De prevalentie van beroerte is de afgelopen jaren als gevolg van de veroudering van de bevolking gestegen, terwijl de incidentie stabiel is gebleven. De incidentie bedraagt (zonder TIA's) momenteel 2 tot 3 per 1000 personen per jaar. De incidentie van beroerte neemt sterk toe met de leeftijd: de incidentie in de leeftijdsgroep 15 tot 64 jaar bedraagt 1 per 1.000 personen per jaar, in de leeftijdsgroep ouder dan 65 jaar is dit gestegen naar 10 tot 11 per 1.000 per jaar. In circa 80% van de gevallen is sprake van een herseninfarct, in de overige gevallen van een intracerebrale bloeding.

Daarnaast is er door de extramuralisering sprake van een groter aandeel ouderen die een beroerte heeft gehad en zelfstandig is gehuisvest. Dit werkt – net als bij somatiek en dementie – dus dubbel door: meer ouderen én minder intramuraal = ontwikkeling boven trend.

Overall-beeld

De ontwikkeling in de omvang van zorgdoelgroepen in Nederland tussen 2012 en 2016 die voortkomt uit de doorrekening van de WoonZorgwijzer, inclusief de aanpassingen die hiervoor zijn beschreven, is voor alle onderscheiden zorgdoelgroepen weergegeven in navolgend overzicht. Dit betreft de landelijke ontwikkeling. Lokaal kunnen die verschillen vanzelfsprekend anders uitpakken.

(sub)groepen	2012	2016	p	Δ
1 Mensen met een somatische aandoening en mobiliteitsbeperking;				
· somatiek enkelvoudig	107.000	109.000	0,0085	2%
· somatiek – meervoudig (w.o. gewrichtsklachten)	849.000	869.000	0,0676	2%
· somatiek - meervoudig (w.o. incontinentie)	370.000	385.000	0,0300	4%
· somatiek - meervoudig (w.o. hartfalen, COPD)	370.000	389.000	0,0305	5%
· somatiek - meervoudig (w.o. hoge bloeddruk, diabetes)	414.000	441.000	0,0345	7%
· somatiek - meervoudig (w.o. huidaandoeningen)	82.000	83.000	0,0064	1%
· lichamelijke handicap en psychische problemen	8.000	8.000	0,0006	0%
2 Mensen met een licht verstandelijke beperking;				
· Cognitief beperkt totaal	2.290.000	2.344.000	0,1800	2%
· Cognitief beperkt; problemen met sociale redzaamheid,	1.406.000	1.439.000	0,1111	2%
· Cognitief beperkt; problemen met sociale redzaamheid én gedragsproblematiek	110.000	116.000	0,0320	5%
3 Mensen met een dementiële aandoening;				
· Totaal (intra en extramuraal)	280.000	282.000	0,0181	1%
· Dementie extramuraal	231.000	257.000	0,0164	11%
· Dementie matig	38.000	42.000	0,0034	11%
· Dementie licht	22.000	24.000	0,0019	9%
· Dementie beginnend (geen diagnose)	174.000	190.000	0,0150	9%
4 Mensen met visuele beperking;				
· Slechthorend; grotendeels zelfredzaam	129.000	133.000	0,0101	3%
· Slechthorend, niet zelfredzaam	43.000	47.000	0,0037	9%
5 Mensen met auditieve beperking;				
· Slechthorend, grotendeels zelfredzaam	85.000	87.000	0,0065	2%

(sub)groepen	2012	2016	p	Δ
Slechthorend, niet zelfredzaam	27.000	29.000	0,0023	7%
6 Mensen met psychische aandoeningen;				
· Eigen leed (risico angststoornis of depressie; lichte problematiek)	642.000	656.000	0,0495	2%
Eigen leed (risico angststoornis of depressie; problemen sociale redzaamheid)	47.000	48.000	0,0037	2%
Psychiatrische problematiek, problemen rond sociale redzaamheid	108.000	116.000	0,0090	7%
Psychiatrische problematiek, gedragsproblemen en problemen rond sociale redzaamheid	23.000	25.000	0,0019	9%
7 Mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking;				
· Verstandelijke handicap; matige problematiek	42.000	43.000	0,0033	2%
Verstandelijke handicap; ernstige problematiek	38.000	39.000	0,0031	3%
8 Mensen met niet-aangeboren hersenletsel.				
· Beroerte ooit	375.000	411.801	0,0322	10%
Beroerte én fysieke problematiek.	66.000	72.458	0,0058	10%
Beroerte én psychische problematiek.	25.000	27.451	0,0022	10%

3 Prognose

3.1 Inleiding

De WoonZorgwijzer is in de kern een monitorinstrument. Bij herhaalde metingen kan inzichtelijk worden gemaakt hoe de omvang en de geografische spreiding van verschillende groepen zich in de tijd ontwikkelt. Beleid wordt echter niet alleen gemaakt om actuele problemen op te lossen, maar ook om toekomstige problemen te voorkomen.

Het is niet eenvoudig om het voorkomen van aandoeningen in de toekomst te voorspellen. De medische wereld staat niet stil en in de loop der jaren zullen steeds meer problemen verholpen kunnen worden. Daarnaast spelen generatieverschillen een rol: zo kan bij nieuwe generaties obesitas een rol van betekenis gaan spelen en kunnen psychische problemen onder jongeren toenemen. Tegelijkertijd kunnen door een gezondere levensstijl bij nieuwe generaties aandoeningen ook later of zelfs niet optreden. Niemand kan dit soort ontwikkelingen in de gezondheid exact voorspellen, het blijft deels koffiedikkijken.

Dit geldt in versterkte mate voor het aantal mensen dat beperkingen beleeft en/of als gevolg daarvan behoefte heeft aan ondersteuning. Technologische hulpmiddelen en domotica kunnen hierbij steeds vaker een rol van betekenis spelen. Hierbij geldt uiteraard wel dat deze toegespitst moeten zijn op de doelgroep, voor veel mensen met een licht verstandelijke beperking zorgt de digitalisering er ook vaak voor dat men juist niet mee kan en daardoor afhaakt.

Ten slotte geldt dat voor de WoonZorgwijzer niet alleen het aantal mensen met een aandoening van belang is, de meerwaarde van het instrument zit er voor een belangrijk deel in dat geraamd wordt wáár deze mensen wonen. Dat betekent dat bij een prognose ook verhuisbewegingen over langere termijn op een zeer laag schaalniveau moeten worden geprognosticeerd. Dat is voor gezonde mensen al een ingewikkeld verhaal, laat staan voor mensen met aandoeningen.⁶

3.2 Prognose 2020

Bovenstaande complexiteit werd door de pilotgemeenten (Amsterdam en Tilburg) en andere gemeenten (h)erkend. De optie om (ingewikkelde) scenario's op te stellen, is al snel van tafel gegaan. Deze zouden in de praktijk voor meer verwarring kunnen zorgen. Zodra er voor meerdere jaren metingen beschikbaar komen, kunnen trends worden gesignaleerd waarop in het lokale beleid kan worden ingespeeld. Daarnaast is de wens uitgesproken om via korte demografische doorrekeningen meer gevoel te krijgen bij het effect van de vergrijzing op het voorkomen van (met name aan ouderdom gerelateerde) beperkingen. In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe In Fact aan deze wens tegemoet is gekomen. Op hoofdlijnen zijn hierbij de volgende stappen doorlopen:

1. Bepalen van de uitgangssituatie in 2016;
2. Bepalen van de bevolkingsontwikkelingen op 6ppc niveau;
3. Demografische prognose op 6ppc niveau;

⁶ In samenwerking met QDelft heeft Stichting In Fact een prototype van een prognosemodel ontwikkeld waarin (voor het eerst) rekening wordt gehouden met de invloed van gezondheid op verhuisbewegingen. Voor nadere informatie kunt u hierover contact met ons opnemen.

4. Doorrekening WZ-wijzer met aangepaste demografische indicatoren.

3.2.1 De situatie in 2016

In de WoonZorgwijzer wordt gerekend met indicatoren voor een gebied met een straal van 200 meter rondom een zes positionele postcode (6ppc, de cijfers en de letters). De optelsom van deze indicatoren leidt uiteraard tot hoge aantallen, die niet aansluiten op de werkelijke aantallen in registraties (en prognoses). Bij het opstellen van de prognose was het van belang wél te rekenen met werkelijke aantallen. Dit om aan te kunnen sluiten bij de bestaande PEARL-prognose van het Centraal Bureau Statistiek (CBS) en Planbureau voor de leefomgeving (Pbl). Meer hierover in paragraaf 3.2.3.

Bij het bepalen van de uitgangssituatie in 2016 zijn de aantallen inwoners en huishoudens zoals op buurtniveau bekend uit registraties (CBS-statline) verdeeld over de 6ppc's binnen de betreffende buurt en gemeente. Dit op basis van het aantal inwoners naar leeftijd in het gebied met een straal van 200 meter rondom de 6ppc volgens de CBS-microdata (de werkelijke aantallen per 6ppc zijn vanwege mogelijke onthulling niet openbaar).

Op buurtniveau zijn per 1-1-2016 de volgende categorieën beschikbaar:

- Bevolking naar de volgende leeftijdsklassen: 0-14, 15-24, 25-44, 45-64 en 65+;
- Huishoudens naar de volgende typen: alleenstaand, meerpersoons met kinderen en meerpersoons zonder kinderen;

Op gemeenteniveau zijn de volgende categorieën beschikbaar:

- Bevolking naar vijfjaarsleeftijdsklasse;
- Huishouden naar type (alleenstaand, meerpersoons met kinderen, meerpersoons zonder kinderen, eenoudergezin) en leeftijd (vijfjaarsleeftijdsklassen).

Door diverse iteraties is er een bestand gecreëerd met voor elke 6ppc het geraamde aantal personen en huishoudens (naar type) per vijfjaarsleeftijdsklassen. Deze aantallen kloppen exact met de aantallen volgens CBS-statline en de verdeling binnen de buurten is conform de verdeling die voortkomt uit de CBS-microdata. Het gaat hier om een uniek databestand, dat naast de WoonZorgwijzer voor meerdere doeleinden geschikt is.

3.2.2 Ontwikkelingen op 6-ppc niveau

Zeker op 6ppc-niveau heeft het geen zin om alleen natuurlijke ontwikkelingen (geboorte en sterfte) met een cohort survivalmethode door te rekenen. Dan zouden in een studentencomplex over enkele jaren alleen jonge gezinnen wonen en zou er in een verpleeghuis over een aantal jaar niemand meer wonen. Er moet dus rekening worden gehouden met verhuizingen.

Ten behoeve van de prognose is zowel voor 2011 als 2016 het aantal inwoners per 6ppc (200 meter straal) achterhaald via CBS-microdata. Op basis van deze bestanden kan per vijfjaarsleeftijdsklasse een soort blijfkans worden berekend. Bijvoorbeeld: $[blijfkans\ 0-4] = [aantal\ 5-9\ in\ 2016] / [aantal\ 0-4\ in\ 2011]$. Deze blijfkans geeft aan wat de kans is dat de groep 0 tot 4-jarigen vijf jaar later nog in hetzelfde gebiedje woont. Als de blijfkans onder de 1 ligt, is er sprake van vertrek, ligt hij boven de 1 dan worden groepen van buiten aangetrokken. De 'blijfkans' is inclusief sterfte, waardoor hij bij ouderen veelal beneden de 1 ligt. Via deze benadering wordt rekening gehouden met feit dat de ouderen in gebieden met (bijvoorbeeld) een lagere sociaal economische status op lagere leeftijd komen te overlijden dan ouderen in gebieden met een hogere sociaal economische status.

Bij het berekenen van de blijfkansen is gecorrigeerd voor grootschalige ingrepen in de woningvoorraad. Deze kunnen immers niet naar de toekomst toe worden getrokken. Er is ervan uitgegaan dat puur op basis van demografie het aantal huishoudens in vijf jaar tijd niet meer dan 2,5% kan toe of afnemen. Indien de toename van het aantal huishoudens boven de 5% lag, is uitbreidingsnieuwbouw vermoedelijk een dominante factor geweest. In dat geval zijn aan het betreffende gebiedje de gemeentelijke blijfkansen toegekend.

3.2.3 Prognose

Met voorgaande stappen is de basis gelegd voor de prognoses. Daarbij is als volgt te werk gegaan:

1. Op basis van de blijfkansen is het verwachte aantal inwoners van 5 jaar en ouder in 2020 per 6ppc bepaald;
2. Op basis van de verwachte ontwikkeling van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd is het aantal 0 t/m 4-jarigen bepaald.
3. De aantallen per vijfjaarklassen op 6ppc niveau zijn kloppend gemaakt met de aantallen volgens de PEARL-prognose op gemeentelijk of regionaal niveau.

De eerste stap betreft een simpele berekening: $[aantal\ 10-14-jarigen\ 2020] = [aantal\ 5-9-jarigen\ 2016] * [blijfkans\ 5-9\ jarigen]$. Via deze berekening kan ook het aantal personen in de leeftijdsklassen van 15 tot 45 jaar worden berekend. Binnen deze leeftijdsklasse kunnen vrouwen kinderen krijgen. Bepaald is hoeveel kinderen de vrouwen in deze leeftijdsklasse (per 5-jaarsklasse) in 2016 en in 2020 volgens landelijke vruchtbaarheidscijfers in een jaar zouden krijgen. Het gaat hier om een theoretisch aantal geboorten per jaar. In werkelijkheid verschillen de geboortecijfers sterk per gebied. Vandaar dat het aantal 0-4 jarigen in 2020 is bepaald door de volgende formule: $[aantal\ 0-4\ jarigen\ 2020] = [aantal\ 0-4\ jarigen\ 2016] * [verwachte\ aantal\ geboorten\ 2020] / [verwachte\ aantal\ geboorten\ 2016]$. Daarmee wordt recht gedaan aan de variatie in geboortekansen en wordt er voorkomen dat er in een studentencomplex een babyboom wordt voorspeld.

De uitkomsten van deze berekeningen op 6ppc-niveau zijn benut om het aantal inwoners volgens de regionale PEARL-prognose te verdelen over de gemeente. De PEARL-prognose levert aantallen op twee schaalniveaus:

- Voor alle gemeenten is het aantal inwoners beschikbaar voor de volgende leeftijdsklassen: 0-19, 20-64 en 65-plus;
- Voor gemeenten met meer dan 50.000 inwoners en de COROP-gebieden zijn de inwonersaantallen per vijfjaarsleeftijdsklasse beschikbaar.

Met verschillende iteraties is een databestand gecreëerd waarin de optelsom van de prognose-resultaten op 6ppc-niveau exact klopt met de aantallen volgende de PEARLprognose op gemeenteniveau.

Vervolgens is de slag gemaakt naar het aantal huishoudens. Hierbij is gebruik gemaakt van de locatie specifieke headshippersrates, berekend op basis van de situatie in 2016. Per 5 jaarsleeftijdsklasse is bepaald welk aandeel personen een alleenstaand of eenoudergezin vormt, of een meerpersoonshuishoudens met of zonder kinderen. De via deze weg verkregen huishoudenssamenstelling is exact kloppend gemaakt met de PEARLprognose, waarin voor alle gemeenten het aantal huishoudens beschikbaar is naar: alleenstaand, paar en eenoudergezin. Door deze werkwijze kunnen we in de prognose bestanden niet alleen deze hoofdgroepen onderscheiden, maar ook de samenstelling binnen deze groepen naar leeftijd.

3.2.4 Twee prognosevarianten

In veel Nederlandse gemeenten is er in de komende jaren nog sprake van een aanzienlijke groei van het aantal huishoudens. In Fact weet niet in welke buurten of wijken de hiervoor benodigde uitbreiding van de woningvoorraad zal worden gerealiseerd. In ons prognosemodel hebben we om deze reden twee varianten⁷ doorgerekend:

- Een variant waarbij de uitbreidingsniewbouw als het ware in een aparte buurt wordt gerealiseerd. Voor de bestaande wijken en buurten betekent dit dat de huishoudensgroei daarmee beperkt wordt.
- Een variant waarbij de extra huishoudens naar verhouding van de voorspelde groei per leeftijdsklasse en type worden verdeeld over de bestaande buurten en wijken. Daarmee wordt duidelijk waar in de gemeente behoefte aan extra uitbreidingsniewbouw ontstaat.

Deze laatste variant is met name relevant waar de prognoses worden gebruikt om het voorraadbeleid te onderbouwen (bijvoorbeeld: in welke kern men al dan niet moet gaan uitbreiden). Bij de WoonZorgwijzer gaat het er vooral om de ontwikkelingen in de bestaande wijken inzichtelijk te maken. Vandaar dat in de WoonZorgwijzer gebruik is gemaakt van de eerste variant. In de kaartlagen en de tabellen met de aantallen per buurt is de uitbreidingsniewbouw dus niet mee genomen. In de gemeentelijke randtotalen wel.

3.2.5 Doorrekening WoonZorgwijzer 2020

Bovenstaande prognoses zijn zoals gezegd opgesteld op basis van de werkelijke aantallen. Dat is noodzakelijk om aan te sluiten bij de PEARL-prognose en daarnaast wordt hiermee de bruikbaarheid voor andere doeleinden vergroot.

In de WoonZorgwijzer wordt echter gewerkt met indicatoren die betrekking hebben op de aantallen en aandelen in het gebied met een straal van 200 meter rondom de 6ppc. Om deze te bepalen in 2020, is de trend volgens de opgestelde prognose toegepast op de situatie in 2016.

De nieuwe demografische indicatoren zijn vervolgens ingevoerd in de modellen van de WoonZorgwijzer. Hierbij moet nadrukkelijk worden vermeld dat alle andere indicatoren (gegevens over het inkomen en de omgeving) constant zijn gehouden. De kaartlagen voor 2020 laten daarmee puur het effect van de demografische ontwikkelingen zien. Op macroniveau (dus voor geheel Nederland) nemen samenhangend met de totale bevolkingsgroei alle hoofdgroepen in aantal toe. Door de vergrijzing neemt het aantal personen met ouderdom gerelateerde aandoeningen relatief sterk toe. Het aandeel personen met zintuiglijke aandoeningen neemt toe van 0,5% naar 0,6%, met dementie toe van 1,6% naar 1,8% en met somatische problematiek van 8,8% naar 9,2%.

Tabel 1 Het aandeel personen van 19 jaar en ouder met een bepaalde aandoening

	2016	2020
dementie (extramuraal)	1,6%	1,8%
licht verstandelijk beperkt/laaggeletterden	20,3%	20,0%

⁷ Volgens een gelijke methode als hier omschreven is zijn er ook prognoses opgesteld voor de jaren 2025, 2030, 2035 en 2040. Deze zijn uiteraard voor vele doeleinden te gebruiken. Indien u interesse heeft in deze prognoses, kunt u contact met ons opnemen.

	2016	2020
matig of ernstig verstandelijk beperkt	0,6%	0,6%
somatische problematiek	8,8%	9,2%
zintuiglijke aandoeningen	0,5%	0,6%
angst- en stemmingsproblematiek	5,0%	5,0%
psychiatrische problematiek	1,1%	1,1%
niet-aangeboren hersenletsel	0,8%	0,8%

4 Van profielen naar aantallen mensen met beperkingen

In de deelrapportage ‘beperkingenprofielen’ van de eerste fase in de ontwikkeling van de WoonZorgwijzer zijn voor een groot aantal specifieke groepen beperkingenprofielen opgesteld. Die profielen beschrijven tegen welke beperkingen de verschillende groepen aanlopen. Daarbij wordt een veertiental ‘domeinen’ onderscheiden waarop men beperkingen ervaart. Die beperkingen zijn weergegeven in onderstaand overzicht.

Thema	Levensdomein	Toelichting
sociale, dagelijkse redzaamheid	1. Dagbesteding	Daginvulling, werk, vrijwilligerswerk, georganiseerde dagbesteding.
	2. Administratie/ financiën	Bankzaken, aangaan van contracten, uitgaven, verzekeringen, formulieren.
	3. Contacten en sociaal netwerk	Contact met vrienden, familie, burens, kennissen.
Lichamelijk functioneren	4. Medicijngebruik, medische verzorging	Tijdig en juist gebruik medicijnen, alert en tijdig opmerken/ingrijpen bij verslechtering gezondheid.
	5. Mobiliteit buitenshuis	Zich (veilig) buitenshuis verplaatsen.
ADL	6. De dagelijkse levensverrichtingen	Opstaan, aankleden, wassen, tanden poetsen, toiletbezoek, eten en drinken.
woonsituatie	7. Mobiliteit in huis:	Zich binnenshuis verplaatsen.
	8. Veiligheid in huis:	Fysieke en sociale veiligheid: voorkomen vallen, brand, letsel, niet binnenlaten criminelen/oplichters.
	9. Zelfstandig het huishouden kunnen doen	Boodschappen doen, opruimen, bereiden maaltijd, afwassen, de was doen.
psychisch functioneren	10. Stemmingen (depressie), angsten	In hoeverre iemand zich psychisch slecht voelt, gedeprimeerd, angstig.
	11. Probleemgedrag, verslaving	In hoeverre er sprake is van grensoverschrijdend gedrag zoals agressie, overlast, seksueel ontremd gedrag.
	12. Cognitief functioneren	Denken, geheugen, begrijpen, concentratie, relaties leggen oorzaak en gevolg, oriëntatie, lezen, schrijven, rekenen.
regie	13. Regie	Beslissingen nemen, planning maken, initiatief nemen, beslissen wanneer wat moet gebeuren.
	14. Alarmering	Zelf hulp inroepen als het niet goed gaat.

De informatie waar behoefte aan is op lokaal niveau is echter een inschatting van het aantal mensen met specifieke beperkingen in een gebied. Dat vraagt om een vertaling van de tabellen die in de deelrapportage ‘beperkingenprofielen’ zijn opgenomen, naar een inschatting van hoeveel mensen uit een bepaalde groep die beperkingen hebben.

Een voorbeeld van de basistabel uit de deelrapportage beperkingenprofielen is weergegeven in Tabel 2 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, ligt het dan ook in de rede te veronderstellen dat het met de beperkingen op dat vlak meevalt. Zo is dagbesteding 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 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 buitenshuis	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.

De vraag is hoe groot elke (sub)groep is. De eenvoudige aanname die we daarvoor in beginsel steeds hanteerden, is dat dit een evenredig percentage is van het aantal door de experts onderscheiden subgroepen in een cel. In dit geval – waar een subgroep ‘2’ en een subgroep ‘3’ in de cel [lichte problematiek x medicijngebruik] staat, is dat bijvoorbeeld 50%. Op de uitkomsten van die algemene rekenregel is nog een aanvullende toets gedaan om vast te stellen of hier als-

nog aanpassingen op nodig zouden zijn. Daarvoor is teruggegrepen op literatuur en de oorspronkelijke gegevens uit de interviews die de basis vormden voor de deelrapportage 'beperkingenprofielen'. In ditzelfde voorbeeld, is het percentage dat beperkt zelfredzaam is, bijvoorbeeld bijgesteld van 50% naar 33%. De reden daarvoor is dat in ieder geval een deel van de groep die hier beperkingen in ervaren, eenvoudige hulpmiddelen zoals de baxterrol (doceersysteem van medicijnen per dag en tijdstip) voldoende zijn om weer voldoende zelfredzaam te zijn. Daar is dus geen 'echte' ondersteuning nodig.

Voor de groepen die in de WoonZorgwijzer worden onderscheiden, heeft deze exercitie geresulteerd in de percentages mensen met beperkingen die in navolgende tabellen zijn weergegeven. De gemarkeerde cellen, zijn aangepast ten opzichte van de algemene rekenregel die uitgaat van een evenredige verdeling per subgroep in een cel.

In de applicatie van de WoonZorgwijzer wordt het totaal aantal personen dat mogelijk beperkingen ervaart in kaartlagen getoond. Daarbij zijn de aantallen van de verschillende groepen bij elkaar opgeteld en hierbij is gecorrigeerd voor overlap indien een persoon meerdere aandoeningen heeft. Bij deze totalen geldt dat één groep niet is meegenomen. Het gaat hier om de groep met een IQ beneden de 85, maar zonder verdere problemen (zie Tabel 4). Deze groep is nauwelijks in zorg en het is de vraag hoe erg dat is. Als door instituties helder wordt gecommuniceerd en procedures en formulieren helder zijn, dan zal deze groep weinig beperkt worden en dus ook geen ondersteuning nodig hebben. Het is uiteraard wel zaak hiervoor te zorgen.

Tabel 3 Aandeel mensen met somatische aandoeningen en mobiliteitsbeperkingen die beperkingen ervaren op de verschillende levensdomeinen.

	Meervoudige somatische aandoeningen, waaronder:						
	enkelvoudig	Gewrichtsproblemen	urineverlies / darmstoornissen	COPD / Astma	hoge bloeddruk / diabetes	psoriasis / eczeem	lichamelijke handicap (multiproblematiek)
Beperkingen t.a.v:							
Dagbesteding	50%	67%	100%	100%	50%	33%	50%
Administratie/ financiën	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%
Contacten en sociaal netwerk	33%	50%	100%	50%	50%	33%	80%
Medicijngebruik, medische verzorging	33%	20%	0%	0%	33%	0%	50%
Mobiliteit buitenshuis	50%	67%	100%	100%	50%	25%	50%
De dagelijkse levensverrichtingen	33%	50%	0%	67%	33%	0%	50%
Mobiliteit in huis	33%	50%	0%	50%	33%	0%	50%
Veiligheid in huis	33%	50%	0%	50%	33%	0%	50%
Zelfstandig het huishouden kunnen doen	33%	67%	0%	100%	75%	0%	100%
Stemmingen (depressie), angsten	50%	75%	75%	75%	50%	50%	50%
Probleemgedrag, verslaving	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%
Cognitief functioneren	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%
Regie	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%
Alarmering	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Noot. gemarkeerde cellen zijn aangepast ten opzichte van de basis rekenregel.

Tabel 4 Aandeel mensen met verstandelijke beperkingen die beperkingen ervaren op de verschillende levensdomeinen

	Licht verstandelijke beperking			Matig of ernstige verstandelijke beperking	
	(Nog) geen probleem	Beperkt sociaal redzaam	Gedragsproblematiek	extramurale indicatie zelfstandig	zvp indicatie zelfstandig
Beperkingen t.a.v:					
Dagbesteding	0%	75%	100%	100%	100%
Administratie/ financiën	100%	100%	100%	100%	100%
Contacten en sociaal netwerk	0%	50%	100%	50%	100%
Medicijngebruik, medische verzorging	25%	50%	100%	100%	100%
Mobiliteit buitenshuis	0%	0%	0%	40%	67%
De dagelijkse levensverrichtingen	0%	20%	67%	100%	100%
Mobiliteit in huis	0%	0%	10%	40%	67%
Veiligheid in huis	0%	20%	33%	100%	100%
Zelfstandig het huishouden kunnen doen	0%	50%	100%	100%	100%
Stemmingen (depressie), angsten	0%	33%	67%	50%	100%
Probleemgedrag, verslaving	0%	15%	80%	50%	100%
Cognitief functioneren	50%	100%	100%	100%	100%
Regie	25%	67%	100%	100%	100%
Alarmering	0%	0%	100%	100%	100%

Noot. gemarkeerde cellen, zijn aangepast ten opzichte van de basis rekenregel.

Tabel 5 Aandeel mensen met dementiële aandoeningen of een beroerte met gevolgen die beperkingen ervaren op de verschillende levensdomeinen

	Dementiële aandoeningen			Beroerte	
	beginnend (geen diagnose)	diagnose licht	diagnose matig	met fysieke problemen tot gevolg	met psychische problemen tot gevolg
Beperkingen t.a.v:					
Dagbesteding	0%	50%	100%	50%	50%
Administratie/ financiën	50%	100%	100%	0%	50%
Contacten en sociaal netwerk	0%	50%	100%	50%	50%
Medicijngebruik, medische verzorging	25%	75%	100%	20%	33%
Mobiliteit buitenshuis	0%	25%	50%	50%	0%
De dagelijkse levensverrichtingen	0%	25%	100%	50%	33%
Mobiliteit in huis	0%	15%	33%	33%	0%
Veiligheid in huis	0%	50%	100%	50%	33%
Zelfstandig het huishouden kunnen doen	0%	50%	100%	75%	33%
Stemmingen (depressie), angsten	50%	100%	100%	50%	50%
Probleemgedrag, verslaving	33%	33%	67%	0%	50%
Cognitief functioneren	50%	100%	100%	0%	50%
Regie	20%	50%	100%	0%	50%
Alarmering	50%	100%	100%	0%	33%

Noot. gemarkeerde cellen zijn aangepast ten opzichte van de basis rekenregel.

Tabel 6 Aandeel mensen met zintuiglijke beperkingen die beperkingen ervaren op de verschillende levensdomeinen

	Visuele beperkingen		Auditieve beperkingen	
	zelfredzaam	niet zelfredzaam	zelfredzaam	niet zelfredzaam
Dagbesteding	0%	80%	0%	90%
Administratie/ financiën	0%	100%	0%	33%
Contacten en sociaal netwerk	0%	50%	0%	67%
Medicijngebruik, medische verzorging	0%	80%	0%	33%
Mobiliteit buitenshuis	20%	67%	0%	33%
De dagelijkse levensverrichtingen	0%	33%	0%	0%
Mobiliteit in huis	0%	50%	0%	0%
Veiligheid in huis	0%	50%	0%	50%
Zelfstandig het huishouden kunnen doen	0%	80%	0%	0%
Stemmingen (depressie), angsten	0%	75%	33%	50%
Probleemgedrag, verslaving	0%	0%	0%	20%
Cognitief functioneren	0%	0%	0%	0%
Regie	0%	67%	0%	0%
Alarmering	0%	0%	0%	0%

Noot. gemarkeerde cellen zijn aangepast ten opzichte van de basis rekenregel.

Tabel 7 Aandeel mensen met psychische problematiek die beperkingen ervaren op de verschillende levensdomeinen

	Angst- en stemmingsproblematiek		Psychiatrische problematiek	
	Licht eigen leed	Matig eigen leed	Psychiatrisch, sociale redzaamheid	Psychiatrisch, gedragsproblematiek
Dagbesteding	50%	67%	80%	100%
Administratie/ financiën	0%	33%	67%	75%
Contacten en sociaal netwerk	50%	67%	80%	100%
Medicijngebruik, medische verzorging	33%	33%	33%	100%
Mobiliteit buitenshuis	0%	0%	0%	60%
De dagelijkse levensverrichtingen	33%	33%	40%	60%
Mobiliteit in huis	0%	0%	0%	0%
Veiligheid in huis	0%	0%	0%	50%
Zelfstandig het huishouden kunnen doen	33%	67%	67%	80%
Stemmingen (depressie), angsten	50%	100%	100%	100%
Probleemgedrag, verslaving	0%	33%	34%	75%
Cognitief functioneren	33%	33%	34%	50%
Regie	50%	67%	67%	80%
Alarmering	33%	33%	33%	67%

Noot. gemarkeerde cellen zijn aangepast ten opzichte van de basis rekenregel.

5 Uitwerking applicatie

Door ObjectVision en Baasgeo is hard gewerkt om een gebruiksvriendelijke applicatie te ontwikkelen. Het resultaat daarvan is zichtbaar en het proces er naartoe verder inhoudelijk weinig interessant. Wel is van belang dat om de applicatie – ondanks het grote aantal groepen dat wordt onderscheiden – overzichtelijk te houden een onderscheid is gemaakt tussen hoofd- en subgroepen. Hieronder worden de 8 hoofdgroepen en 23 subgroepen die worden onderscheiden beschreven.

Hoofdgroep	Definitie
<p>1. dementie (extramuraal) bestaat uit subgroepen 1, 2, 3</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder met een dementiële aandoening in een zelfstandig huishouden. Basisindicator: schatting van het totaal aantal mensen met dementie op basis van kengetallen Alzheimer Stichting vermindert met het aantal mensen met dementie woonachtig in een instelling. Tot de groep mensen met een dementiële aandoening worden zowel de mensen mét als zonder diagnose (beginnende dementie) gerekend. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, aanwezigheid van een instelling in het gebied en aandeel corporatiewoningen in een gebied.</p>
<p>2. licht verstandelijk beperkt/ laaggeletterden bestaat uit subgroepen 4, 5, 6</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder met een licht verstandelijke beperking en/of laaggeletterden in een zelfstandig huishouden. Basisindicator: de volwassenen met een IQ van minder dan 85. Slechts een deel (circa 60% van de groep met een IQ tussen de 70 en 85) ervaart problemen in het meekomen in de maatschappij (werk, opleiding, taalvaardigheid, administratie). Deze groep is meestal niet 'in zorg'. Bron: SCP voor schatting Nederland. Ruimtelijke verdeling op basis van o.a. inkomen, opleiding, werkloosheid, bijstandsafhankelijkheid en overlast voor deel 'gedragsproblematiek'.</p>
<p>3. matig of ernstig verstandelijk beperkt bestaat uit subgroep 7</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder met een diagnose 'VG (verstandelijk gehandicapt)' in een zelfstandig huishouden. Basisindicator: mensen die voorheen vanuit de AWBZ een grondslag VG kregen en deel uitmaakten van een zelfstandig huishouden. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, aandeel arbeidsongeschiktheid in gebied, aandeel eenoudergezinnen, aanwezigheid van een VG-instelling in de directe omgeving en leefbaarheid.</p>
<p>4. somatische problematiek bestaat uit subgroepen 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder met een of meer somatische aandoeningen én een mobiliteitsbeperking in een zelfstandig huishouden. Basisindicator: mensen met een of</p>

	<p>meer somatische aandoeningen die de volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen; - 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan. - Staan, bukken en iets van de grond oppakken; <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst en een groot aantal omgevingsindicatoren (verschillend per subgroep), w.o. aandeel arbeidsongeschiktheid in gebied, aandeel eenpersoonshuishoudens, woningvoorraad en leefbaarheid.</p>
<p>5. zintuiglijke aandoeningen, niet zelfredzaam bestaat uit subgroepen 16, 18</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden die grote moeite hebben met of niet kunnen zien of horen én die verminderd zelfredzaam zijn. Basisindicator: als slechtzienden gelden mensen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niet of alleen met grote moeite kleine letters in de krant kunnen lezen én - niet of alleen met grote moeite mensen kunnen herkennen op 4 meter afstand. <p>Als slechthorend gelden mensen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niet of alleen met grote moeite een gesprek met één persoon kunnen volgen. <p>De verminderde zelfredzaamheid is gebaseerd op het feit dat deze mensen voorheen een AWBZ-indicatie kregen. Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor in combinatie met AWBZ-indicaties. Voorspellende indicatoren o.a. leeftijd, inkomen, herkomst, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, aandeel eenpersoonshuishoudens, woningvoorraad</p>
<p>6. angst- en stemmingsproblematiek bestaat uit subgroep 19</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden met een groot risico op angst en stemmingsstoornissen. Basisindicator: mensen die een hoog risico hebben op angststoornissen en depressie. Het gaat hier om de groep die géén indicatie heeft voor begeleiding vanuit de Wmo, maar mogelijk wel in behandeling is voor de problematiek. Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst en omgevingsindicatoren als aandeel arbeidsongeschiktheid in gebied, aandeel ww-ontvangers, aandeel eenpersoonshuishoudens en leefbaarheid.</p>
<p>7. psychiatrische problematiek bestaat uit subgroep 20, 21</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden met een psychiatrische aandoening. Basisindicator: mensen die zelfstandig wonen met een indicatie voor beschermd wonen (ZZPGGZ-C-pakketten) én mensen die voorheen vanuit de AWBZ een indicatie kregen voor de functie (extramuraal) begeleiding vanuit de grondslag Psychiatrie. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst en omgevingsindicatoren als aandeel arbeidsongeschikten in</p>

	een gebied, aandeel eenpersoonshuishoudens, aandeel (meergezins) corporatiewoningen, stedelijkheid van de woonplaats, aanwezigheid van instellingen voor beschermd wonen in de omgeving, leefbaarheid en overlast.
8. niet-aangeboren hersenletsel bestaat uit subgroep 22, 23	De kans op het vóórkomen van mensen die ooit een beroerte hebben gehad en die te maken hebben met psychische en/of fysieke beperkingen, waarvoor zij voorheen werden geïndiceerd vanuit de AWBZ voor zorg en ondersteuning. Basisindicator: de groep die ooit een beroerte heeft gehad, deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden en is geïndiceerd op basis van de grondslagen somatiek, LG (fysiek), PSY of VG. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, arbeidsomgeschiktheid, woningvoorraad.

Subgroep	Definitie
1. dementie, pre-diagnose	De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder in een zelfstandig huishouden met beginnende dementie. Basisindicator: schatting van het totaal aantal mensen met dementie op basis van kentallen Alzheimer Stichting verminderd met het aantal mensen met dementie woonachtig in een instelling en verminderd met het aantal mensen met een indicatie op basis van de grondslag psychogeriatric (PG). Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, aanwezigheid van een instelling in het gebied en aandeel corporatiewoningen in een gebied.
2. dementie gediagnosticeerd, lichte problematiek	De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder in een zelfstandig huishouden met dementie en lichte problematiek. Basisindicator: het aantal mensen die voorheen vanuit de AWBZ op basis van een grondslag psychogeriatric (PG) werden geïndiceerd voor een vorm van begeleiding of ondersteuning. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, aanwezigheid van een instelling in het gebied en aandeel corporatiewoningen in een gebied.
3. dementie gediagnosticeerd, matige problematiek	De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder in een zelfstandig huishouden met dementie en matige problematiek. Basisindicator: het aantal mensen die voorheen vanuit de AWBZ op basis van een grondslag psychogeriatric (PG) werden geïndiceerd voor verblijf in een instelling (ZZP-indicatie). Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, aanwezigheid van een instelling in het gebied en aandeel corporatiewoningen in een gebied.
4. licht verstandelijk beperkt/laaggeletterden, zonder acute problematiek	De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder in een zelfstandig huishouden met een licht verstandelijke beperking en/of laaggeletterdheid. Basisindicator: totale groep volwassenen met een IQ

	tussen de 50 en 85 verminderd met de groep die problemen heeft op het gebied van sociale redzaamheid en/of gedragsproblematiek heeft. Bron: SCP voor schatting Nederland. Ruimtelijke verdeling op basis van o.a. inkomen, opleiding, werkloosheid, bijstandafhankelijkheid en overlast voor deel 'gedragsproblematiek'.
5. licht verstandelijk beperkt/laaggeletterden, beperkt sociaal redzaam	De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder in een zelfstandig huishouden met een licht verstandelijke beperking en/of laaggeletterdheid én problemen op het gebied van sociale redzaamheid. Basisindicator: de volwassenen met een IQ tussen de 50 en 70 en circa 60% van de groep met een IQ tussen de 70 en 85 (bron SCP voor schatting Nederland). Ruimtelijke verdeling op basis van inkomen, opleiding, werkloosheid, bijstandafhankelijkheid en overlast.
6. licht verstandelijk beperkt/laaggeletterden, gedragsproblematiek	De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar en ouder in een zelfstandig huishouden met een licht verstandelijke beperking en/of laaggeletterdheid én gedragsproblematiek. Basisindicator: de volwassenen met een IQ tussen de 50 en 85 die wonen in een gebied met veel werkloosheid, bijstandafhankelijk en overlast (bron SCP voor schatting Nederland). Ruimtelijke verdeling op basis van inkomen, opleiding, werkloosheid, bijstandafhankelijkheid en overlast.
7. matig of ernstig verstandelijk beperkt	De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder met een diagnose 'VG (verstandelijk gehandicapt)' in een zelfstandig huishouden. Basisindicator: mensen die voorheen vanuit de AWBZ een grondslag VG kregen en deel uitmaakten van een zelfstandig huishouden. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, aandeel arbeidsongeschiktheid in gebied, aandeel eenoudergezinnen, aanwezigheid van een VG-instelling in de directe omgeving en leefbaarheid.
8. meervoudige somatische problematiek waaronder gewrichtsklachten én mobiliteitsproblemen	De kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden, met meervoudige somatische problematiek, waaronder gewrichtsklachten. Basisindicator: mensen met meervoudige somatische aandoeningen waaronder minimaal een uit de reeks: chronische gewrichtsontsteking, slijtage van gewrichten, aandoening aan nek, pols of schouder die de volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren: <ul style="list-style-type: none"> - Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen; - 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan. - Staan, bukken en iets van de grond oppakken; Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, leefbaarheid.
9. meervoudige somatische problematiek waaronder incontinentie én mobiliteitsproblemen	De kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden, met meervoudige somatische problematiek, waaronder incontinentie. Basisindicator: mensen met meervoudige somatische aandoeningen waaronder onvrijwillig urine-

	<p>verlies en darmstoornissen die de volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen; - 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan. - Staan, bukken en iets van de grond oppakken; <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, kenmerken bevolking in de buurt.</p>
<p>10. meervoudige somatische problematiek waaronder hartfalen, COPD én mobiliteitsproblemen</p>	<p>De kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden, met meervoudige somatische problematiek, waaronder hartfalen, COPD. Basisindicator: mensen met meervoudige somatische aandoeningen waaronder vernauwing bloedvaten, hartfalen, COPD en/of astma die de volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen; - 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan. - Staan, bukken en iets van de grond oppakken; <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, kenmerken bevolking in de buurt.</p>
<p>11. meervoudige somatische problematiek waaronder hoge bloeddruk, diabetes én mobiliteitsproblemen</p>	<p>De kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden, met meervoudige somatische problematiek, waaronder hoge bloeddruk, diabetes. Basisindicator: mensen met meervoudige somatische aandoeningen waaronder vernauwing hoge bloeddruk en/of diabetes met complicaties die volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen; - 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan. - Staan, bukken en iets van de grond oppakken; <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, kenmerken bevolking in de buurt, leefbaarheid.</p>
<p>12. meervoudige somatische problematiek waaronder huidaandoeningen én mobiliteitsproblemen</p>	<p>De kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden, met meervoudige somatische problematiek, waaronder hoge bloeddruk, diabetes. Basisindicator: mensen met meervoudige somatische aandoeningen waaronder psoriasis en/of chronisch eczeem die volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen; - 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan. - Staan, bukken en iets van de grond oppakken; <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, kenmerken bevolking in de buurt, leefbaarheid.</p>

<p>13. enkelvoudige somatische problematiek én mobiliteitsproblemen</p>	<p>De kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden, met enkelvoudige somatische problematiek. Basisindicator: mensen met een enkelvoudige somatische aandoening die de volgende activiteiten niet of alleen met grote moeite kunnen uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Een voorwerp van 5 kilo (zoals een volle boodschappentas), 10 meter dragen; - 400 meter aan een stuk lopen, zonder stilstaan. - Staan, bukken en iets van de grond oppakken; <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, kenmerken bevolking in de buurt, leefbaarheid.</p>
<p>14. lichamelijke handicap én psychische problemen</p>	<p>De kans op het voorkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden die een lichamelijke handicap hebben én psychische problemen. Basisindicator: mensen die voorheen een indicatie kregen vanuit de AWBZ met een grondslag 'lichamelijke handicap (LG) die ook een groot risico op angst- of stemmingsstoornissen hebben óf die voorheen een combinatie van grondslagen LG, psychiatrie (PSY) of verstandelijk gehandicapt (VG) kregen. Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor in combinatie met de AWBZ. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, woningvoorraad, nabijheid instelling voor LG, kenmerken bevolking in de buurt, leefbaarheid.</p>
<p>15. slechthorend/blind, zelfredzaam</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden die grote moeite hebben met of niet kunnen zien maar die grotendeels zelfredzaam zijn. Basisindicator: als slechthorend gelden mensen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niet of alleen met grote moeite kleine letters in de krant kunnen lezen én - niet of alleen met grote moeite mensen kunnen herkennen op 4 meter afstand. <p>Het betreft mensen die voorheen geen indicatie vanuit de AWBZ kregen. Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor in combinatie met (afwezigheid van) AWBZ-indicaties. Voorspellende indicatoren o.a. leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, leefbaarheid.</p>
<p>16. slechthorend/blind, niet zelfredzaam</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden die grote moeite hebben met of niet kunnen en die verminderd zelfredzaam zijn. Basisindicator: als slechthorenden gelden mensen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niet of alleen met grote moeite kleine letters in de krant kunnen lezen én - niet of alleen met grote moeite mensen kunnen herkennen op 4 meter afstand. <p>Als slechthorend gelden mensen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niet of alleen met grote moeite een gesprek met één persoon kunnen volgen. <p>De verminderde zelfredzaamheid is gebaseerd op het feit dat deze mensen voorheen een AWBZ-indicatie</p>

	<p>kregen. Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor in combinatie met AWBZ-indicaties. Voorspellende indicatoren o.a. leeftijd, inkomen, herkomst, kenmerken bevolking in de buurt, woningvoorraad</p>
17. slechthorend, zelfredzaam	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden die grote moeite hebben met of niet kunnen horen maar die grotendeels zelfredzaam zijn. Basisindicator: als slechthorenden gelden mensen die niet of alleen met grote moeite een gesprek met één persoon kunnen volgen. Het betreft mensen die voorheen geen indicatie vanuit de AWBZ kregen.</p> <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor in combinatie met (afwezigheid van) AWBZ-indicaties. Voorspellende indicatoren o.a. leeftijd, inkomen, herkomst, woningvoorraad, leefbaarheid.</p>
18. slechthorend, niet zelfredzaam	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden die grote moeite hebben met of niet kunnen horen maar die grotendeels zelfredzaam zijn. Basisindicator: als slechthorenden gelden mensen die niet of alleen met grote moeite een gesprek met één persoon kunnen volgen. Het betreft mensen die voorheen een AWBZ-indicatie kregen.</p> <p>Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor in combinatie met (afwezigheid van) AWBZ-indicaties. Voorspellende indicatoren o.a. leeftijd, inkomen, herkomst, kenmerken bevolking in de buurt, woningvoorraad</p>
19. angst- en stemmingsproblematiek	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden met een groot risico op angst en stemmingsstoornissen. Basisindicator: mensen die een hoog risico hebben op angststoornissen en depressie. Het gaat hier om de groep die voorheen géén indicatie kreeg voor begeleiding vanuit de AWBZ, maar mogelijk wel in behandeling is voor de problematiek. Criterium is ontleend aan de Gezondheidsmonitor. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst en omgevingsindicatoren als aandeel arbeidsongeschiktheid in gebied, aandeel ww-ontvangers, aandeel eenpersoons-huishoudens en leefbaarheid.</p>
20. psychiatrische problematiek, verminderde sociale redzaamheid	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden met een psychiatrische aandoening. Basisindicator: mensen die zelfstandig wonen en voorheen vanuit de AWBZ een indicatie kregen voor de functie (extramurale) begeleiding vanuit de grondslag Psychiatrie. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst en omgevingsindicatoren als aandeel arbeidsongeschikten in een gebied, aandeel eenpersoonshuishoudens, aandeel (meergezins) corporatiewoningen, stedelijkheid van de woonplaats, aanwezigheid van instellingen voor beschermd wonen in de omgeving, leefbaarheid en overlast.</p>

<p>21. psychiatrische problematiek, verminderde sociale redzaamheid en gedragsproblematiek</p>	<p>De kans op het vóórkomen van personen van 19 jaar of ouder in een zelfstandig huishouden met een psychiatrische aandoening. Basisindicator: mensen die zelfstandig wonen die voorheen vanuit de AWBZ een indicatie hadden voor beschermd wonen (ZZPPGGZ-C pakketten). Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst en omgevingsindicatoren als aandeel arbeidsongeschikten in een gebied, aandeel eenpersoonshuishoudens, aandeel (meergezins) corporatiewoningen, stedelijkheid van de woonplaats, aanwezigheid van instellingen voor beschermd wonen of GGZ-behandeling in de omgeving, leefbaarheid en overlast.</p>
<p>22. niet-aangeboren hersenletsel met fysieke beperkingen door beroerte</p>	<p>De kans op het vóórkomen van mensen die ooit een beroerte hebben gehad en die te maken hebben met fysieke beperkingen, waarvoor zij voorheen werden geïndiceerd vanuit de AWBZ voor zorg en ondersteuning. Basisindicator: de groep die ooit een beroerte heeft gehad, deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden en is geïndiceerd op basis van de grondslagen somatiek of lichamelijke handicap. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, arbeidsongeschiktheid, woningvoorraad.</p>
<p>23. niet-aangeboren hersenletsel met psychische beperkingen door beroerte</p>	<p>De kans op het vóórkomen van mensen die ooit een beroerte hebben gehad en die te maken hebben met mentale beperkingen, waarvoor zij voorheen werden geïndiceerd vanuit de AWBZ voor zorg en ondersteuning. Basisindicator: de groep die ooit een beroerte heeft gehad, deel uitmaakt van een zelfstandig huishouden en is geïndiceerd op basis van de grondslagen psychiatrie of verstandelijke handicap. Voorspellende indicatoren o.a.: leeftijd, inkomen, herkomst, arbeidsongeschiktheid, woningvoorraad.</p>