



BIJLAGEN

Uitvoeringsprogramma Zorgeconomie 2014-2020

10 juni 2014

- Bijlage 1** HANNN Regioplan Fryslân
- Bijlage 2** Arbeidsmarktonderzoek Zorg en Welzijn Noord-Nederland 2014
- Bijlage 3** Verslag stakeholderbijeenkomst
- Bijlage 4** TNO rapport Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen Friesland

Bijlage I

**Healthy Ageing Network Northern Netherlands
Regioplan provincie Fryslân**



Healthy Ageing Network

Northern Netherlands
Region of Knowledge and Development

Healthy Ageing Network Northern Netherlands Regio-plan provincie Fryslân

2014



Dit Regio-plan is een nadere uitwerking van de activiteiten van het Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN) in Fryslân op basis van de financieringsaanvraag van december 2013.

Na een periode waarin het netwerk is opgebouwd, zal HANNN de komende jaren meer resultaatgericht werken met een speciale focus op:

- Business- en projectontwikkeling
- De maatschappelijke agenda
- Branding en internationalisering
- Bundeling van resources door werkafspraken met partners en afstemming/integratie van programma's.

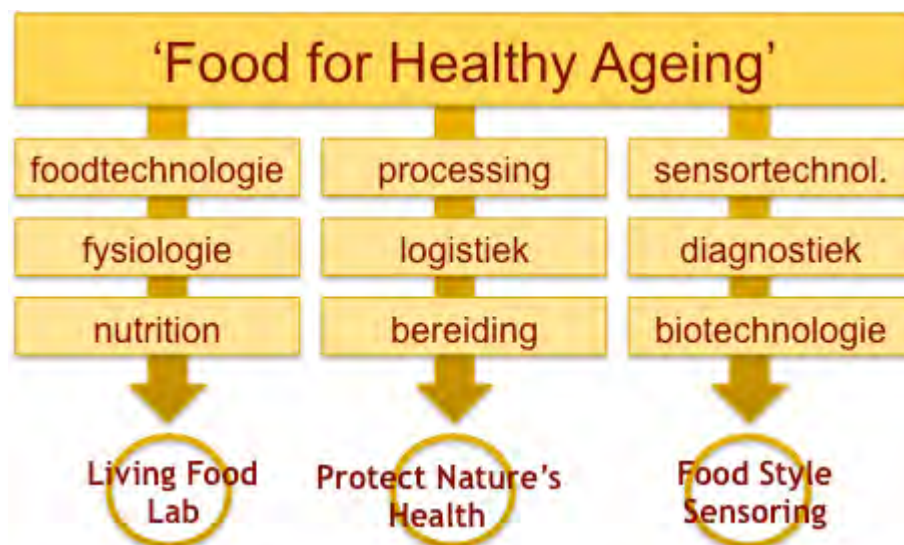
Dit moet in Fryslân in 2014 leiden tot:

- Uitwerking van tenminste 6 concrete, substantiële project ideeën samen met bedrijven, zorgaanbieders, kennisinstellingen, gemeenten en/of corporaties, waarvan minimaal 3 leiden tot businesscases of financieringsaanvragen (met een totale omzet van tenminste 1,5 miljoen euro).
- Deelname van minimaal 20 Friese MKB-bedrijven per jaar aan business- en projectontwikkeling;
- Een groeiend aantal betalende leden, met een hoger aandeel van private financiering voor HANNN activiteiten.
- Ontwikkeling van tenminste 1 proeftuin per jaar

De leden van het HANNN netwerk zijn onder te verdelen in 5 domeinen: Food, Care & Cure, Medical Technology, Life Sciences en Healthy Lifestyle. Voor de activiteiten in Fryslân zal het zwaartepunt liggen op Food, Medische Technologie & Gaming en crossovers met onder andere Healthy Lifestyle en gezondheidseconomie. Maar vanzelfsprekend zullen op elk terrein waar kansen liggen, Friese partijen betrokken worden.

Food

In de vorige periode is de HANNN Food & Nutrition roadmap 'Food for Healthy Ageing' (2013) ontwikkeld. Deze agenda moet Noord-Nederlandse foodbedrijven in staat stellen cross-sectorale samenwerkingsverbanden aan gaan met bedrijven en kennisinstellingen in de andere sectoren op het gebied van 'Food for Healthy Ageing'.



Deze roadmap is opgesteld op basis van themasessies met foodbedrijven en kennisinstellingen, waarbij enerzijds gekeken is naar nieuwe trends en lopende ontwikkelingen en anderzijds naar eigen behoeften. Hier zijn 3 thema's uit gekomen:

1. Living Food Lab – demonstreren van preventief effect van voedsel & voedselpatroon op gezondheid.
2. Protect Nature's Health - Andere technologieën en hulpstoffen die zich richten op het verkrijgen, versterken en aanwenden van natuurlijke gezondheid uit voedsel dat lekker is en gemakkelijk geconsumeerd kan worden.
3. Food Style Sensoring - Intelligente sensoren en technologieën die het mogelijk maken om data te verzamelen en om te zetten in voor keten en consument toegankelijke informatie waarop processen en gedrag kunnen worden aangepast.

In mei 2014 worden vervolgsessies georganiseerd om met onder andere de bij Innexus en FoodCircle betrokken bedrijven en de Noord-Nederlandse kennisinstellingen – Voor Fryslân in het bijzonder Van Hall Larenstein en UCF – om de meest kansrijke projecten te benoemen die onder voornoemde thema's vallen. Deze projecten worden vervolgens met mankracht ondersteund vanuit het HANNN aanjaagbudget, om zo bij het Food for Health symposium op 26 november 2014 een aantal mooie concrete showcases te kunnen presenteren.

Cross overs

Dat de combinatie Gaming, medische technologie en Health succesvol kan zijn, heeft de samenwerking tussen Grendel Games, Limis en het UMCG bewezen toen de laparoscopie-game Underground er eind vorig jaar met twee Dutch Game Awards vandoor ging. De grootste uitdaging voor HANNN is om in het komende jaar vergelijkbare slimme combinaties te scouten, de relevante partijen bij elkaar te brengen, de meest kansrijke projecten aan te jagen en tenslotte de successen te vieren.

- Op 25 april organiseert HANNN in Fryslân een cross-over meeting waarvoor per HANNN-domein (Food, Care & Cure, Medical Technology, Life Sciences en Healthy Lifestyle) 15 sleutelfiguren worden uitgenodigd uit heel Noord-Nederland om die dag actief te zoeken naar samenwerkingsmogelijkheden. De gekozen werkvorm staat garant voor het definiëren van kansrijke project-ideeën. Aan het eind van de sessie worden concrete afspraken gemaakt over welke partijen meewerken aan het vervolg van welk idee, waarbij het HANNN ook deze vervolgtrajecten faciliteert.
- HANNN participeert in het nieuwe gaming-platform van NDC Media om de Noord-Nederlandse gaming-industrie landelijk op de kaart te zetten. HANNN wil hierbij actief zoeken naar matches tussen behoeften vanuit ons netwerk (bijvoorbeeld van MCL, UMCG, partners van ZIF) en het aanbod van NHL, Game Academy, Gameship en het cluster van gamingbedrijven in en rond Leeuwarden. Daarnaast wordt samen met het UCF gekeken naar de mogelijkheid van projectontwikkeling vanuit de eerste twee tranches van diens promotieprojecten op het vlak van medische technologie, serious gaming en gezondheid.
- Tijdens de tweede powersessie georganiseerd door het SNN in het kader van de Regionale Innovatie Strategie voor Smart Specialisation (RIS3) is het idee ontstaan om activiteiten op het terrein van Healthy Lifestyle verder uit te werken onder de noemer *Lifestyle Economics*. Aan tafel zaten onder andere vertegenwoordigers van Limis, IBM Research, SER Noord en de gemeente Ooststellingwerf. HANNN organiseert met alle aanwezigen een vervolgbijeenkomst in april om een investeringsagenda te formuleren dat is opgebouwd op basis van de volgende punten:
 - Wat zijn de maatschappelijke en economische belangen in Noord-Nederland op het vlak van Healthy Lifestyle
 - Welke bestaande activiteiten (binnen Food, Care & Cure, Medical Technology en Life Sciences) kunnen als bouwblokken fungeren van het aanbod dat hoort bij

bovenstaande behoeften. Hierbij willen we nadrukkelijk de combinatie bewegen en lifestyle van Sportstad Heerenveen en initiatieven op het terrein van zorgtoerisme in Súdwest-Fryslân betrekken.

- Bestaan hier witte vlekken en zo ja, wat voor product, dienst of concept zou hiervoor ontwikkeld kunnen worden.

Het bundelen van activiteiten onder de noemer Lifestyle Economics zorgt er enerzijds voor dat cross overs ontstaan op basis van maatschappelijke vraagstukken en anderzijds dat deze activiteiten meer in termen van economische en maatschappelijke waarden worden geformuleerd. Dit sluit aan bij de maatschappelijke agenda van HANNN dat beoogt mede invulling geven aan nieuwe rol van gemeenten, corporaties en gemeenschap in zorg en preventie door kennisinbreng, organisatie, stimuleren van pilots en ontwikkelen van verdienmodellen. Zo ontstaat een concreet aanbod van producten, diensten en concepten die een antwoord geven op deze maatschappelijke vragen.

- Het is van belang de activiteiten van HANNN aan te laten sluiten bij de Uitvoeringsagenda Zorgeconomie van de provincie Fryslân. Als participant van de stakeholderbijeenkomst op 20 maart 2014 willen wij graag ondersteunen bij het scouten, bijeen brengen en ontwikkelen van projecten in het kader van deze uitvoeringsagenda.
- HANNN is onderdeel van het Noord-Nederlandse clusteroverleg (Energy Valley, Sensor Universe, Water Alliance en Greenlinks). In dit overleg is het benoemen van mogelijke cross-overs tussen deze sectoren een vast agendapunt.
- In de afgelopen periode heeft HANNN twee maandelijks business borrels georganiseerd in de provincie Fryslân. Dit zal worden voortgezet in het komende jaar. Om vraag en aanbod binnen het netwerk beter te matchen, zal elke borrel een eigen thema hebben met korte pitches van netwerkliden. In de pitches wordt een concrete vraag of behoefte aan de orde gesteld, of wordt een aanbod gedaan.

Internationalisering

Noord-Nederland is door de Europese Commissie erkend als voorbeeldregio voor het European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Dit heeft onder andere tot gevolg dat andere Europese consortia zich melden voor samenwerking binnen Europese programma's.

- HANNN brengt deze partijen actief in contact met de relevante netwerkliden in Fryslân.
- HANNN ondersteunt Friese initiatieven richting vorming van consortia door binnen het eigen Europese netwerk te zoeken naar relevante partners en als host op te treden voor bijeenkomsten voor noordelijke partners. Dit jaar staan binnen HANNN al 2 Friese Interreg-initiatieven op het programma, en naar verwachting zullen er meer volgen.
- HANNN identificeert kansrijke Europese calls en zal haar leden daar niet alleen over informeren, maar ook actief de vorming van consortia stimuleren en ondersteunen, zodat er meer Europese gelden verworven worden.



Bijlage II

Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn Noord-Nederland 2014

Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn

Noord-Nederland 2014



venturaplus
werkt voor zorg en welzijn

ZORG
PLEIN
NORD



Grootste werkgeversverband
zorg & welzijn Noord-Nederland

Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn Noord-Nederland 2014



INHOUD

Zorg en welzijn tonen karakter	4
Demografie en arbeidsmarkt.....	6
Dalend potentieel arbeidsaanbod.....	7
<i>Regionale verschillen</i>	8
Stijgende zorgvraag	10
Arbeidsmarkt VOV-personeel	12
Afname werkgelegenheid	13
Personeelsoverschotten of –tekorten	13
<i>Verpleegkundigen</i>	15
<i>Verzorgenden, helpenden en zorghulpen</i>	16
<i>Pedagogische kwalificaties</i>	17
<i>Sociaal cultureel werk en maatschappelijke dienstverlening..</i>	19
Vooruitblik	21
Hogere patiënt- en cliëntgebonden functies	22
Hier en nu	24
Straks	25
Oplossingsrichtingen	26
Uitdagingen voor branches	28
Ontwikkeling per branche.....	29
Kansen op de arbeidsmarkt.....	30
<i>Cure</i>	30
<i>Care</i>	31
<i>WJK</i>	32
<i>Voorlichting</i>	33
Er blijft veel personeel nodig.....	34
Bronnen.....	35

A serene landscape featuring a row of bare, golden-brown trees along a body of water. In the background, a house with a dark roof and a red wall is visible. The scene is reflected in the calm water in the foreground. The sky is a mix of blue and orange, suggesting a sunset or sunrise. The text "Zorg en welzijn tonen karakter" is overlaid in the center in a white, sans-serif font, enclosed in a thin white rectangular border.

Zorg en welzijn
tonen karakter

'De zorg is even geen banenmotor' zomaar een kop uit het economiekatern van een landelijke krant (*Ten Have in De Volkskrant 4-12-2013*). Wat is er aan de hand op de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn? Dat de werkgelegenheid minder hard groeit dan de afgelopen jaren, werd voorzien. Maar met een afname van het aantal arbeidsplaatsen in deze sector in Noord-Nederland hadden niet veel mensen rekening gehouden.

We staan aan de vooravond van grote hervormingen, die alle branches in zorg en welzijn raken. Nieuwe wetsvoorstellen liggen klaar om door beide Kamers geloodst te worden. Hoewel organisaties steeds meer brancheoverstijgend samenwerken in ketens van zorg en ondersteuning, zijn de consequenties hiervan nog niet uitgekristalliseerd. Het krachtenveld van gemeenten, traditionele aanbieders van zorg en welzijn en nieuwe toetreders moet zich nog gaan vormen. En misschien worden de spelregels in de tussentijd weer aangepast.

Wat is wijsheid in deze onzekere en dynamische tijden? Achterover leunen en kijken welke kant het opgaat? De strijd om het binnenhalen van voldoende gekwalificeerd personeel lijkt even minder urgent.

Als we beter kijken, en dat doen we in deze arbeidsmarktverkenning, dan blijkt dat gericht arbeidsmarktbeleid ook nu noodzakelijk is. Naast een lichte daling, verwachten we grote verschuivin-

gen in de werkgelegenheid. Gerichte doorstroom en scholing van personeel zijn daarom belangrijke arbeidsmarktstrategieën.

Op dit moment is sprake van ontslagen en vacaturestops. Echter door pensionering en mobiliteit van personeel zal de komende vier jaar een derde van het VOV-personeel vervangen worden. In dit licht blijft het van belang jongeren te stimuleren om een gemotiveerde keuze voor een zorg- of welzijnsopleiding te maken.

Nieuwe ontwikkelingen blijven komen en de markt reageert snel. Het is de kunst om adequaat in te spelen op al deze ontwikkelingen, die ook nog eens op elkaar ingrijpen. Gelukkig leunt onze sector niet achterover. Op allerlei manieren wordt gewerkt aan effectieve arbeidsmarktstrategieën. Hieruit blijkt de kracht van regionale samenwerking: intra- en intersectoraal, met het onderwijs en lokale overheden. Daarmee toont de sector zorg en welzijn karakter!

ZorgpleinNoord en Venturaplus ondersteunen dit graag met raad en daad, onder andere met onze Arbeidsmarktverkenning 2014.

Ida Grasdijk, *Directeur-bestuurder ZorgpleinNoord*
Ine Berkelmans, *Directeur Venturaplus*

The image shows two elderly men in a gym setting. The man on the left, wearing a light-colored polo shirt and khaki shorts, is holding a large yellow exercise ball with both hands. The man on the right, wearing a white patterned polo shirt and dark blue shorts, is gesturing with his hands as if talking or explaining something. A purple exercise ball sits on the green floor between them. The background is a plain, light-colored wall.

Demografie en arbeidsmarkt

In Noord-Nederland werkt ruim één op de vijf inwoners in zorg en welzijn. Wat voor invloed hebben demografische ontwikkelingen, zoals vergrijzing en ontgroening, op deze belangrijke werkgelegenheidssector? Enerzijds neemt het potentiële arbeidsaanbod, de mensen die in zorg en welzijn kunnen werken, af. Anderzijds groeit de behoefte aan zorg en ondersteuning doordat het aantal ouderen toeneemt. Om de zorg betaalbaar te houden wordt geprobeerd om de door de gemeenschap bekostigde vraag naar zorg en ondersteuning af te remmen. Door deze ontwikkelingen neemt naar verwachting de totale werkgelegenheid in zorg en welzijn de komende jaren af in Noord-Nederland (Regioportretten Drenthe, Friesland en Groningen, 2013). Echter, welke gevolgen hebben demografische ontwikkelingen voor de personeelsvoorziening op de langere termijn?

Dalend potentieel arbeidsaanbod

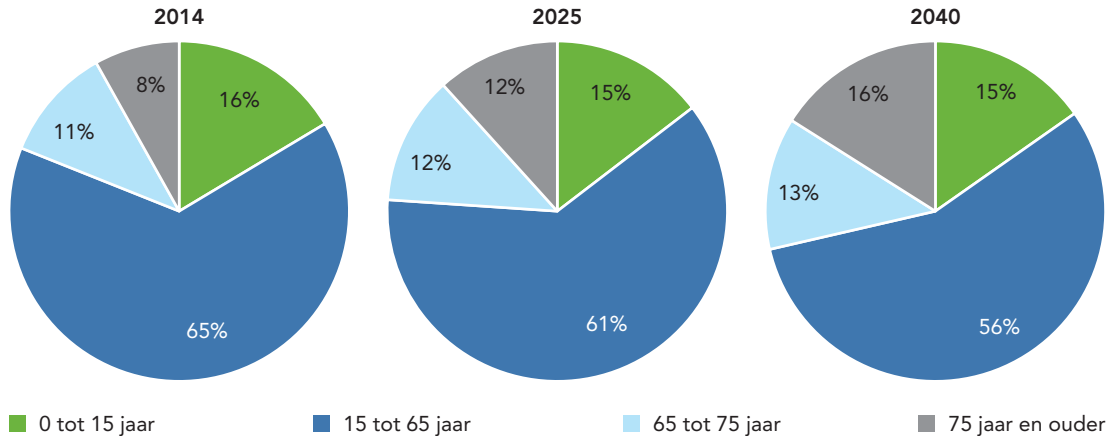
Noord-Nederland krijgt eerder dan de rest van Nederland te maken met de gevolgen van vergrijzing en ontgroening. In 2020 wonen er in het Noorden meer inwoners van 65 jaar en ouder (grijze druk) dan jongeren onder de 20 jaar (groene druk). Landelijk is deze ontwikkeling pas vijf later zichtbaar. Deze veranderende samenstelling van de bevolking is van invloed op de arbeidsmarkt in het Noorden. Het potentiële arbeidsaanbod, de mensen in de leeftijd van 15 tot 65 jaar, is al vanaf 2008 aan het krimpen. Met als gevolg dat de verhouding tussen

de mensen die inzetbaar zijn op de arbeidsmarkt en rest van de bevolking verandert. Figuur 1 laat zien dat het aandeel 15- tot 65-jarigen in de bevolking binnen dertig jaar met bijna tien procent daalt (een verwachte afname van ongeveer 148.000 mensen). Dit effect is nog niet merkbaar op de Noordelijke arbeidsmarkt. De babyboomgeneratie (mensen geboren tussen 1945 en 1955) verlaat het arbeidsproces geleidelijk. Door een krimpende werkgelegenheid als gevolg van de economische crisis leidt deze uitstroom nu (nog) niet tot extra vacatures.

Daarbij groeit het aantal mensen tussen de 15 en 65 jaar (beroepsbevolking) dat zich daadwerkelijk aanbiedt nog; voor de komende zes jaar wordt een groei van 0,3% per jaar verwacht. Begin 2014 telt Noord-Nederland ongeveer 1.110.000 inwoners tussen de 15 en 65 jaar, waarvan 70% twaalf uur of meer werkt of voor twaalf uur of meer actief op zoek is naar werk. Naar verwachting bedraagt dit percentage, de arbeidsparticipatie, in 2020 72% en dan zijn er ongeveer 790.000 inwoners actief op de arbeidsmarkt (Regioportretten Drenthe, Friesland en Groningen, 2013).

Ook het stapsgewijs verhogen van de AOW-leeftijd heeft een positieve invloed op het arbeidsaanbod. Werknemers worden hierdoor gemotiveerd om langer door te werken, waardoor het arbeidsaanbod minder snel afneemt.

Figuur 1 Verwachte samenstelling bevolking Noord-Nederland 2014-2040, bron: CBS/PBL, regionale bevolkingsprognose 2013, gegevens bewerkt door ZorgpleinNoord.



Regionale verschillen

Er zijn provinciale en regionale verschillen. Tabel 1 laat zien dat de provincie Groningen zich gunstiger ontwikkelt dan Drenthe en Friesland. Dit komt voornamelijk door de ontwikkeling van het potentiële arbeidsaanbod in de stad Groningen. Bijna veertig procent van de 15- tot 65-jarigen in de provincie Groningen woont in de stad Groningen en naar verwachting groeit deze groep tussen 2014 en 2025 nog met twaalf procent.

Uit figuur 2 blijkt dat de verhouding tussen het potentiële arbeidsaanbod en de rest van de bevolking in de regio's Eemsdelta*, Oost-Groningen,

Noord- en Zuidoost-Drenthe en Midden- en Zuidwest-Friesland minder gunstig is dan in de rest van Noord-Nederland. Bovendien ligt het gemiddelde opleidingsniveau in deze krimpgebieden lager dan in de steden Groningen, Leeuwarden en Assen. Hoe hoger het gemiddelde opleidingsniveau, hoe hoger de arbeidsparticipatie oftewel het aandeel inwoners van 15 tot 65 jaar dat actief is op de arbeidsmarkt. De arbeidsparticipatie kan in deze gebieden verhoogd worden door met gericht beleid de deelname van specifieke groepen aan de regionale arbeidsmarkt te bevorderen. Denk daarbij aan het creëren van banen met meer uren voor werknemers die in deeltijd werken en het

* De regio Eemsdelta bestaat uit de gemeenten: Delfzijl, Appingedam, Eemsmond en Loppersum.

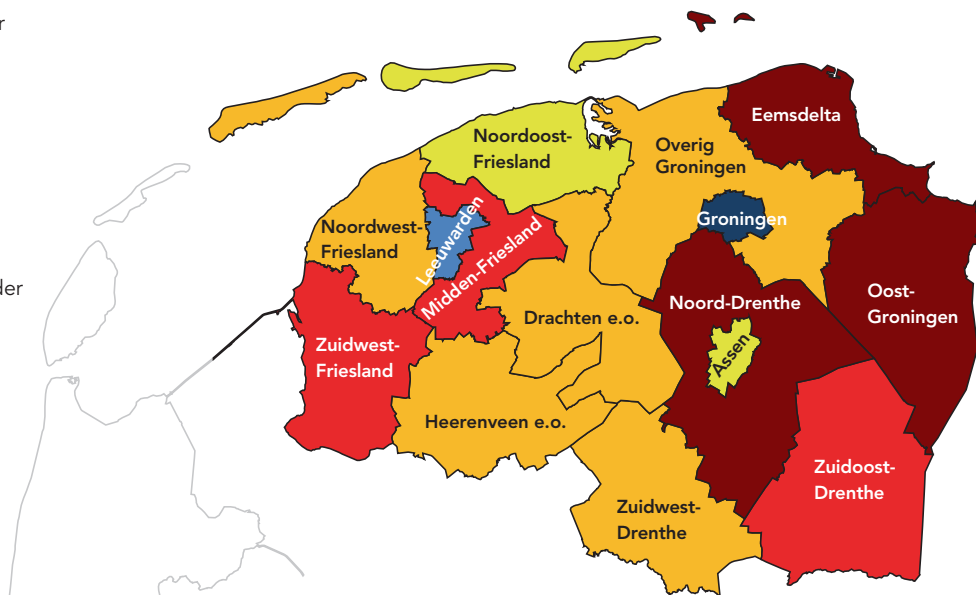
bewust blijven betrekken van 55-plussers en mensen met een uitkering (werkloosheid, bijstand en arbeidshandicap) bij het arbeidsproces.

	Prognose aandeel 15- tot 65-jarigen		
	2014	2025	2040
Drenthe	63%	59%	54%
Friesland	64%	60%	54%
Groningen	67%	64%	60%
Nederland	66%	62%	57%

Tabel 1 Verwachte ontwikkeling aandeel 15- tot 65-jarigen in totale bevolking per provincie 2014-2040, bron: CBS/PBL regionale bevolkingsprognoses 2013, gegevens bewerkt door ZorgpleinNoord.

Figuur 2 Aandeel (%) 15- tot 65-jarigen in totale bevolking naar regio in 2025, bron: CBS/PBL regionale bevolkingsprognoses 2013, gegevens bewerkt door ZorgpleinNoord.

- 65% en meer
- 64%
- 63%
- 62%
- 61%
- 60%
- 59%
- 58% en minder



Stijgende zorgvraag

Ook de zorgvraag wordt beïnvloed door de leeftijdsopbouw van de regionale bevolking. Voor werkgevers in de ouderenzorg, curatieve en langdurig psychiatrische zorg, maatschappelijke dienstverlening en een deel van de gehandicaptenzorg is de stijging van het aandeel 75-plussers van belang. Figuur 1 laat zien dat het aandeel 75-plussers in de bevolking verdubbelt. Vanaf de leeftijd van 75 jaar neemt gemiddeld genomen de vraag naar zorg aanzienlijk toe, vaak door opeenstapeling van lichamelijke, psychische en sociale klachten (Berenschot, 2013 en SCP, 2011). Met de groei van deze groep stijgt de behoefte en daarmee ook de vraag naar zorg en ondersteuning.

Momenteel verwachten werkgevers uit deze branches dat ze de komende vier à vijf jaar nog uit een ruim aanbod van personeel kunnen kiezen als gevolg van economische crisis en hervormingen. Echter, de demografische ontwikkelingen zetten door en bij een krappere wordende regionale arbeidsmarkt en een toenemende (overheidsgefinancierde en/of commerciële) zorgvraag veranderen de verhoudingen op de arbeidsmarkt snel.

Voor werkgevers in kinderopvang, jeugdzorg en een deel van de gehandicaptenzorg hebben deze demografische ontwikkelingen een ander effect. Het aantal kinderen tussen nul en vijftien jaar in Noord-Nederland daalt sneller dan het potentiële arbeidsaanbod. Tussen 2014 en 2020 neemt naar

verwachting het aantal 0- tot 15-jarigen met negen procent en het aantal 15- tot 65-jarigen met twee procent af. Opvallend is het verschil tussen de landelijk gelegen regio's en de steden Leeuwarden en Groningen. Tot aan 2020 groeit hier het aantal jonge stedelingen sneller dan het aantal 15- tot 65-jarigen (CBS/PBL, 2013). De stad Groningen heeft de afgelopen jaren steeds meer inwoners uit de regio aan zich weten te binden en blijft door de vele woningbouwprojecten ook aantrekkelijk voor jonge gezinnen (Huisman e.a., 2013).

Tussen 2025 en 2030 begint het aantal kinderen weer voorzichtig te groeien in Noord-Nederland met een groei van vier procent tussen 2025 en 2040. In de regio's rondom de steden, Midden-Friesland, Noord-Drenthe en Overig Groningen, groeit naar verwachting het aantal jongelingen met meer dan tien procent tussen 2025 en 2040. Men verwacht dat jonge gezinnen in deze periode er weer voor kiezen om net buiten de stad te gaan wonen. In de krimpgebieden van Groningen en Friesland neemt het aantal kinderen verder af (CBS/PBL, 2013).



Meer arbeidsmarktinformatie per provincie vindt u in de Regioportretten Zorg en Welzijn 2013. De digitale versie van deze publicaties vindt u op onze websites: www.zorgpleinnoord.nl en www.venturaplus.nl.



Arbeidsmarkt voor
VOV-personeel

Het Verpleegkundig, Opvoedkundig (agogisch) en Verzorgend personeel (VOV-personeel) is de grootste groep werknemers die in cliëntgebonden functies werkt in zorg en welzijn. In Noord-Nederland bestaat 63% van het totaal aantal werknemers, van het laagste mbo-niveau tot gespecialiseerde hbo-functies, hieruit (Regioportretten Drenthe, Friesland en Groningen, 2013). De afgelopen jaren groeide deze groep werknemers gestaag. Werkgevers werden erop gewezen dat door toenemende vergrijzing in Noord-Nederland tekorten aan VOV-personeel zouden ontstaan. De verwachting was dat de vraag naar zorg en ondersteuning sneller zou toenemen dan het aanbod van personeel. Maar hoe ziet de arbeidsmarkt er de komende jaren uit onder invloed van hervormingen van de langdurige zorg en ondersteuning, de decentralisaties naar de gemeenten en de beperkingen van uitgavengroei in de *cure*? Dit hoofdstuk geeft een eerste impressie van de gevolgen hiervan voor het VOV-personeel in Noord-Nederland op basis van regionale arbeidsmarktprognoses (zie toelichting in kader op pagina 14).

Afname werkgelegenheid

Vanaf 2013 tot en met 2017 neemt naar verwachting de werkgelegenheid voor het VOV-personeel in Noord-Nederland met bijna vierduizend werknemers af. De grootste daling wordt verwacht onder de helpenden en zorghulpen. Naar verwachting hebben werkgevers in 2017 35% minder

mensen van deze groep in dienst. Daarentegen neemt de werkgelegenheid voor verpleegkundigen in alle drie de Noordelijke provincies toe. Naar verwachting groeit vooral de vraag naar hbo-verpleegkundigen; met 6% in Groningen, 8% in Drenthe en 9% in Friesland. Deze extra vraag van werkgevers wordt ondermeer veroorzaakt door de extra financiële middelen die beschikbaar komen voor het aanstellen van wijkverpleegkundigen (Regioportretten Drenthe, Friesland en Groningen, 2013).

Personeeloverschotten of -tekorten

Leidt de verwachte afname van de werkgelegenheid voor het VOV-personeel in Noord-Nederland tot een ruime arbeidsmarkt, behalve voor verpleegkundigen? Een situatie waarin werkgevers met gemak hun vacatures kunnen vervullen en veel gekwalificeerden voor zorg en welzijn niet aan het werk komen. Dit kan aan de hand van deze informatie niet gezegd worden. Naast de uitbreidingsvraag van werkgevers zijn er meer factoren van invloed op het ontstaan van een overschot of tekort aan personeel. Organisaties hebben altijd te maken met een zekere vervangingsvraag onder hun personeel; werknemers die de organisatie verlaten vanwege pensionering, het vinden van een andere baan, scholing, arbeidsongeschikt of ontslag. De vervangings- en uitbreidingsvraag vormen samen de wervingsbehoefte: het aantal nieuwe werknemers dat aangenomen wordt. Daartegen-

Regionale arbeidsmarktprognoses:

Onderzoeksbureau E,til heeft in het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) regionale prognoses opgesteld voor het VOV-personeel voor de periode 2013-2017. Daarin zijn aannames gedaan over de beschikbare financiële middelen zorg en welzijn. Deze aannames zijn gebaseerd op de volgende akkoorden:

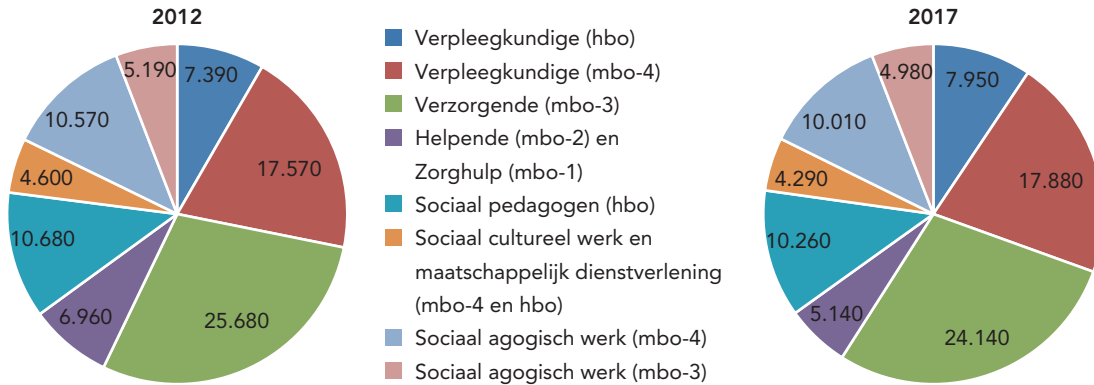
- Begroting Rijksoverheid 2013 (het zogenaamde Lenteakkoord)
- Regeerakkoord van kabinet Rutte II
- Kamerbrief langdurige zorg naar aanleiding van het zorgakkoord
- Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 met ziekenhuizen
- Onderhandelingsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg

Belangrijkste afspraken:

- Terugdraaien van intensiveringgelden voor de psychiatrische en gehandicaptenzorg.
- M.i.v. 2015 versobering van de aanspraak op huishoudelijke hulp (korting van 40%).
- Kerndeel AWBZ (Wlz) wordt landelijke voorziening voor intramurale ouderenzorg en gehandicaptenzorg.
- De extramurale verzorging en begeleiding vallen per 2015 onder de Wmo.
- Beperking groeipercentages voor de curatieve zorg (1,5% in 2014 en 1% in 2015- 2017).
- Bezuiniging op de overheidsbijdrage voor de kinderopvang.
- Nieuwe jeugdwet m.i.v. 2015, met budgetkorting die oploopt tot 15% in 2017 t.o.v. budget in 2012.
- Minder middelen voor welzijn en maatschappelijk dienstverlening door bezuinigingen op het Gemeentefonds.

over staat de nieuwe instroom van werknemers die zich aanbieden op de arbeidsmarkt, vanuit het onderwijs, vanuit een andere sector of regio en vanuit een uitkeringssituatie. Per kwalificatie wordt aangegeven of er de komende jaren een personeelstekort of -overschot wordt verwacht.

Figuur 3 Samenstelling VOV-personeel naar kwalificatie (aantal werknemers) Noord-Nederland in 2012 en prognose voor 2017, bron: 2013, E,til bewerking ZorgpleinNoord.



Figuur 3 laat voor Noord-Nederland zien hoe het aantal werknemers zich per kwalificatie of groep van kwalificaties ontwikkelt tussen 2012 en 2017. Een toename van werknemers in 2017 duidt op een (positieve) uitbreidingsvraag van werkgevers. Als het aantal werknemers daalt, neemt de totale vraag van werkgevers naar verwachting af; de uitbreidingsvraag is dan negatief.

Verpleegkundigen

Voor verpleegkundigen geldt dat de wervingsbehoefte naast uitbreidingsvraag, vooral uit uitstromend personeel bestaat dat de komende jaren vervangen moet worden. Uit figuur 4 blijkt dat de instroom uit het onderwijs op de Noordelijke arbeidsmarkt voor werkgevers op beide niveaus

De sociaal pedagogen bestaan uit werknemers met een hbo-opleiding sociaal pedagogische hulpverlening of pedagogiek. In de groep sociaal cultureel en maatschappelijke dienstverlening zitten werknemers met de volgende kwalificaties: sociaal cultureel werker (mbo-4 en hbo), hbo maatschappelijk werk en dienstverlening en sociaal maatschappelijke dienstverlening (mbo-4).

niet voldoende is om de wervingsbehoefte mee in te vullen. Er bieden zich ook verpleegkundigen aan die niet werkzaam zijn in zorg en welzijn, bijvoorbeeld vanuit een uitkering of andere sector. Bij hbo-verpleegkundigen ontstaat een klein overschot van gemiddeld bijna 100 werknemers per jaar. De vervangingsvraag bij mbo-verpleeg-

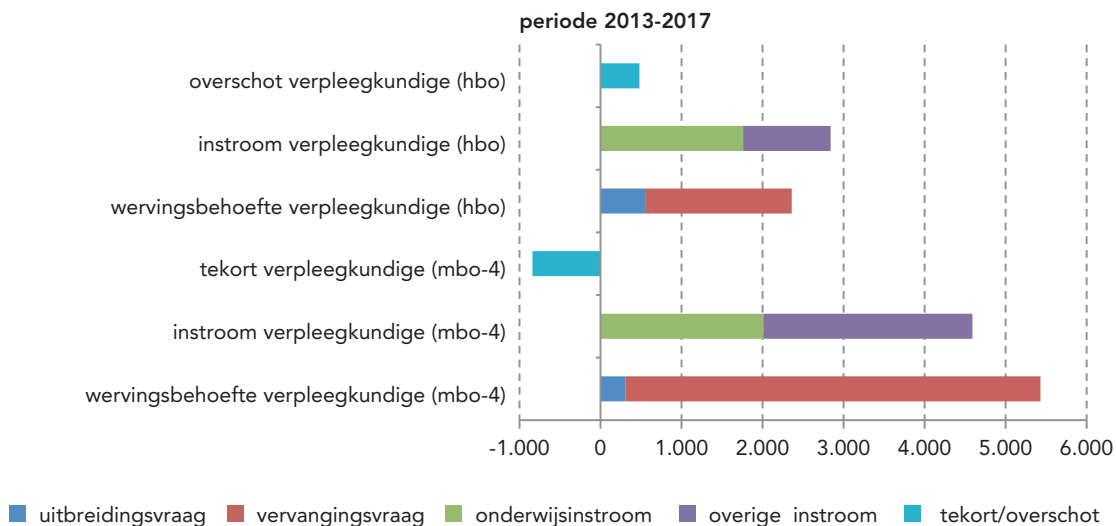
kundigen is dusdanig groot dat er rekening gehouden moet worden met een tekort van gemiddeld ongeveer 170 werknemers per jaar. Per saldo krijgt Noord-Nederland naar verwachting te maken met een tekort aan verpleegkundigen. Een knelpunt voor werkgevers, dat cijfermatig gezien verholpen kan worden met zijinstroom en op- en omscholing vanuit andere kwalificaties. In de provincie Groningen zal dat minder nodig zijn; het tekort aan mbo-verpleegkundigen wordt opgevangen door een overschot aan verpleegkundigen op hbo-niveau. Voor Friesland wordt voor beide opleidingsniveaus

een tekort aan verpleegkundigen verwacht; bijna 300 werknemers in totaal in de periode 2013-2017.

Verzorgenden, helpenden en zorg hulpen

Voor verzorgenden, helpenden en zorg hulpen krimpt de werkgelegenheid de komende jaren, zie ook negatieve uitbreidingsvraag in figuur 5. De grootste krimp wordt verwacht in 2015, het jaar waarin de hervormingen in de langdurige zorg (naar verwachting) worden doorgevoerd. Het aantal mensen dat vanuit een opleiding op de arbeidsmarkt instroomt in de jaren 2013-2017, kan

Figuur 4 Discrepanties verpleegkundigen (in aantal werknemers) Noord-Nederland periode 2013-2017, bron: 2013, E,til bewerking ZorgpleinNoord.



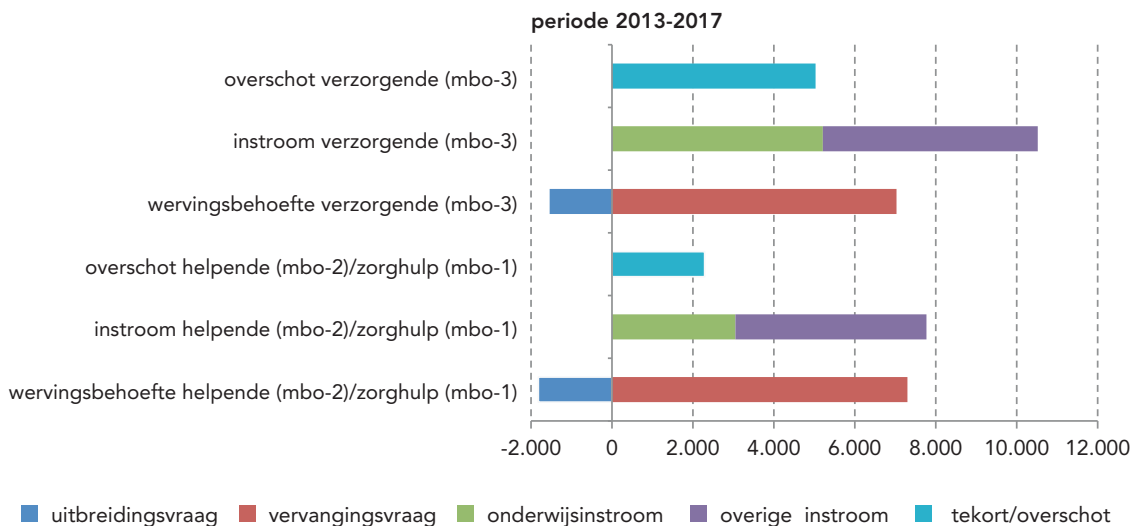
niet het aantal mensen vervangen dat uitstroomt uit organisaties in Noord-Nederland. Door een krimpende werkgelegenheid en een redelijke instroom vanuit andere posities (dit kunnen mensen zijn die eerder hun baan verloren hebben) ontstaan er overschotten aan personeel. In absolute aantallen is het personeeloverschot voor verzorgenden het grootst (1.000 werknemers gemiddeld per jaar). Echter het personeeloverschot aan helpenden en zorg hulpen is in verhouding tot het aantal werkzame mensen in deze kwalificaties veel groter. Voor helpenden lijkt de arbeidsmarkt

(cijfermatig gezien) in Friesland en Groningen meer in balans, er ontstaat zelfs een klein tekort. Echter hierbij dreigt mogelijk verdringing door verzorgenden, die op hun eigen niveau moeilijk een baan vinden. De verwachting is dat Drenthe te maken krijgt met de grootste overschotten (gemiddeld ruim 400 werknemers per jaar) aan verzorgenden.

Pedagogische kwalificaties

Het arbeidsmarktperspectief voor noorderlingen met een diploma pedagogiek, sociaal pedagogi-

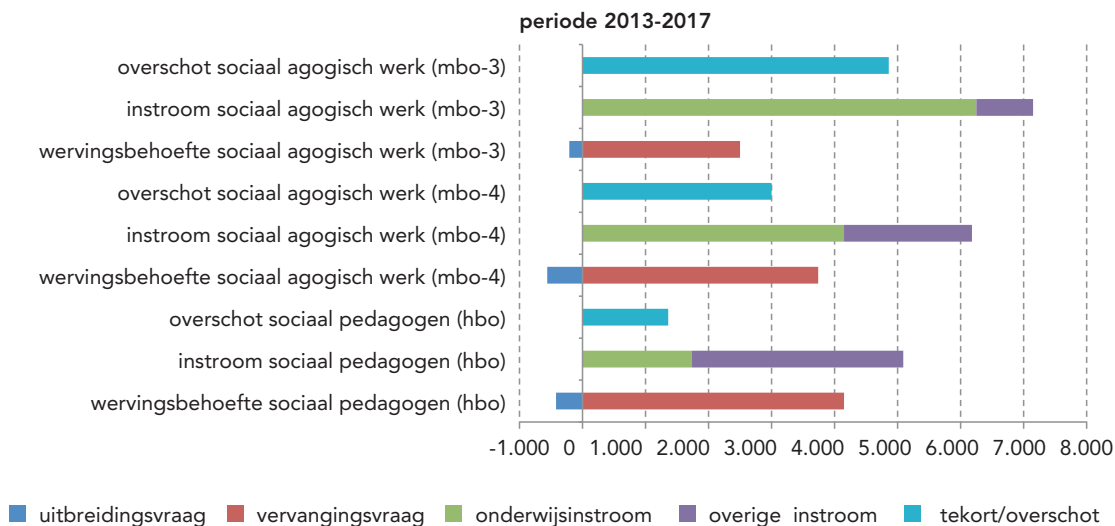
Figuur 5 Discrepanties verzorgenden en helpenden en zorg hulpen (in aantal werknemers) Noord-Nederland periode 2013-2017, bron: 2013, E,tíl bewerking ZorgpleinNoord.



sche hulpverlening of sociaal agogisch werk lijkt de komende jaren ongunstig vanwege een afnemende vraag van werkgevers en het ontstaan van een overschot aan personeel. Toch zijn er per opleidingsniveau verschillen. Voor de sociaal agogische werkers (mbo-3), veelal werkzaam in de kinderopvang, stromen (te) veel nieuwe werknemers in vanuit het onderwijs. Ruim tweeënhalf keer zoveel als werkgevers in het Noorden aan vervangingsvraag hebben. Deze verhouding is voor de sociaal agogische werkers van een niveau hoger gunstiger. Voor de sociaal pedagogen (hbo) is de instroom

vanuit het onderwijs een stuk kleiner dan de vervangingsvraag. Kijkend naar het afzonderlijke arbeidsmarktperspectief van de pedagogische kwalificaties wordt het kleinste personeelsoverschot verwacht bij de groep sociaal pedagogen in de provincie Groningen (gemiddeld 2% per jaar ten opzichte van het aantal werknemers in deze kwalificaties in 2012). In Friesland wordt absoluut en in verhouding tot het aantal werkzame personen de grootste onderwijsuitstroom aan sociaal agogische werkers (mbo-3) verwacht: 700 nieuwe mensen gemiddeld per jaar. Ook in Groningen is dit aantal

Figuur 6 Discrepanties pedagogische kwalificaties (in aantal werknemers) Noord-Nederland periode 2013-2017, bron: 2013, E,til bewerking ZorgpleinNoord.



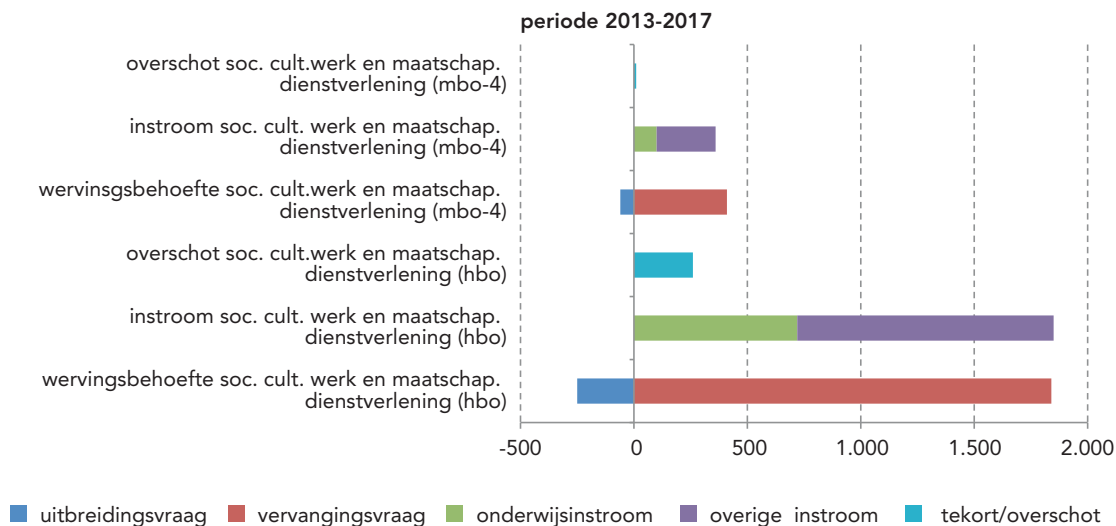
fors met ongeveer 450 nieuwe mensen gemiddeld per jaar. In Drenthe stromen uit het onderwijs in verhouding meer sociaal agogisch opgeleiden (mbo-4) (gemiddeld 250 werknemers per jaar in de periode 2013-2017) de arbeidsmarkt op.

Sociaal cultureel werk en maatschappelijke dienstverlening

Het aantal werknemers dat in Noord-Nederland in een sociaal culturele functie of de maatschappelijke dienstverlening werkt, is klein ten opzichte van de andere VOV-kwalificaties. In figuur 7 zijn de

kwalificaties op hbo- en mbo-niveau afzonderlijk te zien. Het personeeloverschot voor sociaal agogische werkers van het mbo is moeilijk zichtbaar door het kleine aantal. Voor de provincie Groningen wordt zelfs een tekort verwacht, dat wegvalt tegen het personeeloverschot in Friesland en Drenthe voor deze groep. De afname van de vraag van werkgevers (negatieve uitbreidingsvraag) voor de groep sociaal cultureel werkers en maatschappelijke dienstverlening op hbo-niveau is van gelijke omvang als het voorspelde personeeloverschot. Mocht de werkgelegenheid in de branche welzijn

Figuur 7 Discrepanties sociaal cultureel werk en maatschappelijke dienstverlening (in aantal werknemers) Noord-Nederland periode 2013-2017, bron: 2013, E,til bewerking ZorgpleinNoord.



PAST DE
ZORG BIJ
JOU?

DOE DE TEST OP
WWW.LJENDEZ.ORG



*verlief in de zorg -
leer vaak je beter van*

EEN WERELD
ZONDER
ZORG



en maatschappelijke dienstverlening de komende jaren minder krimpen, gelijk blijven of misschien zelfs toenemen, dan is er sprake van een redelijk arbeidsmarktperspectief voor de sociaal cultureel en maatschappelijke werkers op hbo-niveau. Gezien de huidige ontwikkelingen zoals de extramuralisering, is het niet ondenkbaar dat welzijnsorganisaties in de eerstelijns ondersteuning een grotere rol krijgen. Meer werkgelegenheid voor deze groep gaat naar verwachting (door krimpende budgetten) ten koste van andere veelal pedagogische kwalificaties op hbo- en mbo-4 niveau. Denk daarbij aan de decentralisatie van taken die nu door instellingen voor gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg of jeugdzorg worden verzorgd.

Vooruitblik

Er ontstaat in de periode 2013 tot en met 2017 een overschot aan VOV-personeel in Noord-Nederland van gemiddeld meer dan drieduizend medewerkers per jaar. De grootste discrepanties doen zich voor op de lagere opleidingsniveaus (mbo-1, -2 en -3). Het personeeloverschot voor kwalificaties op mbo niveau 4 en hbo-niveau is in verhouding kleiner, aan mbo-verpleegkundigen wordt zelfs een tekort verwacht. De vraag blijft of na de hervormingen en grootste budgetbeperkingen in zorg en welzijn, de wervingsbehoefte van werkgevers voor deze kwalificaties nog verder afneemt? Ondanks de andere inrichting van de zorg, groeit het aantal ouderen en daarmee ontstaat ook een grotere zorgvraag in Noord-Nederland. Tegelijkertijd leidt vergrijzing van de beroepsbevolking tot een toenemende vervangingsvraag, ook op de lagere opleidingniveaus. Het blijft daarom belangrijk om mensen op te leiden voor zorg en welzijn.

In het volgende hoofdstuk komt het arbeidsmarktperspectief van hoger en meer gespecialiseerd personeel aan bod. Het laatste hoofdstuk geeft per branche weer waar de kansen liggen om de arbeidsmarktdiscrepanties te verkleinen in komende (dynamische) jaren.

◀ *De theatervoorstelling 'Een wereld zonder zorg' toert langs Friese scholen om jongeren te interesseren voor werken in de sector zorg en welzijn.*

A healthcare professional in a white lab coat and a student in a green top are practicing resuscitation on a medical mannequin lying on a hospital bed. The student is using a manual resuscitator (Ambu-bag) over the mannequin's face, while the professional guides her. The mannequin has ECG leads attached to its chest. The background shows a blue wall with 'mci' logos and a power outlet.

Hogere patiënt- en cliëntgebonden functies

Het vorige hoofdstuk schetste de ontwikkelingen in vraag en aanbod van VOV-personeel op mbo- en hbo-niveau. Zij vormen bijna tweederde van het totaal aantal mensen dat in zorg en welzijn werkt. In dit hoofdstuk gaat het om hoger opgeleid personeel met patiënt- en cliëntgebonden functies, de gespecialiseerde verpleegkundigen en het paramedisch en medisch personeel. Naast inhoud, onderscheiden deze beroepsgroepen zich in omvang en homogeniteit van het VOV-personeel. De beroepsgroepen verzorgend, verplegend en agogisch personeel zijn groot in omvang. De medewerkers zijn veelal breed inzetbaar, eventueel met geringe bijscholing. Voor de meer specialistische verpleegkundige en (para)medische functies zijn per beroepsgroep in aantal veel minder mensen nodig. Eén of enkele van deze medewerkers zijn vaak ge-

noeg voor het verzorgen van een bepaalde vorm van zorg. Ontbreken zij, dan kan deze zorg niet geleverd worden. Het zijn daarom 'kritische functies'. In totaal vormen zij ongeveer twintig procent van het totaal aantal medewerkers in zorg en welzijn.

Voorbeelden van kritische functies

- Onvoldoende OK-verpleegkundigen betekent dat chirurgen niet kunnen opereren en operatiekamers gesloten worden.
- Als een huisarts in een dorp met pensioen gaat, kan dit tot gevolg hebben dat de huisartspraktijk vervalt voor de dorpsgemeenschap.
- Zonder gynaecoloog kunnen in een ziekenhuis geen bevallingen plaatsvinden.

Regionale arbeidsmarktgegevens voor hogere patiënt- en cliëntgebonden functies ontbreken, omdat:

- de aantallen per onderscheiden beroepsgroep te klein zijn om op regionaal niveau betrouwbare uitspraken te doen;
- verpleegkundig specialisten niet te onderscheiden zijn binnen de categorie verpleegkundigen van het VOV-personeel;
- medewerkers voor deze beroepsgroepen op nationaal, soms internationaal, niveau opgeleid en geworven worden;
- capaciteitsplanning voor een groot aantal van deze beroepen op nationaal niveau plaatsvindt;
- een relatief groot deel van deze groep niet in loondienst werkt. Data uit registratiebestanden gekoppeld aan werknemersverzekeringen (bijvoorbeeld SSB-banen of PGGM), en ook de werknemersenquête uit het onderzoeksprogramma AZW zijn hierdoor niet bruikbaar.

Hier en nu

Omdat door tekorten in kritische functies hele werkprocessen kunnen stagneren, is het van groot belang inzicht te hebben in (toekomstige) tekorten. Hiervoor beschikken we over verschillende informatiebronnen. In de eerste plaats kunnen we naar de ervaringen bij de werving van specifieke beroepsgroepen kijken. Welke vacatures zijn moeilijk te vervullen? In de Noordelijke provincies zijn dit op dit moment huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters, gezondheidszorgpsychologen en gespecialiseerde verpleegkundigen. De vacaturegraad voor medisch specialistische functies wordt op landelijk niveau gemeten door

Medisch Contact. In het eerste kwartaal van 2013 waren er in totaal 1.199 vacatures voor medisch specialisten. Tabel 2 geeft een overzicht van de meest gevraagde specialisaties.

Helaas worden de aantallen vacatures niet afgezet tegen het aanbod van medisch specialisten in de gevraagde disciplines en de snelheid waarmee vacatures vervuld worden. Wel wijst het Medisch Contact erop dat regio, arbeidsvoorwaarden van de functie en specifieke eisen (bijvoorbeeld een 'superspecialisatie' of aanvullende eisen als Pools kunnen spreken) een probleem kunnen zijn bij het vervullen van vacatures. Het Medisch Contact noemt als voorbeeld dat niet iedereen bereid is

	aantal vacatures	omvang beroepsgroep	vacatures/100 leden
1 specialist ouderen geneeskunde	430	1514	28,4
2 psychiater	201	3360	6,0
3 huisarts	95	12042	0,8
4 SHE-arts	74	345	21,4
5 arts verstandelijk gehandicapten	47	205	22,9
6 kinderarts	40	1560	2,6
7 internist	31	2234	1,4
8 obstetrist/gynaecoloog	23	1096	2,1
9 revalidatiearts	19	519	3,7
10 chirurg	18	1415	1,3
mdl-arts	18	457	3,9

Tabel 2 Top 10 vacatures medisch specialisten, bron: Arbeidsmarktmonitor eerste kwartaal 2013, Medisch Contact, nr. 29/30 p. 1539.

naar verre streken te verhuizen, maar ook binnen Nederland ervaren we verschillen. Het is moeilijker hoger opgeleiden naar het Noorden te trekken en de plattelandsgebieden zijn het minst in trek.

Voor sommige beroepsgroepen zijn summier regionale gegevens beschikbaar. Het NIVEL publiceert bijvoorbeeld informatie over huisartsen,

Waarom werken in Drenthe?

'De stap van het Westen naar Drenthe is voor ons een enorme uitdaging, omdat hier veel meer ruimte is om onze toekomst vorm te geven. Ik wil graag een eigen praktijk starten (...). Voor mijn man is het heel erg leuk, omdat hij (...) ook een eigen zaak zou kunnen beginnen.' Evelyn van der Molen, een huisarts die een Drentse praktijk overneemt.

Uit: *Sfeerimpressie Kom proefwerken in de zorg in Drenthe 2013* (youtube.nl).

verloskundigen, fysio- en oefentherapeuten. In de Noordelijke provincies is ongeveer zeven procent van de huisartsen ouder dan zestig jaar. In totaal werken er ongeveer achthonderd huisartsen (742 fte). Ervan uitgaande dat huisartsen op 65-jarige leeftijd met pensioen gaan, betekent dit dat er de komende vijf jaar ruim vijftig hun praktijk beëindigen (www.zorgatlas.nl, 2011, NIVEL, 2011).

Straks

Beter is niet af te wachten tot er tekorten ontstaan, maar deze te voorspellen. Op nationaal niveau prognosticeert het Capaciteitsorgaan de behoefte aan medisch en verpleegkundig specialisten. De informatie hiervoor wordt aangeleverd door regionale onderwijs- en opleidingsregio's. Dit wordt vertaald in opleidingscapaciteit. Zeker voor de medische specialismen is de opleidingstijd lang. Het is dus van belang tijdig de toekomstige behoefte in kaart te brengen.

Het ROA prognosticeert voor de periode 2013-2018 vraag en aanbod van alle beroepsgroepen en opleidingsniveaus voor heel Nederland. Zij verwachten vooral knelpunten bij het vervullen van vacatures voor medische beroepen. Ook in enkele paramedische beroepen zullen tekorten optreden, zoals hbo-radiologen, hbo-voeding, medisch analisten en laboranten. Naarmate een beroep meer beroepsspecifieke expertise vereist, zijn de knelpunten moeilijker op te lossen. Mede door de beperking van de vergoedingen voor fysio- en oefentherapie worden voor hbo-(fysio)therapie geen tekorten verwacht. Opvallend is dat er tekorten worden verwacht in pedagogische beroepen, zoals docenten in medische en verzorgende vakken en pedagogen (ROA, 2013).

Oplossingsrichtingen

Zoals gezegd is het van belang ontwikkelingen in de vraag naar hoger opgeleiden tijdig te onderkennen. Op organisatieniveau kan met behulp van strategische personeelsplanning ingeschat worden wanneer bepaalde specialismen vacant komen. Bij verwachte personeelstekorten kan taakherschikking een optie zijn. Dan creëer je functies waarvoor wél personeel te vinden is. Inmiddels is veel ervaring opgedaan met het afsplitsen van taken van medisch specialisten naar *nurse practitioners* en *physician assistants*. Dit biedt ook aantrekkelijke loopbaanperspectieven voor hbo-verpleegkundigen.

Om te voorkomen dat werkprocessen stagneren, is het daarnaast van belang acties richting de aanbodzijde van de arbeidsmarkt te ontplooiën. ZorgpleinNoord en Venturaplus hebben daarom een voorlichtingsaanbod voor havo- en vwo-scholieren ontwikkeld. Omdat veel geneeskundestudenten gedurende hun studie hun keuze voor een specialisatie definitief maken, wordt ook voorlichting aan hen gegeven.

Voor het aantrekken van hoger opgeleiden voor Noord-Nederland is het imago van de regio relevant. Noord-Nederland heeft een moderne zorg- en welzijnssector. Mede door de geringe bevolkingsdichtheid van het gebied loopt het Noorden voorop met Healthy Ageing, technologische

ontwikkelingen, ketenzorg en gebiedsgerichte zorg- en welzijnsactiviteiten. Het is zaak dit onder de aandacht te brengen van hoger opgeleiden elders in het land. In 2013 heeft ZorgpleinNoord samen met Marketing Drenthe de campagne *Kom proefwerken in de zorg in Drenthe* georganiseerd. 21 Hoger opgeleiden uit het hele land hebben tijdens deze campagne meegelopen met collega's in Drenthe. Ook met regiomarketing Oost-Groningen werken we samen.

Voor het aantrekken van zorgprofessionals voor het Noorden is het ook van belang dat eventuele partners een baan kunnen vinden. Om deze reden worden contacten onderhouden met werkgevers(organisaties) in andere arbeidsmarktsectoren.

Ten slotte kunnen zorg- en welzijnsorganisaties samenwerken bij het opleiden van personeel. Zo hebben de Noordelijke ziekenhuizen afspraken gemaakt over aantallen op te leiden verpleegkundig specialisten en de arbeidsvoorwaarden bij het werven van personeel. Op deze manier zorgen ze voor voldoende opgeleid personeel en vermijden ze dat ze het personeel bij elkaar 'wegkopen'.

Proef het
ambitieuze
LEVEN
van Drenthe

Ministerij Provincie Drenthe is mede gefinancierd
door het Europese Fonds voor Regionale Ontwikkeling en
Samarbeidingsverband Noord-Nederland, Noord-Nederland



**ZORG
SPECIALIST
worden in
Drenthe?**



Schrijf je in!

Proef het werken in de zorg op 1 en 2 november

Wij zijn op zoek naar HBO en WO werknemers in de zorg en huisartsen. Ervaar zelf op 1 en 2 november hoe het is om te werken en te leven in Drenthe en kom proefwerken.

John Smit, specialist ouderengeneeskunde

'Toen ik onze huisarts vertelde van onze verhuizing naar Drenthe zei hij: "Daar zullen jullie kinderen blij mee zijn, want die puffes voor de astma kun je laten staan. De lucht is daar veel zuiverder. Wil je weten hoe het is om te werken en te leven in Drenthe, bekijk dan mijn filmpje.'

drenthe.nl/proefwerken

Drenthe

A photograph showing a group of emergency medical technicians (EMTs) and paramedics gathered around a yellow ambulance. Two men in high-visibility green jackets are looking at a medical monitor. A woman in a red jacket is also visible. The scene is outdoors, likely at a training site. The text 'Uitdagingen voor branches' is overlaid on the image.

Uitdagingen voor branches

AME

Voor werkgevers in zorg en welzijn breken uitdagende jaren aan. De impact van de stelselwijziging in de langdurige zorg, de nieuwe jeugdwet en de participatiewet is groot en met onzekerheden omgeven. Hoe ziet de definitieve wetgeving eruit? Hoe gaan gemeenten straks de ondersteuning, begeleiding en jeugdzorg organiseren? Betreden nieuwe en/of commerciële zorgaanbieders de markt? Ontstaan er nieuwe beroepsprofielen?

In dit hoofdstuk schetsen we de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de verschillende branches en de kansen die deze bieden voor strategische arbeidsmarktactiviteiten.

Ontwikkeling per branche

Op basis van beschikbare financiële middelen (zie ook kader op pagina 14) kan inzicht gegeven worden in de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de verschillende branches. De werkgelegenheid in zorg en welzijn in Noord-Nederland daalt in de periode 2013-2017 naar verwachting met ruim vijfduizend werknemers (gemiddeld duizend medewerkers per jaar). Figuur 8 laat de verschillen per branche zien.

De werkgelegenheid in de *cure*, waarin de branches ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en medische praktijken vallen, blijft ongeveer hetzelfde. De uitbreidingsvraag van de eerstelijns

Figuur 8 Aantal werknemers naar branche in Noord-Nederland in 2012 en prognose 2017, bron: E,til bewerking ZorgpleinNoord.



praktijken en overige zorg is iets groter dan de afname van werknemers in de ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg. Voor de care, met daarin de branches verpleging, verzorging en thuiszorg en gehandicaptenzorg, neemt de werkgelegenheid af. Dit is een gevolg van de hervormingen in de langdurige zorg en ondersteuning, de extramuralisering en krimpende budgetten. Het aantal werknemers in welzijn en maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang (WJK), krimpt naar verwachting het sterkst. De al ingezette daling van de werkgelegenheid in WJK zet de komende jaren door. Naar verwachting heeft de kinderopvang de grootste klap gehad, vanaf 2016 groeit de uitbreidingsvraag weer voorzichtig (AZW landelijke prognoses VOV-personeel, 2013).

Kansen op de arbeidsmarkt

De komende tijd is er sprake van een complexe situatie op de Noordelijke arbeidsmarkt voor zorg en welzijn. Dit heeft niet alleen met bezuinigingen en stelselwijzigingen in de sector te maken. Het Noorden, vooral de plattelandsgebieden, heeft moeite om hoger opgeleid gespecialiseerd (para)medisch personeel aan zich te binden. Een groot aantal van hen werkt in kritische functies. Bij het niet invullen van deze functies kan bepaalde zorg niet geleverd worden. Om- en opscholing is vaak lastig vanwege de vergaande specialisatie. Onder de grote, breder opgeleide groep VOV-personeel dreigt juist een personeeloverschot te ontstaan,

waarbij de lager gekwalificeerden het hardst worden getroffen. Juist voor deze laatste groep zijn minder uitwijkmogelijkheden in de sector zelf. Op de achtergrond spelen ontwikkelingen als vergrijzing en bevolkingskrimp, die in het Noorden eerder en sterker optreden. Straks hebben we een groot deel van deze mensen, ook degenen die we nu moeten laten gaan, hard nodig om goede zorg en ondersteuning te leveren aan de inwoners in Noord-Nederland. Het identificeren van knelpunten op de arbeidsmarkt en creatief arbeidsmarktbeleid is daarom van groot belang.

Cure

Rekenkundig gezien krijgt de curatieve zorg in Noord-Nederland de komende jaren niet met grote arbeidsmarktdiscrepanties te maken. Toch zijn er knelpunten op de arbeidsmarkt in deze deelsector:

- Het niet of onvoldoende kunnen invullen van hoger opgeleide gespecialiseerde (para)medische en tevens kritische functies. In het vorige hoofdstuk is een aantal oplossingsrichtingen aangedragen, waaruit blijkt dat samenwerking tussen organisaties, onderwijs en zelfs andere bedrijfssectoren essentieel is om werken en wonen in Noord-Nederland te promoten.
- De lagere bevolkingsdichtheid van Noord-Nederland leidt naar verwachting tot een grotere differentiatie tussen de basiszorg, de zorg in perifere ziekenhuizen en/of op behandellocaties en (hoog)gespecialiseerde psychia-

trische en ziekenhuiszorg (Offers, 2013). Dit heeft gevolgen voor de competenties en de mate van specialisatie van verpleegkundigen. Onderwijs en werkveld werken nauw samen om het beroepsprofiel van verpleegkundigen te actualiseren, zowel in het initieel onderwijs als voor het bij- en omscholingsaanbod. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat een brede opleiding een goede basis biedt voor een leven lang leren en verdere specialisatie.

Arbeidsmarkteffectrapportage:

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het consortium Panteia, Seor en E,til opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de arbeidsmarkteffecten van stelselwijzingen in de langdurige zorg en ondersteuning. Dit resulteerde in een rapportage waarbij twee scenario's centraal staan. In het eerste doelgroepenscenario worden sociale wijkteams beperkt ingezet en blijft de huidige branchestructuur zo goed als overeind. Het tweede, integratiescenario gaat uit van grote wijkteams die zoveel mogelijk zorg zelf uitvoeren met een aantal specialisten op de achtergrond. De ondervraagde zorgaanbieders verwachten dat de meeste gemeenten eerst insteken op het doelgroepenscenario, maar dat het integratiescenario op de lange termijn wenselijker is vanwege mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering en kostenbesparing (Panteia, Seor en E,til, 2013).

Care

Voor de verpleging, verzorging, thuiszorg en gehandicaptenzorg zijn 2014 en vooral 2015 spannende jaren. Naar verwachting krijgt de thuiszorg een grotere rol wanneer gemeenten kiezen voor het organiseren van zorg, ondersteuning en begeleiding volgens het integratiescenario. In het doelgroepenscenario met meer ruimte voor specifieke deskundigheid zullen de gemeenten ook meer een beroep doen op de gehandicaptenzorg, jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg (Panteia, Seor en E,til, 2013). Door extramuralisering ontstaat afwaardering en leegstand van vastgoed van organisaties uit de care. De financiële gevolgen hiervan kunnen een nog grotere afname van werkgelegenheid tot gevolg hebben. Daarbij is nog onduidelijk of en welk effect de koppeling van extramurale persoonlijke verzorging aan de aanspraak op wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet heeft op de werkgelegenheid voor verpleegkundigen en verzorgenden. Welke oplossingsrichtingen zijn er om arbeidsmarktdiscrepanties te verkleinen?

- De vraag naar verpleegkundigen in de thuiszorg (zoals de wijkverpleegkundige) groeit naar verwachting met gemiddeld twee procent per jaar in Nederland in de periode 2013-2017. Het arbeidsaanbod groeit onvoldoende mee, waardoor tekorten ontstaan (AZW landelijke prognoses VOV-personeel, 2013). Oplossingen kunnen gevonden worden in mobiliteit van verpleegkundigen uit gehandicaptenzorg en

geestelijke gezondheidszorg, het opscholen van verzorgenden of het omscholen van pedagogisch en sociaal-maatschappelijk gekwalificeerden. Ook een vorm van *jobcarving* waarbij verzorgenden werkzaamheden van verpleegkundigen overnemen, biedt uitkomst.

- Het aandeel inwoners van 75 jaar en ouder groeit in Noord-Nederland. Hierdoor neemt het aantal mensen toe dat vanwege een lichamelijke of aan dementie gerelateerde aandoening persoonlijke verzorging ontvangt thuis of in een instelling. Deze vorm van verzorging die samenhangt met verpleging (Kamerbrief VWS, 6-11-2013), maakt dat de vraag naar verzorgenden in de toekomst eerder zal gaan stijgen dan dalen zoals de komende drie jaar. Ondanks het tijdelijke personeelsoverschot blijft het belangrijk om deze groep duurzaam inzetbaar te houden voor de Noordelijke arbeidsmarkt.
- De verwachte personeelsoverschotten onder zorghulpverleners en helpenden zijn fors en binnen de sector zijn weinig uitwijkmogelijkheden. Desalniettemin leveren deze professionals waardevolle ondersteuning. De vraag is of mantelzorgers en vrijwilligers uit de buurt dit werk overnemen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verwacht dat een deel van deze werkzaamheden wordt overgenomen door het private domein (Kamerbrief VWS, 25-10-2013). Vanuit goed werkgeverschap kunnen werkgevers in gezamenlijkheid

en overleg met nieuwe aanbieders onderzoeken hoe hun werknemers kunnen doorstromen naar dit domein.

WJK

Welke kansen zijn er voor de deelsector WJK, die qua afname van werkgelegenheid de komende jaren naar verwachting het sterkst getroffen wordt?

- Het is goed mogelijk dat de welzijnsbranche een grote rol gaat spelen in de zorg en ondersteuning in wijk en dorp. De functie van (buurt)-maatschappelijk werker vormt in het integratiescenario een onderdeel van de 'gouden driehoek' samen met de huisarts en wijkverpleegkundige (Panteia, Seor en E,til, 2013). Daarbij is de gemiddelde leeftijd in de branche hoog, waardoor de vervangingsvraag de komende jaren verder toeneemt. In dit licht is het belangrijk om professionals aan de sector te binden, ook als momenteel het perspectief op een vaste baan gering is. Vier welzijnsorganisaties en ZorgpleinNoord zochten de oplossing in een transitie van baanzekerheid naar werkzekerheid. Zij hebben een *pool* voor maatschappelijk werkers in Groningen en Drenthe opgericht. De medewerkers uit deze *pool* zetten zij in op tijdelijke werkzaamheden. Organisaties behouden zo de opgebouwde deskundigheid en de medewerkers houden perspectief op werk.
- Het effect van de nieuwe jeugdwet (en daarbij horende budgetkorting) wordt waarschijnlijk in

de periode 2015-2017 zichtbaar. Recent (kamerbrief VWS, 5-12-2013) is bekend geworden dat het budget voor gemeenten gemiddeld genomen iets minder krimpt, waarbij gemeenten met een groter beroep op jeugdzorg meer budget krijgen. Noord-Nederland kent regionale verschillen wat betreft de aanwas van jongeren; in de stad Groningen en Leeuwarden blijft deze groep groeien, in tegenstelling tot de plattelandgebieden. Per saldo krimpt het aantal jongeren in Noord-Nederland, de effecten hiervan op de werkgelegenheid zijn waarschijnlijk sterker dan de stelselwijziging.

- In het begrotingsakkoord van 2014 is afgesproken om de eigen bijdrage voor kinderopvang voor de midden en hogere inkomens te verlagen. Dit zou in combinatie met een aantrekkelijke werkgelegenheid onder ouders de vraag naar kinderopvang in het Noorden en daarmee de krimp van de werkgelegenheid kunnen verzachten. Dan nog blijft het aantal jongeren dat in het Noorden (vooral in Friesland) wordt opgeleid voor sociaal agogisch werk (mbo-3) erg hoog. Op de hogere opleidingsniveaus liggen er, mede door kwaliteitsbevorderingen in deze branches (kamerbrief SZW, 1-12-2013) meer kansen. Belangrijk is om de groep ingestroomde jongeren in een opleiding sociaal agogisch werk (mbo-3) te stimuleren om door te leren.



Voorlichting

Goede voorlichting, voor de start van een beroepsopleiding en zeker ook tijdens de opleiding, is belangrijk. Al krimpt de werkgelegenheid in zijn totaliteit enigszins, de vervangingsvraag in alle zorg- en welzijnsberoepen blijft groot. Voor sommige beroepen is voorlichting extra belangrijk om te voorkomen dat bepaalde functies niet vervuld worden, waardoor een hele keten van zorg bedreigd wordt.

Om kinderen te enthousiasmeren voor het werk in zorg en welzijn, hebben ZorgpleinNoord en Venturaplus voorlichtingsprogramma's voor het basis- en voortgezet onderwijs ontwikkeld. Het uitstellen van de keuze voor een specifiek beroep is ook een manier om de aansluiting met de arbeidsmarkt te verbeteren. Het mbo-onderwijs biedt brede basisopleidingen voor helpende zorg en welzijn (mbo-2) en medewerker maatschappelijke zorg (mbo-3 en -4). Hierdoor zijn er meer mogelijkheden om jongeren op verschillende plekken stage te laten lopen en dus met meer vormen van zorg en ondersteuning kennis te laten maken. Ook biedt het een stevige basis om tijdens de loopbaan, eventueel ondersteund met scholing, te *switchen* tussen disciplines.

Er blijft veel personeel nodig

In deze arbeidsmarktverkenning schetsen we de recente ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn. In tegenstelling tot voorgaande jaren worden eerder personeelsoverschotten dan –tekorten voorspeld. De zorg werd lange tijd als banenmotor gezien. Hierdoor kozen jongeren en zijinstromers vaker voor opleidingen in zorg en welzijn. Tezamen met een dalende werkgelegenheid leidt dit op de korte termijn tot personeelsoverschotten.

Echter, uit deze verkenning van de Noorderlijke arbeidsmarkt blijkt tevens dat ongeveer een derde van het VOV-personeel de komende vier jaar wordt vervangen. En ook aan hoger opgeleiden bestaan tekorten. Op korte en lange termijn blijven dus veel mensen nodig in zorg en welzijn. Dat houdt in dat we moeten doorgaan met voorlichten en opleiden, aandacht voor duurzame inzetbaarheid en de inzet van gerichte om-, bij- en nascholing. Uiteraard afgestemd op de specifieke situatie op de arbeidsmarkt in Noord-Nederland en in samenwerking met werkgevers (ook buiten de sector), onderwijs en overheid.

Bronnen

- Campen, van C.(red) (2011). *Kwestbare ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013, voor medische, tandheelkundige, klinisch technologische, geestelijke gezondheid- en aanverwante (vervolg) beroepen*. Utrecht.
- Castelijns, Eveline, Kollenburg, Annick van en Wine Meerman (2013). *De vergrijzing voorbij*. Utrecht: Berenschot.
- Centraal Bureau van de Statistiek (CBS)/Planbureau voor de Leefomgeving (PBL). *Regionale bevolkingsprognose 2013-2040*. Maatwerk door Centraal Bureau van de Statistiek.
- Croonen, Heleen en Robert Crommentuyn (2013). Vertrekken of Pools leren. In: *Medisch Contact*, nr. 29/30, 18 juli 2013, p 1538-1539.
- E,til in opdracht van Regioplus (2013):
 - Regioportret Drenthe, Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2013 (red.: ZorgpleinNoord)
 - Regioportret Friesland, Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2013 (red.: Venturaplus)
 - Regioportret Groningen, Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2013 (red.: ZorgpleinNoord)
- Huisman, Corina, Jong, Andries de, Duin, Coen van en Lenny Stoeldraijer (2013). *Regionale prognoses 2013-2040, Vier grote gemeenten blijven sterke bevolkingstrekkers*. Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) en Planbureau voor de Leefomgeving (PBL).
- Kamerbrief Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1 december 2013). *Een betere basis voor peuters*. Den Haag.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (25 oktober 2013). *Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning*. Den Haag.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (6 november 2013). *Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (5 december 2013). *Meer financiële duidelijkheid voor gemeenten inzake overheveling budget jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering*. Den Haag.
- NIVEL (2011). Geraadpleegd november 2013 op www.nivel.nl/databank.
- Offers (2013). *Trends in zorg en welzijn in Noord-Nederland*. In: *ZorgpleinNoord Magazine*, oktober 2013.
- Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (2013). *Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2013-2017*. Zoetermeer: Panteia, Seor en E,til.
- Panteia, Seor en E,til (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ, Eindrapport Onderzoeksfase 1*. Zoetermeer.
- ROA (2013). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2018*. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt.
- www.zorgatlas.nl (2011). Geraadpleegd november 2013 op <http://www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/huisartsenzorg/aanbod/percentage-huisartsen-ouderdan-60-jaar>.

Colofon

"Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn Noord-Nederland 2014" is een gezamenlijke uitgave van stichting ZorgpleinNoord en stichting Venturaplus.

Auteurs:

Karin Doornbos

Ellen Offers

Beeld en Fotografie:

Eric Snelleman (omslag en pag.4)

Frank Muller voor *Zorg in Beeld* (pag.6)

Huizumerhof van Talant (pag.12)

Theatervoorstelling 'Een wereld zonder zorg' (pag.20 en pag.33)

Medisch Centrum Leeuwarden (pag.22 en pag.28)

Vormgeving en drukwerk:

Koninklijke Van Gorcum, Assen

Voor een digitale versie van deze publicatie en de Regioportretten Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2013 per provincie verwijzen wij u naar de websites:

www.zorgpleinnoord.nl en www.venturaplus.nl.

Zolang de voorraad strekt kunt u een extra exemplaar van deze uitgave aanvragen.

Publicatie uit dit werk is toegestaan, mits de bron wordt vermeld.

ZORG
PLEIN
NORD



Grootste werkgeversverband
zorg & welzijn Noord-Nederland

 venturaplus werkt voor zorg en welzijn



Bijlage III

Verslag stakeholdersbijeenkomst

21 maart 2014

Bijlage Verslag stakeholderbijeenkomst 21 maart 2014

Clustering uitkomsten werkconferentie

Definitie zorgeconomie

Accent zorg of economie

- deel van de economie gerelateerd aan zorg
- Zorgeconomie= zorgbudget
- Zorgeconomie <-> zorg = economie
- containerbegrip: geld voor de zorg. Zorg is essentieel voor de economie.
- Zorg is wat mij betreft een onderdeel van de economie
- Zorg en economie hebben direct met elkaar te maken. Indien geen zorgvraag -> geen economie.
- Zorgeconomie: niet zorgen voor de economie. Economie in dienst van de zorg
- Zorg is een van de belangrijkste sectoren in de economie. Dynamisch tussen vraag& aanbod in de sector zorg & welzijn
- Op zoek gaan naar vernieuwende samenwerkingsverbanden, waardoor ontwikkeling op het gebied van zowel zorg als economie meer samenhang krijgt.
- Zorg = essentieel voor de economie. Zorgeconomie op zichzelf bestaat niet
- Zorgeconomie is het punt waar zorg en economie elkaar raken. Het maakt dus deel uit van de economie en van de zorg. Het gaat ook over betaalbaarheid en beschikbaarheid van de juiste zorg.
- Zorg is zich bewust van haar economische functie. De economie erkent de toegevoegde waarde van de zorg.
- Economie = vraag en aanbod (ook vrijwillige diensten). Zorgeconomie -> MKBA (maatschappelijke kosten baten analyse). Vraagstukken: hart - €. Balans of iets laten prevaleren?
- Zorgeconomie: kracht en verbinding, trekker van de economie in Friesland

Samenwerking zorg-economie

- Kwalitatief goede zorg binnen de huidige economische mogelijkheden. Met de gehele branche innovatief en duurzaam te werk gaan en kansen en mogelijkheden benutten.
- (een economie van de) zorg die goed is in alle opzichten: in geleverde kwaliteit (goede zorg door goede mensen) en in financieel opzicht
- Zorgeconomie is een stelsel van publieke en private partijen die over en weer en gezamenlijk diensten en goederen uitruilen. Gezondheid en welzijn zijn daarbij belangrijke elementen.
- toepassing van economische principes/ uitgangspunten met behoud van goede zorg. Is zinnige, zuinige zorg (€€€€)
- Innoveren om kwaliteit en beschikbaarheid van zorg binnen beperkte middelen mogelijk te maken (marktpartijen betrekken)
- Een gezond evenwicht tussen zorgvraag en beschikbaarheid en verdeling van schaarse middelen
- Zorgeconomie: integrale benadering van de zorgsector waarbij economische principes helpen bij het vinden van oplossingen. Voor mij is zorgeconomie een dynamisch begrip.
- Betaalbare oplossingen gericht op de vraag van gebruikers

- Het nodige met het nuttige (opbrengst) verbinden). Datgene wat als feit (krimp, veroudering) omzetten in maatschappelijk verantwoord verdienmodel.
- Marktmodel voor vraag en aanbod in/ naar zorg op basis van vrije keus
- Het inverdienvermogen van de zorg met als doel bedrijvigheid rond zorg te bevorderen
- De verbinding tussen 'hard' en 'zacht', tussen 'geven en nemen' en met 1 doel de mens centraal
- Structuren voor de bekostiging van de maatschappelijk nodige zorg
- De verbinding tussen kennis, geld, vraag van 'burgers' met als doel bevordering/ handhaving welzijn van mensen
- Op een slimme wijze middelen en zorgbehoefte aan elkaar verbinden
- Publiek private samenwerking (zorg/welzijn, bedrijven, kennisinstellingen en burgers) om te komen tot innovaties

Geen idee/ abstracte term

- (afstemmen vraag/aanbod) moeite met definiëren vanuit patiënt geredeneerd
- Ik heb daar geen enkele concrete beelden bij
- Lastige term: vraag/ behoefte en aanbod samensmeden
- Er is geen definitie: er is zorg en economie
- verbindingen in de zorg, marktwerking in de zorg, abstracte term
- begrip uit systeemwereld wat over het zorgsysteem gaat. Met zaken als vraag en aanbod. Leeft niet in de leefwereld, abstract.

Zorg accent

- Veel keus aan kwalitatief goede en prettige zorg in de buurt/ regio en voor veel mensen een zinvolle dag (inclusief werk/ banen)
- het geheel aan activiteiten in de zorgsector waarbij het streven is deze sector zo effectief en efficiënt mogelijk te organiseren
- kwalitatief hoogwaardige zorg voor een lage prijs
- Collectieve middelen inzetten voor zorg, werkgelegenheid en scholing
- het verhelderen van complexe (zorg)vraagstukken en deze betekenisvol verbinden aan de juiste mensen, diensten en producten.
- Het bi elkaar brengen van vraag en aanbod op het gebied van zorg. Nu erg aanbodgericht. De klant moet centraal en dus op maat bediend worden. Economische modellen ontwikkelen vanuit die filosofie is zorgeconomie. Ook T/R -> echte economische kans
- Regie bij individu, zorg voor elkaar
- Verzelfstandiging van de klant. Je lot in eigen hand nemen
- Zorgeconomie betekent voor mij dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen en ingepast in hun leven zorg krijgen/ nemen die zij nodig hebben
- Zorgeconomie is doelmatig inzetten van schaarse middelen om kwalitatieve zorg te borgen en toegankelijk te houden
- Schaarste van middelen in combinatie met toename van (zorg)vraag moet niet leiden tot schaarste van kwaliteit.

Healthy aging

- evenwichtig, duurzame afstemming tussen vraag en aanbod binnen zorg, preventie, met name healthy lifestyle (zorgkosten naar beneden, leeftijd, economie omhoog)

- Maatschappelijke en economische impact door ontwikkeling en implementatie van producten, diensten en concepten die bijdragen aan langer gezond en actief participeren in de samenleving
- Deel van de economie die zo klein mogelijk moet zijn/ worden door levenslange gezondheid zo veel/ zo vroeg mogelijk te bevorderen.
- Zorg + economie = new Healthcare concepten en die hebben we nodig
- De economie van gezondheid waarbij zorg een afgeleide is. Health als uitgangspunt, investeren in gezondheid voor iedereen waar nodig zorg bieden in een nieuwe vorm

Werkgelegenheid

- Werkgelegenheid en toegevoegde waarde die ontstaat door
 1. de zorgfunctie in de breedte (rijksbudgetten)
 2. de ontwikkeling en vermarkting van producten en diensten m.b.t. zorg en HA (stuwend)

Rol provincie

- Facilitator: van innovaties, van bijeenbrengen van partijen, kaders, financiën, afstemming en samenwerking tussen regio's en stakeholders organiseren, faciliteren van processen, faciliteren in de brede zin (van organiseren tot aanboren van financiering). De initiatieven moeten komen uit de mienskip, organisaties, bedrijven en kennisinstellingen
- Initiatieven vanuit verschillende partners aan elkaar binden/ verbinden/ samenhang realiseren/ speerpunten (t.b.v. innovaties), clustering stimuleren. Verbinding met kennis van oplossingen in andere regio's/ provincie/ landen.
- Zorg dat regionaal/ bovenregionaal kennis/ kunde/netwerken goed worden gedeeld en gespreid en stimuleren goede organisatiekracht in de regio.
- Bevorderen van agendasetting: samen optrekken richting Europa, 'sterk' maken voor gezamenlijke regionale agenda m.b.t. innovatie en ondernemerschap. Regionale verankering biedt kansen voor Europese subsidies t.a.v. onderzoek. Gezamenlijke speerpunten voor het Noorden en bevorderen van participatie van MKB-zorgpartijen-kennisinstellingen. Bevorderen afstemmen beleidsagenda provincie op noordelijke, nationale en Europese strategie. Samen met Groningen en Drenthe optrekken en projecten, living labs, broedplaatsen aanwijzen waar in een realistische omgeving geëxperimenteerd kan worden met nieuwe zorgconcepten en opleidingen over de grenzen van de domeinen.
- De provincie is het platform voor regionale binding/ ontwikkeling.
- Spreekbuis en lobby: de provincie kan fungeren als 'spreekbuis'. Verbinding met andere overheden: rijk, andere provincies, gemeenten, Europa. Lobby richting Den Haag: denkt alleen/ voornamelijk verstedelijkt. Vervolgens hier op sturen en voor vechten (bijvoorbeeld verdwijnen van kleine lokale voorzieningen en opstellen goede (integrale) visie ontwikkelen op rurale (zorg)vraagstukken.
- Beschikbare middelen slim inzetten: niet vanuit versnippering maar verbinding, leveren van investeringsgeld, 1 loket op subsidiegebied (WFF, FFIV, OP-Efro, Interreg, weg vinden naar geld, stimuleren door \$,financiële mogelijkheden (mee) zoeken om samenwerking en innovatie mogelijk te maken, nieuwe ontwikkelingen/ kansen financieel ondersteunen, risicokapitaal voor nieuwe producten/ trajecten

- Provincie af en toe in de regierol: sterk wisselend beleid bij individuele gemeenten. Regierol ook op voorzieningenniveau.
- Aanjager van initiatieven/ initiëren/ planvorming/ inspirator/ concretiseerder
- Partner/ meedenkend/ bemiddelaar/ uitvoerder
- -Erende taken: stimuleren, coördineren, motiveren, signaleren, experimenteren.
- Visie ontwikkelen vanuit bijdragen diverse partijen.
- Onderzoek
- Dienstbaar/ ondersteunen/ voorwaardenscheppend
- Richting geven/ uitdagen/ vaart erin houden/
- Aanvalsplan zorg en wonen: collectieve aanpak, inzicht en besef in belangen en problemen van betrokken partijen, strak doelgericht geregisseerd, gedragen uitkomsten en resultaten, financiering voorwaardelijk. Doel: inzicht in problematiek en uitvoering van oplossingsgerichte acties en instrumenten.
- € en koffie.

Droom zorg economie 2030

(Lang) thuis blijven wonen

- Zolang mogelijk kunnen thuis wonen met zorg als het nodig is, noodzakelijke infrastructuur, vervoer/ winkels.
- Langer thuis, oplossingen dichtbij huis, innovatieve oplossingen, preventie (langer leven)
- Een situatie waarin veel mensen thuis wonen en waarbij met en door de inzet van technische middelen en breed/hoog opgeleide vakmensen taakherschikking geen issue is en snel wordt gereageerd op de benodigde behoeften. Dat met gelijkblijvende kosten en hogere effectiviteit
- Noflik thus wenje
- Van jong tot oud actief en gezond en tot op hoge leeftijd kunnen blijven gezien van de eigen omgeving (zorg voor landschap, landschap voor zorg)
- Langer thuis wonen, zorg op afroep – quantified self – domotica – slimme ict toepassingen
- Weinig instellingen: oude' instituten zijn vervaagd/ bestaan niet meer. Meer mensen ontvangen zorg thuis direct of indirect. De zorgkosten voor de BV Nederland zijn lager, maar de mensen zijn gezonder en kunnen zelfstandiger leven.

€/ budget

- Zorgbudget flexibel maken door persoonsgebonden invulling. De een wil meer betalen voor voeding dan de ander.
- In 2030 minder verschillende budgetten per functie maar 1. Resultaatgerichte financiering, 2. Regie bij klant en daardoor meer echte marktwerking 3. meer vertrouwen, minder regels.
- Voldoende middelen in een betere conjunctuur dan nu. Kleinschaligheid. Veel 'particulier' initiatief (coöperaties). Voor ieder bereikbaar (geen tweedeling op basis van financiële positie)

Relatie burger - samenleving

- Zelfredzame burgers voor wie het kan. Zelfredzame maatschappij voor wie het niet zelf kan organiseren.

- Burger centraal en om zich heen hulpverleners, financier, netwerk, samenleving
- Passend bij de Friese 'mienskip': verbinden en buiten de huidige kaders randvoorwaardelijk. 80% helpt de 5% en vice versa
- Burger is mobiel en participeert in zijn/haar sociale omgeving. Mede mogelijk gemaakt door happy aging met happynology!
- Participerende burgers, coöperaties, eigen initiatief, eigen baas, uitdaging om nieuwe oplossingen toe te passen. Dynamisch systeem van belonen. Er is zicht hoe gedrag te veranderen.
- Verbinding: elkaar versterken. Kwetsbare mensen doen ook mee. Zoveel mogelijk maken met beperkte middelen. Innovatie mogelijk maken door te investeren in vernieuwing en pilots.
- Burgers zijn zelf verantwoordelijk en kiezen zelf (direct of verzekerd). Er is alleen last ressort.
- Blij mens centraal. Natuur/ vrije tijd/ werk -> voorkomen -> chiropractor, voedingsdeskundige, homeopathie, massages. Mee (leren) leven via patiëntenverenigingen, verpleegkundige voor hulp met chronische aandoening. Repareren: wijkcentrum voor check-up, huisarts voor pluis-niet pluis, spoedzorg in de buurt, ambulances, specialisten, verpleegkundigen

In balans

- Zorg economie 2030 in balans (zorg, welzijn, overheid, onderwijs& onderzoek, ondernemers/ business): niet bruto nationaal product maar bruto nationaal geluk
- Balans: vraag-aanbod, zelfredzaamheid-zorg, arbeidsaanbod-arbeidsvraag, draagkracht-belastbaarheid
- Alle spelers nemen verantwoordelijkheid:
 - zorgvrager: wanneer kan ik het zelf, waar heb ik echt zorg nodig.
 - Zorgverlener: zorgvrager leren het zelf te doen.
 - Omgeving: waar kunnen wij participeren en bij zorgvraag.
 - Overheid: primaire voorzieningen in stand houden, onnodige schakels eruit halen.
- Kwaliteit samen en aandacht, betrokkenheid. Voorkomen overbelasting mantelzorgers. Balans zelfredzaamheid- hulp.
- Combinatie van happy patiënten en betaalbare zorg

Vorm/ infrastructuur/ hoe

- Friesland staat (internationaal) bekend om zijn kwaliteit in de verzorging van zieke en oudere mensen (verzorging, dienstverlening, accommodatie, leefomgeving). Bovenstaande ontwikkeling trekt veel mensen van buiten Friesland aan om verzorgd te worden. Als gevolg van de onderscheidende waarde en positie van Fryslân op dit moment is een massa ontstaan van grote en kleine bedrijven in de zorg en/of medische technologie die zich in en of rondom Fryslân hebben gevestigd
- Keuzevrijheid van patiënt in hoe hij/ zij zijn zorgvraag ingevuld wil zien. Ontwikkelingsruimte/ budget voor bedrijven die kansen zien in het spelen op behoefte van consument/ patiënt. Hoogwaardige kennis in Noord Nederland die we neer kunnen zetten/ veemarkten als onderscheidende regio zowel in Nederland als daarbuiten

- Bereikbare zorg (veraf (domotica), dichtbij) voor iedereen. Werkgelegenheid in zorg, toerisme. Een innovatief werkende zorgzame provincie.
- Zelf en samen -> dichtbij en licht (wijkzuster, sociaal maatschappelijk werk) -> specialisten en professionals
- Alles wat nodig is voor dichtbij huis oplossingen (compleet ziekenhuis gecentraliseerd en zorgcentra in dorpen)
- Gegarandeerde basiszorg dichtbij huis met lijn naar 1^e lijnscentra (substitutie) en gespecialiseerde zorg in ziekenhuizen
- Juiste zorg door juiste 'hulpverlener' op de juiste plaats. Deze zorg is efficiënt/flexibel ingericht en daardoor betaalbaar. Burger heeft regie indien mogelijk.
- Smart= health care. Slim georganiseerd, nieuwe technologie, op maat en vraag gestuurd, met begrip voor en naar de generaties, kosteneffectief.
- Een netwerk van mensen, producten en diensten in staat om ad-hoc en duurzaam in vele (zorg)vragen te voorzien.
- Zorgvrager vindt snel het juiste loket. Organisaties zorg en economie werken optimaal samen.
- Aansluiting vraag en aanbod. Goede vraagarticulatie vanuit klant.
- Als zorg en economie dienstbare begrippen zijn geworden.
- Zowel basiszorg als aanvullende elementen (bijv. voorzieningen) breed toegankelijk (tweedeling voorkomen)
- Goede kwaliteit, innovatief, tevreden afnemers
- Goede verbindingen en benutten van elkaars krachten. Voor huisartsen in grotere verbanden de zorg georganiseerd ook met partijen die in de omgeving in de wijk/ buurt/dorp een rol hebben op economisch-maatschappelijk terrein.
- Dat zorg in al haar facetten volledig is geïntegreerd in de economie. Niet alleen geld kost, maar ook geld kan opleveren. Marktwerving mag maar de basis moet blijven staan.
- Zorg is ingebed in de samenleving op micro, meso en macroniveau (gezin, buurt, gemeente, land)
- Onderwijs-overheid-werkgevers: verbinding op strategisch, tactisch en operationeel niveau
- Publiek private samenwerking.

Preventie

- Gezond gevoede populatie die zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen met een basis en betaalbaar voorzieningenniveau dat hiervoor is ingericht.
- Zelfzorg is gerealiseerd. Preventieve programma's zijn dominant. '
 - Bewust via simpele apparatuur van je eigen gezondheid en hiervoor ook de verantwoording willen nemen.
 - Preventie is vanzelfsprekend. Mensen regisseren hun eigen vraag en aanbod (als ze dit nog zelf kunnen). De muren van zorgorganisaties zijn doorgebroken.
 - Gezonder ouder worden
 - Quality of life voor iedereen. Preventie en anticipatie. Smart medicins, ict en domotica toepassingen. Community building (zorg en participatie, good governance)

Thema's (indicatief/ richting gevend)

- 60 punten

- prioriteren preventie
 - aanpassen bestaande systemen die dit niet stimuleren,
 - zicht op gedragsverandering)
 - bewustwording programma's die je wijzen op eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid
 - preventie niet alleen op gezondheid, ook op welzijn

- 55 punten
 - relatie onderwijs-zorg:
 - attitude,
 - personeel: voldoende personeel, welk personeel in de toekomst nodig, welke behouden gezien huidige ontslaggolf, inzicht in werkgelegenheid in Noord-Nederland (zorg en bedrijfsleven).
 - onderwijsvernieuwing, levenslang leren, onderwijs afstemmen op zorgbehoefte, onderwijs op maat (intensieve samenwerking instellingen en onderwijs)
 - zorg belangrijke pijler in arbeidsmarkt
 - verbinding zorg-economie-andere sectoren regionaal/in de buurt. Zoek oplossingen in de buurt.
 - kenniseconomie opleiding (zorg en technologie) (overheid, onderwijs, mkb, zorg)

- 50 punten
 - geluk
 - independent living (langer thuis leven)
 - technologische toepassingen en bewustwording van technologische oplossingen (bijvoorbeeld die mensen kunnen gebruiken om langer thuis wonen mogelijk te maken)

- 45 punten
 - creatieve verbindingen bedrijven en zorg/ welzijnsorganisaties
 - gezond gedrag: fysiek, psychisch, sociaal
 - verbinding sectoren
 - inzichtelijk maken van kosten

- 40 punten
 - ehealth
 - samen herinrichten Friese zorglandschap en (meer) laten zien wat dit oplevert. Behoud en ontwikkeling nabije zorg.
 - vitaliteit
 - (meer) transparantie over kwaliteit van het zorgaanbod zodat mensen zelf kunnen kiezen en weten wat ze 'kopen'

- 35 punten
 - burger/ cliënt/patiënten betrokkenheid en zeggenschap (keuzevrijheid)
 - Doen!

- 30 punten

- durf en lef om nieuwe en oude generaties uit te dagen buiten hun comfortzone te denken en te organiseren. Vernieuwing met lef.
 - kennis delen, informatie verspreiden, bewust maken. Verzamel bestaande kennis, kunde en netwerken. Analyseer, deel en koppel. Ondersteun gemeenten met kennis over zorg en welzijn.
 - ouderenzorg (ouderen en mobiliteit)
 - sociale verbinding (zorg binnen gemeenschap): denk aan platteland, achterstandswijken
- 25 punten
 - Vermindering schotten en regels t.b.v. zorg op maat., regeldruk verminderen, gebundeld aanbod i.k.v. decentralisaties.
 - door verbinding en samenwerking massa creëren
 - toegankelijke zorg en ondersteuning voor kwetsbare burgers.
- 20 punten
 - voeding en gezondheid koppelen aan intra- en extramurale trajecten. Ruimte voor productinnovatie in de voedingsindustrie mb.t. gezondheid (alleen als het biologisch is).
 - (hoe) behouden we warmte en betrokkenheid en geven we daar nieuwe vormen aan
 - medische technologie als motor voor toekomstige werkgelegenheid
- 15 punten
 - focus verbreden (nu te veel op ouderen) naar alle generaties
 - eigen voedsel verbouwen, lokale economie
 - keuzevrijheid cliënten mb.t. zorg, hulp, locaties, aanbieders
 - innovatie door verbinden
 - individuen zijn leidend
 - betaalbaarheid zorg. Wat doe/ kun je zelf. Wat vraag je van de ander/ overheid.
 - Innovatie van onderop zowel in zorg als economie
 - Als de essentie geluk is, zijn er andere accenten nodig dan 'zorg' pur sang
 - default' keuzes van mensen gezond maken via omgeving en beleid (inclusief subsidies a la zonnepanelen bijv. voor woningaanpassingen of adoptie van groenstukken voor wijkmoestuinen
 - betere samenwerking en afstemming tussen actoren
 - eigen initiatief en verantwoordelijkheid stimuleren
- 10 punten
 - rol van arbeidsreintegratie en participatie moet bekeken worden.
 - kunst vereconomiseren, onderdeel van het leven in de regio.
 - ontframe de zorg
 - het personeelsvraagstuk: zowel voor de korte als lange termijn
 - ontwikkeling tele-revalidatie
 - actieve leefstijl door fysieke participatie (groenonderhoud, voedsel verbouwen)
 - Meer enthousiasme voor zorg. Wordt nu te veel vanuit 'probleem' benaderd i.p.v. als kans.

- Onderzoek (ook zorg economie)
- Infrastructuur: (mobiel) breedband, lokale voorzieningen
- 5 punten
 - economische ontwikkelingen
 - ouderen en mobiliteit
 - gebundeld aanbod i.k.v. decentralisaties
 - ontlasting mantelzorgers
 - maatwerk, geen confectie
 - verbetering leefomgeving en accommodaties (publieke en private zorgaccommodaties)
 - toegankelijkheid voor iedereen: kennisachterstand, beperking lichamelijk, zintuiglijk, financieel. Zorgtoerisme.
 - rol zorgaanbieders als deelnemer maatschappij
 - angstcultuur: inspectie, bezuinigingen
 - taboes: sterven, seksualiteit & eenzaamheid
- alle punten weggestreept
 - duidelijkheid vanuit gemeenten richting markt aangaande wmo beleid
 - toegang tot de zorg
- geen punten
 - 'coming together is a beginning, working together is progress, keeping together is success'
 - 'think big, act small'
 - food & health, beweging. Van geneesmiddel naar goede voeding. Malnutrition voorkomen.
 - experimenteerruimte, integraal bekostiging, preventie bekostigen
 - regie meer (dan nu) naar de burger indien mogelijk (zelfredzaamheid)
 - verbinden met burgers/ meer betrokkenheid van burgers
 - meer gebruik van ehealth door veranderprocessen te gebruiken
 - nieuwe zorgconcepten ontwikkelen
 - verzelfstandiging oudere
 - ontwikkeling digitale hulpmiddelen
 - zorgkosten in zijn totaliteit
 - morele dilemma's in m.n. de ouderenzorg
 - samenwerkingsverbanden huisarts
 - leefbaarheid dorpen
 - wat is de rol van de overheid in relatie tot 'zorg'. Zorgen voor infrastructuur: verbinden, ontsluiten van kennis/ initiatieven
 - er zijn heel veel (technologische) tools, apps en apparaten beschikbaar. Zorg dat die worden gebruikt t.b.v. effectiever, efficiënter en economischer gebruik
 - zorginkoop
 - reflectie
 - business development
 - hoe solidair willen/ kunnen we zijn?
 - Landschap, natuur, groen voor de zorg
 - Zorgen doe je zelf

- Gevolgen krimp, technologie combineren met zorgbehoeften..
- Vrije ruimte voor innovatieve oplossingen. Broedplaatsen
- Ontmantel het publieke bestel
- Kwaliteit van zorg
- Zorg op maat
- Actieve ondersteuning 1^e lijn
- Contextuele elementen zoals vrije tijd, sociale cohesie, voeding
- Onderzoek + data combineren over specifieke zorgbehoeften noorden en daarop focussen
- Publiekscampagne noflik thus wenje volgens langzultuwonen.nl in overijssel

Proces te komen tot zorg economie 2030

Client centraal/regie

- Dat zowel de zorgorganisaties als de economisch getinte organisaties de cliënt/ vraag/ centraal weet te houden
- Zelfregie
- Dat ieder conform wens op een gelukkige manier oud kan worden
- Maatwerk (variabel in de tijd)
- E-burger (robotica, domotica, ehealth)
- Zelf en samen als het kan, professioneel als het moet (dus niet beginnen bij zorgaanbod) Zorg past bij individuele wensen zorgvragen
- Zorgaanbod als integraal onderdeel dorpsplannen. Kwaliteit leven/ wonen/ werken
- Samenwerking, hindernissen en schotten wegnemen, teruggeven eigen verantwoordelijkheid
- Zelfmanagement goed mogelijk door innovaties
- Zorg economie 2030: vraag van klant staat centraal, autonomie wordt gehonoreerd
- Keuzevrijheid cliënt vergroten: soort zorg, hulp, locaties (vb. zorgboerderij), aanbieders

Zorgtoerisme

- Zorgtoerisme sterk ontwikkelen (Fryslân de moaiste)
- behoud en vermarkting van onze waarden:
 - 1 rust, ruimte, landschap
 - 2 bos, water en wadden
 - 3 platteland
 Creëer voorwaarden voor zorg, health, happiness en onderscheid je daarmee. Het gevolg is (stuwende) economie.

Ontschotten

- Ontschotting van huidige financieringsstromen, waardoor eigen belang (bestaansrecht) soms vernieuwing blokkeert
- minder bureaucratie
- snelheid
- doorbreek grens van publiek en privaat. Er kan veel meer privaat.

- Ruimte creëren binnen zorg'budget' om mensen betere en daardoor duurder voeding te geven

Experimenteren

- Van pilot naar opschaling
- Wiel 1 x uitgevonden
- Ruimte en durf in investeren en vernieuwing
- Blijven innoveren; ruimte voor experiment
- Betrokken organisaties kijken met een open blik naar nieuwe ontwikkelingen
- Ruimte in regelgeving

Samen

- Coalities tussen lokale/ regionale politiek en zorgleveranciers.
- Openheid/ samenwerking
- Gezamenlijk optrekken: ondernemers, aanbieders, maar vooral met burgers en burgerinitiatieven.
- Samen in Noord Nederland als het kan. Lokaal en regionaal in de uitvoering.
- Samenwerkingsverbanden huisartsen (iedereen minder op eigen eiland, solistische huisarts wel mogelijk)
- Samenwerking van provincies, instellingen, onderwijs over de noordelijke grenzen waarin complementair projecten worden opgezet en geprofileerd wordt van elkaars kennis en innovaties
- Samenwerking stimuleren over disciplines en domeinen zodat innovatie mogelijk is. Nieuwe zorgconcepten is alleen een succes als we bijzondere combinaties maken
- Kunstensector gaat proactief samenwerking aan met sectoren zorg en economie
- Verbinding tussen domeinen (hoofdstukken in WFF): dus wonen en zorg samenbrengen in projecten als langer thuis wonen/ leven
- Betere afstemming en samenwerking tussen organisaties- nieuwe verbindingen. Efficiënte aanpak d.m.v. inzet nieuwe technologieën. Eigen verantwoordelijkheid stimuleren
- Meer op de hoogte zijn van de expertise die er is, meer transparantie
- Regionale verbondenheid
- Terpen denken i.p.v. fabrieksdenken

Personeel

- gezonde arbeidsmarkt.
- samen verantwoordelijk zijn: personeelsvraagstuk van de komende jaren. Er zijn andere oplossingen die een push geven aan de noodzakelijke innovatie.
- proces gevraagd om samen optrekken wat betreft de professional die in 2030 werkzaam zal zijn. Wat moet die aan competenties hebben, hoe ziet die zorgprofessional eruit.
- goed opgeleid personeel op alle niveaus in de zorg

€

- Meer samenwerking in financiering
- Afschaffen financiering per financierder; daarvoor in de plaats financiering op resultaat.
- Geen dominantie van marktwerking

- Financiële middelen om te investeren in innovatie
- persoonsgebonden budget waar jezelf voor betaald en zorgverzekeraar faciliteert
- duidelijkheid over de locatie van kosten en locatie van baten in de keten van zorg. 'Wie betaalt, krijgt de baten'.
- Betaalbare zorg: daar waar nodig gaat het geld naar toe

Gewenste houding t.o.v. zorg/zorgeconomie

- dat het leuk en betrokken werken is in de zorgeconomie
- wat kan wel i.p.v. wat kan niet
- toon lef: durf het anders te doen
- oud zijn is prachtig: zorg is iets van wieg tot graf. Verbind oud en zorg niet aan elkaar.
- minder zorg, meer economie
- vol inzetten op lerende economie (WRR): innovatie en interactieve leeromgeving
- ga een transitieproces in vanuit een lange adem, niet gehinderd door politieke (kort)zichtigheid, gericht op duurzame en flexibele hervormingen
- maak gebruik van best en worst practices, Europees/ wereldwijd. Vertrouw niet op marktwerking alleen of op overheid alleen.
- zorg werkt vanuit kansen en mogelijkheden
- Zorg is betaalbaar
- dat zorg niet gezien wordt als kostenpost maar als economische factor van belang
- Dat zorg voor ieder als basisbehoefte bereikbaar is/ blijft (ongeacht leeftijd, vb. demografische veranderingen)
- Sluit niemand uit en ga eerst de 'gezamenlijke' zoektocht aan en ga daarna pas ordenen

Bijlage IV

Indicatie van de zorgvraag in 2030: prognoses van functioneren en chronische aandoeningen

TNO/LS 2013 R11019

**Behavioural and Societal
Sciences**

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
infodesk@tno.nl

TNO-rapport**TNO/LS 2013 R11019****Indicatie van de zorgvraag in 2030:
prognoses van functioneren en chronische
aandoeningen****Friesland**

Datum	Februari 2014 Versie 2 2014
Auteur(s)	Dr. A.M.J. Chorus Dr. R.J.M. Perenboom Drs. H. Hofstetter Dr. M.C. Stadlander
Aantal pagina's	55 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1
Opdrachtgever	College voor Zorgverzekeringen
Projectnummer	051.03073

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Methode	5
2.1	Inleiding	5
2.2	Gebruikte gegevensbronnen	5
2.3	Functioneringsprofielen van ouderen	8
2.4	Prognoses	10
3	Resultaten	12
3.1	Demografische bevolkingsprognoses Friesland	12
3.2	Prognoses omvang functioneringsproblematiek in de Friese oudere bevolking	13
3.3	Prognoses omvang chronische aandoeningen Friese volwassen bevolking	15
3.4	Prognoses omvang multimorbiditeit in de Friese volwassen bevolking	22
3.5	Prognoses omvang Diabetes Mellitus en CVA op basis van epidemiologische ontwikkelingen	23
3.6	Prognoses zorgvraag op basis van declaraties van zorggebruik	24
3.7	Prognoses functioneringsproblematiek en multimorbiditeit naar Sociaal Economische Status in de Friese oudere bevolking	30
3.8	Prognoses chronische aandoeningen, multimorbiditeit en functioneringsproblematiek in de Friese jeugd	32
3.9	Prognoses psychosociale problematiek in de Friese bevolking	35
3.10	Prognoses omvang verstandelijke beperkten in Friese bevolking	40
4	Samenvatting en conclusies	43
	Bijlage(n)	
	A Tabellen behorend bij diverse grafieken	

1 Inleiding

In deze rapportage wordt een indicatie van de zorgvraag in 2030 van de provincie Friesland beschreven. Hiertoe zijn prognoses gemaakt van het functioneren van de Friese ouderenpopulatie en het voorkomen van chronische aandoeningen in Friesland.

Het onderdeel Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van Zorginstituut Nederland i.o. bestaat uit een adviescommissie en een klein vast team dat voor verschillende onderdelen van het programma samenwerkt met externe deskundigen. De commissie Innovatie gaat adviseren over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Hierbij baseert de commissie zich op de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen in de zorgverlening én op de toekomstige vraag naar zorg. Over dat laatste, de toekomstige zorgvraag gaat deze rapportage.

Op basis van de indicatie van de zorgvraag wil de commissie inzicht creëren in de benodigde competenties van zorgprofessionals in 2030 om zo goed mogelijk te kunnen reageren op de vraag naar zorg die verwacht wordt. Het inzicht over de benodigde competenties vormt een essentiële informatiebron voor de advisering van de commissie over een nieuwe beroepenstructuur en daarop afgestemd opleidingscontinuüm voor de zorg.

De commissie wil in een aantal gebieden, zogenoemde broedplaatsen, in Nederland schetsen aan welke competenties van zorgprofessionals in 2030 behoefte zal zijn. Daarvoor wil zij onder andere gebruik maken van prognoses van de vraag naar zorg in die gebieden. In de afgelopen tijd zijn er meerdere adviezen uitgebracht door verschillende instanties over het herinrichten van een toekomstbestendige gezondheidszorg van betere kwaliteit met minder middelen, en met het accent op gedrag en gezondheid en niet op ziekte en zorg. Hierop aansluitend heeft de commissie de volgende uitgangspunten geformuleerd voor het opstellen van het advies:

- Functionele gezondheid als doel;
- Doelgroepen en populaties als uitgangspunt in plaats van ziektebeelden;
- Persoon en leefomgeving centraal: integrale benadering;
- Van maximale zorg naar functionele zorg;
- Generalisatie én specialisatie;
- Samenwerken in teams van professionals;
- Innovatie en gebruik van technologie;
- Leren van de toekomst.

Als bouwsteen voor het advies wil de commissie inzicht in de toekomstige ontwikkelingen in functionele gezondheid, waarbij het meedoen naar wens en vermogen oftewel het functioneren van de (ouder wordende) burger centraal staat. Nederland vergrijst, maar er bestaan regionale verschillen, en wat betekenen regionale demografische ontwikkelingen voor de toekomstige zorgvraag in die regio's en welke eisen dienen er dan gesteld te worden aan de toekomstige zorgprofessional in het algemeen en in de regio's.

TNO heeft in 2007 een statistische methode ontwikkeld en toegepast om een beeld te geven over de huidige (en toekomstige) situatie met betrekking tot het functioneren van ouderen. Met deze methode wordt de groep ouderen op een geaggregeerd niveau toegewezen aan te onderscheiden groepen op basis van dat functioneren (functioneringsprofielen)¹.

TNO is door de commissie gevraagd prognoses te maken voor de vraag naar zorg in 2030 over het functioneren van de ouderenpopulatie op basis van deze TNO-methode en het vóórkomen van chronische aandoeningen in de volwassen populatie. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van geschikte en toegankelijke regionale/lokale cijfers.

De commissie heeft als eerste broedplaats de provincie Friesland geselecteerd.

De hoofdvraag van dit project is:

'Wat is de te verwachten zorgvraag in 2030 in Friesland?'

De hoofdvraag wordt in dit project beantwoord door informatie te genereren voor de beantwoording van de volgende subvragen:

1. Wat zijn de demografische prognoses in Friesland tussen 2012 en 2030?
2. Wat zijn de prognoses voor de omvang van de functioneringsproblematiek van de ouderenbevolking in Friesland in 2030 op basis van de demografische ontwikkelingen, en vergeleken met Nederlandse referentiegegevens?
3. Wat zijn prognoses voor de omvang van chronische aandoeningen en chronische multimorbiditeit in de totale Friese bevolking in 2030 op basis van de demografische ontwikkelingen?
4. Wat zijn de prognoses voor de omvang van een tweetal aan leefstijl gerelateerde somatische chronische aandoeningen, te weten Diabetes Mellitus en Cerebro Vasculaire Aandoeningen (CVA) in 2030 op basis van epidemiologische ontwikkelingen en vergeleken met uitsluitend demografische ontwikkelingen?
5. Wat zijn de prognoses voor de zorgvraag in Friesland op basis van zorgverzekeringsgegevens?
6. Wat zijn de prognoses voor de omvang van de functioneringsproblematiek en de omvang van chronische multimorbiditeit onder Friese ouderen naar sociaal economische status op basis van demografische ontwikkelingen?

De vraagstellingen 2 tot en met 6 betreffen de algemene Friese volwassen bevolking en specifiek de Friese ouderenbevolking. Om een totaalbeeld te krijgen van een indicatie van de verwachte zorgvraag in 2030 in Friesland, is ook specifiek gekeken of er prognoses te maken zijn van de omvang van de Friese jeugd met chronische problematiek, van de omvang van psychosociale problematiek (in aanvulling op de somatische aandoeningen) en van de omvang van verstandelijk gehandicapten. Hiertoe zijn de volgende subvragen geformuleerd:

7. Is het mogelijk prognoses te maken van de omvang van de Friese jeugd met functionerings-/chronische problematiek in 2030?
8. Is het mogelijk prognoses te maken van de omvang van psychosociale problematiek in de totale Friese bevolking in 2030?
9. Is het mogelijk prognoses te maken van de omvang van verstandelijk beperkten in de totale Friese bevolking in 2030?

¹ Perenboom RJM, Galindo Garre F, Beekun WT van. Schattingen voor intramurale zorg. Leiden: TNO KvL; 2007. Rapportnr KvL/P&Z 2007.092

2 Methode

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methodiek er is toegepast om de hoofdvraag van dit project te beantwoorden. Deze methodiek bestaat uit het maken van prognoses in Friesland tussen 2012 en 2030. Het gaat om prognoses van indicatoren voor functionele gezondheid. Indicatoren voor functionele gezondheid zijn 1. het functioneren van de Friese ouderenpopulatie, 2. het voorkomen van chronische aandoeningen in de Friese jeugd en volwassen populatie, 3. het voorkomen van psychische aandoeningen in de totale Friese populatie, en 4. het voorkomen van verstandelijke handicaps in de totale Friese populatie. Voor het maken van de prognoses zijn demografische gegevens specifiek voor Friesland en (indien beschikbaar) gegevens over het functioneren, het voorkomen van chronische aandoeningen, psychische aandoeningen en verstandelijke handicaps in Friesland gebruikt.

2.2 Gebruikte gegevensbronnen

2.2.1 *Demografische gegevens*

Deze zijn afkomstig van PRIMOS, een gegevensbestand dat eigendom is van ABF Research Delft. ABF Research Delft maakt jaarlijks bevolkingsprognoses tot op postcodeniveau, onder andere voor het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties ten behoeve van de volkshuisvestingsplannen. Het bestand omvat gegevens over de bevolkingsopbouw en huishoudens (naar kenmerken als leeftijd, geslacht, opleiding, etniciteit en inkomen), alsmede over de woningvoorraad (naar eigendom en type).

Voor dit project zijn de geslacht-, leeftijds- en opleidingsspecifieke bevolkingsprognoses per Friese gemeente gecumuleerd om een totaalbeeld voor de provincie Friesland te geven van de Friese bevolkingsontwikkeling en -samenstelling in de periode 2012-2030.

2.2.2 *Volwassenen: Gegevens over het functioneren en het voorkomen van chronische aandoeningen*

Deze gegevens zijn afkomstig van de Friese Gezondheidsenquête, gehouden in 2010 onder ca. 6500 volwassenen (inclusief ouderen) (respons 56%).

De Gezondheidsenquête gaat uit van de landelijke standaard van de Volksgezondheidsmonitor (www.Volksgezondheidsmonitor.nl).

De aard en de ernst van problemen in *het fysiek functioneren* zijn gebaseerd op problemen bij (instrumentele) activiteiten in het dagelijkse leven (OESO-vragenlijst), de aanwezigheid van incontinentie en de ervaren gezondheid. De OESO-vragenlijst wordt alleen afgenomen bij ouderen vanaf 65 jaar.

Aangezien er geen specifieke cijfers van Friesland zijn over het *mentaal functioneren* ten behoeve van het de functioneringsprofielen voor ouderen zijn hiertoe gegevens gebruikt van het Erasmus Rotterdam Gezondheid Onderzoek (ERGO). De aanname is dat deze cijfers ook representatief zijn voor Friesland. Het ERGO betreft een langlopend bevolkingsonderzoek van het Erasmus MC onder 15.000 mensen van 45 jaar en ouder in de Rotterdamse wijk Ommoord. Hierin

worden gezondheidsproblemen onderzocht die zich vaak voordoen op oudere leeftijd, zoals dementie.

Aard en omvang van en aantal chronische somatische aandoeningen is gebaseerd op een vragenlijst met 13 vragen over aandoeningen in de afgelopen 12 maanden. Multimorbiditeit is gedefinieerd als het aanwezig zijn van meer dan één van de acht chronische aandoeningen. Naast gegevens over het functioneren en chronische aandoeningen zijn er ook achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht, opleiding) en overgewicht van Friese populatie van 19 jaar en ouder uit de Friese Gezondheidsenquête gebruikt.

Tevens zijn gegevens van de Zorgverzekeraar De Friesland, jaar 2011, gebruikt, met als doel te bekijken of deze bestanden een toegevoegde waarde hebben voor het schatten van de zorgvraag in de Friese bevolking. De gegevens van Zorgverzekeraar De Friesland weerspiegelen de aanwezigheid van de aandoeningen voor zover daar een gedeclareerde (medicamenteuze of andere) behandeling voor is geweest. Bij deze zorgverzekeraar zijn 411.000 van de 648.000 Friezen verzekerd. Dus het betreft gegevens over meer dan 60% van de Friese bevolking.

2.2.3 *Jeugd: gegevens over het voorkomen van chronische aandoeningen en functioneren*

Deze gegevens zijn afkomstig van de Jeugdmonitor 2012 van de GGD Fryslân. Deze monitor is gehouden onder de jeugd van 12 tot en met 18 jaar.

Dataverzameling vond plaats via de middelbare scholen in de provincie. In deze monitor zijn 13 symptomen, klachten en diagnoses bevestigd, welke een chronisch karakter kunnen hebben. De prevalenties zijn gebaseerd op wel en niet door de arts gediagnosticeerde aandoeningen.

Op basis van de vraag 'ben je belemmerd door één of meerdere aandoeningen?' kan een indruk gekregen worden van mogelijke functioneringsproblematiek. Hierbij is in tegenstelling tot volwassenen geen onderscheid mogelijk in fysiek en mentaal functioneren.

Voor de overige leeftijdsgroepen (0-12) in de kinderen/jongerenpopulatie zijn geen populatiegegevens bekend.

2.2.4 *Gegevens over psychosociale problematiek*

Om een goed beeld te krijgen van de aard en omvang van het aantal Friezen met psychosociale problematiek zijn bestaande Friese en Nederlandse (epidemiologische) databestanden binnen het gezondheids(zorg)domein verkend op geschiktheid en toegankelijkheid voor beantwoording van de vraagstelling. Dit houdt in dat de data of wel gepubliceerd werden, of wel verkregen werden van de instanties die de data beheren.

2.2.4.1 *Gegevens over psychosociale problematiek in de algemene bevolking Jeugd (12-16 jaar)*

Voor de psychosociale problematiek van de Friese jeugd zijn gegevens gebruikt van de Nederlandse dataverzameling van de 'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)' studie. Deze HBSC studie geeft inzicht in de prevalentie van psychosociale problematiek in de schoolgaande populatie 12 tot en met 16 jaar.² Het HBSC-onderzoek richt zich op een breed scala aan thema's die in het leven

² Dorsselaer et al. 2010. HBSC 2009: Gezondheid, Welzijn en Opvoeding van Jongeren in Nederland. Utrecht, Trimbos-instituut, 2009

van jongeren van belang zijn en onderzoekt deze in internationaal vergelijkend verband. Daarmee biedt het onderzoek een goed overzicht van de gezondheid en het welzijn van jongeren tussen 12 en 16 jaar in Nederland. Op basis van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), een lijst waarmee inzicht verkregen wordt in de psychosociale problematiek van jongeren.

De SDQ maakt onderscheid tussen vier typen problemen, die de jongeren rapporteren over de afgelopen zes maanden. Emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdgenoten.

In de HBSC studie zijn de afkappunten van de verschillende schalen zo gezocht dat ongeveer 15 procent van de kinderen in de onderzoekspopulatie een score boven dit afkappunt vertoonde. In de berekening van de psychosociale problematiek in de Friese jeugd is uitgegaan van deze afkappunten en leeftijdsspecifieke prevalenties op basis van de gerapporteerde data.

Volwassenen (18-64 jaar)

De 'Netherlands Mental health Survey and Incidence Study (NEMESIS)' geeft inzicht in de prevalentie van psychische aandoeningen in de populatie van 18 tot en met 64 jaar. In dit project zijn data gebruikt van de tweede landelijke studie naar de incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen, representatief voor de volwassen bevolking van 18 tot en met 64 jaar. In deze studie zijn 6646 mensen, die representatief zijn voor de Nederlandse volwassen bevolking, uitgebreid mondeling geïnterviewd met een gestandaardiseerd instrument (de CIDI 3.0) dat verschillende psychische aandoeningen meet. De gemeten aandoeningen lopen in principe uiteen van licht tot ernstig, waarbij de ernstige vormen die psychiatrische zorg vragen ondervertegenwoordigd zullen zijn in de prevalentiecijfers.

Ouderen (55-85 jaar):

De 'Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)', is een multidisciplinair, longitudinaal onderzoek naar voorspellers en gevolgen van veranderingen in autonomie en welbevinden in de ouder wordende bevolking^{3 4}. Ten behoeve van LASA is in 1992, gebruikmakend van bevolkingsregisters uit drie regio's in Nederland, een gerandomiseerde steekproef getrokken van mensen van 55 tot 85 jaar. Gegevens over de prevalentie van klinisch relevante psychische aandoeningen in dit rapport zijn afkomstig uit de dataverzameling van 2008/2009 (N=1601). Depressiesymptomen zijn vastgesteld met de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)⁵⁶. De scores zijn gedichotomiseerd, op basis van het veelgebruikte afkappunt voor klinisch relevante depressieve symptomen: >16. Angstsymptomen zijn gemeten met de Nederlandse versie van de Hospital

³ Deeg DJ, Comijs HC, Thomése GC, Visser M. De Longitudinal Aging Study Amsterdam: een overzicht van 17 jaar onderzoek naar veranderingen in dagelijks functioneren. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2009, 40(6):217-27. Huisman e.a. 2011

⁴ Huisman M, Poppelaars J, van der Horst M, Beekman AT, Brug J, van Tilburg TG, Deeg DJ. Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Int J Epidemiol. 2011, 40(4):868-76.

⁵ Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measurement. 1977; 3:385-401.

⁶ Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, Braam AW, De Vries MZ, Van Tilburg W. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in The Netherlands. Psychol Med. 1997, 27(1):231-5.

Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (HADS-A)⁷. Deze subschaal is eveneens een zelfrapportage vragenlijst en vraagt naar angstsymptomen in de afgelopen 4 weken. De scores zijn gedichotomiseerd, op basis van het veelgebruikte afkappunt voor klinisch relevante angstsymptomen: >8. Eenzaamheid is gemeten met de schaal die ontwikkeld is door De Jong Gierveld & Kamphuis (1985)⁸. De scores zijn gedichotomiseerd, op basis van het afkappunt 6 of hoger.

2.2.4.2 *Gegevens over psychosociale problematiek uit de huisartsenzorg (alle leeftijden)*
Het Landelijke InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) telt 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 patiënten. In deze praktijken worden continue 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen verzameld. Op basis van deze gegevens zijn puntprevalenties berekend door het RIVM voor stemmingsstoornissen (ICPC-code P03 en P76) en angststoornissen (ICPC-code P74) naar leeftijd en geslacht op 1 januari 2011 (Bron: LINH, data bewerkt door het RIVM).

2.2.4.3 *Gegevens over ernstige psychosociale problematiek uit de GGZ (alle leeftijden)*
Het Psychiatrisch Casusregister Noord Nederland (PCR-NN) monitort de ontwikkelingen in de GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) in de drie noordelijke provincies. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen instroom, het aantal mensen dat van deze voorzieningen gebruik maakt (prevalentie en incidentie), en doorstroom, de wijze waarop ze daarvan gebruik maken. De gegevens worden onttrokken aan de administratieve systemen van de instellingen. Deze zijn: GGZ Friesland, Lentis (voorheen GGZ Groningen), UMCG-UCP, GGZ Drenthe, RIBW Drenthe, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en ACCARE (categorale kinderen jeugdpsychiatrie). De data worden op individueel patiëntniveau gekoppeld via een geautomatiseerde procedure. De PCR-NN database zelf is anoniem. In dit project zijn data gebruikt over de instroom.

2.2.5 *Gegevens over verstandelijk beperkten*
Om het aantal verstandelijk beperkten in Friesland in beeld te krijgen zijn data van cliënten die een indicatie hebben voor AWBZ-zorg met als dominante grondslag 'Verstandelijke handicap' verkregen van de zorgverzekeraar De Friesland. Hierbij is onderscheid gemaakt naar extramurale en intramurale zorg, als een 'grove' indicatie voor de mate van zelfstandig kunnen functioneren in de maatschappij.

2.3 Functioneringsprofielen van ouderen

De functioneringsprofielen van ouderen zijn ontwikkeld op basis van representatieve gegevens over ouderen in instellingen (SCP)⁹ en ouderen die

⁷ Zigmund AS & Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1993; 67:361-70.

⁸ De Jong-Gierveld J & Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness-scale. Applied Psychological Measurement. 1985; 9, 289-299.

⁹ Ouderen in Instellingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2005), een onderzoek naar de leefsituatie van oudere Tehuisbewoners (55 jaar en ouder). Het betreft een representatieve steekproef onder ouderen in instellingen van 55 jaar en ouder om informatie te verzamelen over het sociale netwerk, de gezondheid, de woonsituatie, de financiële situatie en het gebruik van voorzieningen.

zelfstandig wonen (POLS, CBS)¹⁰. Met latente klasse analyse is met data uit deze bestanden onderzocht welke indicatoren van gezondheid (aanwezigheid chronische aandoeningen, ervaren gezondheid) en van functioneren (ADL/HDL vragen) voldoende statistisch onderscheidend vermogen laten zien om te komen tot een zinvolle indeling van het functioneren.

Uit deze iteratieve analyse is gebleken dat 12 indicatoren leiden tot een indeling in vier onderscheidende functioneringsgroepen, zogenoemde functioneringsprofielen. Deze indicatoren betreffen o.a. ADL/HDL indicatoren, ervaren gezondheid en incontinentie. De vier onderscheiden functioneringsprofielen zijn: 1) ouderen zonder fysieke problemen, 2) ouderen met mobiliteitsproblemen, 3) ouderen met mobiliteits- en zelfzorgproblemen en 4) ouderen met grote mate van (ernstige) fysieke problemen (d.w.z. een ernstige gradering van mobiliteits- en zelfzorgproblemen, inclusief incontinentie, en een zeer slecht ervaren gezondheid).

De indicatoren aanwezig in deze bestanden betroffen allen het fysieke functioneren. Het functioneren van ouderen wordt niet uitsluitend door hun fysieke gesteldheid bepaald. Ook psychische factoren hebben invloed op het functioneren. De belangrijkste psychische factor die het functioneren van ouderen beïnvloedt is dementie. Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van 'ernstige dementie' – ongeacht het fysiek functioneren - leidt tot een sterke verslechtering van het functioneren. Aan de vier fysieke functioneringsprofielen is daarom als onderscheidend vijfde profiel 'ouderen met ernstige dementie' toegevoegd.

Daarnaast beïnvloedt ook de toestand van lichte/matige dementie het functioneren. In de groep ouderen zonder noemenswaardige fysieke problemen en kan verdergaand onderscheidend vermogen worden gecreëerd door te differentiëren naar aan- of afwezigheid van lichte/matige dementie. Dit geldt ook voor de combinatie van fysieke problemen en lichte/matige dementie. Hierom is besloten ook in de andere fysieke profielen onderscheid te maken naar aan- of afwezigheid van lichte/matige dementie.

In totaal zijn hiermee negen profielen onderscheiden: vier fysieke hoofdprofielen verdeeld in ieder twee subprofielen: aan- en afwezigheid van lichte/matige dementie en één profiel ernstige dementie. Deze negen functioneringsprofielen staan in Box 1.

¹⁰ Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): een representatieve bevolkingsenquête jaarlijks afgenomen bij personen van 6 jaar en ouder naar verschillende onderwerpen betreffende leefsituatie, waaronder gezondheid. Chronische aandoeningen worden nagevraagd bij personen van 12 jaar en ouder.

Box 1 Negen profielen van functioneren van ouderen (65 jaar en ouder)

zonder noemenswaardige fysieke problemen	zonder dementie	1
	met lichte/matige dementie	2
met mobiliteitsproblemen	zonder dementie	3
	met lichte/matige dementie	4
met mobiliteitsproblemen en problemen in de zelfzorg	zonder dementie	5
	met lichte/matige dementie	6
met een grote mate van (ernstige) fysieke problemen inclusief incontinentie	zonder dementie	7
	met lichte/matige dementie	8
met een ernstige mate van dementie, welke zorg behoeven op het niveau van intramurale zorg		9

Het berekenen van de Friese prevalenties voor de verschillende profielen komt als volgt tot stand. Op basis van de antwoorden op de 12 geselecteerde indicatoren, afkomstig uit de regionale/lokale (representatieve) databestanden is vastgesteld dat deze 12 indicatoren nog steeds voldoende onderscheidend vermogen hebben om tot de vier profielen te komen en wordt voor elke respondent met latente klasse analyse een kans berekend om tot één van de vier fysieke profielen te behoren. Op basis van gegevens van ERGO-onderzoek¹¹ zijn populatieschattingen bekend van de prevalentie van ernstige dementie en licht/matige dementie onder ouderen. Via een omrekening worden de prevalentiecijfers van de fysieke profielen tenslotte gecorrigeerd en aangevuld met de prevalentie van ernstige dementie en vervolgens uitgesplitst naar de aan- en afwezigheid van lichte/matige dementie.

2.4 Prognoses

Prognoses van de ontwikkeling in de omvang van functioneringsproblematiek, chronische aandoeningen en multimorbiditeit¹², psychische aandoeningen en verstandelijke handicaps in de periode 2012-2030 zijn gebaseerd op een extrapolatie van de meest recente geslacht- en leeftijdsspecifieke, en indien beschikbaar, Friese prevalentiecijfers en de demografische ontwikkeling in Friesland in de periode 2012-2030. De prognoses laten de ontwikkelingen in absolute aantallen zien. Tevens wordt de groei gepresenteerd in een index gebaseerd op de situatie in 2012.

Naast demografische ontwikkelingen kunnen ook andere factoren van invloed zijn op de ontwikkeling in prevalentie van de te verwachten zorgvraag. Hoewel er in deze rapportage geen scenario's worden geschetst van mogelijke invloeden van andere factoren op de te verwachten zorgvraag, wordt voor de te voeren discussie in deze rapportage getoond wat de invloed is van een belangrijke leefstijlfactor die in de afgelopen decennia sterke groei vertoonde, namelijk de mate van overgewicht en obesitas. Overgewicht en obesitas zijn belangrijke risicofactoren voor een scala

¹¹ Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatienummer 2002/04.

¹² Multimorbiditeit: meer dan één chronische aandoening

van chronische aandoeningen. Voor twee chronische aandoeningen: Diabetes Mellitus en Cerebro Vasculair Accident (CVA), zijn daarom ook prognoses gemaakt op basis van epidemiologische ontwikkelingen. Dit wordt gedaan op basis van de ontwikkelingen in jaarprevalentiecijfers van deze chronische aandoeningen in de periode 1990-2010 gebaseerd op landelijke referentiecijfers afkomstig van het CBS¹³. Deze ontwikkelingen worden vervolgens geëxtrapoleerd naar de periode 2012-2030 (epidemiologische trends). Hierbij is de aanname gedaan dat ontwikkelingen in jaarprevalenties voor deze chronische aandoeningen sterk geassocieerd zijn met de ontwikkelingen in overgewicht en obesitas.

Uit Nederlandse referentiecijfers is bekend dat ruim een kwart van de bevolking een chronische aandoening heeft. Veel chronisch zieken hebben meer dan één chronische aandoening (chronische multimorbiditeit). Tot ongeveer 55 jaar is chronische multimorbiditeit nog relatief zeldzaam, maar onder ouderen komt het veelvuldig voor. Zo heeft bijna één op de drie 75-plussers meer dan één chronische ziekte. In dit project worden daarom ook prognoses gemaakt van de omvang van chronische multimorbiditeit in 2030 voor de volwassen populatie.

Uit berekeningen van het Sociaal Cultureel Planbureau is bekend dat met name in het Noorden van Nederland en de stedelijke gebieden de sociaal economische status lager is dan in de rest van Nederland¹⁴. Het is bekend dat – op populatieniveau – de gezondheidstoestand samenhangt met de sociaal economische status.

In dit project worden daarom ook prognoses gemaakt van het functioneren en chronische multimorbiditeit van de Friese populatie naar sociaal economische status (SES). Op basis van de beschikbare gegevens was dit alleen mogelijk voor de ouderenpopulatie. De SES is gebaseerd op het opleidingsniveau en opgedeeld in laag (geen/basis onderwijs, Vmbo/Mavo), midden (Havo/VWO, Mbo) en hoog (HBO en WO). De prognose van de omvang van de groepen met een bepaalde SES is dynamisch gemaakt. Dit betekent dat de SES-prevalenties van bijvoorbeeld de huidige 65-69 jarigen zijn gebruikt als de SES-prevalenties van de 75-79 jarigen over 10 jaar.

Opgemerkt dient te worden dat mede vanwege de kleine aantallen in deze rapportage waar het de verschillende SES niveaus betreft geen onderscheid gemaakt is binnen de fysieke profielen naar de aan- of afwezigheid van lichte of matige dementie. Naast de vier profielen die over fysiek functioneren gaan is wel het profiel ernstige dementie onderscheiden.

¹³ Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): een representatieve bevolkingsenquête jaarlijks afgenomen bij personen van 6 jaar en ouder naar verschillende onderwerpen betreffende leefsituatie, waaronder gezondheid. Chronische aandoeningen worden nagevraagd bij personen van 12 jaar en ouder.

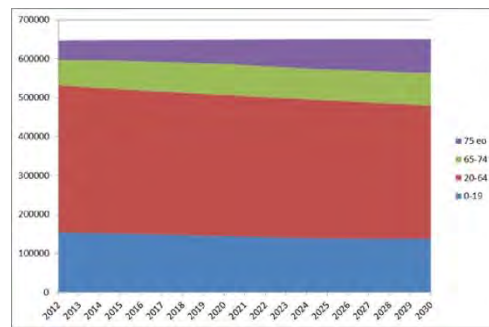
¹⁴ Mulder M (RIVM). Sociaaleconomische status 2010. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Beïnvloedende factoren\ Sociale omgeving\Ses, 12 juni 2013.

3 Resultaten

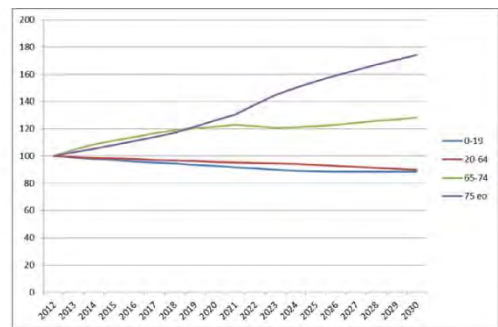
3.1 Demografische bevolkingsprognoses Friesland

Grafiek 1 en grafiek 2 tonen de bevolkingsontwikkeling in Friesland tussen 2012 en 2030. Uit grafiek 1 blijkt dat het totale aantal inwoners van Friesland tussen 2012 en 2030 niet of nauwelijks verandert. Wel treedt er een substantiële verandering op in de leeftijdssamenstelling. Het aantal ouderen en daarbinnen het aantal alleroudsten zal substantieel toenemen.

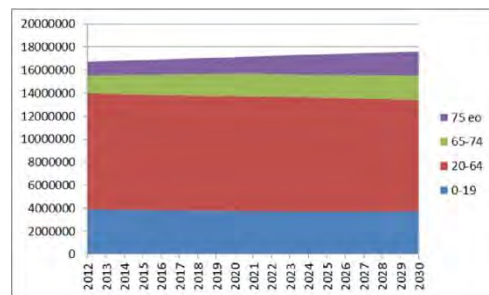
In 2012 is de omvang van de Friese bevolking ongeveer 648.000. In 2030 is de verwachting dat dit circa 650.000 mensen zijn. Grafiek 2 illustreert dat het aantal ouderen zal toenemen. Ten opzichte van 2012 is de schatting dat het aantal 75 plussers met 75% zal toenemen (van bijna 50.000 naar 87.000 personen). De verwachting is dat het totaal aantal Friezen onder de 65 jaar afneemt van circa 533.000 in 2012 naar 479.000 in 2030.



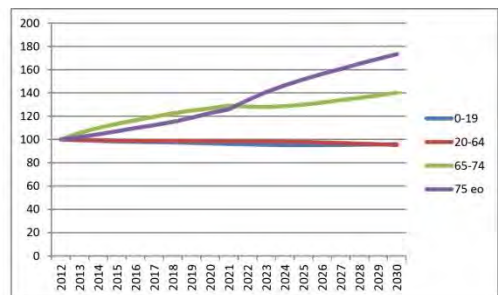
Grafiek 1 Demografische ontwikkeling Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)



Grafiek 2 Demografische verandering Friesland 2012-2030 t.o.v. indexjaar 2012 (=100)



Grafiek 3 Demografische ontwikkeling Nederland 2012-2030 (absolute aantallen)



Grafiek 4 Demografische verandering Nederland 2012-2030 t.o.v. indexjaar 2012 (=100)

In de grafieken 3 en 4 worden ter vergelijking van de Friese demografische ontwikkelingen de demografische veranderingen in heel Nederland weergegeven.

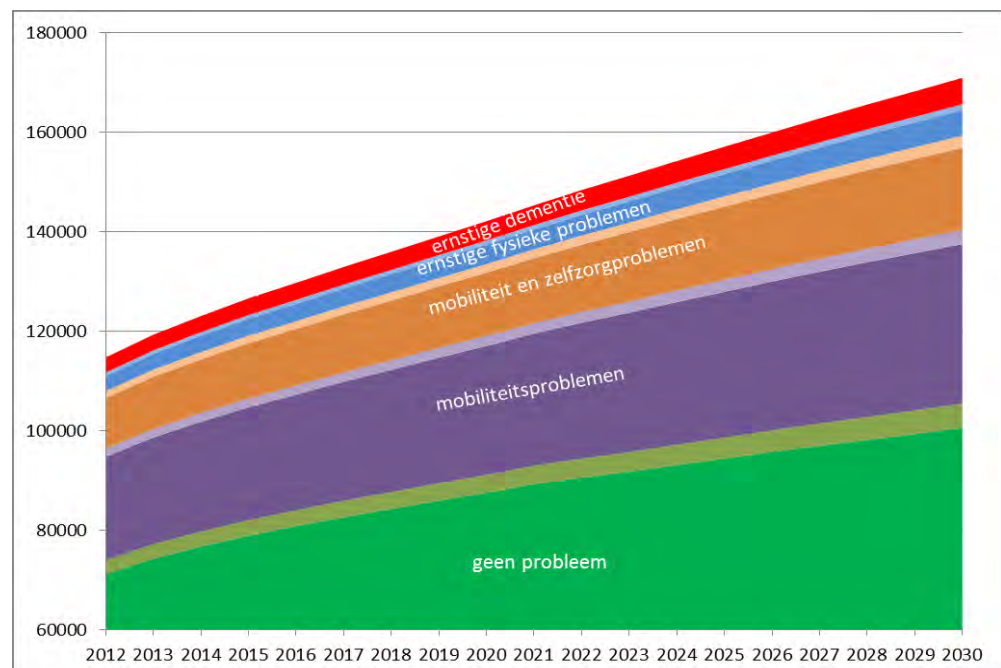
In tegenstelling tot de bevolkingsontwikkeling in Friesland (grafiek 1) illustreert grafiek 3 dat de Nederlandse bevolking tussen 2012 en 2030 naar verwachting wel in aantal zal toenemen. Zowel in Friesland als in heel Nederland is de verwachting dat het aantal ouderen toeneemt.

3.2 Prognoses omvang functioneringsproblematiek in de Friese oudere bevolking

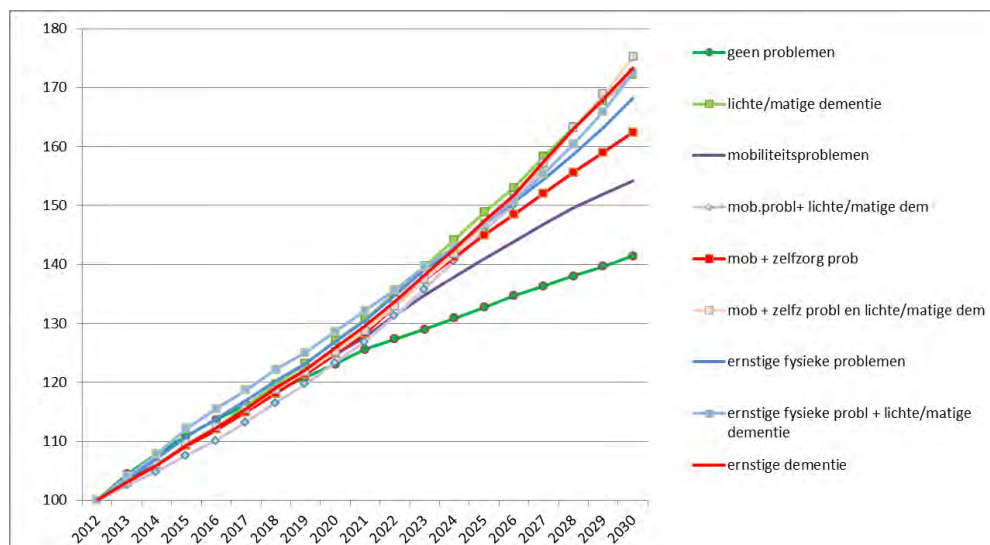
De volgende grafieken illustreren de ontwikkeling van de Friese bevolking van 65 jaar en ouder met betrekking tot het functioneren op basis van de demografische prognoses. Hierbij zijn in totaal 9 groepen personen (profielen) onderscheiden, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Grafieken 5 en 6 illustreren de prognose dat het aantal Friese ouderen met functioneringsproblematiek zal toenemen. Schattingen zijn dat in 2012 circa 43.600 ouderen met functioneringsproblemen voorkomen in Friesland en in 2030 ruim 70.000. De omvang van de groep ouderen met functioneringsproblematiek zal 1,6 keer zo groot worden in 2030 ten opzichte van 2012. Uitgesplitst naar geslacht kan geconcludeerd worden dat de totale groep oudere mannen met functioneringsproblematiek in 2030 zal toenemen van circa 15.000 naar 28.000. Dit betekent dat de groep oudere mannen met functioneringsproblemen bijna 1,9 keer zo groot zal zijn. Voor vrouwen is de prognose dat de groep met functioneringsproblemen zal toenemen van 28.000 naar ruim 41.500. Dit betekent dat de groep vrouwen met functioneringsproblemen 1,5 keer zo groot zal zijn.

Meest voorkomende functioneringsproblematiek zijn 'mobiliteitsproblemen', in 2012 komen naar schatting bijna 21.000 Friese ouderen met dit profiel voor, en naar verwachting stijgend naar zo'n 32.000 Friese ouderen in 2030. Dit betreft een stijging van het aantal van 55%. Op de tweede plaats staat naar verwachting het functioneringsprobleem 'mobiliteits- en zelfzorgproblemen'. In 2012 komt dit profiel naar schatting bij ruim 10.000 Friese ouderen voor, naar verwachting treft dit in 2030 bijna 16.500 Friese ouderen. Dit is een stijging van het aantal van 65%. Hoewel naar schatting de profielen waarbij sprake is van lichte/matige dementie al dan niet in combinatie met fysieke beperkingen en het profiel 'ernstige dementie' in omvang niet zo groot lijken, is de verwachting dat het aantal in elk van die profielen stijgt met meer dan 70% in 2030 t.o.v. 2012 (variërend van 72% -75%).



Grafiek 5 Prognose functioneren ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Friese prevalentiegegevens (absolute aantallen)

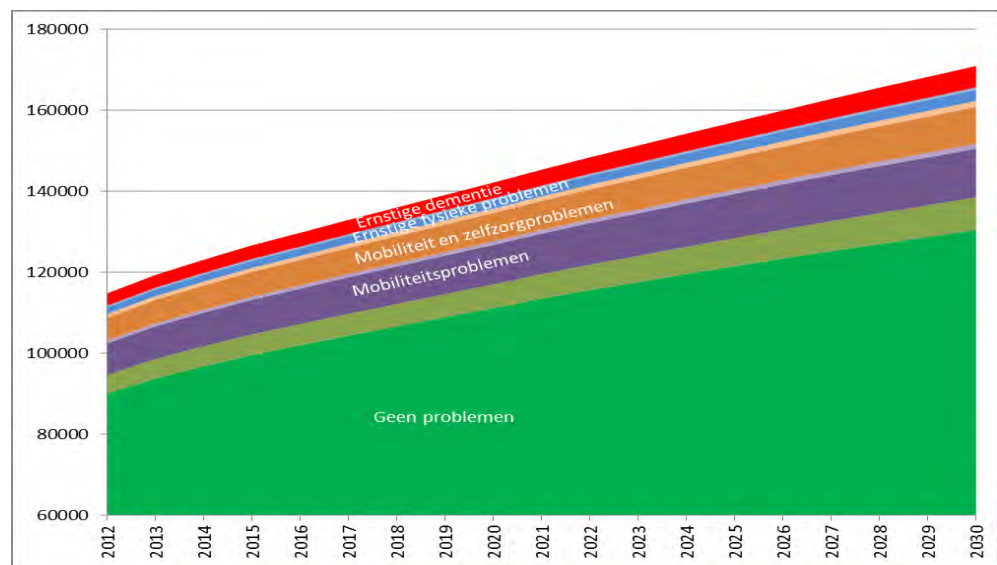


Grafiek 6 Verandering in absolute aantallen van het functioneren van ouderen van 65 jaar en ouder in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Friese prevalentiegegevens (2012=indexjaar)

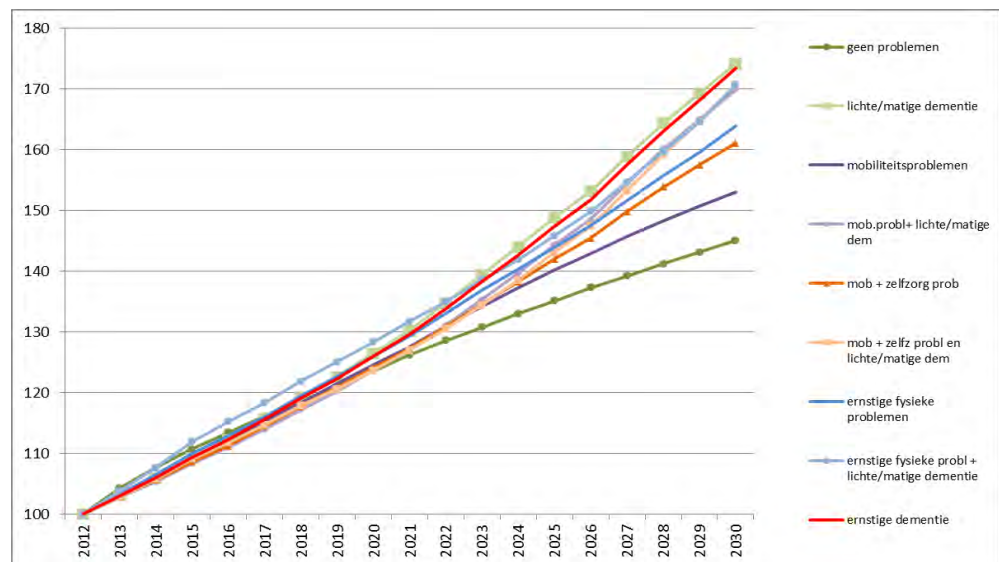
Ter vergelijking van de Nederlandse situatie worden ook prognoses gepresenteerd voor Friesland die gebaseerd zijn op Nederlandse prevalentiecijfers over het functioneren (Perenboom et al., 2007)¹⁵ gekoppeld aan demografische ontwikkelingen in Friesland. De resultaten staan weergegeven in grafieken 7 en 8.

Op basis van Nederlandse prevalentiecijfers blijkt dat de omvang van de groep ouderen met functioneringsproblemen kleiner is dan wanneer Friese prevalenties gebruikt worden. Gemiddeld ligt de prevalentie van functioneringsproblemen in Friesland 1,8 maal hoger dan in Nederland. De trends op basis van Friese data en op basis van Nederlandse data zijn vergelijkbaar. Verschillen tussen Friese ouderen en de gemiddelde Nederlandse oudere worden mede veroorzaakt door een andere verdeling van de sociaal economische status (SES). In 2030 vindt er een toename plaats van het aantal ouderen met een lage SES met functioneringsproblemen. In paragraaf 3.7 worden deze prognoses gepresenteerd van functioneringsproblematiek naar SES

¹⁵ Perenboom RJM, Galindo Garre F, Beekun WT van. Schattingen voor intramurale zorg. Leiden: TNO KVL; 2007. Rapportnr KVL/P&Z 2007.092



Grafiek 7 Prognose functioneren ouderen van 65 jaar en ouder in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Nederlandse prevalentiegegevens (absolute aantallen)



Grafiek 8 Verandering in absolute aantallen van het functioneren van ouderen van 65 jaar en ouder in Friesland in de periode 2013-2030 op basis van Nederlandse prevalentiegegevens (2012=indexjaar)

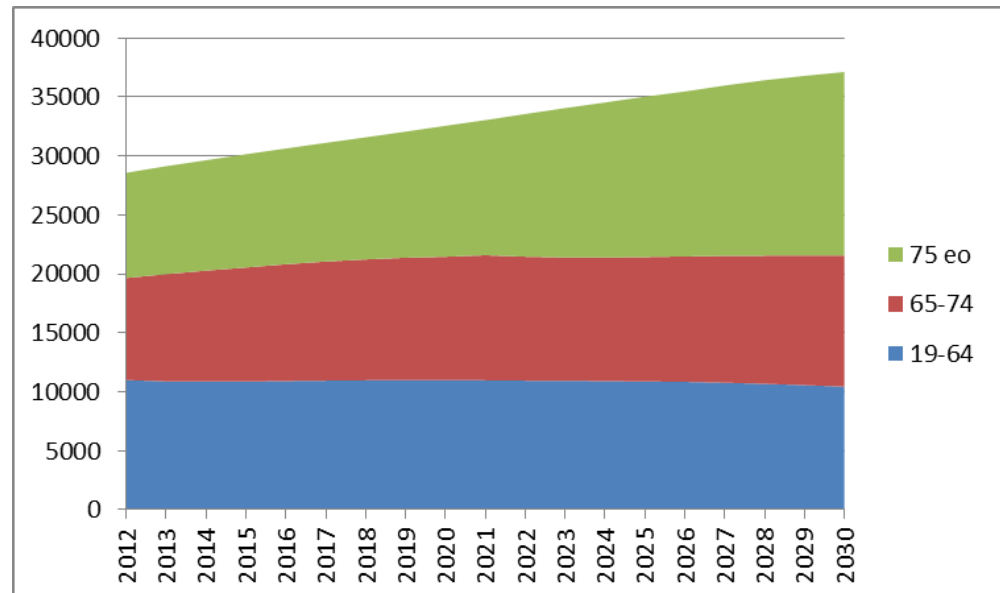
3.3 Prognoses omvang chronische aandoeningen Friese volwassen bevolking

In deze paragraaf worden de prognoses van de omvang van diverse chronische aandoeningen op basis van de demografische prognoses in Friesland weergegeven.

In grafieken 9 tot en met 16 staan de ontwikkelingen in absolute aantallen binnen de Friese bevolking in de periode 2012-2030 voor de volgende 8 aandoeningen: 1. Diabetes Mellitus, 2. CVA, 3. hartinfarct, 4. kanker, 5. COPD/astma,

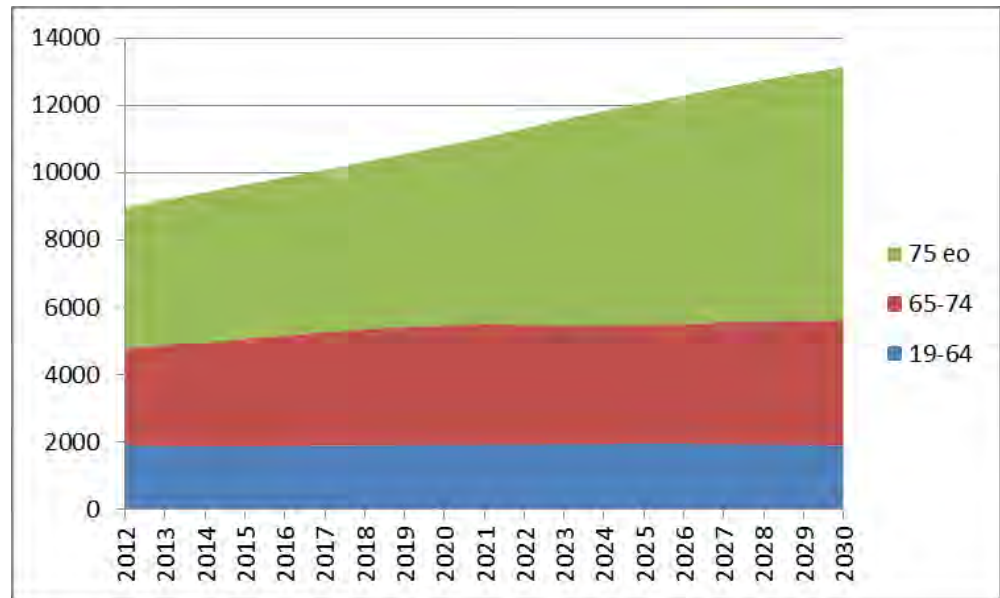
6. incontinentie, 7. aandoeningen aan het bewegingsapparaat (gecombineerd reumatoïde artritis, artrose, rugaandoening en pijn aan bovenste ledematen en schouder/nek) en 8. dementie.

In grafieken 17 tot en met 20 wordt een aantal samenvattende grafieken getoond met de demografische ontwikkeling van de chronische aandoeningen en ontwikkelingen in aantallen aandoeningen per persoon.



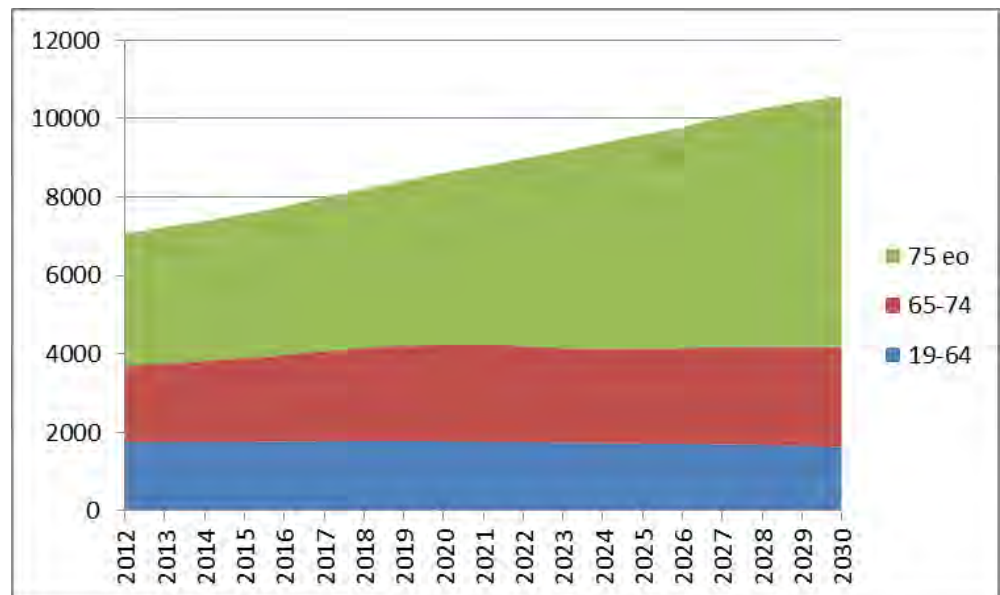
Grafiek 9 Prognose prevalentie **Diabetes Mellitus** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

Grafiek 9 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van Diabetes Mellitus in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting ruim 28.000 Friese burgers met diabetes mellitus, in 2030 zijn dat er naar schatting ruim 37.000. Dit betreft een stijging van ruim 30%. Deze verwachte stijging is vooral toe te schrijven aan de verwachte stijging van het aantal ouderen van 75 jaar en ouder met Diabetes Mellitus (bijna 80%).



Grafiek 10 Prognose prevalentie **CVA** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

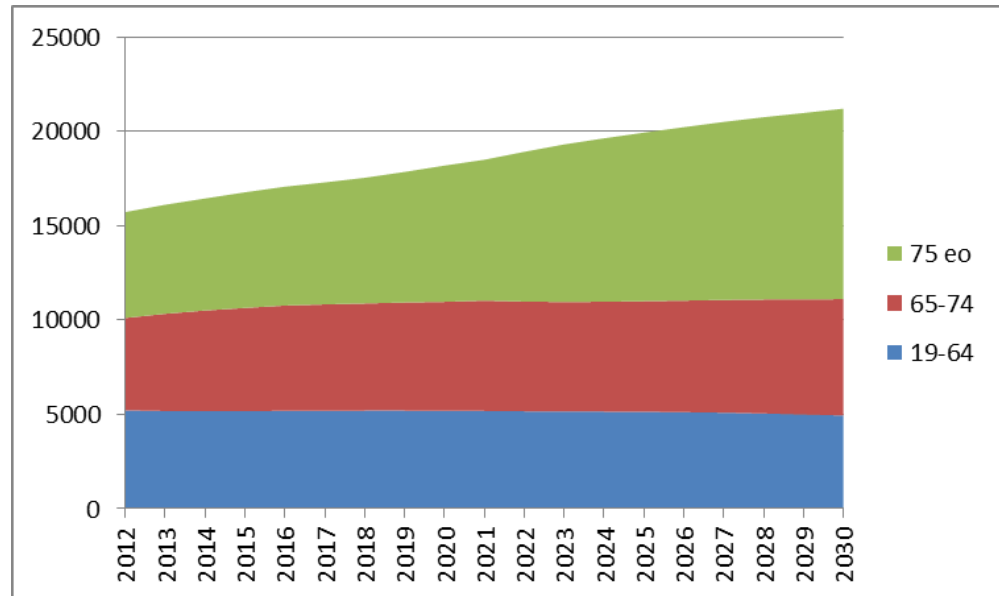
Grafiek 10 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van CVA in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 9.000 Friese burgers met CVA, in 2030 zullen er naar schatting zo'n 13.000 voorkomen. Dat is een stijging van ruim 40%, welke vooral is toe te schrijven aan de verwachte stijging van het aantal ouderen van 75 jaar en ouder met CVA (bijna 80%).



Grafiek 11 Prognose prevalentie **Hartinfarct** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

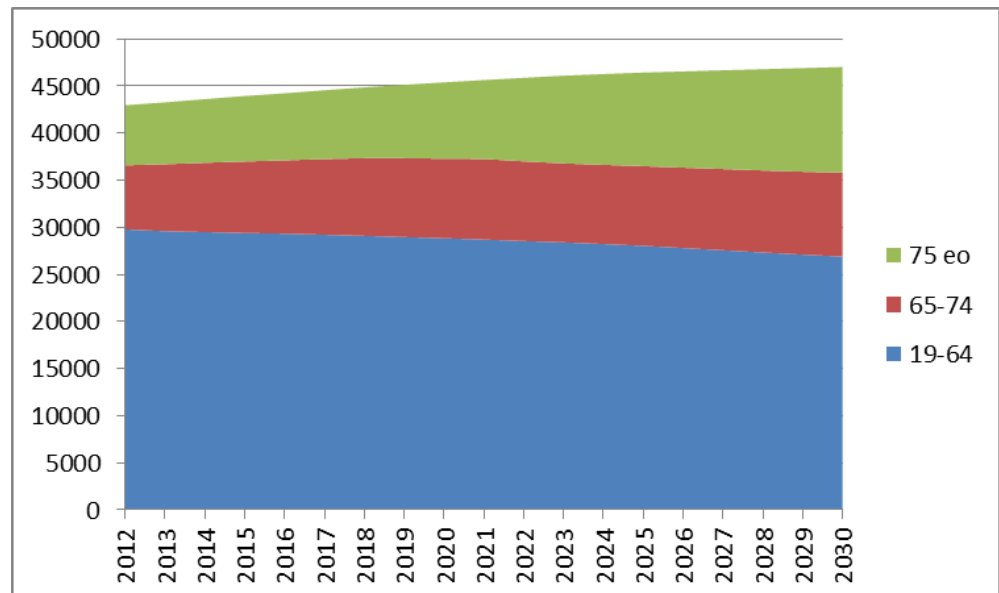
Grafiek 11 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van een hartinfarct in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 7.000 Friese burgers met een hartinfarct, in 2030 zullen er naar schatting 10.500 zijn. Dit is een verwachte stijging van 50%. Er wordt een lichte daling verwacht van het aantal

19-64 jarigen en 65-74 jarigen met een (doorgemaakt) hartinfarct en een toename Friesland van 75 jaar en ouder met een (doorgemaakt) hartinfarct van bijna 2 keer zoveel gevallen als in 2012.



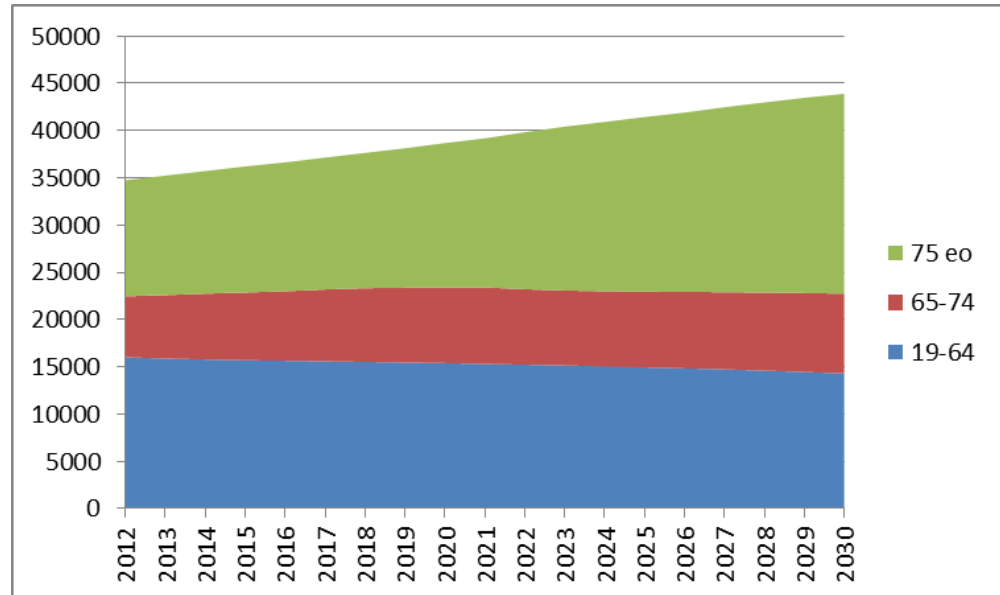
Grafiek 12 Prognose prevalentie **Kanker** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

Grafiek 12 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van kanker in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting ruim 15.000 Friese burgers met kanker, in 2030 zullen dat er naar schatting ruim 21.000 zijn. Dat is een verwachte stijging van circa 40%. In 2030 wordt vooral een stijging verwacht van bijna twee keer het aantal Friezen van 75 jaar en ouder met kanker ten opzichte van 2012.



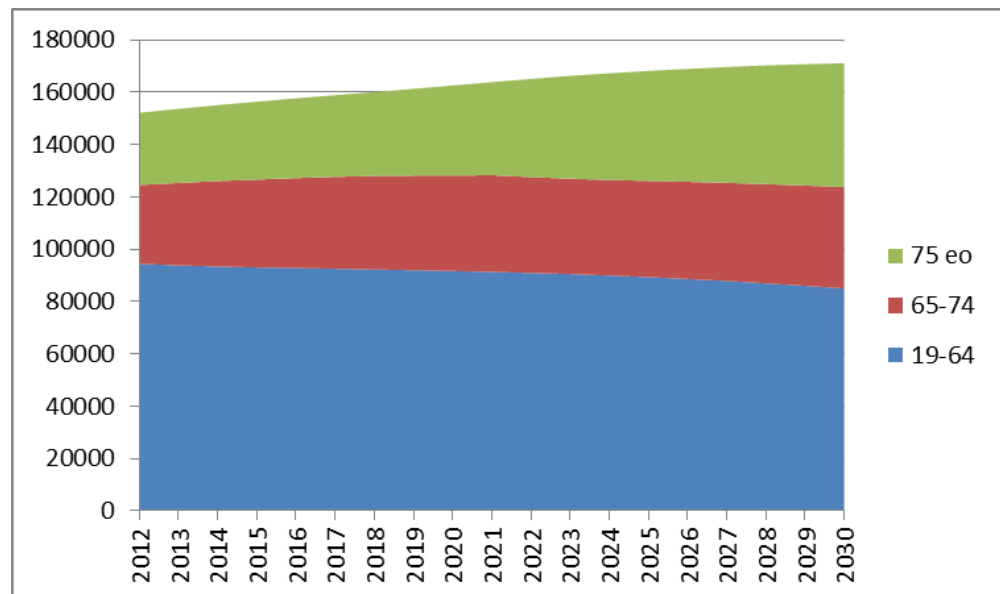
Grafiek 13 Prognose prevalentie **COPD/astma** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

Grafiek 13 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van COPD/astma in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 43.000 Friese burgers met COPD/astma, in 2030 zullen dat er naar schatting 47.000 zijn. Dit is een verwachte stijging van circa 9%. COPD/astma komt het meest voor onder 19-64 jarigen. Er zullen in 2030 relatief iets meer oudere personen met COPD/astma in de populatie voorkomen.



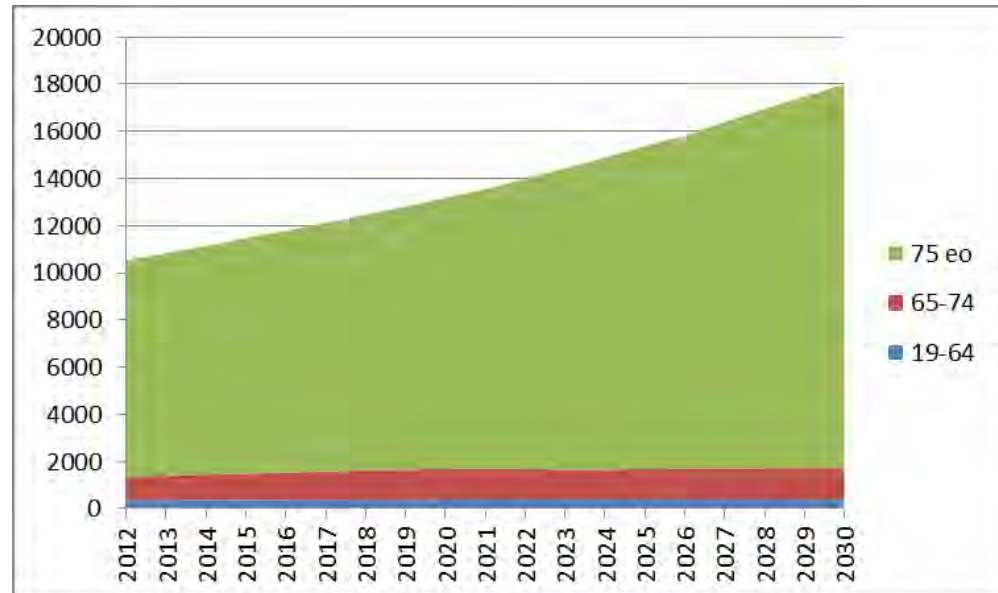
Grafiek 14 Prognose prevalentie **Incontinentie** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

Grafiek 14 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van incontinentie in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 35.000 Friese burgers met incontinentie, in 2030 zullen dat er naar schatting 44.000 zijn. Dit is een verwachte stijging van circa 25%. Deze stijging is vooral toe te schrijven aan een toename van het aantal Friezen van 75 jaar en ouder met incontinentie.



Grafiek 15 Prognose prevalentie **Aandoeningen aan het bewegingsapparaat** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

Grafiek 15 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van aandoeningen van het bewegingsapparaat in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 150.000 Friese burgers met een aandoening van het bewegingsapparaat, in 2030 zullen dat er naar schatting 170.000 zijn. Overall is de verwachting dat deze groep een geringe groei laat zien van 13%, welke vooral zal toe te schrijven zijn aan de verwachte toename van de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder met aandoeningen van het bewegingsapparaat.

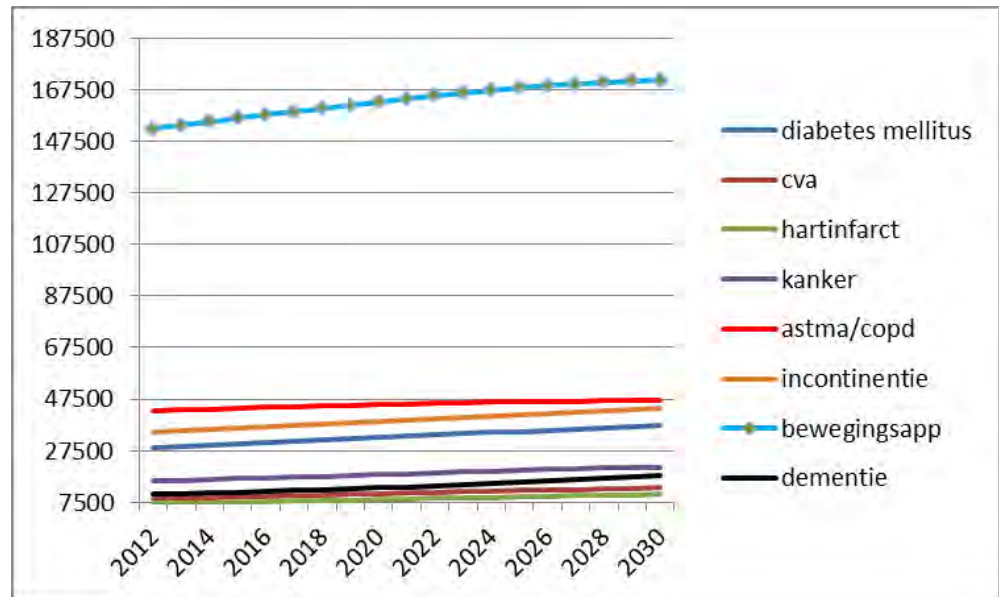


Grafiek 16 Prognose prevalentie **Dementie** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

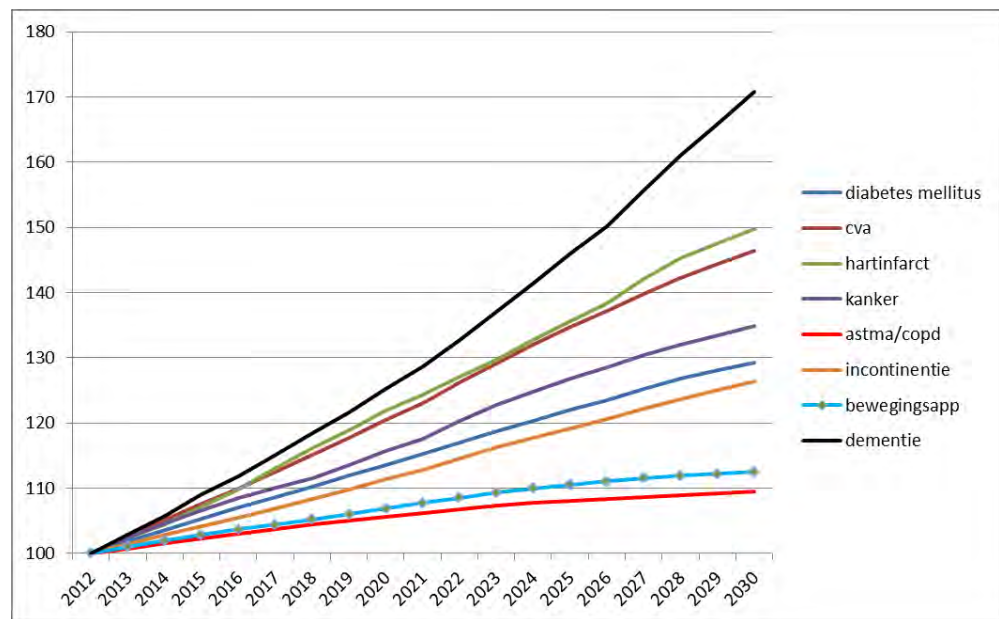
Grafiek 16 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van dementie in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 10.500 Friese burgers met dementie, in 2030 zijn dat er naar schatting bijna 18.000. Dat is een zeer forse stijging van ruim 70%. De grootste groep personen met dementie zit in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder en dit vormt ook de groep die de stijging in de prevalentie veroorzaakt in 2030.

Concluderend blijkt uit de grafieken 9 t/m 16 dat de meeste chronische aandoeningen groei vertonen tussen 2012 en 2030. De meeste genoemde chronische aandoeningen zijn vooral met de leeftijd verbonden. De leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder met chronische aandoeningen stijgt het sterkst. De aantallen 75+-ers met Diabetes Mellitus, CVA, hartinfarct, kanker, en dementie verdubbelen nagenoeg.

De relatief geringere groei bij COPD/astma en bij de aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt veroorzaakt door het feit dat deze aandoeningen veel voorkomen bij relatief jongere groepen en deze jongere groepen in omvang dalen. Dit is ook te zien in de samenvattende grafieken 17 en 18. Grafiek 17 laat de trends zien in absolute aantallen van de gepresenteerde chronische aandoeningen. In grafiek 18 worden de relatieve veranderingen gepresenteerd (met 2012 als referentiejaar, gelijkgesteld aan 100).



Grafiek 17 Prognose prevalentie van diverse chronische aandoeningen in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)



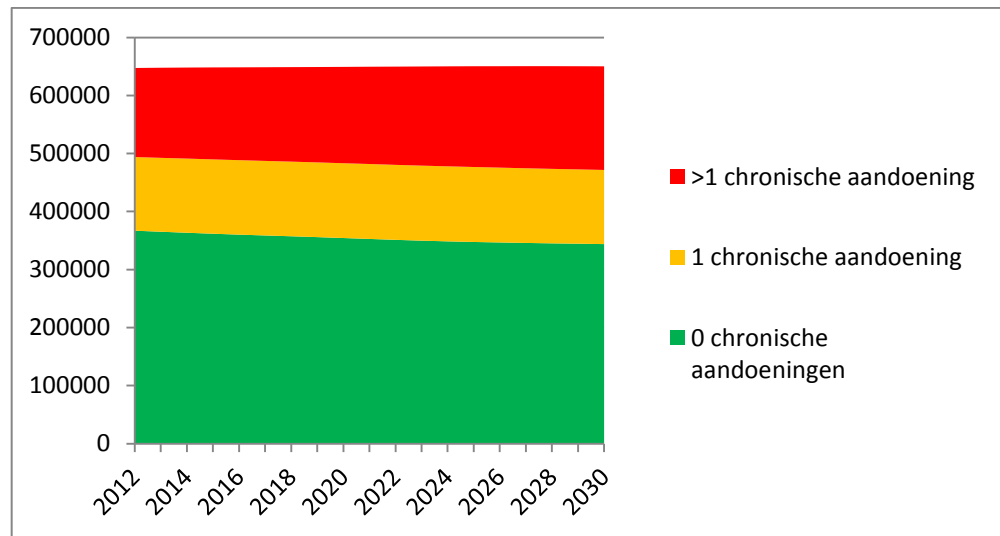
Grafiek 18 Verandering in absolute aantallen van diverse chronische aandoeningen in Friesland 2012-2030 (indexjaar 2012: 100)

Uit de grafieken en cijfers blijkt dat hoewel chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat het meeste voorkomen in de Friese populatie, het naar verwachting niet de snelste stijger is. De verwachting is dat dementie de grote stijger is met ruim 70% (van 10.500 personen in 2012 naar bijna 18.000 personen in 2030). Verder valt op dat – hoewel in absolute aantallen niet zo hoog - ook het doormaken van een hartinfarct en het optreden van een CVA naar verwachting sterke stijgers zijn.

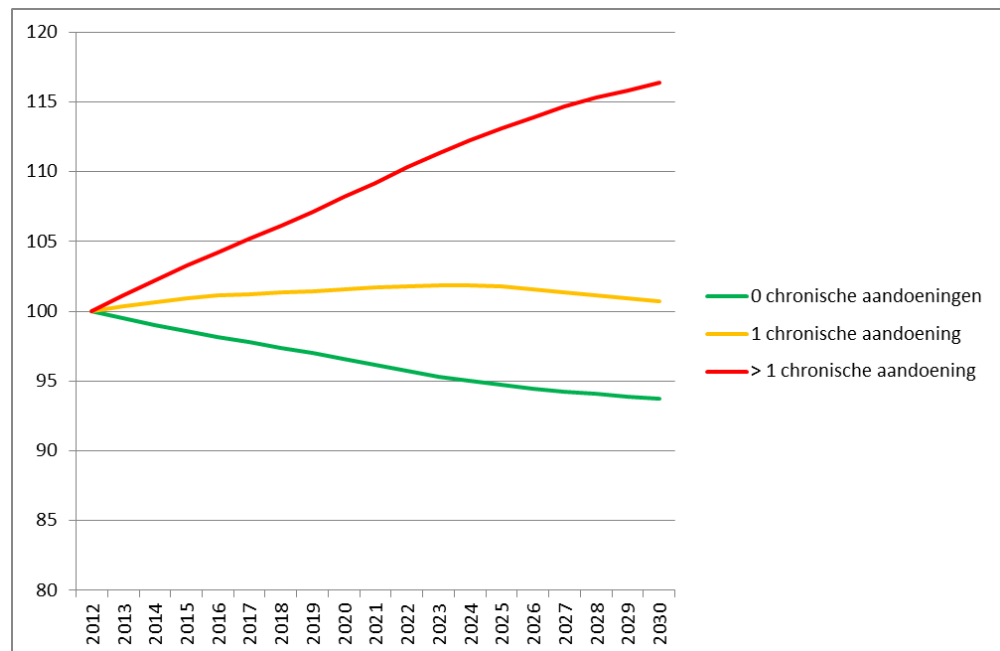
3.4 Prognoses omvang multimorbiditeit in de Friese volwassen bevolking

Het risico op multimorbiditeit, het hebben van meer dan één chronische aandoening neemt toe met de leeftijd. Dat kan gevolgen hebben voor het functioneren en de zorgbehoefte. In de grafieken 19 en 20 zijn de prognoses hieromtrent weergegeven.

Grafiek 19 illustreert de prognose van het hebben van géén, één of meer dan één chronische aandoening in absolute aantallen. Grafiek 20 illustreert de trend in relatieve zin, waarbij 2012 het referentiejaar, geïndexeerd op 100.



Grafiek 19 Ontwikkeling prevalentie van 'multimorbiditeit' in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)



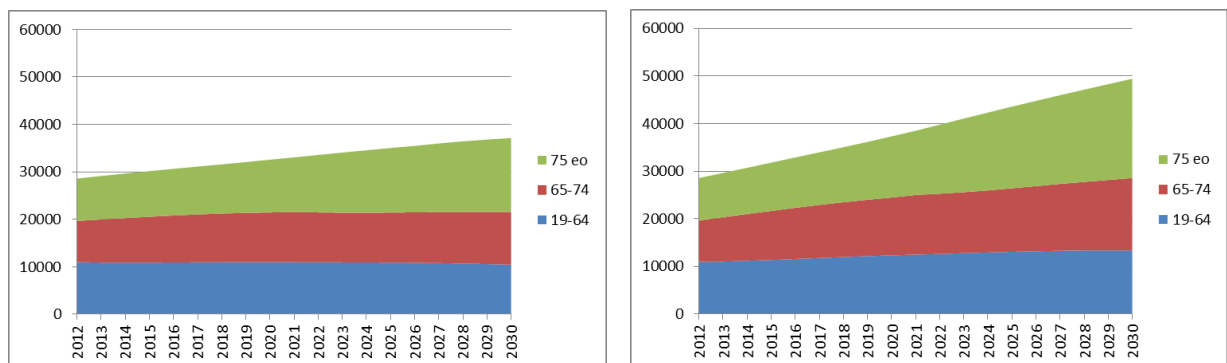
Grafiek 20 Verandering van '(multi)morbiditeit' in Friesland 2012-2030 (indexjaar 2012: 100)

De grafieken illustreren dat het aantal personen zonder chronische aandoening tussen 2012 en 2030 zal afnemen. In 2012 zijn er bijna 370.000 Friese burgers zonder chronische aandoeningen, in 2030 nog geen 344.000 Friese burgers. Dit houdt in dat het absolute aantal Friese burgers met één of meer chronische aandoeningen zal toenemen. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt doordat het absolute aantal personen met meer dan één chronische aandoening zal oplopen met 16% ten opzichte van 2012. De verwachting is dat er in 2012 naar schatting 153.000 Friese burgers met multimorbiditeit van chronische aandoeningen voorkomen. Deze groep zal naar verwachting in 2030 toenemen tot bijna 180.000.

3.5 Prognoses omvang Diabetes Mellitus en CVA op basis van epidemiologische ontwikkelingen

In deze paragraaf worden de prognoses op basis extrapolatie van epidemiologische ontwikkelingen voor twee chronische aandoeningen gepresenteerd: Diabetes Mellitus en CVA. Ter illustratie zijn de grafieken met uitsluitend de demografische prognose en de epidemiologische prognose naast elkaar geplaatst, daarbij een vergelijkbare Y-as gebruikend.

In grafiek 21 zijn prognoses van de prevalentie van Diabetes Mellitus weergegeven op basis van de demografische ontwikkelingen tussen 2012-2030 (links) en inclusief epidemiologische ontwikkelingen in de prevalentiecijfers in de periode 1990-2010 (rechts).

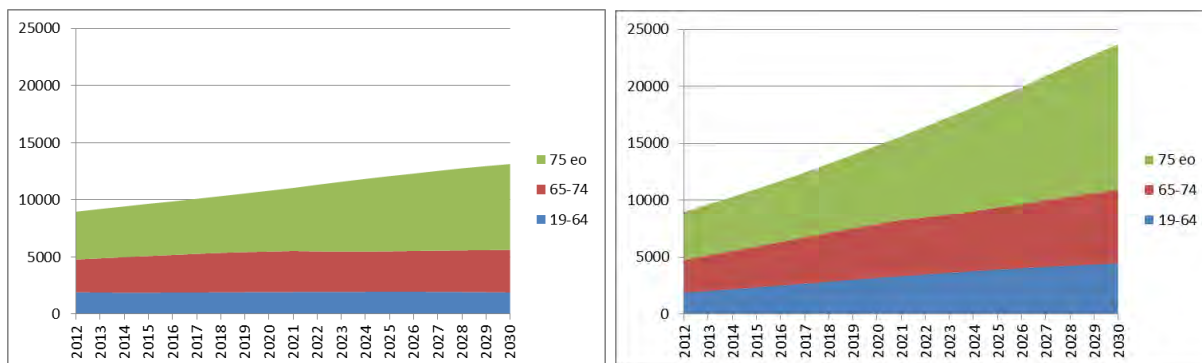


Grafiek 21 Prognose prevalentie Diabetes Mellitus op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen (linker grafiek) respectievelijk inclusief epidemiologische ontwikkelingen (rechter grafiek)

In de rechter grafiek is te zien dat in elke leeftijdscategorie de prevalentie van Diabetes Mellitus op basis van de veranderingen in de prevalentie van Diabetes Mellitus in de periode 1990 – 2010 meer toeneemt dan alleen op basis van demografische ontwikkelingen. In totaal worden er in de rechter grafiek in 2030 circa 20.000 gevallen van Diabetes Mellitus meer geschat dan in 2012. Uitsluitend uitgaande van de demografische ontwikkelingen gaat het in 2030 om ruim 8.500 gevallen meer dan in 2012. Op basis van epidemiologische doorrekening worden er derhalve circa 11.500 gevallen meer geschat in 2030 dan op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen.

Op basis van de epidemiologische doorrekening is naar verwachting de stijging het grootst van het aantal Friezen in de leeftijd van 75 jaar en ouder met Diabetes Mellitus (circa 2,3 keer zoveel gevallen als in 2012).

In grafiek 22 zijn prognoses van de prevalentie van CVA weergegeven op basis van de demografische ontwikkelingen tussen 2012-2030 (links) en inclusief epidemiologische ontwikkelingen in de prevalentiecijfers in de periode 1990-2010 (rechts).



Grafiek 22 Prognose prevalentie van CVA op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen (linker grafiek) respectievelijk inclusief epidemiologische ontwikkelingen (rechter grafiek)

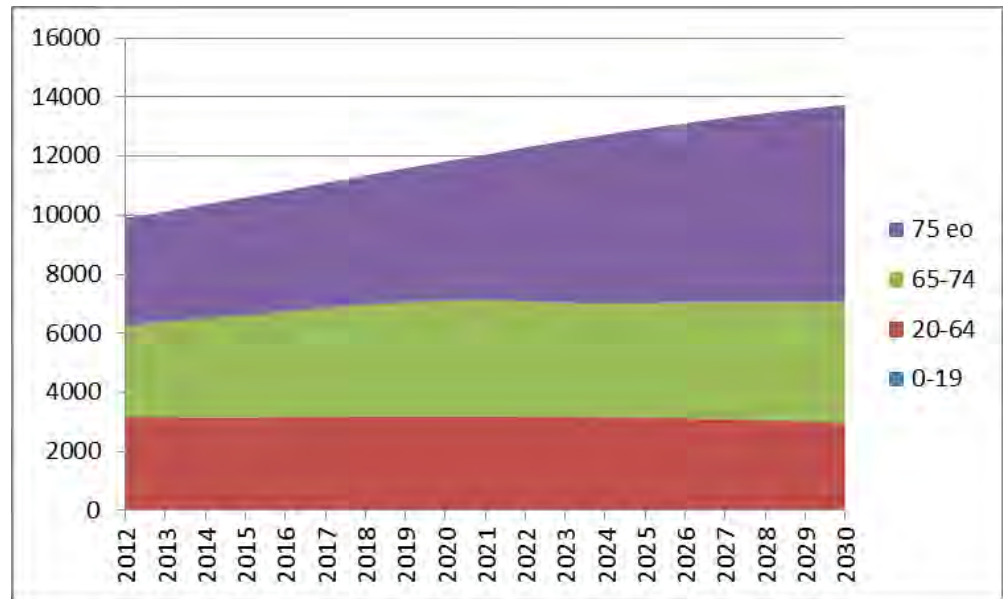
In de rechter grafiek is te zien dat in elke leeftijdscategorie de prevalentie van CVA op basis van de veranderingen in de prevalentie van CVA in de periode 1990 – 2010 naar verwachting meer zal toenemen als de epidemiologische trend wordt voortgezet dan alleen op basis van demografische ontwikkelingen. Op basis van epidemiologische ontwikkelingen is de verwachting dat in 2030 circa 14.000 meer gevallen van CVA geschat worden dan in 2012, terwijl dit op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen naar verwachting om ruim 4.100 gevallen in 2030 meer gaat. Dit is een verschil van circa 10.000 gevallen meer op basis van epidemiologische doorrekening.

Op basis van de epidemiologische doorrekening is de verwachting dat grootste stijging te zien zal zijn van het aantal Friezen in de leeftijd van 75 jaar en ouder met CVA (circa twee keer zoveel gevallen als in 2012).

3.6 Prognoses zorgvraag op basis van declaraties van zorggebruik

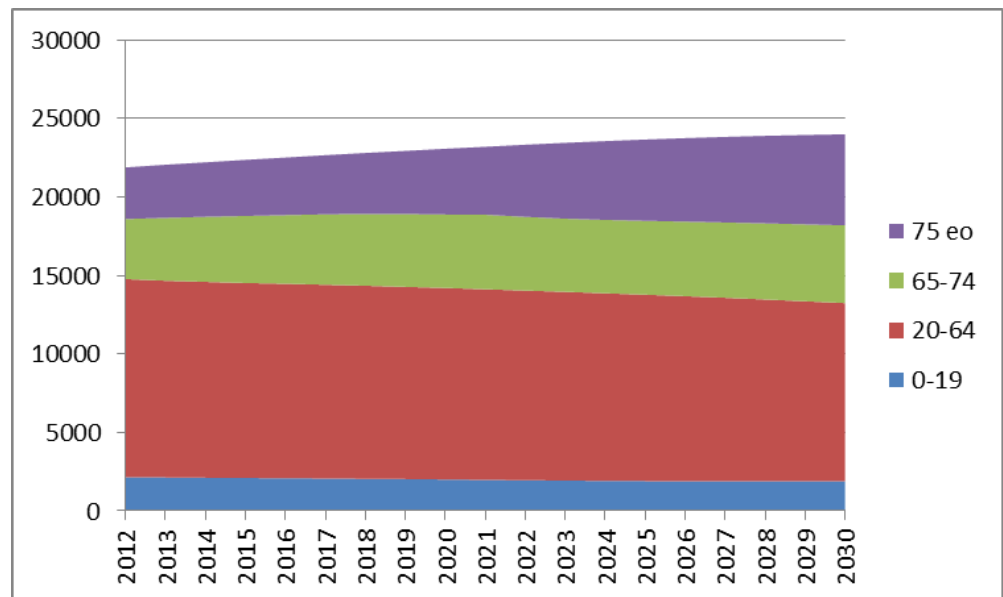
De gegevens over de prognoses, zoals gepresenteerd in de voorgaande paragrafen, zijn gebaseerd op studies waarin zelf gerapporteerde gegevens zijn verzameld. In deze paragraaf wordt gerapporteerd over de schatting van zorgbehoefte in 2030 met behulp van de informatie uit de registratie van declaraties van Zorgverzekeraar De Friesland in 2011. Uit de registratie is het mogelijk met de informatie over specifiek medicatiegebruik dan wel over behandelend specialisme en diagnose schattingen te maken van een negental aandoeningen. Voor de volgende 3 aandoeningen kan dat met de informatie over medicatiegebruik: 1. Zware astma/COPD, 2. Astma, 3. Diabetes Mellitus type 1 en type 2. Voor 6 aandoeningen kan dat met de informatie over specialisme en diagnose: 1. Hartfalen, 2. CVA, 3. Incontinentie, 4. Dementie, 5. Reumatoïde Artritis, 6. Rug- en nekaandoeningen.

Grafieken 23 tot en met 32 illustreren de prognoses van prevalenties van chronische aandoeningen met specifiek zorggebruik.



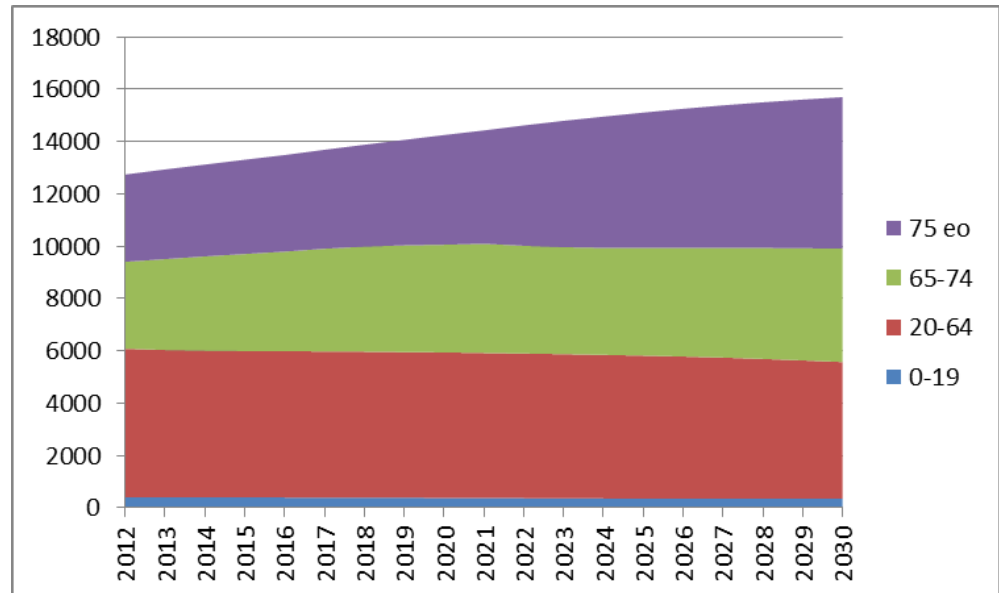
Grafiek 23 Prognose prevalentie **Zware astma/COPD** op basis van medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

Grafiek 23 illustreert de ontwikkeling van de prevalentie van Zware astma/COPD weergegeven op basis van gedeclareerd medicatiegebruik in 2011. In totaal neemt de prevalentie toe van 10.000 gevallen in 2012 naar bijna 14.000 in 2030. De stijging is vooral toe te schrijven aan de stijging van het aantal Friezen in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder. Dit houdt in dat de groep met Zware astma/COPD met medicatiegebruik relatief meer oude ouderen zullen zijn.



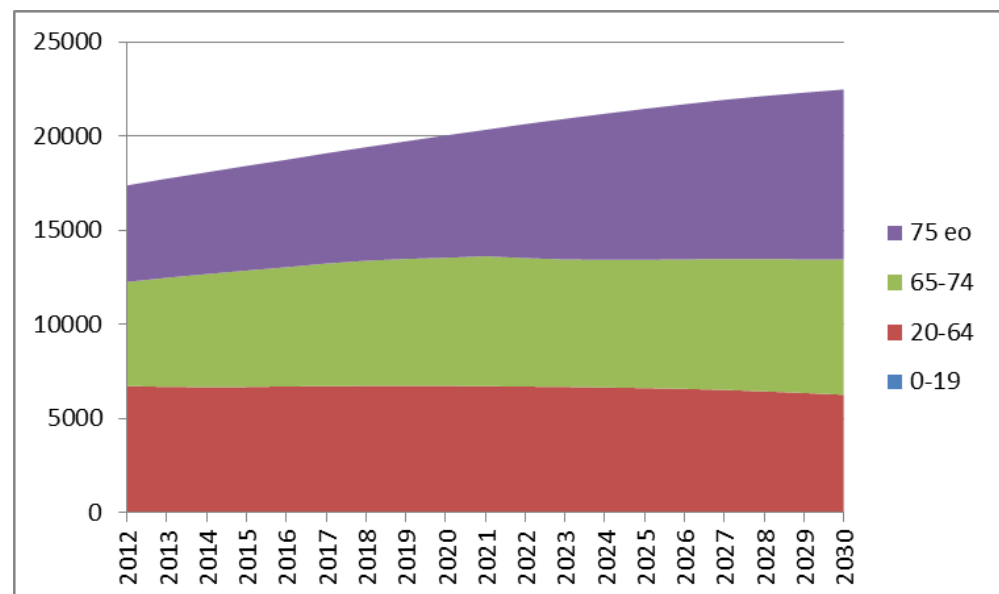
Grafiek 24 Prognose prevalentie **Astma** op basis van medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

Grafiek 24 illustreert de ontwikkeling van de prevalentie van Astma op basis van gedeclareerd medicatiegebruik. In 2012 werden er ruim 21.000 personen geregistreerd met medicatie bij Astma. De prognose is dat er in 2030 ongeveer 24.000 personen zullen zijn met medicatiegebruik bij Astma. De trend in de verschillende leeftijden verloopt verschillend. De aantallen 0-19 jarigen en 65-74 jarigen met medicatiegebruik bij Astma blijven gelijk, het aantal 20-64 jarigen neemt af en het aantal 75 jarigen neemt toe.



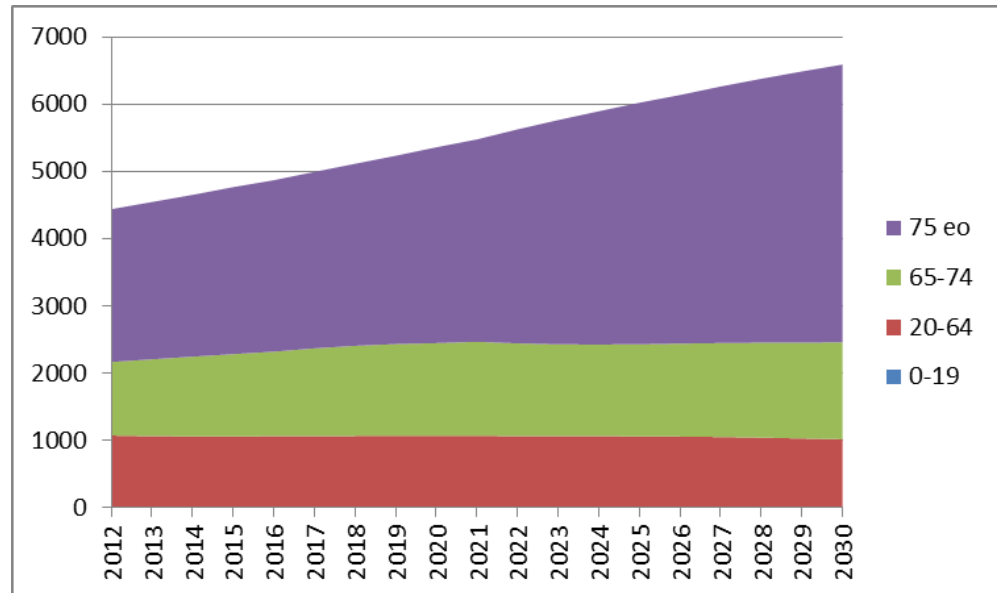
Grafiek 25 Prognose prevalentie van **Diabetes Mellitus type 1** op basis van specifiek medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

Grafiek 25 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van Diabetes type 1 met medicatiegebruik op basis van declaraties. In 2012 werden 12.700 personen geregistreerd met medicatie bij Diabetes mellitus type 1. Op basis van de demografische ontwikkelingen zijn dit in 2030 naar schatting 15.700 personen. De trend van het medicatiegebruik is dat de jongere leeftijdsgroepen kleiner worden, terwijl de oudere groepen in aantallen toenemen. Dit wil zeggen dat de groep ouderen met diabetes mellitus type 1 met medicatiegebruik groter wordt.



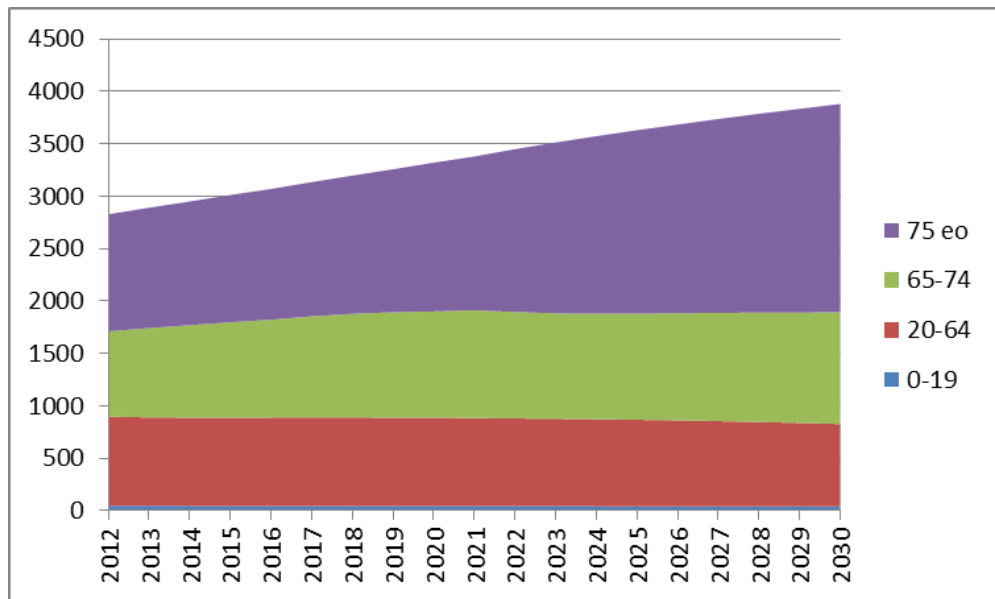
Grafiek 26 Prognose prevalentie **Diabetes Mellitus type 2** op basis van specifiek medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

Grafiek 26 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van Diabetes Mellitus type 2 op basis van medicatiegebruik volgens declaraties. In 2012 zijn ruim 17.000 personen geregistreerd met medicatie bij Diabetes Mellitus type 2. Op basis van de demografische ontwikkelingen zijn dit in 2030 naar schatting 22.500 personen. De trend is dat het aantal jongeren in de groep met Diabetes Mellitus type 2 met medicatiegebruik omlaag gaat, terwijl het aantal ouderen toeneemt. Dat wil zeggen dat de samenstelling van de patiëntenpopulatie verandert.



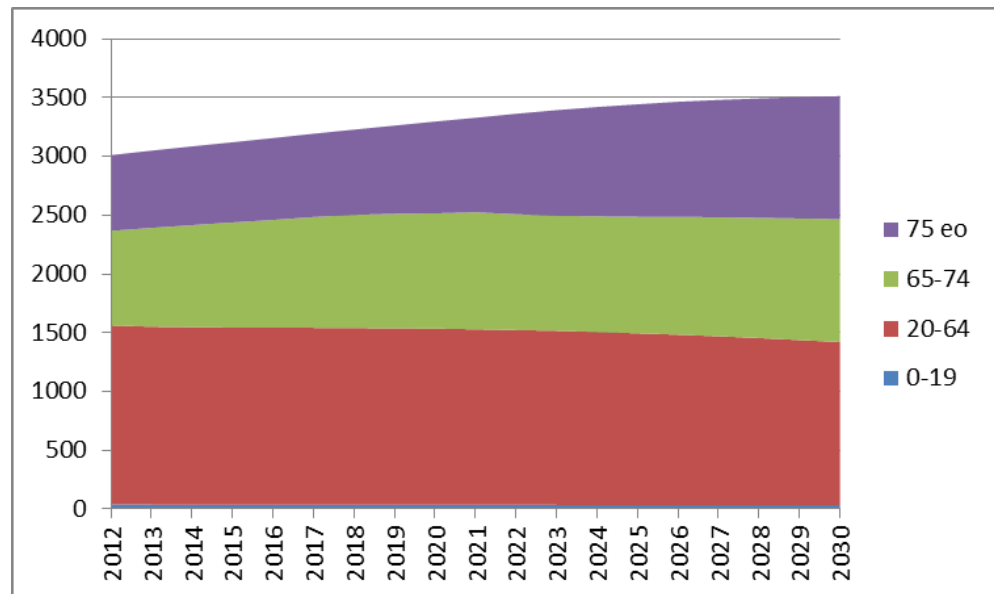
Grafiek 27 Prognose prevalentie **Hartfalen** op basis van specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

Grafiek 27 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van hartfalen geschat op basis van declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn op deze wijze ruim 4.400 gevallen van hartfalen geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 6.600 gevallen gezien worden door een specialist. De verwachte trend is dat het aantal jongeren met hartfalen omlaag gaat en het aantal ouderen met hartfalen groter wordt.



Grafiek 28 Prognose prevalentie **CVA** gebaseerd op behandelend specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

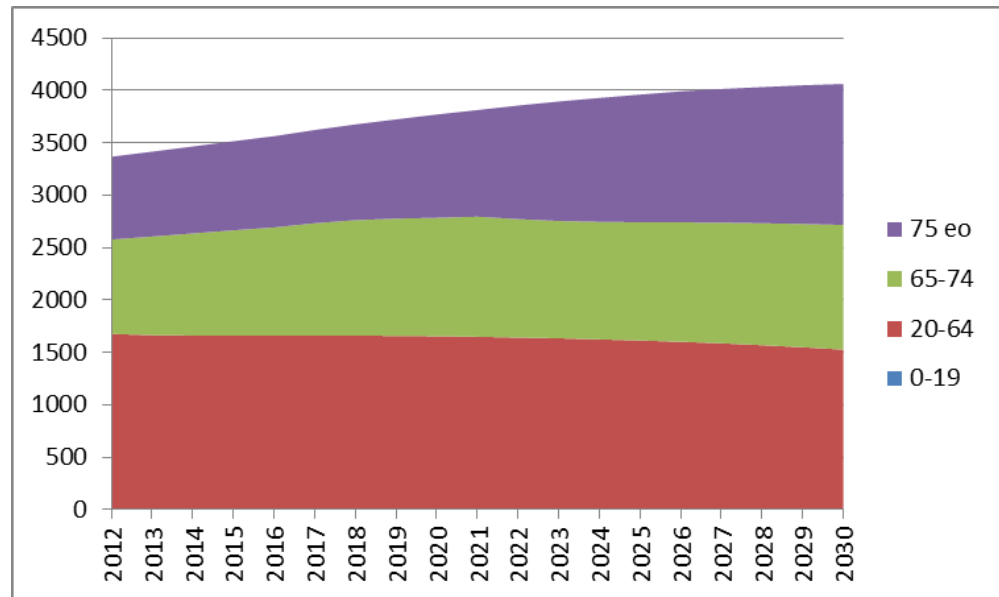
Grafiek 28 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van CVA geschat op basis van declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn ruim 2.800 gevallen van CVA geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 3.880 gevallen gezien worden door een specialist. De trends zijn dat het aantal jongeren omlaag gaan en het aantal ouderen toeneemt.



Grafiek 29 Prognose prevalentie **Incontinentie** gebaseerd op behandelend specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

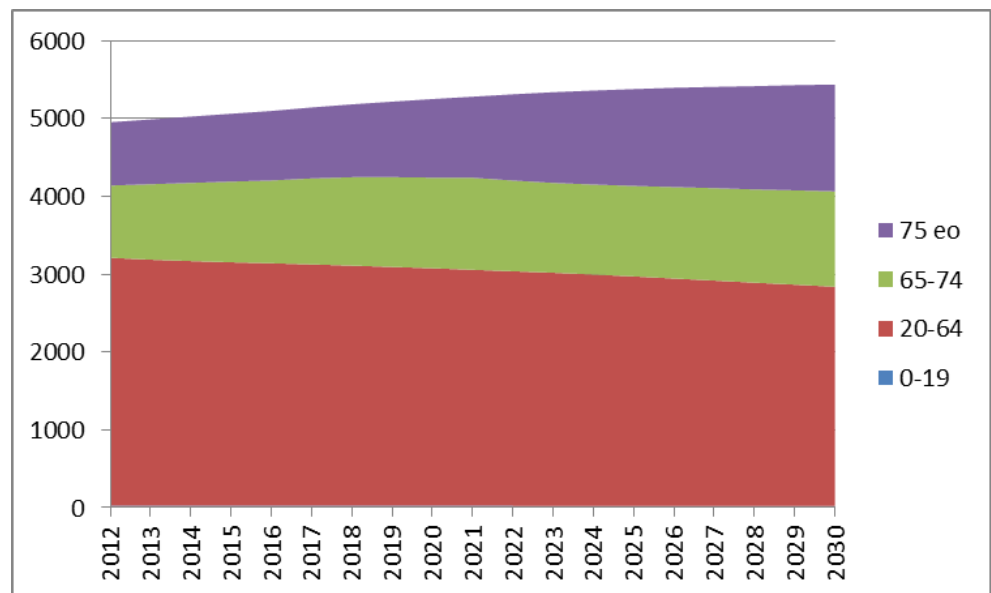
Grafiek 29 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van incontinentie geschat met de declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn ruim 3.000 gevallen van incontinentie geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 3.500 gevallen gezien worden door

een specialist. De verwachte trends zijn dat het aantal jongeren omlaag gaat en het aantal ouderen toeneemt.



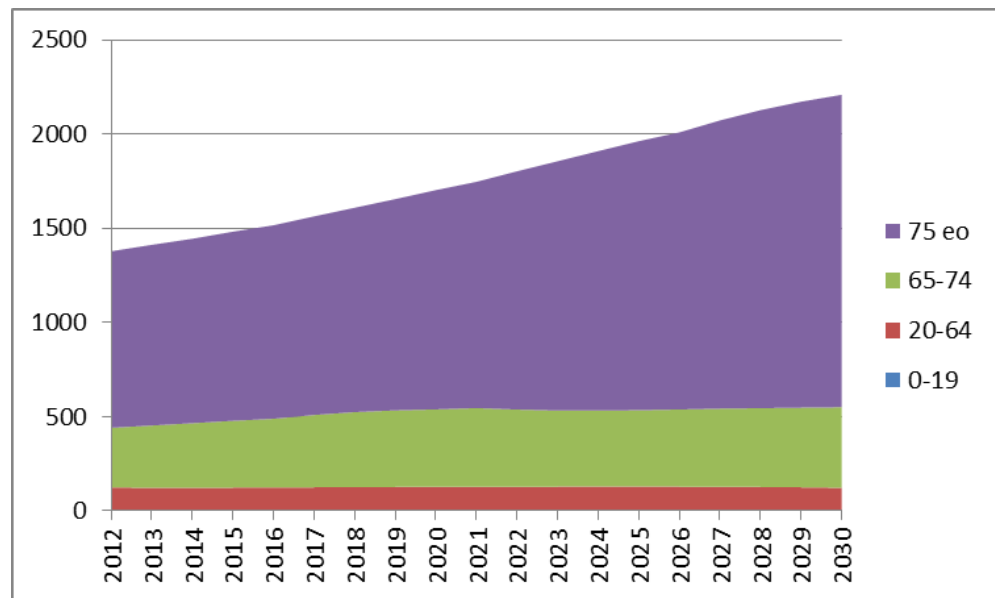
Grafiek 30 Prognose prevalentie **Reumatoïde Artritis** gebaseerd op behandelend specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

Grafiek 30 illustreert de ontwikkeling weergegeven in prevalentie van reumatoïde artritis geschat met de declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn bijna 3.400 gevallen van reumatoïde artritis geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 4.000 gevallen gezien worden door een specialist. De trends zijn dat het aantal jongeren met reumatoïde artritis nagenoeg gelijk blijft en het aantal ouderen toeneemt.



Grafiek 31 Prognose prevalentie **Rug- en nek aandoeningen** op basis van behandelend specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

Grafiek 31 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van nek- en rugaandoeningen geschat met de declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn bijna 5.000 gevallen van nek- en rugaandoeningen geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 5.400 gevallen gezien worden door een specialist. De grootste groep wordt gevormd door personen in de leeftijd van 20-64 jaar. De verwachting is dat vooral het aantal ouderen met rug- en nekaandoeningen toeneemt.



Grafiek 32 Prognose prevalentie **Dementie** op basis van behandelend specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

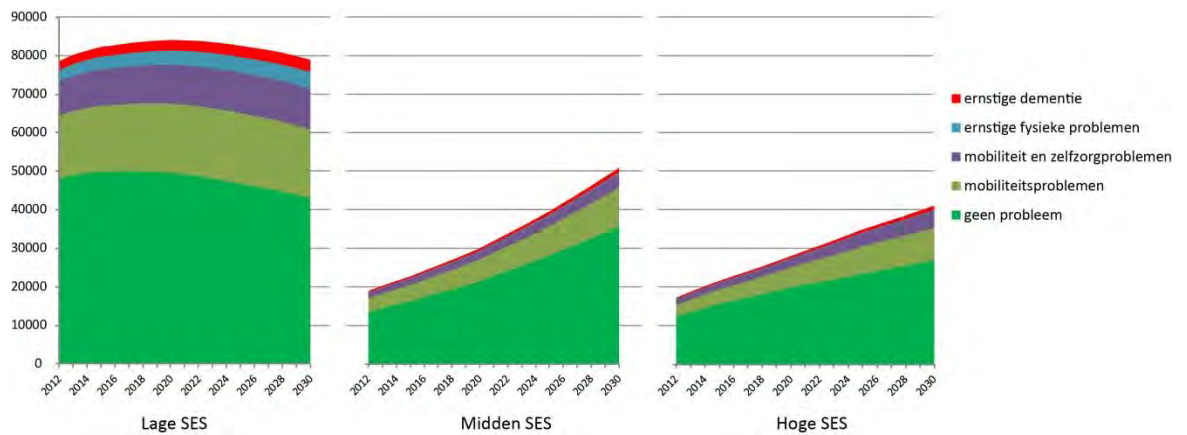
Grafiek 32 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van dementie geschat met de declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn circa 1.300 gevallen van dementie geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 2.200 gevallen gezien worden door een specialist. De grootste groep zijn de ouderen van 75 jaar en ouder, en die groep zal naar verwachting nog toenemen in omvang.

3.7 Prognoses functioneringsproblematiek en multimorbiditeit naar Sociaal Economische Status in de Friese oudere bevolking

In deze paragraaf worden de grafieken beschreven betreffende de prognoses in functioneren en in multimorbiditeit voor de Friese ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) voor 3 klassen van sociaal economische status (SES): 1. laag (geen/basis onderwijs, Vmbo/Mavo), 2. midden (Havo/Vwo, Mbo) en 3. hoog (HBO en WO).

Bij de grafieken over het functioneren is het niet mogelijk om onderscheid te maken naar de 9 functioneringsprofielen zoals in paragraaf 2.3 zijn beschreven. Mede vanwege kleine aantallen is het niet mogelijk onderscheid te maken binnen de fysieke functioneringsprofielen naar de aan- of afwezigheid van lichte of matige dementie. Vandaar dat voor de uitsplitsing naar SES 4 fysieke profielen worden onderscheiden en daarnaast het profiel ernstige dementie .

Grafiek 33 toont de ontwikkeling van de omvang van de functioneringsproblematiek voor de lage SES groep van 65 jaar en ouder.



Grafiek 33 Prognose omvang van functioneringsproblematiek voor de lage, midden en hoge SES groep in de Friese bevolking van 65 jaar en ouder, 2012 – 2030

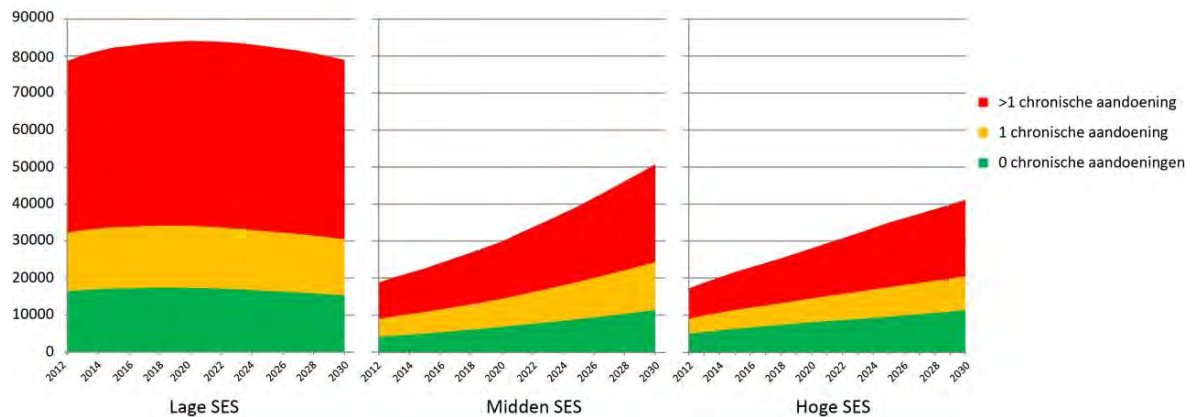
Grafiek 33 illustreert dat in 2012 bijna 80.000 Friese ouderen gerekend kunnen worden tot de lage SES groep. Tot ongeveer 2022 zal deze groep in omvang toenemen, daarna vindt er een daling plaats. In 2030 wordt er verwacht dat het aantal nagenoeg gelijk is aan het aantal in 2012. In 2012 hebben circa 32.000 personen problemen in het functioneren. In 2030 wordt dit aantal geschat op circa 37.000. Met andere woorden: in 2030 vindt er een toename plaats van 16% van het aantal ouderen met een lage SES met functioneringsproblemen.

Zowel de midden als de hoge SES groep Friese ouderen vertonen een sterke stijging in grootte tussen 2012 en 2030.

De midden SES groep Friese ouderen stijgt van ruim 18.000 personen naar ruim 50.000 personen. Van deze groep heeft in 2012 bijna 4.500 personen problemen met functioneren, in 2030 zijn dat er circa 14.500. Het aantal ouderen in de midden SES en functioneringsproblemen neemt naar verwachting 2,8 keer zo groot, hetgeen vooral toe te schrijven is aan de groei van de midden SES groep.

De hoge SES groep van Friese ouderen telt in 2012 ruim 17.200 personen en in 2030 circa 42.000 personen. Van deze groep hebben in 2012 circa 4.900 personen problemen in het functioneren en in 2030 wordt dit op 15.000 personen geschat. Het aantal ouderen met een hoge SES en functioneringsproblemen wordt naar verwachting drie keer zo groot, vooral als gevolg van de groei van het totaal aantal ouderen met een hoge SES.

Zoals in de inleiding vermeld komt multimorbiditeit bijna niet voor onder personen jonger dan 65 jaar. In deze paragraaf wordt daarom in de grafiek 34 de ontwikkeling van multimorbiditeit van chronische aandoeningen naar SES gepresenteerd voor de Friese bevolking van 65 jaar en ouder.



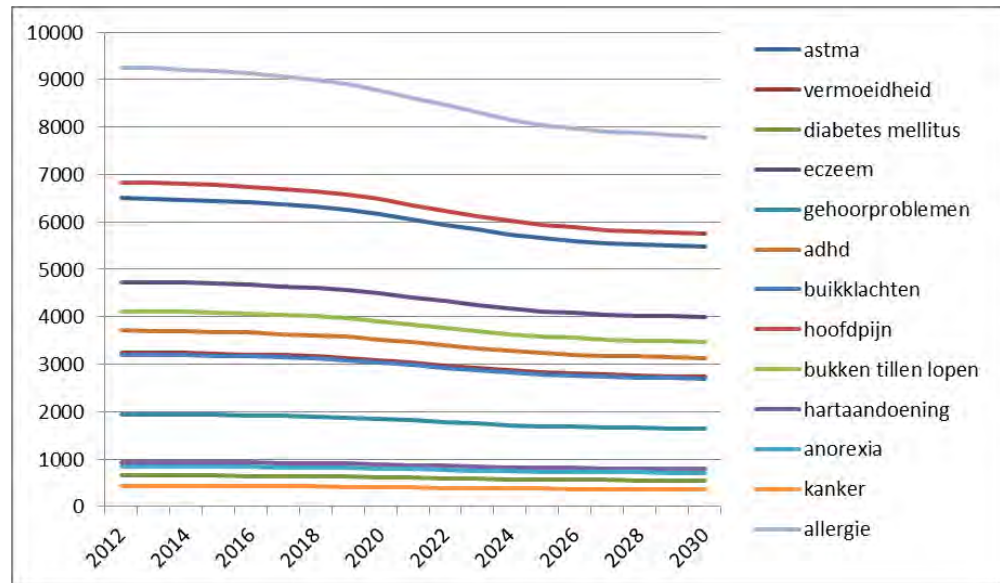
Grafiek 34 Prognose multimorbiditeit voor de lage, midden en hoge SES groep in de Friese bevolking van 65 jaar en ouder 2012 – 2030

In de lage SES groep hebben ruim 46.200 van de 65-plussers in 2012 meer dan 1 chronische aandoening ofwel multimorbiditeit. Dat zal in 2030 zijn toegenomen tot ongeveer 48.400. In de midden SES groep is het aantal personen met multimorbiditeit in 2012 ongeveer 9.800, in 2030 zijn het er ruim 26.300 (dit is bijna 2,7 keer zo groot). Tenslotte zal het aantal personen met een hoge SES met multimorbiditeit van chronische aandoeningen stijgen van ruim 8.100 personen in 2012 naar ruim 20.500 in 2030 (dit is ongeveer 2,5 keer zo groot).

3.8 Prognoses chronische aandoeningen, multimorbiditeit en functioneringsproblematiek in de Friese jeugd

Op basis van de Friese Jeugdmonitor is het mogelijk schattingen te maken van de te verwachten omvang van chronische aandoeningen en daaraan gerelateerde ervaren belemmeringen van 12-18 jarigen. In Friesland is de omvang van de leeftijdsgroep 12-18 jaar in 2012 ruim 56.500 jongeren. In 2030 komen er naar verwachting ruim 47.800 jongeren in deze leeftijdsgroep voor. Dit betreft een daling van zo'n 15%.

Grafiek 35 illustreert de ontwikkeling in de omvang van de 13 (chronische) aandoeningen tussen 2012 en 2030 voor de leeftijdsgroep 12-18 jarigen. De lijst van 13 chronische aandoeningen bestaat uit symptomen, functioneringsklachten en somatische diagnoses.

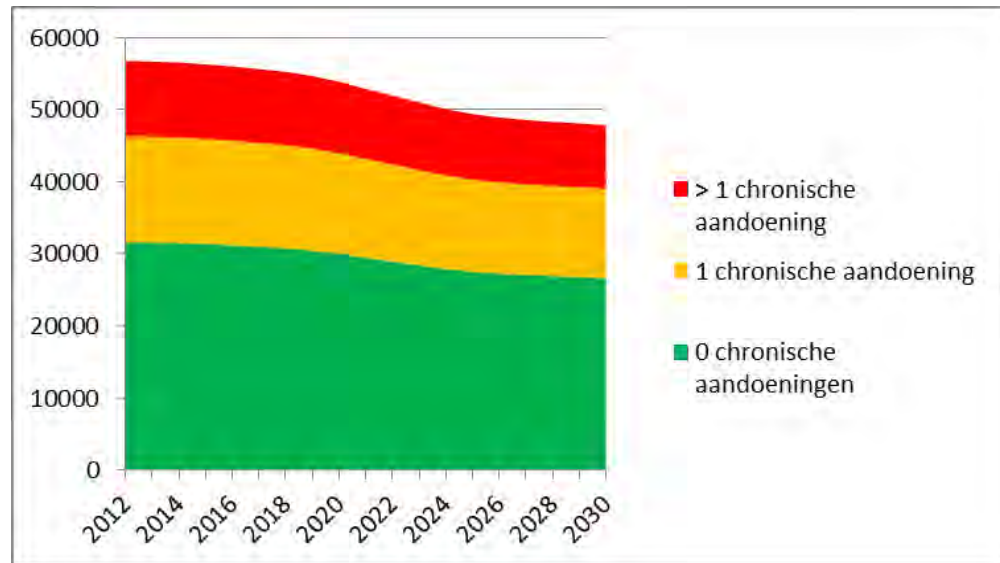


Grafiek 35 Ontwikkeling in de prevalentie van 13 chronische aandoeningen voor de jeugd (12-18 jaar) in Friesland (2012-2030)

Als gevolg van een daling van de omvang van deze leeftijdsgroep, is er ook een daling te zien van het aantal jongeren in deze leeftijd met één van de 13 genoemde symptomen, klachten of (psychosomatische) diagnoses. Van deze 13 komt allergie het meest voor onder 12-18 jarigen, in 2012 geschat op ruim 9.000 jongeren en in 2030 op circa 7.800 jongeren. Op de tweede plaats staat hoofdpijn, in 2012 bijna 7.000 jongeren en in 2030 ruim 5.700. Op drie staat Astma, in 2012 circa 6.500 jongeren en in 2012 ongeveer 5.500 jongeren. In 2012 hebben naar schatting ruim 4.000 Friese jongeren problemen met bukken, tillen en lopen als indicator voor motorische functioneringsproblematiek.

Wat betreft meer psychosomatische diagnoses komen er naar schatting ruim 3.700 jongeren in 2012 voor met ADHD en in 2030 circa 3.100. Anorexia komt in 2012 voor bij zo'n 800 jongeren en in 2030 naar schatting 700.

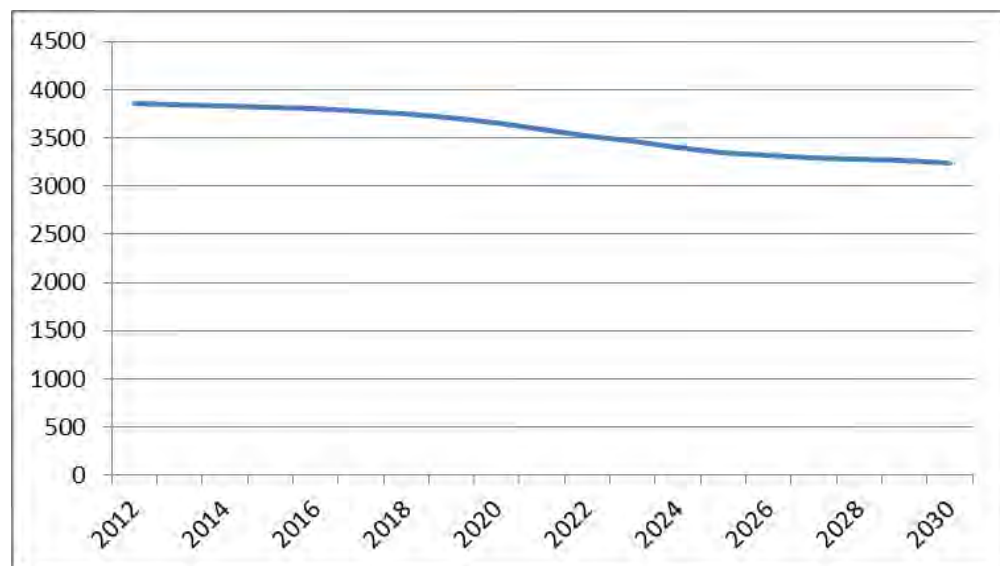
Tevens is onderzocht wat de prevalentie van (multi)morbiditeit binnen deze leeftijdsgroep. Grafiek 36 illustreert de ontwikkeling van het hebben van geen, één of meer dan één aandoening (van de 13 aandoeningen) oftewel multimorbiditeit in deze leeftijdsgroep tussen 2012 en 2030.



Grafiek 36 Ontwikkeling van de prevalentie van (multi)morbiditeit in de Friese jeugd van 12-18 jaar (2012-2030)

In 2012 hebben naar schatting circa 25.000 jongeren van 12-18 jaar één of meer van de 13 chronische aandoeningen. Hiervan heeft circa 14.700 één aandoening en ruim 10.400 meer dan één aandoening. In 2030 zijn er naar schatting ruim circa 21.000 jongeren van 12-18 jaar met één of meerdere van de 13 aandoeningen, hiervan heeft circa 12.400 één aandoening en ruim 8700 één of meerdere aandoeningen.

Grafiek 37 illustreert de verwachte ontwikkeling van functioneringsproblematiek in relatie tot een van de aandoeningen binnen de leeftijdsgroep 12-18 jarigen in Friesland in de periode 2012-2030. Van jongeren die geen aandoeningen is aangenomen dat zij ook geen belemmeringen ervaren.



Grafiek 37 Ontwikkeling van de prevalentie van functioneringsproblematiek door aandoeningen in de Friese jeugd van 12-18 jaar (2012-2030)

In 2012 komen naar schatting 3.850 Friese jongeren voor tussen 12-18 jaar die belemmerd zijn door aandoeningen, in 2030 is de verwachting dat dit om circa 3.200 jongeren zal gaan.

Geconcludeerd kan worden dat op basis van demografische ontwikkelingen de verwachting is dat het aantal jongeren met chronische problematiek in 2030 lager zal zijn dan in 2012, respectievelijk 25.000 en 21.000 jongeren. Allergie, hoofdpijn en astma komen het meest voor.. In 2012 hebben ongeveer 4.000 Friese jongeren motorische functioneringsproblemen. In 2030 zijn dit 3.500 Friese jongeren. ADHD en anorexia, psychosomatische diagnoses komen in 2012 voor bij respectievelijk circa 3.700 en ruim 800 jongeren, en in 2030 bij circa 3.100 en 700 jongeren. Slechts een gering deel van de jongeren ondervindt belemmeringen als gevolg van de chronische aandoeningen. Als gevolg van de demografische ontwikkelingen zal het aantal jongeren met belemmeringen ten gevolge van chronische aandoeningen naar verwachting afnemen in 2030, van circa 3850 naar circa 3200. Deze cijfers laten zien dat niet alle jongeren met een chronische aandoening hiervan functioneringsproblemen ondervinden.

Uit het voorgaande blijkt dat het voor Friesland mogelijk is op basis van de beschikbare en toegankelijke gegevens uit de GGD Monitor prognoses te maken voor 2030 van de ontwikkeling van chronische aandoeningen en daaraan gerelateerde ervaren belemmeringen van de Friese jeugd van 12-18 jaar. Dit geeft echter wel een beperkt beeld, enerzijds omdat niet alle leeftijden zijn vertegenwoordigd en anderzijds omdat functioneringsproblematiek los van somatische chronische aandoeningen niet in beeld zijn.

3.9 Prognoses psychosociale problematiek in de Friese bevolking

In deze paragraaf is een beeld geschetst van de prevalenties en prognoses van de ontwikkeling van de psychosociale problematiek in 2030 op basis van verschillende bronnen.

3.9.1 Schattingen op basis van gegevens epidemiologische studies

3.9.1.1 Jongeren (12-16 jaar)

Grafiek 38 illustreert de ontwikkeling tussen 2012 en 2030 in het aantal Friese schoolgaande jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar met psychosociale problematiek op basis van landelijke prevalentiecijfers uit de HBSC¹⁶. De psychosociale problematiek zoals hier gepresenteerd omvat een clustering van emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten.

De schattingen laten zien dat naar verwachting het aantal schoolgaande jongeren in de leeftijd 12-16 jaar met psychosociale problematiek zal afnemen van 6.000 in 2012 naar 5.000 in 2030. Dit betreft een daling van 14%, als gevolg van de demografische ontwikkelingen in Friesland.

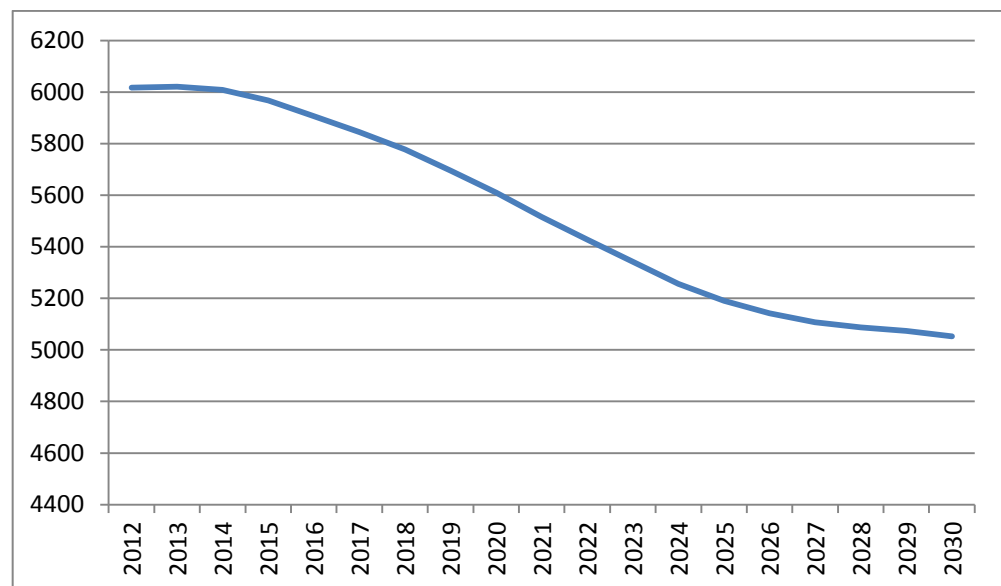
Uit de HBSC studie blijkt dat de patronen van leeftijdsverschillen anders zijn bij de verschillende typen problemen. Bij de 12- en 13-jarige kinderen hebben meisjes twee keer zo veel problemen (8% van de jongens versus 15% van de meisjes), bij

¹⁶ Dorsselaer et al. 2010. HBSC 2009: Gezondheid, Welzijn en Opvoeding van Jongeren in Nederland. Utrecht, Trimbos-instituut, 2009

de 16-jarigen hebben meisjes meer dan drie keer zo vaak emotionele problemen als de jongens (27 tegen 8%).

Bij gedragsproblemen zijn de sekseverschillen omgekeerd: jongens hebben deze problemen vaker. Maar hier nemen de verschillen minder toe met de leeftijd. In het basisonderwijs is het percentage jongens met gedragsproblemen ongeveer twee keer zo hoog, en in het voortgezet onderwijs zien we dat dit verschil tot en met 16 jaar met enige schommelingen ongeveer gelijk blijft.

Sekseverschillen in problemen met hyperactiviteit zijn er echter niet of nauwelijks. Ook problemen met leeftijdgenoten komen bij meisjes en jongens ongeveer even vaak voor.

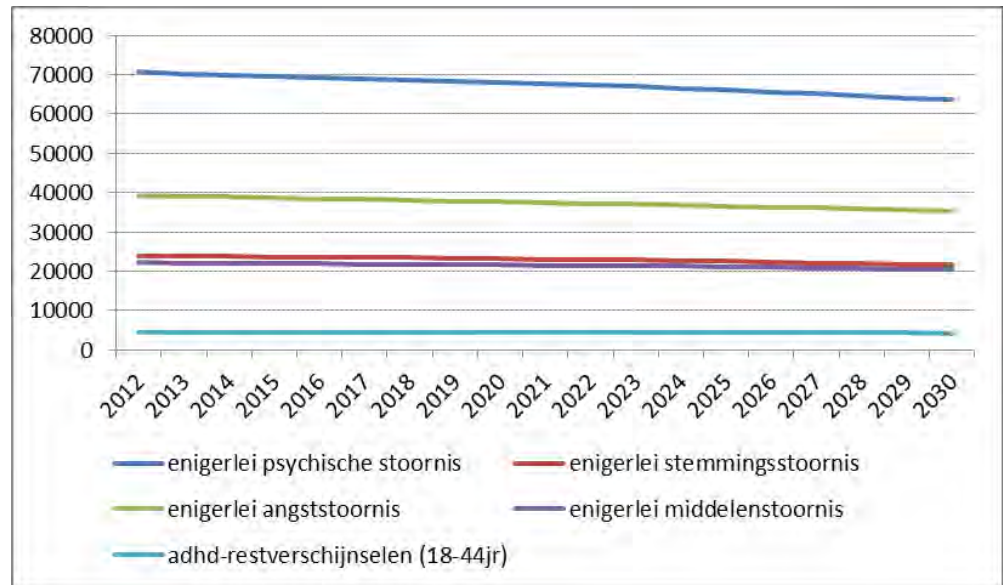


Grafiek 38 Prognose psychosociale problematiek 12 tot en met 16 jarigen in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Nederlandse prevalentiegegevens (absolute aantallen)

3.9.1.2 *Volwassenen (18-64 jaar)*

Grafiek 39 illustreert de ontwikkeling tussen 2012 en 2030 in het aantal Friese volwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar met enigerlei psychosociale problematiek op basis van landelijke prevalentiecijfers uit NEMESIS. De schattingen laten zien dat naar verwachting het aantal volwassen met enigerlei psychische problematiek in de leeftijd 18-64 jaar zal afnemen van ruim 70.600 in 2012 naar 63.600 in 2030. Dit betreft een daling in het aantal van 10%, als gevolg van de demografische ontwikkelingen in Friesland.

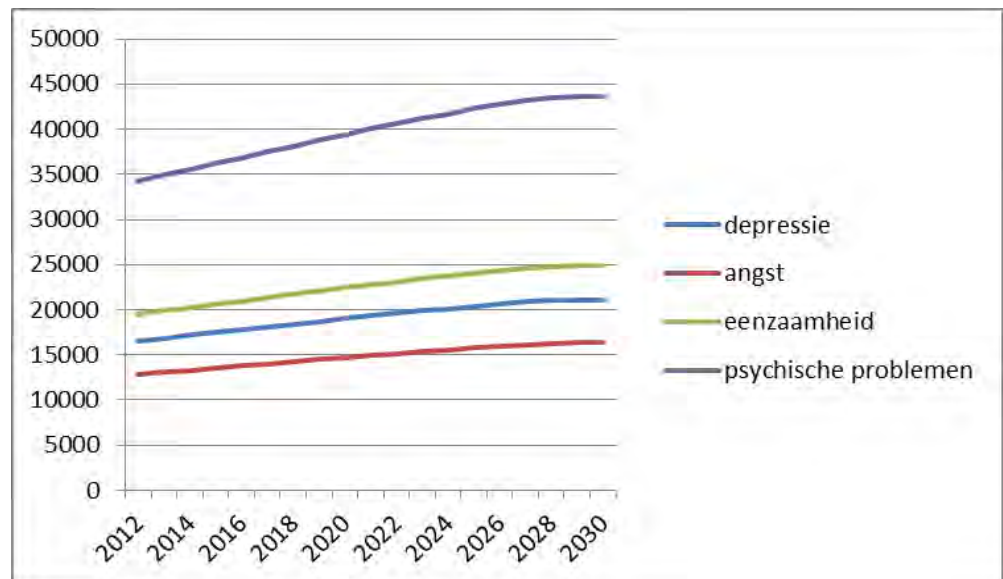
Uitgesplitst naar typen stoornissen komen enigerlei angststoornissen naar verwachting het meest voor, zo'n 40.000 in 2012, dalend naar zo'n 35.000 in 2030 in deze leeftijdsgroep. In 2012 zijn er naar schatting zo'n 24.000 Friese volwassenen met enigerlei stemmingsstoornissen, en in 2030 naar verwachting zo'n 22.000. Voor de categorie ADHD-restverschijnselen zijn alleen prevalentiecijfers bekend voor de leeftijdsgroep 18 tot en met 44 jaar. In 2012 hebben naar schatting 4500 volwassenen ADHD-restverschijnselen, in 2030 zo'n 4200.



Grafiek 39 Prognose psychosociale problematiek 18 tot met 64 jarigen in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Nederlandse prevalentiegegevens (absolute aantallen)

3.9.1.3 Ouderen (55-85 jaar)

Grafiek 39 illustreert de ontwikkeling tussen 2012 en 2030 van het aantal Friezen in de leeftijd van 55 tot en met 85 jaar met klinisch relevante psychische problematiek gebaseerd op het LASA onderzoek.



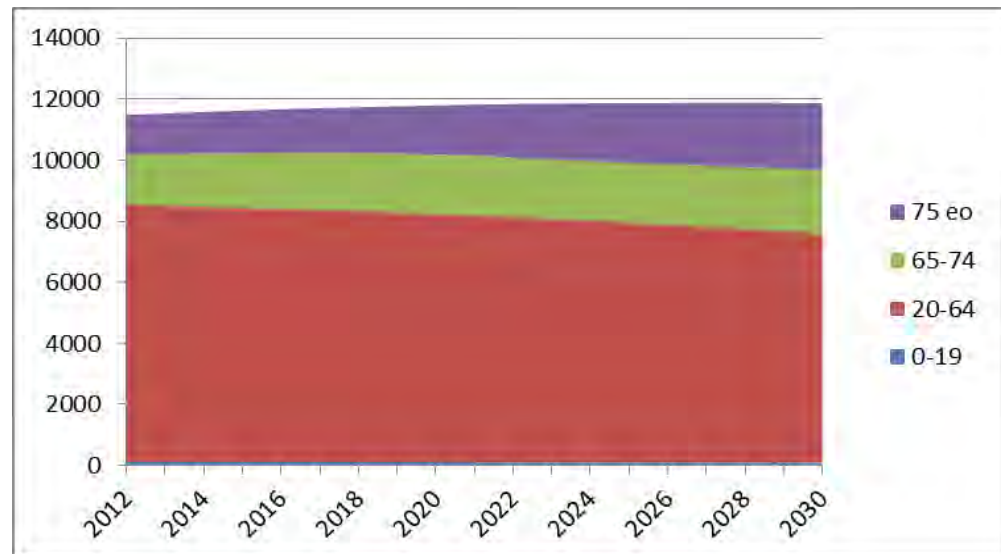
Grafiek 40 Prognose psychosociale problematiek 55-85 jarigen in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Nederlandse prevalentiegegevens (absolute aantallen)

Klinisch relevante psychosociale problematiek is gedefinieerd als aanwezigheid van klinisch relevante angststoornissen, depressie en/of eenzaamheid. Met deze cijfers is geschat dat vanwege demografische ontwikkelingen het aantal Friese ouderen met klinisch relevante psychosociale problematiek zal toenemen van ruim 34.000 in 2012 naar bijna 44.000 in 2030 (dit is een stijging van 29%). Eenzaamheid komt het meest voor. In 2012 zijn naar schatting 19.500 ouderen eenzaam en naar verwachting zijn dit in 2030 bijna 25.000 ouderen. Dit betreft een stijging van 27%.

Depressie komt in 2012 naar schatting voor bij 16.500 Friese ouderen, in 2030 is de verwachting dat dit 21.000 ouderen treft. Angststoornissen komen in 2012 voor bij naar schatting ongeveer 12.800 Friese ouderen. Dit zijn naar verwachting in 2030 16.300 ouderen.

3.9.2 *Schattingen op basis van gegevens uit de huisartsenzorg*

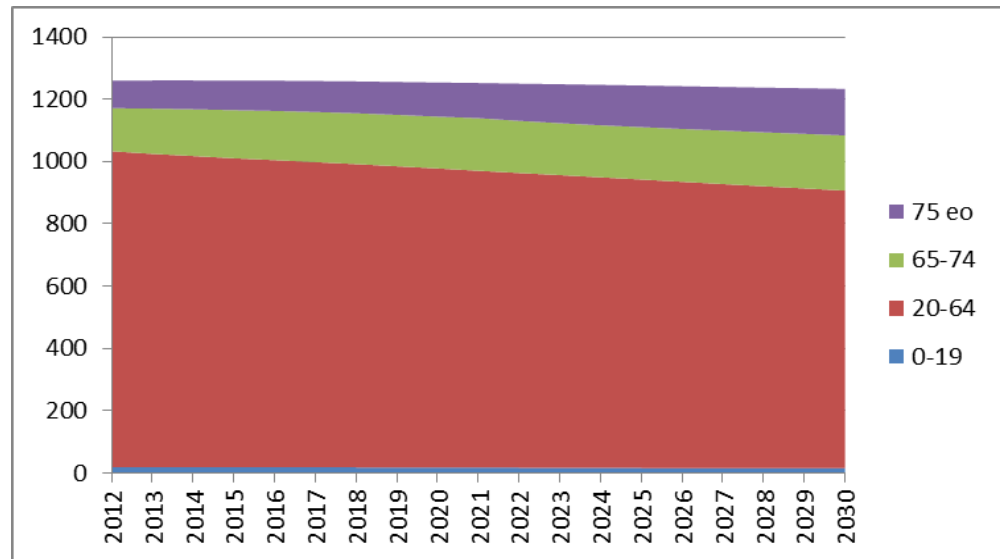
Grafiek 41 illustreert de ontwikkeling in de omvang van Friezen met stemmingsstoornissen, uitgesplitst naar leeftijd, geschat op basis van een landelijk representatieve huisartsenregistratie, LINH.



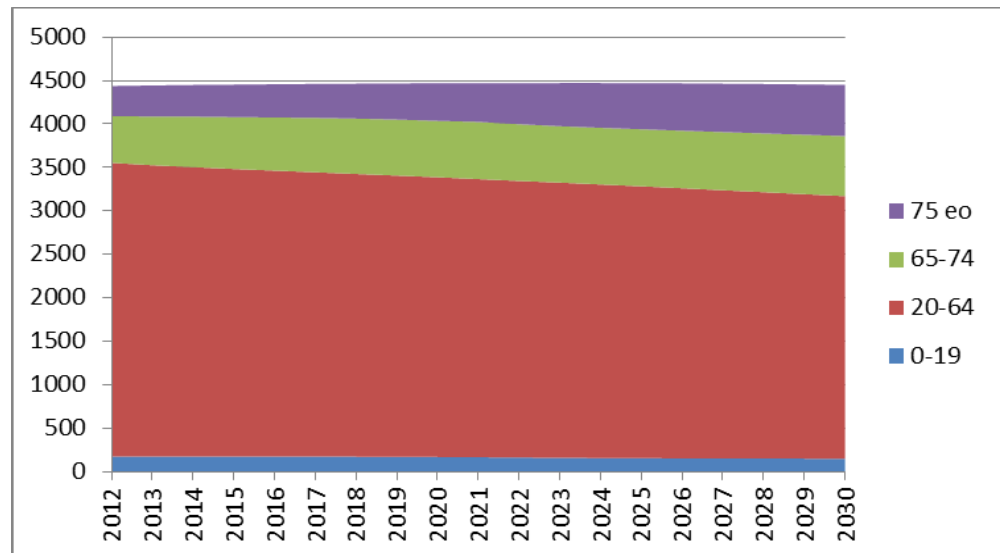
Grafiek 41 Prognose stemmingsstoornissen in Friesland 2012-2030 op basis van huisartsregistratie

In 2012 zijn naar schatting 11.500 Friezen bij de huisarts geregistreerd met stemmingsstoornissen, de verwachting is dat in 2030 dit naar schatting bijna 12.000 zullen zijn. Dit is een stijging van 3% in totale omvang. Uitgesplitst naar leeftijd is er naar verwachting in 2030 een daling van het aantal Friezen met stemmingsstoornissen in de leeftijdsgroepen 0-19 jaar en 20-64 jaar met respectievelijk een daling van 15% en 11%. In de leeftijdsgroepen 65-74 jaar en 75 jaar en ouder is naar verwachting een stijging te zien van aantallen, een stijging van respectievelijk 29% en 69%.

Grafiek 42 illustreert de ontwikkeling in het aantal Friezen met schizofrenie bekend bij de huisarts, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. In 2012 zijn er naar schatting 1260 Friezen met schizofrenie bekend bij de huisarts. De verwachting is dat dit in 2030 ongeveer 1200 Friezen zullen zijn. Dit betreft slechts een geringe daling van 2%. Uitgesplitst naar leeftijd is er een daling van 12% van het aantal Friezen met schizofrenie in de leeftijd van 20-64 jaar, er wordt een stijging verwacht van bijna 140 naar bijna 180 Friezen in de leeftijd van 65-74 jaar met schizofrenie (een stijging van 28%), en van 88 Friezen in de leeftijd van 75 jaar en ouder in 2012 naar bijna 150 Friezen met schizofrenie van deze leeftijd in 2030 (stijging van 69%).



Grafiek 42 Prognose Schizofrenie in Friesland 2012-2030 op basis van huisartsregistratie



Grafiek 43 Prognose Angststoornissen in Friesland 2012-2030 op basis van huisartsregistratie

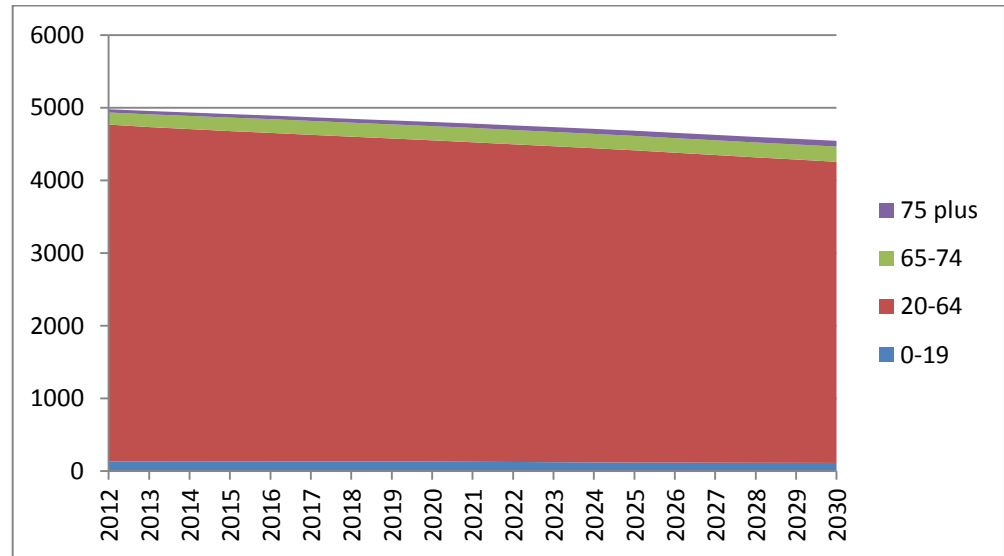
Grafiek 43 illustreert de ontwikkeling in het aantal Friezen met angststoornissen bekend bij de huisarts, uitgesplitst naar leeftijd en geschat op basis van het LINH. In 2012 zijn er naar schatting ruim 4400 Friezen met angststoornissen geregistreerd bij de huisarts. De verwachting is dat dit in 2030 ongeveer gelijk blijft. De grootste groep is in de leeftijd van 20-64 jaar.

3.9.3 Schattingen op basis van Geestelijke Gezondheidszorg (Psychiatrische Casusregistratie –NN)

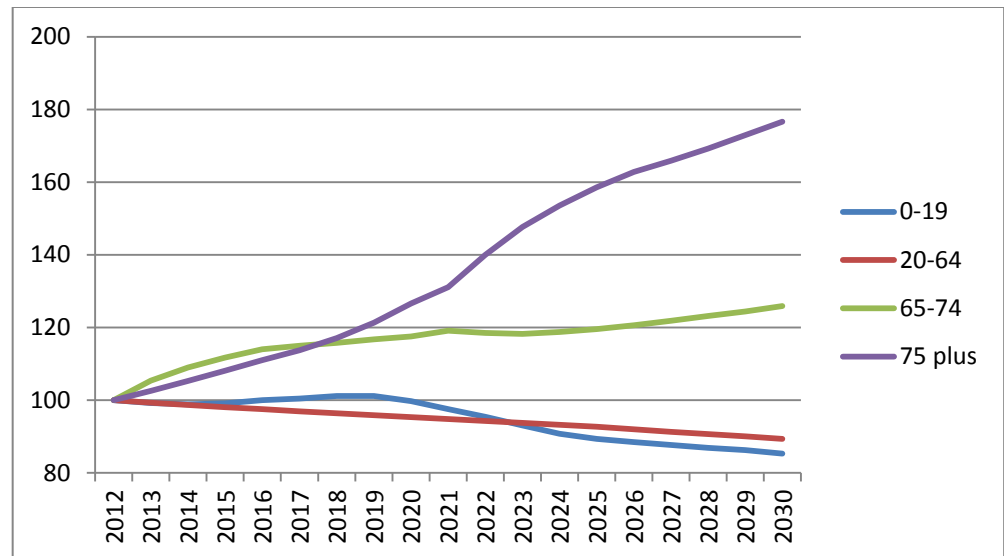
In grafieken 44 en 45 is de verwachte ontwikkeling van het aantal Friese burgers met een ernstige psychische aandoening (EPA) weergegeven. Naar schatting zijn er in 2012 in Friesland bijna 5000 Friese burgers met een EPA, bekend in de geestelijke gezondheidszorg. Het grootste aandeel is in de leeftijd van 20-64 jaar. In 2030 zijn dat er naar schatting zo'n 4500 Friese burgers. Als gevolg van de demografische ontwikkelingen neemt het aantal burgers onder de 65 met een ernstige psychische aandoening af, en het aantal oudere burgers met een ernstige

psychische aandoening toe (van zo'n 200 naar bijna 300 ouderen). Niettemin is het aandeel oudere burgers met een EPA slechts gering.

Van de Friese burgers met een ernstige psychische aandoening heeft zowel in 2012 als in 2030 6% (vrij) ernstige problemen met ADL-functies en heeft 2% (vrij) ernstige cognitieve en lichamelijke problemen.



Grafiek 44 Prognose EPA in Friesland 2012-2030 op basis van Casusregister



Grafiek 45 Prognose ontwikkeling EPA in Friesland 2012-2030 op basis van Casusregister

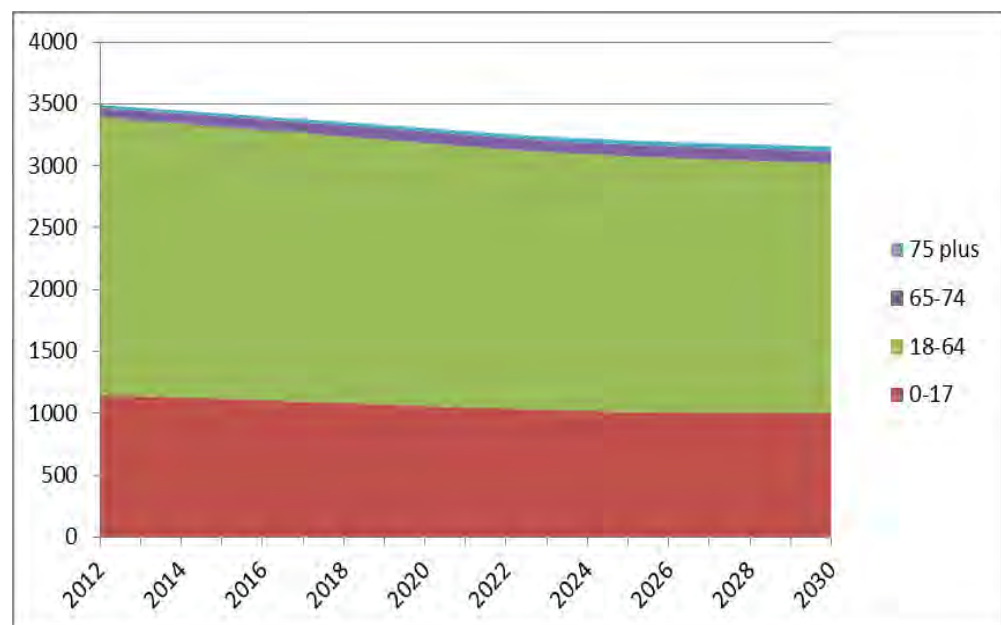
3.10 Prognoses omvang verstandelijke beperkten in Friese bevolking

De prevalentie van een verstandelijke beperking is leeftijdsafhankelijk, het aandeel loopt af met de leeftijd. Dat heeft verschillende oorzaken. Zo wordt een lichte verstandelijke beperking tegenwoordig veel vaker ontdekt (bijvoorbeeld in het huidige onderwijs) dan voorheen. Ook bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking is de prevalentie leeftijdsafhankelijk, en daalt de prevalentie met de leeftijd, maar minder sterk dan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Bij een ernstige beperking is variatie in zorggebruik niet zozeer de oorzaak van dit

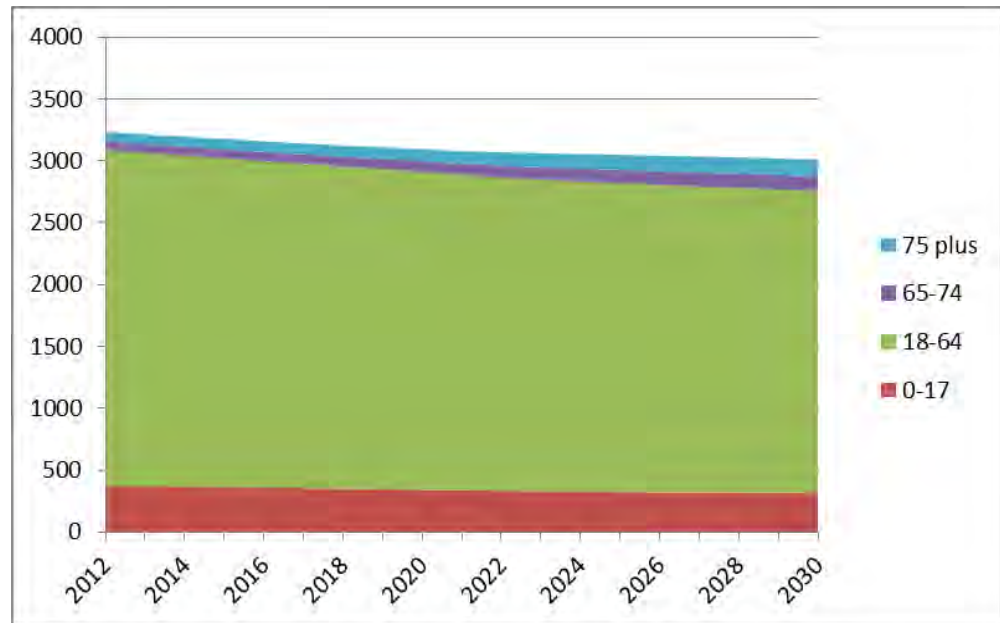
verband, want zij ontvangen op alle leeftijden bijna altijd zorg. Sterfte op relatief jonge leeftijd (bijvoorbeeld bij het Downsyndroom) is hier de hoofdoorzaak van de afnemende prevalentie.

Op peildatum 1 januari 2013 heeft de zorgverzekeraar De Friesland bijna 6.700 indicaties voor AWBZ-zorg geregistreerd met als dominante grondslag 'Verstandelijke handicap', hiervan hebben zo'n 3.500 een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg en 3.200 een indicatie voor intramurale AWBZ-zorg. Grafieken 46 en 47 illustreren de verwachte ontwikkeling van het aantal Friezen met een verstandelijke beperking in 2030, respectievelijk extramuraal en intramuraal.

Op basis van demografische ontwikkelingen in Friesland is de verwachting dat in 2030 minder dan 6.200 indicaties met deze grondslag voor AWBZ-zorg zullen worden geregistreerd, een verwachte daling van 8%. Hiervan is de verwachting dat er bij gelijkblijvende indiceringsmethodiek zo'n 3.200 een indicatie hebben voor extramurale zorg en 3.000 voor intramurale zorg.



Grafiek 46 Ontwikkeling verstandelijk gehandicapten met indicatie extramurale zorg in Friesland (2012-2030)



Grafiek 47 Ontwikkeling verstandelijk gehandicapten met indicatie intramurale zorg in Friesland (2012-2030)

Sommige mensen met een verstandelijke beperking hebben bijzondere gezondheidsrisico's. Deze kunnen gedefinieerd worden door de aanwezigheid van specifieke syndromen (en worden daarom syndroom-specifiek genoemd), of door de mate van aantasting van het centraal zenuwstelsel, die de verstandelijke beperking heeft veroorzaakt (aanleiding gevend tot ontwikkelingsstoornissen zoals autisme, infantiele encefalopathie, epilepsie, hersenletsel, en zintuigstoornissen). Met het toenemen van de levensverwachting van mensen met verstandelijke beperking hebben zij ook een verhoogde kans op het krijgen van aandoeningen die leeftijdsgebonden zijn.

Personen met specifieke syndromen vormen een belangrijk deel van de volwassen bevolking met een verstandelijke beperking. Deze syndromen kunnen zijn veroorzaakt door toxinen, ongevallen, infecties, en genetische/metabole stoornissen die het centraal zenuwstelsel en, in sommige gevallen, andere orgaansystemen aantasten tijdens de ontwikkeling. De restverschijnselen van dergelijke syndromen kunnen manifest worden in diverse levensfasen.

4 Samenvatting en conclusies

In deze rapportage wordt inzicht gegeven in de prognoses van de Friese bevolking. Het betreft prognoses van het functioneren van de Friese ouderenpopulatie, prognoses van volwassenen met chronische aandoeningen, prognoses van jongeren met chronische aandoeningen en daaraan gerelateerd functioneringsproblemen, prognoses van volwassenen en ouderen met psychische aandoeningen en prognoses van verstandelijk gehandicapten in 2030 in Friesland. Onderstaande conclusies zijn geformuleerd op basis van prognoses van demografische ontwikkelingen in Friesland tussen 2012 en 2030 gekoppeld aan prevalentiecijfers afkomstig uit diverse bronnen, waar mogelijk met specifieke gegevens over Friesland. Deze prognoses zijn gebaseerd op een aantal aannames met een zekere foutmarge.

Demografische ontwikkelingen

Naar verwachting blijft in Friesland tussen 2012 en 2030 het aantal inwoners ongeveer gelijk, rond 650.000. Wel zal de samenstelling van de bevolking veranderen. Er zal sprake zijn van een absolute afname van de Friese bevolking jonger dan 65 jaar van 532.000 naar 479.000 (afname van 10%) en een stevige groei van het aantal ouderen van 115.000 naar 171.000 (toename van 49%). De grijze druk, de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar en ouder en het aantal personen in de zogenaamde 'productieve leeftijdsgroep' van 20-64 jaar, neemt toe van 30,5 naar 50,1.

Prognose functioneren van ouderen

Het functioneren van ouderen is met behulp van voornamelijk een latente klasse analyse onderscheiden in 9 profielen: vier fysieke hoofdprofielen verdeeld in ieder twee subprofielen: aan- en afwezigheid van lichte/matige dementie en één profiel ernstige dementie (Box 2). De functioneringsprofielen van ouderen zijn ontwikkeld op basis van representatieve gegevens over ouderen in instellingen (SCP)¹⁷ en ouderen die zelfstandig wonen (POLS, CBS)¹⁸. Uit eerder TNO-onderzoek is gebleken welke indicatoren van gezondheid (aanwezigheid chronische aandoeningen, ervaren gezondheid) en van functioneren (ADL/HDL vragen) voldoende statistisch onderscheidend vermogen laten zien om te komen tot een zinvolle indeling van het functioneren.

¹⁷ Ouderen in Instellingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2005), een onderzoek naar de leefsituatie van oudere Tehuisbewoners (55 jaar en ouder). Het betreft een representatieve steekproef onder ouderen in instellingen van 55 jaar en ouder om informatie te verzamelen over het sociale netwerk, de gezondheid, de woonsituatie, de financiële situatie en het gebruik van voorzieningen.

¹⁸ Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): een representatieve bevolkingsenquête jaarlijks afgenomen bij personen van 6 jaar en ouder naar verschillende onderwerpen betreffende leefsituatie, waaronder gezondheid. Chronische aandoeningen worden nagevraagd bij personen van 12 jaar en ouder.

Box 2. Negen functioneringsprofielen van ouderen (65 jaar en ouder)

zonder noemenswaardige fysieke problemen	zonder dementie	1
	met lichte/matige dementie	2
met mobiliteitsproblemen	zonder dementie	3
	met lichte/matige dementie	4
met mobiliteitsproblemen en problemen in de zelfzorg	zonder dementie	5
	met lichte/matige dementie	6
met een grote mate van (ernstige) fysieke problemen inclusief incontinentie	zonder dementie	7
	met lichte/matige dementie	8
met een ernstige mate van dementie, welke zorg behoeven op het niveau van intramurale zorg		9

De prognose over het functioneren van de Friese ouderen laat zien dat het absolute aantal ouderen met functioneringsproblemen in 2030 naar verwachting groeit van 43.600 naar ruim 70.000. Dat is een groei van 60% ten opzichte van 2012. Het aantal oudere mannen met functioneringsproblematiek zal naar verwachting 1,9 keer in omvang groeien, van 15.000 naar ca. 28.000. Het aantal oudere vrouwen met functioneringsproblemen zal 1,5 keer in omvang groeien, van 28.000 naar ruim 41.500.

Meest voorkomende functioneringsproblematiek zijn 'mobiliteitsproblemen'. In 2012 komen naar schatting bijna 21.000 Friese ouderen met dit profiel voor, en naar verwachting stijgt dat naar zo'n 32.000 Friese ouderen in 2030. Dit betreft een stijging van het aantal van 55%. Op de tweede plaats staat het functioneringsprofiel 'mobiliteits- en zelfzorgproblemen'. In 2012 komt dit profiel naar schatting bij ruim 10.000 Friese ouderen voor, naar verwachting treft dit in 2030 bijna 16.500 Friese ouderen. Dit is een stijging van het aantal van 65%.

De sterkste groei is te zien in alle profielen waarbij sprake is van lichte/matige dementie al dan niet in combinatie met fysieke beperkingen en het profiel 'ernstige dementie'. De verwachting is dat het aantal in elk van die profielen stijgt met meer dan 70% in 2030 t.o.v. 2012.

Vergeleken met Nederlandse prevalentiecijfers over functioneren wordt het aantal Friese ouderen met functioneringsproblemen op basis van Friese gegevens 1,8 keer zo groot geschat als op basis van Nederlandse prevalentiecijfers verwacht mag worden.

Prognoses chronische aandoeningen volwassenen

De meest voorkomende chronische aandoeningen voor de toekomst zijn aandoeningen van het bewegingsapparaat, COPD/astma, incontinentie en diabetes mellitus. De meeste chronische aandoeningen vertonen een forse groei tussen 2012 en 2030. In relatieve zin is de sterkste groei te zien in het aantal Friese burgers met dementie, CVA en een hartinfarct. De groei van chronische aandoeningen is meestal met de leeftijd verbonden. De stijging van het aantal Friezen van 75 jaar en ouder met chronische aandoeningen is het grootst. Het

aantal Friezen van 75 jaar en ouder met diabetes mellitus, CVA, hartinfarct, kanker, en dementie wordt nagenoeg twee keer zo groot in 2030 vergeleken met 2012. Tevens wordt er een toename verwacht van het aantal Friezen met multimorbiditeit van circa 153.000 naar bijna 180.000 (een toename van 16%) en een afname van 370.000 naar 344.000 Friezen zonder morbiditeit (een afname van 7%).

Voor een tweetal somatische chronische aandoeningen, geassocieerd met leefstijl, te weten diabetes mellitus en CVA, is gekeken naar de invloed van epidemiologische ontwikkelingen zoals ongunstige invloeden van overgewicht en obesitas in de bevolking. Wanneer deze epidemiologische ontwikkelingen meegenomen worden in de prognoses van deze aandoeningen, blijkt 2030 hogere prevalentieschattingen te geven. Zeker voor de aandoeningen die met leefstijl zijn geassocieerd zullen de prognoses die uitsluitend op demografische voorspellingen zijn gebaseerd, voor 2030 waarschijnlijk een onderschatting geven. Echter, andere ontwikkelingen zoals veranderingen in leefstijl, economische en technologische ontwikkelingen en succesvolle interventies kunnen de prevalentiecijfers beïnvloeden. De prognoses geven de invloed van de demografische ontwikkelingen weer op de omvang van de functioneringsproblematiek en het voorkomen van chronische aandoeningen. Andere invloeden zijn in dit project niet in beschouwing genomen, met uitzondering van invloed van epidemiologische ontwikkelingen op de prevalenties van Diabetes Mellitus en CVA.

Prognoses op basis van zorgverzekeringsgegevens

Naast populatiegegevens is een indicatie van de zorgvraag weergegeven op basis van de gegevens van de zorgverzekeraar, welke van waarde zijn voor medicatie- en het medisch-specialistisch zorggebruik. De registratie is gebaseerd op declaraties en hieruit kunnen voor een beperkt aantal te identificeren chronische aandoeningen schattingen van de prevalentie gemaakt worden. Schattingen van de prevalenties zijn (met uitzondering van diabetes mellitus) veel lager dan prevalentiecijfers op basis van de hierboven vermelde gegevens afkomstig uit de gezondheidsenquête van de GGD. Dit heeft te maken met het feit dat niet alle personen met een diagnose medicatie gebruiken dan wel onder behandeling zijn van een medisch specialist, of dat de behandeling onder een minder duidelijk af te bakenen Diagnose Behandel Combinatie (DBC) zijn gedeclareerd. Specifiek bij dementie dient bedacht te worden dat de gegevens van de verzekeraar refereren aan mensen die voor deze aandoening contact hebben gehad met een neuroloog. Meestal betreft het echter een diagnosestelling, die ook elders kan hebben plaatsgevonden.

Prognoses functioneren en multimorbiditeit ouderen naar SES

Sociaal economische status (SES) en gezondheidsproblematiek hangen nauw samen. Het aantal ouderen met een midden of hoge SES zal stijgen, terwijl het aantal ouderen met een lage SES stabiel blijft in 2030 vergeleken met 2012. In 2030 is de verwachting dat 37.000 van de 80.000 (46%) ouderen met een lage SES functioneringsproblemen ervaren, 14.500 van de 50.000 (29%) ouderen met een midden SES en 15.000 van de circa 42.000 (36%) ouderen met een hoge SES. Wat betreft morbiditeit is de verwachting dat in 2030 46.200 van de 80.000 (58%) ouderen met een lage SES meerdere chronische aandoeningen hebben, 26.3000 van de 50.000 (53%) ouderen met een midden SES en 20.500 van de 42.000 (49%)ouderen met een hoge SES.

Prognoses functionerings-/chronische problematiek jeugd

Als gevolg van demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal jongeren in de leeftijd 12-18 jaar met chronische problematiek in 2030 lager zal zijn dan in 2012, respectievelijk 25.000 en 21.000 jongeren (afname van 15%).

Allergie komt het meest voor onder 12-18 jarigen, in 2012 geschat op ruim 9.000 jongeren en in 2030 op circa 7.800 jongeren. Op de tweede plaats staat hoofdpijn, in 2012 bijna 7.000 jongeren en in 2030 ruim 5.700. Op drie staat Astma, in 2012 circa 6.500 jongeren en in 2012 ongeveer 5.500 jongeren. In 2012 hebben naar schatting ruim 4.000 Friese jongeren problemen met bukken, tillen en lopen als indicator voor motorische functioneringsproblematiek.

Wat betreft meer psychosomatische diagnoses komen er naar schatting ruim 3.700 jongeren in 2012 voor met ADHD en in 2030 circa 3.100. Anorexia komt in 2012 voor bij zo'n 800 jongeren en in 2030 naar schatting 700.

Slechts een gering deel van de jongeren ondervindt belemmeringen als gevolg van de chronische aandoeningen, hetgeen als gevolg van de demografische ontwikkelingen naar verwachting zal afnemen in 2030, van circa 3.850 naar circa 3.200. Deze cijfers laten zien dat niet alle jongeren met een chronische aandoening hiervan functioneringsproblemen ondervinden.

Prognoses psychosociale problematiek

Op basis van verschillende bronnen met verschillende definities en meetmethoden is het lastig om een eenduidig beeld te schetsen van de omvang van psychische aandoeningen in de Friese bevolking. Extrapolatie van landelijke cijfers over psychische aandoeningen uit de algemene bevolking en uit huisartsregistraties naar de Friese bevolking laat zien dat naar verwachting het totaal aantal Friezen met psychische aandoeningen variërend van lichte tot ernstige vormen ongeveer gelijk zal blijven. De schattingen op basis van populatieonderzoeken komen een factor 10 hoger uit dan op basis van huisartsregistraties, hetgeen zou betekenen dat 1 op de 10 Friezen met psychosociale problematiek bekend is bij de huisarts, en 1 op de 10 Friezen met een psychische aandoening een ernstige psychische aandoening heeft waarvoor zij gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg.

Als gevolg van de demografische ontwikkeling is de verwachting dat de samenstelling van de populatie Friezen met psychosociale problematiek zal veranderen, dat wil zeggen het aantal Friezen in de leeftijd tot 65 jaar met psychosociale problematiek afneemt, maar nog wel de grootste groep vormt in 2030. Op basis van populatiestudies kan geschat worden dat het aantal schoolgaande jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar met psychosociale problematiek afneemt van zo'n 6.000 naar 5.000 jongeren. Meest voorkomende problematiek ligt op emotioneel vlak. In de leeftijd van 18 tot en met 64 jaar met psychosociale problematiek neemt het aantal Friezen af van ruim 70.600 in 2012 naar 63.600 in 2030. Angst- en stemmingsstoornissen vormen de meest omvangrijke problematiek in de leeftijdsgroep 18-64 jaar. Het aantal ouderen (55-85 jaar) met klinisch relevante psychosociale problematiek zal toenemen in 2030. Op basis van populatiestudies is de verwachting dat er toename is van ruim 34.000 naar 44.000 Friese ouderen (toename van 29%). Hier vormen vooral eenzaamheid en stemmingsstoornissen (waaronder depressie) een omvangrijke en toenemende problematiek, respectievelijk een stijging van 19.500 naar bijna 25.000 ouderen met eenzaamheid en een stijging van 16.500 naar 21.000 ouderen met depressie.

Prognoses verstandelijke beperking

Op basis van demografische ontwikkeling in Friesland is de verwachting dat het aantal mensen met een verstandelijk beperking (geïndiceerd voor AWBZ-zorg) zal dalen, van 6700 naar 6200 (-8%). Op basis van de gebruikte AWBZ-gegevens is een grove indicatie voor het functioneren te geven: de indicatie extramuraal versus intramuraal. Bij gelijkblijvende indiceringsmethodiek zal iets meer dan de helft de indicatie 'extramuraal' krijgen, hetgeen inhoudt dat deze op enigerlei wijze kunnen (blijven) functioneren in de maatschappij.

Tot slot

Dit rapport biedt een fundament voor de indicatie van de aard van de zorgvraag in Friesland in 2030 op basis van indicatoren van functionele gezondheid. Dat is essentieel voor de discussie over het definiëren van en het anticiperen op een toekomstbestendige gezondheidszorg. Daarnaast biedt het inzicht in het volume van de zorgvraag in Friesland in 2030, zoals dat naar voren komt uit de demografische veranderingen tussen 2012 en 2030. Dit biedt een basis voor het plannen van de zorgaanbod.

Het rapport laat ook zien dat binnen de (publieke) gezondheidszorg een schat aan gegevens is welke de zorgvraag gericht op het functioneren kunnen duiden. Nog niet alle data zijn verzameld met het accent op functionele gezondheid en ook zijn er nog hiaten in de beschikbaarheid van gegevens.

Integratie van beschikbare data en afstemming over te meten indicatoren van functionele gezondheid kunnen beleidsmakers en professionals helpen bij het inrichten van een toekomstbestendige gezondheidszorg. Met deze gegevens kunnen beleidsmakers en professionals verder exploreren welke relaties er zijn en welke factoren voor de korte en lange termijn in Friesland beïnvloedbaar zijn. Met behulp van te ontwikkelen interventies kunnen vervolgens de geschetste verwachtingen voor 2030 in een gunstige richting voor de Friese bevolking beïnvloed worden.

A Tabellen behorend bij diverse grafieken

Als gevolg van afronding kan er verschil van min of plus 1 zijn tussen de gepresenteerde totalen en de som van de afzonderlijke categorieën.

Friesland: Leeftijdsspecifieke bevolkingsomvang 2012 en prognose 2030 (grafiek 1)

leeftijdsgroep	2012	2030
0-19	155410	137940
20-64	377257	341444
65-74	64948	83806
75 en ouder	49741	87050
Totaal	647356	650240

Friesland: Prevalentie functioneringsprofielen ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) 2012 en prognose 2030 (grafiek 5)

Functioneren	2012	2030
Geen probleem	71079	100520
Lichte of matige dementie	2846	4901
Mobiliteitsproblemen	20769	32034
Mobiliteitsproblemen en lichte/ matige dementie	1672	2887
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen	10138	16465
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen en lichte/ matige dementie	1399	2452
Ernstige fysieke problemen	3056	5141
Ernstige fysieke problemen en lichte/ matige dementie	681	1174
Ernstige dementie	3048	5282
Totaal	114689	170856

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie Diabetes Mellitus 2012 en prognose 2030 (grafiek 9)

Leeftijd	2012	2030
19-64	11004	10449
65-74	8652	11099
75 en ouder	8921	15569
Totaal	28578	37117

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie CVA 2012 en prognose 2030 (grafiek 10)

Leeftijd	2012	2030
19-64	1920	1901
65-74	2861	3729
75 en ouder	4186	7502
Totaal	8967	13132

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie Hartinfarct 2012 en prognose 2030
(grafiek 11)

Leeftijd	2012	2030
19-64	1770	1627
65-74	1908	2544
75 en ouder	3387	6405
Totaal	7065	10576

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie Kanker 2012 en prognose 2030
(grafiek 12)

Leeftijd	2012	2030
19-64	5221	4949
65-74	4891	6166
75 en ouder	5613	10089
Totaal	15725	21204

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie COPD/astma 2012 en prognose 2030
(grafiek 13)

Leeftijd	2012	2030
19-64	29789	26901
65-74	6796	8906
75 en ouder	6382	11221
Totaal	42967	47027

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie Incontinentie 2012 en prognose 2030
(grafiek 14)

Leeftijd	2012	2030
19-64	16026	14312
65-74	6435	8441
75 en ouder	12287	21143
Totaal	34748	43896

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie Aandoeningen aan het bewegingsapparaat 2012 en prevalentie 2030 (grafiek 15)

Leeftijd	2012	2030
19-64	94483	85047
65-74	30070	38723
75 en ouder	27602	47352
Totaal	152154	171121

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie Dementie 2012 en prognose 2030
(grafiek 16)

Leeftijd	2012	2030
19-64	375	385
65-74	1000	1350
75 en ouder	9160	16258
Totaal	10535	17994

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie (multi-)morbiditeit 2012 en prognose 2030 (grafiek 19)

Aantal aandoeningen	2012	2030
Geen	366953	343836
Een aandoening	126929	127825
Meer dan een aandoening	153474	178579

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie diabetes mellitus 2012 en prognose 2030 op basis van epidemiologische trends (grafiek 21)

Leeftijd	2012	2030
19-64	11004	13413
65-74	8652	15171
75 en ouder	8921	20845
Totaal	28578	49429

Friesland: Leeftijdsspecifieke prevalentie CVA 2012 en prognose 2030 op basis van epidemiologische trends (grafiek 22)

Leeftijd	2012	2030
19-64	1920	4461
65-74	2861	6479
75 en ouder	4186	12765
Totaal	8967	23704

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik Zware astma/COPD 2012 en prognose 2030 (grafiek 23)

Leeftijd	2012	2030
0-19	46	40
20-64	3133	2940
65-74	3095	4080
75 en ouder	3630	6681
Totaal	9903	13742

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik astma 2012 en prognose 2030 (grafiek 24)

Leeftijd	2012	2030
0-19	2159	1886
20-64	12613	11354
65-74	3822	4953
75 en ouder	3289	5802
Totaal	21884	23994

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik diabetes mellitus 1 2012 en prognose 2030 (grafiek 25)

Leeftijd	2012	2030
0-19	415	355
20-64	5672	5224
65-74	3320	4335
75 en ouder	3336	5788
Totaal	12742	15702

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik diabetes mellitus 2 2012 en prognose 2030 (grafiek 26)

Leeftijd	2012	2030
0-19	7	6
20-64	6736	6270
65-74	5524	7175
75 en ouder	5120	9028
Totaal	17387	22479

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik hartfalen 2012 en prognose 2030 (grafiek 27)

Leeftijd	2012	2030
0-19	10	8
20-64	1067	1013
65-74	1092	1441
75 en ouder	2271	4128
Totaal	4441	6589

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik CVA 2012 en prognose 2030 (grafiek 28)

Leeftijd	2012	2030
0-19	48	44
20-64	850	785
65-74	813	1066
75 en ouder	1117	1986
Totaal	2829	3881

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik incontinentie 2012 en prognose 2030 (grafiek 29)

Leeftijd	2012	2030
0-19	40	36
20-64	1523	1385
65-74	804	1045
75 en ouder	644	1048
Totaal	3011	3513

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik reumatoïde artritis 2012 en prognose 2030 (grafiek 30)

Leeftijd	2012	2030
0-19	2	1
20-64	1676	1527
65-74	901	1189
75 en ouder	790	1345
Totaal	3368	4062

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik rug- en nekklachten 2012 en prognose 2030 (grafiek 31)

Leeftijd	2012	2030
0-19	28	23
20-64	3183	2816
65-74	928	1226
75 en ouder	813	1372
Totaal	4952	5436

Friesland: Leeftijdsspecifiek zorggebruik dementie 2012 en prognose 2030 (grafiek 32)

Leeftijd	2012	2030
0-19	0	0
20-64	125	123
65-74	317	427
75 en ouder	937	1658
Totaal	1378	2209

Friesland: Prevalentie functioneren voor lage SES 2012 en prognose 2030 (grafiek 33)

Functioneren	2012	2030
Geen problemen	48065	43044
Mobiliteitsproblemen	164358	17812
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen	8918	10608
Ernstige fysieke problemen	2937	4359
Ernstige dementie	2288	3102
Totaal	78566	78925

Friesland: Prevalentie functioneren voor midden SES 2012 en prognose 2030 (grafiek 33)

Functioneren	2012	2030
Geen problemen	13347	35573
Mobiliteitsproblemen	3606	10095
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen	1375	3657
Ernstige fysieke problemen	114	309
Ernstige dementie	420	1122
Totaal	18862	50755

Friesland: Prevalentie functioneren voor hoge SES 2012 en prognose 2030 (grafiek 33)

Functioneren	2012	2030
Geen problemen	12342	26981
Mobiliteitsproblemen	3056	8455
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen	1450	4500
Ernstige fysieke problemen	73	181
Ernstige dementie	340	1058
Totaal	17261	41175

Friesland: Prevalentie (multi-)morbiditeit voor lage SES 2012 en prognose 2030
(grafiek 34)

	2012	2030
Geen aandoening	16445	15359
Een aandoening	15844	15175
Meer dan één aandoening	46277	48391
Totaal	78566	78925

Friesland: Prevalentie (multi)morbiditeit voor midden SES 2012 en prognose 2030
(grafiek 34)

	2012	2030
Geen aandoening	4251	11452
Een aandoening	4830	12938
Meer dan één aandoening	9782	26365
Totaal	18862	50755

Friesland: Prevalentie (multi)morbiditeit voor hoge SES 2012 en prognose 2030
(grafiek 34)

	2012	2030
Geen aandoening	5048	11451
Een aandoening	4099	9127
Meer dan één aandoening	8114	20598
Totaal	17261	41175

Friesland Prevalentie chronische problematiek 2012 in de leeftijd 12-18 jarigen en prognose 2030 (grafiek 35)

Aandoening	2012	2030
Astma	6497	5475
Vermoeidheid	3250	2732
Diabetes mellitus	653	550
Eczeem	4735	3985
Gehoorproblemen	1947	1639
ADHD	3712	3132
Buikklachten	3206	2697
Hoofdpijn	6829	5742
Bukken, tillen, lopen	4120	3467
Hartaandoening	938	791
Anorexia	844	710
Kanker	430	364
Allergie	9252	7792

Friesland: Prevalentie (multi)morbiditeit 2012 in de leeftijd 12-18 jarigen en prognose 2030 (grafiek 36)

	2012	2030
Geen aandoening	31597	26636
Een aandoening	14719	12401
Meer dan één aandoening	10424	8770

Friesland: Prevalentie functioneringsproblematiek 2012 in de leeftijd 12-18 jarigen en prognose 2030 (grafiek 37)

	2012	2030
Functioneringsproblemen	3851	3244

Friesland: Prevalentie psychosociale problematiek in de leeftijd 12-16 jaar in de algemene bevolking en prognose 2030 (grafiek 38)

Friesland: Prevalentie psychische aandoeningen in de leeftijd 18-64 jaar in de algemene bevolking en prognose 2030 (grafiek 39)

	2012	2030
Enigerlei stemmingsstoornissen	23953	21602
Enigerlei angststoornissen	39341	35271
Enigerlei middelenstoornissen	22219	20317
Enigerlei ADHD-restverschijnselen (18-44 jaar)	4527	4218
Enigerlei psychische aandoeningen	70670	63631

Friesland: Prevalentie psychische aandoeningen in de leeftijd 55-85 jaar in de algemene bevolking en prognose 2030 (grafiek 40)

	2012	2030
Depressie	16575	21091
Angst	12826	16320
Eenzaamheid	19534	24857
Klinisch relevante psychische problematiek	34333	43688

Friesland: Prevalentie stemmingsstoornissen in de huisartsenzorg en prognose 2030 (grafiek 41)

	2012	2030
0-19 jaar	116	99
20-64 jaar	8449	7492
65-74 jaar	1613	2075
75 jaar en ouder	1303	2201
Totaal	11481	11867

Friesland: Prevalentie schizofrenie geregistreerd in de huisartsenzorg en prognose 2030 (grafiek 42)

	2012	2030
0-19 jaar	19	16
20-64 jaar	1015	891
65-74 jaar	138	177
75 jaar en ouder	88	149
Totaal	1260	1233

Friesland: Prevalentie angststoornissen geregistreerd in de huisartsenzorg en prognose 2030 (grafiek 43)

	2012	2030
0-19 jaar	177	150
20-64 jaar	3377	3020
65-74 jaar	536	691
75 jaar en ouder	348	589
Totaal	4438	4450

Friesland: Prevalentie ernstige psychische aandoeningen geregistreerd in de geestelijke gezondheidszorg en prognose 2030 (grafiek 44)

	2012	2030
0-19 jaar	132	113
20-64 jaar	4635	4142
65-74 jaar	166	210
75 jaar en ouder	45	79
Totaal	4978	4544