

**Behavioural and Societal  
Sciences**

Wassenaarseweg 56  
2333 AL Leiden  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T +31 88 866 90 00

F +31 88 866 06 10

[infodesk@tno.nl](mailto: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.

© 2014 TNO

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Methode</b> .....	<b>5</b>
2.1	Inleiding .....	5
2.2	Gebruikte gegevensbronnen .....	5
2.3	Functioneringsprofielen van ouderen .....	8
2.4	Prognoses.....	10
<b>3</b>	<b>Resultaten</b> .....	<b>12</b>
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
<b>4</b>	<b>Samenvatting en conclusies</b> .....	<b>43</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	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)<sup>1</sup>.

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?

---

<sup>1</sup> 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](http://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.<sup>2</sup> Het HBSC-onderzoek richt zich op een breed scala aan thema's die in het leven

<sup>2</sup> 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<sup>3 4</sup>. 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)<sup>56</sup>. 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

---

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>6</sup> 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)<sup>7</sup>. 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)<sup>8</sup>. 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)<sup>9</sup> en ouderen die

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

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

<sup>9</sup> 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)<sup>10</sup>. 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.

---

<sup>10</sup> 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-onderzoek<sup>11</sup> 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 multimorbiditeit<sup>12</sup>, 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

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

<sup>12</sup> 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 CBS<sup>13</sup>. 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 Nederland<sup>14</sup>. 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.

---

<sup>13</sup> 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.

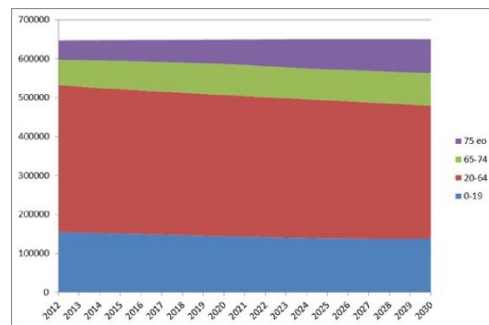
<sup>14</sup> Mulder M (RIVM). Sociaaleconomische status 2010. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Beïnvloedende factoren\ Sociale omgeving\Ses, 12 juni 2013.

## 3 Resultaten

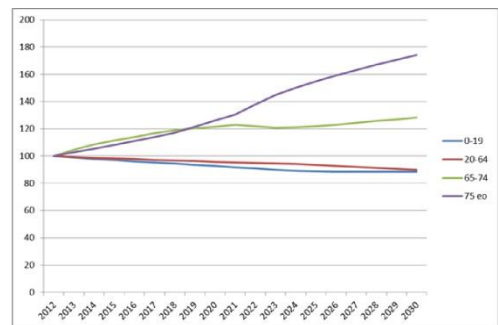
### 3.1 Demografische bevolkingsprognoses Friesland

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.

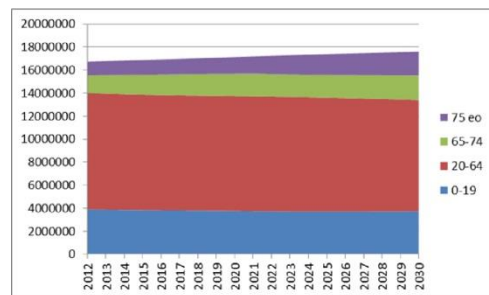
In 2012 is de omvang van de Friese bevolking ongeveer 648.000. In 2030 is de verwachting dat dit circa 650.000 mensen zijn. Grafiek 2 illustreert dat het aantal ouderen zal toenemen. Ten opzichte van 2012 is de schatting dat het aantal 75 plussers met 75% zal toenemen (van bijna 50.000 naar 87.000 personen).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



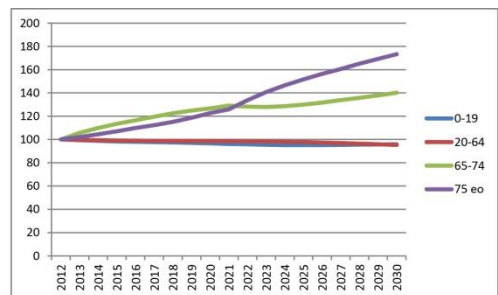
Grafiek 1 Demografische ontwikkeling Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)



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.

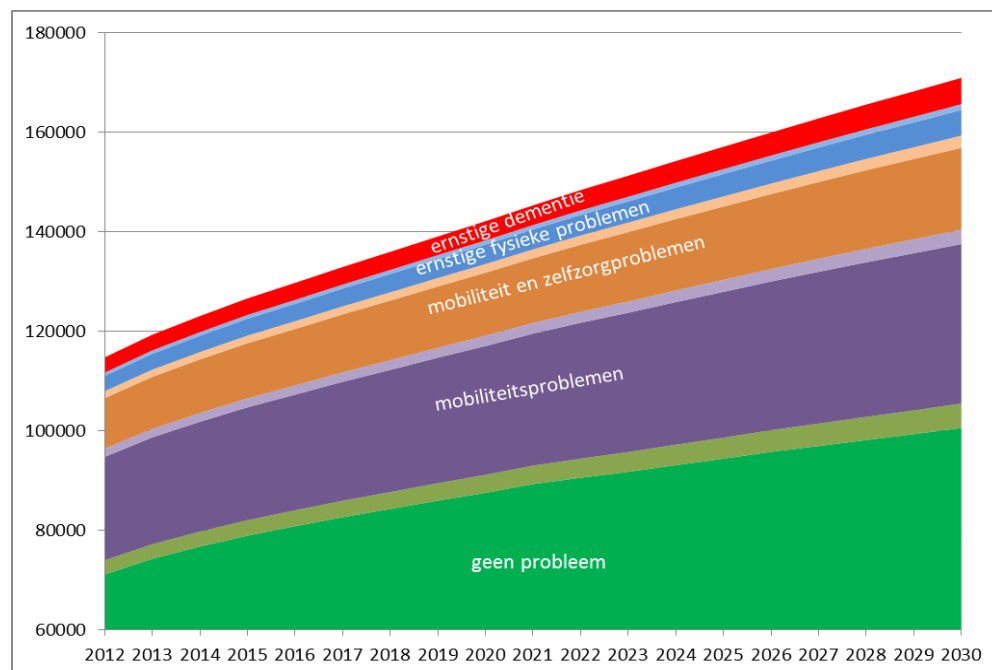
In tegenstelling tot de bevolkingsontwikkeling in Friesland (grafiek 1) illustreert grafiek 3 dat de Nederlandse bevolking tussen 2012 en 2030 naar verwachting wel in aantal zal toenemen. Zowel in Friesland als in heel Nederland is de verwachting dat het aantal ouderen toeneemt.

### 3.2 Prognoses omvang functioneringsproblematiek in de Friese oudere bevolking

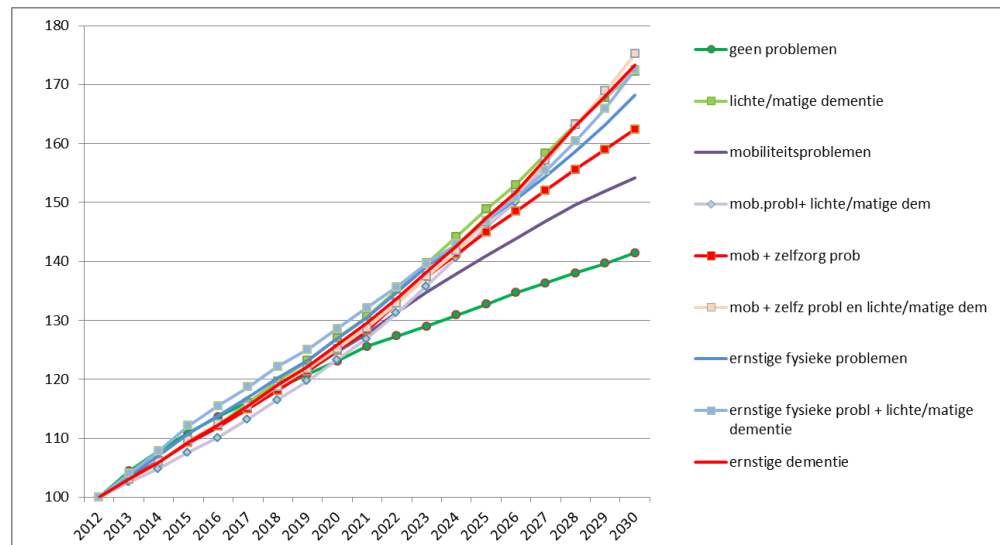
De volgende grafieken illustreren de ontwikkeling van de Friese bevolking van 65 jaar en ouder met betrekking tot het functioneren op basis van de demografische prognoses. Hierbij zijn in totaal 9 groepen personen (profielen) onderscheiden, zoals beschreven in hoofdstuk 2.

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)

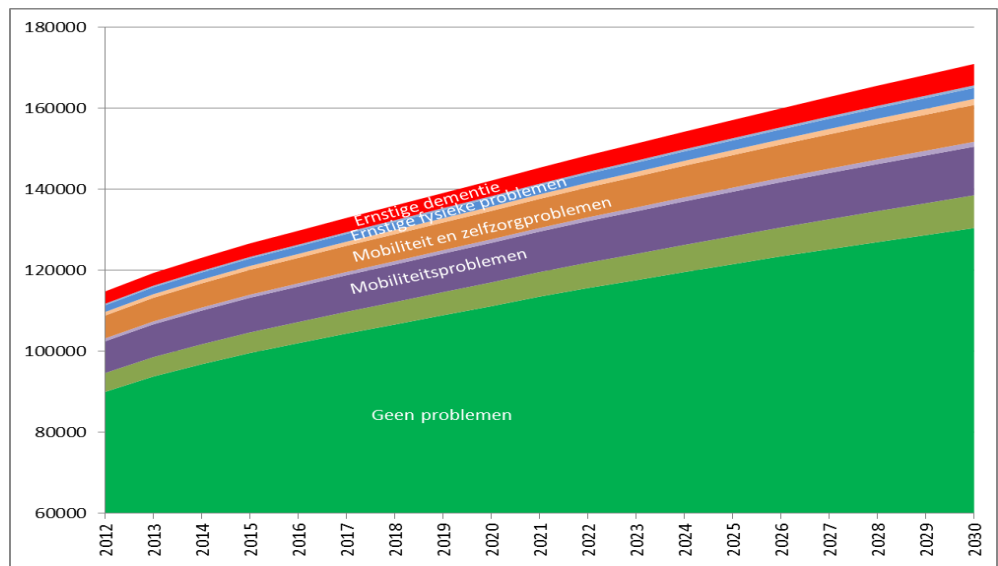


Grafiek 6 Verandering in absolute aantallen van het functioneren van ouderen van 65 jaar en ouder in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Friese prevalentiegegevens (2012=indexjaar)

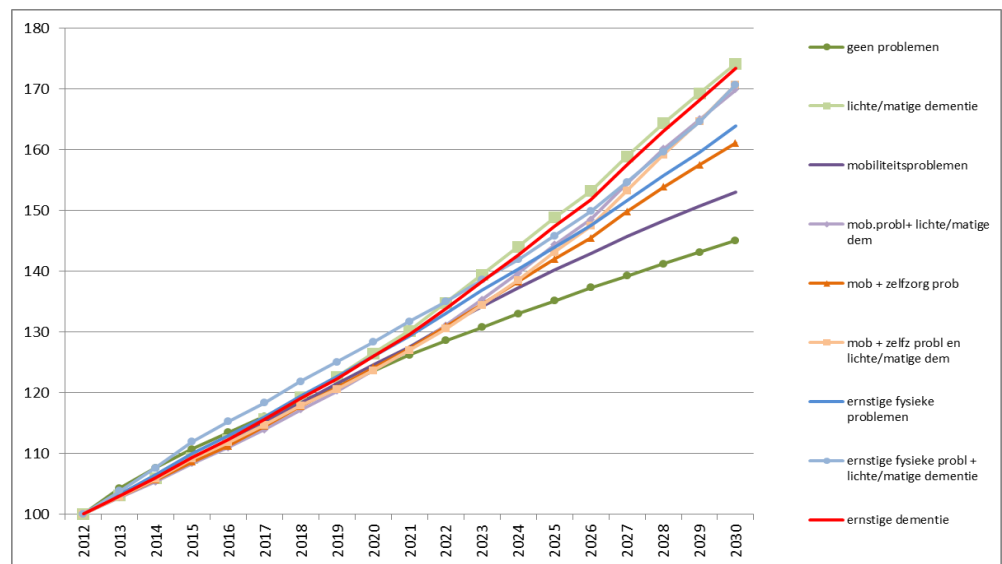
Ter vergelijking van de Nederlandse situatie worden ook prognoses gepresenteerd voor Friesland die gebaseerd zijn op Nederlandse prevalentiecijfers over het functioneren (Perenboom et al., 2007)<sup>15</sup> gekoppeld aan demografische ontwikkelingen in Friesland. De resultaten staan weergegeven in grafieken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

<sup>15</sup> 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)

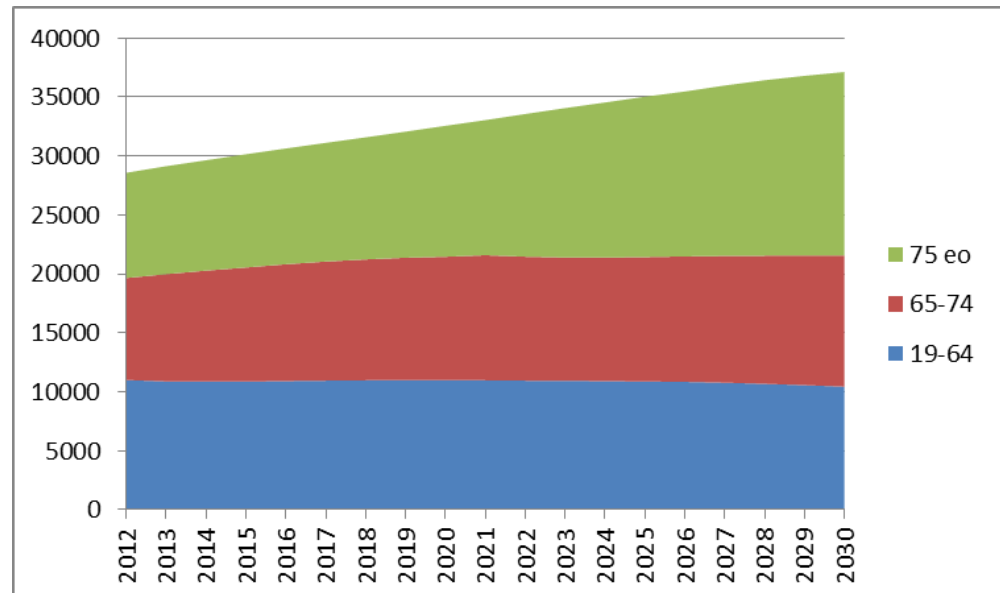
### 3.3 Prognoses omvang chronische aandoeningen Friese volwassen bevolking

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.

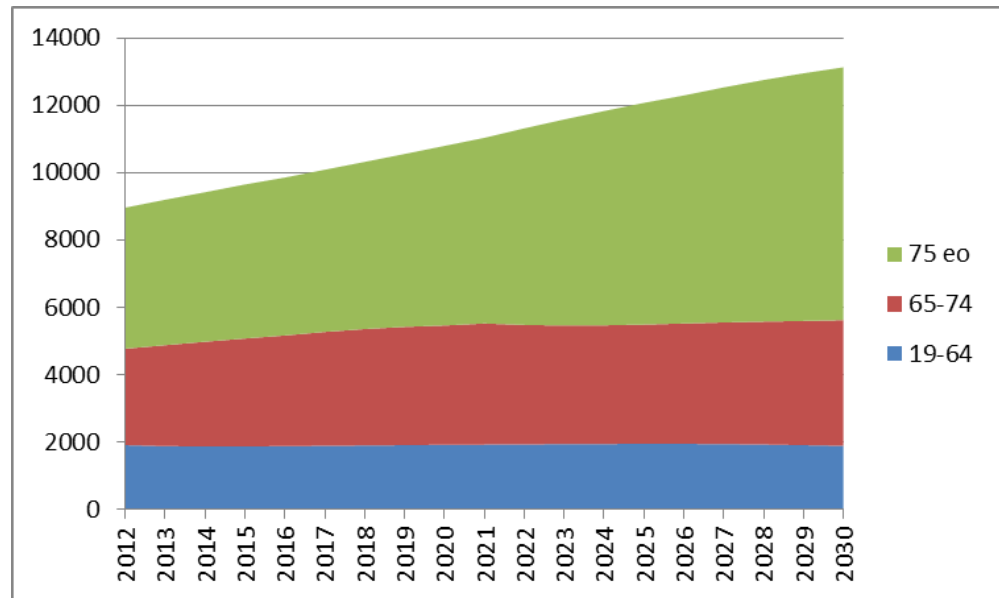
In grafieken 17 tot en met 20 wordt een aantal samenvattende grafieken getoond met de demografische ontwikkeling van de chronische aandoeningen en ontwikkelingen in aantallen aandoeningen per persoon.



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

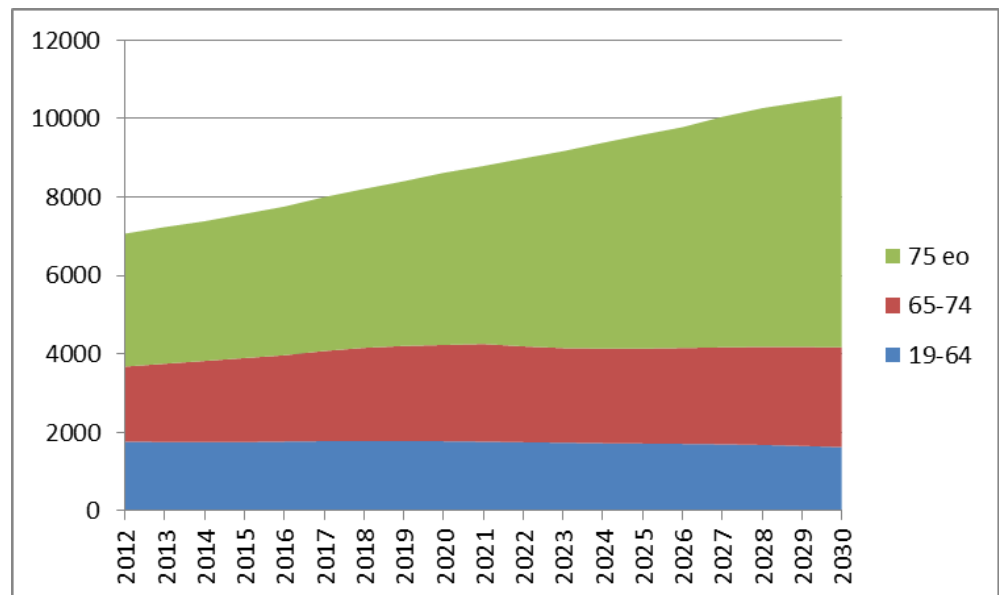
Grafiek 9 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van Diabetes Mellitus in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting ruim 28.000 Friese burgers met diabetes mellitus, in 2030 zijn dat er naar schatting ruim 37.000. Dit betreft een stijging van ruim 30%. Deze verwachte stijging 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)

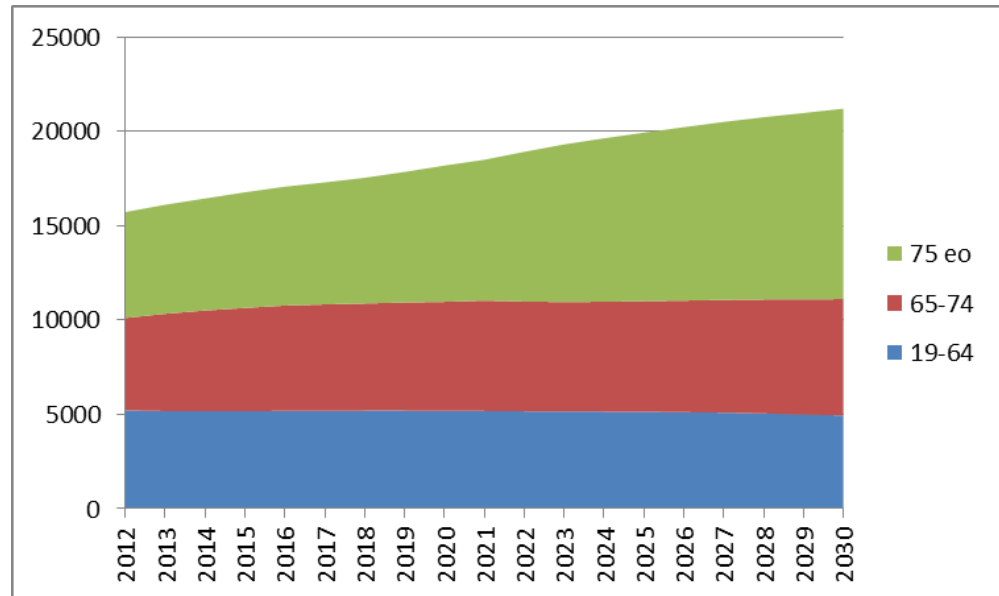
Grafiek 10 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van CVA in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 9.000 Friese burgers met CVA, in 2030 zullen er naar schatting zo'n 13.000 voorkomen. Dat is een stijging van ruim 40%, welke vooral is toe te schrijven aan de verwachte stijging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



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

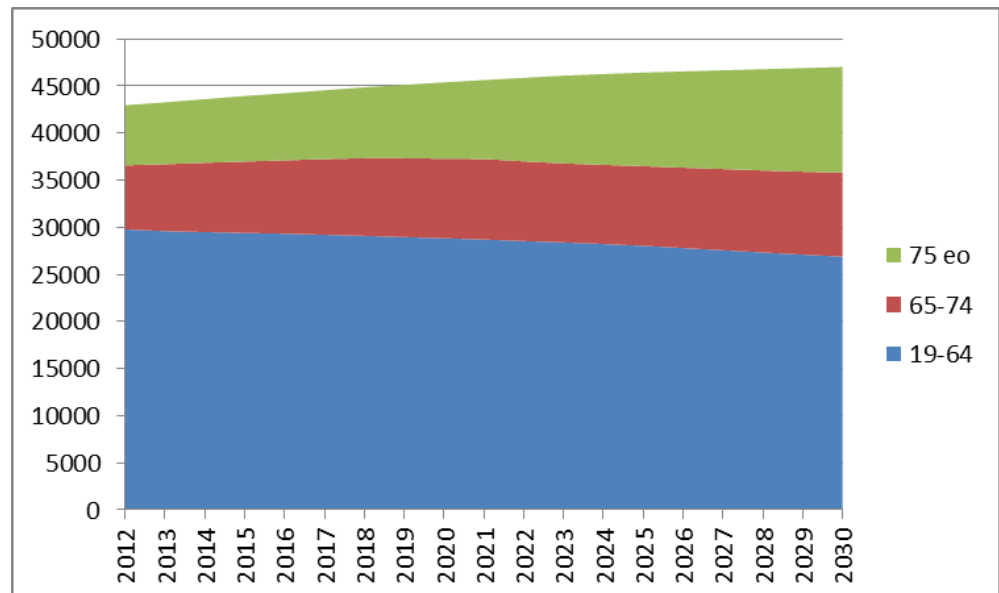
Grafiek 11 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van een hartinfarct in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 7.000 Friese burgers met een hartinfarct, in 2030 zullen er naar schatting 10.500 zijn. Dit is een verwachte stijging van 50%. Er wordt een lichte daling verwacht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



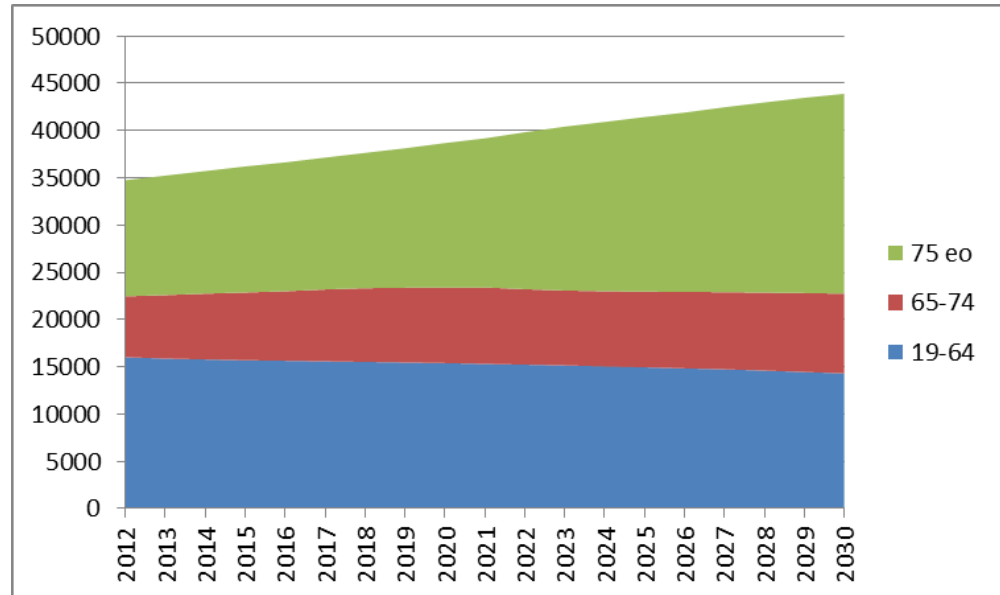
Grafiek 12 Prognose prevalentie **Kanker** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

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.



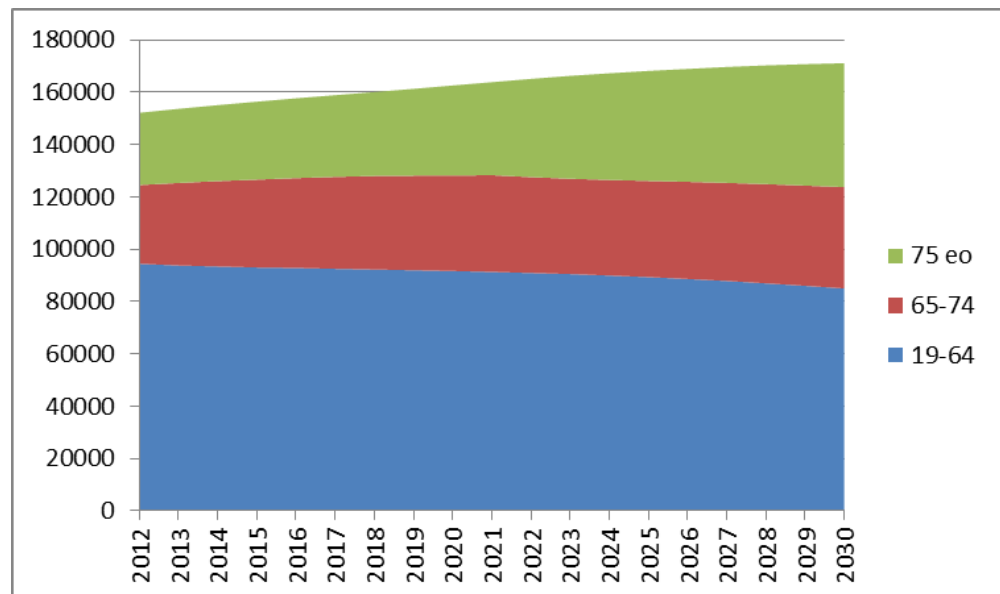
Grafiek 13 Prognose prevalentie **COPD/astma** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

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.



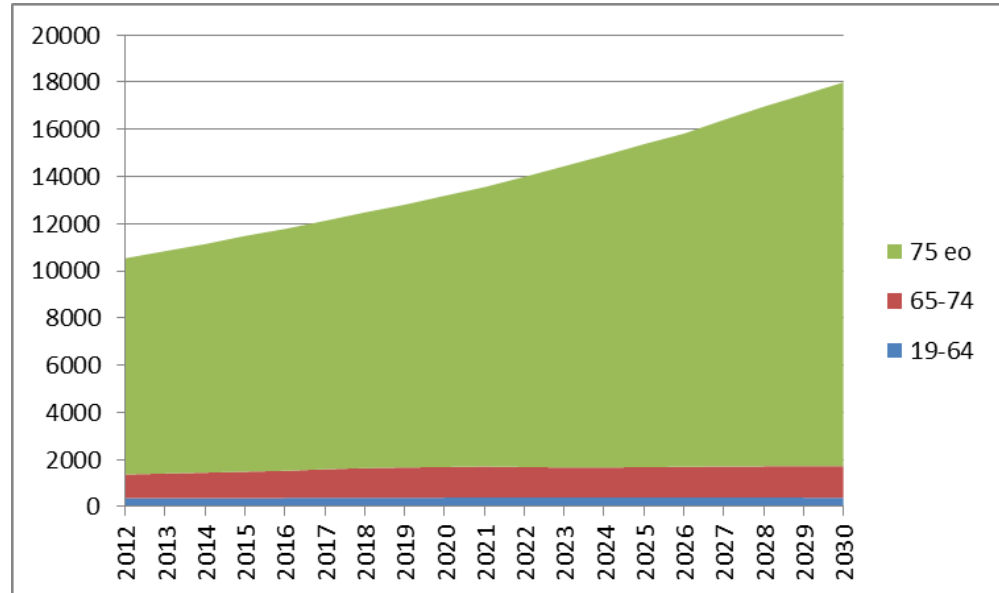
Grafiek 14 Prognose prevalentie **Incontinentie** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

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.

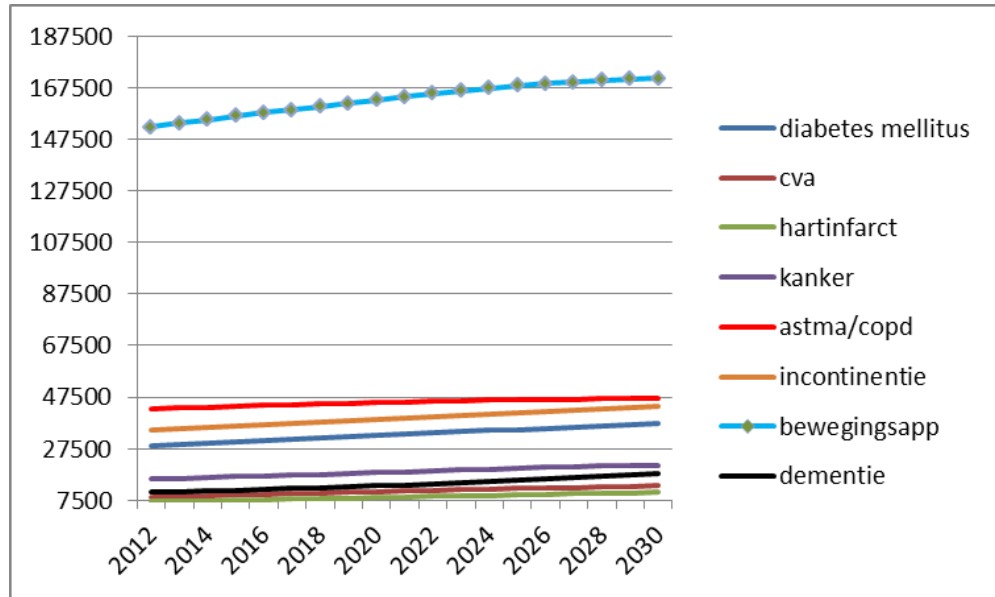


Grafiek 16 Prognose prevalentie **Dementie** in Friesland 2012-2030 (absolute aantallen)

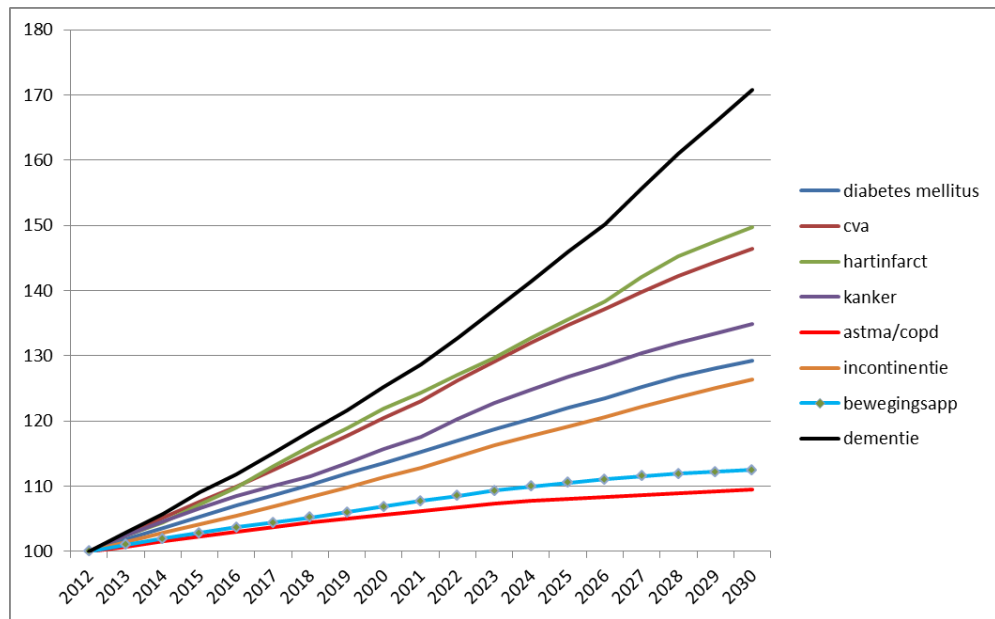
Grafiek 16 illustreert de ontwikkeling in de prevalentie van dementie in Friesland tussen 2012 en 2030. In 2012 zijn er naar schatting 10.500 Friese burgers met dementie, in 2030 zijn dat er naar schatting bijna 18.000. Dat is een zeer forse stijging van ruim 70%. De grootste groep personen met dementie 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)



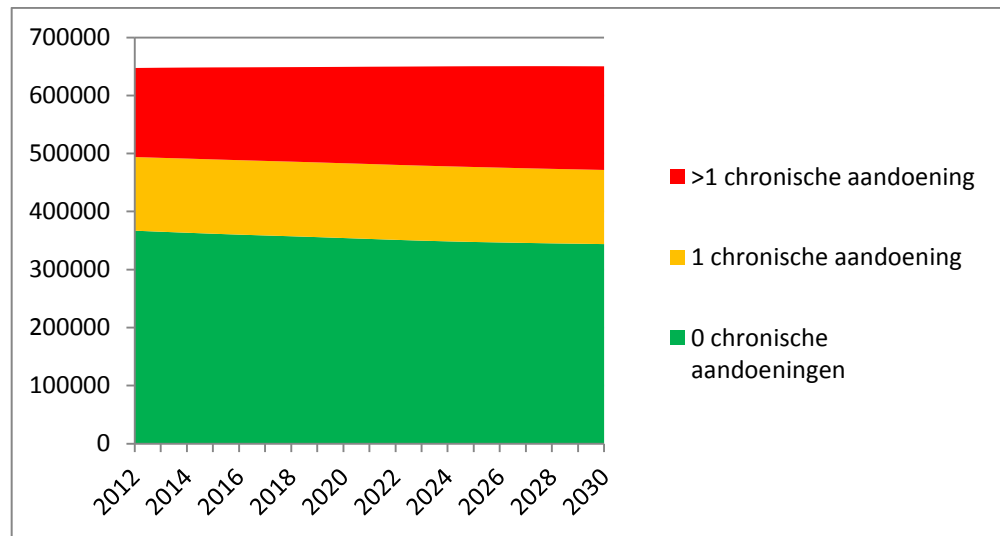
Grafiek 18 Verandering in absolute aantallen van diverse chronische aandoeningen in Friesland 2012-2030 (indexjaar 2012: 100)

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.

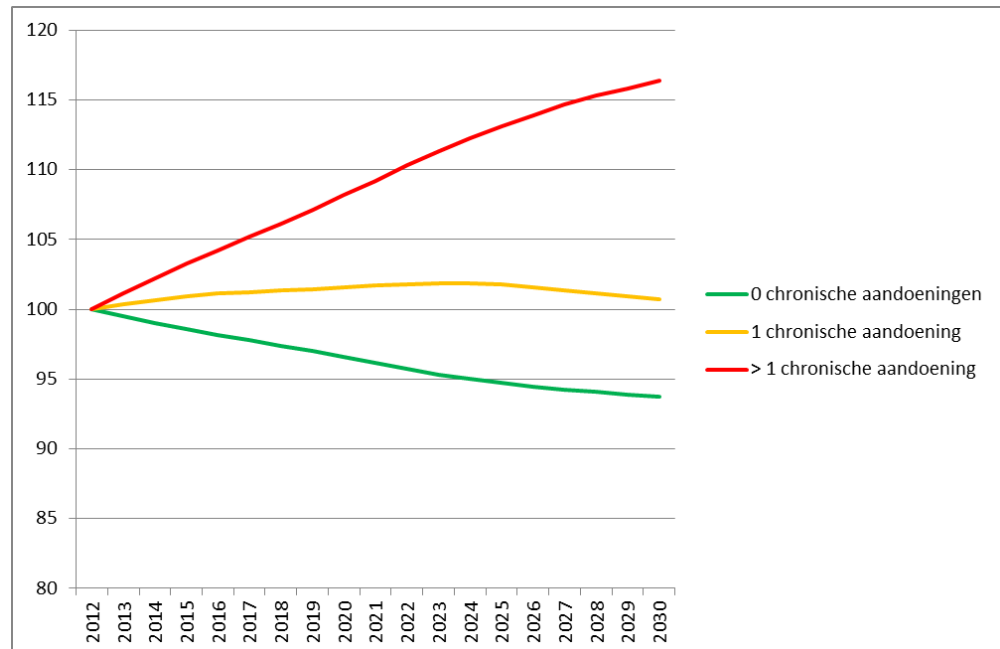
### 3.4 Prognoses omvang multimorbiditeit in de Friese volwassen bevolking

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)



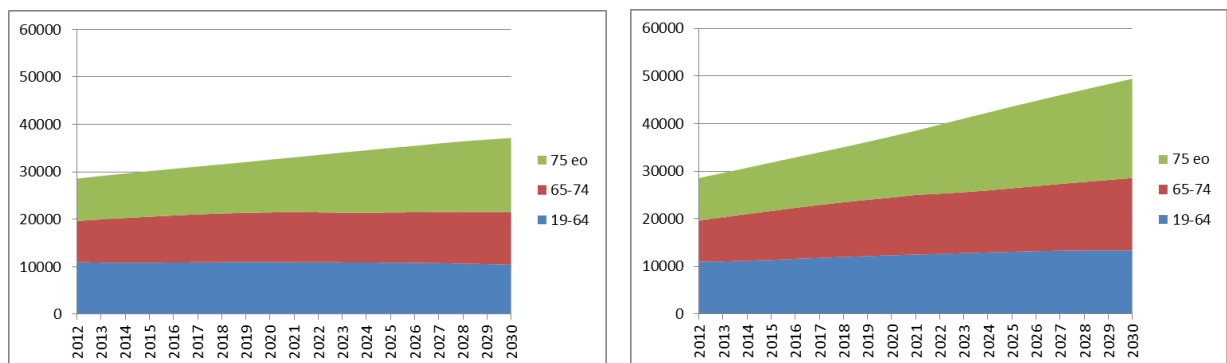
Grafiek 20 Verandering van '(multi)morbiditeit' in Friesland 2012-2030 (indexjaar 2012: 100)

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).

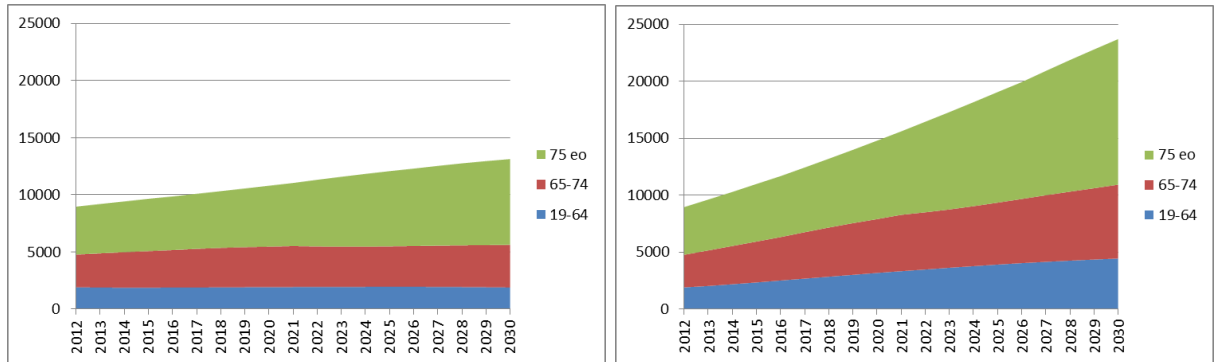


Grafiek 21 Prognose prevalentie Diabetes Mellitus op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen (linker grafiek) respectievelijk inclusief epidemiologische ontwikkelingen (rechter grafiek)

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.

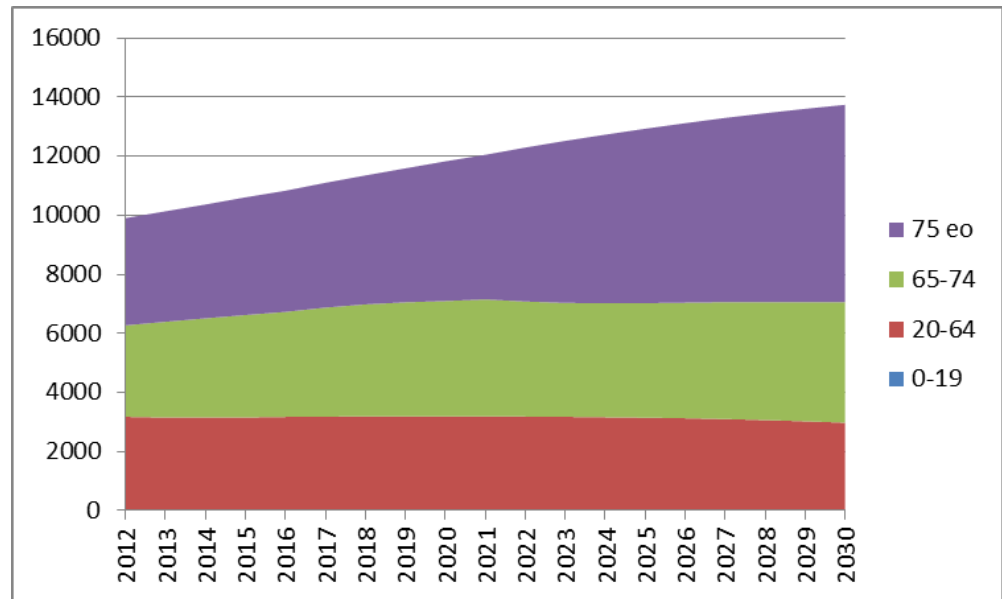
Op basis van de epidemiologische doorrekening is de verwachting dat grootste stijging te zien zal zijn van het aantal Friezen in de leeftijd van 75 jaar en ouder met CVA (circa twee keer zoveel gevallen als in 2012).

### 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.

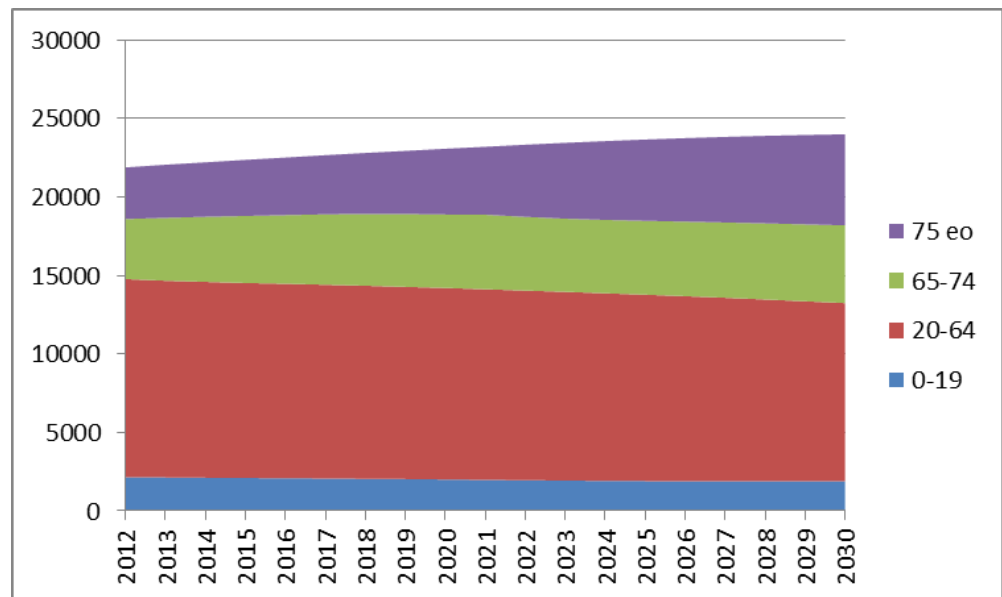


Grafieken 23 tot en met 32 illustreren de prognoses van prevalenties van chronische aandoeningen met specifiek zorggebruik.



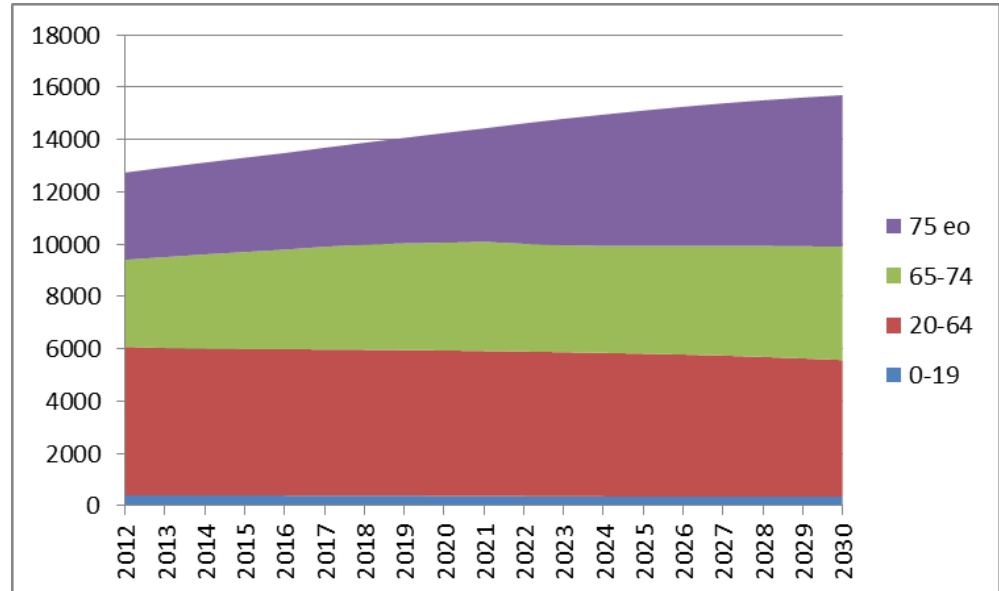
Grafiek 23 Prognose prevalentie **Zware astma/COPD** op basis van medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

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.



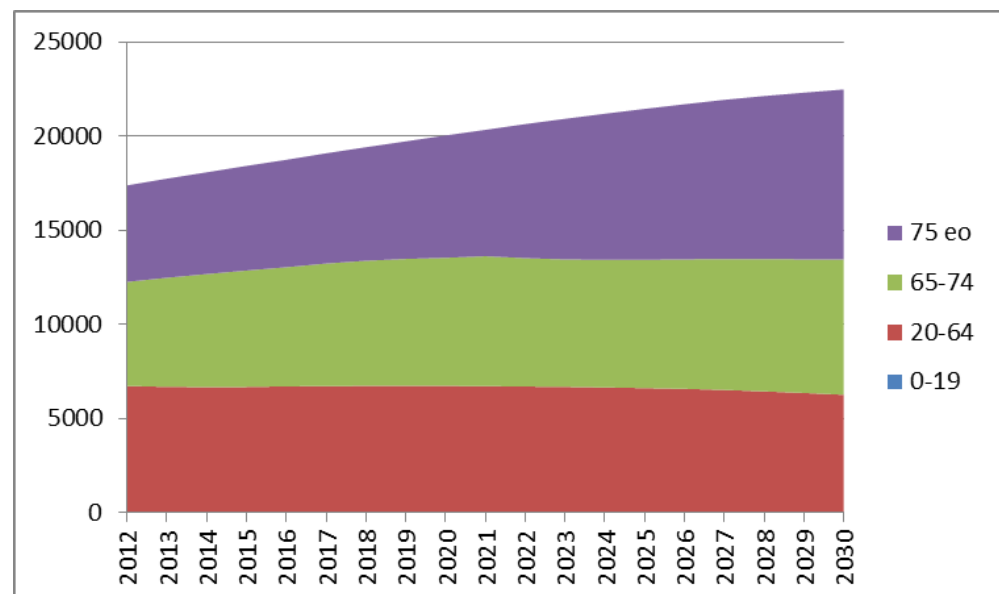
Grafiek 24 Prognose prevalentie **Astma** op basis van medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

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.



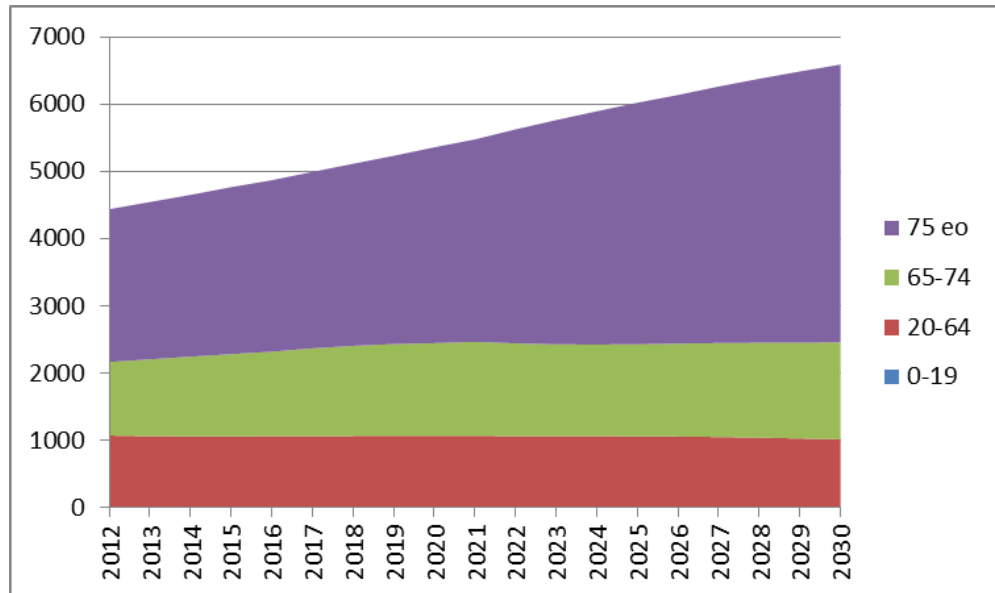
Grafiek 25 Prognose prevalentie van **Diabetes Mellitus type 1** op basis van specifiek medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

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.



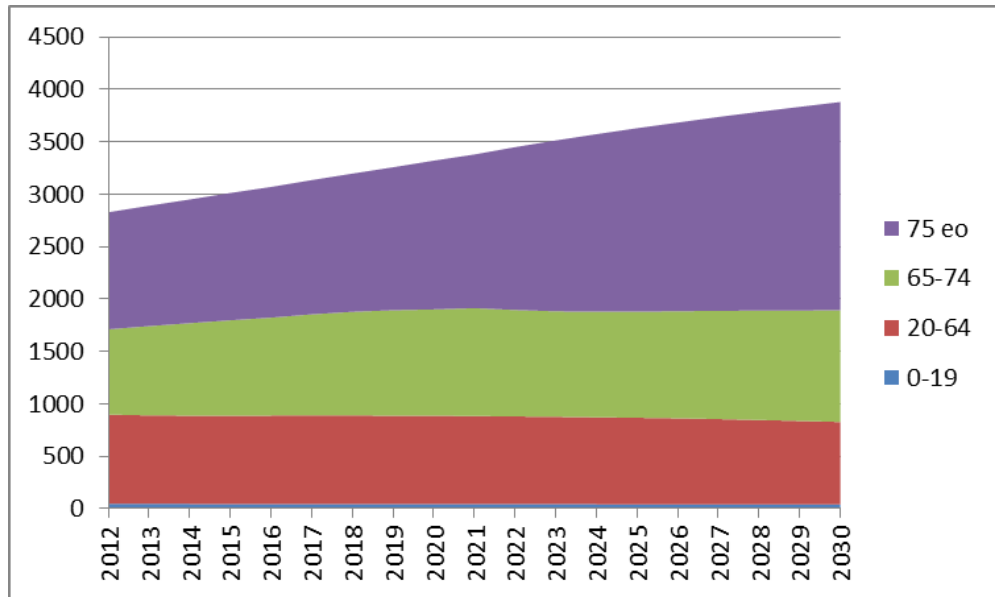
Grafiek 26 Prognose prevalentie **Diabetes Mellitus type 2** op basis van specifiek medicatiegebruik in Friesland 2012-2030

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.



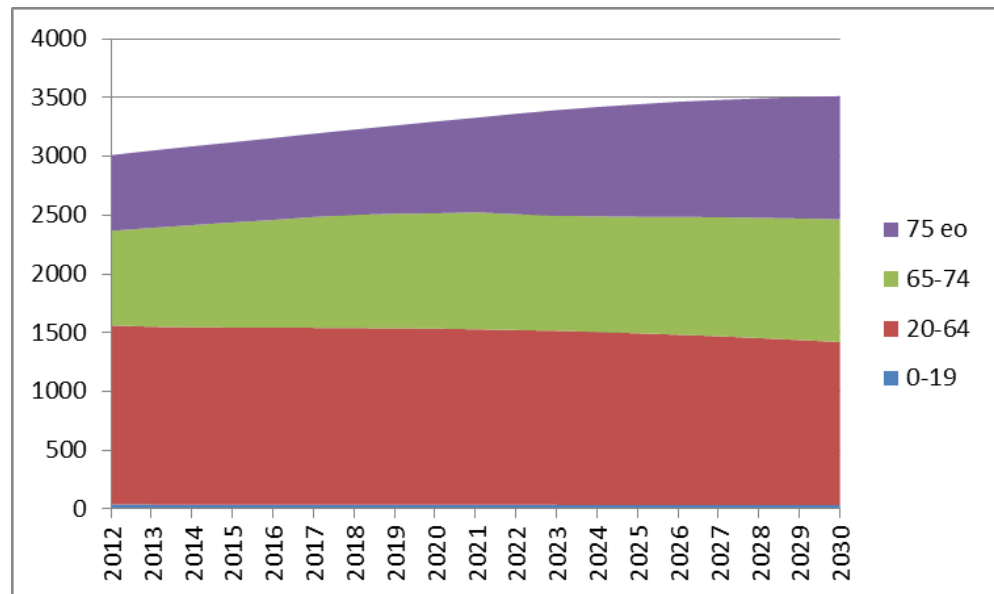
Grafiek 27 Prognose prevalentie **Hartfalen** op basis van specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

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

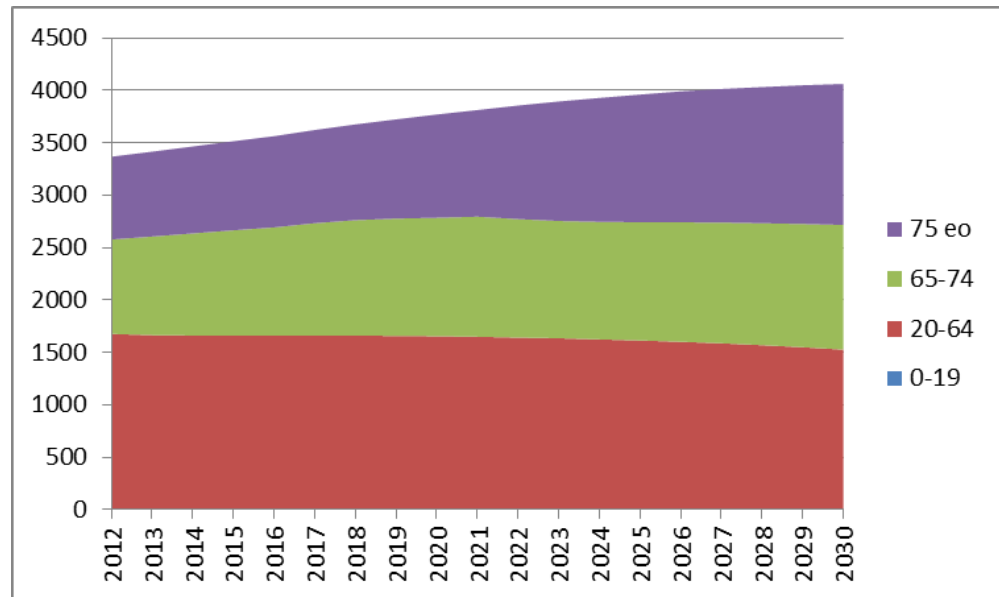
Grafiek 28 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van CVA geschat op basis van declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn ruim 2.800 gevallen van CVA geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 3.880 gevallen gezien worden 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

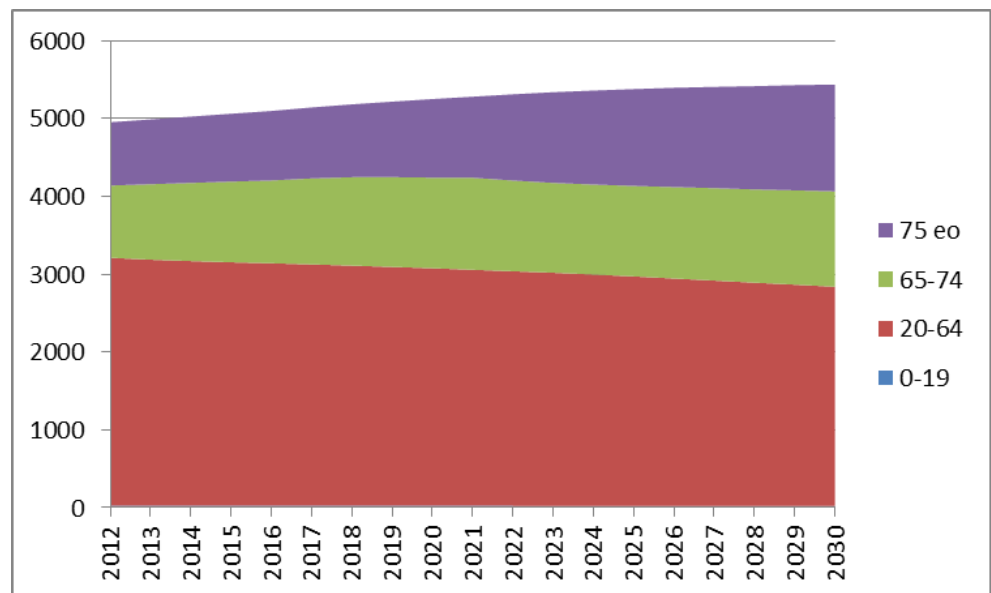
Grafiek 29 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van incontinentie geschat met de declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn ruim 3.000 gevallen van incontinentie geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 3.500 gevallen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

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



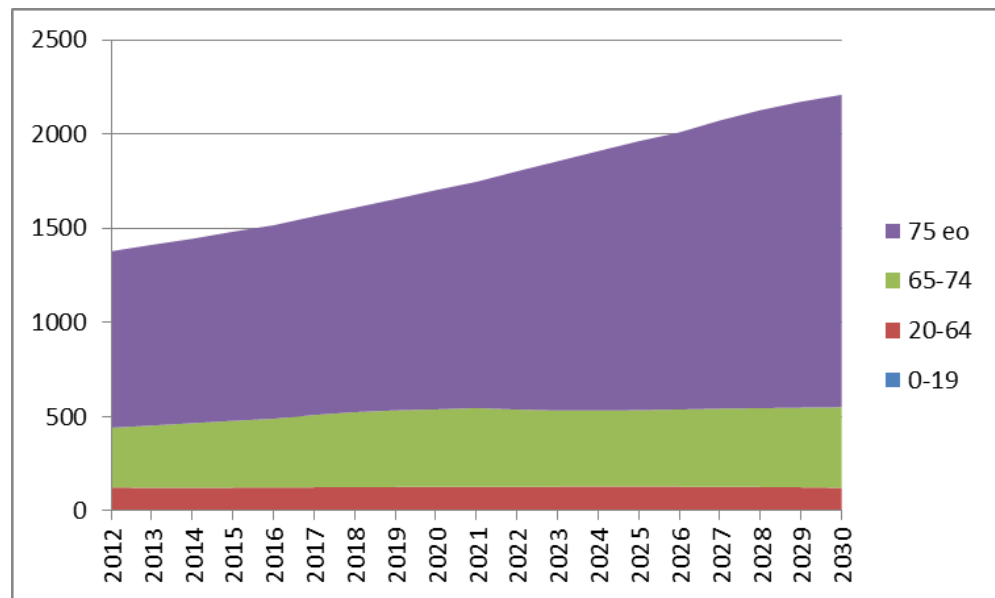
Grafiek 30 Prognose prevalentie **Reumatoïde Artritis** gebaseerd op behandelend specialisme en diagnose in Friesland 2012-2030

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

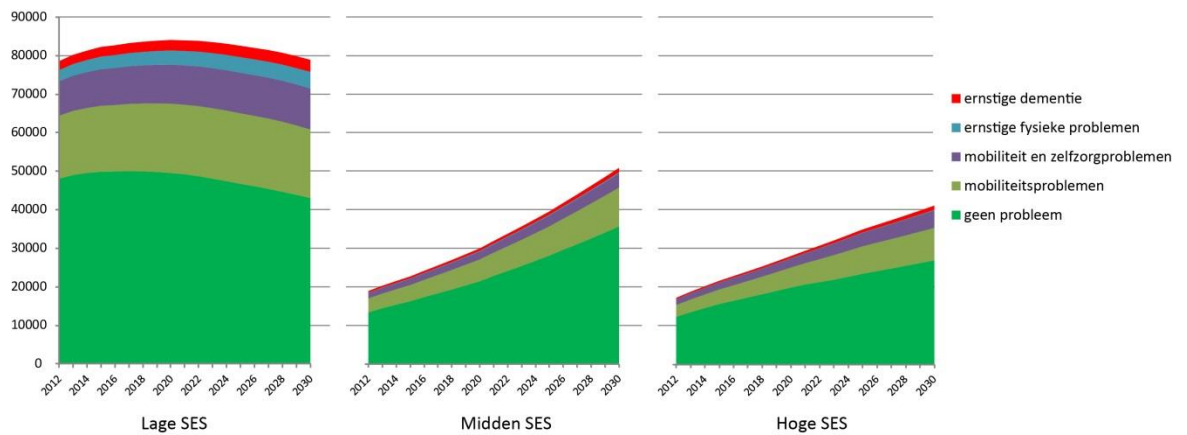
Grafiek 32 illustreert de ontwikkeling in prevalentie van dementie geschat met de declaraties van specialisten in combinatie met diagnosegegevens. In 2012 zijn circa 1.300 gevallen van dementie geregistreerd. De prognose op basis van de bevolkingsontwikkelingen is dat in 2030 circa 2.200 gevallen gezien 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

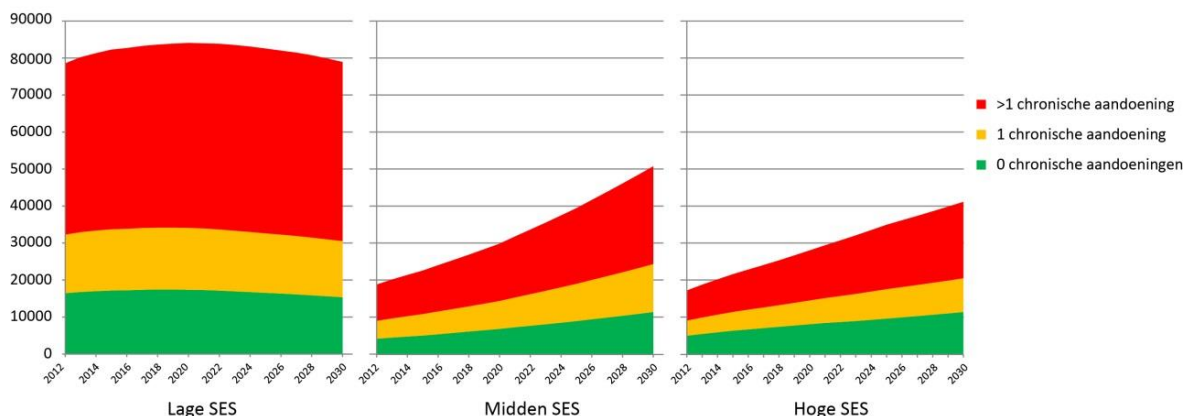
Grafiek 33 illustreert dat in 2012 bijna 80.000 Friese ouderen gerekend kunnen worden tot de lage SES groep. Tot ongeveer 2022 zal deze groep in omvang toenemen, daarna vindt er een daling plaats. In 2030 wordt er verwacht dat het aantal nagenoeg gelijk is aan het aantal in 2012. In 2012 hebben circa 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

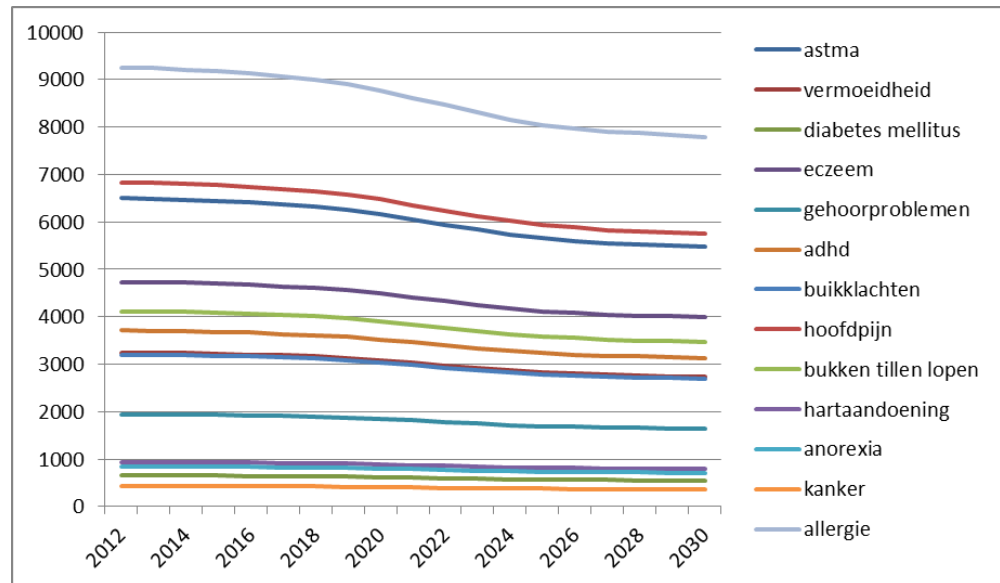
In de lage SES groep hebben ruim 46.200 van de 65-plussers in 2012 meer dan 1 chronische aandoening ofwel multimorbiditeit. Dat zal in 2030 zijn toegenomen tot ongeveer 48.400. In de midden SES groep is het aantal personen met multimorbiditeit in 2012 ongeveer 9.800, in 2030 zijn het er ruim 26.300 (dit 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.



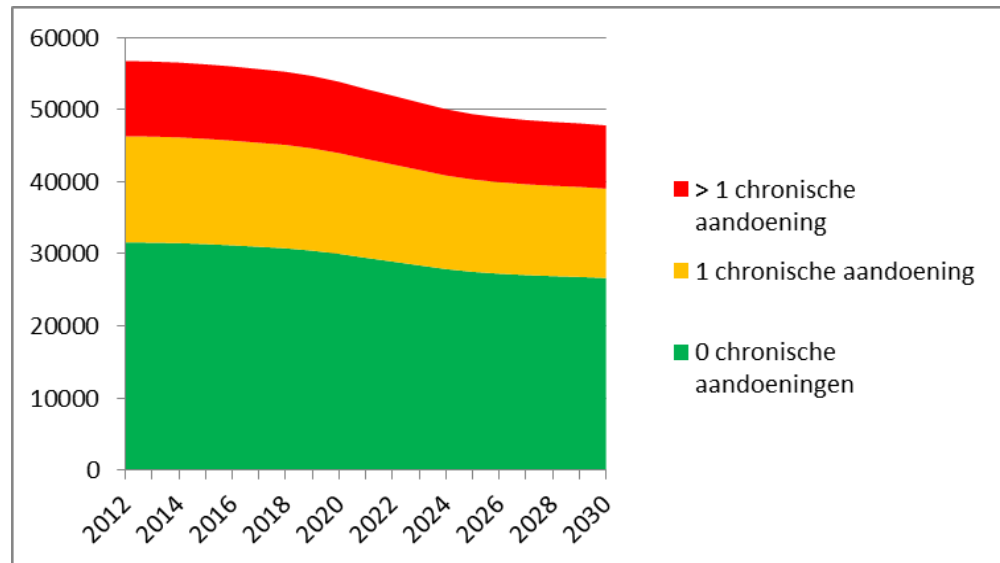


Grafiek 35 Ontwikkeling in de prevalentie van 13 chronische aandoeningen voor de jeugd (12-18 jaar) in Friesland (2012-2030)

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.

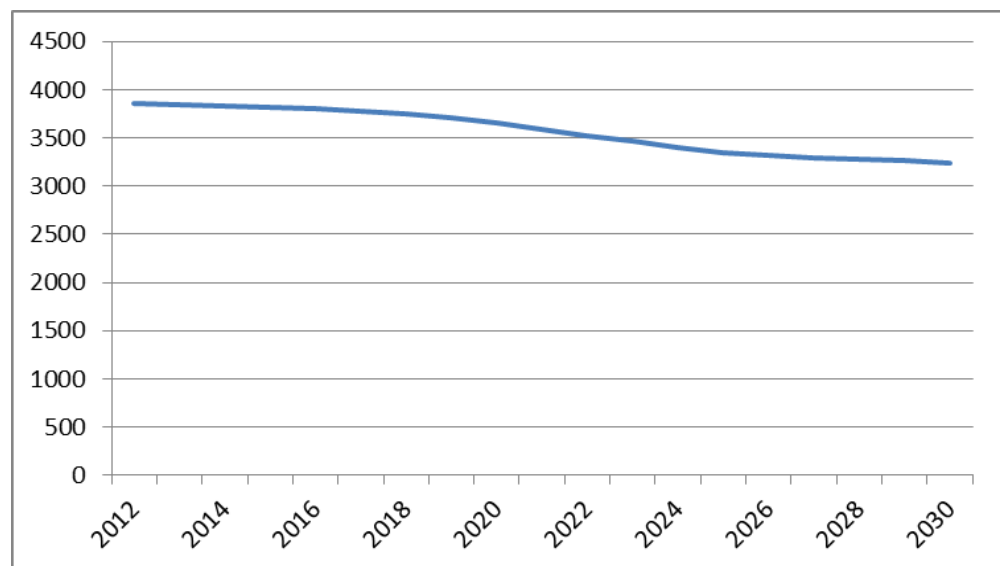
Tevens is onderzocht wat de prevalentie van (multi)morbiditeit binnen deze leeftijdsgroep. Grafiek 36 illustreert de ontwikkeling van het hebben van geen, één of meer dan één aandoening (van de 13 aandoeningen) oftewel multimorbiditeit in deze leeftijdsgroep tussen 2012 en 2030.



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 HBSC<sup>16</sup>. 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

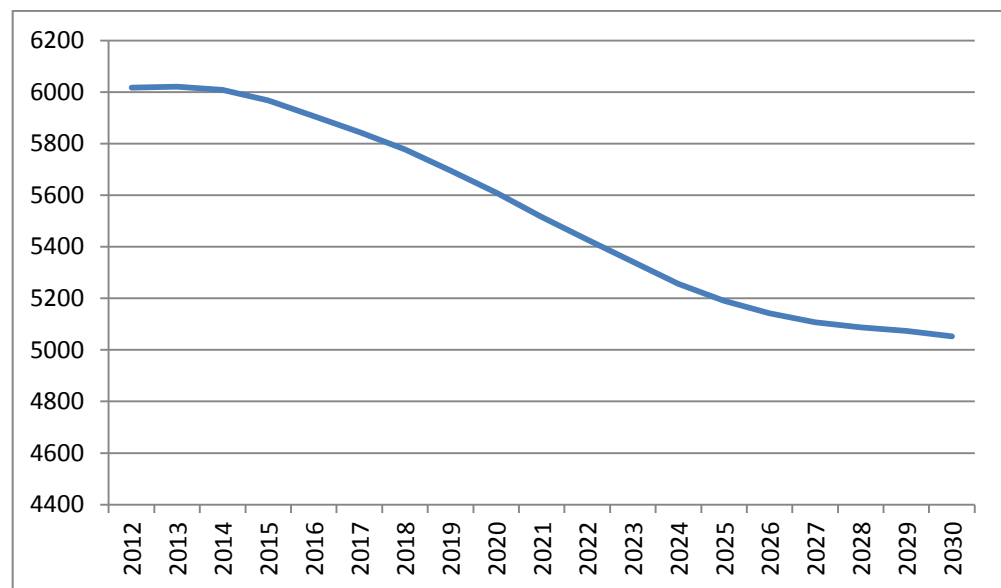
---

<sup>16</sup> 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.

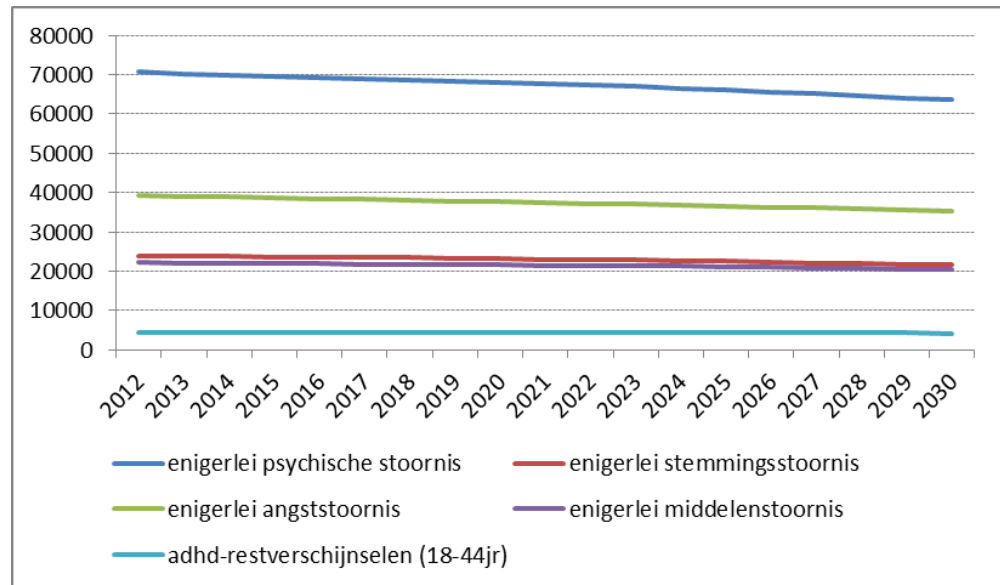


Grafiek 38 Prognose psychosociale problematiek 12 tot en met 16 jarigen in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Nederlandse prevalentiegegevens (absolute aantallen)

### 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.

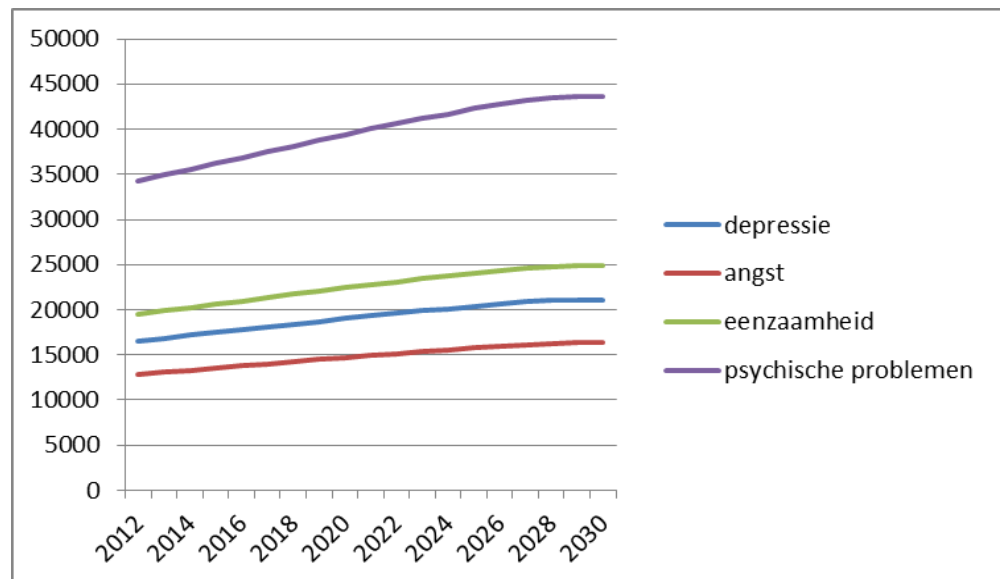
Uitgesplitst naar typen stoornissen komen enigerlei angststoornissen naar verwachting het meest voor, zo'n 40.000 in 2012, dalend naar zo'n 35.000 in 2030 in deze leeftijdsgroep. In 2012 zijn er naar schatting zo'n 24.000 Friese volwassenen met enigerlei stemmingsstoornissen, en in 2030 naar verwachting 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.



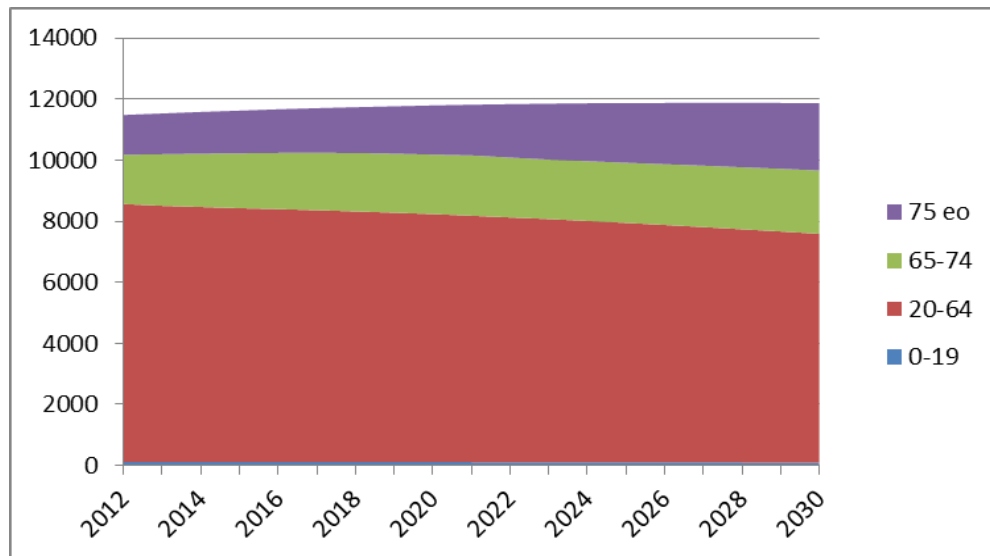
Grafiek 40 Prognose psychosociale problematiek 55-85 jarigen in Friesland in de periode 2012-2030 op basis van Nederlandse prevalentiegegevens (absolute aantallen)

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*

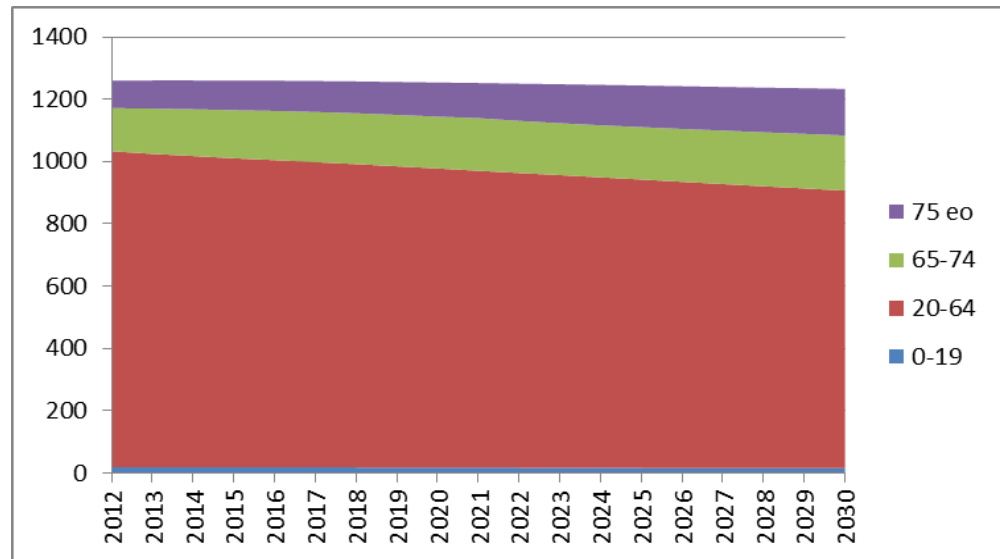
Grafiek 41 illustreert de ontwikkeling in de omvang van Friezen met stemmingsstoornissen, uitgesplitst naar leeftijd, geschat op basis van een landelijk representatieve huisartsenregistratie, LINH.



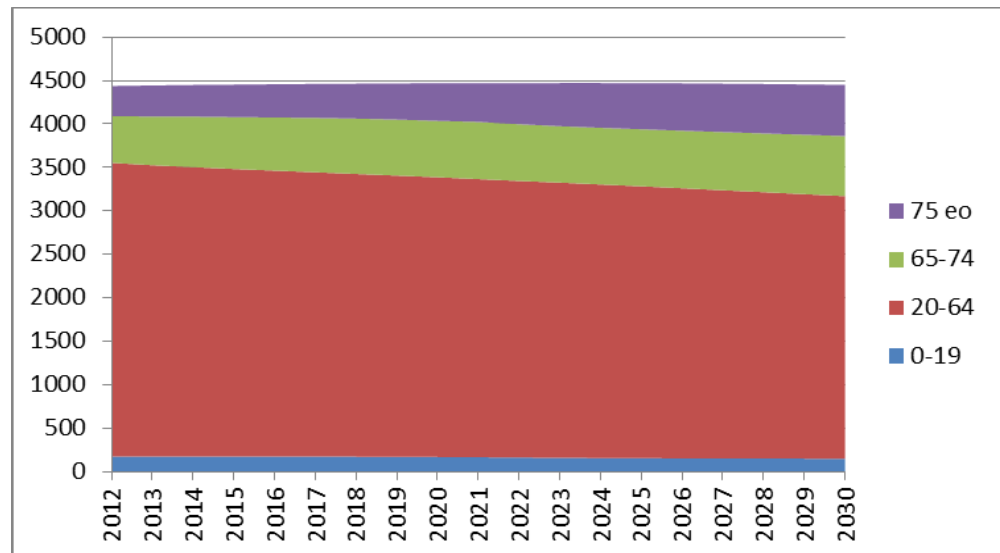
Grafiek 41 Prognose stemmingsstoornissen in Friesland 2012-2030 op basis van huisartsregistratie

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

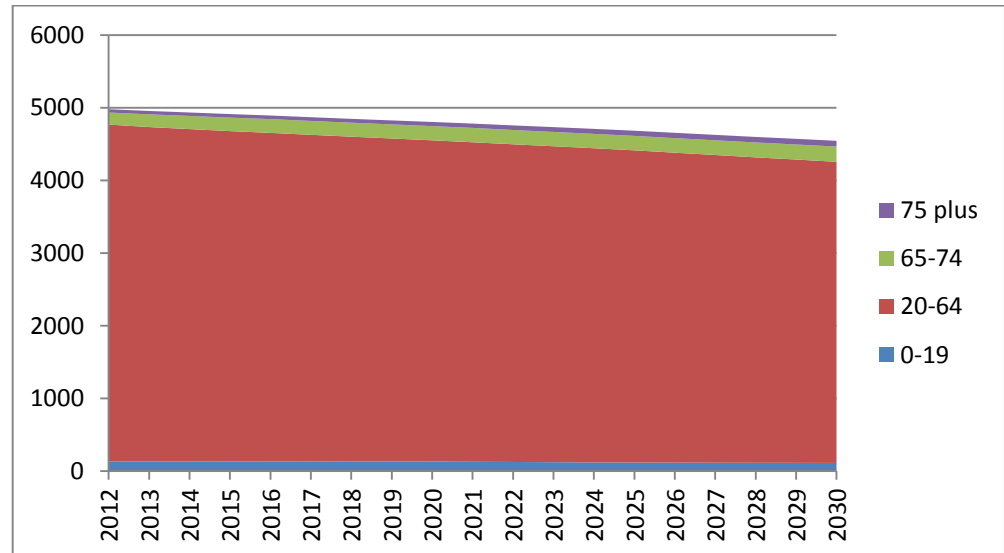
Grafiek 43 illustreert de ontwikkeling in het aantal Friezen met angststoornissen bekend bij de huisarts, uitgesplitst naar leeftijd en geschat op basis van het LINH. In 2012 zijn er naar schatting ruim 4400 Friezen met angststoornissen geregistreerd bij de huisarts. De verwachting is dat dit in 2030 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)

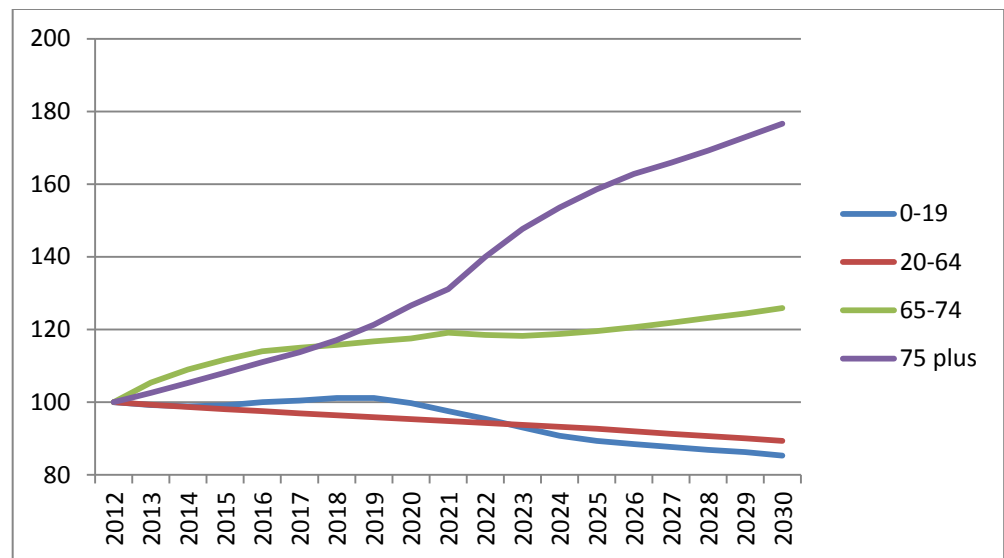
In grafieken 44 en 45 is de verwachte ontwikkeling van het aantal Friese burgers met een ernstige psychische aandoening (EPA) weergegeven. Naar schatting zijn er in 2012 in Friesland bijna 5000 Friese burgers met een EPA, bekend in de geestelijke gezondheidszorg. Het grootste aandeel is in de leeftijd 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

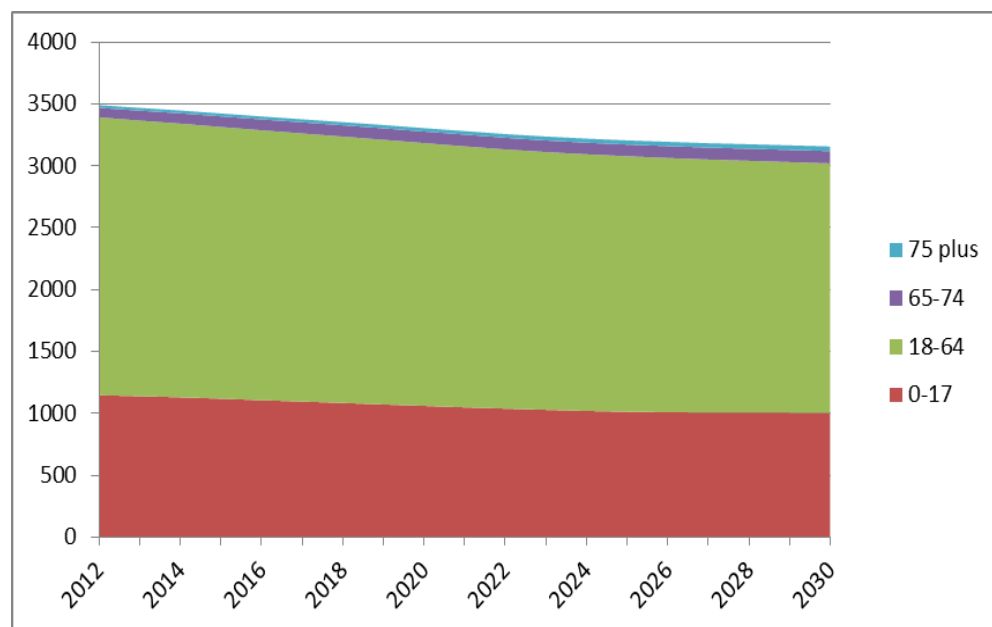
De prevalentie van een verstandelijke beperking is leeftijdsafhankelijk, het aandeel loopt af met de leeftijd. Dat heeft verschillende oorzaken. Zo wordt een lichte verstandelijke beperking tegenwoordig veel vaker ontdekt (bijvoorbeeld in het huidige onderwijs) dan voorheen. Ook bij mensen met een ernstige 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



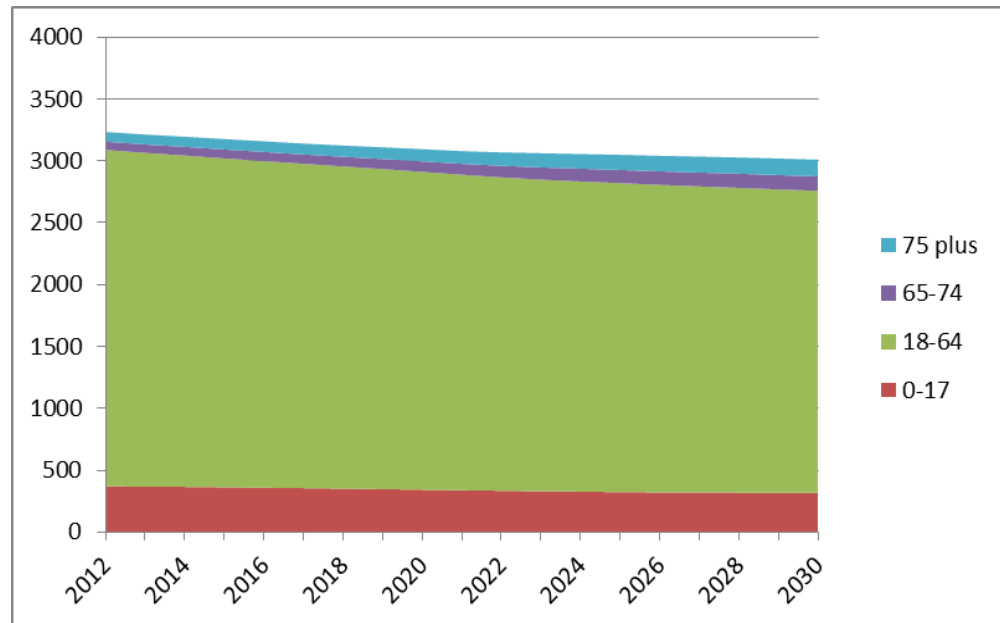
verband, want zij ontvangen op alle leeftijden bijna altijd zorg. Sterfte op relatief jonge leeftijd (bijvoorbeeld bij het Downsyndroom) is hier de hoofdoorzaak van de afnemende prevalentie.

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 organsystemen 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)<sup>17</sup> en ouderen die zelfstandig wonen (POLS, CBS)<sup>18</sup>. 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.

---

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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