

Earth, Life & Social Sciences

Schipholweg 77-89

2316 ZL Leiden

Postbus 3005

2301 DA Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00

TNO-rapport**TNO/LS 2014 R 10798****Indicatie van de zorgvraag in 2030:
Prognoses van functioneren en chronische
aandoeningen****Rotterdam**

Datum	Augustus 2014
Auteur(s)	Dr. A.M.J. Chorus Dr. R.J.M. Perenboom Drs. H. Hoffstetter Dr. M.C. Stadlander
Aantal pagina's	50 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1
Opdrachtgever	Zorginstituut Nederland
Projectnummer	060.05824/01.01

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, 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 belanghebbenden is toegestaan.

© 2014 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Methode	6
2.1	Inleiding	6
2.2	Gebruikte gegevensbronnen	6
2.3	Functioneringsprofielen van ouderen	8
2.4	Prognoses.....	10
3	Resultaten	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Demografische ontwikkelingen Rotterdam	11
3.3	Prognoses functioneren ouderen in Rotterdam.....	12
3.4	Prognoses functioneren ouderen in Rotterdam naar Sociaal Economische Status	14
3.5	Prognoses omvang (multi)morbiditeit Rotterdam	16
3.6	Prognoses chronische (multi)morbiditeit ouderen in Rotterdam naar Sociaal Economische Status	18
3.7	Prognoses diverse chronische aandoeningen in Rotterdam.....	20
3.8	Prognoses omvang Diabetes Mellitus en CVA op basis van epidemiologische ontwikkelingen	27
3.9	Prognoses omvang psychosociale problematiek in Rotterdam	28
3.10	Prognoses chronische problematiek jongeren	33
3.11	Prognoses omvang verstandelijk beperkten	35
4	Samenvatting en conclusies	38
	Bijlage(n)	
	A Tabellen – resultaten Rotterdam	

1 Inleiding

In deze rapportage wordt een indicatie van de zorgvraag in 2030 van Rotterdam beschreven. Hiertoe zijn prognoses gemaakt van het functioneren, het voorkomen van chronische aandoeningen, psychosociale problematiek en verstandelijke beperkingen in de toekomstige bevolking van Rotterdam.

Het onderdeel Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van Zorginstituut Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen) 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) .

TNO is door de commissie gevraagd prognoses te maken voor de vraag naar zorg in 2030 over het functioneren, het vóórkomen van (specifieke) chronische aandoeningen, het vóórkomen van psychosociale problematiek en het vóórkomen van verstandelijk beperkten in de totale populatie van Rotterdam. Dit gebeurt door extrapolatie van prevalentiecijfers van zoveel mogelijk recente, geschikte en toegankelijke regionale/lokale cijfers over het functioneren en specifieke chronische aandoeningen op basis van demografische ontwikkelingen in Rotterdam tussen 2012 en 2030.

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.

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 van chronische aandoeningen.

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 Rotterdamse populatie naar sociaal economische status (SES).¹

De hoofdvraag van dit project is:

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

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 Rotterdam tussen 2012 en 2030?
2. Wat zijn op basis van deze demografische ontwikkelingen in 2030 de prognoses voor:
 - o de omvang van de functioneringsproblematiek van de ouderenbevolking?
 - o de omvang van chronische aandoeningen en chronische multimorbiditeit in de totale Rotterdamse bevolking?

¹ 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.

- 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 in vergelijking met prognoses op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen?
- de omvang van de functioneringsproblematiek en de omvang van chronische multimorbiditeit onder ouderen naar sociaal economische status?
- de omvang van jongeren met functionerings-/chronische problematiek?
- de omvang van psychosociale problematiek in de totale bevolking?
- de omvang van verstandelijk beperkten in de totale bevolking?

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 Rotterdam tussen 2012 en 2030. Het gaat om prognoses van indicatoren voor functionele gezondheid. Indicatoren voor functionele gezondheid zijn 1. het functioneren van de ouderen, 2. het voorkomen van chronische aandoeningen onder jongeren en volwassenen, 3. het voorkomen van psychische aandoeningen in de totale bevolking, en 4. het voorkomen van verstandelijk beperkten in de totale bevolking.

Voor het maken van de prognoses zijn demografische gegevens specifiek voor Rotterdam en (indien beschikbaar) gegevens over het functioneren, het voorkomen van chronische aandoeningen, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen in Rotterdam gebruikt.

2.2 Gebruikte gegevensbronnen

2.2.1 *Demografische gegevens*

Deze zijn afkomstig van de Gemeente Rotterdam, RSO, Onderzoek en Business Intelligence. Het bestand bevat geslacht- en leeftijdsspecifieke cijfers voor Rotterdam (naar stadsdeel) tussen 2012 en 2030. Voor dit rapport zijn de gegevens van de stadsdelen gesommeerd naar gemeenteniveau.

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

Deze gegevens zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor 2012 van de GGD Rotterdam-Rijnmond onder uiteindelijk 14.113 respondenten van 17 jaar en ouder en uit de Gezondheidsenquête 2008 van de GGD Rotterdam-Rijnmond onder 55-plussers (voor het fysiek functioneren).

De aard en de ernst van problemen in het fysiek functioneren zijn gebaseerd op problemen bij (instrumentele) activiteiten in het dagelijkse leven (ADL-vragenlijst), de aanwezigheid van incontinentie en de ervaren gezondheid. De ADL-vragenlijst is in 2008 afgenomen bij 1.104 ouderen vanaf 55 jaar. In de Gezondheidsmonitor 2012 is deze vragenlijst niet afgenomen.

Aangezien er geen specifieke cijfers in de Gezondheidsmonitor zijn over het mentaal functioneren (dementie) ten behoeve van de functioneringsprofielen voor ouderen zijn hiertoe gegevens gebruikt van het Erasmus Rotterdam Gezondheid Onderzoek (ERGO). Het betreft hier met name gegevens over de prevalentie van dementie. De aanname is dat deze cijfers ook representatief zijn voor Rotterdam als geheel. Het ERGO betreft een langlopend bevolkingsonderzoek van het Erasmus MC onder 15.000 mensen van 55 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 een aantal chronische somatische aandoeningen is gebaseerd op een vragenlijst met 13 vragen over chronische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden. Multimorbiditeit is gedefinieerd als het aanwezig zijn van meer dan één van de 13 chronische aandoeningen. Naast gegevens over het functioneren en chronische aandoeningen zijn er ook achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht, opleiding) van de respondenten van Rotterdam van 17 jaar en ouder uit de Gezondheidsmonitor gebruikt.

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

Om een beeld te schetsen van het voorkomen van chronische problematiek bij jongeren zijn gegevens gebruikt uit twee databronnen. Voor de 12–17 jarigen is gebruik gemaakt van de gegevens uit de Jeugdmonitor Rijnmond 2010-2011 (15.076 respondenten in de leeftijdsgroep 12-17 jarigen). Gegevens over de 4-12 jarigen zijn afkomstig uit de vragenlijst Jeugd Rijnmond in Beeld 4-12 jaar van de GGD Rotterdam-Rijnmond, 2011. Het betreft hier 5.278 kinderen. De vragenlijsten zijn door de ouders/verzorgers ingevuld.

Aard en omvang van de chronische problematiek bij de 4-12 jarigen zijn gebaseerd op 9 vragen over symptomen, functioneringsklachten en somatische diagnoses van chronische aard in de afgelopen 12 maanden. Multimorbiditeit is gedefinieerd als het aanwezig zijn van meer dan één van de chronische problemen. Voor de 12-17 jarigen zijn geen gegevens over chronische aandoeningen bekend, anders dan over chronische pijnklachten.

2.2.4 *Gegevens over psychosociale problematiek*

Om een goed beeld te krijgen van de aard en omvang van het aantal inwoners van Rotterdam met psychosociale problematiek zijn bestaande data over Rotterdam en algemeen 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 beheren².

2.2.4.1 *Gegevens over psychosociale problematiek in de algemene bevolking*

Jongeren (4-12 en 12-17 jarigen)

Voor de psychosociale problematiek van de Rotterdamse jeugd zijn gegevens gebruikt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)³ uit de Jeugdmonitor en de vragenlijst Jeugd in Beeld.

De SDQ is een vragenlijst 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, namelijk emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdgenoten.

² Informatie over GGZ populatie Rotterdam ontbreekt in deze rapportage. In het licht van de prognoses voor Rotterdam zijn we nog aan het onderzoeken of GGZ instellingen data kunnen leveren. Zorginstituut Nederland zal te zijner tijd bekijken of deze data geschikt zijn voor het prognosticeren van de toekomstige zorgvraag in Rotterdam.

³ Goedhart A, Treffers F en Widenfeldt B. Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2003;58:1018-1035.

In deze rapportage worden voor het bepalen van risico's op deze problemen een tweetal ranges gehanteerd in de totaalscore van de SDQ, te weten : 13 – 16 voor een matig risico en 17 – 40 voor een hoog risico op psychosociale problemen. Deze afkappunten zijn de oorspronkelijke Engelse afkappunten, welke ook gehanteerd worden in bijvoorbeeld een Gronings onderzoek naar de jeugd⁴. Genoemde afkappunten zijn gehanteerd voor beide versies van de SDQ (de ouder/verzorger versie voor de kinderen van 4-12 jaar en de jongerenversie voor de jeugd van 12-17 jaar).

Volwassenen en ouderen (17 jaar en ouder)

In de Rotterdams gezondheidsmonitor zijn twee vragenlijsten opgenomen, die wijzen op risico voor een tweetal psychosociale problemen: eenzaamheid via de eenzaamheidsschaal van de Jong-Gierveld (1985)⁵ en depressie/angst via de Kessler Psychological Distress Scale (K10)(Kessler, 2003)⁶.

2.2.4.2 *Gegevens over psychosociale problematiek uit de huisartsenzorg (alle leeftijden)*
Het Landelijke Informatie Netwerk 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).

2.2.5 *Gegevens over verstandelijk beperkten*
Om het aantal verstandelijk beperkten in Rotterdam in beeld te krijgen zijn data van cliënten die een indicatie hebben voor AWBZ-zorg met als dominante grondslag 'Verstandelijke handicap' woonachtig in Rotterdam (voor zover dat te identificeren is) verkregen via het Kenniscentrum van zorgverzekeraars Agis en Achmea. Hierbij is onderscheid gemaakt naar extramurale en intramurale zorg, als een 'groeve' 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) en ouderen die zelfstandig wonen (POLS, CBS). 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

⁴ Eijk L van, Verhage V, Noordik E, Reijneveld M van, Knorth E. Take Care Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg. Groningen, UMCG/RUG, maart 2013.

⁵ Jong Gierveld J de, Kamphuis F. The development of a Rasch-type loneliness scale. Applied Psychological Measurement 1985;9:289-299.

⁶ Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC et al. Screening for serious mental illness in the general population. Archives of General Psychiatry 2003;60:184-189.

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 alleen het fysieke functioneren. Het functioneren van ouderen wordt evenwel 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 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.

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

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

Het berekenen van de prevalenties voor de verschillende profielen komt als volgt tot stand. Op basis van de antwoorden op de geselecteerde indicatoren, afkomstig uit de Gezondheidsenquête 2008 GGD Rotterdam-Rijnmond, is vastgesteld dat deze 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-onderzoek⁷ 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 chronische multimorbiditeit, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen in de periode 2012-2030 zijn gebaseerd op een extrapolatie van de meest recente geslacht- en leeftijdsspecifieke prevalentiecijfers en de demografische ontwikkeling in Rotterdam naar geslacht en leeftijd 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.

Voor twee aan leefstijl gerelateerde chronische aandoeningen: Diabetes Mellitus en Cerebro Vasculair Accident (CVA), zijn ook prognoses gemaakt op basis van epidemiologische ontwikkelingen. Dit is gedaan op basis van de ontwikkelingen in jaarprevalentiecijfers van deze chronische aandoeningen in de periode 1990-2010 gebaseerd op landelijke referentiecijfers afkomstig van het CBS⁸. 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.

In dit project worden prognoses gemaakt van het functioneren en chronische multimorbiditeit van de 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). Hierbij is geen onderscheid gemaakt naar herkomst. 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.

⁷ Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatienummer 2002/04

⁸ 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 de leefsituatie, waaronder gezondheid. Chronische aandoeningen worden nagevraagd bij personen van 12 jaar en ouder.

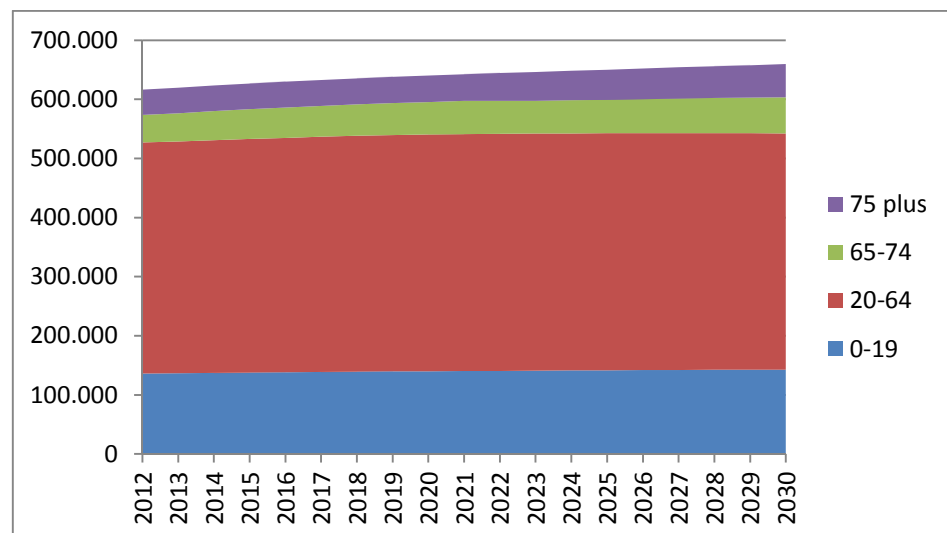
3 Resultaten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van de extrapolatie van prevalentiecijfers in 2012 naar de geprognosticeerde situatie in 2030 op basis van de verwachte demografische ontwikkeling in Rotterdam. Voor de beschrijving van de resultaten zijn absolute aantallen gepresenteerd als afgeronde getallen (1.000 tallen boven de 10.000, op 100 tallen tussen de 1.000 en 10.000 en 50 tallen onder de 1.000). De percentages die beschreven worden, zijn berekend op de ruwe cijfers die in de bijlage vermeld staan.

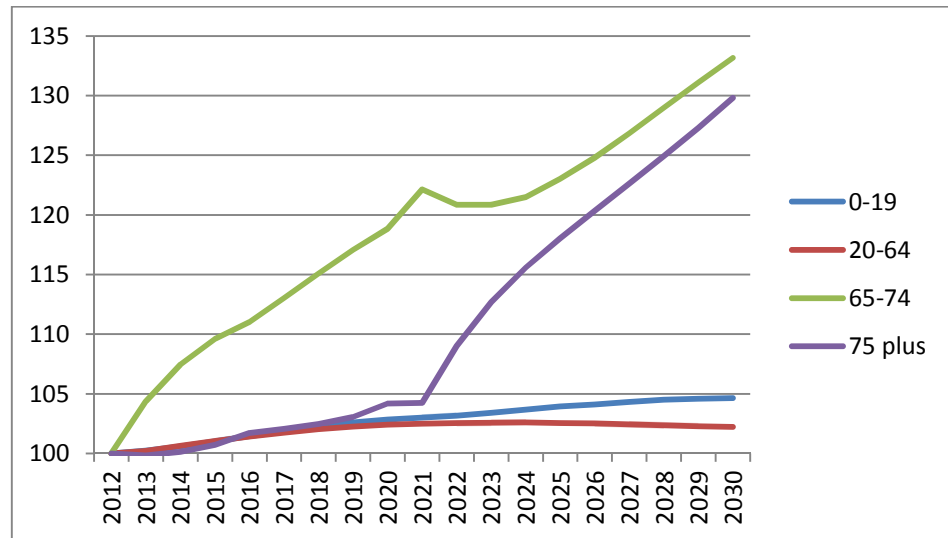
3.2 Demografische ontwikkelingen Rotterdam

Grafieken 1 en 2 tonen de bevolkingsontwikkeling in Rotterdam tussen 2012 en 2030. Uit grafiek 1 blijkt dat het totale aantal inwoners in Rotterdam tussen 2012 en 2030 naar verwachting zal groeien van 616.000 naar 660.000, een stijging van 7%. Grafiek 2 illustreert de groei in de verschillende leeftijdsgroepen. De verwachting is dat het aantal toeneemt in elke leeftijdscategorie. De groei is echter het grootst bij het aantal ouderen. De schatting is dat het aantal ouderen in 2030 32%⁹ in omvang is toegenomen van 89.000 in 2012 naar 117.000 in 2030. In 2030 is 18% van de Rotterdamse inwoners 65 jaar en ouder. De verwachting is dat het aantal inwoners jonger dan 65 jaar een lichte groei laat zien van 3%, van circa 527.000 naar 542.000.



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

⁹ Percentages zijn berekend op niet afgeronde absolute aantallen zoals opgenomen in de bijlage.



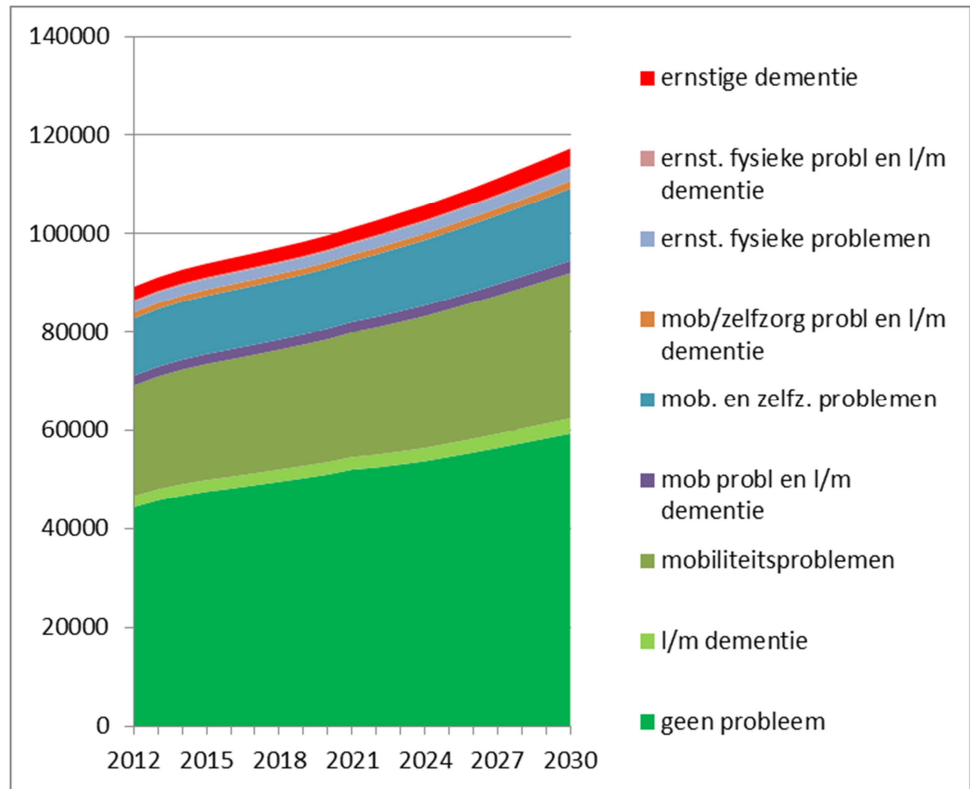
Grafiek 2 Demografische verandering Rotterdam 2012-2030 t.o.v. 2012 (=100)

In grafiek 2 vallen de merkwaardige knikken op in de trend voor de 65-74 jarigen en de 75-plussers rond 2021. Deze hebben te maken met een relatief klein geboortecohort in 1945, als gevolg van de hongerwinter, gevolgd door de babyboom net na de oorlog. Het kleine cohort uit 1945 dempt de groei van de 75-plussers tot 2021. In 2021 verschuift het relatief grote geboortecohort van 1946 van de leeftijdsgroep 65-74 naar de leeftijdsgroep 75 plus en begint deze laatste groep te groeien, terwijl daardoor een dip ontstaat in de 65-74 jarigen.

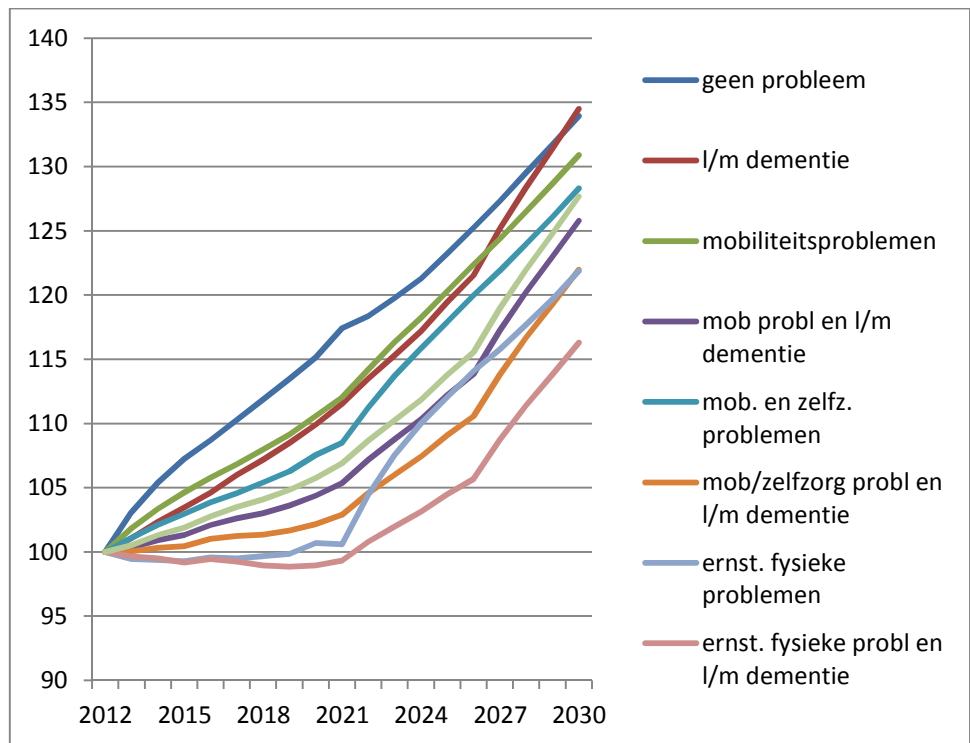
3.3 Prognoses functioneren ouderen in Rotterdam

De volgende grafieken illustreren de ontwikkeling van de bevolking van 65 jaar en ouder in Rotterdam 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 3 en 4 illustreren de prognose dat aantallen ouderen met en zonder functioneringsproblematiek zal toenemen. In 2012 is het aantal ouderen zonder functioneringsproblematiek geschat op ruim 44.000 en in 2030 op ruim 59.000 (34% stijging). Schattingen van het aantal ouderen met functioneringsproblemen zijn dat in 2012 circa 45.000 ouderen met problemen voorkomen en in 2030 zo'n 58.000 (29% stijging). De omvang van de functioneringsproblematiek is circa 1,3 keer zo groot geworden in 2030 ten opzichte van 2012.



Grafiek 3 Prognose functioneren ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) in Rotterdam in de periode 2012-2030 op basis van prevalentiegegevens van de Algemene Gezondheids Monitor (AGM) 2008 (Rotterdam) (absolute aantallen)



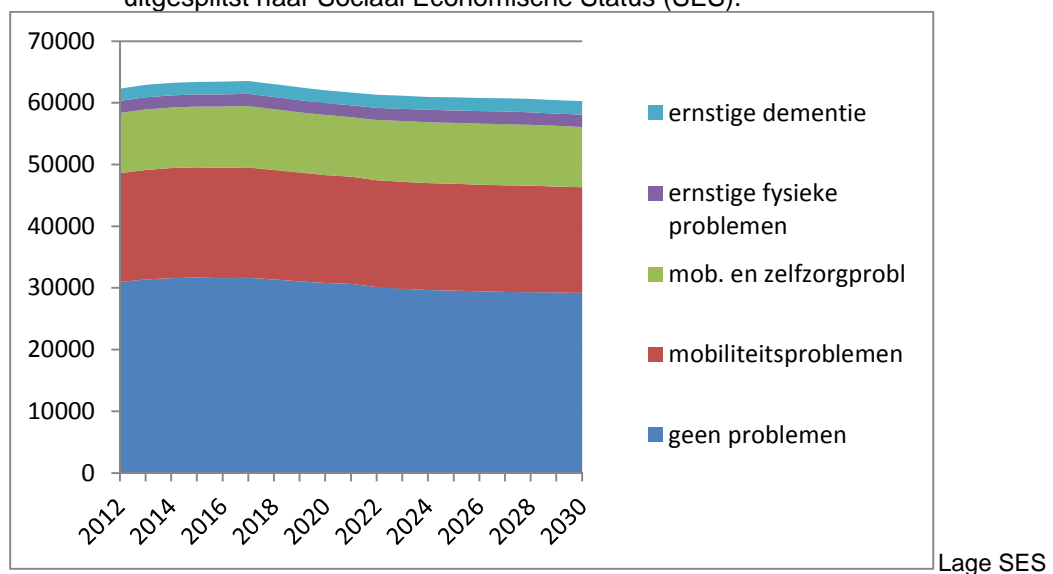
Grafiek 4 Verandering in absolute aantallen van het functioneren van ouderen (65 jaar en ouder) in Rotterdam in de periode 2012-2030 op basis van prevalentiegegevens van de AGM 2008 (Rotterdam) (2012=indexjaar)

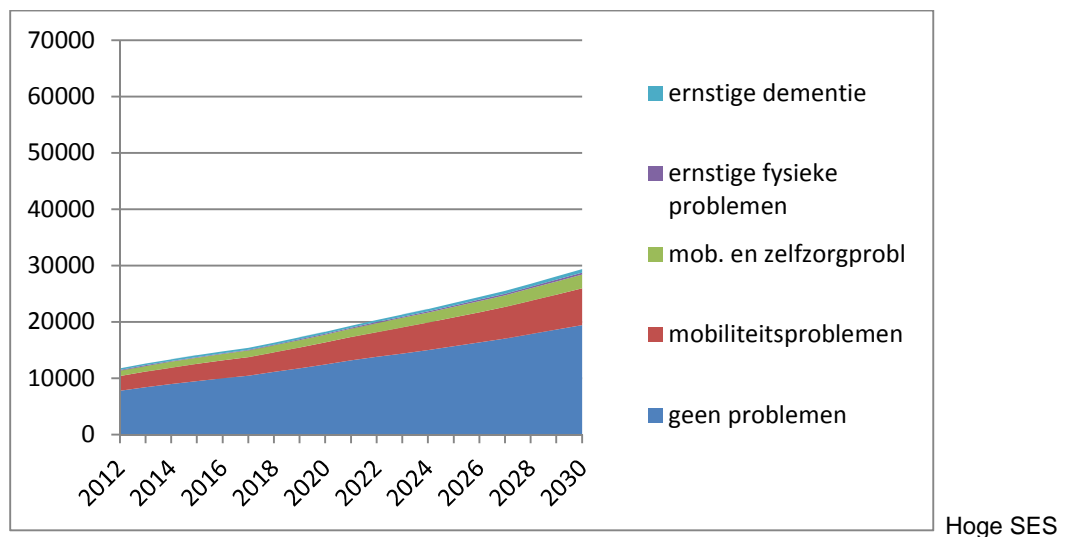
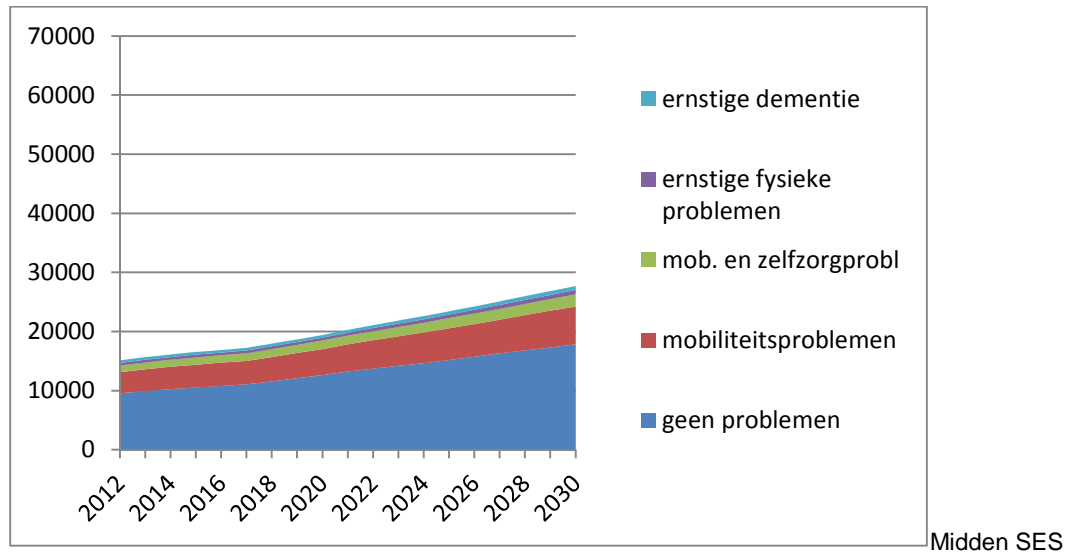
Meest voorkomende functioneringsproblematiek is 'mobiliteitsproblemen'. In 2012 komen naar schatting zo'n 23.000 ouderen met deze problematiek voor, in 2030 zijn dit naar verwachting bijna 30.000 ouderen (31% stijging). Op basis van landelijke cijfers is bekend dat mobiliteitsproblemen al substantieel aanwezig kunnen zijn vanaf het vijftigste levensjaar. Op basis van de gegevens uit de AGM kan geschat worden dat er in 2012 en 2030 ongeveer 35.000 personen met mobiliteitsproblemen in Rotterdam voorkomen in de leeftijd van 20-64 jaar. Dit zijn personen die tenminste ernstige problemen hebben met 400 meter lopen, bukken of tillen en/of traplopen.

Op de tweede plaats staat de groep ouderen met 'mobiliteit- en zelfzorgproblemen'. In 2012 zijn dit naar schatting ruim 11.000 ouderen en in 2030 zo'n 15.000 (een stijging van 28%). De groei van het aantal ouderen is het sterkst in de profielen 'lichte/matige dementie' van 2.300 in 2012 naar bijna 3.100 in 2030 (34% stijging) en naast de meest voorkomende op de tweede plaats van de sterkste stijgers ouderen met 'mobiliteitsproblemen zonder lichte/matige dementie'.

3.4 Prognoses functioneren ouderen in Rotterdam naar Sociaal Economische Status

Grafiek 5 illustreert de ontwikkeling in functioneren van ouderen in Rotterdam uitgesplitst naar Sociaal Economische Status (SES).





Grafiek 5 Prognose functioneren van ouderen (65 jaar en ouder) in Rotterdam voor de lage, midden en hoge SES groep, 2012-2030

Grafiek 5 illustreert dat in 2012 circa 62.000 ouderen in Rotterdam tot de lage SES groep gerekend kunnen worden, circa 15.000 tot de midden groep en circa 12.000 tot de hoge SES groep. De ouderen van 2030 is het cohort 45-plussers in 2012. Dit cohort heeft een ander opleidingsniveau dan de huidige ouderen.

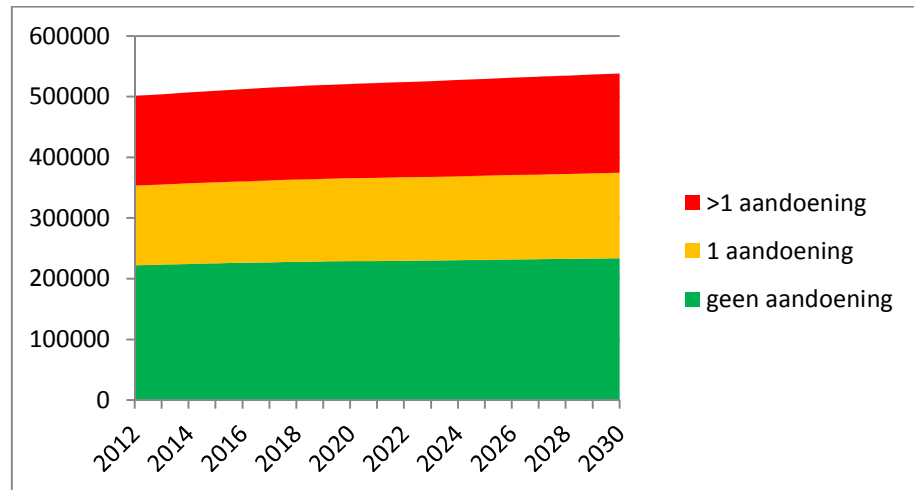
Rekening houdend met het opleidingsniveau van de huidige generatie 45-plussers en ervan uitgaande dat dit opleidingsniveau gelijk zal blijven in de tijd, is op basis van de demografische ontwikkeling de verwachting dat in 2030 het aantal ouderen met een lage SES lager is dan in 2012 en geschat is op ongeveer 60.000 (3% daling), terwijl het aantal ouderen met een midden en met een hoge SES hoger zal zijn. De schattingen in 2030 laten zien dat de groep met een midden SES zal stijgen naar circa 28.000 (82% stijging) en de groep met een hoge SES naar 29.000 (150% stijging).

Wat betreft het functioneren is de verwachting dat het aantal ouderen met een lage SES zonder functioneringsproblemen lager zal zijn in 2030, respectievelijk 31.000 in 2012 en 29.000 in 2030 (6% daling). Het aantal ouderen met een lage SES en

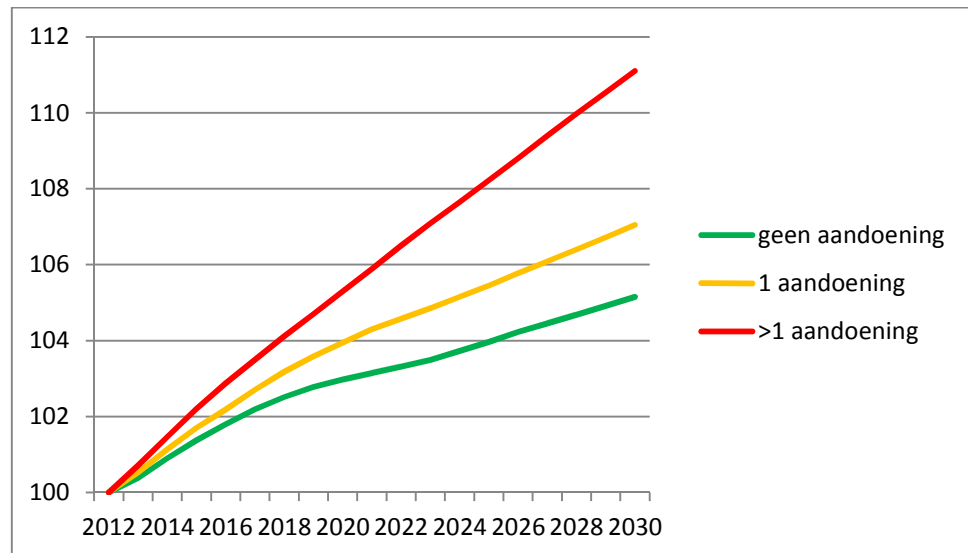
functioneringsproblemen blijft nagenoeg gelijk, zo'n 31.000. Het aantal ouderen met een midden SES zonder en met functioneringsproblematiek zal hoger zijn in 2030. Het aantal ouderen met een midden SES zonder problemen is in 2012 geschat op circa 9.500 en in 2030 op ruim 18.000 (87% stijging). Het aantal ouderen met een midden SES met functioneringsproblemen neemt toe van circa 5.600 naar bijna 10.000 (79% stijging). Ook is de verwachting dat het aantal ouderen met een hoge SES zonder en met functioneringsproblemen zal toenemen. Het aantal ouderen met een hoge SES zonder problemen neemt toe van circa 7.800 naar meer dan 19.000 (149% stijging). Het aantal ouderen met een hoge SES met functioneringsproblemen neemt toe van 4.000 naar 10.000 (150% stijging). In 2030 heeft 52% van de ouderen met een lage SES functioneringsproblemen, 36% van de ouderen met een midden SES en 34% van de ouderen met een hoge SES.

3.5 Prognoses omvang (multi)morbiditeit Rotterdam

Het risico op multimorbiditeit, het hebben van meer dan één chronische aandoening neemt toe met de leeftijd. Dat kan gevolgen hebben voor de zorgvraag. Grafieken 6 en 7 illustreren de prognoses voor de bevolking in Rotterdam vanaf 17 jaar, uitgesplitst naar het hebben van géén, één, en meer dan één chronische aandoening. Omdat multimorbiditeit op jonge leeftijd relatief zeldzaam is, maar onder ouderen veelvuldig voorkomt, is ook onderzocht wat de ontwikkeling is van (multi) morbiditeit in Rotterdam onder de bevolking van 65 jaar en ouder (grafieken 8 en 9).



Grafiek 6 Ontwikkeling prevalentie van (multi) morbiditeit in Rotterdam 2012-2030 (17 jaar en ouder) (absolute aantallen)

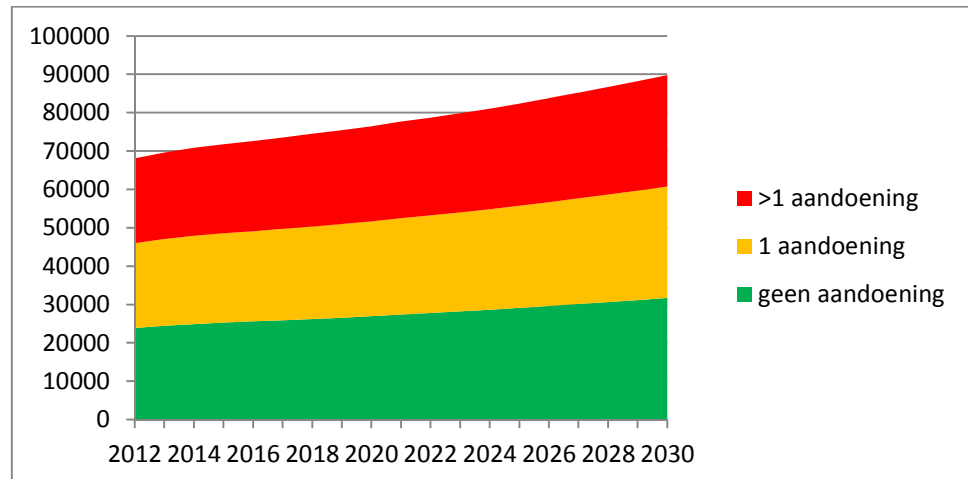


Grafiek 7 Verandering van (multi) morbiditeit in Rotterdam 17 jaar en ouder in de periode 2012-2030 t.o.v. 2012 (indexjaar=100)

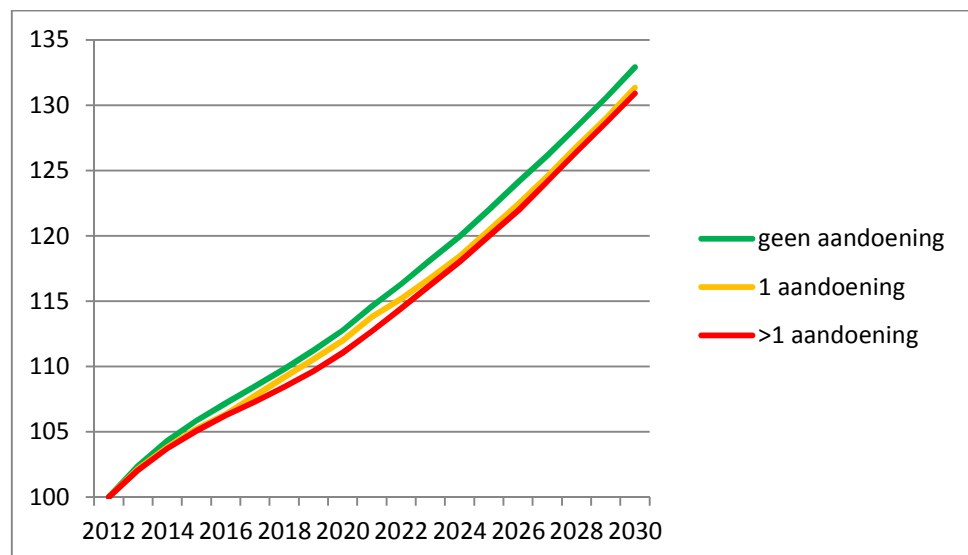
De grafieken illustreren dat het aantal inwoners van Rotterdam met en zonder chronische morbiditeit zal toenemen in 2030. Het aantal inwoners zonder chronische morbiditeit neemt naar verwachting toe van circa 222.000 in 2012 naar 234.000 in 2030 (5% stijging). Het aantal inwoners met chronische morbiditeit zal naar verwachting toenemen van 279.000 in 2012 naar 304.000 in 2030 (9% stijging). De stijging is het grootst van het aantal inwoners met meer dan één chronische aandoening. Dat aantal groeit naar verwachting van 147.000 naar 164.000 (11% stijging).

Hier kan uit afgeleid worden dat het aantal inwoners met chronische aandoeningen sterker zal stijgen dan het aantal inwoners zonder chronische aandoeningen.

Grafiek 8 illustreert de prognose van het hebben van géén, één, en meer dan één chronische aandoening onder ouderen in absolute aantallen. Grafiek 9 illustreert de trend in relatieve zin, hierbij is 2012 het referentiejaar, geïndexeerd op 100.



Grafiek 8 Ontwikkeling prevalentie van chronische (mult) morbiditeit onder ouderen (65 jaar en ouder) in Rotterdam 2012-2030 (absolute aantallen)

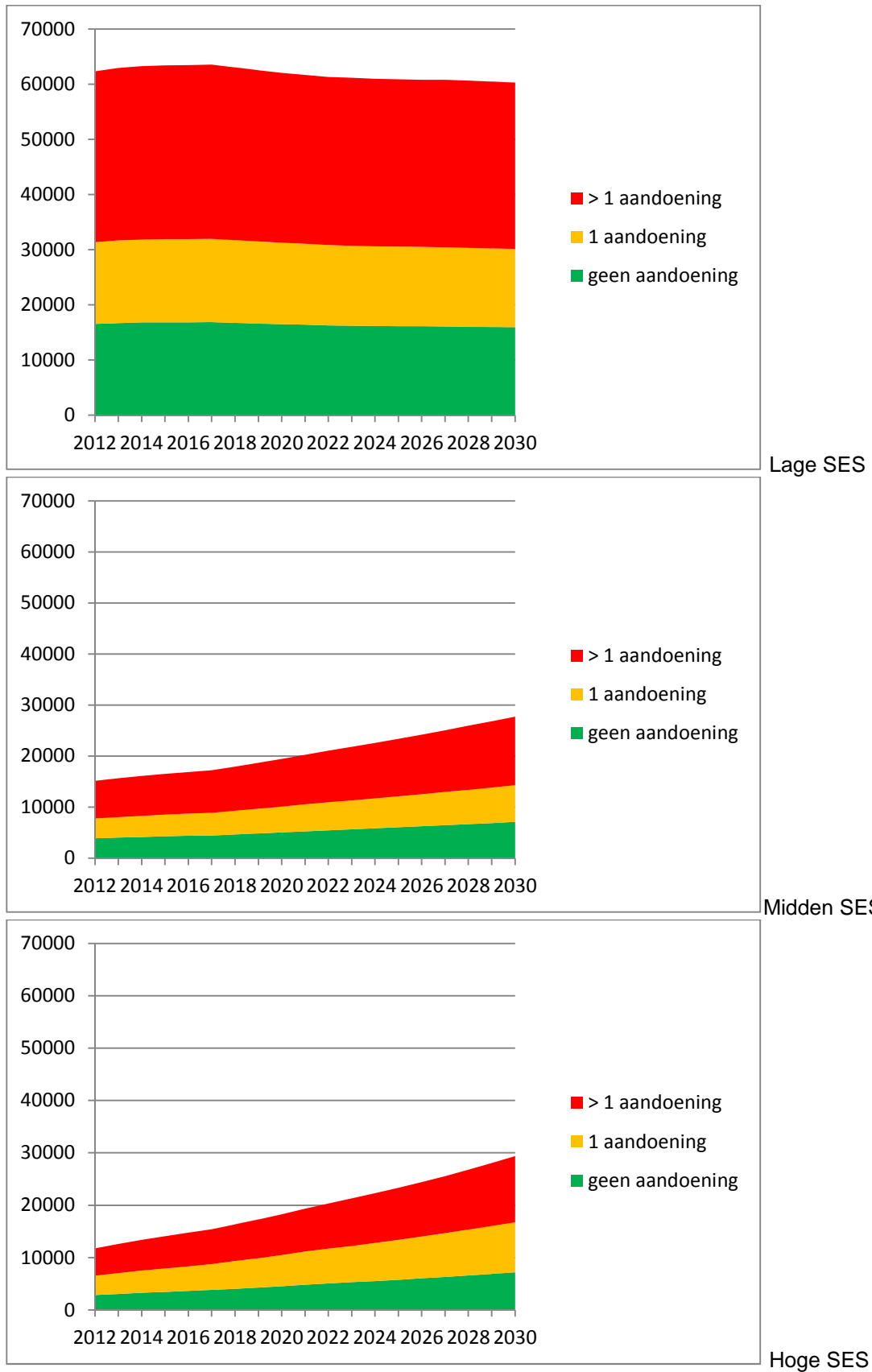


Grafiek 9 Verandering van chronische (multi) morbiditeit onder ouderen (65 jaar en ouder) in Rotterdam 2012-2030 (indexjaar 2012=100)

De grafieken illustreren dat het aantal ouderen met en zonder een chronische aandoening naar verwachting in gelijke mate zal toenemen tussen 2012 en 2030. Het aantal ouderen zonder chronische aandoening zal toenemen van circa 24.000 in 2012 naar circa 32.000 in 2030 (33% stijging). Het aantal ouderen met een chronische aandoening zal naar verwachting toenemen van 44.000 in 2012 naar 58.000 in 2030 (31% stijging). Het aantal ouderen met meer dan één chronische aandoening is in 2012 geschat op 22.000 ouderen en in 2030 op 29.000 ouderen (31% stijging).

3.6 Prognoses chronische (multi)morbiditeit ouderen in Rotterdam naar Sociaal Economische Status

Grafiek 10 illustreert de ontwikkeling in chronische (multi) morbiditeit van ouderen in Rotterdam uitgesplitst naar SES.



Grafiek 10 Prognoses chronische (multi)morbiditeit van ouderen (65 jaar en ouder) in Rotterdam voor de lage, midden en hoge SES groep, 2012-2030

De ouderen van 2030 is het cohort 45-plussers in 2012. Dit cohort heeft een ander opleidingsniveau dan de huidige ouderen. Rekening houdend met het opleidingsniveau van de huidige generatie 45-plussers en ervan uitgaande dat dit opleidingsniveau gelijk zal blijven in de tijd, is op basis van de demografische ontwikkeling de verwachting dat het aantal ouderen met een lage SES met en zonder een chronische aandoening in 2030 lager is dan in 2012. Het aantal ouderen met een lage SES zonder een chronische aandoening is in 2012 geschat op 17.000 ouderen van de in totaal 62.000 ouderen met een lage SES en in 2030 op circa 16.000 ouderen van de 60.000 ouderen in deze SES groep (3% daling). Het aantal ouderen met chronische aandoeningen is in 2012 geschat op circa 46.000 ouderen met een lage SES en in 2030 zijn dit naar verwachting 44.000 ouderen (3% daling). In 2030 heeft naar schatting 68% van de ouderen in de lage SES groep met chronische aandoeningen meer dan één chronische aandoening.

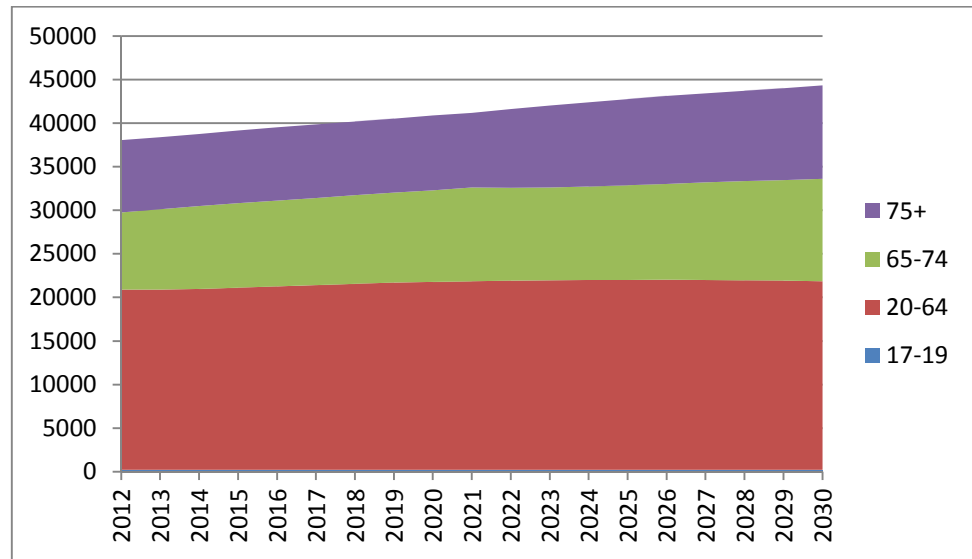
Het aantal ouderen met een midden of hoge SES met en zonder chronische morbiditeit neemt fors toe. In de midden SES groep is geschat dat in 2012 3.900 van de 15.000 ouderen geen chronische aandoening heeft. In 2030 is de verwachting dat dit circa 7.100 van de 28.000 ouderen in deze SES groep betreft (83% stijging). Het aantal ouderen in de midden SES groep met chronische aandoeningen is geschat op 11.100 in 2012 en zal naar verwachting in 2030 uitkomen op bijna 21.000 ouderen (83% stijging). In 2030 heeft naar schatting 65% van de ouderen in de midden SES groep met chronische aandoeningen meer dan één chronische aandoening.

In de hoge SES groep is geschat dat in 2012 ruim 2.800 van de circa 12.000 ouderen geen chronische aandoening heeft. In 2030 is de verwachting dat dit circa 7.200 van de 29.000 ouderen betreft (153% stijging). Het aantal ouderen in de hoge SES groep met chronische aandoeningen is geschat op 8.900 in 2012 en zal naar verwachting stijgen naar bijna 22.000 in 2030 (148% stijging). In 2030 heeft naar verwachting 57% van de ouderen met een hoge SES en chronische aandoening meer dan één chronische aandoening.

De verwachting is dat in 2030 in Rotterdam in elke SES groep het aandeel ouderen met chronische aandoeningen ongeveer op 75% ligt. Chronische multi morbiditeit daarentegen komt relatief vaker voor in de lagere SES groepen, vergeleken met de hoge SES groep. In 2030 is de verwachting dat 50% van de ouderen met een lage SES meer dan één chronische aandoening heeft, 48% van de ouderen in de midden SES en 43% van de ouderen in de hoge SES groep.

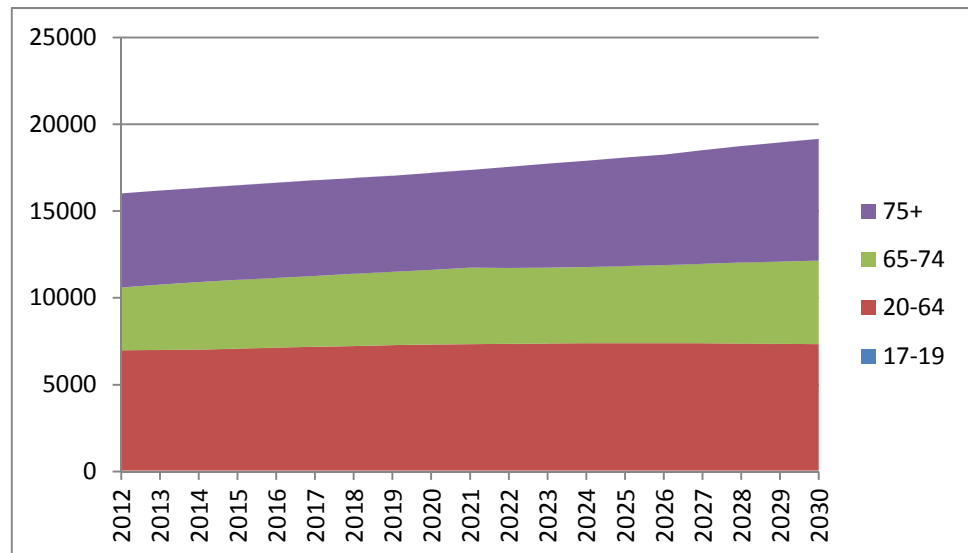
3.7 Prognoses diverse chronische aandoeningen in Rotterdam

In deze paragraaf worden prognoses van de omvang van diverse chronische aandoeningen op basis van demografische ontwikkelingen in Rotterdam tussen 2012 en 2030 weergegeven, uitgesplitst naar leeftijd. In grafieken 11 tot en met 18 staan de ontwikkelingen in absolute aantallen, uitgesplitst naar leeftijd, binnen de populatie van Rotterdam voor de volgende aandoeningen: 1. Diabetes mellitus; 2. CVA; 3. Doorgemaakt hartinfarct; 4. Kanker; 5. Astma/COPD; 6. Incontinentie; 7. Aandoeningen van het bewegingsapparaat; en 8. Dementie.



Grafiek 11 Ontwikkeling prevalentie van Diabetes Mellitus in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)

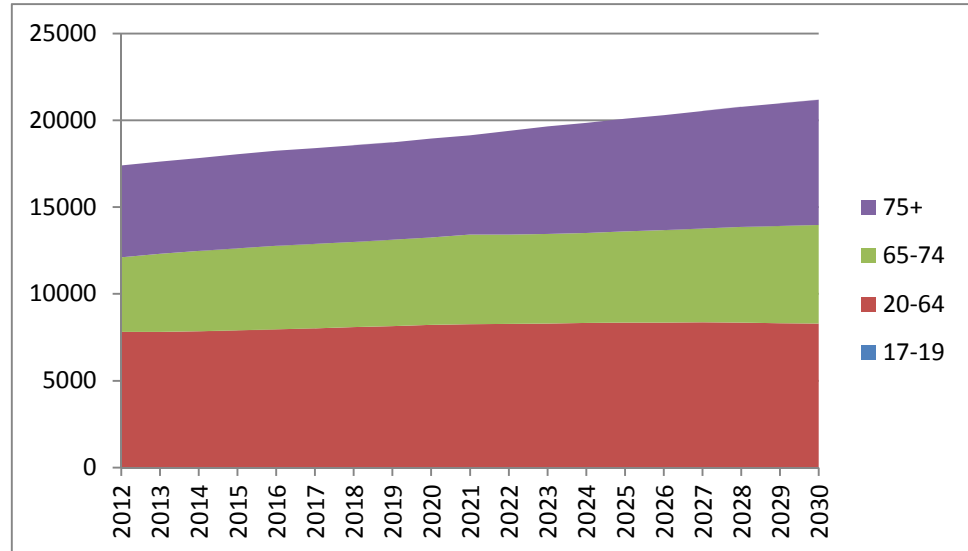
Grafiek 11 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met Diabetes Mellitus tussen 2012 en 2030. In 2012 komen naar schatting 38.000 inwoners voor en in 2030 zijn dit naar verwachting ruim 44.000 (17% stijging). Naar verwachting nemen de aantallen toe in alle leeftijdsgroepen. De stijging is naar verwachting het grootst bij ouderen (65 jaar en ouder). In 2012 is de schatting dat er circa 17.000 ouderen met Diabetes Mellitus voorkomen, in 2030 is de verwachting dat dit er ruim 22.000 zijn (31% stijging).



Grafiek 12 Ontwikkeling prevalentie van CVA in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)

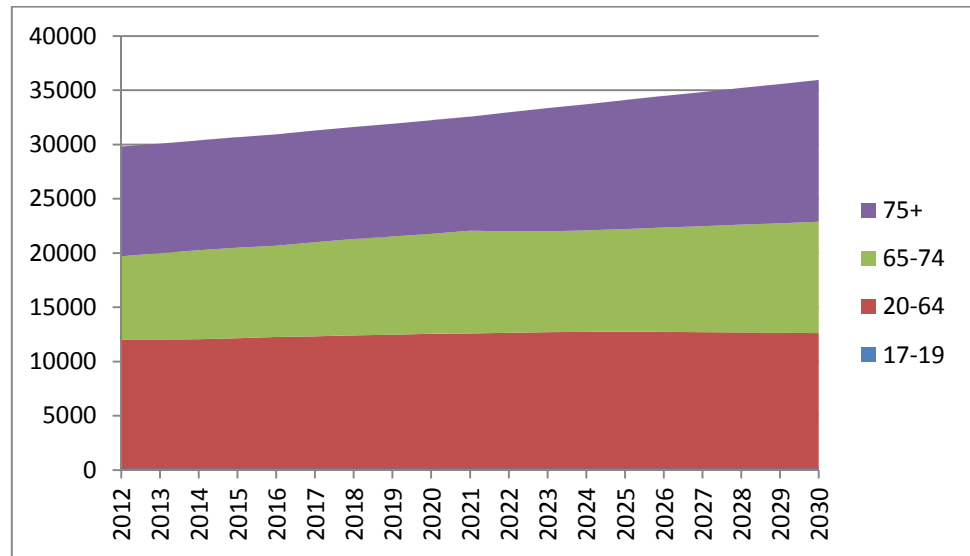
Grafiek 12 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners van Rotterdam met CVA tussen 2012 en 2030. In 2012 komen er naar schatting 16.000 inwoners voor met CVA en in 2030 is de verwachting dat dit er circa 19.000 zijn (19% stijging). Met uitzondering van de leeftijdsgroep 17-19 jaar, nemen naar verwachting de aantallen toe in alle leeftijdsgroepen.

De stijging is naar verwachting het grootst bij ouderen (65 jaar en ouder). In 2012 is de schatting dat er circa 9.000 ouderen met CVA voorkomen; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 12.000 zijn (31% stijging). Hiervan is naar verwachting bijna 60% van de gevallen 75 jaar of ouder.



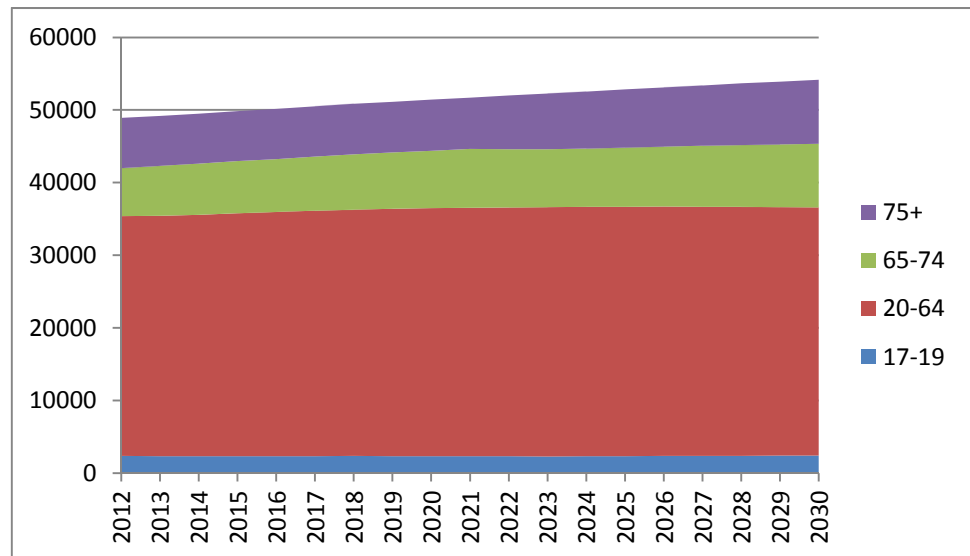
Grafiek 13 Ontwikkeling prevalentie van een doorgemaakt hartinfarct in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)

Grafiek 13 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met een doorgemaakt hartinfarct tussen 2012 en 2030. In 2012 is de schatting dat er ruim 17.000 inwoners in Rotterdam met een doorgemaakt hartinfarct voorkomen; in 2030 is de verwachting dat dit er ruim 21.000 zullen zijn (22% stijging). Met uitzondering van de leeftijdsgroep 17-19 jaar, neemt naar verwachting in alle leeftijdsgroepen aantallen toe. De stijging is naar verwachting het grootst bij ouderen van 75 jaar en ouder. In 2012 is de schatting dat bijna 5.300 ouderen in deze leeftijd voorkomen met een doorgemaakt hartinfarct; in 2030 is de verwachting dat dit er 7.200 zullen zijn (36% stijging).



Grafiek 14 Ontwikkeling prevalentie kanker in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)

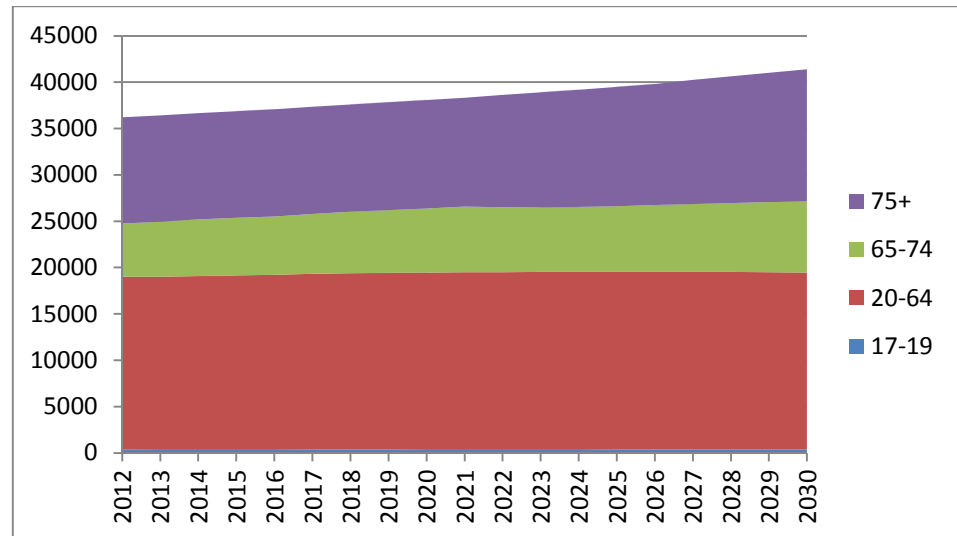
Grafiek 14 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met kanker tussen 2012 en 2030. In 2012 is de schatting dat er bijna 30.000 inwoners met kanker voorkomen; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 36.000 zullen zijn (21% stijging). In alle leeftijdsgroepen is de verwachting dat deze aantallen toenemen. De stijging is naar verwachting het grootst bij ouderen (65 jaar en ouder). In 2012 is de schatting dat bijna 18.000 ouderen in deze leeftijd voorkomen met kanker; in 2030 is de verwachting dat dit er ruim 23.000 zullen zijn (31% stijging).



Grafiek 15 Ontwikkeling prevalentie Astma/COPD in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)

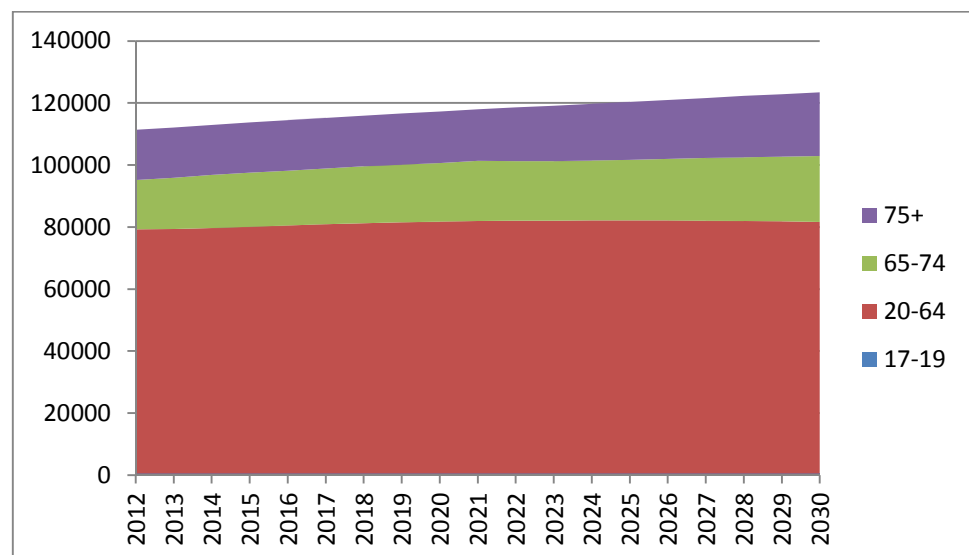
Grafiek 15 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met Astma/COPD in de periode 2012-2030. In 2012 is de schatting dat bijna 49.000 inwoners in Rotterdam met Astma/COPD voorkomen; in 2030 is de verwachting dat dit er meer dan 54.000 zullen zijn (11% stijging). In alle leeftijdsgroepen nemen naar verwachting de aantallen toe. De verwachte stijging is het grootst bij het aantal

ouderen van 65-74 jaar. In 2012 is de schatting dat dit er 6.600 zijn; in 2030 is de verwachting dat er 8.800 inwoners met Astma/COPD zullen voorkomen (33% stijging).



Grafiek 16 Ontwikkeling prevalentie Incontinentie in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)

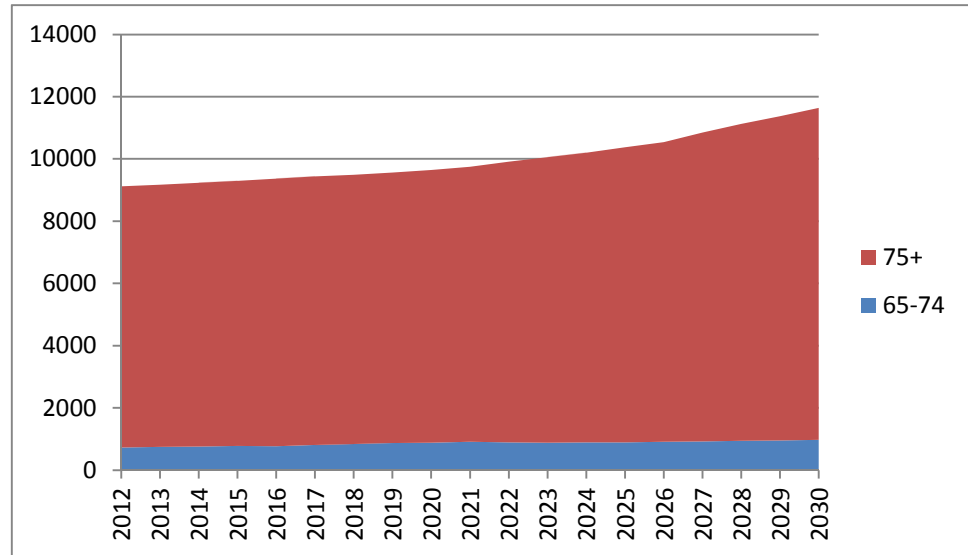
Grafiek 16 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met Incontinentie in de periode 2012-2030. In 2012 is de schatting dat ruim 36.000 inwoners in Rotterdam voorkomen met Incontinentie; in 2030 is de verwachting dat dit er ruim 41.000 zullen zijn (14% stijging). In alle leeftijdsgroepen nemen de aantallen naar verwachting toe. De verwachte stijging is het grootst bij het aantal ouderen in de leeftijd van 65-74 jaar. In 2012 is de schatting dat er 5.700 ouderen in deze leeftijd met incontinentie voorkomen; in 2030 zijn dit naar verwachting 7.700 (34% stijging).



Grafiek 17 Ontwikkeling prevalentie Aandoeningen van het bewegingsapparaat in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030

Grafiek 17 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met Aandoeningen van het bewegingsapparaat in de periode 2012-2030. In 2012 is

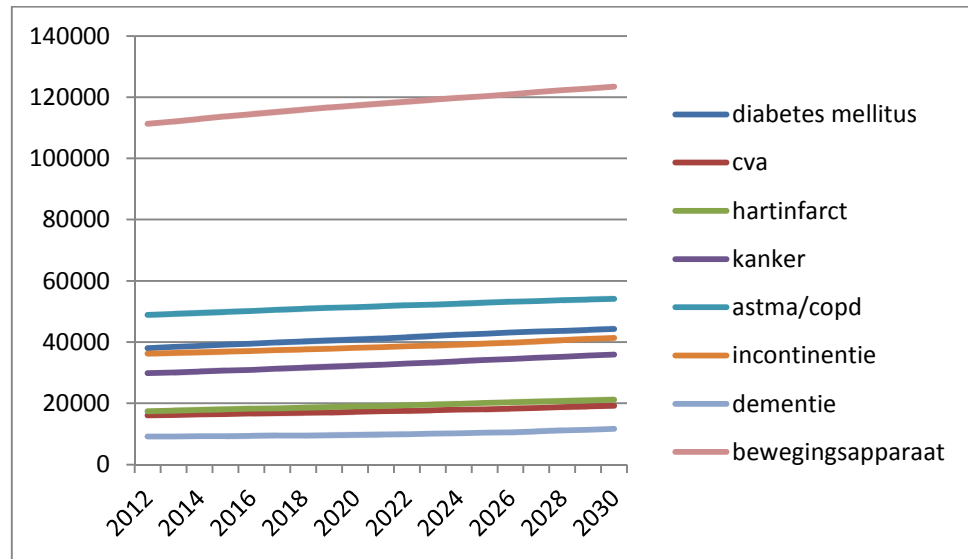
de schatting dat ruim 111.000 inwoners in Rotterdam voorkomen met aandoeningen van het bewegingsapparaat; in 2030 is de verwachting dat dit er ruim 123.000 zullen zijn (11% stijging). De verwachting is dat deze aantallen toenemen in alle leeftijdsgroepen. De verwachte stijging is het grootst in de leeftijdsgroep 65-74 jaar. In 2012 is de schatting dat er 16.000 ouderen in deze leeftijd met Aandoeningen van het bewegingsapparaat voorkomen; in 2030 zijn dit naar verwachting ruim 21.000 (33% stijging).



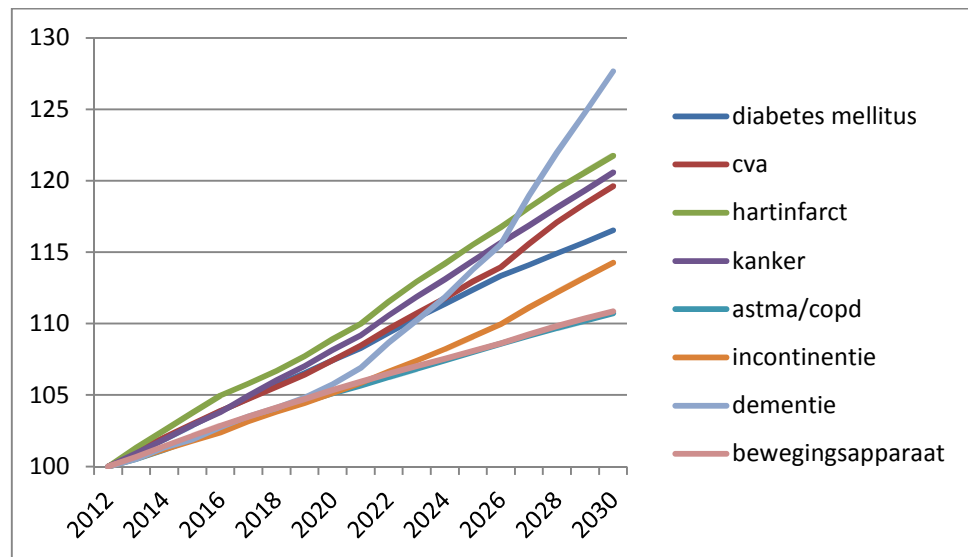
Grafiek 18 Ontwikkeling prevalentie Dementie in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)

Grafiek 18 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met Dementie in de periode 2012-2030. In 2012 is de schatting dat circa 9.100 inwoners in Rotterdam voorkomen met dementie; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 12.000 zullen zijn (28% stijging). In 2030 is 92% van de inwoners met dementie 75 jaar of ouder.

Grafieken 19 en 20 illustreren en vergelijken de prognoses van de verschillende chronische aandoeningen in Rotterdam in de periode 2012-2030.



Grafiek 19 Vergelijking ontwikkeling prevalenties chronische aandoeningen in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 (absolute aantallen)



Grafiek 20 Vergelijking verandering chronische aandoeningen in Rotterdam (17 jaar en ouder), 2012-2030 t.o.v. 2012 (index=100)

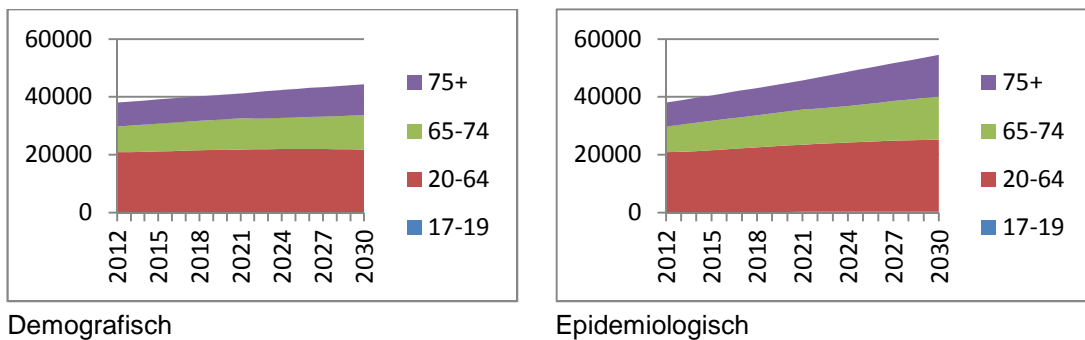
Samenvattend laten grafieken 19 en 20 zien dat voor alle chronische aandoeningen geldt dat het aantal inwoners met een van deze specifieke aandoeningen zal toenemen. Naar verwachting is veruit de grootste groep 'Aandoeningen van het bewegingsapparaat'. In 2012 hebben naar schatting ruim 111.000 inwoners van Rotterdam aandoeningen van het bewegingsapparaat; in 2030 zijn dit naar verwachting ruim 123.000 inwoners. Dit betekent ruim 12.000 inwoners meer t.o.v. 2012 (11% stijging). Op de tweede plaats staat 'Astma/COPD'. In 2012 is de schatting dat er 49.000 inwoners met deze aandoeningen voorkomen; in 2030 zijn dit naar verwachting ruim 54.000. Dit zijn ruim 5.000 gevallen meer dan in 2012 (11% stijging). Op derde plaats staat 'Diabetes Mellitus', bijna direct gevolgd door 'Incontinentie'. In 2012 zijn de schattingen circa 38.000 en 36.000 respectievelijk; naar verwachting zijn dit in 2030 ruim 44.000 inwoners met Diabetes Mellitus en ruim 41.000 inwoners met Incontinentie. Dit betekent dat er in 2030 ruim 6.000 inwoners

met Diabetes Mellitus bijgekomen zijn en ruim 5.000 inwoners met Incontinentie (stijging van 17% en 14% respectievelijk).

Niettemin is de verwachting dat deze aandoeningen procentueel gezien niet de sterkst stijgende aandoeningen betreffen. Naar verwachting is de sterkst stijgende aandoening 'Dementie', van ruim 9.100 naar bijna 12.000 (28% stijging). Na dementie is er een verwachte stijging van rond de 20% van chronische aandoeningen als 'een doorgemaakt hartinfarct' (22% stijging), 'kanker' (21% stijging) en 'CVA' (20% stijging).

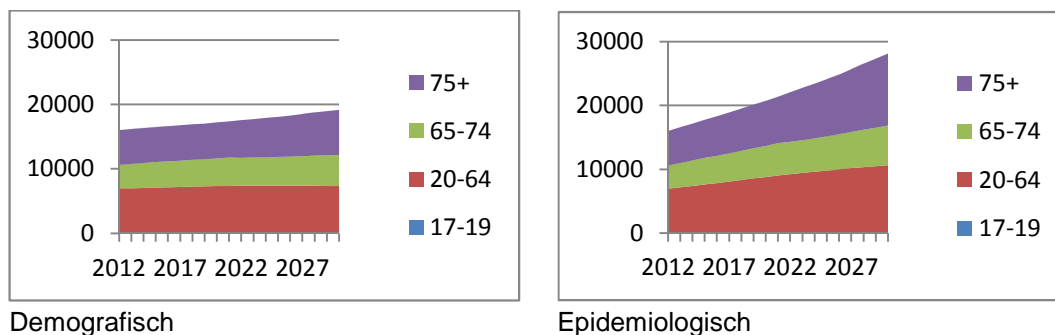
3.8 Prognoses omvang Diabetes Mellitus en CVA op basis van epidemiologische ontwikkelingen

In deze paragraaf worden prognoses op basis van extrapolatie van epidemiologische ontwikkelingen voor twee chronische aandoeningen gepresenteerd: Diabetes Mellitus en CVA. Voor de vergelijking zijn de grafieken met uitsluitend de demografische prognoses naast de epidemiologische prognoses geplaatst; daarbij is een vergelijkbare Y-as gebruikt.



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

In grafiek 21 is in het rechter plaatje te zien dat in elke leeftijdscategorie de aantallen inwoners met Diabetes Mellitus sterker toenemen op basis van extrapolatie van de epidemiologische trend dan alleen op basis van demografische ontwikkelingen verwacht wordt. Hierbij is de aanname gedaan dat de trend in de toename in de prevalentie van Diabetes Mellitus in de periode 1990-2010 zich doorzet in de periode 2012-2030. In totaal wordt op basis van deze trend geschat dat in 2030 circa 55.000 inwoners in Rotterdam voorkomen met Diabetes Mellitus. Dit zijn er 17.000 meer dan in 2012 (43% stijging). Dit zijn 11.000 inwoners meer dan op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen in 2030 geschat zijn; op basis van epidemiologische trend is de verwachte stijging het grootst onder de leeftijdsgroepen 17-19 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en ouder (circa 70% meer vergeleken met 2012).



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

In grafiek 22 is in het rechter plaatje te zien dat in elke leeftijdscategorie de aantallen inwoners met CVA sterker toenemen op basis van extrapolatie van de epidemiologische trend dan alleen op basis van demografische ontwikkelingen verwacht wordt. Hierbij is de aanname gedaan dat de trend in de toename in de prevalentie van CVA in de periode 1990-2010 zich doorzet in de periode 2012-2030. In totaal wordt op basis van deze trend geschat dat in 2030 circa 28.000 inwoners in Rotterdam voorkomen met CVA. Dit zijn er 12.000 meer dan in 2012 (76% stijging). Dit zijn 9.000 inwoners meer dan op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen in 2030 geschat zijn; op basis van epidemiologische trend is de verwachte stijging 74% in de leeftijdsgroep 17-19 jaar, 52% in de leeftijdsgroep 20-64 jaar, 72% in de leeftijdsgroep 65-74 jaar en 108% in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder.

3.9 Prognoses omvang psychosociale problematiek in Rotterdam

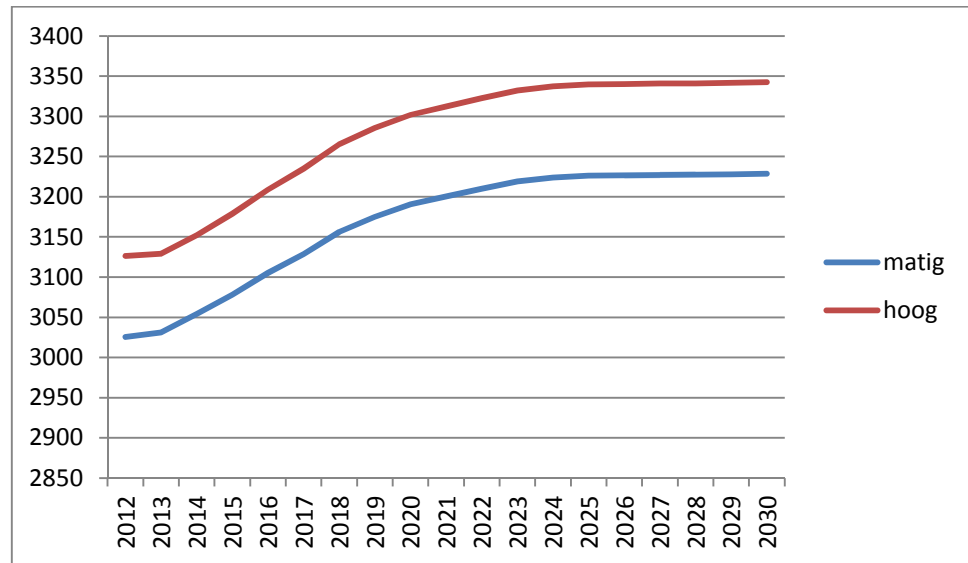
In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de prevalentie van psychosociale problematiek. De grafieken illustreren de ontwikkeling in aantallen met risico's op psychosociale problematiek.

3.9.1 Schattingen op basis van epidemiologische studies

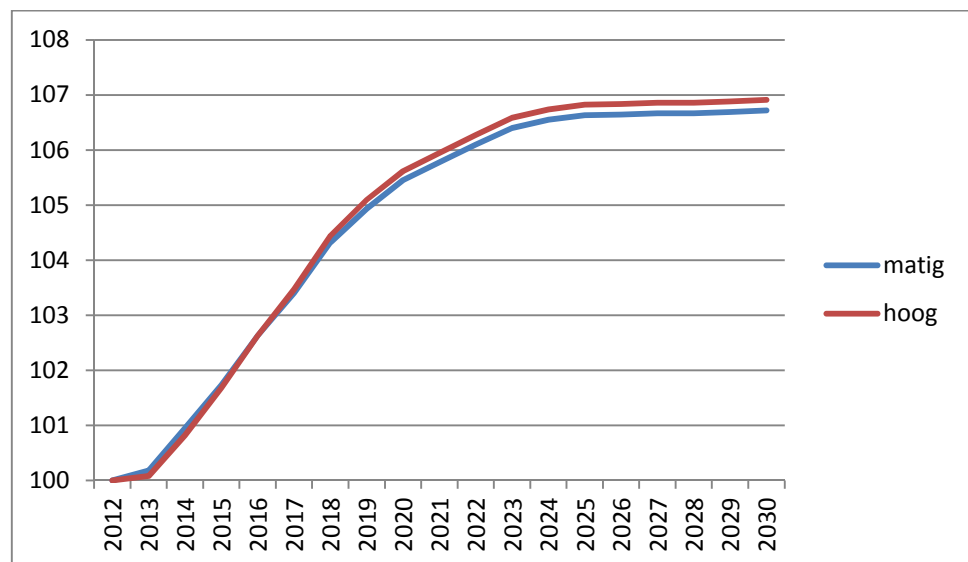
3.9.1.1 Jongeren

Grafieken 23 en 24 illustreren de verwachte ontwikkeling van het risico op gedragsmatige en emotionele problemen (psychosociale problematiek) onder jongeren in Rotterdam in de leeftijd van 4-12 jaar.

Tot 2025 is er in deze leeftijdsgroep een stijging van het aantal gevallen met psychosociale problematiek vergeleken met 2012, vervolgens blijft het aantal op gelijk niveau. In 2012 is de schatting dat er bijna 6.200 jongeren in deze leeftijd risico op psychosociale problemen hebben, in 2030 is de schatting dat dit er bijna 6.600 zijn (7% stijging). Hiervan hebben 3.200 jongeren een matig risico en ruim 3.300 een hoog risico.



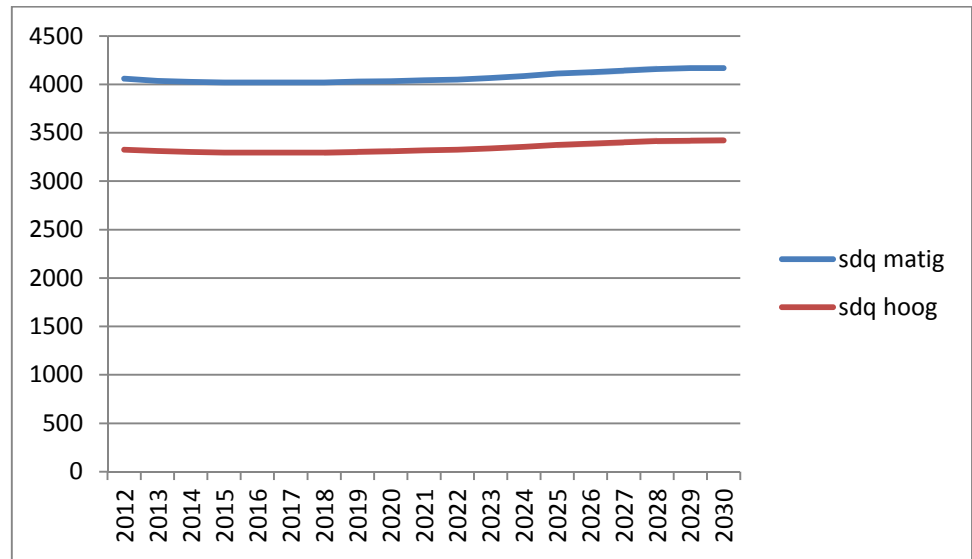
Grafiek 23 Prognose risico op psychosociale problematiek 4 tot en met 12 jarigen in Rotterdam, 2012-2030 (absolute aantallen)



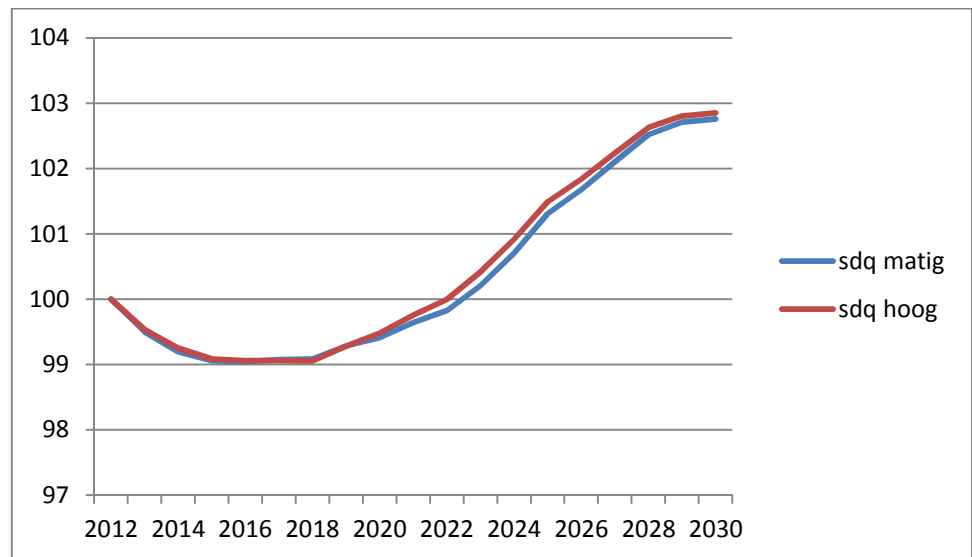
Grafiek 24 Verandering risico op psychosociale problematiek 4 tot en met 12 jarigen in Rotterdam, 2012-2030 ten opzichte van 2012 (indexjaar=100)

Grafieken 25 en 26 illustreren de verwachte ontwikkeling van het risico op gedragsmatige en emotionele problemen (psychosociale problematiek) onder jongeren in Rotterdam in de leeftijd van 12-17 jaar.

Tot 2022 is er sprake van een daling van de problematiek vergeleken met 2012. Vanaf 2023 neemt de omvang van de problematiek enigszins toe vergeleken met 2012. Het aantal schoolgaande jongeren in de leeftijd van 12-17 jaar met risico op psychosociale problematiek neemt naar verwachting toe van zo'n 7.400 naar 7.600 jongeren (3% stijging). Dit betreft in 2012 4.100 jongeren met een matig risico en 3.300 jongeren met een hoog risico. In 2030 zijn dit naar verwachting 4.200 jongeren met een matig risico en 3.400 jongeren met een hoog risico.



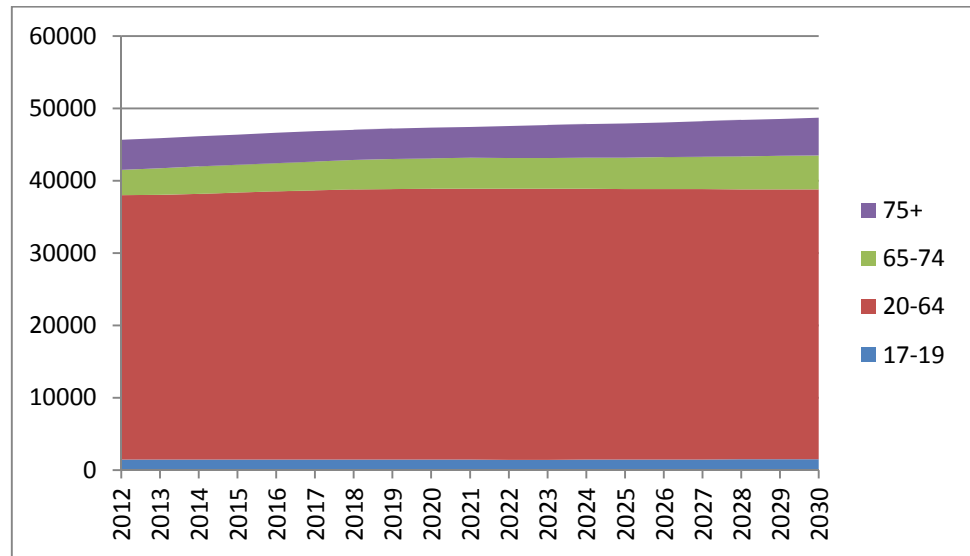
Grafiek 25 Prognose risico op psychosociale problematiek 12-17 jarigen in Rotterdam, 2012-2030 (absolute aantallen)



Grafiek 26 Verandering risico op psychosociale problematiek 12-17 jarigen in Rotterdam, 2012-2030 ten opzichte van 2012 (indexjaar=100)

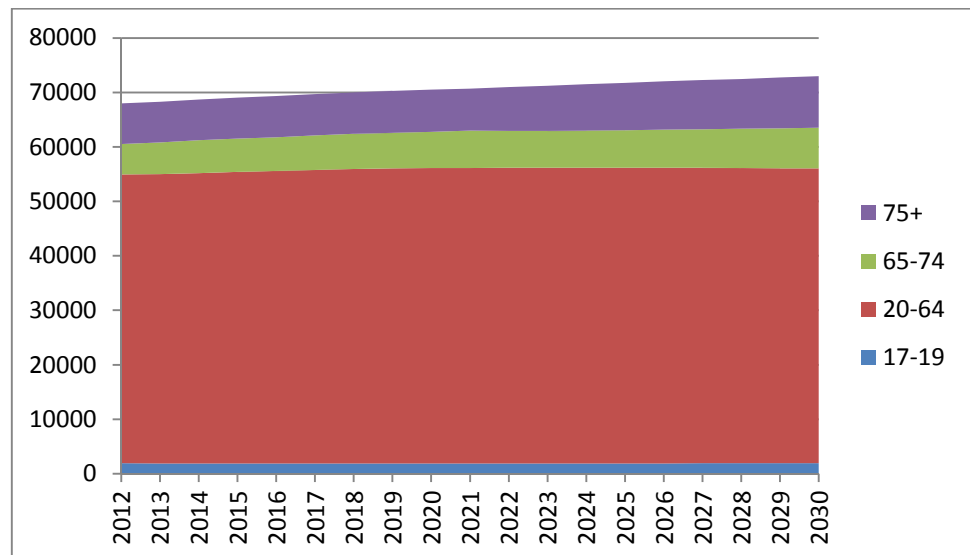
3.9.1.2 Leeftijdsgroep 17 jaar en ouder

Grafiek 27 illustreert de verwachte ontwikkeling tussen 2012 en 2030 in het aantal inwoners van Rotterdam van 17 jaar en ouder met risico op psychische aandoeningen op basis van prevalentiescijfers uit de Rotterdamse AGM 2012. Grafiek 28 illustreert de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners met risico op eenzaamheid.



Grafiek 27 Ontwikkeling risico op psychische aandoeningen in Rotterdam (17 jaar en ouder) 2012-2030 (absolute aantallen)

In 2012 is het aantal inwoners van 17 jaar en ouder met risico op psychische problemen geschat op bijna 46.000; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 49.000 zullen zijn (7% stijging). Naar verwachting blijven de aantallen in de leeftijdsgroepen jonger dan 65 jaar nagenoeg gelijk, terwijl er een stijging verwacht wordt van het aantal inwoners met risico op psychische problemen in de leeftijd 65 jaar en ouder. De grootste stijging wordt verwacht in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar. In 2012 is geschat dat dit er 3.500 zijn; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 4.700 zijn (33% stijging).



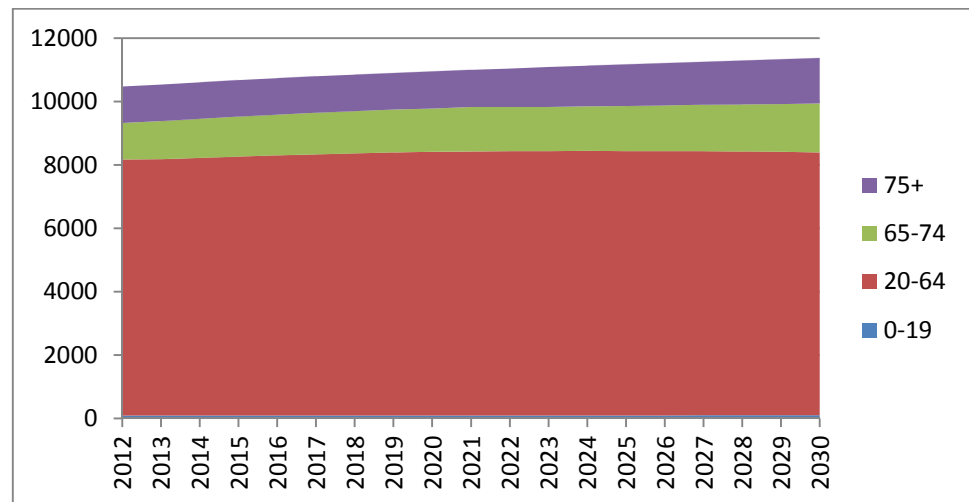
Grafiek 28 Ontwikkeling risico op eenzaamheid in Rotterdam (17 jaar en ouder) 2012-2030 (absolute aantallen)

In 2012 is het aantal inwoners van Rotterdam met risico op eenzaamheid geschat op 68.000; in 2030 zijn dit er naar verwachting bijna 73.000 (7% stijging). Naar verwachting blijven de aantallen in de leeftijdsgroepen jonger dan 65 jaar nagenoeg gelijk, terwijl er een stijging van het aantal verwacht wordt van inwoners met risico op

eenzaamheid in de leeftijd 65 jaar en ouder. De grootste stijging wordt verwacht in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar. In 2012 is geschat dat dit er 5.600 zijn; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 7.500 zijn (33% stijging).

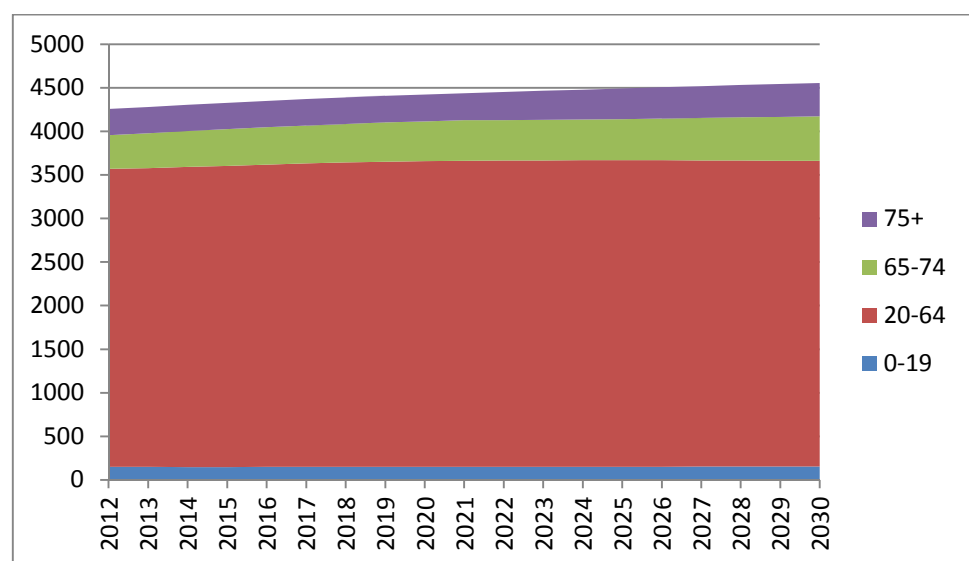
3.9.2 Schattingen op basis van gegevens uit huisartsenzorg

Grafiek 29 illustreert de verwachte ontwikkeling in aantallen inwoners met stemmingsstoornissen, bekend bij de huisarts, uitgesplitst naar leeftijd. De schattingen zijn gebaseerd op een landelijke representatieve huisartsregistratie, LINH.



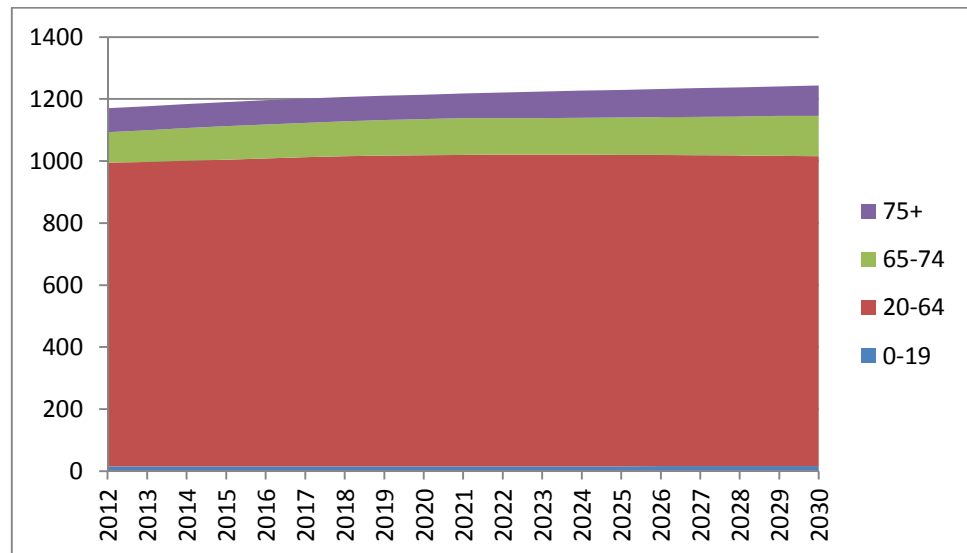
Grafiek 29 Prognose stemmingsstoornissen in Rotterdam 2012-2030 op basis van huisartsregistratie (absolute aantallen)

In 2012 is geschat dat er ruim 10.000 inwoners van Rotterdam geregistreerd zijn bij een huisarts met stemmingsstoornissen; in 2030 is de verwachting dat dit er ruim 11.000 zullen zijn (9% stijging). Deze stijging is vooral toe te schrijven aan een forse stijging van ouderen (65 jaar en ouder) met deze problematiek. In 2012 treft dit naar schatting 2.300 ouderen en in 2030 bijna 3.000 ouderen (29% stijging).



Grafiek 30 Prognose angststoornissen in Rotterdam 2012-2030 op basis van huisartsregistratie (absolute aantallen)

In 2012 is geschat dat bijna 4.300 inwoners van Rotterdam geregistreerd zijn bij een huisarts met angststoornissen; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 4.600 zijn (7% stijging). Deze stijging is vooral toe te schrijven aan een forse stijging van ouderen (65 jaar en ouder) met deze problematiek. In 2012 betreft dit 700 ouderen; in 2030 zijn dit naar verwachting 900 ouderen (31% stijging).



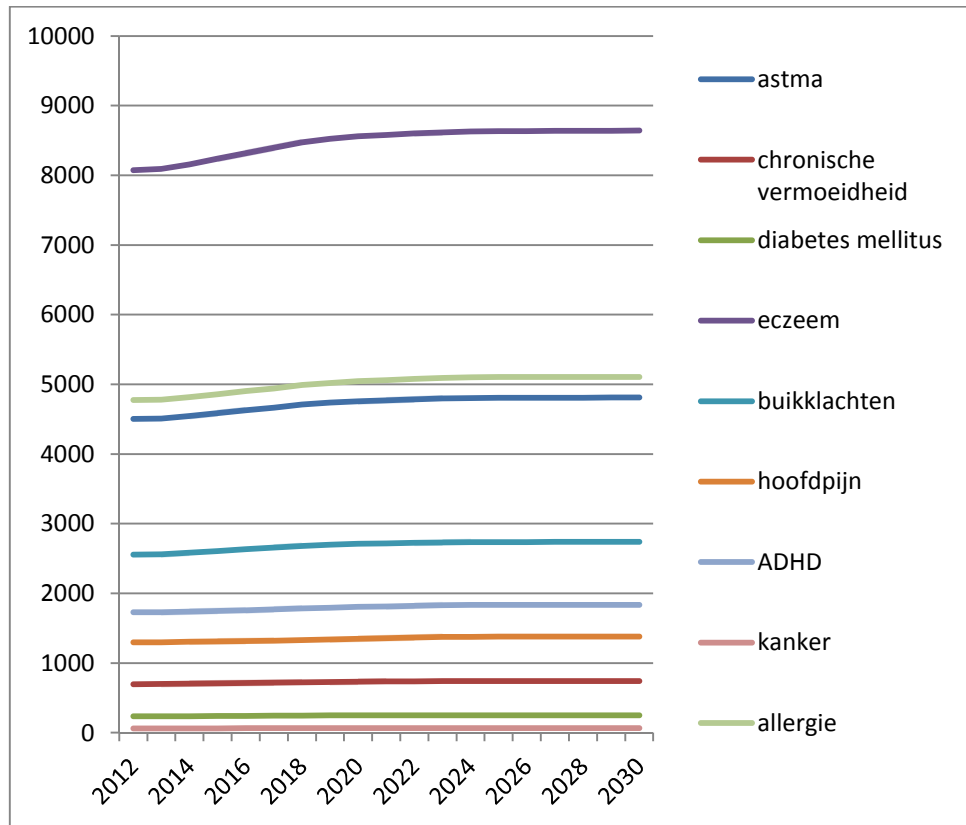
Grafiek 31 Prognose schizofrenie in Rotterdam 2012-2030 op basis van huisartsregistratie (absolute aantallen)

In 2012 is geschat dat bijna 1.200 inwoners van Rotterdam geregistreerd zijn bij een huisarts met schizofrenie; in 2030 zullen dit er naar verwachting iets meer dan 1.200 zijn. Meer dan 80% van de gevallen zijn in de leeftijd van 20-64 jaar.

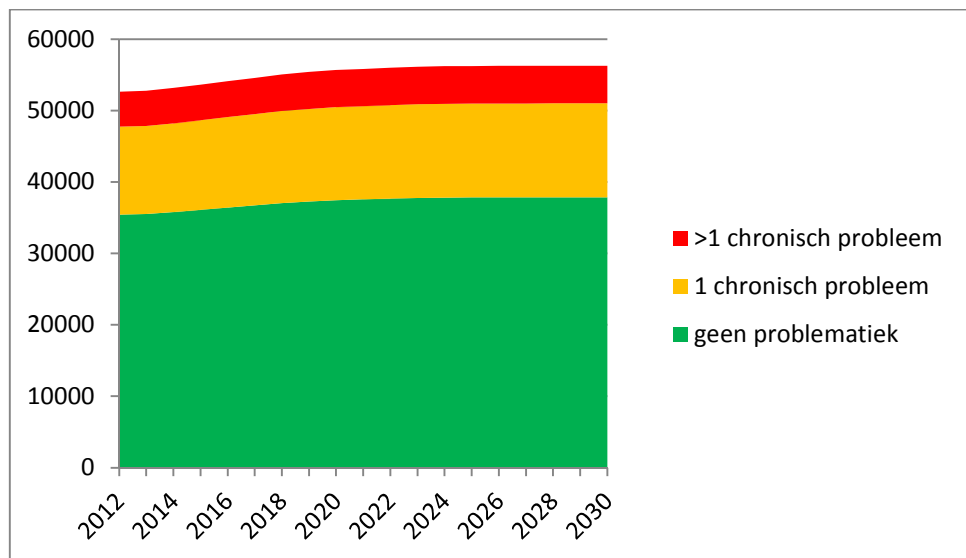
3.10 Prognoses chronische problematiek jongeren

Op basis van de vragenlijst Jeugd Rijnmond in Beeld is het mogelijk om schattingen te maken van de verwachte omvang van een negental chronische aandoeningen en op basis daarvan de omvang van multiple problematiek van 4-12 jarigen. Verder is op basis van de jeugdmonitor Rijnmond voor de leeftijdsgroep 12-17 jaar (schoolgaand) enkel mogelijk schattingen te geven over chronische pijnklachten.

Grafiek 32 illustreert de ontwikkeling van de omvang van 9 (chronische) aandoeningen tussen 2012 en 2030. Het betreffen symptomen en (psycho)somatische diagnoses.



Grafiek 32 Prognoses chronische aandoeningen bij jongeren (4-12 jaar) in Rotterdam 2012-2030 (absolute aantallen)



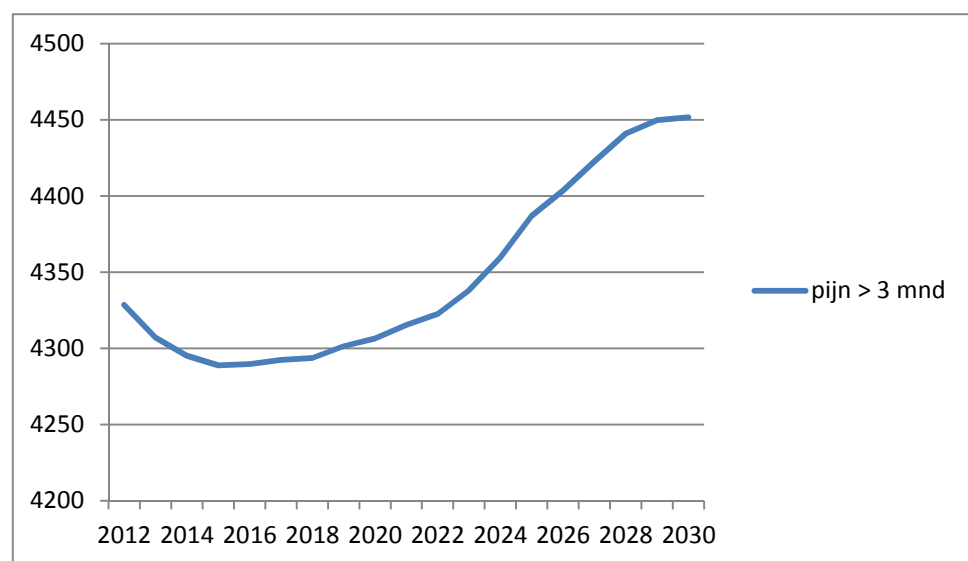
Grafiek 33 Prognose multiple problematiek bij jongeren (4-12 jaar) in Rotterdam 2012-2030 (absolute aantallen)

In de leeftijd 4-12 jaar is de verwachting dat het totaal aantal jongeren stijgt van circa 53.000 in 2012 naar 57.000 in 2030 (7% stijging). Hiervan heeft 67% geen chronische problematiek, gedefinieerd als het hebben van geen van de negen problemen. Als gevolg van de demografische ontwikkelingen is in 2030 een stijging te verwachten van het aantal jongeren in de leeftijd van 4-12 jaar met chronische

problemen van ruim 17.000 in 2012 naar ruim 18.000 in 2030 (een stijging van 7%). In 2012 hebben bijna 5.000 jongeren meer dan 1 probleem en in 2030 ruim 5.200 (7% stijging).

Eczeem komt het meeste voor in deze leeftijd, in 2012 geschat op zo'n 8.000 jongeren en in 2030 is de verwachting dat dit er zo'n 8.600 zullen zijn (7% stijging). Op de tweede plaats staat allergie, in 2012 circa 4.800 jongeren en in 2030 zo'n 5.100 (7% stijging). Op de derde plaats staat astma, in 2012 zo'n 4.500 jongeren en in 2030 zo'n 4.800 jongeren (7% stijging).

Grafiek 34 illustreert de ontwikkeling in chronische pijnklachten in de leeftijd van 12-17 jaar. Chronische pijnklachten zijn gedefinieerd als het ervaren van pijn langer dan 3 maanden (exclusief menstratieklachten).



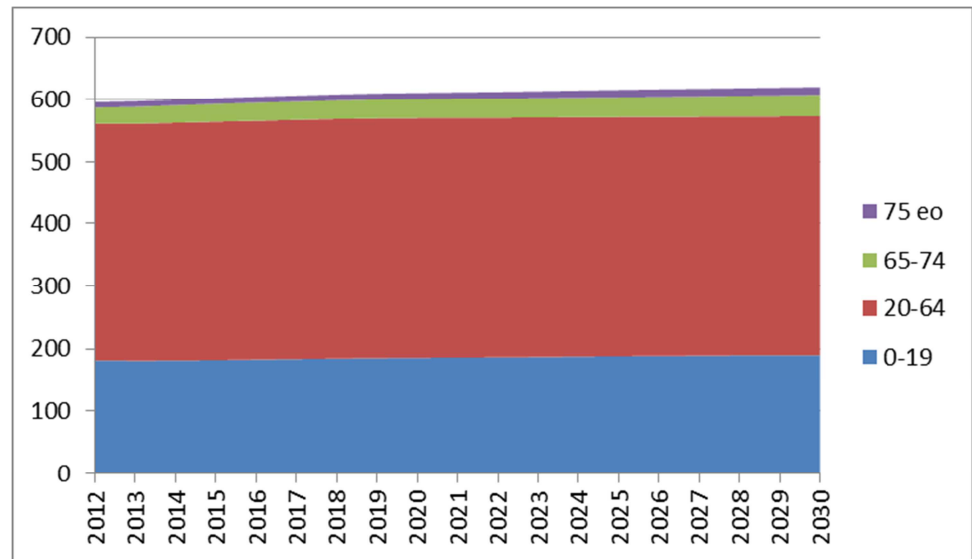
Grafiek 34 prognose chronische pijnklachten bij schoolgaande jongeren 12-17 jaar in Rotterdam 2012-2030 (absolute aantallen)

In 2012 is de schatting dat 4.300 schoolgaande jongeren in de leeftijd van 12-17 jaar chronische pijnklachten ervaren, vervolgens neemt het aantal af tot en met 2022 en stijgt daarna langzaam. Naar verwachting komen er in 2030 bijna 4.500 jongeren met chronische pijnklachten voor (3% stijging).

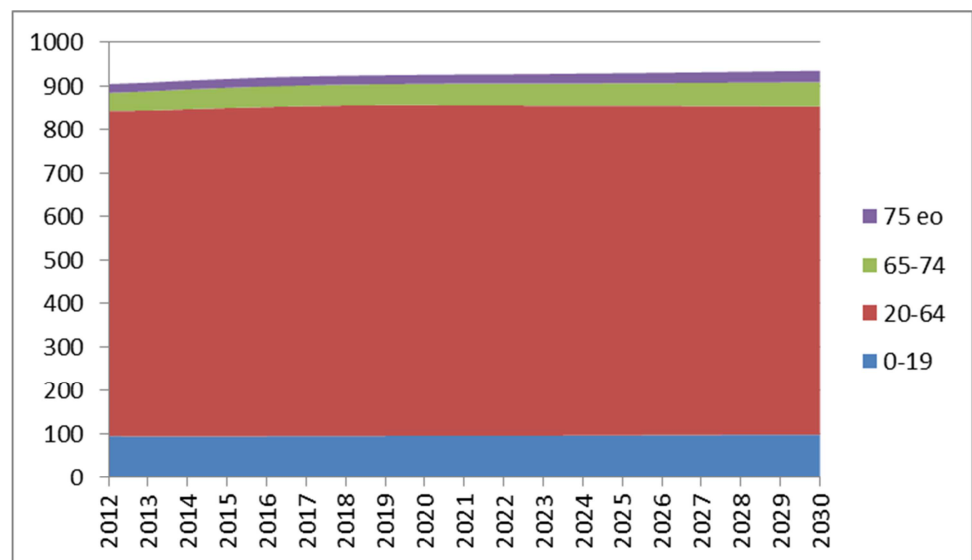
3.11 Prognoses omvang verstandelijk beperkten

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.

In 2012 heeft het Zorgkantoor van Agis en Achmea circa 1.500 indicaties voor AWBZ-zorg geregistreerd in de woonplaats Rotterdam met als dominante grondslag 'Verstandelijke handicap'. Hiervan hebben circa 600 een indicatie voor extramurale zorg en circa 900 een indicatie voor intramurale zorg. Grafieken 35 en 36 illustreren de verwachte ontwikkeling van het aantal inwoners in Rotterdam met een verstandelijke beperking in de periode 2012-2030, respectievelijk extra- en intramuraal.



Grafiek 35 Ontwikkeling verstandelijk beperkten met indicatie extramurale zorg (2012-2030)



Grafiek 3 Ontwikkeling verstandelijk beperkten met indicatie intramurale zorg (2012-2030)

Op basis van de demografische ontwikkelingen in Rotterdam en de cijfers van Agis/Achmea is de verwachting dat in 2030 bijna 1.600 AWBZ indicaties met grondslag 'Verstandelijke handicap' zullen worden geregistreerd bij ongewijzigd beleid, een verwachte stijging van 4%. Hierbij is de verwachting dat circa 620 indicaties voor extramurale zorg zullen worden geregistreerd en bijna 1.000 voor intramurale zorg.

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

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

Opgemerkt dient te worden dat deze aantallen die in deze paragraaf gepresenteerd zijn met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Deze aantallen geven waarschijnlijk een onderschatting van het daadwerkelijke aantal. Op basis van de bestanden van Agis/Achmea kunnen lang niet alle indicaties gekoppeld worden aan de woonplaats van de geïndiceerde. Voor zover dat mogelijk was binnen de kaders van dit project is dat gebeurd. Niettemin geeft de trend een betrouwbaar beeld van de ontwikkeling als gevolg van de demografische ontwikkeling bij gelijkblijvend beleid.

4 Samenvatting en conclusies

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

Demografische ontwikkelingen

Naar verwachting stijgt het totale aantal inwoners in Rotterdam tussen 2012 en 2030 van circa 616.000 naar 660.000 personen (7% stijging). Groei vindt plaats in alle leeftijdsgroepen, het sterkst in de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder. Met een toename van ruim 89.000 naar circa 117.000 is dat een groei van 32% (vergrijzing). Opvallend in de demografische ontwikkeling in Rotterdam is de invloed van de hongervinter en vervolgens de babyboom net na de oorlog. Dit heeft een relatief klein geboortecohort in 1945 tot gevolg. Dit kleine cohort uit 1945 dempt de groei van de 75-plussers tot 2021. In 2021 verschuift het relatief grote geboortecohort van 1946 van de leeftijdsgroep 65-74 naar de leeftijdsgroep 75 plus en begint deze laatste groep te groeien, terwijl daardoor een dip ontstaat in de 65-74 jarigen. In 2030 is 18% van de Rotterdamse inwoners 65 jaar en ouder. In de groep onder de 65 jaar is een beperkte groei te zien, van circa 527.000 naar ongeveer 542.000 (een groei van ongeveer 3%).

Prognose functioneren van ouderen

Het functioneren van ouderen is met behulp van voornamelijk een latente klasse analyse te 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)¹⁰ en ouderen die zelfstandig wonen (POLs, CBS)¹¹. 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.

¹⁰ '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.

¹¹ 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 de 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
mobiliteitsproblemen	zonder dementie	3
	met lichte/matige dementie	4
mobiliteitsproblemen en problemen in de zelfzorg	zonder dementie	5
	met lichte/matige dementie	6
een grote mate van (ernstige) fysieke problemen inclusief incontinentie	zonder dementie	7
	met lichte/matige dementie	8
een ernstige mate van dementie, welke zorg behoeven op het niveau van intramurale zorg		9

De prognose over het functioneren laat zien dat de aantallen ouderen zonder en met functioneringsproblematiek zullen toenemen. In 2012 is het aantal ouderen **zonder** functioneringsproblematiek geschat op ruim 44.000 en in 2030 op ruim 59.000 (34% stijging). Het aantal ouderen **met** functioneringsproblematiek is in 2012 geschat op circa 45.000 ouderen en in 2030 op zo'n 58.000 (29% stijging). De verwachting is dat de omvang van het aantal ouderen met functioneringsproblematiek in 2030 ongeveer 1,3 keer zo groot zal worden vergeleken met 2012. In 2030 heeft naar verwachting bijna de helft van het aantal oudere inwoners in Rotterdam functioneringsproblemen.

Meest voorkomende functioneringsproblematiek is 'mobiliteitsproblemen'. In 2012 komen naar schatting zo'n 23.000 ouderen met deze problematiek voor, in 2030 zijn dit naar verwachting bijna 30.000 ouderen (31% stijging). In 2030 zijn er naar schatting 35.000 inwoners in de leeftijd van 20-64 jaar met mobiliteitsproblemen; dit betreft slechts een kleine stijging van 3% vergeleken met 2012. Op de tweede plaats staat de groep ouderen met 'mobiliteit- en zelfzorgproblemen'. In 2012 zijn dit naar schatting ruim 11.000 ouderen en in 2030 zo'n 15.000 (28% stijging). De groei van het aantal ouderen is het sterkst in de profielen 'lichte/matige dementie zonder fysieke problemen' en 'mobiliteitsproblemen zonder lichte/matige dementie'.

Prognoses chronische aandoeningen volwassenen

Als gevolg van de demografische ontwikkeling stijgt het aantal volwassenen zonder en met een chronische aandoeningen. Inwoners zonder chronische aandoening neemt naar verwachting toe van circa 222.000 in 2012 naar 234.000 in 2030 (5% stijging). Het aantal inwoners met chronische aandoening zal naar verwachting toenemen van 279.000 in 2012 naar 304.000 in 2030 (9% stijging). De stijging is het grootst van het aantal inwoners met meer dan één chronische aandoening. Dat aantal groeit naar verwachting van 147.000 naar 164.000 (11% stijging).

In Rotterdam zijn de meest voorkomende chronische aandoeningen voor de toekomst aandoeningen van het bewegingsapparaat (2012: circa 111.000; 2030: circa 123.000; 11% stijging), Astma/COPD (2012: 49.000; 2030: 54.000: 11% stijging) en diabetes mellitus (2012: 38.000; 2030: 44.000; 17% stijging). De meeste aandoeningen zullen naar verwachting groeien tussen 2012 en 2030, variërend van 11% tot 28%. Naar

verwachting is procentueel de sterkst stijgende aandoening 'Dementie', van ruim 9.100 naar bijna 12.000 inwoners (28% stijging).

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 de invloed van epidemiologische ontwikkelingen op de prevalenties van Diabetes Mellitus en CVA.

Prognoses functioneren en (multi)morbiditeit ouderen naar SES

Sociaal economische status (SES) en gezondheidsproblematiek hangen nauw samen. Vergeleken met 2012 zal in Rotterdam het aantal ouderen met een midden of hoge SES naar verwachting gestegen zijn in 2030, terwijl het aantal ouderen met een lage SES zal afnemen in 2030. In 2030 is de verwachting dat 31.000 van de 60.000 ouderen met een lage SES functioneringsproblemen ervaren (52%), 10.000 van de 28.000 ouderen met een midden SES (36%) en 10.000 van de circa 29.000 ouderen met een hoge SES (34%).

Wat betreft chronische (multi)morbiditeit is de verwachting dat in 2030 44.000 van de 60.000 ouderen met een lage SES één of meer chronische aandoeningen hebben (73%), 21.000 van de 28.000 ouderen met een midden SES (75%) en 22.000 van de 29.000 ouderen met een hoge SES (76%).

Prognoses chronische/functioneringsproblematiek jongeren

In Rotterdam is in 2030 een stijging te verwachten van het aantal jongeren in de leeftijd van 4-12 jaar met chronische problematiek, van 17.000 in 2012 naar ruim 18.000 in 2030 (7% stijging). Multimorbiditeit, het hebben van meer dan 1 chronisch probleem, komt voor bij bijna 5.000 jongeren in 2012 en bij ruim 5.200 jongeren in 2030 (7% stijging). Eczeem komt het meeste voor in deze leeftijd, in 2012 geschat op zo'n 8.000 jongeren en in 2030 is de verwachting dat dit er zo'n 8.600 zullen zijn (7% stijging). Op de tweede plaats staat allergie, in 2012 circa 4.800 jongeren en in 2030 zo'n 5.100 (7% stijging). Op de derde plaats staat astma, in 2012 zo'n 4.500 jongeren en in 2030 zo'n 4.800 jongeren (7% stijging).

In de leeftijd 12-17 jaar is er een geringe stijging van het aantal schoolgaande jongeren met chronische pijnklachten, in 2012 naar schatting 4.300 en in 2030 naar schatting bijna 4.500 (3% stijging).

Prognoses psychosociale problematiek

Voor Rotterdam is op basis van landelijke prevalentiecijfers uit verschillende bronnen een inschatting geven van ontwikkelingen in de omvang van de psychosociale problematiek. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het aantal jongeren met psychosociale problematiek naar verwachting zal toenemen. In de leeftijd 4 tot en met 12 jaar is geschat dat het aantal jongeren zal stijgen van bijna 6.200 naar bijna 6.600 jongeren (7% stijging). Het aantal schoolgaande jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 16 jaar met psychosociale problematiek zal naar verwachting tenminste toenemen van zo'n 7.400 naar 7.600 jongeren (3% stijging). Meest voorkomende problematiek ligt op emotioneel vlak.

Het aantal inwoners van 17 jaar en ouder met risico op psychische problemen is in 2012 geschat op bijna 46.000; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 49.000 zullen zijn (7% stijging). Naar verwachting blijven de aantallen in de leeftijdsgroepen jonger dan 65 jaar nagenoeg gelijk, terwijl er een stijging van het aantal verwacht wordt van inwoners met risico op psychische problemen in de leeftijd 65 jaar en ouder. Het risico op eenzaamheid in deze leeftijdsgroep is geschat op 68.000 in 2012. In 2030 zijn dit er naar verwachting bijna 73.000 (7% stijging).

Ook op basis van landelijke cijfers uit de huisartsenzorg is bekeken hoe psychische problemen in Rotterdam zich kunnen ontwikkelen. Op basis van deze gegevens valt te verwachten dat er in 2030 ruim 11.000 inwoners van Rotterdam (van alle leeftijden) in de huisartsenregistratie bekend zijn met stemmingsstoornissen, 4.600 met angststoornissen en 1.200 met schizofrenie.

Prognoses verstandelijk beperkten

Op basis van demografische ontwikkeling in Rotterdam is de verwachting dat het aantal mensen met een verstandelijk beperking (geïndiceerd voor AWBZ-zorg) zal slechts in geringe mate toenemen, van circa 1.500 naar bijna 1.600 (+4%). Op basis van de gebruikte AWBZ-gegevens is een grove indicatie voor het functioneren te geven: de indicatie extramuraal versus intramuraal. Bij gelijkblijvende indiceringsmethodiek zullen twee van de vijf gevallen de indicatie 'extramuraal' krijgen, hetgeen inhoudt dat deze op enigerlei wijze kunnen (blijven) functioneren in de maatschappij. Drie van de vijf krijgen de indicatie 'intramuraal'.

In Box 3 staat een samenvatting van de belangrijkste trends tussen 2012 en 2030 in Rotterdam.

Box 3: Samenvatting van de belangrijkste trends tussen 2012 en 2030 in Rotterdam

Belangrijkste trends Rotterdam 2012-2030

- Toename van het aantal inwoners in alle leeftijdsgroepen:
 - 32% toename aantal ouderen (65 jaar en ouder);
 - Invloed van hongerwinter op demografische ontwikkeling: demping groei ouderen tot 2021;
- Toename aantal inwoners met chronische (multi)morbiditeit;
 - Meest voorkomende chronische aandoeningen jongeren: eczeem, allergie, astma;
 - Meest voorkomende chronische aandoeningen volwassenen: aandoeningen van bewegingsapparaat, Astma/COPD, Diabetes Mellitus;
 - Grootste stijger onder volwassenen: dementie;
- Toename van het aantal inwoners met risico op psychosociale problematiek in alle leeftijdscategorieën;
- Toename aantal ouderen zonder en aantal ouderen met functioneringsproblematiek:
 - Meest voorkomende functioneringsproblematiek: mobiliteitsproblemen;
 - Sterkst stijgende: 'mobiliteitsproblemen' en 'lichte/matige dementie zonder fysieke problemen';
- Aantal ouderen met lage SES daalt licht, aantal ouderen met midden of hoge SES neemt fors toe; Dit betekent een verschuiving in SES samenstelling ouderen met functioneringsproblematiek en chronische (multi)morbiditeit;
- Het aantal ouderen met chronische (multi)morbiditeit is hoger dan het aantal ouderen met functioneringsproblemen.
- Het aantal inwoners met een verstandelijke beperking neemt in geringe mate toe.

Tot slot

Dit rapport biedt een fundament voor de indicatie van de aard van de zorgvraag in Rotterdam 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 Rotterdam in 2030, zoals dat naar voren komt uit de demografische veranderingen tussen 2012 en 2030. Dit biedt een basis voor het plannen van het 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. Maar voor Rotterdam zijn gegevens op lokaal niveau nog schaars. 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 Rotterdam beïnvloedbaar zijn. Met behulp van te ontwikkelen interventies kunnen vervolgens de geschetste verwachtingen voor 2030 mogelijk in een gunstige richting voor de bevolking in Rotterdam beïnvloed worden.

A Tabellen – resultaten Rotterdam

In de tabellen staan de resultaten van de berekeningen door combinatie van bestanden (afgerond op hele cijfers). Voor de beschrijving en presentatie in het rapport zijn afrondingen gehanteerd: op 1.000 tallen boven de 10.000, op 100 tallen tussen de 1.000 en 10.000 en 50 tallen onder de 1.000.

Rotterdam Leefijdsspecifieke bevolkingsomvang 2012 en prognose 2030 (grafiek 1)

leeftijdsgroep	2012	2030
0-19	136.195	142.516
20-64	391.036	399.694
65-74	46.103	61.393
75 en ouder	43.120	55.977
Totaal	616.454	659.580

Rotterdam Verandering leeftijdsspecifieke bevolkingsomvang prognose 2030 t.o.v. 2012 (grafiek 2)

leeftijdsgroep	2012	2030
0-19	100	105
20-64	100	102
65-74	100	133
75 en ouder	100	130
Totaal	100	107

Rotterdam Prevalentie functioneringsprofielen ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) 2012 en prognose 2030 (grafiek 3)

Functioneren	2012	2030
Geen probleem	44355	59407
Lichte of matige dementie	2298	3090
Mobiliteitsproblemen	22592	29569
Mobiliteitsproblemen en lichte/ matige dementie	1992	2505
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen	11474	14721
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen en lichte/ matige dementie	1265	1543
Ernstige fysieke problemen	2171	2646
Ernstige fysieke problemen en lichte/ matige dementie	342	397
Ernstige dementie	2736	3492
Totaal	89223	117370

Rotterdam Verandering prevalentie functioneringsprofielen ouderenpopulatie
(65 jaar en ouder) 2030 t.o.v. 2012 (index=100) (grafiek 4)

Functioneren	2012	2030
Geen probleem	100	134
Lichte of matige dementie	100	134
Mobiliteitsproblemen	100	131
Mobiliteitsproblemen en lichte/ matige dementie	100	126
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen	100	128
Mobiliteits- en zelfzorgproblemen en lichte/ matige dementie	100	122
Ernstige fysieke problemen	100	122
Ernstige fysieke problemen en lichte/ matige dementie	100	116
Ernstige dementie	100	128
Totaal	100	132

Rotterdam Prevalentie profielen ouderen populatie (65 jaar en ouder) 2012 en prognose 2030, uitgesplitst naar SES (grafiek 5)

Lage SES	2012	2030
geen probleem	30973	29181
mobiliteitsproblemen	17600	17132
mobiliteits-/zelfzorgproblemen	9781	9772
ernstige fysieke problemen	1953	2005
ernstige dementie	2009	2192
<i>Midden SES</i>		
geen probleem	9519	17813
mobiliteitsproblemen	3594	6430
mobiliteits-/zelfzorgproblemen	1131	2042
ernstige fysieke problemen	465	772
ernstige dementie	423	643
<i>Hoge SES</i>		
geen probleem	7801	19442
mobiliteitsproblemen	2582	6511
mobiliteits-/zelfzorgproblemen	967	2469
ernstige fysieke problemen	132	344
ernstige dementie	292	620

Rotterdam Prevalentie (multi) morbiditeit populatie (17 jaar en ouder) 2012 en prognose 2030 (grafiek 6)

	2012	2030	% verandering
0 aandoeningen	222216	233673	+5%
1 aandoening	131429	140697	+7%
>1 aandoening	147389	163750	+11%
Totaal	501033	538119	+7%

Rotterdam Prevalentie (multi) morbiditeit ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) 2012 en prognose 2030 (grafiek 8)

	2012	2030	% verandering
0 aandoeningen	23875	31733	+33%
1 aandoening	22105	29030	+31%
>1 aandoening	22105	29030	+31%
Totaal	68086	89793	+32%

Rotterdam Prevalentie (multi) morbiditeit ouderenpopulatie (65 jaar en ouder) 2012 en prognose 2030, uitgesplitst naar SES (grafiek 10)

Lage SES	2012	2030
0 aandoeningen	16532	15954
1 aandoening	14829	14192
>1 aandoening	30956	30137
midden SES		
0 aandoeningen	3904	7126
1 aandoening	3853	7150
>1 aandoening	7376	13425
hoge SES		
0 aandoeningen	2844	7196
1 aandoening	3717	9548
>1 aandoening	5212	12642

Rotterdam Leeftijdsspecifieke prevalentie Diabetes Mellitus 2012 en prognose 2030 (grafiek 11)

Leeftijd	2012	2030
17-19	227	233
20-64	20671	21605
65-74	8833	11752
75 en ouder	8302	10725
Totaal	38034	44315

Rotterdam Leeftijdsspecifieke prevalentie CVA 2012 en prognose 2030 (grafiek 12)

Leeftijd	2012	2030
17-19	51	51
20-64	6933	7278
65-74	3615	4809
75 en ouder	5410	7011
Totaal	16008	19150

Rotterdam Leefijdsspecifieke prevalentie Hartinfarct 2012 en prognose 2030
(grafiek 13)

Leeftijd	2012	2030
17-19	0	0
20-64	7810	8284
65-74	4291	5685
75 en ouder	5287	7200
Totaal	17389	21169

Rotterdam Leefijdsspecifieke prevalentie Kanker 2012 en prognose 2030
(grafiek 14)

Leeftijd	2012	2030
17-19	138	142
20-64	11880	12479
65-74	7672	10247
75 en ouder	10116	13072
Totaal	29807	35940

Rotterdam Leefijdsspecifieke prevalentie Astma/COPD 2012 en prognose 2030
(grafiek 15)

Leeftijd	2012	2030
17-19	2369	2401
20-64	33033	34167
65-74	6589	8791
75 en ouder	6923	8800
Totaal	48915	54159

Rotterdam Leefijdsspecifieke prevalentie Incontinentie 2012 en prognose 2030
(grafiek 16)

Leeftijd	2012	2030
17-19	351	358
20-64	18648	19114
65-74	5732	7669
75 en ouder	11480	14237
Totaal	36211	41379

Rotterdam Leefijdsspecifieke prevalentie Aandoeningen aan het
bewegingsapparaat 2012 en prevalentie 2030 (grafiek 17)

Leeftijd	2012	2030
17-19	519	528
20-64	78703	81142
65-74	15903	21193
75 en ouder	16203	20562
Totaal	111328	123425

Rotterdam Leeftijdsspecifieke prevalentie Dementie 2012 en prognose 2030
(grafiek 18)

Leeftijd	2012	2030
65-74	725	974
75 en ouder	8393	10667
Totaal	9118	11641

Rotterdam Prevalentie chronische aandoeningen in algemene bevolking (17 jaar en ouder) 2012 en prognose 2030 (grafiek 19)

Chronische aandoening	2012	2030
Diabetes mellitus	38034	44315
CVA	16008	19150
Hartinfarct	17389	21169
Kanker	29807	35940
astma/COPD	48915	54159
Incontinentie	36211	41379
Dementie	9118	11641
Aandoeningen bewegingsapparaat	111328	123425

Rotterdam Verandering Prevalentie chronische aandoeningen in algemene bevolking (17 jaar en ouder) 2030 t.o.v. 2012 (index=100) (grafiek 20)

Chronische aandoening	2012	2030
Diabetes mellitus	100	117
CVA	100	120
Hartinfarct	100	122
Kanker	100	121
Astma/COPD	100	111
incontinentie	100	114
Dementie	100	128
Aandoeningen bewegingsapparaat	100	111

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

Leeftijd	2012	2030
17-19	227	384
20-64	20671	24881
65-74	8833	14886
75 en ouder	8302	14367
Totaal	38034	54518

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

Leeftijd	2012	2030
17-19	51	89
120-64	6933	10542
65-74	3615	6203
75 en ouder	5410	11280
Totaal	16008	28114

Rotterdam Prevalentie risico op psychosociale problematiek jongeren (4-12 jaar) 2012 en prognose 2030 (grafiek 23)

	2012	2030
Matig risico	3026	3229
Hoog risico	3126	3342

Rotterdam Prevalentie risico op psychosociale problematiek jongeren (12-17 jaar) 2012 en prognose 2030 (grafiek 23)

	2012	2030
Matig risico	4057	4169
Hoog risico	3326	3421

Rotterdam Leeftijdsspecifieke prevalentie psychische aandoeningen in de leeftijd 17 jaar en ouder in de algemene bevolking en prognose 2030 (grafiek 24)

Leeftijd	2012	2030
17-19	1461	1487
20-64	36513	37288
65-74	3519	4693
75 jaar en ouder	4169	5223
Totaal	45662	48690

Rotterdam Leeftijdsspecifieke prevalentie risico op eenzaamheid in de leeftijd 17 jaar en ouder in de algemene bevolking en prognose 2030 (grafiek 26)

	2012	2030
0-19 jaar	1908	1940
20-64 jaar	53027	54104
65-74 jaar	5590	7451
75 jaar en ouder	7483	9492
Totaal	68008	72987

Rotterdam Prevalentie stemmingsstoornissen in de huisartsenzorg en prognose 2030 (grafiek 26)

	2012	2030
0-19 jaar	100	102
20-64 jaar	8066	8293
65-74 jaar	1153	1536
75 jaar en ouder	1149	1441
Totaal	10467	11372

Rotterdam Prevalentie angststoornissen geregistreerd in de huisartsenzorg en prognose 2030 (grafiek 27)

	2012	2030
0-19 jaar	149	154
20-64 jaar	3420	3506
65-74 jaar	384	511
75 jaar en ouder	302	384
Totaal	4255	4555

Rotterdam Prevalentie schizofrenie geregistreerd in de huisartsenzorg en prognose 2030 (grafiek 28)

	2012	2030
0-19 jaar	16	16
20-64 jaar	979	999
65-74 jaar	98	131
75 jaar en ouder	77	97
Totaal	1170	1243

Rotterdam Prevalentie chronische aandoeningen jongeren (4-12 jaar) 2012 en prognose 2030 (grafiek 29)

Chronische aandoening	2012	2030
astma	4502	4811
chronische vermoeidheid	697	743
diabetes mellitus	235	252
eczeem	8073	8642
buikklachten	2558	2739
hoofdpijn	1298	1379
ADHD	1727	1837
kanker	63	67
allergie	4776	5107

Rotterdam Prevalentie (multi) morbiditeit jongeren (12-18 jaar) 2012 en prognose 2030 (grafiek 30)

	2012	2030	% verandering
0 aandoeningen	35417	37861	+7%
1 aandoening	12308	13159	+7%
>1 aandoening	4923	5260	+7%
Totaal	52648	56280	+7%