



1	INLEIDING.....	1
2	DOELGROEPARRANGEMENTEN	1
3	PASSENDE ALGEMENE VOORZIENINGEN	4
4	GEBIEDSGERICHTE INZET	7
5	ANDERE BRONNEN	10
6	RESUMÉ.....	10

1 Inleiding

De decentralisaties in het sociaal domein en de extramuralisering zorgen voor vele nieuwe vraagstukken. Een gevolg van het vaker/langer zelfstandig wonen is dat mensen met zwaardere problematiek/aandoeningen zelfstandig in de wijk wonen en daar zorg in hun nabijheid dienen te krijgen. Daarbij worden deze mensen geacht meer te leunen op algemene voorzieningen (in de nulde en eerste lijn) en minder op specialistische zorg (in de tweede lijn). Dat betekent veel voor de cliënt, maar ook voor instellingen: in de nulde en eerste lijn ziet men zorggroepen die men voorheen nauwelijks tegenkwam en de tweede lijn moet in een nieuwe context opereren (meer afstemmen en samenwerken dan voorheen). Veel lokale organisaties worstelen daardoor met de vraag: wat is specialistisch en wat is generiek en waar begint en eindigt ieders rol?

De WoonZorgwijzer kan op deze vragen uiteraard geen direct antwoord geven. Wel kan het instrument helpen bij het duidelijk krijgen van de problematiek in een gebied en het vanuit het gezamenlijke beeld van de opgave vinden van oplossingen. In deze notitie lichten we dit toe aan de hand van de volgende stappen:

- Doelgroeparrangementen.
- Inclusieve algemene voorzieningen.
- Gebiedsgerichte inzet.

2 Doelgroeparrangementen

Al is het streven om voorzieningen algemeen beschikbaar te maken, toch zal doelgroepgericht beleid voor een aantal groepen nodig blijven. Sommige groepen vragen specialistische zorg, voor meer groepen is het van belang dat het totale arrangement klopt. Denk aan uitstromers uit het beschermd wonen: zij hebben onder meer behoefte aan een woning, ambulante begeleiding, een daginvulling en budgetbeheer. Voor een dergelijke groep is het interessant om inzicht te krijgen in het totaalplaatje aan mogelijke beperkingen in levensdomeinen. Inzicht in deze beperkingen kan ondersteunend zijn bij het transformeren van het aanbod. Voor welke beperkingen kan – los van bestaande structuren - een integraal aanbod worden ontwikkeld? Wat kan op buurtniveau worden aangeboden en wat moet individueel?

In de WoonZorgwijzer is van 14 levensdomeinen aangegeven in hoeverre de verschillende zorggroepen zelfredzaam zijn op de bij deze domeinen behorende activiteiten. In figuur 1 is de mate waarin de zorggroep met een (ernstig) psychiatrische aandoening zelfredzaam is op de 14 levensdomeinen weergegeven.

figuur 1 *Mate van zelfredzaamheid van de zorggroep op 14 levensdomeinen*

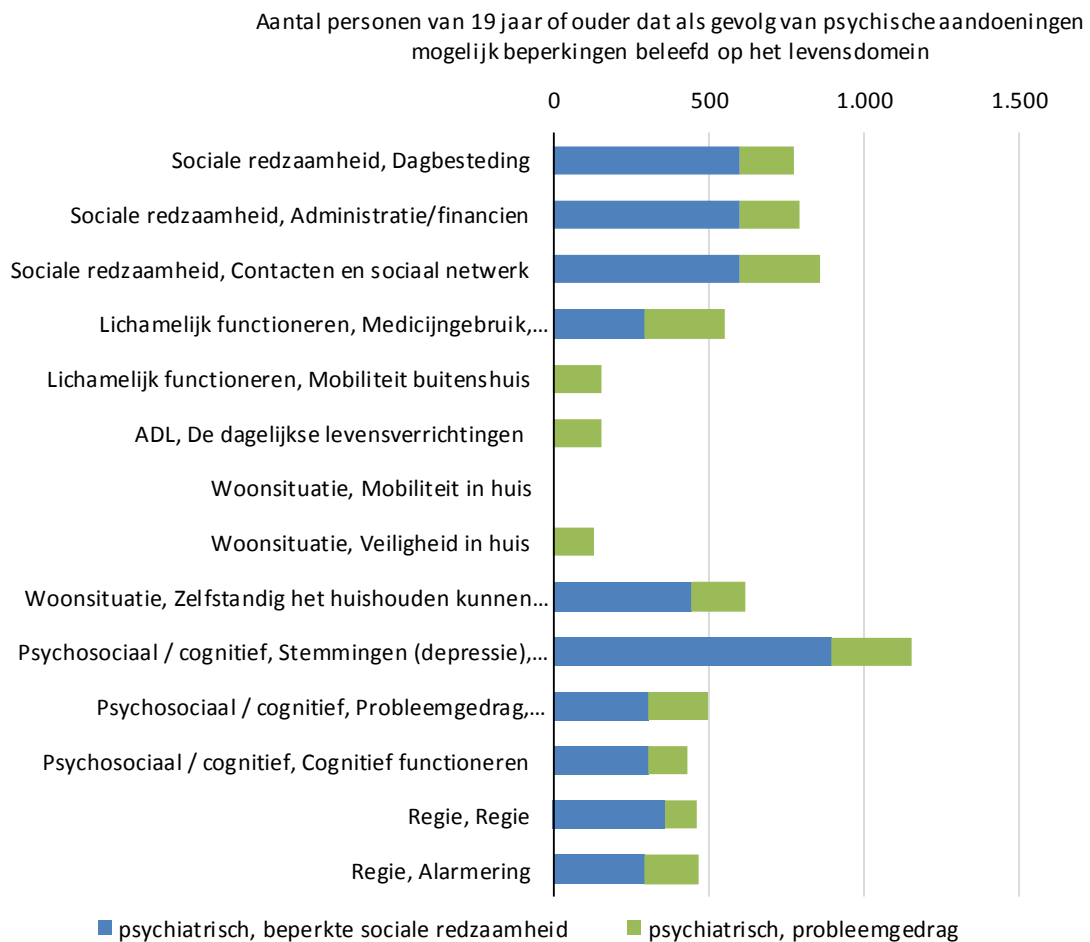
		Psychiatrisch, sociale zelfredzaamheid	Psychiatrisch, gedrags- problematiek
sociale redzaamheid	1 Dagbesteding	2-3	2-3
	2 Administratie/ financiën	1-2-3-4	2-3-4
	3 Contacten en sociaal netwerk	2-3	3
Lichamelijk functioneren	4 Medicijngebruik, medische verzorging	1-2-3	3
	5 Mobiliteit buitenshuis	1-2-3	1-2
ADL	6 De dagelijkse levensverrichtingen	1-2	2-3
woonsituatie	7 Mobiliteit in huis	1	1
	8 Veiligheid in huis	2	2-3
	9 Zelfstandig het huishouden kunnen doen	2-3	2-3
psychosociaal/cognitief	10 Stemmingen (depressie), angsten	3	3-4
	11 Probleemgedrag, verslaving	1-2-3	2-3-4
	12 Cognitief functioneren	1-2-3	2-3
regie	13 Regie	2-3	2-3
	14 Alarmering	1-2-3	2-3

De kleuren en getallen geven de mate van zelfredzaamheid aan. Hoe donkerder hoe minder zelfredzaam. 1 = volledig zelfredzaam, 2 = voldoende zelfredzaam, 3 = beperkt zelfredzaam, 4 = niet zelfredzaam.

Het overzicht laat zien dat de GGZ-zorggroep een grote differentiatie kent. Bijvoorbeeld op het levensdomein ‘administratie en financiën’ geldt dat er cliënten zijn die volledig zelfredzaam zijn (score 1), maar ook cliënten die niet zelfredzaam zijn (score 4). Dit fenomeen komt overigens vooral vaak voor bij mensen met een psychiatrische aandoening. Andere zorggroepen zijn vaak wat uniformer van aard. De variatie geldt zowel tussen individuen als voor een individu zelf. Verschillende personen met een psychiatrische aandoening ervaren andere beperkingen. Daarnaast kan het een periode heel goed gaan met een inwoner met een psychiatrische aandoening, gevolgd door een periode waarin men bijvoorbeeld wanen heeft en waardoor het huishouden versloft, schulden opstapelen en sociale contacten verwateren.

Het volgende figuur toont de mogelijke beperkingen in levensdomeinen voor de inwoners met een psychiatrische aandoening in Zwolle.

figuur 2 Beperkingen in levensdomeinen van mensen met een psychiatrische aandoening in Zwolle



In de WoonZorgwijzer kan per beperking worden ingezoomd, zowel in kaartbeelden als in tabellen. Deze kennis kan worden benut bij het bepalen welke onderdelen in het arrangement dienen te worden opgenomen (en welke wellicht beter op buurt- of wijkniveau invulling kunnen krijgen). Het is in dit kader van groot belang te wijzen op de achterliggende rapportage over de 'beperkingenprofielen'. In deze rapportage wordt per zorggroep en levensdomein in meer detail omschreven wat de beperking precies inhoudt. De betekenis daarvan kan verschillen binnen zorggroepen en tussen zorggroepen.

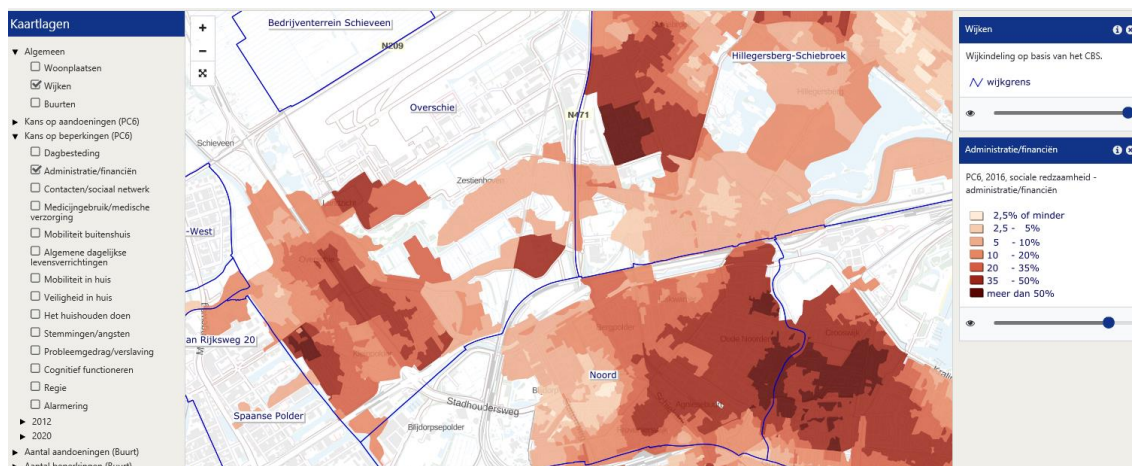
De WoonZorgwijzer kan ook worden benut voor de allocatie van specialistische (op een bepaalde zorggroep gerichte) voorzieningen. Er wordt immers in een oogopslag inzichtelijk gemaakt waar de doelgroep woont.

3 Inclusieve algemene voorzieningen

Naast het ontwikkelen van het juiste arrangement voor een zorggroep biedt de WoonZorgwijzer ook informatie die kan bijdragen aan het meer generiek toegankelijk maken van voorzieningen. Hiervoor is inzicht nodig in welke zorggroepen eenzelfde beperking in levensdomeinen ervaren. De WoonZorgwijzer biedt dit inzicht, doordat aan de hand van een gelijk stramien de potentiële beperkingen van alle zorggroepen integraal beschreven staan (zie daarvoor de achtergrondrapportage over de 'beperkingenprofielen'). Daardoor kan niet alleen per zorggroep een analyse worden uitgevoerd (zoals in deel 2) maar ook per type beperking.

Problemen bij het doen van de administratie en financiën komen bijvoorbeeld bij verschillende zorggroepen voor. De volgende afbeelding toont de verwachte spreiding van het voorkomen van deze beperking over het noordelijk deel van de gemeente Rotterdam. De afbeelding toont in één oogopslag dat problemen bij de administratie in sommige wijken meer voorkomen dan in andere.

figuur 3 Beperkingen in administratie/financiën in Rotterdam (noord)



Om inzicht te krijgen in welke zorggroepen mogelijk beperkingen ervaren bij het doen van administratie en financiën, zoomen we in op de achterliggende zorggroepen. We klikken hiervoor op een tweetal wijken en kiezen vanuit de verschillende mogelijkheden de tabellen over beperking naar zorggroep. Hieruit destilleren we de informatie zoals weergegeven in figuur 4).

figuur 4 Beperkingen bij administratie/financiën naar zorggroep en wijk

	Delfshaven	Nieuwe Westen
Somatische aandoeningen	0	10
Licht verstandelijk beperkt	2.120	6.020
Matig of ernstig verstandelijk beperkt	50	90
Dementie	30	90
Niet aangeboren hersenletsel	10	20
Zintuigelijke aandoeningen	20	70
Angst- en stemmingsproblematiek	20	50
Psychiatrische problematiek	110	170
Totaal	2.180	6.430

De tabel maakt duidelijk dat veruit de belangrijkste zorggroep die deze beperking ervaart, de groep mensen met een licht verstandelijke beperking is. Daarnaast zijn er echter ook andere zorggroepen die deze beperking ervaren, zoals mensen met een psychiatrische aandoening. Op grond van dergelijke inzichten kan besloten worden bestaand aanbod aan te passen, zodat deze voor verschillende zorggroepen passend is. De oplettende lezer zal opmerken dat de optelsom in de bovenstaande tabel niet klopt. De weergegeven totalen zijn lager dan de optelsom van de afzonderlijke rijen. Dat is een gevolg van het feit dat een bepaalde persoon meerdere aandoeningen kan hebben.

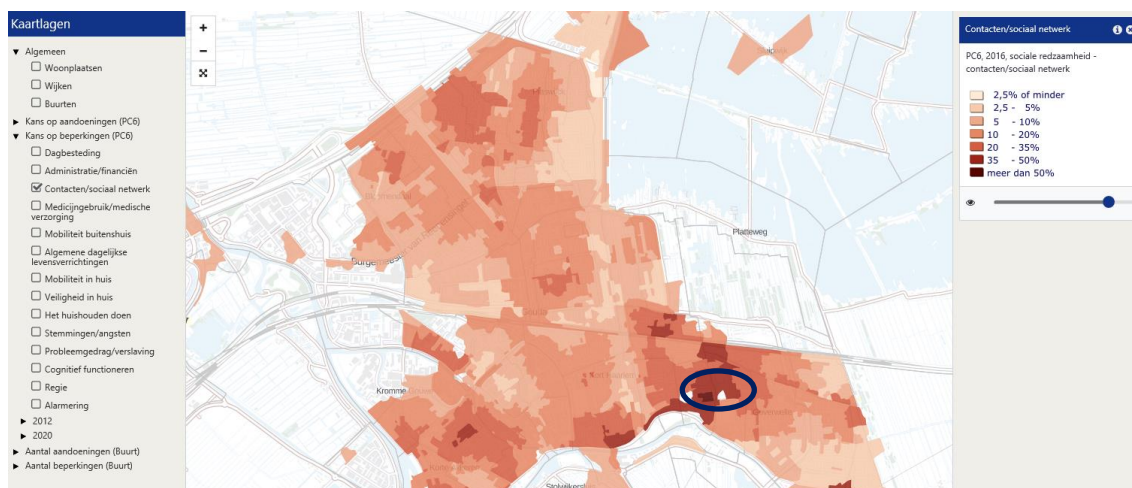
De WoonZorgwijzer brengt ook in beeld hoeveel mensen er naar schatting beperkingen ervaren bij (a) het aangaan van sociale contacten en onderhouden van een sociaal netwerk en (2) het vinden van een zinvolle dagbesteding. Binnen het sociaal domein wordt op deze terreinen vaak gestreefd naar transformatie van het bestaande aanbod. Daginvulling wordt in toenemende mate in wijk en buurten ingevuld, en ook is er meer aandacht voor het sociale netwerk in de buurt. In figuur 5 staat de geografische spreiding van mensen die naar verwachting beperkingen bij sociale contacten ervaren, in de gemeente Gouda weergegeven.

Om een beeld te krijgen van de achterliggende zorggroepen wordt in figuur 6 ingezoomd op de wijk Oosterwei, waar relatief veel mensen beperkingen ervaren bij het hebben en onderhouden van sociale contacten. We voegen de kolom dagbesteding toe, omdat voorzieningen voor daginvulling bij kunnen dragen aan het sociale netwerk van een cliënt. Daarnaast biedt de tabel informatie die relevant kan zijn bij de programmering van activiteiten en het betrekken van samenwerkingpartners bij het buurthuis in de wijk.

Inzicht in welke zorggroepen overeenstemmen in een bepaalde beperking, biedt kansen voor het generiek maken van bestaand (of nieuw) aanbod. Belangrijk hierbij is wel om dit in overleg

te doen met zorgorganisaties die de verschillende zorggroepen goed kennen, zodat de voorzieningen daadwerkelijk passend zijn voor de verschillende zorggroepen. Uit de achtergrondrapportage over de 'beperkingenprofielen' blijkt immers dat de beleefde beperkingen voor de ene groep een hele andere betekenis kunnen hebben dan voor de andere.

figuur 5 Beperkingen bij contacten/sociaal netwerk in Gouda



figuur 6 Beperkingen bij dagbesteding en contacten naar zorggroep in de wijk Oosterwei (Gouda)

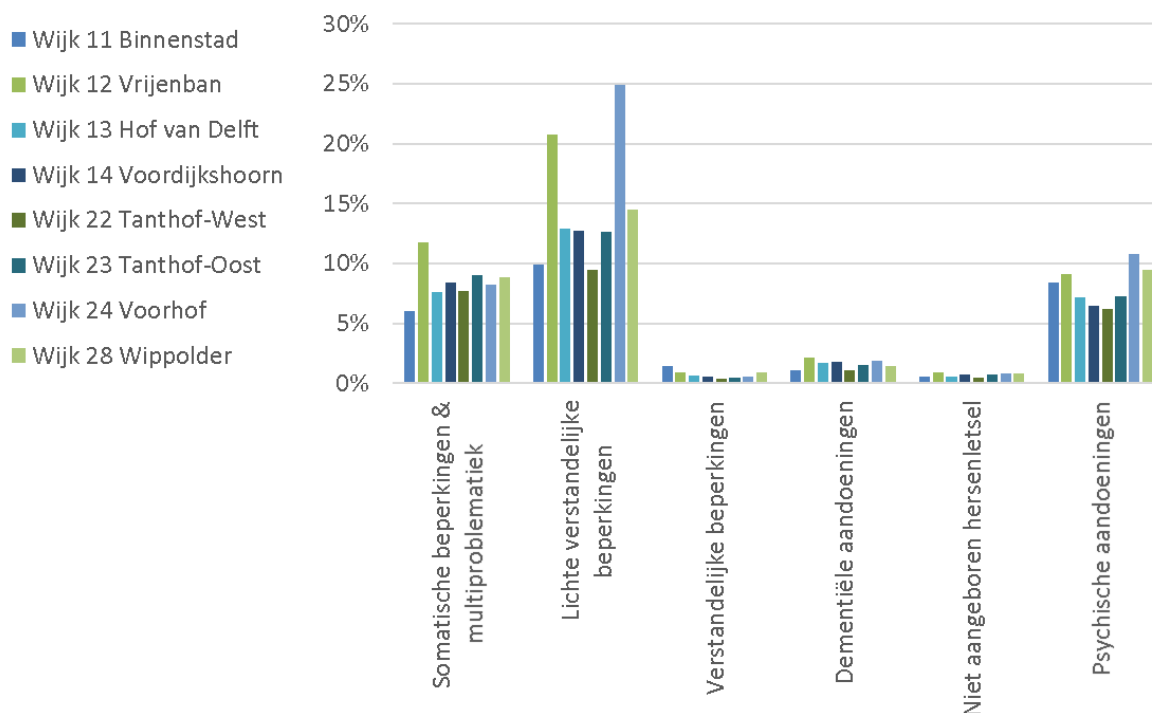
	Contacten/sociaal netwerk	Dagbesteding
Somatische aandoeningen	80	100
Licht verstandelijk beperkt	160	220
Matig of ernstig verstandelijk beperkt	0	10
Dementie	0	0
Niet aangeboren hersenletsel	0	0
Zintuigelijke aandoeningen	0	0
Angst- en stemmingsproblematiek	40	40
Psychiatrische problematiek	10	10
Totaal	270	340

4 Gebiedsgerichte inzet

Idealiter wordt in elk gebied een optimaal niveau qua zorg en ondersteuning gerealiseerd. Dan zijn mensen met beperkingen immers vrij te kiezen waar te gaan wonen en hoeft niemand vanwege het ontbreken van voorzieningen te verhuizen. Feit is echter dat de middelen schaars zijn en gericht moeten worden ingezet. Gericht op een specifieke groep (een deel van de zorg blijft specialistisch) en/of gericht op een specifieke wijk. Over het doelgroepgerichte beleid hebben we het al gehad. Echter, ook bij de inrichting van het gebiedsgerichte beleid kan de WoonZorgwijzer helpen.

In het experiment 'Provinciale parels wonen en zorg' is een vingeroefening gedaan samen met de gemeente Delft en haar samenwerkingspartners over de basisinfrastructuur. In Delft wordt niet gewerkt met sociale wijkteams maar is er een basisinfrastructuur van zorg en welzijn. De gemeente wil kijken hoe deze basisinfrastructuur beter kan worden benut. Daarnaast wil de gemeente onderzoeken wat er eventueel 'extra' nodig is in specifieke wijken en buurten.

figuur 7 Aanwezigheid zorggroepen naar wijk in gemeente Delft



Met de WoonZorgwijzer kan inzichtelijk worden gemaakt wat de samenstelling in zorggroepen is per wijk. In figuur 7 is de spreiding van zorggroepen over de gemeente Delft te zien. Hierbij valt het hoge percentage mensen met somatische beperkingen en lichte verstandelijke beperkingen in Vrijenban op, evenals het aantal mensen met een lichte verstandelijke beperking in

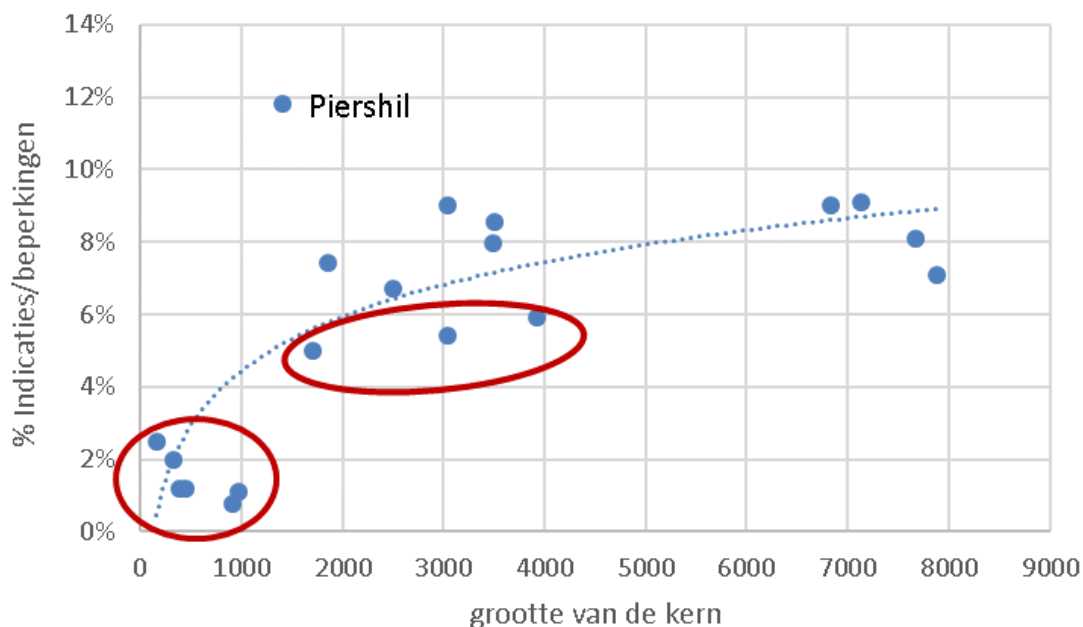
Voorhof. Deze informatie is relevant bij het bepalen van wat wellicht extra nodig is in specifieke wijken en buurten ten opzichte van de basisinfrastructuur.

Om daadwerkelijk keuzes te kunnen maken over eventuele aanvullende voorzieningen in bepaalde wijken is het belangrijk de gegevens uit de WoonZorgwijzer te relateren aan informatie over de huidige voorzieningen in deze wijken en buurten en het gebruik daarvan. Zo kan beter worden geprioriteerd waar aanvullende voorzieningen nodig zijn, en waar vooral een betere toeleiding naar (Wmo-)voorzieningen van belang is.

In de regio Hoeksche Waard is er een analyse gemaakt van de relatie tussen de aanwezigheid van beperkingen volgens de WoonZorgwijzer, de aanwezigheid van Wmo-indicaties en de grootte van de kern. Hieruit blijkt dat wanneer er meer mensen met bepaalde aandoeningen/problematiek zijn, er inderdaad ook meer indicaties zijn.

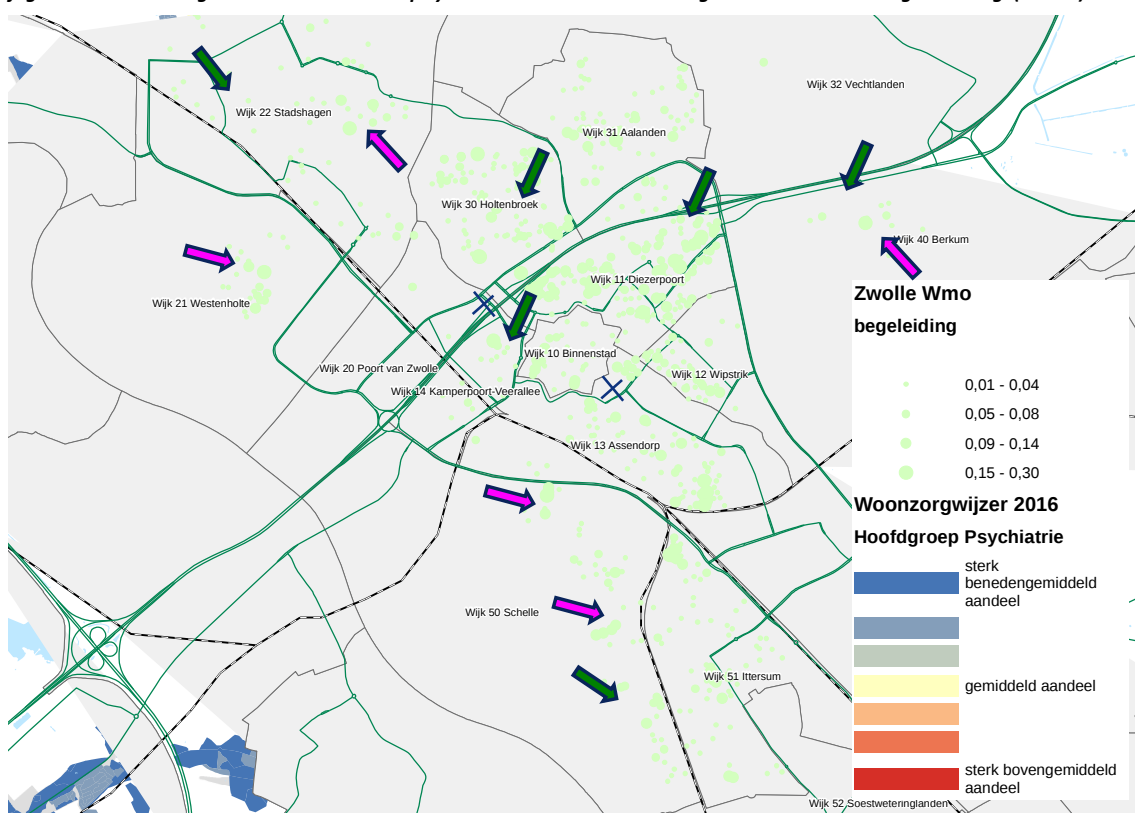
In figuur 8 is te zien wat daarbij de verschillen tussen kernen zijn: er zijn weinig Wmo-indicaties afgegeven voor inwoners van de kleine kernen en meer voor inwoners in de grotere kernen. De kern Piershil springt eruit doordat het klein in omvang is maar er veel mensen wonen met een Wmo-indicatie. In Piershil zit een grote zorginstelling met aanleunwoningen waar mensen met Wmo-indicaties wonen. Meer in z'n algemeenheid zijn er verschillende verklaringen voor de gevonden verschillen te bedenken, zoals de aanwezigheid van sociale verbanden (steun bieden aan elkaar), het wegtrekken van mensen naar grotere plaatsen of het gevolg van een beperkter aanbod. In de kleinere kernen in Hoeksche Waard bleek de grote zelf- en samenredzaamheid de belangrijkste verklaring voor het geringe beroep op de Wmo.

figuur 8 Aandeel indicaties/beperkingen naar grootte van de kern in regio Hoeksche Waard



Voor de gemeente Zwolle hebben we een soortgelijke analyse uitgevoerd, maar ditmaal in een kaartbeeld inzichtelijk gemaakt. In figuur 9 wordt de aanwezigheid van mensen met psychiatrische problematiek en het gebruik van (specialistische) begeleiding in een kaartbeeld getoond. Ook hier is de samenhang tussen beide opvallend. De figuur toont dat waar (relatief) veel mensen met psychiatrische problematiek wonen, ook veel begeleiding wordt geleverd. Er zijn echter ook uitzonderingen, zowel naar boven (groene pijlen, meer begeleiding dan verwacht) als naar beneden (roze pijlen, minder begeleiding dan verwacht). Het is nuttig te bezien wat er in deze gebieden aan de hand is. Is er sprake van een goed vangnet voor deze mensen of mijden mensen zorg? Deze vragen kunnen niet beantwoord worden met de WoonZorgwijzer. Nader onderzoek is nodig om te begrijpen waarom de verschillen in het gebruik van begeleiding ontstaan.

figuur 9 Aanwezigheid mensen met psychiatrische aandoening en indicaties begeleiding (Wmo)



Overigens kunnen niet alle gemeenten een dergelijke analyse uitvoeren. Niet alle gemeenten registreren namelijk welke type diensten aan welke cliënten worden geboden.

5 Andere bronnen

In de voorbeeldanalyses lieten we al zien dat het relevant is om de data uit de WoonZorgwijzer te koppelen aan cijfers over het gebruik van voorzieningen en/of verstrekte Wmo-indicaties. Er zijn nog talrijke databestanden die bij kunnen dragen aan het verkrijgen van inzicht in de opgaven in wijken en buurten. We geven hieronder enkele voorbeelden.

- *Schulden*: De WoonZorgwijzer toont het aandeel personen dat mogelijk problemen ervaart in administratie en financiën. Deze groep heeft een verhoogd risico om in de schulden te belanden. Er is geen openbare registratie van schulden. Inzicht in huurschulden kan als indicator worden benut voor de aanwezigheid van schulden. Corporaties hebben inzicht in de huurschulden binnen de volkshuisvesting.
- *Gebruik financiële dienstverlening*: ondersteuning wordt geboden aan mensen die schulden hebben of ter preventie daarvan. Het is interessant om de potentiële vraag op grond van de WoonZorgwijzer te vergelijken met het daadwerkelijke gebruik van financiële ondersteuning, door bijvoorbeeld inzicht te krijgen in het aantal personen dat schuldhelpverlening en/of budgetbeheer ontvangt. Aanvullend kan het ook wenselijk zijn om inzicht te hebben in het aantal bijstandsuitkeringen in de wijk.
- *Sociale index/gemeentelijke monitor*: Veel gemeenten werken aan het verbinden van formele en informele netwerken. Dit maakt het interessant om naast de data uit de WoonZorgwijzer en het gebruik van voorzieningen inzicht te krijgen in de informele draagkracht in een wijk. Denk bijvoorbeeld aan de bereidheid om hulp te bieden en te ontvangen, mantelzorg en vrijwilligerswerk. Veelal zijn in gemeentelijke monitors vragen over dergelijke sociale indicatoren opgenomen.
- *Bezit en toewijzingen*: Corporaties hebben informatie over het toewijzen van woningen aan speciale zorggroepen. Door de toewijzingen te relateren aan het bezit kan onderzocht worden of er (zo gewenst) mogelijkheden zijn voor spreiding van (specifieke) zorggroepen.
- *Leefbaarometer*: Mensen met een psychiatrische aandoening hebben veelal baat bij een rustige woonomgeving. De Leefbaarometer toont de leefbaarheid van wijken en laat zo zien in hoeverre deze zorggroep woont in een omgeving die ondersteunend is.

6 Resumé

De WoonZorgwijzer kan helpen bij het uitwerken beleid dat erop gericht is de juiste balans tussen specialistische (tweede lijns) zorg en meer algemene zorg en ondersteuning te vinden. Dit doordat:

- Inzichtelijk wordt gemaakt waar zorggroepen die behoefte hebben aan specialistische zorg wonen;
- Per zorggroep het volledige 'arrangement' aan relevante condities inzichtelijk wordt gemaakt (en bijvoorbeeld niet alleen de elementen die betrekking hebben op de woning);
- Alle zorggroepen volgens een gelijk stramien zijn omschreven, waardoor een integrale (doelgroep overstijgende) analyse mogelijk is;

- Analyses mogelijk zijn per levensdomein, zodat niet alleen inzichtelijk wordt gemaakt hoeveel mensen er problemen hebben met de financiële administratie, maar ook welke aandoe-ningen daaraan ten grondslag liggen;
- Duidelijk wordt gemaakt in welke gebieden er meer of minder mensen wonen met uiteenlo-pende beperkingen.

In de praktijk zal het zoeken blijven naar de juiste verhouding tussen specialistische en gene-rieke voorzieningen. De WoonZorgwijzer kan deze zoektocht ondersteunen.