

FAQ over de WoonZorgwijzer (concept)

1. Hoe gebruik je de cijfers van de WoonZorgwijzer?

De WoonZorgwijzer laat zien welke groepen mensen met een bepaalde aandoening of problematiek in een gebied wonen en welke beperkingen zij hebben. De beperkingen kunnen vertaald worden naar condities die in een gebied nodig zijn, zodat de verschillende zorgdoelgroepen daar op een goede wijze zelfstandig kunnen wonen.

2. Wat toont de WoonZorgwijzer?

De WoonZorgwijzer toont met behulp van geografische kaarten en tabellen de volgende informatie:

- Het geschatte aantal/aandeel personen met een bepaalde aandoening/ problematiek in een gebied;
- De samenstelling van de groep met een mogelijke zorgbehoefte naar type aandoening in een gebied;
- De beperkingen die verschillende groepen mogelijk ervaren op 14 levensdomeinen en de ernst van deze beperkingen;
- Het aantal personen dat mogelijk op een bepaald levensdomein beperkt wordt, naar type aandoening/ problematiek.

De WoonZorgwijzer geeft data weer over individuen van 19 jaar en ouder. Jeugd en jongeren zijn niet opgenomen in het instrument. Ook toont de WoonZorgwijzer alleen groepen waarvoor de gemeente verantwoordelijk is (veelal de zelfstandig wonende mensen). Mensen die in een instelling (verpleeghuis, GGZ-instelling) worden niet getoond in de WoonZorgwijzer.

In strategisch overleg over zorg en ondersteuning wordt vaak ook ingegaan op de behoefte aan ondersteuning en het gebruik daarvan. Deze worden beide niet getoond door de WoonZorgwijzer. Door inzicht in de ervaren beperkingen geeft de WoonZorgwijzer wel een indicatie van de behoefte aan ondersteuning op levensdomeinen weer.

Per zorgdoelgroep zijn een of meerdere beperkingenprofielen opgesteld. Deze profielen zijn terug te vinden in de rapportage 'beperkingenprofielen'. In de rapportage 'naar een operationeel model' staat aangegeven hoe gekomen is tot het aantal personen dat met beperkingen te maken heeft.

3. Wat zijn vraagstukken die ik met de WoonZorgwijzer kan onderzoeken?

De WoonZorgwijzer kan behulpzaam zijn bij tal van analyses. Te denken valt aan onder meer:

- Inzicht verkrijgen in de samenstelling van een wijk of buurt en de aanwezige doelgroepen en beperkingen aldaar.

- Bepalen of de samenstelling van het sociaal wijkteam overeenstemt met de samenstelling van de wijk of buurt.
- Bepalen of het aanbod aan voorzieningen in een wijk of buurt overeenstemt met de samenstelling van het gebied.
- Bepalen of het gebruik van voorzieningen in een gebied overeenstemt met de (latente) vraag naar voorzieningen in dat gebied.

4. Waarom toont de WoonZorgwijzer geen data over het gebruik van voorzieningen?

Wanneer je data toepast over het gebruik van zorg en ondersteuning, is het mogelijk dat groepen over het hoofd worden gezien die nu geen gebruik maken van aanbod maar wel een bepaalde aandoening of problematiek hebben. De WoonZorgwijzer toont deze groepen wél en ondersteunt daardoor bij het inzichtelijk maken van zaken als zorgmijding of juist samenredzaamheid.

Bovendien verandert het aanbod, intramurale zorg is bijvoorbeeld nu bestemd voor zwaardere zorgdoelgroepen. De groep die nu thuis blijft wonen, heeft nog steeds een ondersteuningsbehoefte maar wordt niet meer geregistreerd.

5. Hoe werkt de WoonZorgwijzer?

De informatie over de kans op een bepaalde aandoeningen/problematiek is gebaseerd op een ramingsmodel dat onderzoeksbureau Rigo heeft ontwikkeld in opdracht van het ministerie van BZK. Hiervoor is een database gemaakt met microdata van onder meer het CBS, CIZ en de Gezondheidsmonitor. In deze database zijn tal van kenmerken opgenomen, zoals leeftijd, inkomen, opleidingsniveau, kenmerken woningvoorraad, leefbaarheid etc. Op basis van een regressieanalyse is vervolgens een model ontwikkeld dat het voorkomen van aandoeningen zeer goed kan voorspellen. Dit betekent dat als volgens de WoonZorgwijzer 100 mensen in een wijk somatische aandoening hebben, dit in werkelijkheid ook 90 of 110 mensen met deze aandoening kunnen zijn, maar dat de geschatte aantallen niet ver zullen afwijken van de reële aantallen.

De beperkingen in levensdomeinen zijn vastgesteld op basis van een beoordeling door experts. Deze kunnen afwijken van wat mensen zelf vinden. Een persoon kan zelf tevreden zijn over de invulling van zijn dag, terwijl een hulpverlener dit beoordeelt als – om in termen van de WoonZorgwijzer te blijven – een beperking in dagbesteding.

6. Waarom is de WoonZorgwijzer gebaseerd op een kansberekening en toont het geen cijfers uit de realiteit?

De registratie van mensen met beperkingen is sterk versnipperd. Veel databronnen zijn opgezet rondom een bepaalde regeling of voorziening en brengen slechts een beperkt domein, een specifieke groep of een beperkte periode in beeld. Dit zorgt voor bestandsvervuiling en maakt het moeilijk om lacunes en overlap te voorkomen.

Dat betekent dat er een nieuwe opbouw van data nodig is om input te krijgen voor een integrale blik op de aanwezigheid van zorgdoelgroepen en hun beperkingen in een bepaald gebied. Door de transities in het sociaal domein en het accent op thuis blijven wonen hebben lokale partijen als gemeente, woningcorporatie en zorg- en welzijnsondernemers behoefte

aan gebiedscijfers over de vragen en de behoefte van deze burgers op alle domeinen. Deze data zijn een vereiste om het gesprek te kunnen voeren over een gezamenlijke strategische agenda voor wonen, welzijn en zorg. Een raming (kansberekening) is in die gevallen een gebruikelijke methode om cijfers in kaart te brengen.

7. Hoe nauwkeurig benadert de Woonzorgwijzer de realiteit voor het voorkomen van aandoeningen en de ingeschatte beperkingen?

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de WoonZorgwijzer was het maar de vraag of het mogelijk was met algemeen beschikbare gegevens het voorkomen van bepaalde aandoeningen te voorspellen. Uit de ontwerpfase bleek echter dat dit goed mogelijk was. De betrouwbaarheid is in eerste instantie statistisch getoetst. Daaruit bleek dat vrijwel alle aandoeningen een verklaarde variantie op CBS-buurniveau van boven de 50% kon worden gerealiseerd. Bij ouderdom gerelateerde aandoeningen lagen deze aandelen zelfs boven de 80%. Voor sociale wetenschappen (en zeker de epidemiologie) betekent dat een zeer hoge statistische betrouwbaarheid. De exacte betrouwbaarheid verschilt per aandoening en is terug te vinden in de deelrapportage over de 'kwantificering'. Naast de statische validiteit/betrouwbaarheid is tijdens de ontwerpfase ook getoetst of de gemeenten Tilburg en Amsterdam de uitkomsten herkenden.

8. Gezien het feit dat de data voortkomt uit kansberekening en de realiteit dus kan afwijken, hoe moet je de uitkomsten dan gebruiken?

De data en de kaarten zijn te gebruiken als richting gevende cijfers bij onder meer het:

- Ontwikkelen van gebiedsgericht beleid;
- Ontwikkelen van doelgroep arrangementen;
- Prioriteren van voorzieningen (naar wijken en buurten);
- Bepalen van de samenstelling van het sociale wijkteam;
- Bepalen van doelgroepen die van een buurthuis/dagbestedingslocatie in de wijk gebruik kunnen maken.

Vragen zijn dan bijvoorbeeld:

- Welke clustering van zorgdoelgroepen is te zien?
- Welke clustering is onverwacht en onbekend?
- Welke beperkingen in levensdomeinen zijn te verwachten gezien de doelgroepen?
- Welke ondersteuningsbehoefte is te verwachten in de gemeente, wijken of buurten?

9. Kan de data van de WoonZorgwijzer ook gebruikt worden voor de inschatting van aantallen?

Ja, dat kan. Van belang is wel te beseffen dat het om een verwachting gaat op basis van landelijke patronen en niet om een registratie. Het kan zijn dat de lokale situatie sterk afwijkt, bijvoorbeeld door lokaal specifieke leefpatronen. Zo zit religie niet in het model, terwijl er studies zijn die aangeven dat de kans op psychische problemen bij religieuze mensen lager is. Ook een specifieke ziekte zoals de Katwijkse ziekte (die zorgt voor beroerten op relatief jonge leeftijd), zitten niet in het landelijke model. Als men wél lokale cijfers heeft over het

aantal personen met een bepaalde aandoening heeft, kan de WZ-wijzer als referentie kunnen worden. In de meeste gevallen zal dit niet het geval zijn, dan kan men werken met de aantallen uit de WoonZorgwijzer, maar daarbij moet beseft worden dat deze met bandbreedten zijn omgeven.

10. Hoe kan ik data uit de WoonZorgwijzer aanvullen met cijfers uit onze gemeentelijke praktijk?

De kracht van de data uit de WoonZorgwijzer neemt toe wanneer de data wordt gecombineerd met lokale data over bijvoorbeeld het gebruik van voorzieningen, de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers, de betaalbaarheid van woningen en dergelijke. In de 'handleiding bij toepassing' staat aangegeven hoe dit in zijn werk kan gaan. Het is de intentie om op termijn een aantal voorbeeldanalyses uit te werken en deze aan de site toe te voegen.

U kunt zelf kaarten met eigen data naast de kaarten uit de WZ-wijzer leggen. Dat kan gewoon handmatig. Het is ook mogelijk om aan de WZ-wijzer kaarten met lokale data toe te voegen. Ook kunnen kaartlagen uit de WZ-wijzer worden opgenomen in uw eigen GIS-systeem/mapgallery. Daar staan in beide gevallen dan wel kosten tegenover. Bij interesse kunt u daarover contact opnemen met Stichting In Fact.

11. Hoe duid ik de uitkomsten uit de analyses met de WoonZorgwijzer en de lokale bronnen?

Analyses met de WoonZorgwijzer kunnen niet zonder een gesprek tussen beleid en uitvoering en tussen de driehoek gemeente, corporaties en zorgaanbieders. Bij bijvoorbeeld een discrepantie in de aanwezigheid van zorgdoelgroepen en het gebruik van voorzieningen is het zaak te zoeken naar een verklaring hiervoor. Dit kan door bijvoorbeeld door een vervolg met kwalitatief onderzoek, een follow up door het sociale wijkteam, huis-aan-huis onderzoek, doelgroep-/bewonersgesprekken en dergelijke.

12. Ik herken de uitkomsten uit de WoonZorgwijzer niet? Hoe kan dat?

De WoonZorgwijzer geeft de informatie weer op 6PPC-niveau (cijfers en letters van een postcode). Vanwege privacyregelgeving gaat het echter niet om 'de score' voor die ene 6ppc, maar om 'de score' van het gebied met een straal van 200 meter om het postcodegebied. Hierdoor hebben dus ook de omliggende postcodegebieden invloed op 'de score' van de betreffende 6ppc. In uitzonderlijke gevallen (bij scherpe tegenstellingen) kan dit ertoe leiden dat de kleur van het gebied niet klopt met de realiteit.

13. Waarom klopt de optelsom in de tabellen vaak niet?

De data kan in tabellen worden weergegeven. Hierbij is het belangrijk te beseffen dat het totaalcijfer onderaan niet altijd de optelsom is van de aantallen in diezelfde kolom. Een persoon kan meerdere aandoeningen hebben en dus in meerdere rijen worden meegenomen. De totaalcijfers geven het aantal unieke personen aan. In de WoonZorgwijzer is het (nog) niet mogelijk te filteren op mensen met meerdere aandoeningen.

14. Zitten mensen in verzorgingshuizen nu wel of niet in de Woonzorgwijzer?

Bij de ontwikkeling van het model is gerekend met de totale bevolking in Nederland, dus inclusief mensen in instellingen zoals verzorgings- en verpleeghuizen. Het doel van het instrument is echter vooral om een beeld te schetsen van de zelfstandig wonende bevolking. Mensen die in instellingen wonen, horen daar niet bij, maar mensen in zelfstandige aanleunwoningen (in de nabijheid van dergelijke instellingen) weer wel. Om vooral de zelfstandig wonende populatie in kaart te brengen, zijn gebieden waar binnen een cirkel van 200 meter meer dan 30% van de populatie bestaat uit 75-plussers, weggefilterd door de betreffende doelgroep daar op '0' te zetten. Dit zijn namelijk nagenoeg altijd postcodegebieden waar een verzorgings- of verpleeghuis staat en die populatie behoort niet tot de doelgroep. Bij lagere concentraties is er juist eerder sprake van aanleunwoningen of andere woonvormen waar ouderen zelfstandig wonen. Doordat de grens van 30% enigszins arbitrair is, kan het af en toe voorkomen dat een verpleeghuis toch op de kaart komt of concentraties van zelfstandig wonende ouderen niet. Bij updates van de WoonZorgwijzer wordt deze onnauwkeurigheid opgelost door direct te rekenen met de niet-institutionele populatie.

15. Kan ik de scores van 2012, 2020 en 2016 vergelijken?

Ja dat kan, voor elke jaargang is de methode exact gelijk. Hierbij geldt wel een kanttekening. Bij vraag 14 is aangegeven hoe de bevolking van verzorgings- en verpleeghuizen is uitgefilterd. Door deze benadering kan het zijn dat in 2012 een 6ppc als 'instelling' is getypeerd en in 2016 niet (of andersom). Zoals gezegd zal deze onnauwkeurigheid bij updates worden verholpen.