



Research voor Beleid
Schipholweg 13 - 15
2300 AZ Leiden
telefoon 071 - 525 37 37
fax 071 - 525 37 02
www.researchvoorbeleid.nl

Als u vragen heeft naar aanleiding van
dit rapport kunt u contact opnemen met
de afdeling Communicatie en bibliotheek
van Research voor Beleid Holding.
telefoon 071 - 525 37 06
reportcenter@rvbh.nl

Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ

Effecten op zorginhoudelijk en financieel-technisch vlak

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van het College voor zorgverzekeringen

Arnoud van Petersen (Research voor Beleid)
Felicie van Vree (Research voor Beleid)
Lennart Janssens (SEO)

RvB projectnummer B2842
SEO rapportnummer 747

Leiden, 9 juni 2004

Voorwoord

Eén van de meeste actuele thema's in de zorg is de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Centrale begrippen hierbij zijn 'ontschotting, flexibilisering, keuzevrijheid en vraagsturing in de zorg'. Aan de hand van zeven functies in de AWBZ wordt de cliënt geïndiceerd voor de zorg die hij/zij nodig heeft, onafhankelijk van het zorgaanbod. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onderzoekt in het kader van de modernisering het bestaansrecht van aparte subsidieregelingen voor specifieke doelgroepen en de mogelijkheden deze subsidieregeling onder te brengen in de reguliere functiegerichte AWBZ.

Eén van de subsidieregelingen is de ADL-clusterregeling. Ernstig lichamelijk gehandicapten kunnen via deze regeling zelfstandig wonen in een aangepaste woning. Op afroep ontvangen zij ADL-assistentie vanuit een nabijgelegen zorgsteunpunt. ADL-assistentie is persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), die de cliënt als gevolg van een lichamelijke functiebeperking niet zelf kan doen.

Alvorens een uitspraak te doen over de mogelijkheid deze regeling over te brengen in de reguliere AWBZ, wenst het CVZ inzicht in de zorginhoudelijke en financiële consequenties van deze insluiting. In opdracht van het CVZ heeft Research voor Beleid, in samenwerking met de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam (SEO), hier onderzoek naar verricht. Doel van het onderzoek is te komen tot een vergelijking van de zorgverlening en de bekostiging van zorg voor lichamelijk gehandicapten die op dit moment vallen onder de ADL-clusterregeling en de zorgverlening en de bekostiging als diezelfde personen zouden worden geïndiceerd op grond van de AWBZ systematiek. Op basis van een cliënttypologie die door Research voor Beleid is opgesteld met behulp van een clusteranalyse, heeft de SEO in een microsimulatiemodel de financiële kostenberekening uitgevoerd.

Voor dit onderzoek is een grote groep Fokus-clianten geënkquêteerd. Hierbij willen we alle respondenten hartelijk bedanken voor de bereidwillige medewerking aan het onderzoek. Tevens zou ik hier de vertegenwoordigers van LVIO, LCIG, Fokus en Argonaut willen bedanken voor hun informatie en bijdrage aan het onderzoek. Datzelfde geldt voor de indicatieadviseurs van verschillende RIO's en een LCIG-district die hebben meegewerkt aan het groepsgesprek. Ook hen zou ik graag willen bedanken voor hun inbreng.

Félicie van Vree
Projectleider Gezondheidszorg

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusie	7
1 Inleiding	11
1.1 De ADL-clusterregeling	11
1.2 Onderzoeksvragen	14
1.3 Onderzoeksopzet	14
1.4 Leeswijzer	17
2 Achtergronden bij Fokus en de AWBZ	19
2.1 Fokus en AWBZ; twee visies, één klant	19
2.1.1 ADL-assistentie via Fokus	19
2.1.2 Zorglevering via de AWBZ	20
2.1.3 Verschil van visie?	22
2.2 Indicatiestelling	22
2.2.1 Indiceren voor ADL-assistentie en clusterwonen	23
2.2.2 Indiceren voor AWBZ zorg	26
3 De Fokus-cliënt	38
3.1 Algemene kenmerken	38
3.2 Beperkingen	39
3.3 ADL-assistentie	41
3.4 Aanvullende AWBZ zorg	44
3.5 Geplande en ongeplande zorg	46
3.6 Conclusie	47
4 Gevolgen van insluiting op zorginhoudelijk vlak	50
4.1 6 cliëntprofielen: een doorsnee door de Fokuspopulatie	50
4.1.1 Profiel 1	53
4.1.2 Profiel 2	56
4.1.3 Profiel 3	59
4.1.4 Profiel 4	62
4.1.5 Profiel 5	65
4.1.6 Profiel 6	68
4.2 Conclusie	71
5 Gevolgen van insluiting op financieel vlak	74
5.1 Microniveau – het perspectief van de cliënt	74
5.2 Macroniveau – het perspectief van de AWBZ	76
5.3 Conclusie	80
Beschouwing	82
Bijlage Financieel-technische berekeningsmethodes	86

Samenvatting en conclusie

Onderzoeksvraag

In het kader van de modernisering van de AWBZ onderzoekt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) het bestaansrecht van aparte subsidieregelingen voor specifieke doelgroepen en de mogelijkheden deze subsidieregeling onder te brengen in de reguliere functiegerichte AWBZ. Eén van de subsidieregelingen uit de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet is de ADL-clusterregeling. Deze regelt en financiert de (ver)bouw van, en zorglevering in ADL-clusters. Een ADL-cluster wordt gevormd door een 24-uur per dag bemande zorgpost van waaruit ADL-assistentie wordt verleend en 12 tot 18 zelfstandige woningen die speciaal zijn bedoeld en aangepast voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap. ADL-assistentie is persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals hulp bij het opstaan, wassen, douchen en de toiletgang.

In opdracht van het CVZ heeft Research voor Beleid, in samenwerking met de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam (SEO), een onderzoek uitgevoerd naar de consequenties van insluiting van de ADL-clusterregeling in de reguliere functiegerichte AWBZ. De centrale vraagstelling van het onderzoek is wat de insluiting betekent in zorginhoudelijk en financieel opzicht, voor zowel de financiering(sstromen) als voor de Fokus-cliënt.

Onderzoeksuitvoering

Om zowel de inhoud van de zorgverlening binnen de ADL-clusterregeling en de reguliere AWBZ als de bekostiging van zorg via de clusterregeling en de AWBZ in kaart te brengen zijn verschillende onderzoeksfasen doorlopen. Een belangrijk onderdeel hiervan vormt een enquête onder Fokus-cliënten om de huidige zorgbehoefte, zorgconsumptie en financiële situatie te inventariseren. Tevens is op cliëntniveau de noodzakelijke informatie voor de AWBZ indicatie in kaart gebracht. Aan de hand van een aantal kernvariabelen uit de enquête zijn de Fokus-cliënten die de vragenlijst hebben ingevuld, door middel van een clusteranalyse ingedeeld in zes groepen (clusters) die onderling een grote samenhang vertonen. Fictieve voorbeelden van personen uit de zes clusters (profielen) zijn ter indicatie voorgelegd aan indicatieadviseurs van verschillende RIO's en een LCIG-kantoor. Aan de hand hiervan heeft met hen een discussie plaatsgevonden over mogelijke zorginhoudelijke knelpunten bij insluiting in de AWBZ. Vervolgens heeft de SEO met behulp van een microsimulatie vastgesteld wat het insluiten van de ADL clusterregeling in de reguliere AWBZ betekent voor de financieringsstromen en de omvang daarvan.

Het Fokus-concept en de AWBZ

Om de resultaten van het onderzoek op een juiste manier te kunnen interpreteren is enige achtergrondinformatie over Fokus en de AWBZ, met name over de visie op zorgverlening en de indicatiestelling, van belang. Zo blijkt de zorgverlening aan mensen met een beperking bij Fokus vanuit een ander perspectief te worden benaderd dan bij de AWBZ. Bij Fokus wordt, als expliciet onderdeel van de visie, zorg en assistentieverlening grotendeels vraaggestuurd verleend. De cliënt bepaalt (binnen zekere kaders) welke zorg wordt verleend en wanneer en onder welke omstandigheden dat moet gebeuren. Doelmatigheid en efficiency zijn wel belangrijk maar niet leidend bij de zorgverlening door Fokus. De AWBZ let daarentegen juist sterk op de efficiency en doelmatigheid van zorgverlening.

Ook bij de indicatiestelling van Fokus en voor de AWBZ zijn verschillen te onderkennen die invloed kunnen hebben op de hoeveelheid zorg die iemand ontvangt en de wijze en het tijdstip waarop de zorg wordt verleend. Deze verschillen hebben onder meer betrekking op de manier waarop de indicatie plaatsvindt (protocollen), de normtijden, de wijze van zorgverlening (leveringsvoorwaarden) en de aanwezigheid van mantelzorg en gebruikelijke zorg. Consequenties van deze verschillen worden, indien relevant, beschreven in de conclusies.

Resultaten en conclusies

Aan de hand van de onderzoeksvraag is een aantal algemene conclusies geformuleerd. De resultaten en de conclusies worden meer in detail besproken aan het einde van de betreffende hoofdstukken.

Inhoud en hoeveelheid zorg

De ADL-assistentie die de Fokus-cliënten ontvangen is zorginhoudelijk vergelijkbaar met de AWBZ-functies persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP). Fokus-assistenten voeren, naast hulp bij persoonlijke verzorging, ook verpleegkundige handelingen uit, de zogenaamde Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA-handelingen). In de indicatiestelling voor het aantal uur ADL-assistentie zijn, zo nodig, ook EVA-handelingen geïndiceerd.

Uit gesprekken met de indicatiestellers blijkt dat de **hoeveelheid zorg** waarvoor Fokus-cliënten volgens de AWBZ-methodiek geïndiceerd zouden worden (PV en VP), eerder meer dan minder is dan de hoeveelheid ADL-assistentie waarvoor zij nu geïndiceerd zijn. De verwachting is dat de hoeveelheid geïndiceerde AWBZ-zorg niet veel zal afwijken van de zorg die momenteel via Fokus wordt verleend. Een goede vergelijking tussen AWBZ-indicatie en ADL-indicatie is overigens lastig gebleken door verschillen in manier waarop 'looptijd' verwerkt is in de uren zorg en door de combinatie van EVA-handelingen en persoonlijke verzorging in het aantal uur ADL-assistentie.

In het algemeen ligt de hoeveelheid zorg voor een groep Fokus-cliënten (33% van het totaal) boven de hoogste klasse van de AWBZ-functie persoonlijke verzorging. Dit betekent dat **additionele uren** zullen worden geïndiceerd. Een discussie die hierbij naar voren komt is of de betreffende cliënt bij dergelijke grote hoeveelheid zorg aangewezen is op een intramurale zorgomgeving. De geënuquëeerde Fokus-cliënten zijn hierover zeer bezorgd. Op dit moment is het uitgangspunt van de AWBZ-indicatie dat mensen zo lang mogelijk, met de nodige hulp, zelfstandig moeten blijven wonen. Een indicatie voor verblijf wordt alleen gegeven als er zwaarwegende redenen zijn waarom iemand niet meer thuis kan wonen, bijvoorbeeld als men geen regie meer heeft over het eigen leven. Voor Fokus-cliënten is hiervan geen sprake. Gezien de ontwikkelingen in de AWBZ, de discussie over omslagpunten en doelmatigheid is echter niet goed te voorzien of de criteria voor de indicatie verblijf op deze manier gehandhaafd blijven.

Door een verschil in visie tussen Fokus en AWBZ is het mogelijk dat bij AWBZ-indicatie minder rekening wordt gehouden met **specifieke wensen van de cliënt** als het gaat om het zo lang mogelijke zelf blijven uitvoeren van bepaalde handelingen. Dit kan meer tijd kosten dan als een hulpverlener deze handelingen uitvoert.

Een aantal Fokus-cliënten heeft vanwege de aard van de beperking een **fluctuerende hulpvraag**. Kleine fluctuaties kunnen ook binnen de AWBZ-indicatie opgevangen worden door de bandbreedte van geïndiceerde uren zorg. Wanneer sprake is van een sterk fluctuerende hulpvraag wordt bij de AWBZ-indicatie een aantal uur opgeteld.

Bij de hulpverlening door Fokus-assistenten worden verder regelmatig zogenaamde **hand- en spandiensten** verricht. Hoewel deze diensten noch binnen Fokus, noch binnen de AWBZ apart worden geïndiceerd, neemt deze dienstverlening bij Fokus een belangrijke plaats in en wordt door cliënten als belangrijk beschouwd.

Wijze van zorgverlening

Een belangrijk kenmerk van de zorgverlening door Fokus is de manier en het tijdstip waarop zorg wordt verleend. ADL-assistentie wordt **24 uur per dag, op afroep** geleverd. Dit biedt garanties daar waar zorg niet planbaar is, zoals voor mensen die niet zelf naar het toilet kunnen, maar ook in noodgevallen. Het geeft Fokus-cliënten daarnaast veel vrijheid om hun leven op hun eigen manier vorm te geven. Zo is er alle mogelijkheid om op wisselende tijden hulp te vragen, ook als iemand bijvoorbeeld 's avonds tot laat uit wil gaan of wil uitslapen. Bij indicatiestelling via de AWBZ komt een grote groep cliënten op grond van hun (fysieke) beperkingen niet in aanmerking voor zorg op afroep (in de AWBZ is dit de zogenaamde **leveringsvoorwaarde B**), maar voor zorg op geplande tijden (leveringsvoorwaarde A). Dit betekent dat voor deze cliënten, hoewel een groot deel van hen desgevraagd zegt dat de hulpvraag min of meer planbaar is, heel veel vrijheid moeten inleveren.

Als Fokus-cliënten volgens de AWBZ wel in aanmerking komen voor leveringsvoorwaarde B, bijvoorbeeld omdat zij hulp nodig hebben bij toiletgang, is het nog maar de vraag in hoeverre 'reguliere' zorgverleners deze **zorg op afroep praktisch kunnen organiseren** en binnen welk tijdsbestek zorg beschikbaar is. Aan leveringsvoorwaarden kunnen geen rechten worden ontleend, deze zijn onderwerp van gesprek en onderhandeling tussen zorgaanbieder, zorgkantoor en zorgvragen. Het huidige Fokus-concept met een zorgpost op korte afstand biedt deze mogelijkheden, maar in de 'reguliere' extramurale zorg zijn hier nog maar weinig voorbeelden van te vinden.

Op grond van de resultaten van het onderzoek blijkt verder dat een groep cliënten wellicht in aanmerking komt voor leveringsvoorwaarde C; dat wil zeggen **voortdurende zorg in de nabijheid**. Naar zeggen van Fokus geldt dit voor een relatief grote groep cliënten. Zorg leveren volgens leveringsvoorwaarde C zal voor een reguliere aanbieder slechts mogelijk zijn als cliënten in de nabijheid van een zorgpost wonen, zoals bij Fokus of zoals in zogenaamde woonzorgcomplexen. Het vergroten van het aantal Fokus-woningen rond een zorgpost, vergelijkbaar met woonzorgcomplexen, spoort niet goed met de visie van Fokus voor geïntegreerd wonen in een aangepaste woning.

Indicatie AWBZ-zorg

Uit het groepsgesprek is naar voren gekomen dat de hoeveelheid zorg die geïndiceerd wordt **per indicatiesteller en per regio** kan wisselen. Er zijn op dit moment (nog) geen landelijke normtijden voor bepaalde handelingen en de omschrijvingen van de richttijden laat ruimte voor eigen interpretatie door de indicatiestellers. Landelijke normtijden zijn momenteel in ontwikkeling.

Een groot deel van de cliënten ontvangt naast de ADL-assistentie van Fokus ook AWBZ-zorg, bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging of ondersteunende begeleiding. Op dit moment wordt bij de indicatie voor deze vormen van zorg, strikter dan in het verleden, meegewogen of huisgenoten zogenaamde **gebruikelijke zorg** kunnen verlenen. Dit kan bij een eventuele (her)indicatie voor Fokus-cliënten die samen wonen met een (gezonde) huisgenoot ingrijpende gevolgen hebben. In dat geval wordt van de huisgenoot verwacht dat hij/zij de zorg voor het huishouden draagt en wordt huishoudelijke verzorging waarschijnlijk niet meer geïndiceerd. Persoonlijke verzorging valt voor Fokus-cliënten, aangezien altijd sprake is van een langdurige hulpvraag, niet onder gebruikelijke zorg.

Naast de gebruikelijke zorg wordt bij de indicatie volgens de AWBZ-systematiek ook meegewogen of er **mantelzorg** beschikbaar is. Op dit moment is mantelzorg niet afdwingbaar, dat wil zeggen dat niemand kan worden gedwongen mantelzorg af te nemen, ook als deze (eventueel) beschikbaar is. Het is niet duidelijk of deze regels in de nabije toekomst anders zullen worden en wat de consequenties voor Fokus-cliënten zijn.

Ontwikkeling wetgeving

Naast bovengenoemde veranderingen in de AWBZ, met name de doelmatigheid van de zorgverlening, speelt ook andere veranderende wet- en regelgeving een rol. De invoering van de **Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)** heeft ongetwijfeld grote gevolgen voor de Fokus-cliënten en de hulp die zij ontvangen. Deze wetsveranderingen zijn in dit onderzoek niet meegenomen omdat de uiteindelijke vormgeving van de WMO nog niet goed duidelijk is.

Financiële gevolgen

Voor circa 85% van de **Fokus-cliënten** neemt de eigen bijdrage niet toe na de insluiting van ADL-clusterregeling in de AWBZ. In de uitgangssituatie zitten ze namelijk al aan hun maximale eigen bijdrage. Voor 15% neemt de eigen bijdrage wel toe. Voor deze groep ligt deze toename rond een gemiddelde van € 900 per jaar.

Op **macro-niveau** betekent insluiting in de AWBZ het volgende. Indien Fokus-cliënten via de AWBZ-methodiek geïndiceerd worden en via de reguliere zorgaanbieder zorg verkrijgen, worden kosten verminderd. De omvang van de vermindering is afhankelijk van het aantal uur AWBZ zorg dat zal worden ingezet om de ADL assistentie te vervangen. De AWBZ-kosten voor de Fokus-cliënten worden, uitgaande van een gelijk aantal uren geïndiceerde zorg, gevormd door het aantal geïndiceerde uren AWBZ-zorg x het tarief van deze zorg. Bij de kostenvermindering is echter niet doorgerekend dat een deel van de Fokus populatie, waar zorg in de directe nabijheid nodig is, in dat geval aangewezen zal zijn op intramurale opname.

De zorg die Fokus levert is wezenlijk anders dan de zorg die reguliere aanbieders op dit moment leveren, namelijk zorg op afroep, 24 uur per dag, in een geïntegreerde woonomgeving. Het tarief dat Fokus op dit moment ontvangt per uur geleverde zorg is dan ook aanmerkelijk hoger dan dit AWBZ-tarief. Het is nog niet duidelijk of voor het leveren van zorg volgens leveringsvoorwaarde C of D een extra toeslag gaat worden gegeven. Met deze toeslag zal het tarief waarschijnlijk nog onvoldoende zijn om Fokus de dienstverlening op de huidige manier te laten voortzetten. De uiteindelijke besparing bij insluiting in de AWBZ is afhankelijk van de vraag of men het Fokus-concept wil laten bestaan en zo ja, of en op welke wijze het gat tussen het reguliere tarief en het Fokus-tarief kan worden verkleind. Deze uitkomst bepaalt tevens de uiteindelijke consequenties op zorginhoudelijk vlak, zoals die hierboven zijn geschetst.

1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt achtereenvolgens:

- de beleidscontext van de ADL-clusterregeling en de aanleiding van het onderzoek naar de gevolgen van insluiting van de ADL-clusterregeling in de reguliere functiegerichte AWBZ voor cliënten van Fokus, op zowel zorginhoudelijk als financieel-technisch vlak;
- het doel van het onderzoek en de daarbij behorende onderzoeksvragen;
- de opzet en uitvoering van het onderzoek.

1.1 De ADL-clusterregeling

Het overgrote merendeel van alle kosten die gefinancierd worden vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) loopt via de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). In die wet is bepaald hoe de tarieven tot stand komen van vrijwel alle Nederlandse zorgaanbieders. Naast de WTG bestaat er de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. Deze Regeling omvat circa 60 afzonderlijke en zeer uiteenlopende subsidieregelingen waarvoor het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) premiesubsidies kan verstrekken. Het gaat dan bijvoorbeeld om de subsidiering van doventolkuren, de inzet van hulphonden voor mensen met een lichamelijke beperking, methadonverstrekking in de ambulante verslaafdenzorg en het persoonsgebonden budget (PGB) nieuwe stijl.

Eén van de subsidieregelingen uit de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet is de ADL-clusterregeling. Deze regelt en financiert de (ver)bouw van, en zorglevering in, zogenoemde ADL-clusters. De afkorting ADL staat voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Hieronder wordt bijvoorbeeld hulp bij het opstaan, wassen, douchen en de toiletgang verstaan. Een ADL-cluster wordt gevormd door een 24-uur per dag bemande zorgpost en 12 tot 18 zelfstandige woningen die speciaal zijn bedoeld en aangepast voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap. Per definitie liggen de woningen van een ADL-cluster rondom de zorgpost verspreid tussen andere woningen in een wijk. De bewoners van woningen binnen het ADL-cluster krijgen assistentie bij het uitvoeren van ADL-activiteiten, dit omdat zij dat zelf vanwege hun handicap niet (meer) kunnen. De 24-uurs ADL-assistentie op afroep zoals die via de ADL-clusterregeling wordt geleverd is nauw verweven met een systeem voor professionele 24-uurs alarmopvolging. De ADL-assistenten die op afroep ADL-assistentie verlenen kunnen in geval van nood binnen 3 tot 5 minuten na een alarmoproep zorg verlenen.

Zorg- of assistentieverlening bij ADL-activiteiten vindt niet alleen in ADL-clusters plaats. Ook een groot deel van de ouderen en gehandicapten die reguliere thuiszorg of zorg in een verzorgingshuis ontvangen, krijgt hulp bij het uitvoeren van ADL-activiteiten. Een belangrijk verschil is dat ADL-assistentie in ADL-clusters wordt vergoed door de ADL-clusterregeling terwijl ADL-assistentie via de thuiszorg wordt gefinancierd via de reguliere functiegerichte AWBZ. Verschillen tussen de AWBZ en de ADL-clusterregeling komen ook terug in de voorwaarden waaronder de ADL-zorg wel en niet geleverd kan worden. Hierop komen we later in dit rapport verder op terug.

Veel bewoners van ADL-clusters krijgen naast de ADL-assistentie ook hulp bij Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA). Ook deze EVA handelingen worden vergoed via de ADL-clusterregeling. Tevens krijgt een aantal bewoners aanvullende zorg uit de AWBZ. Deze AWBZ zorg omvat bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging of ondersteunende begeleiding.

De ADL-clusterregeling financiert dus zowel de bouw van ADL-clusters als de ADL-assistentie in ADL-clusters. Dit vinden we terug in de drie paragrafen van de ADL-clusterregeling:

- paragraaf 2.7.3: Het verwezenlijken van ADL-clusters;
- paragraaf 2.7.4: Aanpassing in bestaande ADL-clusters; en
- paragraaf 2.7.5: Levering van ADL-assistentie in ADL-clusters¹.

Bij de eerste twee paragrafen gaat het om projectsubsidies van CVZ aan woningbouwcorporaties voor het aanpassen en toegankelijk maken van woningen in een nieuw ADL-cluster (2.7.3), en het doorvoeren van noodzakelijke aanpassingen in bestaande ADL-clusters (2.7.4). Ter indicatie, een projectsubsidie in het kader van subsidieparagraaf 2.7.3 bedraagt bij een standaard ADL-cluster (12-15 woningen plus zorginfrastructuur) rond de 600.000 tot 650.000 euro. Subsidieregeling 2.7.5 financiert de assistentieverlening in de verschillende ADL-clusters.

Tot 2001 maakt alleen Fokus gebruik van de ADL-clusterregeling. Fokus leverde op dat moment al meer dan 20 jaar, namelijk vanaf 1979, ADL-assistentie aan mensen met een ernstige lichamelijke handicap. Vanaf 2001 ontvangt ook zorgaanbieder Amstelrade in het Amsterdamse project Park de Meer subsidie uit regeling 2.7.5 voor de levering van ADL-assistentie aan bewoners in 15 ADL-clusterwoningen en 5 ADL-MIVA-Plus woningen². Op IJburg wordt momenteel een tweede ADL-clusterproject van Amstelrade gerealiseerd. In 2002 werd Stichting de Contour (nu InteraktContour) als derde zorgleverancier van ADL-assistentie via de ADL-clusterregeling aan het rijtje toegevoegd. Daarnaast zijn ook andere zorgaanbieders bezig met de ontwikkeling van ADL-clusters in Wassenaar, Baarn, Capelle a/d IJssel, en Amsterdam. Naast Fokus leveren vooralsnog alleen Amstelrade en InteraktContour³ ADL-assistentie via de ADL-clusterregeling.

Sinds de start van de ADL-clusterregeling heeft het beleid rond de zorg aan lichamelijk gehandicapten niet stil gestaan. De modernisering van de AWBZ zoals die zich de afgelopen jaren heeft voltrokken is daarvan een belangrijk voorbeeld. Het resultaat van deze inspanningen is een ontschotter functiegerichte AWBZ. Het type zorgvrager (ouderen, lichamelijk- en verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten) staat niet meer centraal maar de zwaarte en type beperking is leidend bij de zorgtoewijzing. De traditionele schotten tussen de verschillende doelgroepen en disciplines (V&V, gehandicapten zorg, GGZ) zijn daarmee vervaagd. De vraag is of er door deze ontschotting ook nog wel ruimte is voor afzonderlijke subsidieregelingen voor aparte doelgroepen, zoals de ADL-clusterregeling.

Op dit moment is het ministerie van VWS van plan om per 1 januari 2005 de ADL-clusterregeling in te sluiten in de reguliere functiegerichte AWBZ. Het beleid van VWS is erop gericht om subsidieverstrekingen die grote gelijkenis vertonen met verstrekkingen uit het reguliere AWBZ-regime, de zogenaamde pseudo-verstrekingen, over te hevelen naar de reguliere functiegerichte AWBZ. De ADL-clusterregeling kan als zo'n pseudo-verstreking worden beschouwd. Insluizing

¹ Via deze paragraaf worden ook de EVA-handelingen vergoed.

² ADL-MIVA-Plus woningen zijn bedoeld voor mensen met een vergelijkbare zorgvraag als ADL-lienten en die bovendien geïndiceerd zijn voor woonbegeleiding. MIVA: minder validen.

³ InteraktContour levert ADL-assistentie via de ADL-clusterregeling aan 1 cliënt in Lelystad.

betekent dat de aparte status van de clusterregeling in de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (Zfw) komt te vervallen en dat de cliënten die momenteel gebruik maken van de regeling zullen zijn aangewezen op reguliere AWBZ zorg. De insluiting is onderdeel van een groter 'uitzuiveringstraject' waarbij verschillende subsidieregelingen uit de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet op termijn moeten opgaan in de reguliere functiegerichte AWBZ of de Zfw.

Het College voor zorgverzekeringen heeft Research voor Beleid en de Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) gevraagd om de gevolgen van deze insluiting voor de huidige cliëntenpopulatie van de ADL-clusterregeling in kaart te brengen, op zowel zorginhoudelijk als financieel-technisch vlak. Dit rapport beschrijft de methodiek en resultaten van het onderzoek.

Hierbij is de opmerking op zijn plaats dat het hier beschreven onderzoek alleen betrekking heeft op de laatste paragraaf van ADL-clusterregeling; paragraaf 2.7.5. De belangrijkste reden hiervoor is dat alleen paragraaf 2.7.5 wordt ingesluit in de AWBZ. De overige twee paragrafen zijn vooral van belang voor woningbouwverenigingen en de betrokken zorgaanbieders. Paragraaf 2.7.4 gaat in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) per 2005 over naar de WVG en per 2006 over naar de dan van kracht wordende WMO¹. De toekomst van paragraaf 2.7.3 is vooralsnog onduidelijk. Paragrafen 2.7.3 en 2.7.4 worden in dit rapport niet behandeld tenzij dit ergens expliciet wordt aangegeven. In de gevallen dat er wordt verwezen naar de ADL-clusterregeling wordt hierbij regeling 2.7.5 bedoeld.

Een tweede aandachtspunt is de inkadering van de cliëntenpopulatie die momenteel van de ADL-clusterregeling gebruik maakt. In de inmiddels 30 jaar dat Fokus actief is heeft zij door het land heen 71 ADL-clusters opgezet. Op dit moment zijn een extra 30 projecten in ontwikkeling. Eind 2003 maakten in totaal 939 cliënten gebruik van de ADL-assistentie van Fokus. Gelet op deze verhouding 939 vs. 20 (Amstelrade) vs. 1 (InteraktContour) en vanwege redenen van efficiëntie en doelmatigheid is ervoor gekozen om ons in het onderzoek alleen te richten op de cliënten van Fokus. Aangezien de ADL-clusterregeling op een vergelijkbare wijze wordt toegepast in de andere projecten verwachten wij dat de hiergenoemde patronen en gevolgen ook voor die projecten zullen gelden.

¹ Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Ministerie van VWS, 23 – 4 – 2004.

1.2 Onderzoeksvragen

Doel van het onderzoek is te komen tot een vergelijking van de zorgverlening en de bekostiging van zorg voor lichamelijk gehandicapten (in verschillende zorgzwaartecategorieën) die op dit moment vallen onder de ADL-clusterregeling en de zorgverlening en de bekostiging als diezelfde personen zouden worden geïndiceerd op grond van de functiegerichte AWBZ systematiek. Vervolgens wordt in kaart gebracht wat de consequenties zijn van insluiting van het ADL-clusterconcept. De centrale vraagstelling van het onderzoek is:

Wat betekent de conversie van de ADL clusterregeling naar de AWBZ in zorginhoudelijk en financieel opzicht, voor zowel de financiering(ssstromen) als voor de Fokus-cliënt?

Deze hoofdvraag kan uitgesplitst worden naar de volgende deelvragen:

- a. Welke zorg ontvangen de cliënten van Fokus op dit moment?
- b. Welke zorg zouden de huidige cliënten van Fokus ontvangen wanneer zij op dit moment reguliere AWBZ zorg zouden ontvangen?
- c. Welke verandering van financieringsstromen brengt deze conversie met zich mee en welke financiële consequenties heeft deze conversie voor de Fokus-cliënt?

1.3 Onderzoekopzet

De door ons gekozen onderzoekopzet vloeit voort uit de hierboven genoemde onderzoeksvragen en verloopt dan ook langs twee invalshoeken. Enerzijds focussen we op de inhoud van de zorgverlening binnen ADL-clusterregeling en de reguliere AWBZ en anderzijds op de bekostiging van zorg via de clusterregeling en de reguliere AWBZ. Het onderzoek is opgebouwd uit een aantal verschillende onderdelen, te weten:

- Expertinterviews
- Enquête onder Fokus-cliënten
- Clusteranalyse op de resultaten van deze enquête
- AWBZ indicatie van cliëntprofielen in groepsverband
- Microsimulatie

Voor het in kaart brengen van de gevolgen op zorginhoudelijk vlak zijn vooral de eerste vier onderdelen van belang. De financieel technische component van het onderzoek staat centraal bij de microsimulatie. De resultaten van de enquête onder Fokus-cliënten, de clusteranalyse en de groepsgewijze AWBZ indicatie van cliëntprofielen vormen een belangrijke input voor deze microsimulatie.

Expertinterviews

Om een beeld te krijgen van de verschillende knelpunten die zich voor doen bij de insluiting van de ADL-clusterregeling in de AWBZ zijn tijdens de looptijd van het onderzoek gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO), Landelijk Centrum Indicatiestelling in de Gehandicaptenzorg (LCIG), reïntegratiebedrijf Argonaut en Fokus. In de interviews is besproken welke knelpunten en oplossingen de verschillende experts op voorhand signaleren rond de insluiting van de ADL-clusterregeling in de AWBZ. Daarnaast is bij deze gesprekken aandacht besteed aan de inhoud van de vragenlijst voor de enquête onder de Fokus-cliënten. Belangrijk punt hierbij was het type informatie dat nodig is voor een juiste indicatie door de indicatieadviseurs van RIO en LCIG. Op basis van deze informatie is de vragenlijst

voor de enquête onder de Fokuspopulatie onder meer vormgegeven. De nadruk bij de gesprekken met de vertegenwoordigers lag vooral op de indicatiestelling en de verschillen die zich voordoen tussen de AWBZ indicatie van de Regionale Indicatieorganen (RIO's) en LICG-districten enerzijds en de Argonaut indicatie voor ADL-assistentie en Fokuswonen anderzijds.

Enquête onder Fokus-cliënten

De kernvraag van het onderzoek is hoe de zorgverlening aan Fokus-cliënten verandert op het moment dat de ADL-clusterregeling wordt ingesluit in de AWBZ en wat voor gevolgen dit heeft als we kijken naar het kostenplaatje. Om een dergelijke vergelijking te kunnen maken is inzicht in de huidige situatie onder de ADL-clusterregeling onontbeerlijk. Door middel van een enquête onder de gehele Fokuspopulatie hebben we de huidige zorgbehoefte, zorgconsumptie en financiële situatie van de Fokus-cliënten in kaart gebracht. De enquête had tevens tot doel om op cliëntniveau de noodzakelijke informatie voor de AWBZ indicatie in kaart te brengen zoals het type en de zwaarte van de beperkingen. Deze informatie vormde ook de input voor de clusteranalyse.

Ter voorbereiding op de enquête heeft Fokus een aankondigingsbrief onder haar cliëntenpopulatie doen rondgaan met daarbij de vraag om aan Fokus door te geven als men niet wilde meewerken aan de telefonische enquête. 73 personen hebben aan dit verzoek gehoor gegeven en doorgegeven dat zij niet wilden meewerken. Daarnaast hebben 200 cliënten doorgegeven dat zij de enquête schriftelijk wilden ontvangen en 120 dat zij via e-mail de vragenlijst wilden invullen. Beide mogelijkheden zijn geboden.

In totaal zijn 537 mensen telefonisch benaderd voor de enquête en hebben 320 mensen de vragenlijst schriftelijk of via e-mail ontvangen. Uiteindelijk hebben:

- 276 cliënten meegewerkt aan het telefonische interview;
- 156 schriftelijk de vragenlijst ingevuld, en
- 83 de vragenlijst via e-mail teruggestuurd.

Dit leidt tot een overall respons van 515 cliënten en een responspercentage van 55% ten opzichte van de gehele Fokuspopulatie (938).

De enquête bestaat uit 69 vragen die zijn onderverdeeld in verschillende hoofdstukken:

- *achtergrondkenmerken van de cliënt*, zoals leeftijd, geslacht, huishoudsamenstelling etc.
- *gebruik van ADL-assistentie*, met daarbij specifiek aandacht voor de hoogte van de Argonaut-indicatie en mate waarin de cliënt is aangewezen op verschillende ADL activiteiten.
- *AWBZ zorg*, vragen over eventuele aanvullende AWBZ zorg; zoals het aantal geïndiceerde uren en functies. Nadruk ligt hierbij op huishoudelijke verzorging en verpleging.
- *Beperkingen*, middels een aantal gerichte vragen worden de beperkingen van de cliënt in kaart gebracht. Naast het ziektebeeld wordt een aantal specifiek vragen uit het AWBZ indicatieformulier gesteld (m.b.t. motorische functioneren) met als doel zo veel mogelijk voor de AWBZ indicatie relevante informatie te verzamelen. Vanwege het feit dat een belangrijke voorwaarde voor de ADL-assistentie via de ADL-clusterregeling is dat de cliënt geen psychosociale beperkingen kent zijn vragen gericht op het in kaart brengen van de psychosociale problematiek, mede vanwege de gewenste beperkte omvang van de vragenlijst, niet meegenomen in het onderzoek.
- *financiële situatie*, zoals inkomstenbron van de cliënt zelf en eventueel van zijn of haar partner; hoogte van de huur van de Fokuswoning en aanvullende servicekosten.

Clusteranalyse

Om vast te kunnen stellen in welke mate bepaalde gevolgen van de insluiting in de AWBZ doorwerken in de Fokuspopulatie is het belangrijk ordening aan te brengen binnen de populatie. Wanneer bekend is uit wat voor verschillende typen cliënten de Fokuspopulatie bestaat wordt het eenvoudiger om de kwantitatieve impact van de insluiting in kaart te brengen. Er moet dus een dwarsdoorsnede gemaakt worden door de Fokuspopulatie. Dit is gedaan met een zogenaamde clusteranalyse.

Clusteranalyse is een verzamelnaam voor statistische methodes waarmee objecten, in dit geval Fokus-cliënten, kunnen worden ingedeeld in groepen (clusters) van objecten die onderling een grote samenhang vertonen, maar waarvan geen of slechts beperkte samenhang bestaat met objecten uit de andere clusters. De samenhang van objecten binnen een cluster is gebaseerd op een aantal op voorhand bepaalde variabelen. Na bestudering van de ruwe gegevens van de enquête hebben we ervoor gekozen om hiervoor 8 variabelen te gebruiken (zie voor een achtergrond ook paragraaf 4.1).

In standaard clusteranalyses wordt het aantal te onderscheiden clusters bepaald door de statistische analyse zelf. Voor de clusteranalyse in dit onderzoek is gekozen voor de Quick Clusteranalyse (SPSS). Hierbij moet zelf vooraf het aantal te onderscheiden clusters worden bepaald. Reden voor deze keus is primair ingegeven door het relatief hoge aantal cases (515). De standaard analyse kan een dergelijk aantal cases niet aan. Bijkomend voordeel is dat op deze manier eenvoudig rekening gehouden kan worden met de door ons gestelde voorwaarde van ten minste 50 Fokus-cliënten per cluster. Op basis hiervan is gekozen om een aantal van 6 te onderscheiden clusters aan te houden. In dat geval bestaat het kleinste cluster uit 49 respondenten.

6 Profielen

Aan de hand van de 6 clusters kunnen 6 cliënt profielen worden onderscheiden. De grootste gemene deler per cluster vormt de basis voor ieder profiel (een 'voorbeeld cliënt'). Clusters zijn dus geen profielen of andersom. De profielen zijn geen echt bestaande personen.

Naast de gegevens uit de clusteranalyse zijn de profielen gecompileerd aan de hand van een aantal aannames. Deze aannames zijn:

- De cliënt heeft alleen een lichamelijke handicap (functiestoornis) of somatische ziekte waardoor de cliënt in de praktijk lichamelijk beperkt is. Hij of zij heeft per definitie géén (aanvullende):
 - Psychogeriatrische ziekte/aandoening
 - Psychiatrische aandoening, psychische stoornis
 - Verstandelijke handicap
 - Psychosociale problemen
 - Zintuiglijke handicap.

De reden voor deze aannames is dat Fokus-cliënten sociaal zelfredzaam moeten zijn om in aanmerking te kunnen komen voor een Fokus woning. Het is goed mogelijk dat een (klein) aantal cliënten in de praktijk niettemin een van deze ziekten of beperkingen heeft (ontwikkeld).

- De assistentie die cliënten ontvangen bij ADL activiteiten weerspiegelt de daadwerkelijke hulpvraag.
- De cliënt ontvangt in principe geen mantelzorg. De aanwezigheid van mantelzorg speelt een rol bij de AWBZ-indicatie. Voor een juiste inschatting van de mantelzorg-situatie op individueel niveau is relatief veel informatie nodig over het type zorg, frequentie en belasting en belast-

baarheid van de mantelzorger. Wij hebben ervoor gekozen om deze aanvullende vragen buiten de enquête te houden. Enerzijds vanwege de noodzakelijke uitbreiding van de toch al forse vragenlijst. Anderzijds omdat de vragen over belasting en belastbaarheid moeilijk op een betrouwbare wijze in een beperkt aantal vragen zijn te vatten. Als een cliënt wel op een regelmatige basis mantelzorg ontvangt leidt dit in voorkomende gevallen tot een lagere AWBZ indicatie. De mate waarin dit gebeurt hangt onder meer af van het type zorg en de frequentie van de mantelzorg.

De aan de hand van deze informatie opgebouwde 6 profielen bevatten naast informatie over de huidige zorgvraag, zorgconsumptie en financiële situatie ook voldoende informatie voor een juiste schatting van het aantal uren persoonlijke verzorging, verpleging, huishoudelijke verzorging en ondersteunende begeleiding dat op basis van AWBZ indicatiecriteria kan worden toegekend.

AWBZ Indicatiestelling Fokus profielen

De 6 profielen zijn ter indicatie voorgelegd aan indiceerders van verschillende RIO's en een LCIG-kantoor. Ook een docent indicatiestelling (AWBZ- en Argonaut indicaties) van Argonaut heeft de verschillende profielen geïndiceerd. Vraag aan hen was om vast te stellen voor welke AWBZ zorg de verschillende profielen in aanmerking komen gelet op de in het profiel benoemde beperkingen en hulpvraag. De AWBZ indicatie van de verschillende profielen door indiceerders van RIO's en LCIG vond plaats in groepsverband. In dit groepsgesprek zijn vervolgens de verschillende knelpunten die zich bij de insluiting voordoen besproken.

Microsimulatie

Vervolgens heeft SEO met behulp van een microsimulatie per profiel vastgesteld wat het insluiten van de ADL clusterregeling in de reguliere AWBZ betekent voor de betrokken financieringsstromen en de omvang daarvan. Ook zijn zo de financiële consequenties voor de cliënt in kaart gebracht. Microsimulatie is een techniek waarmee op persoonsniveau de gevolgen van beleidsveranderingen worden doorgerekend. Per profiel geeft het model vervolgens de financiële consequenties weer. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt wat de kosten zijn voor de staat (macroniveau) en de cliënt (microniveau) bij a) ADL-clusterwonen en b) zorgverlening conform de reguliere functiegerichte AWBZ.

1.4 Leeswijzer

Voor een goed begrip van de gevolgen van insluiting is enige achtergrondkennis van de indicatiestelling voor ADL-assistentie van Fokus en reguliere AWBZ zorg onontbeerlijk. Datzelfde geldt voor de visie op zorgverlening van Fokus en de AWBZ. Beide punten komen aan de orde in hoofdstuk 2. In het daaropvolgende hoofdstuk worden de kenmerken van de Fokuspopulatie beschreven. We staan stil bij de hoeveelheid zorg die de cliënten ontvangen via Fokus en de reguliere AWBZ. In hoofdstuk 4 behandelen we de gevolgen van insluiting voor de 6 profielen die via de clusteranalyse zijn verkregen. Naast de AWBZ indicatie van deze 6 profielen wordt een aantal knelpunten beschreven die zich voordoen bij de insluiting van de ADL-clusterregeling in de reguliere AWBZ. Na de zorginhoudelijke gevolgen worden in hoofdstuk 5 de gevolgen behandeld die zich voordoen op financieel technisch vlak. Wat merkt de Fokus-cliant er straks van in de portemonnee? En wat voor financiële gevolgen heeft de insluiting op macro (landelijk) niveau? In het laatste hoofdstuk geven we een beschouwing aan de hand van relevante toekomstige ontwikkelingen.



2 Achtergronden bij Fokus en de AWBZ

Voor een goed begrip van de uiteindelijke gevolgen van insluiting van de ADL-clusterregeling in de reguliere AWBZ is enige achtergrondkennis van de zorgvisie en indicatiestelling van het Fokus concept en de AWBZ systematiek onontbeerlijk. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijven we de zorgvisie van Fokus en de visie op zorgverlening vanuit de AWBZ. Veel van de verschillen tussen Fokus en de AWBZ uiten zich in de indicatiestelling, dus in de toegang tot zorg en de voorwaarden van zorgverlening. Om die reden wordt in het tweede deel van dit hoofdstuk het indicatieproces beschreven van de ADL-assistentie via Fokus en de zorgaanspraken binnen de AWBZ. In de overige delen van dit rapport wordt waar nodig (terug)verwezen naar passages en paragrafen in dit hoofdstuk.

2.1 Fokus en AWBZ; twee visies, één klant

2.1.1 ADL-assistentie via Fokus

Fokus heeft door de jaren heen sterk vastgehouden aan de eigen visie op zorgverlening. Basis voor deze visie vormt het uitgangspunt dat het hebben van een lichamelijke beperking, hoe ernstig en ingrijpend ook, niet belemmert dat men volwaardig kan participeren in de maatschappij zoals een ieder ander zónder lichamelijke beperking. Een speciale rol vervult hierbij het wonen in een zo normaal mogelijke woning en woonomgeving. Lichamelijke beperkingen worden pas echt handicaps als de gebouwde omgeving, de dienstverlening en het maatschappelijk leven belemmeringen opwerpen voor een eigen, onafhankelijk leven. In de visie van Fokus moeten deze belemmeringen zo veel mogelijk worden weggenomen. Volgens Fokus vraagt dit niet zozeer om zorg (als bij ziekte), begeleiding en bescherming (als bij onvolwaardigheid), maar om basisvoorzieningen als een eigen woning, dienstverlening waar gewenst en dat alles onder zo normaal mogelijke omstandigheden.

Fokusmodel

Uitgangspunt van het Fokusmodel is dat de cliënt een aangepaste woning van de woningbouwvereniging huurt in het ADL-cluster waarbij Fokus de ADL-zorg levert waar de cliënt op is aangevoelen. De ADL-assistentie die Fokus levert heeft in principe alleen betrekking op ADL-activiteiten zoals wassen, kleden, toiletgebruik en transfers maken. In aanvulling hierop kan Fokus, mits de aanwezige ADL-assistenten hiervoor zijn opgeleid, ook bepaalde Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA) handelingen uitvoeren zoals wond en stoma verzorging, het toedienen van medicijnen en hulp bij beademingsproblemen.

De zorgvisie van Fokus komt duidelijk naar voren in het model van zorgverlening dat Fokus hanteert. Deze kenmerkt zich door een aantal aspecten:

- De ADL-assistentie wordt **op afroep** en op aanwijzing van de cliënt verleend. Het leveren van geplande zorg is vanaf 1996 mogelijk maar werd, in ieder geval tot voor kort, vaak ontmoedigd. De cliënt bepaalt wanneer hij of zij assistentie wil ontvangen en waarbij dit gebeurt. Tevens kan de cliënt aangeven hoe hij het liefst geassisteerd wordt.

- De cliënt kan **24 uur per etmaal** beroep doen op de assistentie van Fokus via een alarm-intercom systeem. ADL-assistentie is net als alarmopvolging gegarandeerd 24 uur per dag beschikbaar.
- De ADL-assistent wordt gezien als een persoonlijk verlengstuk van de cliënt. Wat de cliënt niet kan doet de assistent. Dit betekent dat bij het toewijzen en dagelijks aanspreken van de ADL-assistent geen rekening wordt gehouden met de aanwezigheid of mogelijkheden van professionele thuiszorg, een eventuele partner, kinderen en/of andere mantelzorgers tenzij dit bij de indicatie is overeengekomen of tenzij de cliënt daar zelf gebruik van wenst te maken.
- De woorden 'zorg' en 'zorgverlening' worden binnen Fokus uit principe niet gebruikt. In plaats daarvan wordt gesproken over 'assistentie' en 'het verlenen van assistentie'.
- Kenmerkend is verder dat het wonen en de dienstverlening onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Dit ondanks het feit dat wonen en zorg formeel en financieel-technisch gescheiden zijn (cliënten huren zelfstandig hun woning van een woningcorporatie). ADL-assistentie wordt alleen geboden in ADL-clusterwoningen. Het formeel scheiden van wonen en zorg is op zichzelf niet uniek gelet op de grote diversiteit aan wozoco's¹, serviceflats, aanleun- en satellietwoningen.

Fokus legt sterk de nadruk op vraagsturing en de eigen regie van de cliënt. Assistentieverlening op afroep en volgens de wensen van de cliënt, vormt de essentie van het zorgmodel van Fokus. Dit vraagt niet alleen een specifieke houding van de organisatie en haar ADL-assistenten. Ook cliënten moeten verantwoordelijk met de eigen regierol om kunnen gaan. Dit stelt bepaalde eisen aan de cliëntenpopulatie, voornamelijk op psychosociaal vlak (zelfredzaamheid).

2.1.2 Zorglevering via de AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verplichte volksverzekering die onverzekerd geachte zorgkosten financiert. Hierbij gaat het vaak om langdurige zorg aan mensen met een langdurige of chronische aandoening of beperking. De meeste bekende financieringsposten zijn verzorgings- en verpleeghuizen voor ouderen, de thuiszorg, gehandicaptenzorg en grote delen van de GGZ.

Bij de introductie van de AWBZ op 1 januari 1968 stond de toenmalige regering vooral de verzekering van zware geneeskundige risico's voor ogen. In eerste instantie beperkte de wet zich dan ook tot 'zware' intramurale zorg. Wel liet de wet vanaf het begin de mogelijkheid open om de aanspraken verder uit te breiden. In de loop der jaren is van deze mogelijkheid ruimhartig gebruik gemaakt en is de AWBZ tot financieringsvergaarbak verworden voor allerhande zorg die in eerste instantie niet via de Ziekenfondswet (Zfw) of via andere wegen te verzekeren leek.

Mede in het licht van de sterk groeiende uitgaven binnen de AWBZ wordt op dit moment binnen het ministerie van VWS gewerkt aan voorstellen om de AWBZ weer 'uit te zuiveren' met als doel de AWBZ terug te brengen tot de verzekering waarvoor zij ooit bedoeld was, die voor zware geneeskundige risico's. In het verlengde daarvan zal bijvoorbeeld de op genezing gerichte zorg uit de AWBZ gaan verdwijnen en naar het tweede compartiment (Zfw) verplaatst worden. Een ander deel zal via de nieuwe Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) voor verantwoorde-

¹ Woon-zorg complexen.

lijkheid komen van gemeentelijke overheden. Het deel van de zorgproducten dat onder de WMO zal gaan vallen, zoals volgens de huidige plannen bijvoorbeeld de huishoudelijke zorg, verliest hiermee het verzekeringstechnische karakter. In het geval van de huishoudelijke zorg heeft de zorgontvanger dan geen 'recht' meer deze zorg. De zorg in kwestie wordt dan een gemeentelijke voorziening waarbij de omvang en invulling waarschijnlijk per gemeente zal gaan verschillen.

Hoewel de WMO grote gevolgen zal hebben voor zorgvragers, waaronder Fokus-cliënten, vormt deze wet slechts een deel van de inspanningen rond de modernisering AWBZ. In het kader van het groot project modernisering AWBZ zijn of worden over een periode van enkele jaren (2001-2006) grote veranderingen doorgevoerd in het AWBZ verzekeringsstelsel. Voorbeelden hiervan zijn de invoering van de functiegerichte indicatiestelling, functiegerichte bekostigingssystematiek, de recente oprichting van het landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de invoering van een vernieuwd PGB systeem.

Al deze ontwikkelingen hebben aanzienlijke gevolgen voor de Fokus-cliënten op het moment dat de ADL-clusterregeling wordt ondergebracht in de reguliere (functiegerichte) AWBZ. Vooralnog zijn deze gevolgen alleen goed te overzien in het geval de ADL-clusterregeling op dit moment zou worden gesluit. Met andere woorden de gevolgen van een (eventuele) insluiting zijn alleen goed in kaart te brengen als we zorgverlening via de ADL-clusterregeling vergelijken met de AWBZ systematiek zoals die op dit moment geldt. In overleg met opdrachtgever CVZ is dan ook besloten om de huidige situatie als uitgangspunt te nemen voor het onderzoek. Niettemin is te verwachten dat de daadwerkelijke gevolgen, bijvoorbeeld gelet op de geplande invoering van de WMO per 1-1-2006, aanzienlijk groter zullen zijn dan het beeld dat hier op dit moment, en gegeven de huidige situatie kan worden geschilderd.

AWBZ: doelmatig en redelijk

Net als de assistentieverlening door Fokus wordt ook financiering vanuit de AWBZ geregeld vanuit een 'visie'. Allereerst is het zo dat de AWBZ een verzekeringstechnisch karakter heeft. Dit betekent onder meer dat, om aanspraak te kunnen maken op de AWBZ, de beperkingen en zorgbehoefte van de zorgvrager objectief in beeld moeten worden gebracht. Dit gebeurt middels een indicatie van het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) of Landelijk Centrum Indicatiestelling in de Gehandicaptenzorg (LCIG).

De aanspraak op AWBZ gefinancierde zorg wordt geregeld in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA). In verband met de 'visie' van de AWBZ is vooral artikel 2 punt 3 van het BZA interessant:

"De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen".

Hierin zijn met de name de begrippen **doelmatigheid** en **redelijkheid** van belang aangezien deze, in ieder geval in theorie, grenzen stellen aan wat binnen de AWBZ wel en niet wordt vergoed. Vooralnog is er geen praktische invulling gegeven aan beide termen, althans niet door het ministerie van VWS. Mede vanwege het uitblijven van de politieke discussie over wat 'doelmatig' en 'redelijk' nu eigenlijk is heeft LVIO de stap gezet om zorginhoudelijke richtlijnen en afwegingskaders te ontwikkelen van wat als doelmatig en redelijk wordt ervaren binnen de praktijk van het indicatiestellen. Het gaat hierbij dus om wat op zorginhoudelijke gronden doelmatig (i.e. adequaat) en redelijk is. Met name de term doelmatigheid heeft daarentegen ook juist een belangrijke finan-

ciële component. Gelet op de sterk groeiende uitgaven in de AWBZ en de noodzaak die het ministerie hierin ziet om het ondoelmatige gebruik van collectieve AWBZ middelen terug te dringen, valt het te verwachten dat 'doelmatigheid' en het gebruik ervan in de praktijk op korte termijn ook vanuit financieel-technisch oogpunt verder zal worden geëxpliciteerd. Een voorbeeld hiervan is de huidige discussie rond de 'omslagpunten' (zie ook hoofdstuk 4).

Rond het proces van de modernisering AWBZ vallen niet alleen de woorden doelmatig en redelijk op. Ook termen als **houdbaar**, (behoud van) **solidariteit** en het meer aanspreken van de **eigen verantwoordelijkheid** passen bij de gemoderniseerde AWBZ. Zo is het ministerie van VWS steeds explicieter in haar mening dat huishoudelijke zorg, wonen en het vervoer niet vanzelfsprekend tot het collectief verzekerde domein behoren, maar dat mensen dat in beginsel zelf, in het private domein, dienen te regelen. De minister en staatssecretaris denken in een zelfde richting voor wat betreft delen van de functie persoonlijke verzorging en ondersteunen en begeleiden van zelfstandig wonen. Uiteraard zal dit grote consequenties hebben voor de huidige populatie Fokus-cliënten, ook wanneer de ADL-clusterregeling in zijn huidige vorm zou blijven bestaan.

2.1.3 Verschil van visie?

Fokus en de AWBZ benaderen zorgverlening aan mensen met een beperking vanuit een verschillend perspectief. Bij Fokus wordt zorg en assistentieverlening haast zuiver vraaggestuurd verleend. De cliënt bepaalt (binnen zekere kaders) welke zorg moet worden verleend en wanneer en onder welke omstandigheden dat moet gebeuren. Doelmatigheid en efficiency zijn wel belangrijk maar niet leidend bij de zorgverlening door Fokus. De AWBZ let daarentegen juist sterk op de efficiency en doelmatigheid van zorgverlening. De consequentie van het verlenen van zorg volgens deze visie is onder meer dat de kosten van een uur geleverde ADL-zorg bij Fokus 43% hoger liggen dan het uurtarief binnen de AWBZ¹. Daarbij is wel de opmerking op z'n plaats dat 24-uurs alarmopvolging en de levering van EVA-handelingen (die binnen de AWBZ een hoger uurtarief hebben) in het tarief van Fokus zijn meegenomen.

Hoofdstuk 5 gaat dieper in op de financiële kant van de assistentieverlening door Fokus en vergelijkbare zorgverlening binnen de reguliere AWBZ.

2.2 Indicatiestelling

De toegang tot zorg wordt zowel bij de ADL-clusterregeling als bij de AWBZ geregeld via een indicatie. Bij assistentie van Fokus is dat een indicatie van Argonaut en bij de AWBZ is dat een indicatieadvies van een RIO en/of LCIG. Op een aantal punten verschillen beide manieren van indicatiestelling zodanig dat dit de van invloed is op de hoeveelheid zorg die men kan ontvangen en de omstandigheden waaronder dit mogelijk is. Achtereenvolgens staan we hier stil bij de indicatiesystematiek van Argonaut en RIO/LCIG en de verschillen tussen beide.

¹ Maximaal vergoede kostprijs per uur geleverde persoonlijke verzorging extra AWBZ (PV-1 extra): € 36.50 Prijspeil 1.1.2004 CTG beleidsregel extramurale zorg (II-619 / III-797); vergoede kostprijs per uur van door Fokus geleverde ADL-assistentie: € 52,37 inclusief de ADL-uren die aan EVA-handelingen zijn besteed, gemiddelde prijs over 2003.

2.2.1 Indiceren voor ADL-assistentie en clusterwonen

Om in aanmerking te kunnen komen voor een Fokuswoning waar ADL-assistentie door Fokus wordt geboden, moet een indicatie afgegeven zijn door een indicatieadviseur van reïntegratiebedrijf Argonaut. In een persoonlijk gesprek brengt de indicatieadviseur van Argonaut de beperkingen en zorgvraag van de zorgvrager in kaart. Een belangrijk aspect is hierbij vast te stellen of de zorgvrager in kwestie voldoet aan twee specifieke voorwaarden voor een Fokus woning, namelijk:

- de zorgvrager heeft een indicatie voor tenminste 5 uur en maximaal 30 uur ADL-assistentie per week.
- de zorgvrager is voldoende sociaal zelfredzaam om de regie te kunnen voeren over de eigen zorgverlening. Met andere woorden, de zorgvrager is in staat om een juiste manier aanwijzingen te geven over het tijdstip en manier waarop de assistentie moet worden geleverd.

Aan de hand van de beperkingen van de zorgvrager wordt een indicatieprotocol ingevuld waarbij per ADL-activiteit een aantal punten per week wordt gescoord op het indicatieprotocol (zie figuur 2.1). Naast de ADL-activiteiten wordt ook een indicatie afgegeven voor een tijdsinvestering per week aan EVA handelingen.

Richtlijnen voor tijdsinvestering

- *Voor de verschillende activiteiten die de indicatieadviseur van Argonaut kan indiceren bestaan richtlijnen met betrekking tot het aantal minuten dat de betreffende activiteit gemiddeld genomen kost. Bij de indicatie zijn deze richtlijnen tot op zekere hoogte richtinggevend bij het aantal minuten dat voor de verschillende activiteiten wordt geïndiceerd. De werkelijk geïndiceerde tijd per activiteit verschilt per cliënt en hangt af van:*
 - *de beperkingen van de cliënt;*
 - *de sociale context en eigen wensen van de cliënt;*
 - *de andere geïndiceerde activiteiten.*

Aan de hand van het protocol kan per handeling, bijvoorbeeld 'opstaan', of per activiteit, bijvoorbeeld 'uit bed', worden geïndiceerd. Over het algemeen gebeurt dit per handeling. Per handeling bestaat een richtlijn in punten ('1 richtlijn') voor het aantal hiervoor te indiceren minuten ('2 handelingstijd'). Voor de handeling 'opstaan' is de richtlijn bijvoorbeeld 8 punten. Ieder gescoord punt correspondeert met 5 minuten zorg. Voor 'opstaan' betekent 8 punten dus 8×5 minuten = 40 minuten assistentie.

De onder 'richtlijn' genoemde tijd dient vooral om richting te geven aan de benodigde tijdsinvestering. Per cliënt wordt de werkelijke handelingstijd bepaald aan de hand van diens zorgvraag en beperkingen. Hoe veel en hoe vaak van de richtlijn wordt afgeweken is niet bekend. Anders dan bij de AWBZ wordt bij het bepalen van de handelingstijd door Argonaut relatief sterk rekening gehouden met de eigen wensen van de zorgvrager alsook met zijn leefwijze. Als iemand vaak buitenshuis actief is dan zal deze persoon veel tijd per dag geïndiceerd krijgen voor bijvoorbeeld jas aan/uit trekken. Ook kan het zijn dat iemand bepaalde ADL activiteiten ondanks de beperkingen zelf wil doen. In dat geval wordt er rekening mee gehouden bij de indicatiestelling ook als dit ertoe leidt dat hierdoor juist de indicatie omhoog gaat doordat de eigen activiteiten de ADL-assistentielevering belemmeren. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat iemand zelf zijn knoopjes wil dichtdoen. Hierdoor kan het aankleden in bepaalde gevallen in plaats van 15 minuten een half uur

gaan duren. In dat geval kan de ADL-assistent in de tussentijd andere activiteiten doen maar als dit niet kan zal hij of zij op de cliënt moeten wachten.

Figuur 2.1 Indicatieprotocol van Argonaut voor ADL-assistentie via de ADL-cluster-regeling

ADL-handelingen		1 richtlijn	2 hande- lingstijd	3 looptijd assistent	4 aantal keer per dag	5 aantal dagen per week	6 TOTAAL (2x3)x4x5 (punten)	
1	OPSTAAN	8						
1.1	uit bed							
1.2	douchen/wassen							
1.3	aankleden							
	looptijd assistent (totaal groep)			1				
2	RUSTEN	6						
2.1	in bed							
2.2	uit bed							
	looptijd assistent (totaal groep)			1				
3	NAAR BED GAAN	6						
3.1	uitkleden							
3.2	wassen							
3.3	in bed							
	looptijd assistent (totaal groep)			1				
4	TRANSFER	4						
4.1	in rolstoel							
4.2	uit rolstoel							
	looptijd assistent (totaal groep)			1				
5	TOILETGEBRUIK	3						
6	ETEN EN DRINKEN	7						
7	OPLADEN ROLSTOELACCU	2						
8	VERVOERSVOORZIENING	3						
8.1	instappen							
8.2	uitstappen							
	looptijd assistent (totaal groep)			1				
9	UITGAAN	1						
9.1	jas aan							
9.2	jas uit							
	looptijd assistent (totaal groep)			1				
10	BADGEBRUIK in ADL-eenheid	13						
11	's NACHTS OMDRAAIEN	1						
12	EENVOUDIGE MEDISCHE ASS.	1-3						
12.1	ASSISTENTIE BIJ BEADEMING	3						
	Vastgestelde behoefte aan ADL- Assistentie per week							
13	Hulp gegeven door de partner					-/-	punten	Uren per week
							punten	Uren per week
							TOTAAL	punten
								Uren per week

Looptijd

- *Argonaut indiceert 'looptijd van de assistent' als afzonderlijke activiteit. Het aantal geïndiceerde uren ADL-assistentie omvat dus niet puur de contactmomenten met de cliënt.*

Bij de indicatie bepaalt Argonaut, per handeling afzonderlijk, de looptijd van de assistent die met die handeling is gemoeid. Als richtlijn voor de looptijd per handeling wordt in het protocol 1 punt genoemd. In de praktijk wordt hier echter van afgeweken en komt het voor dat er 2 punten voor de looptijd worden geïndiceerd. In totaal is dit 10 minuten looptijd per handeling. De reden hiervoor is niet duidelijk. Met name voor kleine handelingen zoals assistentieverlening bij eten en drinken, jas aantrekken of het 's nachts omdraaien kan de geïndiceerde looptijd op die manier meer dan de helft van de totaal per handeling geïndiceerde tijd beslaan. Hoe regelmatig dit precies voorkomt is niet bekend. In algemene zin wordt 15% van de geregistreerde zorgtijd besteed aan lopen van en naar de cliënt, aldus Fokus.

Daar komt bij dat Fokus zorg levert in tijdseenheden van een kwartier waarbij alle tijdsinvesteringen naar boven worden afgerond. Een assistentieverlening van 20 minuten komt zo bijvoorbeeld in de boeken als een tijdsinvestering van 30 minuten. Kwartieren worden wel opgevuld met voor de klant nuttige (maar niet geïndiceerde) assistentie zoals vuilniszakken buiten zetten, gordijnen open maken etc. In verband hiermee worden cliënten ook gevraagd om assistentievragen waar mogelijk te combineren.

Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA)

- *Bij de indicatie van het aantal uren ADL-assistentie kan ook een aantal verpleegkundige activiteiten, zogenaamde EVA-handelingen, worden geïndiceerd.*

Bij het invullen van het indicatieprotocol wordt ook de tijdsbesteding aan Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA) meegenomen. In het protocol wordt gesproken van eenvoudige medische assistentie. Een apart geïndiceerde activiteit hierbij is assistentie bij beademing. Bij de AWBZ indicatie valt verpleegkundige assistentie onder de functie verpleging (VP). Diegenen die nu assistentie ontvangen bij EVA handelingen zullen in de AWBZ dan ook naast hun indicatie voor persoonlijke verzorging ook een indicatie verpleging nodig hebben.

Gebruikelijke zorg

- *Een eventuele partner is in het kader van de Argonaut indicatie niet 'verplicht' om gebruikelijke zorg te verlenen aan de Fokus-client. Bij de AWBZ is dit, gegeven een aantal uitzonderingsgevallen, over het algemeen wel het geval.*

Bij de indicatie voor ADL-assistentie van Fokus wordt de hulp die gegeven wordt door de partner meegenomen in het indicatiebesluit maar in tegenstelling tot de AWBZ indicatie zijn aan de inspanningen van de partner geen voorwaarden verbonden. Bij de indicatie voor Fokus is sprake van vrijwilligheid en moeten zowel de partner als de zorgvrager willen dat door de partner een bepaalde hoeveelheid zorg wordt geleverd bij de in het indicatieprotocol voorkomende activiteiten. In de AWBZ is minder sprake van vrijwilligheid. Daar is de noodzakelijke zorg van de partner aan de zorgvrager geregeld onder de noemer 'gebruikelijke zorg'. Binnen de AWBZ is bijvoorbeeld de partner verantwoordelijk voor het huishouden als de partner zelf geen beperkingen heeft, en komt de zorgvrager daardoor niet in aanmerking voor de functie huishoudelijke verzorging. (zie ook 'informele zorg' p.30)

Overige activiteiten

Bij de indicatiestelling neemt Argonaut ook een aantal specifieke activiteiten mee die geen plek hebben in de AWBZ indicatie. Binnen de AWBZ wordt hier dus geen tijd voor gereserveerd. Het gaat hierbij om de volgende activiteiten:

- opladen rolstoelaccu (7).
- helpen bij in- en uitstappen bij vervoersvoorziening (8). Deze handeling valt primair onder de vervoersvoorziening zelf in die gevallen waar de cliënt gebruik maakt van een vervoersvoorziening (indicatie WVG of OB-dag / AB-dag met aanvullend vervoer). Volgens Fokus heeft een groot deel van haar cliënten echter een eigen vervoersmiddel. Mogelijk zou dit geschaard kunnen worden onder de activiteit 'transfers maken'. Probleem is wel dat de activiteit buitenshuis plaats vindt.
- uitgaan (9). De activiteiten jas aan/jas uit zijn geen activiteiten die als zodanig terug komen onder de functie PV. Het ligt voor de hand dat dit geschaard wordt onder de activiteit 'aankleden en uitkleden'.
- badgebruik (10). In de AWBZ wordt in essentie geen onderscheid gemaakt tussen wassen (in bed), douchen en baden. Dit onderscheid komt alleen terug in de hoeveelheid uren die per week voor de activiteit 'zich wassen, delen van het lichaam of gehele lichaam' worden geïndiceerd. De hoeveelheid uren die per week worden geïndiceerd zijn onder meer afhankelijk van het aantal keren per week dat de cliënt zou willen douchen. Dit aantal wordt in overleg met de cliënt wordt (binnen grenzen) bepaald. Douchen zou in de praktijk vervangen kunnen worden door baden als dit niet meer tijd dan douchen in beslag neemt. Mogelijk dat in overleg met het zorgkantoor per week een douchebeurt kan worden vervangen door baden wanneer hiervoor een medisch grondslag voor bestaat, zoals het verminderen van klachten bij spasmen en spierziekten.

2.2.2 Indiceren voor AWBZ zorg

AWBZ zorg wordt geïndiceerd door RIO's en LCIG-kantoren. Een indicatie van één van deze organen betekent dat de geïndiceerde wettelijk recht heeft op de geïndiceerde zorg. Wanneer de geïndiceerde zorg niet kan worden geboden dient het regionale zorgkantoor zorg te dragen voor overbruggingszorg tot het moment dat de geïndiceerde zorg wel kan worden geboden. Dit is een verschil met de indicatie voor Fokuswoningen. Bij indicaties voor Fokuswoningen die door Argonaut worden afgenomen bestaat geen recht op overbruggingszorg. Zorgbemiddeling en zorgcoördinatie vindt ook niet plaats via het zorgkantoor maar via CVZ.

Indicatieprotocol

Net als de Fokus indicatie van Argonaut wordt bij de AWBZ indicatiestelling gebruik gemaakt van een indicatieprotocol. Dit protocol, in de praktijk de 'formulierenset' genoemd bestaat uit in totaal 12 pagina's waarbij ruim wordt stil gestaan bij de probleem- en beperkingendefiniëring en de hulpvraagbepaling van de zorgvrager. De problematiek en beperkingen van de cliënt worden in kaart gebracht op een aantal dimensies. Iedere dimensie bestaat uit verschillende handelingen of activiteiten die op een vierpuntsschaal worden gescoord van 'geen probleem, hulpvrager heeft geen hulp van een ander nodig' tot 'wel een probleem, hulpvrager heeft continu hulp, toezicht of sturing nodig'. De probleemdimeisies waar het hierbij om gaat zijn:

- oriëntatiestoornissen;
- psychosociale functies;

- motorisch functioneren;
- probleemgedrag/ veiligheid;
- verslavingsproblemen;
- psychosociaal welbevinden.

Voor de Fokus-cliënten is met name de dimensie 'motorische functioneren' van belang. In de enquête onder de Fokuspopulatie is deze dimensie dan ook nadrukkelijk aan bod gekomen. Aspecten die hierbij aan de orde komen zijn het gebruik van armen, benen, voeten en armen en eventuele problemen bij het behouden van de romp- en hoofdbalans.

In aanvulling hierop worden beperkingen en participatieproblemen geïnventariseerd ten aanzien van:

- sociale redzaamheid;
- zich bewegen en verplaatsen
- persoonlijke zorg
- huishoudelijk leven
- sociale relaties en maatschappelijk leven
- deelname onderwijs, werk

Aan de hand van deze gegevens kan door de indicatieadviseur een indicatieadvies afgegeven worden voor één of meer van de volgende 7 functies:

- persoonlijke verzorging (PV)
- huishoudelijke verzorging (HV)
- verpleging (VP)
- ondersteunende begeleiding (OB)
- activerende begeleiding (AB)
- behandeling (BH)
- verblijf (VB)

In verband met de insluiting van de ADL-clusterregeling in de AWBZ is vooral de indicatiestelling van ADL-activiteiten van belang. Aangezien ADL-activiteiten tot de dimensie 'persoonlijke zorg' behoren, is met name deze voor de Fokuspopulatie verder uitgewerkt, onder meer in de enquête. De activiteiten die tot deze dimensie behoren, vormen een belangrijke input voor het indicatieadvies voor de functie persoonlijke verzorging. Ter illustratie staat in figuur 2.2 het formulier voor het indicatieadvies voor de functie PV weergegeven.

Inhoud PV

Het indicatieadvies van het indicatieorgaan bevat vooraleerst de zorgfunctie of -functies waar de zorgvrager middels zijn klachten of beperkingen recht op heeft. Bij iedere geïndiceerde functie wordt op basis van de beperkingen en hulpvraag van de zorgvrager bepaald bij welke activiteiten AWBZ zorg nodig is. Bij de functie PV gaat het daarbij om een zestal ADL-activiteiten en een drietal overige activiteiten (zie figuur 2.2).

Omvang PV

Voor de functies huishoudelijke verzorging (HV), persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP) is aan de geïndiceerde functie altijd een tijdsduur in uren per week verbonden. Deze tijdsduur wordt in het geval van deze drie functies in tijdsklassen weergegeven; bijvoorbeeld 2 tot 3.9 uur per week. Het aantal geïndiceerde uren hangt nauw samen met het aantal en type geïndiceerde

activiteiten. Voor iedere functie bestaat een maximum aantal uren per week dat geïndiceerd kan worden. In het geval van persoonlijke verzorging is dat 24,9 uur per week. In speciale gevallen kunnen additionele uren worden geïndiceerd. De reden voor deze extra uren moet door de indicatieadviseur wel worden onderbouwd in het indicatiebesluit (officiële indicatiedocument). Het indiceren van additionele zorguren kan volgens de formulierenset 'uitsluitend in zeer uitzonderlijke situaties'. Er zijn voorsnog geen eenduidige richtlijnen wanneer iets wel of niet een 'uitzonderlijke situatie' betreft.

Figuur 2.2 Indicatieadvies AWBZ voor de functie persoonlijke verzorging¹

AWBZ.3	PV: inhoud en omvang ¹	
<i>Inhoud PV</i>	<i>Activiteiten waarbij persoonlijke verzorging nodig is</i>	
1.0. ADL	1.1. Zich wassen: delen van lichaam of gehele lichaam 1.2. Zich kleden: aankleden en uitkleden 1.3. In en uit bed gaan 1.4. Zich verplaatsen in zit- of lighouding (hulp bij beweging, houding) 1.5. Naar toilet gaan en zich reinigen 1.6. Eten en drinken	<input checked="" type="checkbox"/> 1.1 <input checked="" type="checkbox"/> 1.2 <input checked="" type="checkbox"/> 1.3 <input checked="" type="checkbox"/> 1.4 <input checked="" type="checkbox"/> 1.5 <input checked="" type="checkbox"/> 1.6
2.0. Andere zorg	2.1. Persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid 2.2. Aanbrengen van prothese 2.3. Advies, instructie, voorlichting (verzorging)	<input checked="" type="checkbox"/> 2.1 <input checked="" type="checkbox"/> 2.2 <input checked="" type="checkbox"/> 2.3
<i>Omvang PV</i>	<i>= omvang in uren per week (op basis van activiteiten: 1.0, 2.0)</i>	<i>klasse</i>
	<input type="checkbox"/> <u>PV klasse 1</u> : gemiddeld 0 – 1,9 uur per week <input type="checkbox"/> <u>PV klasse 2</u> : gemiddeld 2 – 3,9 uur per week. <input type="checkbox"/> <u>PV klasse 3</u> : gemiddeld 4 – 6,9 uur per week. <input type="checkbox"/> <u>PV klasse 4</u> : gemiddeld 7 – 9,9 uur per week <input type="checkbox"/> <u>PV klasse 5</u> : gemiddeld 10 – 12,9 uur per week <input type="checkbox"/> <u>PV klasse 6</u> : gemiddeld 13 – 15,9 uur per week <input type="checkbox"/> <u>PV klasse 7</u> : gemiddeld 16 – 19,9 uur per week <input type="checkbox"/> <u>PV klasse 8</u> : gemiddeld 20 – 24,9 uur per week	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
<i>Start zorg PV</i>	Gewenste start van de functie PV (noem hier: dag, maand, jaar)	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Einde zorg (duur)</i>	Verwachte duur van gebruik PV <ul style="list-style-type: none"> ▪ onbekend ▪ bepaalde tijd (verwachte einddatum=) ▪ onbepaalde tijd 	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .
<i>Leveringsvoorwaarde</i>	a. verzorging volgens afspraak, op geplande tijden b. volgens afspraak + direct oproepbaar c. voortdurend in de nabijheid d. 24 uur per dag direct aanwezig	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d

¹ De toegang tot deze functie is gebonden aan beperkingen bij persoonlijke zorg en mobiliteit (zich bewegen), in relatie tot één van de grondslagen voor toelating tot de AWBZ (zie: B1). Wanneer de beperkingen in persoonlijke zorg uitsluitend de score (1 = 'af en toe hulp, toezicht of sturing nodig') betreffen, overweeg dan ondersteunende begeleiding.

¹ Formulierenset voor indicatiestelling AWBZ en advisering WVG, versie juli 2002.

Start zorg PV

Naast het aantal geïndiceerde uren wordt in het indicatieadvies ook de startdatum van de zorg en de verwachte duur van de zorg opgenomen. Hoewel hierbij 'onbepaalde tijd' kan worden aangevinkt bevat het indicatiebesluit altijd een begin en einddatum waarop de indicatie geldig is. Dit in tegenstelling tot de Fokus indicatie waar geen tijdslimiet aan de indicatie wordt verbonden. In chronische situaties waarbij geen significantie verslechtering of verbetering van de situatie wordt voorzien worden AWBZ indicaties over het algemeen afgegeven voor een periode van 5 jaar. Na die tijd dient de zorgvrager zich te laten herindiceren. Voor Fokus geldt een ander systeem voor herindicatie. Cliënten die gedurende een jaar meer dan 2 uur per week boven de indicatie afnemen komen in aanmerking voor een herindicatie.

Leveringsvoorwaarden

- *ADL-assistentie wordt door Fokus per definitie 24-uur per dag op afroep en op aanwijzing van de cliënt uitgevoerd. Binnen de AWBZ is dit niet vanzelfsprekend. Daar bepalen de leveringsvoorwaarden of de zorg volgens afspraak of op afroep wordt geleverd. Aan deze leveringsvoorwaarden kan de cliënt vooralsnog geen rechten verbinden.*

Naast de geldigheidsduur van de indicatie worden per geïndiceerde functie (alleen bij de functies OB-ALG, PV en VP) ook de zogenoemde 'leveringsvoorwaarden' vastgesteld. Deze bepalen op welke momenten van de dag de zorgvrager de geïndiceerde zorg behoeft:

- a. volgens afspraak, op geplande tijden
- b. volgens afspraak + direct oproepbaar
- c. voortdurend in de nabijheid
- d. 24 uur per dag direct aanwezig

Uitgangspunt bij iedere zorgindicatie is dat de geïndiceerde zorg volgens afspraak op geplande tijden wordt geleverd, **leveringsvoorwaarde A** dus. Alleen op basis van inhoudelijke medische omstandigheden wordt hiervan afgeweken en kan worden gekozen uit een van de drie andere leveringsvoorwaarden. De persoonlijke wensen van de zorgvrager in kwestie spelen hierbij geen rol, wanneer deze niet op medisch gronden gemotiveerd kunnen worden.

Desgevraagd blijken de voor het onderzoek geraadpleegde indicatieadviseurs van RIO en LCIG niet over duidelijke objectieve criteria te beschikken voor het toekennen van leveringsvoorwaarden B, C en D. De betrokken indicatieadviseurs maken voor iedere indicatie een persoonlijke afweging welke voorwaarde het beste bij de betreffende beperking en zorgvraag past. Het LVIO kan wel enkele criteria noemen op basis waarvan leveringsvoorwaarden B, C en D worden toegepast. Hoewel deze niet sluitend zijn geven zij wel een indicatie onder welke omstandigheden de huidige populatie Fokus-cliënten te maken kan gaan krijgen met de verschillende leveringsvoorwaarden. Gezien het feit dat de 'indicatiestellers in het veld' niet over deze criteria beschikken is het de vraag hoe algemeen geldend deze vooralsnog zijn.

Volgens het LVIO komen mensen met een valrisico, mensen die bij de toiletgang hulp nodig hebben of mensen die bang en angstig zijn (psychosociale beperkingen) in aanmerking voor **leveringsvoorwaarde B**. Veel ouderen die een alarmknop in hun woning of om hun nek hebben vallen in deze categorie. Mensen die thuis wonen hebben praktisch alleen te maken met leveringsvoorwaarden A en B. In het algemeen is leveringsvoorwaarde B voor mensen die niet goed in staat zijn zelfstandig transfers te maken, bijvoorbeeld richting het toilet, waardoor zij op onge-

plande momenten afhankelijke zijn van zorg. Voorwaarde voor A en B is wel dat mensen sociaal zelfredzaam zijn. Voorwaarde voor B is ook dat mensen zelfstandig kunnen alarmeren, in de zin dat zij fysiek en mentaal in staat zijn alarm te slaan wanneer dit nodig mocht zijn.

Bij het toekennen van leveringsvoorwaarden zijn voorliggende voorzieningen en de mogelijkheden om beperkingen op te heffen met hulpmiddelen ook relevant. Kan iemand wel zelfstandig de transfer maken naar het toilet maar zich vervolgens niet zelfstandig reinigen dan kan hiervoor een douche-föhn installatie geplaatst worden. In dat geval heeft de betreffende cliënt geen hulp meer nodig bij de toiletgang en hoeft hij niet meer in aanmerking te komen voor voorwaarde B. Bij het toekennen van de leveringsvoorwaarden speelt dus het hulpmiddelenpalet waar de klant over kan beschikken, en daarmee tevens indirect de inrichting van de woning, een rol.

Leveringsvoorwaarden A en B geven geen *recht* op 24-uurs zorg op afroep. Sowieso kunnen aan de leveringsvoorwaarden geen rechten worden ontleend. Weliswaar wordt bij een indicatiebesluit wel een leveringsvoorwaarde afgegeven. Het recht op zorg dat uit het besluit voortvloeit heeft niet betrekking op de eraan toegevoegde leveringsvoorwaarde. In de praktijk betekent dit dat er (door het zorgkantoor en de aanbieder) wel zo veel mogelijk rekening gehouden wordt met de leveringsvoorwaarden maar dat de leveringscondities uiteindelijk een punt van overleg, of discussie, wordt tussen zorgaanbieder en zorgvrager. Dit betekent ook dat zorg met leveringsvoorwaarde A of B, eventueel toch in overleg met de aanbieder, niet planbaar maar op afroep zou kunnen worden geleverd.

Na A en B kunnen zorgvragers in aanmerking komen voor **leveringsvoorwaarde C**. Mensen komen volgens het LVIO in aanmerking voor leveringsvoorwaarde C als zij zelf niet (meer) in staat zijn om te alarmeren wanneer dit nodig mocht zijn. Vaak gaat het dan om psychosociale beperkingen (b.v. dementie) maar in het geval van Fokus-cliënten zouden ook lichamelijke beperkingen aan de orde kunnen zijn. Wanneer mensen onder bepaalde omstandigheden niet meer zelfstandig kunnen alarmeren, bij bijvoorbeeld brand of een valincident, moet hun situatie zo nu en dan gecheckt worden. Op dat moment is er sprake van passieve zorg in de nabijheid.

Leveringsvoorwaarde D komt aan bod wanneer passief toezicht niet voldoende is en er 24 uur per dag continu toezicht in de nabijheid aanwezig moet zijn. Dit toezicht is dan primair het gevolg van het ontbreken van sociale zelfredzaamheid, hoewel in mindere mate ook somatische beperkingen eventueel om dergelijk toezicht kunnen vragen. Een belangrijk aspect hierbij is de responstijd. Bij voorwaarde B is die ongeveer 15-30 minuten; wanneer dit vanuit medisch oogpunt te lang is wordt voorwaarde C/D geïndiceerd. Gelet op het feit dat nu geen actieve of passieve checks plaats vinden van bewoners, kan worden aangenomen dat waarschijnlijk geen of slechts een klein deel van de Fokus-cliënten in aanmerking komt voor leveringsvoorwaarde C of D.

In tegenstelling tot leveringsvoorwaarden A en B zijn er voor C en D binnen de AWBZ geen aparte tarieven in het geval van extramurale persoonlijke verzorging. Dit onder meer vanwege het feit dat extramurale zorg met voorwaarde C en D in de praktijk (nog) nauwelijks voorkomt. Voorwaarden C en D zijn voornamelijk geassocieerd met intramurale zorg en dus met de functie Verblijf. Een leveringsvoorwaarde C of D an sich leidt overigens niet tot intramurale zorg of verblijf. Voorwaarde C zonder indicatie Verblijf kan bijvoorbeeld betrekking hebben op beschermd wonen. In dat geval is een cliënt niet aangewezen op verblijf maar heeft behoefte aan lichte en/of in intensiteit of duur beperkte dagelijkse begeleiding. Directe en continue aanwezigheid van medisch, ge-

dragskundig of paramedisch personeel is niet nodig (of zelfs ongewenst). Vaak zijn dergelijke cliënten voldoende zelfredzaam en is 's nachts geen directe slaapwacht aanwezig (wel oproepbaar).

Normtijden voor tijdsinvestering

- *Bij de AWBZ indicatie wordt gewerkt met normtijden voor de tijdsinvestering per geïndiceerde activiteit. De gebruikte normtijdtabellen verschillen vooralsnog tussen RIO's. Van de normtijden kan worden afweken wanneer de beperkingen van de zorgvrager zodanig van aard zijn dat deze vragen om meer tijd per activiteit. De persoonlijke gewoonten van de cliënt worden bij bepaalde activiteiten ook meegenomen in de indicatie. Bij iedere cliënt wordt een persoonlijke afweging gemaakt wat er wordt geïndiceerd en hoewel uren zorg per activiteit worden geïndiceerd. In de praktijk blijken indicatieadviseurs hier verschillend mee om te gaan.*

Zoals gezegd wordt de hoogte van de indicatie (aantal uren per week) primair bepaald door de verschillende activiteiten waarbij de zorgvrager AWBZ zorg nodig heeft. Voor de vertaling van deze activiteiten naar het aantal uren zorg per week wordt net als bij het Fokus protocol gewerkt met richtlijnen voor tijdsinvestering. In de AWBZ indicatiestelling worden dit normtijden genoemd. Iedere activiteit staat voor een standaard investering van tijd. Zo staat 'zich wassen' bijvoorbeeld voor een tijdsinvestering van 30 minuten per wasbeurt. Aangenomen dat een cliënt iedere dag gewassen dient te worden levert dit ruwweg een totale tijdsinvestering van 210 minuten (7x30) per week op voor 'wassen'. Dit gecombineerd met een op een vergelijkbare wijze berekende tijdsbesteding voor de andere geïndiceerde activiteiten levert een bepaald aantal uren per week persoonlijke verzorging op. De zorgvrager krijgt vervolgens de klasse geïndiceerd waarbinnen dit aantal uren ligt.

Indicatiestelling en met name het bepalen van het aantal uren noodzakelijke zorg lijkt hiermee teruggebracht tot een simpele rekensom. In de praktijk ligt dit echter gecompliceerder. De binnen de RIO's en LCIG's gehanteerde normtijden fungeren namelijk net als bij de indicatie door Fokus vooral als richtlijn, weliswaar een wat rigidere richtlijn dan bij Fokus maar in de indicatiëpraktijk wordt er regelmatig van afgeweken. Zo is de normtijd voor 'geheel wassen' in de normtijdentabel van het LVIO 20-30 minuten. De persoonlijke omstandigheden van de zorgvrager bepalen of, en zo ja in welke mate, van deze normtijd wordt afgeweken. In het geval van wassen kunnen redenen voor meer minuten bijvoorbeeld zijn dat er sprake is van:

- ernstige mobiliteitsbeperkingen (bijvoorbeeld rolstoelpatiënten, gebruik van een tillift, spasticiteit),
- ernstige beperkingen in verband met de lichamelijke conditie,
- communicatieproblemen, en
- gedragsproblemen.

Er kan ook minder tijd per activiteit worden geïndiceerd als de betreffende activiteit in combinatie met een of meerdere andere activiteiten kan worden uitgevoerd. In het geval van 'wassen' wordt bijvoorbeeld minder geïndiceerd wanneer dit plaats heeft in combinatie met aankleden en uit bed helpen.

Bij de AWBZ indicatie wordt, in tegenstelling tot de indicatie voor ADL-assistentie via Fokus, maar in beperkte mate rekening gehouden met de persoonlijke wensen van de cliënt bij het bepalen van de tijdsinvestering per activiteit. Er wordt wel rekening gehouden met de gewoonten van de

cliënt waar het gaat om het aantal keren per week dat de zorg wordt geleverd. De mate waarin (binnen grenzen) tegemoet kan worden gekomen aan de wensen (gewoonten) van de cliënten is afhankelijk van de activiteit. Over de normering van het aantal keren wassen per week zegt het LVIO bijvoorbeeld het volgende:

'De frequentie van de lichaamsverzorging hangt sterk samen met het gezondheidsrisico voor de cliënt indien de geïndiceerde zorg achterwege blijft (bijvoorbeeld incontinentie, overmatige transpiratie en het ontstaan van smetplekken). Uiteraard dienen de waarden en normen van de cliënt als uitgangspunt te dienen wanneer het over lagere gewenste frequenties gaat dan feitelijk geïndiceerd is, indien de betrokkene daar geen schade door ondervindt. Bij een hogere door de cliënt gewenste frequentie van de zorg dan geïndiceerd geldt het noodzakelijkheidsprincipe'. (LVIO Normering en tijdsindicering 'persoonlijke verzorging', concept 6 april 2004)

Samengevat betekent dit dat de tijdsnormering wordt bepaald door wat door de indicatiesteller noodzakelijk wordt geacht. Indicatiestellers kunnen in de praktijk verschillend omgaan met dit noodzakelijkheidsprincipe. Bijvoorbeeld, de indicatie van wassen wordt gecompliceerd door het feit dat wassen in verschillende vormen kan plaats vinden: wassen met een washand, douchen en baden. Er bestaat geen normering over hoe vaak wassen met een washand zou moeten gebeuren en hoe vaak iemand zou kunnen douchen. Dit biedt veel persoonlijke invullingsvrijheid voor de indicatieadviseur. Uit het groepsgesprek met indicatieadviseurs van RIO en LCIG komt bijvoorbeeld naar voren dat zij bij één en dezelfde cliënt verschillend denken over het te indiceren aantal keren douchen per week. Sommigen houden hierbij sterk rekening met wat de cliënt gewend is, ook als dit relatief vaak douchen betekent, terwijl anderen uitgaan van een standaard norm van 2 douchebeurten per week.

Deze interpretatieverschillen tussen indicatieadviseurs gelden voor meer activiteiten. De verschillen hebben in het algemeen niet alleen betrekking op het aantal keren per week dat de betreffende activiteit zou moeten worden uitgevoerd maar ook op de duur per keer. Bij de indicatie van de 6 profielen (zie par. 3.4) leidt dit bij verschillende indicatieadviseurs tot een uiteenlopende indicatie. De reden dat indicatieadviseurs anders omgaan met normtijden heeft overigens niet alleen te maken met interpretatieverschillen. De indicatieadviseurs van de RIO's en LCIG blijken namelijk ook verschillende normtijdtabellen te hanteren. Sommigen hanteren tabellen gebaseerd op 'oude' (pre functiegericht-indicatie) tijdstabellen van de LVT, andere RIO's gebruiken nieuwe zelf ontwikkelde tabellen. Zowel de interpretatieverschillen als het gebruik van de verschillende normtijdtabellen zijn vanwege het rechtsgelijkheidprincipe niet gewenst. Een zorgvrager met een bepaalde beperking moet altijd een gelijke indicatie krijgen onafhankelijk van de indicatieadviseur of RIO waar hij of zij geïndiceerd wordt. Om op dit vlak meer eenduidigheid te creëren werkt het LVIO momenteel aan landelijke normtabellen¹.

Informele zorg

- *Informele zorg (mantelzorg en gebruikelijke zorg) speelt een belangrijke rol bij de AWBZ indicatie, dit in tegenstelling tot de indicatie voor de ADL-clusterregeling.*

In tegenstelling tot de indicatie voor ADL-assistentie van Fokus is bij de AWBZ indicatie de inzet van informele hulp, en dan met name de hulp van een eventuele partner niet vrijblijvend. Bij de

¹ LVIO, Deel 2 Normering en tijdsindicering 'persoonlijke verzorging', Concept WD PV & VP 6 april 2004.

AWBZ indicatie wordt onderscheid gemaakt tussen zorg die geleverd wordt door de partner en eventueel thuiswonende kinderen en hulp die geboden wordt door vrienden, familie, bureu. In het laatste geval wordt gesproken van 'mantelzorg'. Een eventuele partner en oudere thuiswonende kinderen leveren naast 'mantelzorg' ook 'gebruikelijke zorg'.

Onder mantelzorg wordt verstaan langdurige zorg aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving. De zorgverlening vloeit rechtstreeks voort uit de sociale relatie en wordt niet door een hulpverlening geboden. Hoewel mantelzorg niet afdwingbaar is wordt het wel meegewogen in het indicatieproces. De zorgvrager krijgt in dat geval een indicatie voor de zorg die niet door de mantelzorger wordt geleverd, met andere woorden de indicatie is aanvullend op de reeds geleverde (mantel)zorg. In een identieke situatie zal een zorgvrager zonder mantelzorg dus voor meer uren geïndiceerd worden dan iemand met mantelzorg.

Naast mantelzorg valt ook gebruikelijke zorg onder de noemer informele zorg. Gebruikelijke zorg betreft de gangbare activiteiten op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van verwanten (c.q. huisgenoten) voor elkaar. De gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar speelt zich af binnen de leefeenheid die een gemeenschappelijk huishouden voert¹. De precieze invulling van gebruikelijke zorg hangt af van de huishoud- of leefeenheidsamenstelling. Bij het bepalen van de aard en omvang van de gebruikelijk zorg houdt de indicatiesteller rekening met eventuele onevenredige belasting dan wel overbelasting van een leefeenheid van de zorgvrager. Het leveren van gebruikelijke zorg gaat echter vóór op andere activiteiten van leden van de leefeenheid in het kader van hun maatschappelijke participatie.

Huishoudelijke verzorging

Daar waar het gaat om de AWBZ aanspraak op huishoudelijke verzorging is het uitgangspunt dat de leefeenheid van de zorgvrager altijd primair verantwoordelijk blijft voor het functioneren van het huishouden. Dat betekent dat, wanneer een lid van het huishouden kortdurend of chronisch niet kan bijdragen aan het draaiende houden van het huishouden, gestreefd moet worden naar een herverdeling van de huishoudelijke taken over de andere leden van de leefeenheid. In het geval de leefeenheid van de zorgvrager mede uit volwassen, gezonde huisgenoten bestaat al dan niet met full time werk of opleiding, wordt er bij AWBZ indicatie van uitgegaan dat alle huishoudelijke taken van de zorgvrager overgenomen worden door die huisgenoten. In dat geval wordt de zorgvrager niet geïndiceerd voor de functie huishoudelijke verzorging.

Persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding

Gebruikelijke zorg van volwassen huisgenoten voor elkaar in relatie tot een AWBZ-aanspraak op persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding houdt in de praktijk in dat van partners wordt verwacht dat zij naar vermogen elkaar persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding bieden in kortdurende zorgsituaties (< 3 maanden) met uitzicht op herstel. Fokus-cliënten hebben altijd te maken met chronische zorgsituatie met geen uitzicht op herstel. In een dergelijke situatie wordt gebruikelijke zorg mantelzorg en is de partner niet verplicht tot het leveren van persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding. Wanneer er sprake is van zorg in de zin van persoonlijke verzorging van volwassen huisgenoten voor elkaar (dus niet de partner), dan valt dit buiten de gebruikelijke zorg en is er dus altijd sprake van een vorm van mantelzorg. Voor Fokus-cliënten is dit onderdeel van de gebruikelijke zorg, gelet op de langdurige zorgsituatie, dus minder van belang.

Looptijd

- *De AWBZ indicatie beperkt zich alleen de daadwerkelijke zorgmomenten. Bij de indicatie voor de ADL-clusterregeling wordt 'looptijd van de assistent' daarnaast als afzonderlijke activiteit geïndiceerd.*

Bij de indicatie bepaalt Argonaut, per handeling afzonderlijk, de looptijd van de assistent die met die handeling is gemoeid. Bij de AWBZ indicatiestelling komt dit niet voor. Daar wordt alleen het daadwerkelijke aantal uren zorg dat iemand nodig heeft geïndiceerd. De kosten voor de aanbieder die gemoeid zijn met het transport van en naar de klant zijn binnen de AWBZ net als alle andere overheadkosten verwerkt in het tarief dat de aanbieder voor de geleverde zorg krijgt.

¹ Werkdocument Gebruikelijke Zorg, LVIO, oktober 2003.

Indicatie Verblijf: alleen op inhoudelijke gronden

- *Veel Fokus-cliënten zijn bang dat zij aangewezen zullen zijn op intramurale zorg als de ADL-clusterregeling is ingesluisd in de reguliere AWBZ. In algemene zin komt een zorgvrager alleen in aanmerking voor een intramuraal verblijf als deze beschikt over een indicatie voor de functie Verblijf. Een dergelijke indicatie wordt alleen afgegeven als er zwaarwegende inhoudelijke redenen zijn waarom iemand niet (meer) thuis kan wonen. Deze zwaarwegende inhoudelijke redenen zijn niet of nauwelijks van toepassing op de huidige Fokuspopulatie.*

Uit de enquête blijkt dat een groot deel van de Fokus-cliënten een toekomst binnen de AWBZ negatief tegemoet ziet. Deels wordt dit verklaard door mogelijke inperkingen van de vrije oproepbaarheid van ADL-assistentie de klok rond. Anderzijds wordt hun houding ingegeven door de angst dat zij niet langer meer in de Fokuswoning kunnen blijven wonen en (weer) naar een intramurale woonvorm zullen moeten verhuizen. Velen zien dit als een doemscenario en associëren intramuraal wonen met een verlies van zelfstandigheid, regelmogelijkheden en volwaardige maatschappelijke participatie. De vraag is dan ook in welke mate de huidige Fokus populatie na insluiting in aanmerking komt voor de indicatie Verblijf. Deze indicatie geeft toegang tot een intramurale woonomgeving.

Met de komst van de functiegerichte indicatiestelling per 1 april 2003 is Verblijf één van de functies waarvoor indicatiestelling nadrukkelijk en afzonderlijk plaatsvindt. Verblijf kan alleen worden geïndiceerd wanneer er een aanspraak bestaat op één of meer van de andere functies genoemd in art. 4 t/m 8 van het Besluit Zorgaanspraken (persoonlijke verzorging, verpleging etc). Een indicatie voor de functie Verblijf kan dus nooit alleen, dus zonder andere functie(s), worden afgegeven. Daarnaast moeten er ook inhoudelijke redenen zijn om deze andere geïndiceerde functies binnen het kader van de aanspraak Verblijf te bieden. Met andere woorden, de indicatiesteller zal eerst na moeten gaan of de cliënt in principe in staat is de zorg thuis te ontvangen, en zo ja, of daarbij bijvoorbeeld sprake is van een bijzondere leveringsvoorwaarde.

Om goed de afweging te kunnen maken of Verblijf al dan niet aan de orde is, heeft het LVIO een afwegingskader zelfstandig wonen-verblijf ontwikkeld. Hieruit blijkt dat de volgende situaties om zorginhoudelijke redenen pleiten voor intramuraal verblijf:

- De noodzakelijke zorg is niet vanuit medisch-technisch oogpunt thuis te leveren.
- Er is sprake van een gebrek aan (sociale) zelfredzaamheid, ondanks of door het wegvallen van mantelzorg
- Medische noodzaak van 24-uurs directe nabijheid van professionele zorg vanwege bijvoorbeeld desoriëntatie, stoornis in de geestvermogens etc.
- therapeutisch leefklimaat is noodzakelijk

Op basis van de aanwezige informatie kan worden gesteld dat geen van de Fokus-cliënten voldoet aan deze criteria. Dit blijkt ook wel uit het feit dat alle Fokus-cliënten gewoon zelfstandig kunnen functioneren in hun eigen huis. Op inhoudelijke gronden zijn Fokus-cliënten dus niet aangewezen op intramurale zorg.

Wanneer iemand naar het inzicht van de indicatiesteller toch is aangewezen op Verblijf, wordt Verblijf geïndiceerd met alle functies die daarnaast nodig zijn. Wanneer de klant er zelf voor kiest de verblijfsindicatie niet te verzilveren verandert er niets aan de andere geïndiceerde functies. De zorgvrager wordt in dat geval niet voor meer of andere uren geïndiceerd omdat de zorg nu thuis geleverd gaat worden. Wanneer iemand niet is aangewezen op (continu) verblijf, maar wel 24-

uurs aanwezige zorg om zich heen nodig heeft, zal de indicatiesteller in voorkomende gevallen de directe tijd dat er zorg nodig is indiceren, onder leveringsvoorwaarde c of d. De klant verzilvert dat in natura of PGB. Bij zorg in natura zal het zorgkantoor vervolgens voor een adequaat aanbod zorgen. In het geval van het PGB moet de cliënt dat zelf regelen met de zorgaanbieder.

Vooralsnog wordt de indicatie Verblijf dus alleen verstrekt op basis van zorginhoudelijke argumenten. Uit de brief van het ministerie van VWS over de toekomstige Wet Maatschappelijke Ondersteuning en daarmee samenhangende veranderingen in het AWBZ veld blijkt dat de criteria om in aanmerking te kunnen komen voor een indicatie Verblijf, in de komende jaren nog verder zullen worden aangescherpt. Hierdoor zullen nog minder mensen op zorginhoudelijke gronden in aanmerking komen voor de functie Verblijf. Voor de functie Verblijf zullen in de nabije toekomst echter ook financieel-technische overwegingen een belangrijke rol gaan spelen bij de beslissing of iemand al dan niet in aanmerking komt voor een intramuraal verblijf, dit in het licht van het al eerder behandelde doelmatigheid van zorgverlening. Een specifieke uitwerking daarvan zijn de zogenaamde 'omslagpunten'.

Omslagpunten

- *De invoering van omslagpunten kan er vanaf 2005 voor zorgen dat zorgvragers met een grote intensieve zorgvraag, boven het 'omslagpunt' alleen nog intramuraal hun benodigde zorg kunnen ontvangen.*

Het verspreid en/of thuis leveren van intensieve zorg leidt vaak (doch niet altijd) tot hogere kosten in vergelijking met de situatie waarin deze zorg centraal (intramuraal) wordt geleverd. Deze hogere kosten doen zich vooral voor wanneer vaak, dus met een hoge frequentie, een beroep wordt gedaan op zorg. Het leveren van zorg tegen kosten die hoger liggen dan onder 'ideale' omstandigheden te realiseren zijn, staat op gespannen voet met het doelmatigheidscriterium van de AWBZ. In het kader van extramuralisering en vermaatschappelijking wordt enige mate van 'ondoelmatigheid' door het extramuraal leveren van zorg geaccepteerd.

Tot op zekere hoogte, want het ministerie van VWS is van plan om vanaf 2005 bij de bekostiging en toewijzing van zorg rekening te gaan houden met zogenaamde 'omslagpunten'. Dat wil zeggen dat vanaf dat moment het bedrag voor extramurale zorg (thuis) een limiet krijgt.

De omslagpunten geven een hoeveelheid zorg aan per week waarboven het ondoelmatigheidsverlies vanwege extramuralisering niet meer wordt geaccepteerd. Het bedrag voor de zorg thuis moet per type cliënt immers ongeveer vergelijkbaar zijn met kosten voor een zelfde type cliënt in een instelling. Die limiet geldt zowel voor zorg in natura als voor het persoonsgebonden budget. Dit betekent dat een cliënt met een zorgintensiteit onder het omslagpunt zijn geïndiceerde zorg extramuraal kan ontvangen terwijl een cliënt met een zorgintensiteit boven het omslagpunt hiervoor alleen intramuraal terecht kan. Het gaat hierbij dan niet om een indicatie Verblijf. Het is vooralsnog niet duidelijk of de omslagpunten zullen worden meegenomen in de indicatiestelling of dat deze naderhand door het zorgkantoor gehanteerd worden bij het zorgtoewijzingsproces.

Momenteel wordt er ook gewerkt aan omslagpunten voor PGB's. CVZ heeft vooruitlopend op de beslissing hierover door het ministerie een voorstel uitgebracht over de hoogte van dit omslagpunt (zie kader).

Kader 2.1 CVZ voorstel voor omslagpunten bij PGB's

Bij de toepassing van de PGB-regeling nieuwe stijl moeten zorgkantoren een afweging maken tussen het toekennen van een PGB aan de verzekerde en de kosten van opname in een instelling. Als het zorgkantoor voornemens is om meer dan €300 per dag toe te kennen dient men vooraf advies aan het CVZ te vragen. Per individu moet gekeken worden naar de kosten van opname rekening houdend met de zorgwaarde van het individu. Dit principe blijkt moeilijk te operationaliseren. Het gevolg is dat er verschillen in de uitvoeringspraktijk zijn ontstaan.

Het CVZ vindt deze verschillen in uitvoeringspraktijk ongewenst en heeft daarom het volgende voorstel gedaan aan het ministerie van VWS:

1. Tot €250 per dag kunnen zorgkantoren het indicatiebesluit volgen. Zij hoeven dan geen afweging te maken tussen de kosten van een PGB en de kosten van opname.
2. Zorgkantoren kunnen €250 - €350 per dag toekennen voor een toekenningsduur van maximaal 3 maanden. Hiermee kan overbruggingszorg worden ingekocht in afwachting van opname in een instelling. Overschrijding van de €350 per dag kan, zo stelt het CVZ voor, alleen indien sprake is van 24-uursbeademing. In dat geval zou immers ook opname in een instelling tot hoge kosten leiden.

Daarnaast blijft de mogelijkheid gehandhaafd om meer dan €350 per dag toe te kennen als naar het oordeel van een onafhankelijk arts opname in een instelling op medische gronden niet mogelijk is.

Het ministerie zal dit voorstel betrekken bij de formulering van een omslagpunt. Het ministerie vindt het ongewenst om bij het PGB vooruit te lopen op de uitkomsten van deze discussie.

Bron: Kernmonitor PGB Nieuwe Stijl. CVZ 18 december 2003

Een PGB van €250 per dag of meer komt overigens alleen bij relatief zware indicaties voor. Ter illustratie: een cliënt met 25 uur persoonlijke verzorging + 12 uur verpleging + 14 uur huishoudelijke verzorging per week komt uit op een (bruto¹) PGB van €188 per dag.

¹ Hier gaat de eigen bijdrage vanaf.

3 De Fokus-cliënt

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de enquête onder de cliënten van Fokus besproken en wordt in paragraaf 3.3 en 3.4 antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: *Welke zorg ontvangen de cliënten van Fokus op dit moment?* Tevens wordt een beeld geschetst van de beperkingen en zorgbehoefte van de Fokus-cliënten. Deze informatie vormt de input voor de clusteranalyse en de 6 profielen die in het volgende hoofdstuk worden behandeld.

3.1 Algemene kenmerken

Ultimo 2003 waren er 68 ADL-clusters van Fokus waar op dat moment in totaal 939 cliënten zorg ontvingen (zie tabel 3.1). Sinds die tijd zijn er drie clusters bijgekomen wat het totaal aantal bewoonde clusters op 71 brengt. De bouw van andere clusters is in voorbereiding. Fokus heeft bij haar 25-jarig bestaan in 1999 een plan voor 25 nieuwe clusters gelanceerd en wil dit realiseren in de periode 2001-2005.

Tabel 3.1 Capaciteitsgegevens ADL-clusterwoningen van Fokus ultimo 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Aantal clusters	63	66	66	68
Aantal woningen	860	902	902	926
Aantal cliënten	869	914	912	939
Verleende ADL-uren (x 1.000)	697	722	761	794
Budget (x miljoen euro)	29	33	37	42

Bron: Stichting Fokus Exploitatie

Huishoudsamenstelling

De huishoudsamenstelling van Fokus-cliënten is in de enquête bevraagd omdat dit van invloed is op de AWBZ indicatie van deze persoon. Dit geldt met name voor de indicatie voor huishoudelijke verzorging.

Cliënten van Fokus kunnen in hun eentje, of samen met een partner, kinderen en/of andere huisgenoten in een ADL-clusterwoning wonen. Uit de enquête blijkt dat tweederde van de cliënten alleen in de Fokus woning woont (zie tabel 3.2). Eenderde van de populatie heeft een andere huishoudsamenstelling. Het overgrote deel daarvan, namelijk 25% van de totale populatie, woont samen met een partner. In 45% procent van de gevallen heeft de persoon of een van de personen waarmee de Fokus-cliënt samenwoont zelf ook een beperking of chronische aandoening. Dit komt onder andere doordat in een aantal woningen meerdere Fokus-cliënten wonen. Uit cijfers van Fokus blijkt dat op populatieniveau in ongeveer 40 woningen meer dan één ADL-cliënt (bijvoorbeeld twee partners of een ouder en een kind) woont.

Tabel 3.2 Huishoudsamenstelling Fokus-cliënten (n=515)

Cliënt alleen	66%
Cliënt samen met een partner (echtgenoot, vriend/vriendin)	25%
Cliënt samen met een partner en één of meerder kinderen	6%
Cliënt samen met een familielid ouder dan 18 jaar	1%
Cliënt samen met een vriend/vriendin die géén partner is	< 1%
Cliënt samen met één of meerdere kinderen (jonger dan 18 jaar)	< 1%
Andere samenstelling	< 1%
Niet ingevuld	1%

3.2 Beperkingen

Aandoeningen

De meest voorkomende aandoening onder Fokus-cliënten worden is een spierziekte: een kwart van de bewoners heeft een spierziekte. Spinale Musculaire Atrofie (SMA, alle typen) blijkt met 30% de meest voorkomende spierziekte. Een op de vijf Fokus-cliënten is spastisch, en spasticiteit neemt daarmee de tweede plek in van meest voorkomende aandoeningen. Een praktisch even groot percentage heeft een dwarslaesie. Over het algemeen gaat het hierbij om een hoge, vaak cervicale¹, dwarslaesie. Naast deze drie aandoeningen behoren multiple sclerose en reumatoïde artritis tot de vijf meest voorkomende diagnosegroepen (zie tabel 3.3). Verder heeft een klein deel van de cliënten beperkingen die het gevolg zijn van niet aangeboren hersenletsel, bijvoorbeeld ten gevolge van een CVA.

Tabel 3.3 Fokus-cliënten onderverdeeld naar diagnosegroep² (n=515)

Spierziekten	24%
Spasticiteit	20%
Dwarslaesie	19%
Multiple Sclerose (MS)	13%
Reumatoïde artritis (RA, reuma)	10%
Herseninfarct / (niet-aangeboren) hersenletsel / NAH	4%
Overige handicap of beperking	27%

Meerdere antwoorden zijn mogelijk; percentages tellen derhalve op tot meer dan 100%.

Motorisch functioneren

In verband met de AWBZ indicatie is het belangrijk om een goede objectieve maat te hebben voor de mate waarin iemand specifieke beperkingen kent. Het type handicap of chronische aandoening zegt hierover over het algemeen weinig omdat de zwaarte van de beperkingen binnen een diagnosegroep sterk kan verschillen. Om toch een juist en objectief beeld te kunnen schetsen van de problematiek van de Fokus-cliënten is een aantal vragen overgenomen uit het AWBZ indicatieformulier³ dat de beperkingen in kaart brengen op het gebied van motorisch functioneren.

¹ Dwarslaesie bij een van de nekwerfels.

² Diagnosegroep: een groep cliënten met dezelfde ziekte of met een aantal soortgelijke ziektebeelden

³ Het gaat om vragen van sectie B1.7.3 van de formulierenset voor Indiciestelling AWBZ.

Uit de antwoorden op deze vragen (zie tabel 3.4) blijkt dat het overgrote deel van de cliënten, namelijk 90%, te maken heeft met veel beperkingen bij het gebruik van de benen. Een haast even groot deel (84%) ervaart veel beperkingen waar het gaat om het gebruik van de voeten. Het niveau van beperkingen ligt iets lager bij het gebruik van armen en handen. Tussen de 50 en 60% van de Fokus-cliënten zegt veel beperkingen te ervaren bij het gebruik van armen en handen.

Tabel 3.4 Motorisch functioneren van Fokus-cliënten (n=515)

Ervaart u beperkingen met:	Ik ervaar:			
	geen beperkingen	enige beperkingen	veel beperkingen	geen mening / niet ingevuld
• het gebruik van uw armen?	9%	32%	58%	1%
• het gebruik van uw handen?	11%	32%	55%	1%
• het gebruik van uw benen?	2%	7%	90%	1%
• het gebruik van uw voeten?	5%	10%	84%	1%
• het draaien, bewegen en stil houden van uw hoofd?	57%	29%	13%	2%
• het draaien, bewegen en stil houden van uw lichaam?	31%	35%	33%	1%

Rolstoelafhankelijkheid

Gelet op het feit dat een groot aantal cliënten aangeeft dat zij problemen ondervinden bij het gebruik van benen en voeten is het niet verwonderlijk dat praktisch alle Fokus-cliënten (97%) gebruik maken van een rolstoel. Van diegenen die in een rolstoel rijden kan 93% deze ook zelf besturen.

De mogelijkheid om zelfstandig transfers te kunnen maken is een belangrijke maat voor de mobiliteit buiten de rolstoel en tevens een indicatie van de zwaarte van de beperkingen daar waar het gaat om mobiliteit en (fysieke) zelfredzaamheid. Tevens is het een maat voor de zorgbehoefte van de cliënt omdat deze bij het ontbreken van de mogelijkheid om zelf transfers te maken, vaak zal zijn aangewezen op intensieve zorg bij het wassen, kleden, verplaatsen en de toiletgang. Een vijfde van de respondenten zegt desgevraagd volledig zelfstandig transfers te kunnen maken. Het deel van de cliënten dat zegt dit niet zelfstandig te kunnen bedraagt 57% (zie tabel 3.5)

Tabel 3.5 Kunt u zelfstandig transfers maken? (n=504)

Ja, volledig	20%
Ja, deels	21%
Nee	57%
Onbekend/niet ingevuld	2%

3.3 ADL-assistentie

Om op dit moment in aanmerking te komen voor een Fokuswoning dient de cliënt te beschikken over een indicatie voor tenminste 5 en maximaal 30 uur ADL-assistentie per week. Uit tabel 3.6 blijkt dat ongeveer 30% van de mensen die gebruik maken van ADL-cluster-woningen van Fokus een indicatie heeft van tussen de 10 en 20 uur ADL-assistentie per week. Voor 1997 was de minimumgrens voor een Fokuswoning geen 5 maar 1 uur ADL-assistentie per week. Dit zien we onder meer terug in het feit dat 3% van de Fokuspopulatie voor minder dan 4 uur assistentie is geïndiceerd. Het aantal uren ADL-assistentie is aan een maximum van 30 uur gebonden. Dit maximum geldt alleen bij nieuwe cliënten. Is men reeds klant bij Fokus en zijn in de loop van de tijd de beperkingen toegenomen dan kan de klant zich laten herindiceren. Deze herindicaties kunnen wel boven de 30 uur per week liggen. Sinds 2003 is een indicatie van meer dan 30 uur ook geen belemmering meer bij het verhuizen naar een ander cluster of andere clusterwoning.

In tabel 3.6 zijn de Fokus indicaties geclassificeerd op basis van de klasseindeling zoals die bij de AWBZ gebruikt wordt.

Tabel 3.6 Percentage cliënten naar aantal geïndiceerde uren ADL-assistentie per PV klasse (n=515)*.

Geïndiceerde aantal ADL-uren per week	Respondentgegevens 2004
3.9 uur of minder	3%
4 - 9.9 uur	15%
10 - 15.9 uur	19%
16 - 19.9 uur	12%
20 - 24.9 uur	17%
25 - 29.9 uur	15%
30 uur of meer	13%
Onbekend	5%

* De uren klassen 1 en 2, 3 en 4, 5 en 6 uit de AWBZ functie persoonlijke verzorging (PV) zijn hier samengevoegd. Een deel van de respondentgegevens (n=108) is gebaseerd op schattingen van respondenten.

Het aantal geïndiceerde uren ADL-assistentie weerspiegelt maar ten dele het werkelijke aantal uren ADL-zorg dat de betrokken cliënten in de praktijk ontvangen. Een deel van de cliënten heeft een indicatie waarbij in het aantal geïndiceerde ADL-uren ook een aantal EVA-handelingen zijn meegenomen. In principe valt EVA niet onder ADL zorg maar onder verpleegkundige zorg. Voor een zuivere vergelijking tussen ADL-assistentie nu en persoonlijke verzorging straks in de reguliere AWBZ, moet van het aantal geïndiceerde uren ADL-assistentie het aantal uren geleverde EVA-zorg worden afgetrokken. Daarnaast omvat de ADL indicatie ook looptijd van en naar de cliënt (zie ook par. 2.2.1). In de AWBZ indicatie wordt dit niet meegenomen en wordt alleen gekeken naar de daadwerkelijke zorgmomenten. Volgens Fokus beslaat de looptijd ongeveer 15% van de geregistreerde zorgtijd. De meest zuivere indicatie van het aantal uren geleverde ADL-zorg wordt berekend door van de geïndiceerde ADL-uren de EVA uren af te trekken en dit te vermenigvuldigen met 0.85 (correctie voor de looptijd). Bij de profielbeschrijvingen in hoofdstuk 4 en 5 is gerekend met dit gecorrigeerde aantal ADL-zorg uren.

ADL-Activiteiten

De meest voorkomende ADL-activiteiten bij Fokus-cliënten zijn hulp bij het wassen en douchen en bij het aan- en uitkleden. In beide gevallen zegt iets meer dan driekwart van de cliënten bij beide activiteiten volledige assistentie te ontvangen. Dit betekent dat zij de betreffende activiteiten niet zelf kunnen uitvoeren en hierbij volledig moeten worden ondersteund door de ADL-assistent. In beide gevallen zegt 4 tot 6% geen assistentie nodig te hebben. De minst gebruikte ADL-activiteiten zijn het verlenen van assistentie bij eten en drinken en het verplaatsen van de cliënt in zit- of lighouding. Een overzicht van het gebruik van ADL-assistentie per activiteit staat weergegeven in tabel 3.7.

Tabel 3.7 Ontvangt u bij de volgende ADL-activiteiten geen, enige of volledige assistentie van FOKUS? (n=515)

	geen assistentie	enige assistentie	volledige assistentie	niet van toepassing	geen mening/niet bekend
Wassen, douchen: delen van lichaam of gehele lichaam	6%	15%	78%	1%	1%
Aankleden en uitkleden	4%	18%	76%	1%	1%
In- en uit bed gaan	20%	11%	66%	1%	2%
Mezelf verplaatsen in zit- of lighouding	37%	18%	41%	2%	2%
Naar het toilet gaan of helpen bij de toiletgang (niet het gebruik van katheter)	21%	18%	55%	3%	2%
Eten en drinken (niet het bereiden, wel het inschenken, opscheppen en klaarzetten)	43%	31%	23%	1%	3%
Persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid	25%	39%	32%	1%	2%
Het aanbrengen van een prothese, orthese	11%	6%	15%	65%	3%
Anderen in het huishouden (bv kinderen) helpen met zelfverzorging (N.B. alleen van belang voor diegenen die niet alleen wonen; n=174)	29%	18%	7%	41%	6%

Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA)

Naast ADL-assistentie levert Fokus ook Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA) aan haar cliënten in gevallen waar dit nodig is. EVA omvat enige duidelijk omschreven verpleegkundige activiteiten die door de ADL-assistenten in principe gemakkelijk aan te leren zijn. Hieronder vallen:

- eenvoudige handelingen waarvoor weinig instructie nodig is en waaraan weinig risico verbonden is;
- handelingen die meer risicovol zijn en waarvoor speciale scholing vereist is; en
- de zogenoemde voorbehouden handelingen. Dit zijn handelingen die alleen uitgevoerd worden door artsen en enkele andere specifiek genoemde beroepsbeoefenaren. ADL-assistenten mogen in hun werk deze voorbehouden handelingen uitvoeren mits hierover afspraken gemaakt zijn volgens de hiervoor geldende voorschriften.

Of ADL-assistenten de verschillende typen EVA handelingen mogen uitvoeren hangt af van hun individuele opleiding en ervaring.

EVA handelingen zijn onder te brengen in grofweg 5 hoofdgroepen:

- Toiletgang;
- Toedienen medicijnen;

- Sondevoeding;
- Wondverzorging;
- Beademing.

De meest toegepaste EVA handelingen¹ over 2002 zijn 1: aanbrengen zalven op intacte huid (220 cliënten), 2: aantrekken elastische kousen (180 cliënten) en 3: catheterzakje verwisselen (173 cliënten).

Doordat de EVA-handelingen binnen de AWBZ systematiek onder de functie verpleging vallen is het belangrijk zicht te krijgen op het aantal uren dat per week per cliënt besteed wordt aan EVA. Middels de enquête onder cliënten is duidelijk geworden dat 67% van de cliënten is aangewezen op een of meerdere EVA-handelingen. Van deze groep ontvangt het grootste deel, namelijk 44%, tussen de 7 en 9.9 uur EVA assistentie per week. Dit correspondeert met iets meer dan een uur per dag. Een derde van de Fokus-clieënten zegt helemaal geen EVA te ontvangen.

Hand en span diensten

Naast de ADL-assistentie en EVA-handelingen leveren de ADL-assistenten van Fokus ook zogenoemde hand- en spandiensten. Dit zijn kleine klusjes waarvoor de Fokus-clieënt niet is geïndiceerd maar die zij wel zo nu en dan kunnen vragen aan de ADL-assistent. Daarbij valt te denken aan het openen van de gordijnen, het buitenzetten van de vuilnis, was in de wasmachine doen etc. De hand- en spandiensten zijn vanwege het feit dat men hiervoor niet geïndiceerd is, officieel vooral een service van Fokus.

Niettemin wordt het overgrote deel uiteindelijk wel vergoed door CVZ omdat ze vaak worden geleverd binnen de tijdsperiode die Fokus declareert. Dit is het gevolg van het feit dat Fokus zorg levert in kwartieren. Regelmatig komt het voor dat een ADL-assistenten geen heel kwartier nodig heeft voor het leveren van zorg aan de cliënt, en bijvoorbeeld al na 10 minuten klaar is. Om de rest van het kwartier volledig ten goede te laten komen aan de cliënt kunnen in de resterende vijf minuten hand- en spandiensten verleend worden.

Veel van de hand- en spandiensten die de Fokus-clieënten nu krijgen worden binnen de AWBZ niet als zodanig geïndiceerd. Een deel van de hand en span diensten die de cliënten nu ontvangen (zie ook kader hiernaast) kan wel onder een AWBZ indicatie, of voor-

Een aantal hand-en-spandiensten die Fokus-clieënten ontvangen

Gordijnen sluiten
Vuilniszakken verwisselen
Was ophangen.
Sportrolstoel in auto zetten.
Boodschappen opruimen.
Rolstoel/rollator in en uit de auto tillen.
Opbergen van boodschappen.
Post uit brievenbus halen.
Bed opmaken.
1x per week eten opwarmen.
Kruik vullen.
Was ophalen.
Vuilniszak buiten zetten.
Post uit brievenbus halen/openen.
Buiten zetten klikbakken.
Spullen klaarzetten voor hobby.
Opbergen boodschappen.
Was in de wasmachine stoppen.
Sinaasappel uitpersen.
Kleding klaarleggen (bad)
Helpen met de was.
Fruit schoonmaken.
Spullen opruimen.
Bed opmaken en verschonen.
Bloemen water geven.
Afwas doen.

¹ Bron: Stichting Fokus.

liggende voorziening, geschaard worden. Boodschappen doen en opruimen, was in de wasmachine stoppen en het opmaken van het bed, zijn zaken die bijvoorbeeld gewoonlijk geïndiceerd worden onder de AWBZ functie huishoudelijke verzorging.

Uit onderzoek van Ritzen et al.¹ blijkt dat het leveren van hand- en spandiensten nogal eens lijdt tot onduidelijkheid en fricties bij Fokus-cliënten en ADL-assistenten. Dit omdat niet duidelijk omschreven is wat wel en niet geleverd mag worden onder bepaalde situaties. In de projecten wordt verschillend omgegaan met het leveren van hand- en spandiensten. Dergelijke verschillen bestaan ook tussen ADL-assistenten binnen hetzelfde cluster.

3.4 Aanvullende AWBZ zorg

Naast de ADL-assistentie van Fokus kunnen cliënten ook in aanmerking komen voor AWBZ zorg. Hiervoor is een indicatie van het RIO of LCIG vereist. Uit de resultaten van de enquête blijkt dat 87% van de Fokus-cliënten naast de ADL-assistentie huishoudelijke hulp krijgen, bijvoorbeeld via een thuiszorg organisatie. Daarnaast krijgt 16% verpleegkundige hulp en 10% ondersteunende begeleiding. Zie tabel 3.8 voor een overzicht.

Opvallend is dat 45 respondenten (9%) aangeven dat zij naast de ADL-assistentie van Fokus ook nog betaalde persoonlijke verzorging via de AWBZ ontvangen. In principe zou bij de indicatie voor deze functie rekening gehouden moeten zijn met het feit dat de cliënt in kwestie reeds persoonlijke verzorging ontvangt via Fokus. Volgens Fokus zijn hiervoor meerdere redenen te noemen. Zo krijgt een aantal cliënten persoonlijke verzorging vanuit een PGB V&V omdat zij bijvoorbeeld een budget hebben aangevraagd voor EVA-handeling. In de praktijk blijken RIO's en zorgkantoren onvoldoende op de hoogte van de ADL-clusterregeling als voorliggende voorziening, aldus Fokus. Cliënten kunnen daardoor een indicatie krijgen voor zorgverlening die ook al vanuit de ADL-clusterregeling wordt geleverd. Daarnaast is er een aantal cliënten dat vanuit het experimentele PGB-LG² geïndiceerd is voor ondersteunende begeleiding waarbij zij het budget aanwenden voor persoonlijke verzorging buiten de ADL-woning. Ook zou een aantal cliënten een PGB HV gebruiken voor persoonlijke verzorging.

Tabel 3.8 Ontvangt u naast de ADL-assistentie van Fokus ook betaalde huishoudelijke hulp, verpleegkundige hulp, persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding (n=515)?

Huishoudelijke hulp	87%
Verpleegkundige hulp	16%
Persoonlijke verzorging	9%
Ondersteunende begeleiding	10%
Nee	11%
Weet niet/geen mening	0%

¹ Ritzen et al, 2004 Fokuswonen. Toetsing van het Focusconcept in de praktijk.

² Het experiment PGB-LG is in januari 2001 van start gegaan in de zorgkantorregio's Groningen, Nijmegen en Tilburg. Volgens Fokus heeft een aantal van hun cliënten in deze regio's een dergelijk experimenteel PGB ontvangen. Hoe groot dit aantal precies is is niet duidelijk. Groot kan de invloed van dit experiment echter niet zijn omdat er medio april 2003, aan het einde van het experiment, op landelijk niveau in totaal maar 95 budgethouders PGB-LG waren. Bron: Achtste voortgangsrapportage PGB, Ministerie van VWS, 11 april 2003.

Financiering

AWBZ-verzekerden die middels een AWBZ indicatie aanspraak maken op zorg kunnen die aanspraak op twee verschillende manieren verzilveren:

- De verzekerde maakt gebruik van het zorgaanbod van de tot de AWBZ toegelaten instellingen en ontvangt de geïndiceerde Zorg-in-Natura (ZIN).
- De verzekerde ontvangt een persoonsgebonden budget (PGB) waarmee hij of zij zelf de zorg inkoopt bij een zorgaanbieder naar eigen keuze.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat een derde (32%) van de Fokus-cliënten hun huishoudelijke hulp financiert via een PGB. Een bijna even groot deel (29%) zegt deze zorg in natura te ontvangen. Daarnaast is er een groep mensen die in het verleden aanspraak heeft gemaakt op de art. 57 lid 2 AAW regeling huishoudelijke zorg. Op basis van deze regeling kon de inzet van huishoudelijke hulp worden gefinancierd. Vanaf 1994 is de betreffende AAW regeling opgegaan in de Regeling Subsidiëring voortzetting vergoedingen voor huishoudelijke hulp en sindsdien komen de middelen ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Diegenen die tot dan toe zorg hadden ontvangen via de AAW regeling konden op die manier hiervan gebruik blijven maken. Vanaf 1996 kunnen echter geen nieuwe hulpvragers meer in de regeling instromen¹. Uit de resultaten van de enquête blijkt dat 21% van de Fokus-cliënten die betaalde huishoudelijke zorg ontvangen, gebruik maakt van de AAW regeling.

In onderstaande tabel 3.9 staat weergegeven hoe de financiering van huishoudelijke hulp, verpleegkundige hulp en ondersteunende begeleiding is geregeld.

Tabel 3.9 Ontvangt u deze betaalde hulp via een PGB, middels Zorg-in-Natura of via een AAW voorziening (ex-AAW-regeling)²?

via	huishoudelijke hulp	verpleegkundige hulp	ondersteunende begeleiding
PGB	32%	33%	53%
Zorg-in-Natura	29%	38%	27%
(ex-)AAW voorziening	21%	-	-
Niet ingevuld	6%	10%	4%
Weet niet/geen mening	12%	19%	16%
Totaal aantal respondenten	447	84	51

Duur

Uit antwoorden van Fokus-cliënten blijkt dat het grootste deel van hen (62%) een indicatie voor huishoudelijke zorg heeft van tussen de 4 en 10 uur per week. Een op de twintig zegt een indicatie te hebben boven de hoogste uren klasse; HV klasse 6: gemiddeld 13 – 15, 9 uur per week. Bij verpleegkundige zorg ligt het zwaartepunt van de indicaties tussen de 1 en 4 uur per week. Voor een overzicht van de geïndiceerde uren voor huishoudelijke zorg en verpleegkundige zorg zie tabel 3.10.

¹ Volgens een schatting van Argonaut maken momenteel ongeveer 17.000 mensen in Nederland gebruik van de betreffende (ex-)AAW regeling. Wanneer de betreffende personen zich willen laten herindiceren voor huishoudelijke zorg (nu via de AWBZ) komt de AAW voorziening bij de (her)indicatie te vervallen en wordt deze vervangen door een AWBZ indicatie voor de functie huishoudelijke verzorging.

² Financiering door een AAW voorziening is alleen voorgelegd bij huishoudelijke hulp.

Tabel 3.10 Verdeling van Fokus-cliënten over indicatieklassen (uren zorg per week) voor huishoudelijke zorg en verpleegkundige zorg¹.

Omvang van de indicatie	Huishoudelijke zorg	Omvang van de indicatie	Verpleegkundige zorg
		0 – 0,9 uur per week	13%
0 – 1,9 uur per week	1%	1 – 1,9 uur per week	20%
2 – 3,9 uur per week	8%	2 – 3,9 uur per week	17%
4 – 6,9 uur per week	34%	4 – 6,9 uur per week	13%
7 – 9,9 uur per week	28%	7 – 9,9 uur per week	11%
10 – 12,9 uur per week	16%	10 – 12,9 uur per week	3%
13 – 15,9 uur per week	4%	13 – 15,9 uur per week	5%
Meer dan 15,9 uur per week	5%	16 – 19,9 uur per week	5%
		meer dan 19,9 uur per week	4%
Onbekend	4%	onbekend	13%
Totaal (n)	382	Totaal (n)	76

3.5 Geplande en ongeplande zorg

Binnen Fokus bestaat sinds 1996 de mogelijkheid voor het leveren van geplande zorg. Het precieze beleid ten aanzien van geplande zorg verschilt tot nu toe echter per cluster. In de meeste projecten wordt het maken van een afspraak niet gestimuleerd maar eerder ontmoedigd door de projectmanager. Volgens Fokus vindt de ontmoediging door de projectleider zijn basis in het beleid dat tot voor kort op dit punt bestond: assistentie op afspraak is mogelijk, voor zover dit niet ten koste gaat van de mogelijkheden van assistentie op afroep. Daarnaast maakt Fokus de kanttekening dat assistentie bij badgegebruik altijd op afspraak plaats vindt. Uit onderzoek van iRv² blijkt overigens dat tweederde van Fokuspopulatie (65%) zo nu en dan gebruik maakt van geplande zorg.

Uit de eigen enquête blijkt dat 41% van de Fokuspopulatie dagelijks op min of meer vaste tijden op de dag om ADL-assistentie vraagt (tabel 3.11). Gezien het feit dat de ADL-assistentie op min of meer vaste tijden wordt geleverd heeft de zorg voor deze groep dus een hoog planbaarheidsgedrag. Een tweede groep van 23% zegt dat zij op sommige dagen van de week op min of meer vaste tijden ADL-assistentie inroepen, terwijl dit op andere dagen zoals in het weekend varieert. Vaak heeft dit te maken met het feit dat de betreffende cliënt meerdere dagen in de week op vaste tijden werkt of dagactiviteiten heeft. In het weekend wisselt de dag indeling waardoor het tijdstip waarop ADL-assistentie wordt gevraagd navenant wisselt. Tot slot zegt een derde groep van 34% dat de vraag om ADL-assistentie voor hen sterk fluctueert van dag tot dag.

Aan de laatst genoemde twee groepen is vervolgens gevraagd naar de reden of redenen waarom hun ADL-assistentie (op bepaalde dagen van de week) van dag tot dag fluctueert. Voor driekwart (76%) van de cliënten uit beide groepen zijn het de eigen wensen en activiteiten die zorgen voor de dag tot dag fluctuaties. Hoe de onvoorspelbaarheid van de toiletgang hierin meespeelt is niet

¹ Het geïndiceerde aantal uren zorg per week is gebaseerd op antwoorden van cliënten op de vraag naar de hoogte van hun indicatie. Inclusief diegenen die aangewezen zijn op de AAW voorziening.

² Ritzen et al, 2004, Fokuswonen. Toetsen van het Fokusconcept in de praktijk, iRv iov CVZ.

precies duidelijk. Daarnaast zegt ruim een kwart (27%) dat het verschil van dag tot dag (ook) veroorzaakt wordt door de eigen beperkingen/ ziektebeeld..

Tabel 3.11 Vraagt u ADL-assistentie in het algemeen op min of meer vaste tijden op de dag of varieert dit sterk van dag tot dag (n=515)?

	Aantal	%
Min of meer vaste tijden	212	41%
Sommige dagen van de week op min of meer vaste tijden en op andere dagen van de week, bijvoorbeeld het weekend verschilt dit nogal	119	23%
Fluctueert sterk van dag tot dag	177	34%
Niet ingevuld	3	1%
Weet ik niet /geen mening	4	1%

Als de AWBZ indicatie gepaard zal gaan met een noodzaak om zo veel mogelijk zorg van tevoren te plannen zal dit naar schatting voor 40% van de huidige Fokuspopulatie relatief weinig problemen opleveren. Zij krijgen op dit moment ook al op min of meer vaste tijden hun ADL-assistentie.

3.6 Conclusie

De centrale vraag van dit onderzoek luidt: *Wat betekent de conversie van de ADL clusterregeling naar de AWBZ in zorginhoudelijk en financieel opzicht, voor zowel de financiering(ssstromen) als voor de Fokus-cliënt?* In dit hoofdstuk hebben we antwoord gegeven op de eerste onderzoeksvraag: *Welke zorg ontvangen de cliënten van Fokus op dit moment?*

- Uit de enquête onder de cliënten van Fokus blijkt dat 30% van hen een indicatie heeft van tussen de 10 en 20 uur ADL-assistentie per week; 28% heeft een indicatie voor 25 uur of meer ADL-assistentie.
- De meest voorkomende ADL-activiteiten bij Fokus-cliënten zijn hulp bij wassen en douchen en bij het aan- en uitkleden. In beide gevallen ontvangt iets meer dan driekwart van de cliënten volledige assistentie bij het uitvoeren van de activiteiten. De ADL-activiteiten waarbij het minst vaak assistentie wordt ingeroepen zijn 'hulp bij eten en drinken' en het verplaatsen van de cliënt in zit- of lighouding.
- Naast ADL-assistentie levert Fokus ook Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie (EVA) aan haar cliënten in gevallen waar dit nodig is. De meest toegepaste EVA handelingen over 2003 zijn 1: aanbrengen zalven op intacte huid (220 cliënten), 2: aantrekken elastische kousen (180 cliënten) en 3: catheterzakje verwisselen (173 cliënten). 67% van de cliënten is aangewezen op een of meerdere EVA-handelingen. Van deze groep ontvangt het grootste deel, namelijk 44%, tussen de 7 en 9.9 uur EVA assistentie per week. Dit correspondeert met iets meer dan een uur per dag. Een derde van de Fokus-cliënten zegt helemaal geen EVA te ontvangen.

- Naast de ADL-assistentie en EVA-handelingen leveren de ADL-assistenten van Fokus ook zogenoemde hand- en spandiensten. Dit zijn kleine klusjes waarvoor de Fokus-cliënt niet is geïndiceerd maar die zij wel zo nu en dan kunnen vragen aan de ADL-assistent.
- Naast de ADL-assistentie van Fokus krijgt 87% van de Fokus-cliënten huishoudelijke verzorging via de reguliere AWBZ, bijvoorbeeld via een thuiszorg organisatie. Daarnaast krijgt 16% verpleegkundige hulp en 10% ondersteunende begeleiding.
- Het grootste deel van de Fokus-cliënten (62%) heeft een indicatie voor huishoudelijke zorg van tussen de 4 en 10 uur per week. Een op de twintig zegt een indicatie te hebben boven de hoogste uren klasse; HV klasse 6: gemiddeld 13 – 15, 9 uur per week. Bij verpleegkundige zorg ligt het zwaartepunt van de indicaties tussen de 1 en 4 uur per week.

4 Gevolgen van insluiting op zorginhoudelijk vlak

In dit hoofdstuk staan de zorginhoudelijke gevolgen van de insluiting centraal. De vraag daarbij is of de huidige Fokuspopulatie dezelfde hoeveelheid en onder dezelfde voorwaarden zorg kan ontvangen binnen de AWBZ als dat op dit moment het geval is. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van zes Fokus-cliëntprofielen die een dwarsdoorsnede vormen door de Fokuspopulatie. Per profiel behandelen we de huidige indicatie voor ADL-assistentie, de AWBZ-indicatie en de eventuele knelpunten die zich kunnen gaan voordoen wanneer de ADL-clusterregeling wordt ingesluit in de reguliere AWBZ.

4.1 6 cliëntprofielen: een doorsnee door de Fokuspopulatie

De groep Fokus-cliënten is een relatief homogene groep wat betreft de ernst van de lichamelijke handicap en hun uitgesproken wens om zoveel mogelijk de regie over het eigen leven te willen voeren. Anderzijds is de Fokuspopulatie ook heel divers als we kijken naar de beperkingen, ziektebeelden en bijvoorbeeld de uren assistentie die men afneemt.

Om vast te kunnen stellen in welke mate bepaalde gevolgen van de insluiting in de AWBZ doorwerken in de Fokuspopulatie is het belangrijk enige ordening aan te brengen binnen de populatie. Wanneer bekend is uit wat voor verschillende typen cliënten de Fokuspopulatie bestaat wordt het eenvoudiger om de kwantitatieve impact van de insluiting in kaart te brengen. Er moet dus een dwarsdoorsnede gemaakt worden door de Fokuspopulatie. Dit hebben we gedaan middels een clusteranalyse

Clusteranalyse

Clusteranalyse is een verzamelnaam voor statistische methodes waarmee objecten, in dit geval Fokus-cliënten, kunnen worden ingedeeld in clusters van objecten die onderling een grote samenhang vertonen, maar waarvan er geen of slechts beperkte samenhang bestaat met objecten uit de andere clusters. De samenhang van objecten binnen een cluster is gebaseerd op een aantal op voorhand bepaalde variabelen. Na bestudering van de ruwe gegevens van de enquête hebben we ervoor gekozen om de volgende 8 variabelen te gebruiken:

- mate waarin de cliënt beperkingen aan de armen ervaart
- mate waarin de cliënt beperkingen aan de handen ervaart
- mate waarin de cliënt zelfstandig transfers kan maken
- de hoeveelheid ADL-assistentie waarvoor men (naar eigen idee) geïndiceerd is, in uren per week
- of de cliënt de zorg uit de AWBZ (/ AAW)-zorg component 'huishoudelijke zorg' ontvangt (ja/nee)
- de hoeveelheid huishoudelijke zorg die men krijgt, in uren per week.
- of de cliënt de zorg uit de AWBZ-zorg component 'verpleegkundige zorg' ontvangt (ja/nee)
- of de cliënt de zorg uit de AWBZ-zorg component 'ondersteunende begeleiding' ontvangt (ja/nee).

De keuze voor deze variabelen is onder meer ingegeven op basis van de volgende de volgende veronderstellingen en uitgangspunten:

- Voor de AWBZ indicatiestelling van deze groep die praktisch geheel (97%) rolstoelgebonden is, is vooral de mate waarin de cliënt zelfstandig transfers kan maken belangrijk.
- De mate waarin men zelfstandig transfers kan maken hangt samen met de beperkingen aan armen en handen.
- De hoeveelheid ADL-assistentie is een belangrijke maat voor de ernst van de handicap en de behoefte aan toekomstige PV.

Voor de clusteranalyse in dit onderzoek is gekozen voor de Quick Clusteranalyse (SPSS) op basis van een zestal te onderscheiden clusters (zie voor een achtergrond par. 1.3). Deze 6 clusters vormen één van de vele mogelijke dwarsdoorsneden door de populatie Fokus-cliënten. Vergelijkbare dwarsdoorsneden kunnen ook gemaakt worden op basis van bijvoorbeeld urenklassen ADL-assistentie, type beperkingen (ziektebeeld), leeftijd, etc. Gelet op het doel van de hier beschreven exercitie, namelijk het aanleveren van cliëntprofielen op basis waarvan indicatiestellers een AWBZ indicatie kunnen afgeven, waarbij binnen de profielen zo veel mogelijk samenhang bestaat rond de voor de AWBZ indicatie belangrijke variabelen, zijn wij van mening dat de hier beschreven clusteranalyse de meest functionele dwarsdoorsnede door de populatie oplevert.

6 Profielen

Aan de hand van de 6 clusters kunnen 6 cliëntprofielen worden onderscheiden. De grootste gemene deler per cluster vormt de basis voor ieder profiel (een 'voorbeeld cliënt'). Naast de gegevens uit de clusteranalyse zijn de profielen gecompileerd aan de hand van een aantal in paragraaf 1.3 genoemde aannames.

De 6 profielen bevatten voldoende informatie voor een schatting van het aantal uren persoonlijke verzorging dat op basis van AWBZ indicatiecriteria kan worden toegekend. Deze schatting zal aan het einde van ieder profiel worden weergegeven. Vooralsnog wordt er vanuit gegaan dat het aantal uren huishoudelijke zorg, verpleegkundige zorg en ondersteunende begeleiding niet zal wijzigen wanneer de ADL-clusterregeling opgaat in de AWBZ. In de indicaties wordt niet specifiek ingegaan op de AWBZ indicatie van EVA-handelingen. De reden hiervoor is a) dat we er van uit gaan dat noodzakelijke EVA-handelingen hoe dan ook in een VP indicatie terug zullen komen en b) dat per cluster steeds slechts een (kleine) minderheid EVA-handelingen ontvangt. Een uitzondering hierop vormt het medicijnen klaarzetten en toedienen. Daarnaast c) zijn niet alle ontvangen EVA-handelingen bekend. Omdat de set aan mogelijke EVA-handelingen meer dan 50 activiteiten omvat was het mede gelet op de omvang van de vragenlijst ondoenlijk alle mogelijke EVA-handelingen voor te leggen aan de respondenten. Hierdoor bevatten de clusters te weinig specifieke informatie om een juiste inschatting te geven van de extra VP uren die per cluster zouden moeten worden geïndiceerd. De EVA-handelingen zijn alleen relevant in profielen 4, 5 en 6. Daar wordt een schatting gegeven van het aantal uren VP dat voor de daar beschreven EVA handelingen in de plaats zou moeten komen.

De beschrijvingen van de verschillende profielen zijn beperkt van omvang. Dit is mede gedaan uit het oogpunt van leesbaarheid. De indicatieadviseurs van de RIO's en LCIG beschikten over een uitgebreider profiel met meer achtergrond informatie over de specifieke activiteiten waar persoonlijke verzorging en huishoudelijke verzorging bij nodig was. De kernvariabelen van de 6 profielen staan samengevat in tabel 4.1

Tabel 4.1 Overzichtstabel met kernvariabelen van de 6 profielen.

Zorg op dit moment					Reguliere AWBZ zorg na insluiting				
profiel	n	ADL uren per week	EVA	Huishoudelijk verzorging (AWBZ)	Ondersteunende begeleiding (AWBZ)	Persoonlijke verzorging in uren per week; leveringsvw.	Verpleging in uren per week; leveringsvw.	Huishoudelijk verzorging	Ondersteunende begeleiding
1	85	7.9	0	Klasse 3	-	4 – 6.9 : A	-	Klasse 3	-
2	85	9.5	0	Klasse 4	-	13 – 15.9 : B	-	Klasse 4	-
3	94	15.9	1	Klasse 4	-	20 – 24.9 + 1: B	1 – 1.9 : A	Klasse 4	-
4	59	15.9	7	-	-	20 – 24.9 + 7: B	7 – 9.9 : A	-	-
5	143	15.2	7	Klasse 4	-	20 – 24.9 + 7: B	2 – 3.9 : A	Klasse 4	-
6	49	15.2	7	Klasse 4	Klasse 2	20 – 24.9 + 6: B	7 – 9.9 : B	Klasse 4	Klasse 2

n: aantal Fokus-cliënten in het betreffende cluster; HV: huishoudelijke verzorging; OB: ondersteunende begeleiding; PV: persoonlijke verzorging; VP: verpleging, uren voor HV en OB in urenklassen, toevoeging '+' staat voor 'met additionele uren'. Het aantal ADL-uren in dit overzicht betreft het gecorrigeerde aantal ADL-zorg uren. Hierbij is van het geïndiceerde aantal ADL-uren het aantal EVA uren afgetrokken, waarna er 15% procent looptijd van is afgetrokken. De hier weergegeven ADL-uren geven dus de daadwerkelijke zorgmomenten aan voor ADL-zorg.

4.1.1 Profiel 1

Kristien is 38 en woont al sinds enkele jaren alleen in een FOKUS woning. Op jonge leeftijd heeft zij ten gevolge van een auto-ongeval een thoracale dwarslaesie opgelopen. De laesie is niet volledig zodat zij haar handen en armen nog wel (beperkt) kan gebruiken. Wel heeft zij zo nu en dan last van spasmen en is zij rolstoelgebonden. Kristien wil zo normaal en zelfstandig mogelijk leven en wonen. Kristien werkt drie dagen in de week waardoor zij op haar werkdagen op vaste tijden moet worden geholpen met opstaan, wassen en aankleden. 's Middags en 's avonds wanneer zij weer terug is van haar werk wisselt de vraag om assistentie van dag tot dag omdat de dagindeling en geplande activiteiten vaak wisselen. Ook in het weekend vraagt Kristien vaak op wisselende tijden om ADL-assistentie. Soms heeft zij bijvoorbeeld gewoon zin om lekker lang uit te slapen. Ook kan het zijn dat ze in het weekend vaak uit gaat vanwege afspraken waardoor de ADL-assistent haar even in en uit de jas moet helpen. Haar behoefte aan assistentie (aantal uren) blijft per week steeds ongeveer hetzelfde.

Haar **beperkingen** laten zich als volgt karakteriseren:

B1.4.3 Lichamelijke handicap: thoracale dwarslaesie

B1.4.4 Prognose: De gezondheidstoestand blijft naar verwachting hetzelfde

B1.7.3 Stoornissen in motorisch functioneren: ja

Problemen met:	De cliënt ervaart:		
	geen beperkingen	enige beperkingen	veel beperkingen
• het gebruik van armen		X	
• het gebruik van handen		X	
• het gebruik van benen			X
• het gebruik van voeten			X
• handhaving hoofdbalans	X		
• handhaving rompbalans		X	

B3 Mobiliteit: Cliënt kan veel transfers zelfstandig uitvoeren.

Zorg op dit moment			
ADL-clusterregeling		aanvullende AWBZ-zorg	
ADL-zorg	EVA	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
Volledige assistentie bij wassen Enige assistentie bij aan- en uitkleden		Licht poetswerk; kamers opruimen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	
7.9 uur ADL-zorg (gecorrigeerd) ¹	0 uur	totaal 6 uur per week HV klasse 3: gemiddeld 4 – 6.9 uur per week	0 uur

¹ Gecorrigeerd voor het aantal uren EVA (in dit geval 0 uur) en 15% looptijd

Zorg na insluiting			
AWBZ			
Persoonlijke verzorging	Verpleging	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
gecombineerd wassen en aankleden: 7x40 min 2x douchen per week ipv wassen: +15x2min uitkleden + in bed 15x7 min		Licht poetswerk; kamers opruimen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	
totaal 6.9 uur per week PV klasse 3: gemiddeld 4 – 6.9 uur per week leveringsvoorwaarde: A	0 uur	totaal 6 uur per week HV klasse 3: gemiddeld 4 – 6.9 uur per week	0 uur

Discussiepunten

Aantal uren AWBZ-indicatie

De hoogte van de indicatie voor de functie PV hangt af van het aantal keren dat de cliënt 'douchen' geïndiceerd krijgt. Hierdoor indiceren sommige indicatieadviseurs het als PV klasse 3 en anderen als klasse 4. Bovenstaande indicatie is gebaseerd op de aanname dat de betreffende cliënt 2 maal per week wordt geholpen met douchen. Wanneer de cliënt gewend is om iedere dag te douchen komt er 5 kwartier bij waardoor de indicatie verschuift naar PV klasse 4. Uit de groepsdiscussie met indicatieadviseurs van verschillende RIO's en een LCIG blijkt dat zij in de praktijk verschillend omgaan met het maximaal aantal douchebeurten waarbij men per week geholpen kan worden. Sommigen vragen naar de wensen van de cliënt, of naar wat de cliënt gewend is te doen, anderen gaan uit van een normaantal per week (vaak 2x). Het maximum aantal keren wat de adviseurs toestaan is 1 douchebeurt per dag.

De AWBZ indicatie gaat uit van de beperkingen van een cliënt en wordt in beperkte mate bepaald door het sociale leven van de cliënt. Iemand met een druk sociaal leven (die dus vaak transfers moet maken, op ongeplande tijden thuis komt en weggaat) zal derhalve op basis van dit gegeven geen andere indicatie krijgen dan iemand zonder druk sociaal leven. Uit de groepsdiscussie met indicatieadviseurs blijkt de praktische uitwerking hiervan, en dus de mate waarin het werkelijk meeweegt in de indicatie, tussen indicatieadviseurs verschilt. Sommigen zijn streng en strikt, anderen wat meer coulant.

24-uurs zorg op afroep

De leveringsvoorwaarde die de indicatieadviseurs koppelen aan de indicatie voor persoonlijke verzorging is in het geval van Kristien leveringsvoorwaarde A. De reden hiervoor is dat Kristien goed in staat is om zelf alle transfers zelfstandig uit te voeren. Ze hoeft dan ook niet geholpen te worden met de toiletgang. Hierdoor kan in principe alle zorg op afspraak worden geleverd. Leveringsvoorwaarde A betekent dat de zorg op afspraak, op geplande tijden wordt geleverd. Na insluiting heeft Kristien formeel gezien dus geen recht meer op 24-uurs zorg op afroep.

In het kader van het in kaart brengen van de gevolgen van insluiting van de ADL-clusterregeling in de reguliere AWBZ zou het goed zijn om inzicht te krijgen in de verdeling van leveringsvoorwaarden over de gehele Fokus-populatie. De criteria voor het toekennen van de verschillende le-

veringsvoorwaarden zoals die in hoofdstuk zijn besproken vereisen relatief veel achtergrondinformatie over de beperkingen van de cliëntenpopulatie. Dit om bijvoorbeeld de afweging te kunnen maken wanneer een cliënt voor bepaalde zorghandelingen die een korte responstijd vereisen is aangewezen op professionele 24-uurs alarmopvolging met daarnaast leveringsvoorwaarde A of B of dat in plaats daarvan leveringsvoorwaarde C aan de indicatie moet worden gekoppeld. De informatie die op basis van de enquête is verzameld biedt hiertoe buiten de profielen te weinig aanknopingspunten en het is ons inziens daarom niet goed mogelijk om een betrouwbare schatting te geven van de verdeling van leveringsvoorwaarden over de Fokus-populatie.

Herindicaties

Een aanname bij het indiceren van de 6 profielen voor AWBZ zorg is dat de hoeveelheid zorg die men nu ontvangt voor de functies huishoudelijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding één op één overgaat in de AWBZ indicatie na insluiting. De vraag is echter of deze aanname voor alle cliënten opgaat. Wanneer de Fokus-clieñten aangewezen zijn op ADL-zorg vanuit de AWBZ zullen zij geïndiceerd moeten worden voor de functie persoonlijke verzorging (PV). De indicatiestelling zegt dat bij een nieuwe indicatie of herindicatie op één functie, ook de indicaties voor de overige functies opnieuw moeten worden doorgelicht. Met die indicatie voor PV zullen dus bestaande AWBZ indicaties voor bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging (HV), verpleging (VP) en ondersteunende begeleiding (OB) geherïndiceerd moeten worden.

Dit geldt ook voor mensen met een AWBZ indicatie met onbeperkte geldigheidsduur alsmede voor diegenen die nu hun huishoudelijke hulp financieren via een AAW regeling. Bij deze laatste groep zorgt de AWBZ indicatie voor huishoudelijke verzorging ervoor dat de aanspraak op de AAW regeling komt te vervallen. Ruim 20% van de Fokus-clieñten die huishoudelijke hulp ontvangen doet dat via een AAW regeling. Op Fokuspopulativeniveau komt dat neer op een kleine 175 personen. Een deel Fokus-clieñten heeft relatief oude (meer dan 2 jaar oud) AWBZ indicaties. In de AWBZ indicatiepraktijk is mede vanwege de Modernisering AWBZ de laatste jaren veel veranderd. Door de wachtlijstenproblematiek eind jaren negentig en de sterk groeiende uitgaven op de post AWBZ zorg is met name vanaf 2001 ingezet op een sterkere doelmatigheid en kritischere houding bij het indiceren. Naast het strenger indiceren wordt ook meer gekeken naar voorliggende voorzieningen als maaltijdverstrekking (i.e. tafeltje-dekje), was- en boodschappen-service. Tevens wordt nu duidelijker de inzetbaarheid van mantelzorg en gebruikelijke zorg (zorg door partner en thuiswonende kinderen) in de indicatie meegenomen. Cliëñten met een partner krijgen, wanneer deze partner geen beperkingen heeft, hierdoor bijvoorbeeld geen indicatie voor huishoudelijke zorg.

Samengevat betekent dit dat een deel van de Fokus-clieñten met een meer dan twee jaar oude AWBZ indicatie op een aantal punten minder zorg geïndiceerd zullen krijgen dan dat zij nu ontvangen. Voor hoeveel Fokus-clieñten dit geldt en in welke mate dit voor deze personen geldt is niet bekend.

Conclusie: De Fokus-clieñten die voldoen aan profiel 1 krijgen na insluiting in de reguliere AWBZ naar verwachting iets minder zorg uren geïndiceerd dan dat zij nu krijgen binnen de ADL-clusterregeling en reguliere AWBZ. Cliëñten in dit profiel hebben dan tevens geen recht meer op 24-uurs zorg op afroep. Eventueel kunnen zij over de levering van zorg onderhandelen met hun aanbieder, al dan niet via het zorgkantoor.

4.1.2 Profiel 2

Johan is 62 en woont alleen in een Fokus woning. Al vroeg in z'n leven had hij last van reuma waarbij de beperkingen in de loop van de tijd steeds verder zijn toegenomen. Johan zit nu in een rolstoel maar kan over het algemeen zelfstandig transfers maken. Wel heeft hij vaak last van pijn en stijfheid in spieren en gewrichten, iets waar Johan verschillende medicijnen voor slikt. Johan doet twee dagen in de week vrijwilligerswerk waardoor hij op die dagen op vaste tijden geholpen moet worden met opstaan, wassen en aankleden. Hoewel hij moeilijk zijn handen kan gebruiken staat Johan erop dat hij zelf zijn overhemd en jas dichtknoopt. Voor hem is dit erg belangrijk. 's Middags en 's avonds wanneer hij weer terug is en op dagen dat Johan thuis is wisselt de vraag om assistentie van dag tot dag omdat de dagindeling en geplande activiteiten vaak wisselen. Het opstaan en de toiletgang wisselt bijvoorbeeld nogal van dag tot dag. Het aantal uren ADL-assistentie blijft van week tot week hetzelfde. Wel heeft Johan met koud en vochtig weer vaak beduidend meer klachten dan met warm weer.

Zijn **beperkingen** laten zich als volgt karakteriseren:

B1.1.3/1.4.3 Somatische aandoening/Lichamelijke handicap: reuma

B1.4.4 Prognose: De gezondheidstoestand blijft op korte termijn naar verwachting hetzelfde

B1.7.3 Stoornissen in motorisch functioneren: ja

Problemen met:	De cliënt ervaart:		
	geen beperkingen	enige beperkingen	veel beperkingen
• het gebruik van armen			X
• het gebruik van handen			X
• het gebruik van benen			X
• het gebruik van voeten			X
• handhaving hoofdbalans	X		
• handhaving rompbalans		X	

B3 Mobiliteit: Kan veel transfers zelf uitvoeren maar heeft hulp nodig bij de toiletgang.

Zorg op dit moment			
ADL-clusterregeling		aanvullende AWBZ-zorg	
ADL-zorg	EVA	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
volledige assistentie bij wassen enige assistentie bij aan- en uitkleden volledige assistentie bij in- en uit bed gaan enige assistentie bij de toiletgang		Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	
9.5 uur ADL-assistentie (gecorrigeerd)	0 uur	totaal 7 uur per week HV klasse 4: gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur

Zorg na insluiting			
AWBZ			
Persoonlijke verzorging	Verpleging	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
gecombineerd wassen en aankleden: 7x40 min 2x douchen per week ipv wassen: +15x2min uitkleden + in bed 15x7 min toiletgang 15x5x7		Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	
totaal 14.5 uur per week <u>PV klasse 6</u> : gemiddeld 13 – 15.9 uur per week, leveringsvoorwaarde: B	0 uur	totaal 7 uur per week <u>HV klasse 4</u> : gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur

Discussiepunten

Aantal uren AWBZ-indicatie

Ook hier wisselt het aantal geïndiceerde uren persoonlijke verzorging tussen indicatieadviseurs. De variatie beslaat hier zelfs meerdere klassen (klasse 6 – klasse 8). Belangrijkste reden voor dit verschil ligt in de geschatte tijd per toilet bezoek en het aantal toiletbezoeken per dag. Bij de hier beschreven indicatie is uitgegaan van relatief korte toiletbezoeken. Voor toiletbezoek bestaan geen normaantallen per dag. Indicatieadviseurs zeggen het aantal in overleg met de cliënt vast te stellen op basis van diens reguliere toiletbezoek per dag. In gevallen dat dit sterk oploopt, bijvoorbeeld ten gevolge van een regulier te genezen ziekte als blaasontsteking, wordt uitgegaan van toiletbezoek onder normale omstandigheden.

Wensen van de cliënt

Johan wil graag zelf de knoopjes van zijn overhemd dicht doen. Binnen Fokus wordt hem die ruimte geboden. In de indicatiestelling AWBZ komt dit punt niet terug omdat daar naar de daadwerkelijk te leveren zorg wordt gekeken. Het knoopjes dichtdoen wordt niet meegenomen in de tijd die voor 'aankleden' wordt geïndiceerd. Als de thuiszorger Johan in de tijd dat hij zijn knoopjes dichtdoet op een andere manier kan verzorgen hoeft hierbij geen probleem te ontstaan. Als de thuiszorger echter moet stoppen en niks anders kan doen (terwijl de klok doortikt) ontstaat er wel een probleem. Dit is echter primair een probleem tussen de zorgaanbieder en Johan, de indicatie staat hier buiten. Of Johan zelf zijn knoopjes kan blijven vastmaken in de AWBZ zal afhangen van de mogelijkheden om het knoopjes dichtdoen efficiënt in de zorgverlening in te bedden.

Fluctuerende hulpvraag

Zoals uit het profiel blijkt wisselen de klachten van Johan als gevolg van weersinvloeden. De indicatieadviseurs geven aan dat hierdoor de indicatie hoger zal uitkomen, bij een van de adviseurs komt er bijvoorbeeld 25% boven op de geïndiceerde uren. Er bestaan geen duidelijke richtlijnen voor het omgaan met wisselende hulpvragen. In principe moet het feit dat een klasse in plaats van een specifiek aantal uren wordt geïndiceerd, een groot deel van de week tot week wisselingen kunnen opvangen. Zo kan voor een cliënt met een indicatie voor PV klasse 6 de zorgbehoefte fluctueren tussen de 13 en 15.9 uur per week.

24-uurs zorg

Bij de indicatie wordt leveringsvoorwaarde B afgegeven. In principe is dan alleen de onvoorspelbare zorg die niet kan wachten, zoals de toiletgang, op afroep leverbaar. Johan zal met zijn zorgleverancier moeten onderhandelen in hoeverre de planbare zorg (opstaan, naar bed gaan e.d.) eventueel toch op afroep kan worden geleverd. In de reguliere thuis situatie is 24-uurs zorg op afroep vooralsnog niet beschikbaar omdat reguliere thuiszorgorganisaties dit niet leveren. Persoonlijke verzorging op afroep het etmaal rond kan in bepaalde gevallen wel geleverd worden in aanleunwoningen of satellietwoningen rondom een verpleeg- of verzorgingshuis of andere intramurale instelling. Ook kan deze vorm van zorg geleverd worden in een woonzorgcomplexachtige setting. Er zijn reguliere thuiszorgorganisaties die persoonlijke verzorging op afroep leveren maar dit gebeurt dan alleen gedurende de dag.

Conclusie: De Fokus-cliënten die voldoen aan profiel 2 krijgen na insluiting in de reguliere functiegerichte AWBZ minstens even veel uren zorg als dat zij nu krijgen binnen de ADL-clusterregeling en AWBZ. Cliënten in dit profiel hebben dan formeel echter geen *recht* meer op 24-uurs zorg op afroep. Gezien het feit dat leveringsvoorwaarde B aan de functie persoonlijke verzorging verbonden is wordt van de toekomstige zorgaanbieder wel verwacht dat deze zorg-op-afroep levert, in ieder geval daar waar het gaat om de niet planbare zorg zoals de toiletgang. 24-uurs zorg op afroep wordt echter vooralsnog niet geleverd door reguliere thuiszorgorganisaties. Zorgvragers zijn dan afhankelijk van de zorgverlening van intramurale instellingen uit de buurt.

In hoeverre klanten hun eigen regie kunnen blijven voeren over de specifieke inhoud van zorg (bv zelf knoopjes dichtdoen) zal ook afhangen van de bereidwilligheid van de zorgaanbieder. Waarschijnlijk zal deze persoonlijke invulling beperkt worden.

4.1.3 Profiel 3

Marije is 25 en is bijna klaar met haar studie communicatie wetenschappen. Ze heeft een tijdje met haar vriend in de FOKUS woning gewoond maar sinds dat het uitging woont zij weer alleen. Al op vroege leeftijd, Marije was toen 13 maanden, werd de erfelijke spierziekte spinale musculaire atrofie (SMA) type II geconstateerd. Zij heeft hierdoor te maken met ernstige spierzwakte. Marije kan niet staan en kan zich alleen voortbewegen in een rolstoel. SMA worden gekenmerkt door zwakte van spieren van bovenarmen en bovenbenen. De ziekte verloopt langzaam progressief. Marije studeert en moet overdag naar de universiteit voor college's. Dit betekent dat ze door de weeks vaak op vaste tijden opstaat en geholpen wordt door de ADL-assistenten. 's Middags en 's avonds en op dagen dat ze niet naar de universiteit hoeft, zoals in het weekend, wisselt haar behoefte aan ADL-assistentie afhankelijk van haar activiteiten binnen en buiten de deur. Marije gaat zaterdag overdag en 's avonds graag nog even de stad in met vriendinnen. Regelmatig is het erg gezellig en komt ze pas om half 4 thuis 's nachts thuis. De ADL-assistent met nachtdienst helpt haar dan naar bed. Marije slaapt dan ook graag uit in het weekend. Hoewel het tijdstip waarop de assistentie wordt gevraagd regelmatig wisselt, blijft het aantal uren ADL-assistentie van week tot week wel hetzelfde.

Marije's **beperkingen** laten zich als volgt karakteriseren:

B1.1.3/1.4.3 Somatische aandoening/Lichamelijke handicap: spinale musculaire atrofie type II

B1.4.4 Prognose: De gezondheidstoestand blijft op korte termijn naar verwachting hetzelfde

B1.7.3 Stoorissen in motorisch functioneren: ja

Problemen met:	De cliënt ervaart:		
	geen beperkingen	enige beperkingen	veel beperkingen
• het gebruik van armen		X	
• het gebruik van handen		X	
• het gebruik van benen			X
• het gebruik van voeten		X	X
• handhaving hoofdbalans	X		
• handhaving rompbalans		X	

B3 Mobiliteit: Marije is rolstoelgebonden en kan niet staan of lopen. Door de spierzwakte kan zij niet zelfstandig transfers uitvoeren. Thuis heeft ze hierdoor onder meer een tillift en een hoog-laag bed.

Zorg op dit moment			
ADL-clusterregeling		aanvullende AWBZ-zorg	
ADL-zorg	EVA	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
volledige assistentie bij wassen enige assistentie bij aan- en uitkleden volledige assistentie bij in- en uit bed gaan enige assistentie bij de toiletgang volledige assistentie bij verplaatsen in zit- of lighouding enige assistentie bij persoonlijke verzorging van huid, haren, tanden		Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Warme maaltijd bereiden Huishoudelijke spullen in orde houden	
15.9 uur ADL-assistentie (gecorrigeerd)	1 uur	totaal 9 uur per week HV klasse 4: gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur

Zorg na insluiting			
AWBZ			
Persoonlijke verzorging	Verpleging	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
gecombineerd wassen en aankleden: 7x40 min 2x douchen per week ipv wassen: +20x2min uitkleden + in bed 25x7 min toiletgang 20x5x7 verplaatsen in zit of lighouding 2x7x20 zorg voor tanden, haren etc 2x7x5	medicijnen toedienen	Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Warme maaltijd bereiden Huishoudelijke spullen in orde houden	
totaal 25.8 uur per week PV klasse 8: gemiddeld 20 – 24.9 uur per week + 1 additioneel uur per week leveringsvoorwaarde: B	totaal 1 uur per week VP klasse 1: gemiddeld 1 – 1,9 uur per week; leveringsvoorwaarde: A	totaal 9 uur per week HV klasse 4: gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur

Discussiepunten

Aantal uren AWBZ-indicatie

Het hoge aantal uren dat hier geïndiceerd wordt is voornamelijk terug te voeren op het gebruik van de tillift die bij iedere transfer ingezet moet worden. Handelingen met transfers lopen dan al gauw op naar minimaal 20 minuten. Bij de indicatie voor de functie verpleging is ervan uitgegaan dat de medicijnen op vaste tijden worden toegediend, vandaar leveringsvoorwaarde A.

Additionele zorguren

De indicatie valt buiten de officiële grenzen van een AWBZ indicatie persoonlijke verzorging. Het totaal aantal uren dat op basis van de normbedragen is berekend valt immers buiten de grenzen van de hoogste PV klasse 8; 24.9 uur per week. In aanvulling op deze klasse worden daarom zogenaamde additionele uren geïndiceerd. Deze kunnen alleen worden geïndiceerd na overleg met andere indicatiestellers. Ook moet op dat moment in ieder geval overwogen worden of de betreffende cliënt niet een indicatie voor de functie Verblijf zou moeten krijgen. Een dergelijke indicatie voor verblijf kan alleen op inhoudelijke gronden worden afgegeven en niet puur op basis van een hoog aantal zorguren (zie ook par. 2.2 'Verblijf: alleen op inhoudelijke gronden').

Vooralsnog blijkt nergens uit de beschikbare cliëntgegevens dat criteria om voor de functie Verblijf in aanmerking te komen van toepassing zijn op de Fokuspopulatie. De voorwaarden voor het leveren van zorg thuis zijn daarentegen juist wel integraal toepasbaar op de cliëntengroep van Fokus:

- de zorg is thuis te leveren vanuit medisch technisch oogpunt, dat wordt immers op dit moment ook gedaan;
- de stoornissen zijn huiselijke setting te hanteren.

- Fokus-cliënten zijn in staat:
 - delen van de dag alleen te zijn;
 - te alarmeren;
 - regie te voeren;
 - eigen wensen aan te geven;
 - te communiceren;
 - hulp te organiseren en te sturen.

Op basis van puur zorginhoudelijke argumenten ligt het dus niet voor de hand dat Fokus-cliënten in aanmerking komen voor de functie Verblijf, individuele gevallen mogelijk daargelaten. Een aandachtspunt hierbij is echter de inzet van mantelzorg. Het LVIO noemt namelijk als voorwaarde voor het thuis kunnen blijven wonen van mensen met een grote hulpvraag (meer dan 20 uur per week) dat deze over een 'stevig blok' mantelzorg en/of gebruikelijke zorg beschikken. In de discussie met indicatieadviseurs bleek dat dit aspect, en het geheel van 'sociale factoren', in de indicatiepraktijk mee te spelen maar een duidelijke set aan criteria (wanneer wel, wanneer niet) ontbreekt hierbij vooralsnog. Het is dus niet precies duidelijk hoe 'stevig' dat blok informele zorg precies moet zijn. In dit geval wordt geen indicatie Verblijf afgegeven.

24-uurs zorg

Marije wil uitgaan en 's nachts geholpen worden met het naar bed gaan. Deze zorg is binnen de AWBZ gegeven haar indicatie en leveringsvoorwaarde niet op afroep beschikbaar. Net als bij profiel 3 is alleen de onvoorspelbare zorg die niet kan wachten, zoals de toiletgang, op afroep leverbaar. Marije zal met haar zorgleverancier moeten onderhandelen of de planbare zorg (opstaan, naar bed gaan e.d.) eventueel ook op afroep kan worden geleverd. Planbare nachtzorg is over het algemeen wel mogelijk (afhankelijk van de aanbieder).

Conclusie: De Fokus-cliënten die voldoen aan profiel 3 krijgen na insluiting in de reguliere functiegerichte AWBZ minstens even veel uren zorg als dat zij nu krijgen binnen de ADL-clusterregeling en AWBZ. Cliënten in dit profiel hebben dan formeel echter geen *recht* meer op 24-uurs zorg op afroep. Gezien het feit dat leveringsvoorwaarde B aan de functie persoonlijke verzorging verbonden is wordt van de toekomstige zorgaanbieder wel verwacht dat deze zorg-op-afroep levert, in ieder geval daar waar het gaat om de niet planbare zorg zoals de toiletgang. 24-uurs zorg op afroep wordt echter vooralsnog niet geleverd door reguliere thuiszorgorganisaties. Zorgvragers zijn dan afhankelijk van de zorgverlening van intramurale instellingen uit de buurt.

4.1.4 Profiel 4

Marion is 42, woont samen met haar man in de FOKUS woning en heeft ten gevolge van een arbeidsongeval op 32 jarige leeftijd een hoge (cervicale) dwarslaesie (c5-c6) opgelopen. Hierdoor is zij volledig afhankelijk geraakt van een rolstoel. Marion werkt niet en heeft ook geen regelmatige dagactiviteiten zoals vrijwilligerswerk. Door de dwarslaesie ontvangt Marion nu een WAO-uitkering. Over het algemeen vraagt Marion de meeste assistentie op vaste tijden zoals bij opstaan 's ochtends, maar omdat zij veel thuis zit wisselt de vraag om assistentie wel gedurende de dag, bijvoorbeeld als het gaat om de toiletgang, het aanreiken en/of klaarzetten van allerlei zaken, bijvoorbeeld wanneer een vriendin langs komt of wanneer ze een boek wil lezen. Overigens staat in het weekend niet altijd vast wanneer de assistentie moet helpen bij het opstaan omdat ze dan graag uitslaapt. Over het algemeen blijft het aantal uren ADL-assistentie per week hetzelfde. Marion ontvangt naast de ADL-assistentie van FOKUS géén huishoudelijke verzorging via de AWBZ. Doordat zij samenwoont met haar man is er sprake van gebruikelijke zorg (zie par.2.2.2). Hoewel haar man haar in het begin heeft geholpen met persoonlijke verzorging is dit gestopt toen ze beide in de FOKUS woning kwamen wonen, tot grote tevredenheid van Marion omdat zij zo min mogelijk afhankelijk wil zijn van de zorg van haar man.

Marines **beperkingen** laten zich als volgt karakteriseren:

B1.1.3/1.4.3 Lichamelijke handicap: cervicale dwarslaesie c5-c6

B1.4.4 Prognose: De gezondheidstoestand blijft naar verwachting hetzelfde

B1.7.3 Stoornissen in motorisch functioneren: ja

Problemen met:	<u>De cliënt ervaart:</u>		
	geen beperkingen	enige beperkingen	veel beperkingen
• het gebruik van armen			X
• het gebruik van handen			X
• het gebruik van benen			X
• het gebruik van voeten			X
• handhaving hoofdbalans	X		
• handhaving rompbalans			X

B3 Mobiliteit: Marion is rolstoelgebonden en kan niet staan of lopen. Doordat de hoge dwarslaesie ondermeer ook haar armspieren praktisch helemaal heeft uitgeschakeld kan zij niet zelfstandig transfers maken. Thuis heeft ze hierdoor een tillift en een hoog-laag bed.

Zorg op dit moment			
ADL-clusterregeling		aanvullende AWBZ-zorg	
ADL-zorg	EVA	Verpleging	Ondersteunende begeleiding
volledige assistentie bij wassen enige assistentie bij aan- en uitkleden volledige assistentie bij in- en uit bed gaan enige assistentie bij de toiletgang volledige assistentie bij verplaatsen in zit- of lighouding volledige assistentie bij eten en drinken enige assistentie bij persoonlijke verzorging van huid, haren, tanden	Assistentie bij het gebruik van klyasma en het toedienen van medicatie	Idem	
15.9 uur ADL-assistentie (gecorrigeerd)	3.5 uur	3.5 uur per week VP klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week leveringsvoorwaarde: A	0 uur

Zorg na insluiting			
AWBZ			
Persoonlijke verzorging	Verpleging	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
gecombineerd wassen en aankleden: 7x40 min 2x douchen per week ipv wassen: +20x2min uitkleden + in bed 25x7 min toiletgang 20x5x7 verplaatsen in zit of lighouding 2x7x20 zorg voor tanden, haren etc 2x7x5 hulp bij nuttigen van een (brood)maaltijd en hulp bij drinken 2x15x7 +5x5x7	Assistentie bij het gebruik van klyasma en het toedienen van medicatie		
totaal 32.2 uur per week PV klasse 8: gemiddeld 20 – 24.9 uur per week + 7 additioneel uur per week leveringsvoorwaarde: B	totaal 7 uur per week VP klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week leveringsvoorwaarde: A	0 uur	0 uur

Discussiepunten

Informele zorg

Bij deze indicatie wordt er vanuit gegaan dat de man van Marion geen mantelzorg verleent aan zijn vrouw. Mantelzorg door een partner is in principe niet afdwingbaar. Het leveren van mantelzorg door de partner kan van invloed zijn op de indicatiestelling. Bijvoorbeeld wanneer deze meehelpt bij de toiletgang. Op dat moment is er geen zorg op afroep meer nodig en kan leveringsvoorwaarde A in plaats van B worden geïndiceerd. Wanneer een cliënt zélf niet geholpen wil worden door een mantelzorger terwijl deze in principe wel voorhanden is zal de cliënt moeten kunnen onderbouwen waarom de inzet van deze mantelzorgers niet gewenst is.

'Gebruikelijke zorg' heeft betrekking op de zorg van volwassen huisgenoten voor elkaar en voor het huishouden. De LVIO richtlijnen rond gebruikelijke zorg bepalen dat een partner (zonder beperkingen) voor het huishouden moet zorgdragen wanneer diens partner beperkt is vanwege een handicap of ziekte. Dat is de reden dat Marion geen indicatie voor huishoudelijke hulp heeft of krijgt. De richtlijnen bepalen verder dat de partner in ieder geval in kortdurende situaties de persoonlijke zorg van zijn/haar vrouw/man overneemt. Dit zolang de partner niet wordt overbelast. In langdurige situaties vervalt deze verplichting en wordt de zorg voor partners met een beperking beschouwd als mantelzorg. Dit leidt ook tot de hierboven genoemde indicatie.

Daar waar het gaat om de AWBZ aanspraak op *huishoudelijke verzorging* is het uitgangspunt dat de leefeenheid van de zorgvrager altijd primair verantwoordelijk blijft voor het functioneren van het huishouden. Dat betekent dat, wanneer een lid van het huishouden kortdurend of chronisch niet kan bijdragen aan het draaiende houden van het huishouden, gestreefd moet worden naar een herverdeling van de huishoudelijke taken over de andere leden van de leefeenheid. In het geval de leefeenheid van de zorgvrager mede uit volwassen, gezonde huisgenoten bestaat al dan niet met full time werk of opleiding, dan gaat de indicatiesteller AWBZ ervan uit dat alle huishoudelijke taken van de zorgvrager worden overgenomen door die huisgenoten. Voor de 33% van de Fokuspopulatie, het deel met een meerpersoonshuishouden, zal dit een aandachtspunt vormen bij de AWBZ indicatie.

Conclusie: De Fokus-cliënten die voldoen aan profiel 4 krijgen na insluiting in de reguliere functiegerichte AWBZ minstens even veel uren zorg als dat zij nu krijgen binnen de ADL-clusterregeling en AWBZ. Cliënten in dit profiel hebben dan formeel echter geen *recht* meer op 24-uurs zorg op afroep. Gezien het feit dat leveringsvoorwaarde B aan de functie persoonlijke verzorging verbonden is wordt van de toekomstige zorgaanbieder wel verwacht dat deze zorg-op-afroep levert, in ieder geval daar waar het gaat om de niet planbare zorg zoals de toiletgang. 24-uurs zorg op afroep wordt echter vooralsnog niet geleverd door reguliere thuiszorgorganisaties. Zorgvragers zijn dan afhankelijk van de zorgverlening van intramurale instellingen uit de buurt. De cliënten die aan dit profiel voldoen krijgen geen indicatie voor de AWBZ functie huishoudelijke verzorging wanneer zij een gezonde partner hebben.

4.1.5 Profiel 5

Geert is 56 en heeft een ernstige progressieve vorm van Multiple Sclerose. Toen hij 19 was werd bij hem MS geconstateerd en sinds die tijd is zijn toestand langzaam maar zeker achteruit gegaan. Voorheen heeft Geert wel gewerkt maar nu zit hij thuis en heeft hij een WAO uitkering. Ondanks zijn beperking wil hij zo normaal mogelijk blijven wonen en functioneren. Hij hecht dan ook veel waarde aan de visie van FOKUS dat op ieder moment van de dag assistentie ingeroepen kan worden. Over het algemeen vraagt Geert de meeste assistentie op vaste tijden zoals bij het opstaan 's ochtends, maar omdat hij veel thuis zit wisselt de vraag om assistentie gedurende de dag, bijvoorbeeld als het gaat om de toiletgang of wanneer hij een boek wil lezen. Overigens staat in het weekend niet altijd vast wanneer de assistentie moet helpen bij het opstaan omdat Geert soms graag uitslaapt. Regelmatig vraagt Geert 's nachts aan de ADL-assistent om haar om te draaien aangezien ze dat zelf niet kan. Over het algemeen blijft het aantal uren ADL-assistentie per week hetzelfde. Wel heeft Geert bij warm weer veel meer last van de MS. Hij kan zich dan vaak nauwelijks bewegen.

Geert's **beperkingen** laten zich als volgt karakteriseren:

B1.1.3/1.4.3 Somatische beperking / Lichamelijke handicap: progressieve vorm van MS

B1.4.4 Prognose: De gezondheidstoestand zal op termijn verder afnemen.

B1.7.3 Stoornissen in motorisch functioneren: ja

Problemen met:	De cliënt ervaart:		
	geen beperkingen	enige beperkingen	veel beperkingen
• het gebruik van armen			X
• het gebruik van handen			X
• het gebruik van benen			X
• het gebruik van voeten			X
• handhaving hoofdbalans	X		
• handhaving rompbalans			X

B3 Mobiliteit: Geert is volledig rolstoelgebonden en kan niet staan of lopen. Als gevolg van zijn ziekte kan hij niet zelfstandig transfers maken. Thuis heeft hij hierdoor onder meer een tillift en een hoog-laag bed.

Zorg op dit moment			
ADL-clusterregeling		aanvullende AWBZ-zorg	
ADL-zorg	EVA	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
volledige assistentie bij wassen enige assistentie bij aan- en uitkleden volledige assistentie bij in- en uit bed gaan enige assistentie bij de toiletgang volledige assistentie bij verplaatsen in zit- of lighouding enige assistentie bij eten en drinken enige assistentie bij persoonlijke verzorging van huid, haren, tanden	assistentie bij het gebruik van klyasma en het toedienen van medicatie	Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	
15.2 uur ADL-assistentie (gecorrigeerd)	3.5 uur	totaal 9 uur per week HV klasse 4: gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur

Zorg na insluiting			
AWBZ			
Persoonlijke verzorging	Verpleging	Huishoudelijke verzorging	Ondersteunende begeleiding
gecombineerd wassen en aankleden: 7x40 min 2x douchen per week ipv wassen: +20x2min uitkleden + in bed 25x7 min toiletgang 20x5x7 verplaatsen in zit of lighouding 2x7x20 zorg voor tanden, haren etc 1x7x5 hulp bij nuttigen van een (brood)maaltijd en hulp bij drinken 2x15x7 +5x5x7	assistentie bij het gebruik van klyasma en het toedie- nen van medicatie	Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	
totaal 31.6 uur per week <u>PV klasse 8</u> : gemiddeld 20 – 24.9 uur per week + 7 additioneel uur per week leve- ringsvoorwaarde: B	totaal 3.5 uur per week <u>VP klasse 2</u> : gemiddeld 2 – 3,9 uur per week leveringsvoorwaarde: A	totaal 9 uur per week <u>HV klasse 4</u> : gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur

Discussiepunten

Additionele uren

Geert's indicatie valt buiten de officiële grenzen van een AWBZ indicatie persoonlijke verzorging. Het totaal aantal uren dat op basis van de normbedragen is berekend valt immers buiten de grenzen van de hoogste PV klasse 8; 24.9 uur per week. In aanvulling op deze klasse worden daarom additionele zorguren geïndiceerd. Deze kunnen alleen worden geïndiceerd na overleg met andere indicatieadviseurs. Ook moet op dat moment in ieder geval overwogen worden of de betreffende cliënt niet een indicatie voor de functie Verblijf zou moeten krijgen. In dit geval zou geen indicatie Verblijf worden afgegeven.

24-uurs zorg

Geert moet zich 's nachts een paar keer laten omdraaien en krijgt hiervoor 2x10 minuten per dag extra zorg bovenop de hierboven genoemde indicatie. Deze extra minuten krijgt hij alleen wanneer het omdraaien ook daadwerkelijk een medische reden heeft. Je laten omdraaien omdat je dat graag wilt is geen grondslag voor een indicatie. De indicatiestellers merken op dat veel mensen die nu een AWBZ indicatie hebben zichzelf niet kunnen omdraaien en ook geen 'omdraai indicatie' krijgen. Het hebben van een indicatie voor 's nachts omdraaien betekent wel dat er iemand moet zijn om 's nachts op afroep op korte termijn langs kan komen om Geert om te draaien. Ergens in een woonwijk zonder zorginfrastructuur in de buurt is dat niet of nauwelijks mogelijk. Datzelfde geldt overigens ook in alle gevallen voor ondersteuning bij toiletbezoek.

Net als bij de voorgaande profielen gaat de indicatie van Geert, alsmede de daaraan gekoppelde financiering, uit van een groot aandeel planbare persoonlijke verzorging. Dit geldt bijvoorbeeld voor de zorg bij het opstaan, wassen en het naar bed gaan. Ook hulp bij eten en drinken is voor het overgrote deel planbaar. In principe is alleen het toiletbezoek en eventueel het omdraaien 's nachts zorg op afroepbasis.

Fluctuerende zorgvraag

Evenals Johan uit profiel 2 wisselen de klachten van Geert al naar gelang de omgevingstemperatuur wisselt. De indicatie voor Geert kan hierdoor iets hoger uitvallen hoewel hij al over het theoretisch maximaal indiceerbare aantal uren zit. Er bestaan geen duidelijke richtlijnen voor het omgaan met wisselende hulpvragen. In principe moet het feit dat een klasse in plaats van een specifiek aantal uren wordt geïndiceerd een groot deel van de week tot week wisselingen kunnen opvangen.

Conclusie: De Fokus-cliënten die voldoen aan profiel 5 krijgen na insluiting in de reguliere functiegerichte AWBZ minstens even veel uren zorg als dat zij nu krijgen binnen de ADL-clusterregeling en AWBZ. Cliënten in dit profiel hebben dan formeel echter geen *recht* meer op 24-uurs zorg op afroep. Gezien het feit dat leveringsvoorwaarde B aan de functie persoonlijke verzorging verbonden is wordt van de toekomstige zorgaanbieder wel verwacht dat deze zorg-op-afroep levert, in ieder geval daar waar het gaat om de niet planbare zorg zoals de toiletgang. 24-uurs zorg op afroep wordt echter vooralsnog niet geleverd door reguliere thuiszorgorganisaties.

4.1.6 Profiel 6

Janneke is 47 en wordt al lang beperkt door de spierziekte Spinale Musculaire Atrofie type II. Door deze ziekte kan Janneke ook moeilijk ademen, onder meer als gevolg van ophoping van slijm in de luchtwegen. Ook heeft ze zo nu en dan infecties aan de luchtwegen. Vanwege de ademhalingsinsufficiëntie krijgt Janneke aanvullende beademing. Ook heeft zij last van progressieve scoliose (vervorming van de ruggengraat). Janneke's vraag om ADL-assistentie wil nog wel eens wisselen van dag tot dag. Enerzijds hangt dit samen met de activiteiten die zij die dag wil doen. Anderzijds is dat het gevolg van haar ziekte. Sommige dagen voelt zij zich veel minder fit en heeft ze geen puf om vroeg op te staan of veel te doen die dag. Andere dagen voelt ze zich erg goed en wil ook graag dingen buiten de deur doen. Ook kan ze door haar ziekte nogal eens 's nachts om assistentie vragen. Over het algemeen blijft het aantal uren ADL-assistentie per week hetzelfde hoewel het soms wel iets fluctueert.

Janneke's **beperkingen** laten zich als volgt karakteriseren:

B1.1.3/1.4.3 Somatische beperking / Lichamelijke handicap: SMA type II

B1.4.4 Prognose: De gezondheidstoestand zal op termijn verder afnemen.

B1.7.3 Stoornissen in motorisch functioneren: ja

Problemen met:	De cliënt ervaart:		
	geen beperkingen	enige beperkingen	veel beperkingen
• het gebruik van armen			X
• het gebruik van handen			X
• het gebruik van benen			X
• het gebruik van voeten			X
• handhaving hoofdbalans		X	
• handhaving rompbalans			X

B3 Mobiliteit : Janneke is volledig rolstoelgebonden en kan niet staan of lopen. Als gevolg van haar ziekte kan zij praktisch geen zelfstandige transfers maken. Thuis heeft zij hierdoor onder meer een tillift en een hoog-laag bed. Haar elektrische rolstoel is aangepast voor het meenemen van zuurstoftanks, tevens heeft ze een gelmatje tegen decubitus.

Zorg op dit moment			
ADL-clusterregeling		aanvullende AWBZ-zorg	
<i>ADL-zorg</i>	<i>EVA</i>	<i>Huishoudelijke verzorging</i>	<i>Ondersteunende begeleiding</i>
volledige assistentie bij wassen enige assistentie bij aan- en uitkleden volledige assistentie bij in- en uit bed gaan enige assistentie bij de toiletgang volledige assistentie bij verplaatsen in zit- of lighouding enige assistentie bij eten en drinken enige assistentie bij persoonlijke verzorging van huid, haren, tanden	assistentie bij het gebruik van klyasma en het toedienen van medicatie en ademhalingsondersteuning	Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	op het gebied van administratie, bankzaken en het onderhouden van contact met bijvoorbeeld haar gemeente
15.2 uur ADL-assistentie (gecorrigeerd)	7 uur	totaal 9 uur per week <u>HV klasse 4</u> : gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur <u>OB-ALG klasse 2</u> : gemiddeld 2 – 3.9 uur per week, leveringsvoorwaarde: A

Zorg na insluiting			
AWBZ			
<i>Persoonlijke verzorging</i>	<i>Verpleging</i>	<i>Huishoudelijke verzorging</i>	<i>Ondersteunende begeleiding</i>
gecombineerd wassen en aankleden: 7x40 min 2x douchen per week ipv wassen: +20x2min uitkleden + in bed 25x7 min toiletgang 20x5x7 verplaatsen in zit of lighouding 2x7x20 zorg voor tanden, haren etc 1x7x5 hulp bij nuttigen van een (brood)maaltijd en hulp bij drinken 2x15x7 +5x5x7	assistentie bij het gebruik van klyasma en het toedienen van medicatie en ademhalingsondersteuning	Licht poetswerk; kamers opruimen Boodschappen doen Huis schoonmaken; stofzuigen; Kleding / linnengoed wassen Huishoudelijke apparaten gebruiken Huishoudelijke spullen in orde houden	op het gebied van administratie, bankzaken en het onderhouden van contact met bijvoorbeeld haar gemeente
totaal 31.6 uur per week <u>PV klasse 8</u> : gemiddeld 20 – 24.9 uur per week + 6 additioneel uur per week leveringsvoorwaarde: B	totaal 7 uur per week <u>VP klasse 4</u> : gemiddeld 7 – 9,9 uur per week, leveringsvoorwaarde: B	totaal 9 uur per week <u>HV klasse 4</u> : gemiddeld 7 – 9.9 uur per week	0 uur <u>OB-ALG klasse 2</u> : gemiddeld 2 – 3.9 uur per week, leveringsvoorwaarde: A

Discussiepunten

24-uurs alarmopvolging

Het is aan de hand van de gegevens in het profiel niet geheel duidelijk hoe sterk de cliënt afhankelijk is van ademhalingsondersteuning. In het geval de cliënt hiervan zeer sterk afhankelijk is en bij een eventuele storing van het systeem in moeilijkheden komt, volstaat een indicatie met leveringsvoorwaarde B niet goed meer (zie ook par. 2.2.2). In dat geval hangt het van de noodzakelijke responsnelheid van de zorgverlener na een alarmoproep af of de cliënt in aanmerking komt

voor een leveringsvoorwaarde C of D. Als een snelle reactietijd (5 minuten) noodzakelijk is zal de cliënt in aanmerking komen voor C/D. In het geval van ademhalingsondersteuning kan dit het geval zijn. Het is dan afhankelijk of de korte responstijd eventueel ook geschaard kan worden onder professionele alarmopvolging. Is 24-uurs alarmopvolging te garanderen en is de cliënt alleen voor ademhalingsondersteuning afhankelijk van een snelle responstijd dan komt leveringsvoorwaarde A/B weer in beeld. Hier wordt uitgegaan van dit scenario. De leveringsvoorwaarde B die aan de indicatie voor VP is verbonden is het gevolg van de aanname dat de hulp bij het toedienen van medicijnen op vaste tijden kan plaats vinden en dat ademhalingsondersteuning (uitzuigen e.d) op afroep plaats heeft. Als het 24-uurs alarmopvolgingssysteem niet meer toereikend is voor noodsituaties kan leveringsvoorwaarde C worden verbonden aan de indicatie voor VP. Onder welke omstandigheden dit precies plaats vindt is niet precies duidelijk.

De financiering en levering van een 24-uurs alarmopvolgingssysteem gaat na insluiting sowieso anders lopen. Nu zijn cliënten binnen de Fokuswoning gegarandeerd van een 24-uur alarmeringssysteem. Dit systeem alsmede de zorglevering naar aanleiding van een alarmoproep wordt gefinancierd uit de ADL-clusterregeling. De financiering van 24-uur alarmeringssystemen is via de reguliere kanalen (niet ADL-clusterregeling) beduidend complexer. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar mensen met een medische , sociale of geen indicatie voor 24-uur alarmopvolging.

Een medische indicatie voor 24-uur alarmopvolging (dit is géén AWBZ indicatie) is een voorwaarde om voor vergoeding op basis van de Regeling Hulpmiddelen in aanmerking te komen. Een dergelijke medische indicatie is gebaseerd op criteria die door de zorgverzekeraars zijn opgesteld. Overigens blijken deze in de praktijk nogal eens te verschillen tussen zorgverzekeraars. Via de Regeling Hulpmiddelen wordt alleen het alarmeringssysteem vergoed door de zorgverzekeraar. Voor de financiering van de professionele alarmopvolging (zorgverlening naar aanleiding van een melding) is een AWBZ indicatie vereist.

Om voor een medische indicatie volgens de Regeling Hulpmiddelen in aanmerking te komen moet er sprake zijn van:

- een duidelijke noodzaak om in gevallen van nood onmiddellijk medische hulp van buitenaf in te roepen;
- cliënten die gedurende langere tijd op zichzelf zijn aangewezen;
- cliënten van wie men niet kan verwachten dat ze in een noodsituatie de telefoon zelfstandig kunnen bedienen.

Gelet op deze criteria zal waarschijnlijk een groot deel van de Fokuspopulatie in aanmerking komen voor een medische indicatie voor 24-uurs alarmopvolging. Een klein deel van de cliënten zal in geval van nood wel in staat zijn de telefoon zelfstandig te bedienen waardoor zij geen medische indicatie hiervoor krijgen. Voor een alarmeringssysteem dat via de Regeling Hulpmiddelen wordt vergoed hoeft geen eigen bijdrage te worden betaald.

In een aantal gevallen kan het alarmeringssysteem ook vergoed worden via een gemeentelijke voorziening. Hiervoor is een sociale indicatie vereist. De criteria hiervoor verschillen vaak per gemeente, een belangrijke voorwaarde is over het algemeen leeftijd. Mensen zonder medische of sociale indicatie kunnen overigens ook gebruik maken van professionele alarmopvolging (systeem plus zorg). Zij dienen dan wel alles zelf te betalen.

Conclusie: De Fokus-cliënten die voldoen aan profiel 6 krijgen na insluiting in de reguliere functiegerichte AWBZ minstens even veel uren zorg als dat zij nu krijgen binnen de ADL-clusterregeling en AWBZ. Cliënten in dit profiel hebben dan formeel echter geen *recht* meer op 24-uurs zorg op afroep. Gezien het feit dat leveringsvoorwaarde B aan de functie persoonlijke verzorging verbonden is wordt van de toekomstige zorgaanbieder wel verwacht dat deze zorg-op-afroep levert, in ieder geval daar waar het gaat om de niet planbare zorg zoals de toiletgang.

4.2 Conclusie

De centrale vraag van dit onderzoek luidt: *Wat betekent de conversie van de ADL clusterregeling naar de AWBZ in zorginhoudelijk en financieel opzicht, voor zowel de financiering(ssromen) als voor de Fokus-cliënt?* In dit hoofdstuk hebben we antwoord gegeven op de tweede onderzoeksvraag: *Welke zorg zouden de huidige cliënten van Fokus ontvangen wanneer zij op dit moment reguliere AWBZ zorg zouden ontvangen?*

- Gelet op de indicatiestelling door indicatieadviseurs van RIO's en LCIG kan worden geconcludeerd dat de Fokus-cliënten na insluiting voor tenminste even veel uren zorg worden geïndiceerd als dat zij nu ontvangen. Er zijn geen aanwijzingen dat Fokus-cliënten er binnen de reguliere AWBZ qua zorguren op achteruit gaan. Uit vijf van de zes profielen blijkt zelfs dat de cliënten binnen de AWBZ zelfs (beduidend) meer uren zorg geïndiceerd krijgen. Als we dit voor alle respondenten doorrekenen blijkt dat de Fokus-cliënten na insluiting gemiddeld 27% meer uren zorg geïndiceerd krijgen.
- Binnen Fokus staat de levering van 24-uurs zorg op afroep voorop. Binnen de reguliere AWBZ kan de levering van 24-uurs zorg op afroep niet worden gegarandeerd, met name voor dat deel van de huidige Fokuspopulatie dat geïndiceerd zal gaan worden met leveringsvoorwaarde A (naar schatting gaat het om tussen de 20 en 25% van de Fokus-cliënten). Naar verwachting zal bij het overgrote deel van de Fokus-populatie (75 – 80%) leveringsvoorwaarde B aan de indicatie voor persoonlijke verzorging verbonden worden. Aan deze leveringsvoorwaarde kunnen vooralsnog echter geen rechten worden ontleend en zorg op afroep kan ook bij deze groep dan ook niet afgedwongen worden.
- In algemene zin zal er binnen de AWBZ meer zorg gepland moeten gaan worden. Alleen onvoorspelbare zorg zal dan in het uiterste geval in aanmerking komen voor zorg op afroep. De mate waarin 24-uurs zorg op afroep geleverd kan gaan worden hangt af van de uitkomsten van de onderhandeling over de leveringsvoorwaarden tussen klant, zorgkantoor en zorgaanbieder. Uit de enquête blijkt dat op dit moment 40% van de Fokus-cliënten hun ADL-assistentie op min of meer vaste tijden afneemt. Voor deze groep zal een meer geplande zorgafname waarschijnlijk niet al te veel problemen opleveren. Voor een deel van de overige 60% procent zal dit ook gelden. Deze groep is echter waarschijnlijk op dit moment gewend om ADL-assistentie niet of nauwelijks te plannen zolang dat niet nodig is. Het is goed mogelijk dat deze vrijheid voor (een deel van) deze groep binnen de AWBZ wordt ingedamd.

- Binnen de AWBZ zal er minder oog zijn voor de eigen wensen van cliënten dan nu het geval is. Bij de in AWBZ indicatie staat de medische noodzaak voorop. De niet medisch onderbouwde wensen van zorgvragers worden niet meegewogen in de indicatie. Bij Fokus is er op dit moment bij de zorglevering veel oog voor de persoonlijke wensen van de klant. De vraag is of een dergelijke vrijheid ook binnen de kaders van de AWBZ geleverd kan worden als we kijken naar efficiënt en doelmatig gebruik van middelen.
- Een aantal Fokus-cliënten heeft vanwege de aard van de beperking een fluctuerende hulpvraag. Sommige dagen of weken wordt weinig zorg afgenomen terwijl op andere momenten relatief veel zorg wordt gevraagd. Kleine fluctuaties kunnen binnen de AWBZ indicatie opgevangen worden doordat een bandbreedte van zorguren wordt geïndiceerd. Grote fluctuaties worden opgevangen door bij de indicatie rekening te houden met meer of minder zorg op bepaalde momenten. Over het algemeen betekent dit dat wanneer sprake is van een sterk fluctuerende hulpvraag, er een aantal uren bij de indicatie wordt opgeteld.
- Zorgaanbieders in de AWBZ kunnen net als Fokus hand- en spandiensten leveren. Net als nu kunnen Fokus-cliënten binnen de AWBZ systematiek niet geïndiceerd worden voor hand- en spandiensten. Bij AWBZ financiering valt het leveren van hand en spandiensten ook onder de service van de zorgaanbieder.
- Naar alle waarschijnlijkheid komt geen van de Fokus-cliënten in aanmerking voor een indicatie Verblijf (m.u.v. uitzonderlijke gevallen). Mogelijk dat dit op basis van de 'omslagpunten' kan gaan veranderen. Deze omslagpunten zijn nog niet bekend maar moeten wel op 1-1-2005, tegelijk met de insluiting van de ADL-clusterregeling in de AWBZ, worden ingevoerd. Overigens heeft het ministerie bij de presentatie van haar plannen voor de WMO nogmaals benadrukt dat een intramuraal verblijf alleen is voorbehouden aan diegenen die echt niet thuis (extramuraal) kunnen (blijven) wonen.
- De financiering en toewijzing van 24-uurs alarmopvolgingsystemen valt buiten de reguliere AWBZ maar kan op basis van een medische (of sociale) indicatie nog steeds worden geleverd.
- Dit alles betekent dat de zorgverleningsvisie van Fokus voor een belangrijk deel verloren zal gaan wanneer de ADL-clusterregeling wordt ingesluit in de reguliere functiegerichte AWBZ.
- Naast bovengenoemde conclusies merken wij hier verder op dat mantelzorg en gebruikelijke zorg een belangrijke rol spelen bij de AWBZ indicatie. Hoewel mantelzorg vrijblijvend is wordt dit wel meegewogen bij de AWBZ indicatie. Hulp van een eventuele gezonde huisgenoot is daarentegen niet geheel vrijblijvend. In langdurige zorgsituaties dient de partner (of andere volwassen gezonde huisgenoot) 'gebruikelijke' zorg te dragen voor het gezamenlijke huishouden. Fokus-cliënten met een gezonde huisgenoot kunnen dan geen aanspraak maken op de functie huishoudelijke verzorging. Overigens is dit geen consequentie van insluiting van de ADL-clusterregeling in de AWBZ maar een verandering binnen de indicatiestelling voor reguliere AWBZ-zorg.

5 Gevolgen van insluiting op financieel vlak

Naast de gevolgen van de insluiting op zorginhoudelijk vlak, zullen er ook duidelijke financiële gevolgen zijn. In dit hoofdstuk kijken we daarnaar. Dat doen we vanuit het perspectief van cliënten (paragraaf 5.1) en vanuit het perspectief van de AWBZ kas (paragraaf 5.2). We kijken naar de gevolgen voor 2004. In paragraaf 5.3 worden de conclusies beschreven.

5.1 Microniveau – het perspectief van de cliënt

Welke financiële aangelegenheden nemen we mee in de beschouwing? De enige financiële verandering die we nader bekijken, is het feit dat cliënten een eigen bijdrage voor de AWBZ zorg zullen gaan betalen. Voor ADL assistentie is nu geen eigen bijdrage verschuldigd, voor de AWBZ zorg die de ADL assistentie vervangt, zal dat wel het geval zijn. Alle andere financiële regelingen nemen we niet mee omdat die niet veranderen voor de cliënt of omdat ze niet samenhangen met paragraaf 2.7.5 van de ADL clusterregeling.

Hoe doen we de berekening van die eigen bijdrage voor AWBZ? Om die te kunnen berekenen zijn twee onderdelen nodig: een indicatiestelling en het huishoudinkomen. Uit de enquête gegevens blijken de beperkingen van de Fokus-clients en de soorten en hoeveelheid assistentie die ze in de uitgangssituatie krijgen. Op basis daarvan berekenen we voor hoeveel uur AWBZ zorg ze geïndiceerd zullen worden na de insluiting. Het tweede informatie onderdeel dat we nodig hebben voor de berekening van de eigen bijdrage, is het (huishoud)inkomen van de cliënt. Om dat te bepalen maken we wederom gebruik van de enquête gegevens, gecombineerd met informatie uit het AVO-gehandicaptenonderzoek 2000 van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Aan de hand van het aantal uur zorg en hun (huishoud)inkomen kunnen we een eigen bijdrage berekenen die de cliënten zullen gaan betalen. Daarvoor is de richtlijn van het CAK-BZ gebruikt. In de bijlage staan de methode beschreven en de veronderstellingen genoemd die gebruikt zijn voor beide onderdelen.

Op twee manieren brengen we nu in beeld wat de financiële consequenties zijn van de overgang van ADL assistentie in de AWBZ: eerst aan de hand van de zes profielen en vervolgens aan de hand van de enquête gegevens van de 515 Fokus-clients.

Resultaten op basis van de Profielen

Uit de berekeningen blijkt dat de eigen bijdrage *niet* verandert voor vijf van de zes cliëntprofielen. In de uitgangssituatie betalen deze vijf voorbeeld cliënten al een eigen bijdrage. Dat doen ze omdat ze naast hun ADL assistentie tevens AWBZ zorg ontvangen. Voor deze vijf geldt dat ze na de insluiting wél meer AWBZ uren gaan gebruiken, maar niet dat hun eigen bijdrage omhoog gaat. In de uitgangssituatie hebben ze namelijk gegeven hun inkomens al hun maximale eigen bijdrage niveau bereikt.

Voor één van zes cliëntprofielen gaat de eigen bijdrage wél omhoog. Dat is profiel nummer 4, Marion. In de uitgangssituatie heeft ze ook al AWBZ zorg waarvoor ze een eigen bijdrage betaalt, maar die ligt nog onder de bovengrens. Dat komt omdat ze een duidelijk hoger inkomen heeft dan de andere vijf cliëntprofielen. Na de insluiting zal haar eigen bijdrage bijna € 18 omhoog gaan per

periode van vier weken. Nu moeten we aan de specifieke hoogte van dit bedrag niet te veel belang hechten: het inkomen van Marion is namelijk niet representatief voor de inkomens van de cliënten in haar cluster. Belangrijk is hier dat voor één van de profielen de eigen bijdrage omhoog gaat en voor de andere niet.

In de onderste regel van tabel 5.1 staat dit resultaat samengevat. Verder staat in regel 1 van de tabel het veronderstelde bruto jaar inkomen van het huishouden, dat nodig is om de eigen bijdrage te berekenen. Dit is gekozen passend bij de beschrijving van het betreffende profiel.¹ In regel 2 staat het aantal uur ADL assistentie en in regel 3 het aantal uur AWBZ dat cliënten uit de clusters 1 tot en met 6 gemiddeld krijgen. In regel 4 staat de eigen bijdrage in de uitgangssituatie. Onder de streep staat de situatie na de insluiting.

Tabel 5.1 Gevolgen insluiting van ADL in AWBZ – op basis van profielen

	profiel 1 Kristien	profiel 2 Johan	profiel 3 Marije	profiel 4 Marion	profiel 5 Geert	profiel 6 Janneke
1. Huishoud jaarinkomen (bruto, in €)	19.300	9.700	9.700	28.000	16.900	16.900
2. ADL assistentie (uren per week)	9,3	11,2	18,7	18,7	17,9	17,9
3. AWBZ in uitgangssituatie (uren per week)	6	7	9	3,5	9	9
4. Eigen bijdrage (uitgangssituatie, per 4 weken)	82,70	16,00	16,00	165,20	55,00	55,00
Na de insluiting:						
5. Toename AWBZ zorg (uren per week)	6,9	14,5	26,8	39,2	35,1	38,6
6. Totaal aantal AWBZ zorg (regel 3 + 5)	12,9	21,5	35,8	42,7	44,1	47,6
7. Eigen bijdrage (nieuwe situatie, per 4 weken)	82,70	16,00	16,00	183,10	55,00	55,00
8. Toename eigen bijdrage (regel 7 – 4)	0,00	0,00	0,00	17,90	0,00	0,00

Het resultaat in tabel 5.1 is robuust. Dat betekent dat het niet verandert bij verschillende manieren die we gebruikt hebben om het extra aantal AWBZ uren (regel 5) te berekenen. Het aantal AWBZ uren dat een cliënt krijgt in plaats van zijn ADL assistentie hebben we namelijk op twee manieren berekend.

De **eerste methode** staat in tabel 5.1 – regel 5. Dit is de indicatiestelling van de zes profielen, zoals die behandeld zijn in hoofdstuk 4.² Die indicatiestelling is gedaan aan de hand van gesprekken met indicatiestellers, de gebruikelijke protocollen en de lichamelijke beperkingen die de geënkquêteerden aangeven te hebben.³

De **tweede methode** om het aantal AWBZ uren na de insluiting te bereken staat niet in de tabel. Dat aantal uren is berekend als 85% van het aantal uur ADL assistentie dat de cliënt in de uitgangssituatie krijgt. Dit komt voort uit de veronderstelling dat de cliënt, na de conversie, in principe dezelfde hoeveelheid zorg geïndiceerd krijgt als ervoor. Bij de AWBZ indicatie wordt echter alleen de netto zorgtijd geïndiceerd (en in de ADL indicatie zit circa 15% looptijd en transactietijd inbegrepen). De mensen krijgen dezelfde hoeveelheid zorg geïndiceerd omdat er niets verandert aan hun beperkingen.

¹ In de bijlage volgen meer details over de manier waarop we de inkomensniveaus van de huishoudens geschat hebben.

² De uren in regel 5 zijn de uren persoonlijke verzorging en de uren verpleging bij elkaar opgeteld.

³ Meer details over de manier waarop we de indicatiestelling gedaan hebben, staan in de bijlage.

Het aantal uur AWBZ zorg dat volgens methode 2 berekend wordt, is gemiddeld lager dan volgens methode 1. Maar dit verschil heeft *geen* gevolgen voor de verandering van de eigen bijdrage. Die blijft gelijk aan wat er nu staat in regel 8 van tabel 5.1.

Resultaten op basis van de Enquête gegevens

De bevinding, dat voor één van de zes profielen de eigen bijdrage omhoog gaat, wordt bevestigd als we de enquête gegevens bekijken en we de twee berekeningsmethodes toepassen op alle 515 respondenten in plaats van op de 6 profielen. Ook in dat geval zien we dat voor 84% van de respondenten de eigen bijdrage niet verandert. Dit resultaat is ook robuust: het komt wederom tweemaal naar voren. Zowel wanneer we het aantal AWBZ uren bepalen in aan de hand van de criteria voor de AWBZ indicatiestelling, als wanneer we het aantal AWBZ uren gelijkstellen aan 85% van het aantal ADL uren van de uitgangssituatie.

Voor de cliënten van wie de eigen bijdragen wel omhoog gaan, zal die verhoging €72 per vier weken bedragen (dat is een verhoging van ruim €900 op jaarbasis). Het betreft hier dus een zesde deel van de cliënten. Dit bedrag is berekend op basis van de gegevens van alle cliënten uit de enquête, en geeft daarom een representatief beeld van de werkelijke verhogingen zoals die zullen ontstaan. In de verdere berekeningen zullen we van dit bedrag uitgaan en niet van het (lagere) bedrag dat eerder uit de doorrekening van de profielen bleek.

De ADL cliënten die *niet* aan de enquête hebben meegewerkt, hebben gemiddeld een bijna 4 uur lagere indicatiestelling voor ADL assistentie dan de cliënten die wel mee deden. Dit hebben we kunnen berekenen op basis van de gemiddelde indicatiestelling van de cliënten uit de enquête, en de gemiddelde indicatiestelling van alle Nederlandse ADL cliënten. De cliënten die niet aan de enquête mee deden zijn ongeveer de helft van de Fokus-clieënten en de ADL cliënten van de twee andere instanties die ADL assistentie bieden.¹ Zijn de bovengenoemde resultaten anders voor deze groep? Nee, niet veel: ook hier verandert voor 85% de eigen bijdrage niet. Voor wie de eigen bijdrage wel verandert, is de verhoging €67 per vier weken – een fractie lager. We kunnen dit berekenen als we veronderstellen dat de 4 uur lagere ADL indicatie het enige verschil is tussen de groep die wel mee heeft gedaan en die niet heeft mee gedaan. De overige kenmerken, bijvoorbeeld leeftijd, huishoudsamenstelling of inkomen, veronderstellen we gelijk bij beide groepen.

5.2 Macroniveau – het perspectief van de AWBZ

Er zijn drie belangrijke financiële gevolgen van de voorgestelde verandering voor de AWBZ kas. Ten eerste, als de ADL-assistentie ingesluit wordt in de reguliere AWBZ levert dat een kostenvermindering op. De kosten van ADL assistentie worden immers als subsidie verstrekt uit de AWBZ kas. Ten tweede, in plaats daarvan zal die zorg (deels) als AWBZ zorg worden geboden aan de cliënten. Dat zijn extra kosten ten laste van de AWBZ kas. De derde component is de verhoging van de eigen bijdragen voor een deel van de cliënten. Vanuit de optiek van de AWBZ kas is dat ook een vermindering van de uitgaven ten opzichte van de uitgangssituatie.

¹ InteraktContour en Amstelrade.

Kostenvermindering 1 – ADL verdwijnt

Als de ADL-clusterregeling als subsidieregeling verdwijnt, dan worden deze kosten niet meer gemaakt. De aanbieders van ADL assistentie declareren hun kosten bij CVZ. In 2003 zijn bij het CVZ door drie organisaties subsidies gedeclareerd voor ADL assistentie. Samen was dat meer dan €42 miljoen. Voor 2004 zijn voor dezelfde drie organisaties subsidies aanvragen gehonoreerd ter waarde van bijna €46 miljoen. De precieze bedragen per organisatie, staan in tabel 5.2. Tevens is te zien dat in termen van budget, Fokus duidelijk de grootste aanbieder is van ADL-assistentie.

Tabel 5.2 Subsidie verstrekking door CVZ voor ADL assistentie (in € 1.000,=)

	2003	Als % van totaal budget	2004 (begroot)	Als % van totaal budget
Fokus	41.596	98,3%	44.760*	97,9%
Amstelrade	709	1,7%	936	2,0%
InteraktContour	31	0,1%	27	0,1%
Totaal	42.336		45.723	

Bron: CVZ, afdeling Subsidie beheer. * Het begroot bedrag voor 2004 voor Fokus staat hier genoemd exclusief een eenmalige subsidie van €640 duizend. Dit bedrag compenseert Fokus eenmalig voor aanloopkosten die in 2004 gemaakt worden wegens de opening van een aantal nieuwe woonclusters.

Kostenvermindering 2 – Eigen bijdragen gaan omhoog

In paragraaf 5.1 hebben we gezien voor welke cliënten de eigen bijdrage omhoog gaat en welk bedrag ze dan gaan betalen. Hoeveel gaat dat in totaal opleveren voor de AWBZ kas? Volgens de berekeningen uit de vorige paragraaf gaan 15% van de cliënten circa €70 per periode extra bijdragen. Voor de overige cliënten gaat de eigen bijdrage niet omhoog. Voor de Fokus-clieuten bij elkaar opgeteld, voor de periode van een jaar, is de verhoging van de eigen bijdrage circa €129 duizend. Tabel 5.3 laat zien hoe dit bedrag berekend is.

Tabel 5.3 Totale opbrengst uit verhoging eigen bijdragen

	Aantal personen	Verhoging EB per persoon per 4 weken	Verhoging EB per persoon per jaar	Totale opbrengst eigen bijdrage per jaar (in € 1.000)
In steekproef	488 * 15 %	€ 72	€ 936	69
Niet in steekproef	475 * 15 %	€ 67	€ 871	62
				129

Extra kosten – AWBZ zorg

Bij het CVZ zijn voor 2004 subsidies gehonoreerd voor de levering van ruim 881 duizend uur ADL assistentie. Na de insluiting zullen deze uren in AWBZ zorg overgaan. Dat levert extra kosten ten laste van de AWBZ kas. Omdat het precieze aantal uren AWBZ zorg dat de Fokus-clieuten zouden gaan krijgen niet exact bekend is, geven we een bandbreedte voor de extra kosten. Die ligt tussen €30 en 44 miljoen. Hieronder rekenen we voor waar deze bandbreedte vandaan komt.

In paragraaf 5.1 hebben we twee methoden gebruikt om het aantal AWBZ uren te bepalen dat de ADL assistentie vervangt: methode 1 – hier wordt een fictieve indicatiestelling gesteld op basis van protocollen en beperkingen, en methode 2 – waarbij, in verband met de in het aantal geïndiceerde uren ADL-assistentie looptijd is opgenomen, 85% van de ADL geïndiceerde uren naar AWBZ over te hevelen. In feite kiezen wij hierbij voor een minimum en een maximum variant:

Het aantal uren AWBZ-zorg waarvoor de Fokus-cliënten geïndiceerd zullen worden is minimaal gelijk aan de huidige uren ADL-assistentie, exclusief de zogenaamde looptijd. Bij indicatiestelling van de individuele Fokus-cliënten, op grond van de kenmerken van de respondenten en de indicatiëprotocollen, komen we op een hoger aantal uren AWBZ-zorg. Het daadwerkelijk aantal uur AWBZ-zorg waarvoor de Fokus-cliënten zullen worden geïndiceerd ligt zeer waarschijnlijk tussen deze uitersten in.

Volgens **methode 1** zal de ADL assistentie vervangen worden door 1.106 duizend uur AWBZ zorg. Dit aantal is een optelling van alle uren die voortkomen uit de fictieve indicatiestellingen van de respondenten van de enquête, en een schatting van de uren die nodig zijn voor de 475 Fokus-cliënten die niet aan de enquête hebben mee gedaan. Zoals reeds vermeld in de vorige paragraaf, heeft de laatste groep een gemiddeld 4 uur lagere indicatiestelling.

Volgens **methode 2** zal er 749 duizend uur AWBZ zorg worden ingezet na de insluiting. Dit aantal is gelijk aan 85% van de 881 duizend uur ADL assistentie, die wordt ingezet in de uitgangssituatie. Bij deze methode, en ook bij methode 1, wordt verondersteld dat de ADL assistentie **geheel** vervangen zal worden door extramurale AWBZ zorg.

Teneinde tot een geldbedrag te komen, moeten we nog bepalen welke vorm deze AWBZ zorg krijgt: persoonlijke verzorging of verpleging, en tegen welke leveringsvoorwaarden. Deze uitsplitsing is nodig omdat er verschillende tarieven zijn voor deze typen AWBZ zorg en leveringsvoorwaarden.

Wordt de ADL omgezet in persoonlijke verzorging of verpleging? Uit de enquête blijkt dat de ADL cliënten circa 16% van hun ADL indicatie aan EVA handelingen besteden. We veronderstellen dat dit deel van de ADL uren bij een herindicatie worden omgezet wordt in AWBZ verpleging. De resterende 84% zal worden omgezet in persoonlijke verzorging.

Wat betreft de leveringsvoorwaarde voor persoonlijke verzorging: we hebben bij de samenstelling van de profielen gezien dat alleen profiel 1 leveringsvoorwaarde A krijgt. De overige profielen krijgen allen leveringsvoorwaarde B - zorg op geplande tijden en op afroep. Profiel 1, Kristien, vertegenwoordigt de ADL cliënten in cluster 1. Ze krijgen allemaal de leveringsvoorwaarde A. In totaal vertegenwoordigt cluster 1 circa 9% van het gebruik van ADL assistentie. Voor verpleging zien de leveringsvoorwaarde er als volgt uit. Bij profiel 3,4 en 5 is aan de indicatie voor de functie verpleging leveringsvoorwaarde A verbonden. In verband met de levering van ademhalingsondersteuning wordt bij profiel 6 aan deze indicatie leveringsvoorwaarde B verbonden.

De bovenstaande opmerkingen over type AWBZ zorg en leveringsvoorwaarde impliceren een verdeling van AWBZ zorg, zoals getoond in kolom 6 van tabel 5.4. In kolom 1 zien we dezelfde verdeling, maar dan in uren en berekend volgens methode 1. Het aantal uren telt op tot de reeds genoemde 1.106 duizend. In kolom 2 is dat aantal met het betreffende tarief (kolom 5) vermenigvuldigd. Opgeteld zal er ruim € 44 miljoen aan AWBZ zorg besteed gaan worden, ter vervanging van de huidige ADL assistentie. Volgens methode 2 zullen er 749 duizend uur nodig zijn om de ADL te vervangen. Dat aantal is in kolom 3 uitgesplitst naar de verschillende soorten AWBZ, en in kolom 4 vermenigvuldigd met de tarieven. De kosten tellen hier op tot ruim € 30 miljoen.

Het gemiddelde AWBZ tarief is € 40,09 per uur. Dat is te berekenen door kolom 5 en 6 met elkaar te vermenigvuldigen.

Tabel 5.4 Bestedingen aan AWBZ zorg in 2004 – volgens twee berekeningsmethoden

	Methode 1 – AWBZ op basis van fictieve indicatiestelling		Methode 2 – AWBZ wordt 85% van huidig ADL		5. Tarief in 2004 (€ per uur)	6. Verdeling uren AWBZ zorg
	1. Aantal uur in 2004 (in 1000)	2. Besteding (in € 1.000,=)	3. Aantal uur in 2004 (in 1000)	4. Besteding (in € 1.000,=)		
Persoonlijke verzorging	83	2.828	56	1.915	34,10	7,5%
Persoonlijke verzorging Extra	846	30.874	573	20.910	36,50	76,5%
Verpleging	127	7.489	86	5.072	58,90	11,5%
Verpleging Extra ¹	50	3.140	34	2.126	63,10	4,5%
Totaal	1.106	44.331	749	30.023		100%

Bron: enquête, bewerking SEO. En CTG voor de AWBZ tarieven.

Bij elkaar opgeteld levert het voor de AWBZ kas een vermindering van de kosten op als de ADL assistentie zonder meer vervangen wordt door AWBZ zorg. De omvang van de kostenvermindering is afhankelijk van het aantal uur AWBZ zorg dat zal worden ingezet om de ADL assistentie te vervangen.

Volgens de fictieve indicatiestelling zal er na de insluiting meer AWBZ worden ingezet dan de hoeveelheid ADL in de uitgangssituatie. Echter het AWBZ tarief is lager dan dat van ADL en daarom is er toch een kostenvermindering te verwachten. Dit staat in kolom 1 van tabel 5.5.

Als we ervan uitgaan dat de ADL uren in verband met looptijd voor 85% in AWBZ worden omgezet, dan is er een kostenreductie van ruim € 15 miljoen te verwachten. Deze reductie komt voort uit het feit dat er zowel minder uur zorg geleverd zal worden, als wel dat er een lager tarief geldt voor AWBZ zorg. Dit staat in kolom 2 van tabel 5.5.

De eigen bijdragen die cliënten extra zullen gaan betalen (129 duizend euro) leveren een bescheiden bijdrage aan de kostenvermindering.

Tabel 5.5 Totale kostenvermindering insluiting ADL in AWBZ in 2004 (bedragen in € 1.000,-)

	Methode 1 – AWBZ op basis van fictieve indicatiestelling	Methode 2 – AWBZ wordt 85% van huidig ADL
Besparing 1 – ADL verdwijnt	45.723 +	45.723 +
Besparing 2 – Eigen bijdragen	129 +	129 +
Extra kosten – AWBZ zorg	44.330 --	30.023 --
Totale kostenvermindering	1.522	15.829

¹ Het uitzuigen van trachea valt als activiteit onder tariefcategorie VP-2.

Insluizing van de ADL-clusterregeling in de AWBZ lijkt volgens tabel 5.5 een vermindering van de kosten op te leveren. Hierbij moet echter een belangrijke kanttekening worden geplaatst. Als het leveren van ADL assistentie door Fokus zonder meer 'vervangen' wordt door reguliere AWBZ-zorg door reguliere aanbieders, is het voor een bepaalde groep Fokus-cliënten, bijvoorbeeld de mensen die beademd worden, niet meer mogelijk in de Fokus-cluster te blijven wonen. Het leveren van deze zorg kan niet tegen het reguliere tarief geleverd worden. Een deel van deze groep is hierdoor wellicht aangewezen op intramurale opname, met bijbehorende kosten. In de berekeningen zijn deze consequenties niet doorgerekend.

5.3 Conclusie

Voor circa 85% van de **Fokus-cliënten** neemt de eigen bijdrage niet toe na de insluizing van ADL-clusterregeling in de AWBZ. In de uitgangssituatie zitten ze namelijk al aan hun maximale eigen bijdrage. Voor 15% neemt de eigen bijdrage wel toe. Voor deze groep ligt deze toename rond een gemiddelde van € 900 per jaar.

Bij elkaar opgeteld kan het voor de **AWBZ kas** een vermindering van de kosten opleveren als de ADL-clusterregeling wordt ingesluisd in de reguliere AWBZ. De omvang van de vermindering is afhankelijk van het aantal uur AWBZ zorg dat zal worden ingezet om de ADL assistentie te vervangen. Volgens de berekeningen ligt de kostenvermindering hiervan tussen € 1,5 en 15 miljoen voor het jaar 2004. Hierbij is echter niet doorgerekend dat een deel van de Fokus populatie in dat geval aangewezen zal zijn op intramurale opname.

Voor deze conclusie is het uitgangspunt gehanteerd dat de ADL-clusterregeling zonder meer ingesluisd gaat worden in de AWBZ. Fokus-cliënten krijgen via de indicatiestelling van de AWBZ een aantal uur zorg geïndiceerd, dat via het reguliere tarief vergoed wordt. De insluizing van de ADL-clusterregeling heeft echter veel grotere zorginhoudelijke consequenties, zoals uit de vorige hoofdstukken is gebleken. Zo weerspiegelt het verschil in uurtarief tussen AWBZ zorg en ADL assistentie duidelijk de zorginhoudelijke verschillen van de beide soorten zorg. De uiteindelijke kostenvermindering bij insluizing in de AWBZ is afhankelijk van de vraag of men het Fokus-concept wil laten bestaan. Het leveren van zorg-op-afroep, 24 uur per dag in een geïntegreerde woonomgeving in een aangepaste woning lijkt, gezien het verschil in tarief, niet haalbaar binnen de reguliere AWBZ.

Beschouwing

Indiceren is één; de zorg ook krijgen is twee

De belangrijkste conclusie die we kunnen trekken uit de voorgaande hoofdstukken is dat, hoewel de hoeveelheid zorg die geleverd zal gaan worden in de AWBZ grotendeels gelijk is aan de hoeveelheid zorg die nu geleverd wordt door Fokus, de persoonlijke vrijheden van het op ieder moment van de dag kunnen invoeren van zorg en assistentie binnen het AWBZ-regime ingeperkt zullen worden. De manier waarop dit in de praktijk uit gaat werken is vooralsnog niet duidelijk en zal ook van individuele situaties afhangen. Uiteindelijk is de levering van zorg en de omstandigheden waaronder dit gebeurt een punt van onderhandeling tussen zorgvrager en zorgaanbieder, waarbij het zorgkantoor als zorgmakelaar kan functioneren. Hierbij speelt enerzijds de vraag in hoeverre de aanbieder tegemoet kan komen aan de wensen van de klant (1.) en anderzijds de vraag in welke mate er daadwerkelijk sprake is van een onderhandeling tussen zorgvrager en zorgaanbieder (2.).

1. In hoeverre een aanbieder, bijvoorbeeld Fokus, tegemoet kan komen aan de wensen van 24-uurs zorg op afroep voor mensen met een leveringsvoorwaarde A, B of C zal afhangen van de mate waarin de aanbieder de voorhanden zijnde financiële middelen kan aanwenden om inderdaad de klok rond zorg op afroep te leveren. Voor een deel zal dit neerkomen op het vergroten van de efficiency en de doelmatigheid. Het verschil tussen de huidige kostprijs van €52,37, zoals dat per uur ADL-zorg wordt vergoed, en het uurtarief voor persoonlijke verzorging met leveringsvoorwaarde A (€34,10¹) en B (€36,50) is groot en zal moeilijk te dichten zijn met alleen een efficiency verbetering. Hoe het ook zij, het leveren van zorg-op-afroep voor thuiswonenden zal een belangrijke uitdaging vormen voor aanbieders in de nabije toekomst. Gelet op de toenemende concurrentie op de aanbiedersmarkt kan dit een belangrijk onderscheidend criterium worden.

Het leveren van 24-uurs zorg op afroep binnen een extramurale setting, zoals dat wordt geleverd door Fokus, is buiten ADL-clusters vooralsnog geen wijdverbreid fenomeen. Dit is een groot probleem voor zorgvragers die te vergelijken zijn met cliënten uit de huidige Fokuspopulatie. Op dit moment is de kans groot dat wanneer een cliënt beschikt over een indicatie voor 24-uurs zorg op afroep in de thuissituatie, deze zorg niet thuis geleverd kan worden. Een groeiend aantal thuiszorgorganisaties levert wel persoonlijke verzorging op afroep maar dit heeft praktisch nooit een 24-uurs karakter. Wel wordt er vaak 24-uurs alarmopvolging geleverd – door sommige aanbieders wordt dit ‘zorg op afroep’ genoemd - maar dit is niet de ADL-zorg zoals die bijvoorbeeld door Fokus wordt geleverd. Zorg die geleverd wordt na een alarmoproep valt in principe niet onder de reguliere persoonlijke verzorging.

De aandacht voor persoonlijke verzorging op afroep groeit overigens wel bij reguliere zorgaanbieders. Op verschillende plekken kan in aanleunwoningen of satellietwoningen 24-uurs persoonlijke verzorging op afroep worden geleverd. De zorgverleners werken in dat geval over het algemeen vanuit een nabijgelegen intramurale instelling. Zorgvoorziening Zijloever, een extramuraal verzorgingshuis in Leiden-Noord, neemt wat dat betreft een uitzonderingspositie in. Zijloever

¹ Genoemde tarieven zijn maximum bedragen voor zorg-in-natura volgens de CTG richtlijn extramurale zorg, prijspeil 1.1.2004. Let op: PGB bedragen verschillen niet tussen leveringsvoorwaarde A en B en zijn per definitie lager dan het hier genoemde maximum bedrag.

levert vanuit een wijkzorgsteunpunt 24-uur per dag zorg op afroep aan 120 zorgvragers (met een oude verzorgingshuiszorg indicatie) in de wijk. Overigens hebben verschillende aanbieders plannen om op korte termijn op een kleinschalige manier, al dan niet geclusterd á la Fokus, te beginnen met 24-uurs zorg op afroep voor thuiswonende gehandicapten en ouderen. Een voorbeeld daarvan is een project van InteraktContour.

InteraktContour is een van de zorgaanbieders die gebruik maakt van de ADL-clusterregeling. De corebusiness van deze aanbieder is het leveren van zorg aan mensen met een al dan niet aangeboren ernstige lichamelijke handicap. Veel van de klanten van InteraktContour hebben een vergelijkbare achtergrond als cliënten uit de Fokuspopulatie. Een deel van de cliëntenpopulatie van InteraktContour heeft echter ook psychosociale klachten, iets wat bij Fokus minder voor zal komen. De meeste cliënten van InteraktContour wonen tot nu toe in kleinere of grotere woonvormen. In het grootste deel van de gevallen wordt er binnen deze zorgvormen 24-uurs zorg op afroep geboden. Zelfstandig wonen in de zin zoals dat binnen de ADL-clusterregeling gewoonte is - in een eigen appartement - wordt ook door deze aanbieder als een belangrijke ontwikkeling voor de toekomst gezien. In een project in de gemeente Raalte wordt binnen een appartementencomplex een kleinschalige woonvorm gerealiseerd in combinatie met een aantal zelfstandige (aangepaste) wooneenheden voor (ernstig) lichamenlijk gehandicapten. Het plan is om 24-uurs zorg op afroep binnen deze zelfstandige wooneenheden te realiseren op basis van AWBZ financiering.

Het leveren van 24-uurs zorg op afroep is dus in de huidige AWBZ systematiek wel mogelijk, zij het onder specifieke omstandigheden. De uitdaging ligt om hier op een rendabele manier uitvoering aan te geven. Oplossingsrichtingen die daarbij overwogen kunnen worden, zijn:

- het inperken van de mogelijkheden tot zorg op afroep en het leveren van meer geplande zorg bijvoorbeeld in piekuren.
- schaalvergroting door de vorming van relatief grote gecentraliseerde clusters. Nu wordt zorg geleverd in relatief kleine clusters (12-18 woningen) waarbij de woningen ook nog eens verspreid door de wijk heen zijn gebouwd. Bij kleine aantallen woningen of kleine aantallen zorgvragers is het in het kader van efficiency en doelmatigheid belangrijk dat deze woningen zo dicht mogelijk bij elkaar in de buurt geplaatst zijn. Ook vraagt dit om relatief veel uren per cliënt om de cluster rendabel te maken en de kosten per uur beperkt te houden. De bouw van dergelijke kleine clusters lijkt qua vormgeving dan veel op een woonzorgcomplex (wozoco). In de praktijk kan uitgegaan worden van een vuistregel van ten minste 30 cliënten om binnen de huidige AWBZ financieringssysteematiek een rendabel cluster met 24-uurs zorgverlening te kunnen realiseren. In situaties waar cliënten relatief hoge indicaties hebben zou eventueel ook een kleinere populatie tot een rendabele exploitatie kunnen leiden¹.
- het verbreden van het dienstenpakket, bijvoorbeeld door planbare zorg (persoonlijke verzorging, verpleging, huishoudelijke verzorging) te leveren aan ouderen en gehandicapte kinderen in de buurt rondom de ADL-clusters. Verbreding van het zorgpalet kan ook door het aanbieden van huishoudelijke verzorging en ondersteunende begeleiding aan de huidige cliëntenpopulatie.

Uiteindelijk zullen deze aanpassen de bestaande zorgverleningsvisie van Fokus aantasten. Gegeven de huidige financieringssysteematiek in de AWBZ is het namelijk niet mogelijk om het huidige Fokusmodel van zorgverlening uitvoering te geven binnen het reguliere AWBZ-regime.

¹ Holscher, Jansen 2002, Aanbevelingen inzake extramurale 24-uurs zorg, Rigo Research en Advies, Amsterdam.

Hiervoor is het verschil in kostenstructuur, van 52 euro per uur voor ADL-zorg van Fokus tegen een tarief 34-36 euro per uur in de reguliere AWBZ, simpelweg te groot.

2. Van een andere orde is de vraag of de zorgvrager daadwerkelijk de zorg kan krijgen onder de leveringscondities (zorg op afroep of geplande zorg) die voortvloeien uit de aan de geïndiceerde functies gekoppelde leveringsvoorwaarden (a,b,c of d). Zoals al eerder is aangestipt kunnen aan deze leveringsvoorwaarden (nog) geen rechten worden ontleend, in de zin dat zij op juridische gronden zijn af te dwingen. Veel zal afhangen van het traject tussen indicatie en zorgrealisatie. Spil in dit proces vormt het zorgkantoor.

Met een zorgindicatiebesluit voor bijvoorbeeld persoonlijke en huishoudelijke verzorging in de hand kiest een zorgvrager zijn of haar zorgaanbieder van voorkeur. Het regionale zorgkantoor verschafft hierbij de noodzakelijke publieksinformatie, controleert of de zorgvrager daadwerkelijk is verzekerd voor AWBZ zorg, overlegt met de zorgaanbieder en bemiddelt bij een eventuele wachtlijst. Het zorgkantoor koopt de noodzakelijke zorg in en sluit contracten met zorgaanbieders af, waarin o.a. aard, omvang, prijs en kwaliteit van de te leveren zorg worden vastgelegd. Hierbij wordt onder meer rekening gehouden met de leveringsvoorwaarden zoals die door het RIO aan het indicatiebesluit zijn verbonden. Voor zorgvragers met een indicatie waaraan leveringsvoorwaarde A is gekoppeld levert dit geen grote problemen op. Alle thuiszorgorganisaties leveren geplande zorg. In de thuissituatie zorg ontvangen onder leveringsvoorwaarde B of C/D is veel meer een probleem. Zorg met leveringsvoorwaarde C/D wordt op dit moment niet of nauwelijks geleverd buiten beschermde/geclusterde-woonvormen zoals woonzorgcomplexen. In zekere zin geldt dit ook voor leveringsvoorwaarde B. Een klein aantal aanbieders heeft toch de mogelijkheid om cliënten thuis 24-uur per dag zorg op afroep te verlenen. In algemene zin geldt dus dat leveringsvoorwaarden B, C en D in de thuissituatie vooralsnog niet of nauwelijks zijn te realiseren door een gebrek aan zorgaanbod. Vaak komen deze cliënten hierdoor noodgedwongen terecht in kleine woonvormen.

Fokus is samen met de overige aanbieders van ADL-assistentie de enige die op dit moment in de thuis situatie zorg levert onder condities die vergelijkbaar zijn met de AWBZ leveringsvoorwaarden B en C. Vooralsnog ontbreken opslagtarieven voor leveringsvoorwaarde C. Dit betekent dat in het kader van de insluiting van de ADL-clusterregeling in de AWBZ ook meer duidelijkheid zal moeten komen omtrent het opslagtariaf voor de extramurale levering van zorg onder leveringsvoorwaarde C. De tarieven van Fokus en haar collega aanbieders kunnen hiervoor mogelijk belangrijke aanknopingspunten leveren.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Tot nu toe hebben we alleen gekeken naar de situatie waar de ADL-clusterregeling overgaat in de AWBZ systematiek zoals die nu geldt. Met de komst van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) staan echter grote veranderingen op til binnen de AWBZ. Het meest ingrijpende deel van de veranderingen in de AWBZ komt overigens voor rekening van de functies die verder weinig van doen hebben met de insluiting van de ADL-clusterregeling, namelijk huishoudelijke verzorging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. De veranderingen bij deze functies zouden door de Fokuspopulatie op een zelfde manier gevoeld worden wanneer de ADL-clusterregeling in zijn huidige vorm zou blijven bestaan. De functies die door de insluiting voor de Fokuspopulatie relevant worden, persoonlijke verzorging en verpleging, worden in veel mindere mate beïnvloed door de komst van de WMO.

De WMO is een indicatie dat de AWBZ onder druk van de toenemende vergrijzing niet meer in zijn huidige vorm kan blijven bestaan. Alleen door sterk te snijden in het AWBZ pakket kan de AWBZ ook op termijn betaalbaar blijven. Het is heel goed mogelijk dat de WMO slechts een eerste stap in die richting is en dat deze op termijn gevolgd zal gaan worden door meer bezuinigingen en snijoperaties in het AWBZ-WMO stelsel. De knelpunten die zich voordoen bij het insluizen van de ADL-clusterregeling in de AWBZ zijn waarschijnlijk nog relatief beperkt als we deze vergelijken met de gevolgen van de komst van de WMO.

Bijlage Financieel-technische berekeningsmethodes

In deze bijlage geven we nader inzicht in twee onderdelen die gebruikt zijn in paragraaf 5.1: de wijze waarop de AWBZ indicaties zijn gesteld en de manier waarop de eigen bijdrage wordt berekend.

Indicatiestelling AWBZ

In methode 1 wordt een 'fictieve' AWBZ indicatie gesteld op basis van de antwoorden die de Fokus-cliënten hebben gegeven op de vragen over de hoeveelheid assistentie die ze nu ontvangen voor een reeks dagelijkse levensverrichtingen.¹ We veronderstellen dat deze assistentie de beperking van de cliënten weerspiegelt en dat ze bij een werkelijke AWBZ indicatie daarvoor adequaat geïndiceerd zullen worden. Bij de AWBZ indicatiestelling maken we gebruik van de 'Normering en tijdsindicering Persoonlijke Verzorging' die door het LCIG/RIO wordt gehanteerd. Daarin staat aangegeven hoeveel minuten hulp een cliënt nodig heeft per dagelijkse levensverrichting. Deze aantallen minuten zijn gebruikt bij de indicatiestellingen van de zes profielen in hoofdstuk 4. Niet elk profiel krijgt van de indicatiestellers een gelijk aantal minuten voor dezelfde activiteit. Voor bijvoorbeeld 'uitkleden en naar bed' wordt 15 minuten per dag gerekend voor profiel 1 en 2, terwijl de profielen 3, 4, 5 en 6 daar 25 minuten voor krijgen. Aangezien de profielen representatief zijn voor alle cliënten in het betreffende cluster, nemen we deze aantallen minuten over voor de cliënten in de clusters. In tabel B1 staan de aantallen minuten per activiteit voor de cliënten in de verschillende clusters.

Tabel B1 Geïndiceerde tijd per activiteit, in aantal minuten per keer * aantal malen per week.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6
Uit bed, wassen en aankleden	40 * 7	40 * 7	40 * 7	40 * 7	40 * 7	40 * 7
Douchen	15 * 2	15 * 2	20 * 2	20 * 2	20 * 2	20 * 2
Uitkleden en naar bed	15 * 7	15 * 7	25 * 7	25 * 7	25 * 7	25 * 7
Toiletgang	15 * (5 * 7)	15 * (5 * 7)	20 * (5 * 7)	20 * (5 * 7)	20 * (5 * 7)	20 * (5 * 7)
Zichzelf verplaatsen	10 * (2 * 7)	10 * (2 * 7)	20 * (2 * 7)	20 * (2 * 7)	20 * (2 * 7)	20 * (2 * 7)
Eten en drinken	15 * (2 * 7) + 5 * (5 * 7)	15 * (2 * 7) + 5 * (5 * 7)	15 * (2 * 7) + 5 * (5 * 7)	15 * (2 * 7) + 5 * (5 * 7)	15 * (2 * 7) + 5 * (5 * 7)	15 * (2 * 7) + 5 * (5 * 7)
Persoonlijke verzorging	5 * 7	5 * 7	5 * (2 * 7)	5 * (2 * 7)	5 * 7	5 * (2 * 7)
Aanbrengen prothese	10 * (2 * 7)	10 * (2 * 7)	10 * (2 * 7)	10 * (2 * 7)	10 * (2 * 7)	10 * (2 * 7)

¹ Het gaat om: wassen en douchen, aan- en uitkleden, in en uit bed gaan, zichzelf verplaatsen, toiletgang, eten en drinken, persoonlijke verzorging, aanbrengen van prothese en/of orthese.

In methode 2 worden de huidige uren ADL assistentie waarvoor een cliënt is geïndiceerd voor 85% overgenomen in de AWBZ situatie. Op basis van de AWBZ uren worden de financiële gevolgen berekend. De korting van 15% heeft te maken met het feit dat een AWBZ indicatie beperkt is tot zuivere contact uren zorg, terwijl de ADL indicatie inclusief looptijd is gesteld. In samenspraak met Fokus zijn we tot de veronderstelling gekomen dat de looptijd circa 15% bedraagt van de totale ADL-indicatiestelling.

Een ADL-indicatiestelling van bijvoorbeeld 10 uur per week (zorguren en looptijd) komt dus overeen met een AWBZ indicatiestelling van 8,5 uur per week (alleen zorguren). Bij deze veronderstelling merken we op dat er in praktijk veel spreiding zit in de looptijd. Deze spreiding zit tussen de verschillende cliënten, maar ook voor een individuele cliënt kan er forse spreiding zijn van periode tot periode.

De berekening van het aantal uren dat een ADL cliënt krijgt na de insluiting verschilt over beide methoden. Gemiddeld genomen verliest de cliënt uren in methode 2 en krijgt hij extra uren in methode 1.

Verschil indicatie en praktijk. Het aantal uren zorg dat wordt afgenomen is gemiddeld gelijk aan het aantal uren waarvoor een cliënt geïndiceerd is. In de praktijk kan er verschil zitten tussen dat aantal afgenomen uren en de indicatiestelling. We veronderstellen dat daarvan gemiddeld genomen over de tijd geen sprake van is.

Leveringsvoorwaarden. De Fokus-cliënten die in de clusteranalyse zijn ingedeeld in cluster 1 krijgen voor persoonlijke verzorging leveringsvoorwaarde A geïndiceerd (zorg op geplande tijden). Cliënten uit de andere clusters krijgen leveringsvoorwaarden B geïndiceerd (zorg op geplande tijden en op afroep – ook wel bekend als 'Extra'). De cliënten in cluster 1 hebben een lagere ADL indicatie dan gemiddeld. In totaal vertegenwoordigt cluster 1 circa 9% van het totale gebruik van ADL assistentie.

Herindicatie bestaande AWBZ uren. Sommige Fokus-cliënten krijgen in de uitgangssituatie naast de ADL assistentie ook al AWBZ zorg – waarvoor ze geïndiceerd zijn. Die zorg zal worden geherindiceerd als de ADL assistentie verdwijnt. We veronderstellen hier dat de nieuwe indicatie voor deze AWBZ uren identiek zal zijn aan de reeds bestaande AWBZ indicatie.

AWBZ zorgcategorie. De ADL assistentie zal na de insluiting in principe vervangen worden door de AWBZ zorgcategorie persoonlijke verzorging (PV). Echter, sommige Fokus-cliënten hebben in hun indicatie voor ADL assistentie ook EVA handelingen. Voor deze mensen worden verpleegkundige handelingen verricht op grond van hun ADL indicatie. Aan de cliënten is in de enquête gevraagd om hoeveel uur het gaat. Deze ADL-uren die besteed worden aan EVA handelingen zullen na de insluiting vervangen worden door de AWBZ zorgcategorie verpleging.

Eigen bijdrage AWBZ

De eigen bijdrage voor de AWBZ zorg hangt af van het huishoudinkomen en de uren zorg die worden afgenomen. Hoe we de uren AWBZ zorg bepalen hebben we net gezien. We gaan nu nader in op de manier waarop we het huishoudinkomen bepaald hebben.

Met het huishoudinkomen wordt het verzamelinkomen bedoeld van de ADL cliënt of, als hij of zij samen woont, van alle deelnemers in het huishouden samen. Die deelnemers kunnen (huwelijks)partners zijn maar ook andere meerderjarigen waarmee langdurig een huishouden wordt gevoerd. Meerderjarige kinderen worden hierbij niet meegerekend. Het verzamelinkomen is het totale inkomen in de drie boxen van het belastingstelsel.

In de enquête die we gehouden hebben, is niet gevraagd naar het verzamelinkomen. Er is wel gevraagd naar de *inkomensbron*. De verdeling van de respondenten staat in tabel B2.

Tabel B2 Inkomensverdeling naar inkomensbron

Inkomensbron	Aandeel	In combinatie met andere inkomensbronnen
Geen inkomen	1%	-
Loondienst of zelfstandig	18%	Van deze groep heeft 55% tevens WAO of Wajong uitkering
AOW-uitkering (en pensioen)	18%	Van deze groep heeft 40% tevens een pensioen uitkering
Studiefinanciering	1%	-
Wajong-uitkering	31%	Van deze groep heeft 5% tevens een WAO-uitkering
WAO-uitkering	28%	Van deze groep heeft 3% tevens een Abw-uitkering
Abw-uitkering	2%	-
Andere inkomensbron	1%	-

Bron: enquête onder de ADL cliënten

De inkomensbron en de huishoudsamenstelling geeft voldoende informatie om een schatting te maken van het verzamelinkomen indien de inkomensbron een van de volgende is: Abw-uitkering, alleen AOW-uitkering, of Wajong uitkering. Voor de respondenten die geen inkomensbron of als bron studiefinanciering hebben opgegeven, wordt Abw-niveau verondersteld. In tabel B3 staan de verzamelinkomens die we bij de berekeningen gebruikt hebben.

Tabel B3 Verzamelinkomens voor ADL cliënten met inkomensbronnen: Abw-, Aow- of Wajong-uitkering

	Alleenstaanden	Met partners
Abw-uitkering	9.700	15.100
AOW-uitkering	11.600	15.900
Wajong-uitkering	10.200	Afhankelijk van partnerinkomen

Om ook voor de ADL cliënten met andere inkomensbronnen (loon, zelfstandig, AOW in combinatie met pensioen of WAO) een verzamelinkomen te schatten, hebben we gebruik gemaakt van het AVO-gehandicaptenonderzoek 2000 (SCP 2000).¹ In dat gegevensbestand zit namelijk informatie over inkomensbron en inkomensniveau (in klassen). We hebben tevens informatie gebruikt over de huishoudsamenstelling en de leeftijd van de respondenten. We hebben voor de ADL cliënten een inkomen kunnen schatten door respondenten in het AVO te zoeken met dezelfde inkomensbron en verder vergelijkbare huishoudsamenstelling en leeftijd. Tabel B4 geeft aan wat de inkomensniveaus zijn die in het AVO voorkomen, en bij welke ADL cliënten ze horen.

¹ Het AVO-gehandicaptenonderzoek is een onderzoek onder 1200 respondenten met lichamelijke beperkingen. De ondervraagde personen hebben eerder meegedaan aan het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek van het SCP. Meer aandacht aan dit onderzoek wordt besteed in de Rapportage gehandicapten 2002 (M.M.Y. de Klerk (Red.) 2002. *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002 (SCP-publicatie 2002/10).

Tabel B4 Verzamelinkomens voor de ADL cliënten met inkomensbronnen: loon, zelfstandig, AOW in combinatie met pensioen of WAO

Klasse	Netto	Bruto		Welke ADL-cliënt krijgt dit inkomensniveau?
		65 -	65 +	
1	12.700	13.980	12.700	Komt in het AVO vrijwel niet voor
2	14.700	16.900	14.000	Alleenstaanden met WAO-uitkering
3	16.400	19.900	15.750	Alleenstaanden met AOW-uitkering in combinatie met pensioen
4	17.900	22.500	17.600	Alleenstaanden met loon, jonger dan 35 jaar
5	19.300	25.000	19.300	Alleenstaanden met loon, ouder dan 35 jaar, en fiscale partners met AOW-uitkering in combinatie met pensioen
6	21.000	28.000	21.400	Fiscale partners met WAO-uitkering
7	23.200	29.600	23.300	Fiscale partners met loon, of zelfstandigen

NB 1. De bedragen uit het AVO bestand zijn met 7,5% verhoogd. Dit corrigeert voor de inflatie tussen 2000 en 2002. De bedragen in de tabel zijn daarmee van niveau 2002. Dat is het jaar waarop de eigen bijdrage van 2004 wordt gebaseerd. De bedragen zijn per jaar en in €.

NB 2. De bruto bedragen in de tabel zijn van toepassing voor personen *zonder* een fiscale partner. Personen die wel een fiscale partner hebben, krijgen in de berekeningen een lager bruto inkomen toegekend. Voor deze huishoudens is het verschil tussen bruto en netto inkomen kleiner omdat de algemene heffingskorting daar tweemaal wordt gebruikt.

NB 3. We hebben bij de bovenstaande berekeningen alleen de inkomens geselecteerd van de 50% fysiek meest beperkten uit het AVO bestand.

Met de informatie over de geïndiceerde AWBZ uren en het huishoudinkomen kunnen we de eigen bijdrage berekenen. Het periodebedrag van de eigen bijdrage (EB) wordt in 2004 berekend als een bedrag van € 11,80 per uur geïndiceerde AWBZ zorg, met een bovengrens afhankelijk van het verzamelinkomen van twee jaar terug, en een ondergrens van € 16. Een periode duurt vier weken. De bovengrens is gelijk aan: $(15\% \text{ van het verzamelinkomen} / 13) - € 140$. Het bedrag van € 140 is een forfaitair bedrag.

Hieronder een voorbeeld (voorbeeld 2 uit de brochure 'Eigen Bijdrageregeling zorg zonder verblijf', CAK-BZ januari 2004):

U ontvangt vijf uur zorg per week. De zorgaanbieder levert dan in een periode van vier weken $4 * 5 = 20$ uur zorg aan het CAK-BZ. De kosten voor deze zorg bedragen:

$20 * € 11,80 = 236,-$.

Stel, uw verzamelinkomen bedraagt in 2002 € 35.684,-. Het verzamelinkomen van uw partner in 2002 bedraagt € 6.450,-. Het gezamenlijk verzamelinkomen in 2002 bedraagt € 42.134,-. Uw maximale periodebijdrage wordt als volgt berekend:

$15\% * € 42.134,- = € 6.320,10 : 13 = € 486,16$ minus € 140,- (forfaitair bedrag) = € 346,16.

De maximale periodebijdrage van € 346,16 is niet gehaald. Voor deze zorg wordt € 236,- betaald per periode van vier weken.

Research voor Beleid
Schipholweg 13 - 15
Postbus 985
2300 AZ Leiden
telefoon: (071) 5253737
telefax: (071) 5253702
e-mail: rvb@rvbh.nl
www.researchvoorbeleid.nl

