

FOKUSWONEN IN DE KNEL

*Een notitie over de risico's van het beëindigen van de
ADL-clusterregelingen m.i.v. 1 januari 2005*

Stichting Fokus Exploitatie
Groningen, juni 2004

N. van den Besselaar,
O. Jongsma en
E. Wierda.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Onderzoek naar zorginhoudelijke en financiële gevolgen van de insluiting van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ	6
2.1	Korte schets van het onderzoek	6
2.2	Algemene conclusie uit het onderzoek	7
2.3	Beschrijving knelpunten vanuit het onderzoek	7
2.4	Conclusie	10
3	Scheiden van wonen en zorg; zorg voor samenhang	11
3.1	Conclusie	12
4	Fokuswonen; toetsing van het concept in de praktijk	12
4.1	Aanleiding tot het onderzoek	12
4.2	Aanpak en resultaten	13
4.3	Conclusie	13
5	Rapport Focus op Fokus	14
5.1	Conclusie/aanbevelingen en achtergrond van het rapport Focus op Fokus	14
6	Knelpunten regeling aanpassingen in bestaande ADL clusters bij overheveling	15
6.1	Korte schets	15
6.2	Overzicht knelpunten en conclusie	15
7	Knelpunten de bij beëindiging regeling bouw nieuwe ADL-clusters	16
8	Tot slot en aanbeveling	16
Bijlage 1	Tabel: Overzicht knelpunten onderzoeksrapport 'Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ'	18
Bijlage 2	Knelpuntennotitie overheveling van de regeling aanpassingen in bestaande ADL-clusters naar de WVG	30

1 Inleiding

Fokus

In de ruim 70 Fokusprojecten in Nederland wonen mensen met een ernstige lichamelijke handicap zelfstandig. Een Fokusproject bestaat uit 12 tot 18 aangepaste woningen, verspreid over en geïntegreerd in een gewone woonwijk. De klant huurt de woning van de woningcorporatie en kan 24 uur per dag op afroep met behulp van een alarm-intercomsysteem ADL-assistentie inroepen. Daartoe maakt een hulppost onderdeel uit van het project. Vanuit die hulppost levert Fokus de assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals hulp bij opstaan en wassen/douchen, bij transfers, bij toiletgang, bij eten en drinken en na alarmering. Doordat de hulp op afroep én op aanwijzing van de klant gebeurt, kan de klant zijn eigen leven leiden en indelen. De vraaggestuurde dienstverlening maakt het mogelijk dat de regie geheel bij de klant ligt en is samen met de aangepaste woning voorwaarde voor een onafhankelijk leven en voor participatie in de maatschappij. Daardoor kunnen mensen met een ernstige lichamelijke handicap leven zoals ieder ander zónder beperking.

Wijzigingen in de financiering

Het bouwen van projecten, de aanpassingen en voorzieningen én de ADL-assistentie aan klanten wordt gefinancierd uit een **subsidieregeling** die onderdeel uitmaakt van de Regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

De bewindslieden van VWS zijn voornemens de subsidieregeling per 1-1-2005 te beëindigen in ruil voor reguliere bekostiging uit de **AWBZ**.¹ Op zichzelf zou de modernisering van de AWBZ voor het Fokuswonen als vroeg voorbeeld van 'scheiden wonen-zorg', van 'vraaggestuurde zorg' en van 'gewoon wonen in de eigen omgeving, zolang het kan', een goed wettelijk onderdak moeten kunnen vormen.

Uit onderzoek in opdracht van het College voor zorgverzekeringen blijken echter **zeer ernstige knelpunten**.

De verbijsterende conclusie uit dat onderzoek is dat het Fokusconcept na insluiting in de AWBZ niet meer kan voortbestaan.

Voor een deel van de cliënten zal zelfs een intramurale oplossing moeten worden gezocht.

Ruim 25 jaar geleden is het Fokuswonen op initiatief van mensen met een handicap en mede dankzij kamerbrede steun mogelijk geworden. Het vervult nog steeds een (erkende) unieke en bijzondere rol binnen het woon-zorg aanbod voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap, bovendien zeer bij-de-tijd. Het is dan ook niet goed voorstelbaar dat daaraan door 'wijzigingen in de regelgeving' onbedoeld een einde zou komen. Temeer daar de beëindiging van de subsidieregeling 'slechts' door bestuurs-technische overwegingen is ingegeven (het reserveren van subsidieregelingen voor experimenten en tijdelijke activiteiten en het om die reden overbrengen van activiteiten die hun bestaansrecht, nut en noodzaak reeds hebben bewezen naar reguliere wettelijke regelingen).

Het is momenteel onduidelijk wat er uit het 'ambtelijk traject' rond dit onderwerp zal komen en wat de reactie van de staatssecretaris VWS zal zijn².

Het plan de subsidieregeling te beëindigen en de bekostiging van de ADL-assistentie (als persoonlijke verzorging) onder te brengen in de AWBZ heeft van doen met de dossiers:

- **Modernisering AWBZ,**
- de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (**WMO**) en met
- het **nieuwe subsidiebeleid VWS.**

Het CVZ heeft inmiddels aan de staatssecretaris twee rapporten aangeboden die een relatie hebben met deze problematiek: 'Scheiden wonen en zorg' en 'Focus op Fokus'. Over het hierboven genoemde onderzoek naar zorginhoudelijke en financiële consequenties van de insluiting van de ADL-assistentie in de AWBZ zal CVZ na de zomer aan de staatssecretaris rapporteren.

¹ O.m. brief van de staatssecretaris VWS aan CVZ d.d. 11 maart 2003 inzake beëindiging subsidies ADL-clusterwonen per 1-1-2005.

² Op ambtelijk niveau vindt overleg plaats tussen VWS, CVZ en Fokus.

Op korte termijn speelt het volgende:

(1) Ter uitvoering van het nieuwe subsidiebeleid heeft het ministerie de overheveling van de ADL-assistentie naar de AWBZ in uitvoering. Verwacht wordt dat het ministerie nog in juni aan het CVZ (de uitvoerder van de Regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet) zal berichten dat de onderhavige regeling m.i.v. 1-1-2005 zal eindigen.

Voorzienbaar is dat per die datum ernstige gevolgen zullen optreden voor de omvang en kwaliteit van dienstverlening in de Fokusprojecten en dat zelfs de continuïteitsvraag aan de orde is (zie hoofdstuk 2).

(2) Ten aanzien van de WMO geldt dat de staatssecretaris heeft aangekondigd dat het deel van de subsidieregeling dat de aanpassingen, nastellingen en het onderhoud/de reparatie en de vervanging van standaardaanpassingen en het alarm-intercomsysteem financiert, per 1-1-2005 over zal gaan naar de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en dus onder gemeentelijke regie zal komen te vallen. Per 1-1-2006 gaat dit deel dan over naar de WMO³.

Behalve de grote hoeveelheid praktische problemen die dat met zich meebrengt speelt hier het volgende (zie ook hoofdstuk 6 en bijlage 2).

De subsidiëring van het Fokuswonen bestaat uit drie afzonderlijke, doch sterk onderling samenhangende en afgestemde onderdelen. Naast het zojuist genoemde, financiert het tweede deel de bouw van nieuwe Fokusprojecten en het derde deel de ADL-assistentie in de projecten.

Dat trio is het enige voorbeeld van samenhangende regelgeving op het gebied van scheiden **wonen-zorg**. Het is om drie redenen onverstandig reeds nu dat ene deel over te hevelen naar de gemeenten:

- het is nog onduidelijk hoe de overige twee delen van de subsidieregeling een vervolg zullen krijgen en hoe de verschillende onderdelen dan nog (kunnen) samenhangen;
- de overheveling naar WVG/WMO/gemeenten is een ingrijpende wijziging in de regelgeving die later moeilijk is te redresseren;
- het is onlogisch en onverstandig het enige samenhangende stelsel van regelgeving van (gescheiden) wonen met zorg af te breken, zonder voor voldoende nieuwe samenhang te dragen.

(3) Ten aanzien van het deel van de regeling dat de bouw van nieuwe projecten financiert (de meerkosten van de woning ten opzichte van een 'gewone' woning worden aan de woningcorporatie gesubsidieerd) is nog geen oplossing gevonden. Overheveling naar WVG/WMO/gemeenten ligt om uiteenlopende redenen niet voor de hand.

Inhoud van deze notitie

In de volgende hoofdstukken wordt een uitgebreide schets gegeven van de problematiek.

Hoofdstuk 2 behandelt het onderzoek 'Insluizing van de ADL clusterregeling in de functiegerichte AWBZ'⁴. Het gaat hier om het hierboven aangegeven onderdeel 1: de overheveling van de ADL-assistentie/zorg naar de AWBZ.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 het scheiden van wonen en zorg bij Fokus toegelicht. In deze paragraaf komt het belang van de samenhang van de huidige drie subsidieregelingen naar voren. In dit hoofdstuk wordt geciteerd uit het rapport 'Scheiden wonen en zorg in de AWBZ'⁵.

³ Brief aan TK d.d. 23-4-2004: 'Op weg naar een bestendig stelstel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning'. Inmiddels lijkt het ministerie van plan de regeling te laten voortbestaan tot aan de invoering van de WMO.

⁴ Onderzoek uitgevoerd door het bureau Research voor Beleid in opdracht van CVZ: 'Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ' Voor deze notitie is het concept onderzoeksrapport d.d. 27 mei 2004 gehanteerd. Het onderzoek is uitgevoerd op verzoek van het ministerie van VWS.

⁵ Rapport 'Scheiden wonen en zorg', opgesteld door het College van Zorgverzekeringen, 26 februari 2004 uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het onderzoek naar en de resultaten van het Fokusconcept⁶ wordt in hoofdstuk 4 kort belicht. Naar aanleiding van dat onderzoek schreef het CVZ zijn rapport 'Focus op Fokus'⁷, waarvan in hoofdstuk 5 een korte schets wordt gegeven. Het rapport is mede geschreven vanuit het perspectief van een toekomstige insluiting in de AWBZ.

Hoofdstuk 6 geeft de knelpunten aan die zich voordoen zodra de 'regeling aanpassingen in bestaande ADL clusters' overgeheveld wordt naar de WVG/WMO, hierboven aangegeven bij onderdeel 2.

Hoofdstuk 7 behandelt de regeling 'bouwen van ADL-clusters'.

In hoofdstuk 8 wordt tenslotte een *aanbeveling aan de staatssecretaris gedaan*.

2 Onderzoek naar zorginhoudelijke en financiële gevolgen van de insluiting van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ

2.1 Korte schets van het onderzoek

In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen heeft het bureau Research voor Beleid⁸ een onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de ADL clusterregeling in de functiegerichte AWBZ.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder alle Fokuscliënten⁹ met een respons van 55%.

Voor het opsporen van zorginhoudelijke consequenties heeft het bureau indicatiestellers van RIO en LCIG 'gemiddelde voorbeeldcliënten van Fokus'¹⁰ laten **indiceren** op voor de AWBZ gebruikelijke wijze.

Voor de **financiële consequenties** voor de cliënt is van het enquêtemateriaal (huidige gebruik AWBZ en ADL-clusterregeling en inkomensgegevens) en van de hiervoor bedoelde AWBZ-indicaties gebruik gemaakt om de gevolgen voor de **eigen bijdrage** te berekenen.

De **macro** financiële gevolgen zijn berekend aan de hand van twee verschillende methoden van inschatting van totaalvolume's aan te indiceren AWBZ-zorg na insluiting.

Bij de indicatiestelling (naar omvang van de beide door Fokus geleverde zorgfuncties en naar leveringsvoorwaarden) is uitgegaan van wat (onder indicatiestellers) gebruikelijk is sinds de modernisering AWBZ (april 2003).

Bij de financiële berekeningen is, bij het ontbreken van het aangekondigde systeem van functiegerichte bekostiging, uitgegaan van CTG-tarieven extramurale zorg 2004. Daardoor is onduidelijk welke wijzigingen nog zullen optreden bij invoering van genoemd nieuw financieringssysteem, met name op het punt of en in welke omvang 'leveringsvoorwaarden' tot een opslag zullen leiden op de tarieven per uur. Voor één van de leveringsvoorwaarden (B) is het rapport uitgegaan van een tarief volgens 'PV-1 extra' als vertaling van de opslag voor deze leveringsvoorwaarde. Voor de leveringsvoorwaarden C en D worden de opslagen als 'onbekend' verondersteld.

De ADL-assistentie die Fokus levert valt in de AWBZ-functies persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP). Het aandeel VP schat RvB op 16% van het totaal aantal verleende uren assistentie.

Het onderzoek rapporteert naar het huidige beeld van de AWBZ. De onderzoekers vermoeden dat de gevolgen aanmerkelijk groter worden bij een verdere ontwikkeling van het beleid.

⁶ Onderzoeksrapport: 'Fokuswonen, toetsing van het Fokusconcept in de praktijk'; iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, maart 2004. Uitgevoerd in opdracht van CVZ en op 22 april 2004 door CVZ uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport

⁷ Rapport 'Focus op Fokus', opgesteld door CVZ naar aanleiding van het iRv-onderzoek naar het Fokusconcept, 22 april 2004, uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

⁸ In samenwerking met de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam (SEO)

⁹ Het betreft een aantal van 939 (beginstand 2004). Door de onderzoekers wordt verondersteld dat de uitkomsten ook zullen gelden voor de cliënten van de twee overige (kleine) aanbieders: Amstelrade (20 cliënten) en Interakt/Contour (1 cliënt).

¹⁰ Die 'voorbeeldcliënten' zijn ontleend aan het door RvB bewerkte en geanalyseerde enquêtemateriaal.

Ter informatie nog het volgende:

Het huidige aanbod Fokuswonen bestaat op basis van de ADL-clusterregeling voor wat betreft de ADL-assistentie uit de beschikbaarheid van 24-uurs assistentie op afroep en op aanwijzing van de cliënt, waardoor deze zelf de tijdstippen en de inhoud van de assistentie bepaalt (vraaggestuurde zorg). De grenzen worden gevormd door de individuele indicatie (afgegeven door Argonaut in opdracht van CVZ) en het basispakket ADL-assistentie (inclusief onder bepaalde voorwaarden Eenvoudige Verpleegtechnische Assistentie) zoals dat in de subsidieregeling is vastgelegd. In noodsituaties is de assistent binnen enkele ogenblikken aanwezig. De woningen (12-18) liggen op loopafstand van de hulppost, verspreid en geïntegreerd in de buurt. De woningen zijn standaard-aangepaste rolstoelwoningen, voorzover nodig aangepast aan de individuele handicap. Voor oproep en alarmering is er een alarm-intercomsysteem. De woningen zijn eigendom van een lokale woningcorporatie en worden door de Fokus cliënt direct van deze corporatie gehuurd. Er is dus sprake van 'scheiden wonen en zorg'.¹¹

2.2 Algemene conclusies uit het onderzoek

Het bureau Research voor Beleid heeft haar bevindingen vastgelegd in het rapport 'Insluizing van de ADL clusterregeling in de functiegerichte AWBZ'. De conclusies en knelpunten welke in het hierna volgende zijn vermeld zijn gebaseerd op het concept-onderzoeksrapport versie 27 mei 2004.

Het bureau Research voor Beleid concludeert dat:

'gegeven de huidige financieringssystematiek in de AWBZ is het niet mogelijk om aan het huidige Fokusmodel van zorgverlening uitvoering te geven binnen het reguliere regime'

In de volgende paragraaf is een beschrijving gegeven van de gesignaleerde knelpunten.

2.3 Beschrijving knelpunten vanuit het onderzoek

Hieronder wordt een beschrijving gegeven van de bevindingen naar aanleiding van het onderzoek. In Bijlage 1 van deze notitie is een tabel opgenomen waarin puntsgewijs citaten uit het rapport zijn opgenomen, gecategoriseerd naar diverse onderzoeksitems. Uit die tabel blijkt een veelheid aan knelpunten en onzekerheden die tijdens het onderzoek zijn geconstateerd. In de tabel zijn citaten uit het rapport opgenomen met betrekking tot de meer algemene conclusies

Hieronder volgt een beschrijving van de gesignaleerde knelpunten. Deze zijn ingedeeld naar de volgende onderwerpen:

- Omvang geïndiceerde zorg/omslagpunten intramuraal
- Leveringsvoorwaarden → inhoud van de zorg
- Zorg bij alarmoproepen
- Conclusie ten aanzien van zorginhoud
- Financiële gevolgen

Omvang geïndiceerde zorg/omslagpunten intramuraal

Uit de indicatiestelling blijkt dat, behoudens bij 9% van de Fokuscliënten, de Fokuscliënten bij de AWBZ-indicatie hetzelfde aantal of meer uren geïndiceerd krijgen vergeleken met de huidige situatie. Vanuit de gekwantificeerde onderzoeksgegevens blijkt dit ook, echter in deze context wordt ook verwezen naar de onzekerheden en onduidelijkheden die zich voordeden bij het indiceren van het aantal uren. Tevens is gebleken dat enkele handelingen niet voor indicatie in aanmerking komen. Zie ook Bijlage 1, onderdeel B, omvang geïndiceerde zorg.

¹¹ Tot 1994 werd het Fokuswonen bekostigd uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (ministerie VROM) voor bouw en infrastructuur en uit de AAW (Besluit AAW-ADL-assistentie) voor wat betreft de assistentieverlening. Sinds 1994 vindt financiering plaats uit de Regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet door het College voor zorgverzekeringen.

Een ander probleem vormt het **maximaal aantal per functie te indiceren uren**. Dat maximum ligt voor Persoonlijke Verzorging op 24,9 uur per week. Van de Fokuscliënten ontvangt 33% meer PV dan dit maximum.

Indicatiestellers lossen dat nu op door zogenoemde '**additionele**' uren te indiceren om het verschil te overbruggen (dat mag overigens volgens de richtlijn slechts in zeer uitzonderlijke situaties en volgens het LVIO slechts wanneer er bij een indicatie van meer dan 20 (!) uur een 'fors blok' mantelzorg aanwezig is (over die mantelzorg beschikken Fokuscliënten over het algemeen niet). Overigens is slechts tot een maximum van \pm 32 uur PV geïndiceerd (plus 7 uur PV), terwijl onder de Fokuscliënten afnames voorkomen die aanmerkelijk hoger liggen dan deze 32 uur. De vraag is of ook dan nog 'additoneel' wordt bijgeplust.

Dit punt klemt temeer omdat de onderzoekers vaststellen dat de maxima per functie waarschijnlijk een rol zullen spelen bij het vaststellen van de zogenaamde **omslagpunten** (aangekondigd per januari 2005). Die omslagpunten markeren het kostenniveau waarboven een intramurale oplossing vanuit kostenoverwegingen zou moeten worden gekozen in plaats van een extramurale (en/of het maximaal toelaatbare kostenniveau extramuraal begrenzen, indien gekozen wordt voor niet-intramuraal). Zie ook Bijlage 1, onderdeel D mantelzorg, onderdeel F intramurale zorg/omslagpunten/verblijf.

Leveringsvoorwaarden → inhoud van de zorg

Aan de indicatie (per functie) wordt door de indicatiesteller een leveringsvoorwaarde verbonden.

Leveringsvoorwaarde A (planbare zorg) betekent dat, ondanks de wensen en behoeften van de cliënt op dat vlak, zorg op afspraak/gepland kan (en dus: moet) worden geïndiceerd. (De ADL-clusterregeling gaat principieel uit van hulp op afroep).

De toekenning van leveringsvoorwaarden is overgelaten aan de professie van de indicatiesteller, wensen of persoonlijke omstandigheden van de cliënt spelen geen rol.

De cliënten die leveringsvoorwaarde A krijgen geïndiceerd verliezen hun huidige recht op assistentie *op afroep* en daarmee de regie over de tijdstippen waarop zij assistentie wensen op te roepen voor het opstaan, naar bed gaan, aan-en uitkleden (waaronder jas/aan uit bij vertrek en thuiskomst), zich wassen en/of douchen. Zij worden ernstig beperkt in het eigen vorm en inhoud aan het dagelijks leven te geven. Aangezien de zorg planbaar is, vervalt in de AWBZ ook het recht op 24-uurs zorg (d.w.z. op tijden buiten de reguliere afspraken en bij alarm).

Leveringsvoorwaarde B (deels planbare en deels oproepbare zorg) levert volgens de indicatiestellers *geen recht* op zorg-op-afroep, dit ondanks het feit dat oproepbare zorg onderdeel is van deze leveringsvoorwaarde. Of de zorg op afroep kan worden gerealiseerd (en binnen welk tijdsbestek; het LVIO gaat uit van 15 tot 30 minuten) hangt af van de onderhandeling tussen cliënt-zorgaanbieder-zorgkantoor. Het rapport laat zien dat deze leveringsvoorwaarde in de reguliere AWBZ (thuis)zorg thans –om financiële en organisatorische redenen- *niet wordt gerealiseerd*, behalve (soms) vanuit en in de directe omgeving van intramurale voorzieningen of in een woonzorgcomplex. Volgens het rapport komt 80% van de Fokuscliënten voor leveringsvoorwaarde B (of hoger) in aanmerking.

Gelet op het voorgaande kunnen zij er niet op rekenen dat dit in de praktijk ook kan worden gerealiseerd, waardoor hun zelfstandigheid en zelfs hun mogelijkheden nog zelfstandig te wonen worden bedreigd. Zij zouden moeten verhuizen naar aanleun- of satellietwoningen in de omgeving van een intramurale voorziening of naar een woonzorgcomplex. Daarmee komt een einde aan het 'geïntegreerd wonen'.

Een deel van de cliënten komt in aanmerking voor leveringsvoorwaarde C (zorg voortdurend in de nabijheid), waarbij uitgangspunt is dat C wordt geïndiceerd indien 15 tot 30 minuten te lang wordt gevonden alvorens hulp wordt geboden. Vaak zal in deze situatie hulp geboden moeten worden binnen 3-5 minuten in geval van oproep of alarm. Van de leveringsvoorwaarden C en D stellen de indicatiestellers dat deze in de extramurale praktijk *niet worden gerealiseerd en derhalve ook niet in de AWBZ extramuraal worden geïndiceerd*¹². Deze leveringsvoorwaarden worden over het algemeen intramuraal geïndiceerd, waarvoor een indicatie voor de functie Verblijf nodig is. De indicatiestellers menen dat, gelet op hun huidige praktijk van zelfstandig wonen (waarin door Fokus wordt voorzien in deze leveringsvoorwaarde C) de Fokuscliënten niet voor een indicatie Verblijf in aanmerking komen. Overigens, indien wél leveringsvoorwaarde C zou worden geïndiceerd is realisatie ervan binnen de AWBZ, gelet op de financiële belemmeringen, extramuraal (nog) niet mogelijk.

Voor alle leveringsvoorwaarden geldt dat zij geen afdwingbaar recht opleveren.

¹² De leveringsvoorwaarden C en D komen evenwel als te indiceren mogelijkheden voor persoonlijke verzorging wél voor op het indicatieformulier.

Overigens is, afgezien van de leveringsvoorwaarden, extramuraal de 24-uurs beschikbaarheid van zorg niet te realiseren. De nachthulp is veelal beperkt en op afspraak beschikbaar.

Zoals aangegeven wordt er bij de AWBZ-indicatiestelling minder of geen rekening gehouden met *specifieke wensen* van de cliënt, diens leefwijze en diens sociaal leven (bij veel buitenhuisactiviteiten vaak jas aan of uit, bepaalde handelingen zelf willen doen met oog op zelfstandigheid of oefening: de knoopjes van de blouse). Ook het aantal keren douchen is volgens indicatiestellers beperkt, tot maximaal 2 keer per week (standaard in de in het rapport weergegeven AWBZ-indicaties!). Beperkingen gelden ook voor badgegebruik (waarvoor nagenoeg een medische indicatie wordt vereist). Hetzelfde geldt voor het keren in bed (in de nacht). Hier moet de efficiency het van de wens, eigen keus en eigen regie van de cliënt winnen. De cliënt wordt afhankelijk van de bereidwilligheid van de (daarvoor niet gefinancierde) zorgaanbieder. Afhankelijkheid ook in die situaties wanneer de cliënt uitgaat en midden in de nacht thuiskomt en geholpen wil worden bij het naar bed gaan. Deze activiteit is planbaar en kan dus niet op afroep worden geïndiceerd.

Overigens blijken de persoonlijke opvattingen van en interpretatieverschillen tussen de indicatiestellers een rol te spelen bij het ontbreken van richtlijnen en normtijden of door het gebruik van uiteenlopende richtlijnen per regio. Als gevolg daarvan kan in bepaalde gevallen een indicatie één of zelfs twee klassen hoger of lager uitvallen. Dezelfde interpretatieverschillen doen zich voor ten aanzien van de toekenning van leveringsvoorwaarden.

Zie ook Bijlage 1, onderdeel C: leveringsvoorwaarden.

Zorg bij alarmoproepen

In het Fokuswonen is een alarm-intercomsysteem beschikbaar dat dienst doet als intercom voor de oproepen van cliënten én 24 uur per dag de mogelijkheid biedt in geval van calamiteiten alarm te slaan. Binnen 3 tot 5 minuten is dan een assistent aanwezig. Van die mogelijkheid wordt veelvuldig gebruik gemaakt. De alarmfunctie is dan ook niet vergelijkbaar met de alarmeringssystemen voor ouderen, waarvan betrokkenen slechts in hoge uitzondering gebruik maken. De zorg na alarmoproep is voor een groot aantal cliënten voorwaarde zelfstandig te kunnen wonen, omdat zij bij een calamiteit direct moeten worden geholpen (zie beademingscliënten, maar ook bij vallen, spasmen, klemrijden, ongelukjes met brandgevaar of verbrandingsgevaar). Alarmering en zorg na alarmering is dus een randvoorwaarde voor en integraal onderdeel van het Fokuswonen/zelfstandig kunnen wonen. De onderzoekers stellen vast dat alarmering en zorg na alarmering niet uit de AWBZ kunnen worden bekostigd. Voor de alarmeringssystemen wordt verwezen naar de regeling Hulpmiddelen. Voor de benodigde medische indicatie zullen de meeste Fokuscliënten in aanmerking komen volgens de onderzoekers. Onduidelijk is op welke wijze de financiering en tarifiering van de 24-uurs alarmopvolging (en de beschikbaarheid ervan) is of wordt geregeld.

Overigens is bij het Fokuswonen de 24-uurs beschikbaarheid van zorg-op-afroep *identiek* aan de beschikbaarheid van de acute alarmopvolging.

Zie ook Bijlage 1, onderdeel E: zorg bij alarmoproepen.

Conclusie ten aanzien van zorginhoud

De onderzoekers concluderen dat als gevolg van het voorgaande de zorgverleningsvisie van Fokus voor een belangrijk deel verloren zal gaan wanneer de ADL-clusterregeling zal worden ingesluit in de reguliere functiegerichte AWBZ. De 24-uurs-zorg-op-afroep binnen een extramurale setting, zoals door Fokus geleverd, kan op grond van de AWBZ(-indicatie) niet (thuis) worden geleverd. Gegeven de huidige financieringssystematiek in de AWBZ is het niet mogelijk om het huidige Fokusmodel van zorgverlening uitvoering te geven binnen het reguliere AWBZ-regime. Leveringsvoorwaarden B, C en D zijn in de thuissituatie niet of nauwelijks te realiseren. Vaak komen deze cliënten noodgedwongen terecht in kleine woonvormen.

De onderzoekers stellen verder dat Fokus (samen met de overige aanbieders op grond van de ADL-clusterregeling) de enige is die op dit moment in de thuissituatie zorg levert onder condities die vergelijkbaar zijn met de AWBZ leveringsvoorwaarden B en C. De tarieven van Fokus en haar collega aanbieders kunnen mogelijk belangrijke aanknopingspunten bieden voor het bepalen van het toeslagtarief voor leveringsvoorwaarde C.

Zie ook Bijlage 1, onderdeel A: algemene knelpuntenconclusies.

Financiële gevolgen

De gevolgen op financieel gebied vloeien voort uit de hierboven beschreven zorginhoudelijke gevolgen en versterken die.

Aan de hand van de indicatiestelling AWBZ (waaruit immers voortvloeit dat de leveringsvoorwaarden dramatisch verslechteren ten opzichte van de huidige) berekenen de onderzoekers dat de totaalopbrengst voor Fokus op jaarbasis met een bedrag tussen de 1,5 en 15 miljoen verslechtert¹³ (op een huidig totaal van 45 miljoen). De onderzoekers nemen aan dat de werkelijkheid ergens in het midden ligt met een mindere opbrengst (voor Fokus) van rond de 10 miljoen als gevolg (ruim 22%). Gelet op de onzekerheden in de onderlinge berekeningswijzen gaat Fokus er van uit dat het percentage eerder hoger dan lager zal liggen. Overigens melden de onderzoekers dat in de geraamde AWBZ-kosten geen rekening is gehouden met het feit dat het voor *‘een bepaalde groep Fokus-cliënten niet meer mogelijk is in het Fokus-cluster te blijven wonen, omdat de voor hen benodigde zorg niet tegen het reguliere tarief kan worden geleverd’* en deze groep daardoor is aangewezen op intramurale opname.

De onderzoekers concluderen dat een dergelijk gevolg niet is te neutraliseren door efficiency maatregelen.

Zij stellen vast dat het verschil in uurtarief (€ 40,09 voor AWBZ-zorg en € 52,37 voor ADL-assistentie¹⁴) duidelijk de zorginhoudelijke verschillen van de beide soorten zorg weerspiegelt. “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 huidige AWBZ”.

Ook zijn de financiële gevolgen voor de cliënt berekend.

De onderzoekers concluderen dat 15% van de cliënten te maken krijgt met een verhoging van de eigen bijdrage van gemiddeld € 900 per jaar (ongeveer € 70 per vier weken). Aangezien de eigen bijdrage inkomensafhankelijk is, zullen er rond het gemiddelde grote variaties mogelijk zijn. De overige cliënten zullen geen verhoging van de eigen bijdrage oplopen, aangezien zij reeds voor andere AWBZ-zorg (huishoudelijke hulp en/of verpleging) reeds een eigen bijdrage betalen.¹⁵ Zie ook Bijlage 1, onderdeel G, financiële gevolgen en A, algemene knelpuntenconclusies.

2.4 Conclusie

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat de huidige AWBZ niet een passend kader biedt voor de financiering van het Fokuswonen/ADL-clusterwonen. Zowel uit de indicatiestelling als de (aan de geïndiceerde functies en leveringsvoorwaarden gekoppelde) tarieven vloeien knelpunten voort die de continuïteit van het Fokuswonen ernstig bedreigen. Een deel van de cliënten zal een intramurale oplossing moeten kiezen. De 24-uurs beschikbaarheid van (nood)hulp is niet langer te garanderen.

In het rapport worden enige oplossingsrichtingen aangegeven. In de praktijk zal schaalvergroting voor de meeste bestaande projecten vaak niet (of onvoldoende) uitgevoerd kunnen worden, gelet op de setting van het project. De overige twee oplossingsrichtingen, meer werken op afspraak en de diensten breder aanbieden, zullen op basis van reeds opgedane ervaring, beperkte impact hebben. Daarnaast is het überhaupt de vraag of de voorgestelde oplossingsrichtingen enig soulaas bieden, het zijn enkel richtingen die niet verder zijn onderzocht. In het rapport wordt overigens terecht opgemerkt dat de oplossingsrichtingen uiteindelijk de bestaande zorgverleningsvisie van Fokus aantasten (omdat zij de integratie van het wonen in een gewone woonwijk én de hulp op afroep en aanwijzing bedreigen).

Wat betekent de insluiting in de AWBZ dan nu echt:

- Er komt een einde aan het Fokuswonen. Hulp op afroep, 24 uur per etmaal, kan niet meer worden gerealiseerd in de (kleinschalige) Fokusprojecten;

¹³ De grote variatie in de uitkomsten en de kwaliteit van de onderliggende berekeningen geven aanleiding tot voorzichtigheid met de conclusies. Duidelijk is wel dat als gevolg van de zorginhoudelijke knelpunten en de gehanteerde tarieven CTG tengevolge van de insluiting een zeer aanmerkelijk bekostigingsprobleem ontstaat.

¹⁴ De onderzoekers berekenen een gemiddeld AWBZ-tarief ad. € 40,09 voor de dienstverlening van Fokus uit een mengeling van CTG-uurtarieven, leveringsvoorwaarden en de verdeling van de dienstverlening over de functies. Het huidige CVZ tarief op basis van de subsidieregeling is € 52,37.

¹⁵ Als gevolg van de voorgenomen overheveling van huishoudelijke zorg van AWBZ naar WMO kunnen er nog aanmerkelijke wijzigingen in deze conclusies optreden.

- Een groot deel van de cliënten zal daarom een intramurale oplossing moeten zoeken of in een aanleun- of satellietwoning moeten gaan wonen;
- Aangezien Fokus geen eigen aanbod meer kan realiseren zal Fokus ophouden te bestaan, waardoor kapitaalvernietiging ontstaat (huidige projecten + projecten in aanbouw leveren nog slechts losse overbodige aangepaste woningen, infrastructuur wordt onbruikbaar);
- Alle cliënten verliezen een belangrijke voorwaarden en kansen voor zelfstandig, onafhankelijk en geïntegreerd wonen.

3 Scheiden van wonen en zorg; zorg voor samenhang

De Fokusprojecten zijn klein van opzet (12 – 18 woningen) en de woningen zijn verspreid over en geïntegreerd in de wijk.

De cliënten van Fokus huren deze woning zelf van de woningbouwcorporatie. Er is dan ook sprake van een scheiding tussen wonen en zorg. Op grond van een samenwerkingsovereenkomst en de subsidievoorwaarden zijn de woningen gereserveerd (gelabeld) voor de doelgroep van het Fokuswonen. Aan de gelabelde woningen is de beschikbaarheid van 24-uurs ADL-assistentie gekoppeld. Zo ontstaat een arrangement van gescheiden wonen en zorg, gekoppeld aan een garantie van beschikbare zorg én een gegarandeerde continuïteit. De cliënt bindt zich aan een gecombineerde huur- en dienstverleningsovereenkomst met de verhuurder en de aanbieder van zorg.

De ADL-clusterregeling bestaat uit drie onderdelen:

- 'Het verwezenlijken van ADL clusters' (waaruit de extra bouw- en aanpassingskosten worden gefinancierd bij nieuwbouw van projecten; subsidie wordt uitgekeerd aan de woningcorporatie en dekt de kosten die uitgaan boven de stichtingskosten van een 'gewone' sociale huurwoning)
- 'Aanpassingen in bestaande ADL clusters' (waaruit wordt gefinancierd: de individuele aanpassingen, vervanging van standaardinrichtingselementen zoals keuken en alarm-intercomsysteem) en onderhoud en reparatie van het alarmintercomsysteem, standaardinrichtingselementen in de woning etc.)
- 'Levering van ADL assistentie in ADL clusters' (waaruit aan de aanbieder de ADL-assistentie wordt gefinancierd op basis van een productieafspraken in te verlenen uren x een door CVZ vastgesteld uurtarief).

De drie regelingen en de uitvoering daarvan zijn hecht aan elkaar verbonden. Bij de start van de ontwikkeling van een project wordt een door de subsidieregeling voorgeschreven overeenkomst gesloten tussen Fokus en de woningbouwcorporatie. Daarin is bepaald dat de woningbouwcorporatie woningen en een hulppost gaat realiseren die geschikt zijn voor ernstig lichamelijk gehandicapten op basis van het Programma van Eisen voor ADL-clusters en dat Fokus in het betreffende project voldoende dienstverlening gaat leveren. De samenwerkingsovereenkomst is een vereiste voor het verkrijgen van subsidie door de woningcorporatie en door de aanbieder van ADL-assistentie. Als er aanpassingen plaats moeten vinden in een woning is dit een samenspel tussen de cliënt, woningbouwcorporatie, CVZ en Fokus.

De doelmatigheid wordt gediend door:

- de woningen bij de bouw op basis van een programma van eisen standaard aan te passen (door voldoende ruimte te creëren voor gebruik met elektrische rolstoel, standaardaanpassingen aan te brengen of voor te bereiden). De standaardvoorzieningen kunnen eenvoudig worden aangepast of uitgebreid op de individuele beperkingen van de (nieuwe) bewoner. De aanpassingen zijn herbruikbaar bij opvolgende bewoners.
- de woningen worden in clustervorm gebouwd (op loopafstand van elkaar en van de hulppost, doch geïntegreerd in de woonwijk), waardoor 24-uurs dienstverlening betaalbaar en exploitabel wordt.
- bouwen in een clustervorm maakt tevens de exploitatie van een hulppost mogelijk (met een 24-uurs personeelsbezetting) en maakt de aanleg van een alarm-intercomsysteem verantwoord.

- de personeelsinzet kan worden afgestemd op de (totale) hulpvraag van een 'concentratie' aan bewoners zonder dat sprake is van gezamenlijke huisvesting of een intramurale voorziening.
- het cluster kan worden uitgebreid met aangepaste (huur- en koop) woningen in de directe omgeving, waardoor de doelmatigheid van de inzet van personeel kan toenemen. Vanuit de hulppost kan ook assistentie worden geboden aan hulpvragers buiten, doch in de directe omgeving van het cluster
- de woningen blijven gereserveerd voor de doelgroep en aan de levering van assistentie door de aanbieder

Het is de kracht van deze gecombineerde regelingen waarin samenhang is verzekerd tussen bouw, exploitatie en zorg, waardoor zelfstandig en geïntegreerd wonen mogelijk wordt voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap. Zonder deze regelingen is het bijzonder ingewikkeld, zo niet onmogelijk, voor deze doelgroep dergelijke projecten te realiseren.

Het College voor zorgverzekeringen heeft onderzoek laten doen naar (o.m.) succes en faalfactoren bij het scheiden van wonen en zorg. Daarbij is gebruik gemaakt van materiaal uit een NIZW-onderzoek naar het functioneren van de ADL-clusterregeling in het experiment Park de Meer te Amsterdam (extramuralisering van de grote woonvorm voor lichamelijk gehandicapten Amstelrade te Amstelveen) en in enkele Fokusprojecten.

In het **rapport 'Scheiden wonen en zorg in de AWBZ'**¹⁶ komt het CVZ tot de conclusie dat *de ADL-clusterregelingen een van de weinige mogelijkheden vormen om zelfstandig, maar geclusterd, wonen mogelijk te maken.*

Het bestaan van de ADL-clusterregelingen heeft volgens CVZ een positieve uitwerking op het welslagen van projecten van gescheiden wonen en zorg.

Het CVZ constateert –buiten de ADL-clusterregeling- een forse hoeveelheid afstemmings- en coördinatieproblemen door de grote hoeveelheid uiteenlopende wet- en regelgeving ten aanzien van financiering en uitvoering van woon-zorg-arrangementen. De ADL-clusterregelingen blijken dergelijke problemen op een eenvoudige en eenduidige wijze op te lossen.

3.1 Conclusie

Het is dan ook van belang dat zorgvuldig wordt gekeken naar de samenhang in de toekomst in geval de ADL-assistentie in de AWBZ zou worden ondergebracht, de regeling aanpassingen over gaat naar WVG/WMO/gemeenten en omtrent de toekomst van de subsidieregeling voor de bouw nog onduidelijkheid bestaat. Voor zowel de continuïteit van de bestaande projecten als voor de ontwikkeling van nieuwe projecten is een gegarandeerde samenhang in de regelgeving onontbeerlijk. Vanuit die invalshoek is het noodzakelijk dat gelijktijdig kan worden besloten omtrent de toekomst van de drie subsidieregelingen.

Bovendien moet voor de bestaande projecten worden gegarandeerd dat de woningen voor de doelgroep blijven gereserveerd en blijven gekoppeld aan de dienstverlening door de aanbieder.

4 Fokuswonen, toetsing van het concept in de praktijk

4.1 Aanleiding tot het onderzoek

In 2003 is in opdracht van het College voor zorgverzekeringen het Fokusconcept getoetst door het Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, iRv¹⁷. Het onderzoek evalueert een langjarige bestaande praktijk van gescheiden wonen en zorg waarin vraaggestuurd wordt gewerkt. Het onderzoek biedt kennis over de waardering van het concept, de betekenis ervan voor het leven van mensen met een lichamelijke handicap en de verbeterpunten. Het rapport gaat in op de wezenlijke onlosmakelijk met elkaar verbonden elementen van het Fokusconcept; het wonen, de dienstverlening en de organisatie van de dienstverlening.

¹⁶ CVZ-rapport 'Scheiden wonen en zorg in de AWBZ', uitgebracht d.d. 26 februari 2004 aan de staatssecretaris voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹⁷ Onderzoeksrapport 'Fokuswonen; toetsing van het Fokusconcept in de praktijk', iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, maart 2004.

Het beschrijft de mate waarin Fokus in staat is praktische woonconcepten te realiseren voor mensen met een zware lichamelijke handicap, waardoor zij in de hoogst mogelijke mate vrij, onafhankelijk en zelfstandig kunnen wonen en leven, als voorwaarde tot een volwaardige en ongehinderde maatschappelijke participatie, zoals voor ieder zonder functiebeperking. Ook wordt beschreven of het Fokusconcept aansluit op de werkelijke vraag en ondersteuningsbehoefte van (toekomstige) cliënten en aan welke randvoorwaarden (bouwkundig en qua zorg) moet worden voldaan.

Het onderzoek naar het Fokusconcept is relevant omdat de zorgconcepten binnen de AWBZ veranderen van aanbod- naar vraagsturing en Fokus ruim 25 jaar ervaring heeft met scheiden wonen en zorg, waarbij wordt uitgegaan van de regie en de vraag van individuele cliënten. De onderzoekers hebben het Fokusconcept niet kunnen vergelijken met andere AWBZ-gefinancierde zorgvoorzieningen voor lichamelijk gehandicapten omdat deze voorzieningen uitgaan van een situatie waar wonen en zorg NIET zijn gescheiden en daardoor op essentiële onderdelen onvergelijkbaar zijn met het Fokuswonen.

4.2 Aanpak en resultaten

Het onderzoek omvatte drie onderdelen:

- Schriftelijke vragenlijsten aan alle cliënten en ADL- assistenten. De respons van beide groepen was 57%. Schriftelijke vragenlijsten aan 300 wachtlijstkandidaten. De respons was 50%.
- Praktijkanalyse in 10 Fokusprojecten aan de hand van interviews met (voor elk project) maximaal 5 cliënten, maximaal 3 ADL-assistenten en de verantwoordelijke manager.
- Elektronische workshop met concrete verbetervoorstellen met een panel bestaande uit: drie cliënten, 2 ADL- assistenten, een projectmanager, twee regiomanagers, drie medewerkers van de centrale organisatie van Fokus, twee personen van het CVZ, een zorgverzekeraar en een medewerker van het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicapten. De workshop duurde één week waardoor de deelnemers ook met elkaar in discussie konden gaan.

Hierna volgen enkele relevante gegevens uit het onderzoek:

- Het gebruik van en de behoefte aan ADL- assistentie is bij de respondenten gemiddeld 16.7 uur per week (standaarddeviatie: 9.7, minimum: 1.5, maximum: 70.0). Het gemiddelde aantal keer per dag dat om ADL-assistentie wordt gevraagd is 4.4 (standaarddeviatie: 2.3, minimum: 0.5, maximum: 15.0).
- De helft van de respondenten denkt weleens of vaak aan verhuizen. Van deze groep denkt 70% aan doorverhuizen naar een andere Fokuswoning dichterbij de familie, werk, andere woonomgeving of een woning die meer voldoet aan de woonwensen. 25% zou een 'eigen' woning willen bewonen.
- Badkamers in de woningen zijn vaak te klein. Er wordt geklaagd over verouderde alarm-intercominstallaties.

4.3 Conclusie

De onderzoekers concluderen dat Fokus een unieke werkwijze heeft die (toekomstige) cliënten en ADL assistenten positief beoordelen. De onderzoekers noemen dat (toekomstige) cliënten het zelfstandig kunnen leven in een goed aangepaste woning en woonomgeving met eigen regie en met assistentie wanneer en hoe men dit wil, waarderen als een groot goed. Cliënten zijn over het algemeen tevreden over de ADL assistentie.

De genoemde verbeterpunten zijn:

Wonen:

- grotere badkamer; grotere in pandige berging en buitenberging; (op indicatie elektrisch) verstelbare hoog-laagkeuken; inspraak van cliënten bij de inrichting en uitrusting van de woning (bij nieuwbouw of renovatie van bestaande projecten);
- kunnen toevoegen van een koopwoning aan een Fokusproject.

ADL-assistentie:

- wachttijden reduceren of de norm bijstellen;
- inwerktijd voor nieuwe medewerkers; scholing op het gebied van gevolgen van handicaps, hulpmiddelen en EVA; flexibeler omgaan met hand- en spandiensten.

Organisatie:

- realiseren van geschikte vergaderruimte in ADL- eenheid;
- alarm-intercomsystemen die verouderd zijn of niet voldoen, vervangen.

5 Rapport Focus op Fokus

5.1 Conclusie/aanbevelingen en achtergrond rapportage Focus op Fokus

'Focus op Fokus'¹⁸. Onder deze titel schreef het College voor Zorgverzekeringen op 22 april een notitie aan de staatssecretaris voor Volksgezondheid. Deze notitie begeleidt de rapportage van het iRv onderzoek (zie paragraaf 4) dat tegelijkertijd aan de staatssecretaris werd aangeboden.

Het CVZ schrijft, na te hebben vastgesteld dat het merendeel van de cliënten de wijze waarop Fokus de assistentie vorm geeft zeer waardeert, in zijn aanbevelingen aan de staatssecretaris:

'dat voor velen het ADL-clusterconcept tot nog toe de enige mogelijkheid is om met ernstige beperkingen toch zelfstandig te kunnen leven. Bij insluiting in de AWBZ is het van belang deze mogelijkheid te behouden. Bij opheffing van de subsidieregelingen zou aan de volgende drie voorwaarden moeten zijn voldaan:

- *een bekostiging die voldoende dekking biedt voor de 24-uurs aanwezigheid van assistentieverleners;*
- *financiële middelen om aangepaste, verruimde woningen in clusterverband te kunnen realiseren;*
- *een goede regeling om de zorginfrastructuur (met name de ADL-unit en het alarmintercomsysteem) te kunnen realiseren en onderhouden.'*

Op basis van de waardering in de praktijk door huidige en toekomstige klanten en eigen waarneming steunt het CVZ daarmee het pleidooi voor de continuïteit van het Fokuswonen en schetst in de opsomming van voorwaarden waaraan insluiting in de AWBZ zou moeten voldoen, de noodzaak de in hoofdstuk 3 behandelde samenhangende aspecten afdoende te regelen.

¹⁸ CVZ-rapport 'Focus op Fokus', uitgebracht d.d. 22 april 2004 aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

6 Knelpunten bij de overheveling van de ‘regeling aanpassingen in bestaande ADL-clusters’

In de bijlage 2 van deze notitie is een volledige beschrijving gegeven van de knelpunten die ontstaan wanneer de regeling aanpassingen in bestaande clusters wordt overgeheveld naar de WVG gevolgd door de WMO. Hieronder volgt een korte uiteenzetting van de problematiek.

6.1 Korte schets

De Regeling aanpassingen bestaande ADL-clusters regelt het onderhoud, reparatie en vervanging van standaardinrichtingselementen in de ADL-woningen en de ADL-eenheid én de individuele aanpassing van standaardinrichtingselementen. De individuele aanpassingen worden in de Regeling aangeduid met de begrippen ‘nastellingen’ en ‘extra voorzieningen’. De regeling heeft een budget van 2,7 miljoen.

De staatssecretaris is voornemens om de regeling per 1 januari 2005 onder te brengen binnen de WVG (voorts WMO)¹⁹. Hiermee vervalt de koppeling van de Regeling aanpassingen met de Regeling voor de bouw van ADL-clusters en daarmee de voorziening voor het instandhouden van de kwaliteit van de bestaande ADL-clusters. Bovendien wordt afbreuk gedaan aan de bedoeling van de ADL-clusters dat ondermeer uitgaat van standaardinrichtingselementen (aangepaste keukens, aanpassingen in natte cel, deurmotoren etc) die eenvoudig nastelbaar zijn ‘op maat’ van de cliënt waarmee de levensduur van de aanpassingen wordt verlengd en (tijdelijke) leegstand wordt voorkomen. Zó wordt kapitaalvernietiging voorkomen.

De WVG sluit niet aan op een aantal voor het ADL-clusterwonen cruciale punten. Het betreft vooral de algemene voorzieningen zoals bijvoorbeeld het communicatiesysteem waarmee cliënten oproepen plaatsen en voorzieningen in de ADL-eenheid. Onderbrengen van de Regeling aanpassingen bestaande clusters in de WVG leidt dan ook tot discontinuïteit. Het betreft de volgende zaken.

- Onderhoud van de standaardinrichtingselementen in de woning
- Onderhoud met de 24 uren service voor de alarm-intercominstallatie en het nachtveiligheidssysteem
- Reparatie en vervanging van algemene voorzieningen zoals alarm-intercominstallaties, nachtveiligheidssystemen, hoog/laagbaden (met toebehoren) en deuraandrijvingen
- Projectmatige vervanging van keukens en aangepaste badkamers
- Individuele aanpassingen van de alarmintercominstallatie
- Individuele aanpassing (nastelling) van standaardinrichtingselementen

6.2 Overzicht knelpunten en conclusie

De volgende knelpunten worden verwacht:

Het beschikbare budget moet verdeeld worden over de gemeenten. Het gebruik van de regeling past niet bij een gelijke verdeling van de beschikbare middelen over de betrokken gemeenten omdat het gebruik van de regeling voorkomt uit:

- de vervangingen van de alarm-intercominstallaties (€ 65.000 – € 70.000), keukens (€ 5800 per keuken), hoog/laagbaden (€ 11.500) en badkamers zijn gekoppeld aan de leeftijd van bestaande clusters (namelijk ouder dan 15 jaar);
- de oplevering van nieuwe clusters waarbij in een tijdsbestek van enkele maanden 12 – 18 cliënten gebruik maken van nastellingen en extra voorzieningen;
- mutaties en de spreiding van het aantal mutaties (ongeveer 80 op jaarbasis) op voorhand niet is aan te wijzen naar de bestaande clusters. Er zijn clusters waar veel mutaties zijn en clusters waar jarenlang geen enkele mutatie is;
- verergering van handicap van een cliënt (en het daarmee samenhangend beroep op de Regeling) is op voorhand niet aan te wijzen.

¹⁹ Brief aan TK d.d. 23-4-2004: ‘Op weg naar een bestendig stelstel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning’. Inmiddels lijkt het ministerie van plan de regeling te laten voortbestaan tot aan de invoering van de WMO.

Een centraal uitgevoerde regeling past meer bij het gebruik. Binnen de WVG zou het budget geormerkt moet worden voor de ADL-clusters en er zouden reserveringen moeten plaatsvinden voor de vervanging van grote investeringen zoals bijvoorbeeld de vervanging van alarm- intercominstallatie, keukens, hoog/laagbaden en badkamers.

De WVG gaat uit van een drempelbedrag waardoor het op maat aanpassen van standaardinrichtingselementen in gevaar komt. De WVG gaat uit van individuele aanpassingen en het ADL-clusterwonen van standaard aangepaste woningen. De WVG kent dan ook geen algemene voorzieningen. Daarmee komt de continuïteit van de infrastructuur van de clusters in gevaar en daarmee de kern van de dienstverlening van het ADL-clusterwonen; het op afroep aanbieden van ADL-assistentie en de hulp in noodsituaties.

7 Knelpunten de bij beëindiging regeling bouw nieuwe ADL-clusters

De regeling biedt subsidiemogelijkheden voor woningcorporaties een cluster van aangepaste ADL-woningen en een ADL-unit tot stand te brengen. De regeling subsidieert de extra kosten van verruiming van de woning (voor rolstoelgebruik) en standaardaanpassingen, infrastructuur en van de bouw- en aanpassingskosten van de ADL-unit. De woningen en unit worden volgens een Programma van Eisen gebouwd dat volledig is afgestemd op het gebruik ervan door mensen met een ernstige lichamelijke handicap. De buiten deze regeling gehanteerde concepten van aangepast bouwen liggen, gelet op de noodzakelijk aan ADL-woningen te stellen hogere eisen, alle beneden het vereiste niveau. Dat betekent dat ADL-clusterwoningen niet zonder subsidiemogelijkheden tot stand zullen komen, gelet op de hoge extra kosten voor de woningcorporatie. Dat geldt eveneens voor de bouw van de unit en de aanleg van infrastructuur (het alarmintercomsysteem).

Conclusie moet zijn dat zonder een toegesneden regeling er geen nieuwe clusters zullen worden ontwikkeld (zie ook het CVZ-rapport 'Scheiden wonen en zorg').

8 Tot slot en aanbeveling

De overheveling had (bestuurs-)technische achtergronden (de wens een gewaardeerd woon-zorg aanbod uit de sfeer van subsidieregelingen over te hevelen naar reguliere wettelijke voorzieningen) en had geen herziening van dat aanbod tot doel. Uit onderzoek blijkt nu dat die overheveling tot ernstige gevolgen leidt voor de cliënten van het Fokuswonen en zelfs de continuïteit van het Fokuswonen wordt bedreigd.

Onder de Fokuscliënten is grote onrust over wat de gewijzigde bekostigingsregeling zal betekenen voor het zelfstandig en onafhankelijk wonen en leven. De huidige situatie wordt als bedreigend ervaren gelet op de in deze notitie vermelde risico's.

Om die reden roept Fokus de staatssecretaris op *alternatieven* te overwegen voor de voorgenomen besluiten en (vooralnog) af te zien van de beëindiging van de drie subsidieregelingen per 1 januari 2005.

Die alternatieven kunnen zijn:

- een specifieke maatregel in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ
- een tijdelijke regeling ter voorbereiding op latere besluitvorming (te denken valt aan een tijdelijke continuering van de huidige subsidieparagrafen in de Regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet)
- toewerken naar een bijzondere wet voor bekostiging van ADL-clusters

Fokus zou het op prijs stellen wanneer voor de toekomstige ontwikkeling een *convenant* zou kunnen worden gesloten waarin naast de staatssecretaris voor VWS en Fokus, CVZ en Zorgverzekeraars Nederland partij zijn.

Het convenant zou moeten worden gericht op de continuering van het woon- en zorg aanbod in ADL-clusters in een nader te ontwikkelen toekomstbestendige regeling.

Stichting Fokus Exploitatie

Groningen, juni 2004

bijlage 1

Overzicht knelpunten die genoemd worden in het onderzoeksrapport 'Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ'; een onderzoek in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen door Research voor Beleid i.s.m. SEO.

Hieronder zijn de knelpunten opgenomen die genoemd worden in het onderzoeksrapport 'Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ' opgenomen in een tabel.

Bij ieder knelpunt in de tabel vindt een verwijzing plaats naar de betreffende pagina van het onderzoeksrapport. De opsomming van knelpunten (en de verwijzing naar paginanummering) is gebaseerd op het **concept onderzoeksrapport d.d. 27 mei 2004**.

In de kolom toelichting vindt waar nodig een nadere uitleg plaats bij het gesignaleerde knelpunt.

De knelpunten zijn als volgt gecategoriseerd:

- A. Algemene knelpuntenconclusies
- B. Omvang geïndiceerde zorg
- C. Leveringsvoorwaarden
- D. Mantelzorg
- E. Zorg bij alarmoproepen
- F. Intramurale zorg/omslagpunten/verblijf
- G. Financiële gevolgen
- H. Onzekerheden/beperkingen van het onderzoek (voor zover deze ook betrekking hebben op een andere categorie item staan ze ook bij de betreffende categorie genoemd)
- I. Overige punten

C a t.	Nr.	Omschrijving knelpunt	pag.nr	Toelichting
A		Algemene knelpuntenconclusies		
A	1.	Zorgverlening door Fokus biedt garanties daar waar zorg niet planbaar is . Aan leveringsvoorwaarden kunnen geen rechten worden verbonden. Het huidige Fokusconcept met een zorgpost op korte afstand biedt deze mogelijkheden, maar in de reguliere extramurale zorg zijn hier nog maar weinig voorbeelden van.	9, 1 ^e en 2 ^e alinea	Uit de tabel op pagina 50 blijkt dat 85 van de 515 (profiel 1) cliënten niet in aanmerking komen voor leveringsvoorwaarde B, maar voor A. Dat betekent dat de rest (430 van de 515 onderzochten) alle in aanmerking komen voor B. Dat betekent dat dit knelpunt zich bij 83% van de Fokusklanten voordoet. Bij de 17% resterende cliënten is het vervallen van de garantie een beperking in vrijheid (ook opgemerkt onderaan de 3 ^e alinea pagina 9) Samenvattend: garantie + vrijheid versus geen rechten en onzekerheid invulling leveringsvoorwaarden
A	2.	De uiteindelijke besparing bij insluizing in de AWBZ is afhankelijk van de vraag of men het Fokusconcept wil laten bestaan en zo ja, of en op welke wijze het gat tussen het reguliere tarief en het Fokustarief kan worden verkleind. Deze uitkomst bepaalt tevens de uiteindelijke consequenties	10, laatste zinnen	

		op zorginhoudelijke vlak, zoals die hierboven zijn geschetst.		
A	3.	De zorg die Fokus levert is wezenlijk anders dan de zorg die reguliere aanbieders op dit moment leveren, namelijk zorg op afroep 24 u per dag in een geïntegreerde woonomgeving. Het tarief is dan ook aanmerkelijk hoger dan het AWBZ tarief	10, laatste alinea	
A	4.	Profiel 2: leveringsvoorwaarde B, in principe alleen onvoorspelbare zorg die niet kan wachten, zoals toiletgang op afroep. Johan zal zelf moeten onderhandelen met zorgleverancier. In de reguliere thuissituatie is 24 uren zorg op afroep vooralsnog niet beschikbaar omdat reguliere thuiszorgorganisaties dit niet leveren. In bepaalde gevallen wel in aanleunwoningen of satellietwoningen rondom een verpleeghuis of andere intramurale instelling. Er zijn reguliere thuiszorgorganisaties die PV op afroep leveren, maar dan alleen overdag	56, 1 ^e alinea	
A	5.	Geen recht meer op 24-uurs hulp op afroep, zorgvragers afhankelijk van intramurale instellingen uit de buurt	56 2 ^e alinea	
A	6.	Conclusie profiel 3: geen recht op 24-uurs hulp op afroep, 24-uurs hulp op afroep wordt niet geleverd door reguliere thuiszorgorganisaties, daarmee afhankelijk van intramurale instelling in de buurt	59, onderaan	
A	7.	Conclusie profiel 4	62, onderaan	nagenoeg idem profiel 2 en 3 (zie punt 4 en 6)
A	8	Conclusie profiel 5	65	Zie 7
A	9.	Dit alles betekent dat de zorgverleningsvisie van Fokus voor een belangrijk deel verloren zal gaan wanneer de ADL-cluster regeling wordt ingesluit in de reguliere functiegerichte AWBZ	70, 5 ^e bullit	
A	10.	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 cliënten, bijvoorbeeld de mensen die beademd worden niet meer mogelijk in de fokuscluster 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 berekening zijn deze niet meegenomen.	77, 1 ^e alinea	De groep waarnaar verwezen wordt, beademingscliënten profiel 6, circa 10% van de populatie, is wellicht veel groter. Het gaat om naar verwachting ca 60%, dit zijn klanten met leveringsvoorwaarde C a.g.v. beperkte hand/arm functie in combinatie met het ontbreken van voet/been functie: als gevolg hiervan nabijheid noodzakelijk i.v.m. (regelmatig) alarmoproepen.
A	11.	De insluiting 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 beide soorten zorg. De uiteindelijke kostenvermindering bij insluiting in de AWBZ is afhankelijk van de vraag of men het Fokusconcept 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 reguliere AWBZ.	77, laatste zinnen	
A	12.	Op dit moment is de kans groot dat wanneer een cliënt beschikt over een indicatie voor 24-uurs hulp op afroep thuis, hij deze zorg niet geleverd krijgt.	79, 3 ^e alinea	
A	13.	Uiteindelijk zullen deze aanpassingen de bestaande zorgverleningsvisie van Fokus aantasten. Gegeven de	80, onderaan	Verwezen wordt naar de oplossingsrichtingen in de

		huidige financieringssysteem in de AWBZ is het namelijk niet mogelijk om het huidige Fokusmodel van zorgverlening uitvoering te geven binnen het reguliere regime		beschouwing van het rapport. Het is overigens de vraag of de oplossingsrichtingen enig soulaas bieden, dit is namelijk niet onderzocht!
A	14.	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.	81, 3 ^e alinea	
A	15.	Fokus is samen met de overige aanbieders van ADL-assistentie de enige die op dit moment in de thuissituatie zorg levert onder de condities die vergelijkbaar zijn met de AWBZ leveringsvoorwaarden B en C.	81, 3 ^e alinea	Andere aanbieders: Amstelrade: 20 cliënten, Interakt/contour: 1 cliënt
B		Omvang geïndiceerde zorg		
B	1.	Hoeveelheid geïndiceerde zorg zal niet veel afwijken, een goede vergelijking is overigens lastig door verschillen in de manier van verwerking van zgn. looptijd en de combinatie van EVA handelingen en PV in het aantal uren ADL assistentie	8, 4 ^e al.	Betreft niet echt een knelpunt wel een beperking van het onderzoek.
B	2.	33% van de totale groep Fokus cliënten ligt boven de hoogste klasse van de AWBZ functie PV, dit betekent dat additionele zorg zal worden geïndiceerd. Een discussie die hierbij naar voren komt is of de betreffende cliënt bij dergelijke grote hoeveelheid hulp aangewezen is op een intramurale omgeving. Het is niet goed te voorzien of de criteria voor indicatie verblijf gehandhaafd blijven (criterium is nu het uitgangspunt dat mensen zolang mogelijk met de nodige hulp zelfstandig moeten blijven wonen)	8, 5 ^e alinea	Oftewel voor 33% dreigen problemen gelet op de omvang van dienstverlening. Tevens staat verderop in het rapport dat bij toewijzing van additionele uren nog al veel onduidelijkheid bestaat, geen uniforme richtlijnen etc (zie punt B 8) Dit punt staat ten onrechte niet in de samenvatting/conclusie
B	3.	Bij AWBZ indicatie zal minder rekening gehouden worden met specifieke wensen van de cliënt als het gaat om het zo lang mogelijk zelf blijven uitvoeren van bepaalde handelingen	8, 6 ^e alinea	In deze tekst wordt dit knelpunt beperkt tot wensen van de klant als het gaat om zelf uitvoeren. In de rapportage verderop blijkt dat het ook gaat om wensen van onregelmatige tijdstippen van bijvoorbeeld opstaan/in bed etc. Er wordt geen rekening gehouden met wensen van de klant (die aansluiten op zijn sociale leven)
B	4.	De hoeveelheidzorg kan wisselen per indicatiesteller en per regio. Er zijn nog geen landelijke normtijden voor bepaalde handelingen en de omschrijvingen laat ruimte voor eigen interpretatie	9. laatste alinea	Beperking onderzoek Verderop in het rapport komen overigens deze beperkingen uitgebreider aan bod (bijv. omgang met leveringsvoorwaarden).
B	5.	Anders dan bij de AWBZ wordt bij het bepalen v/d handelingsvrijheid door Argonaut relatief sterk rekening gehouden met de eigen wensen van de zorgvrager als ook met de leefwijze . Als iemand vaak buitenshuis actief is dan zal deze persoon veel tijd per dag geïndiceerd krijgen voor bijv. jas aan en uittrekken	23, laatste alinea	
B	6.	Looptijd tekst	25 1 ^e 2 alinea's	De Fokusklanten is gevraagd wat hun indicatie is (en dus niet de werkelijk ontvangen assistentie). Daarvan is 15% afgetrokken omdat Argonaut

				ca 15% looptijd zou indiceren. Het is echter de vraag of dat dat de werkelijkheid dekt, laat staan dat Argonaut dit soms dubbel doet (blijkens het rapport). Daarnaast is de tekst: dat 15% van de geregistreerde zorgtijd aan lopen wordt besteed 'aldus Fokus' onjuist.
B	7.	Bij de indicatiestelling neemt Argonaut ook een aantal specifieke activiteiten mee die geen plek hebben in de AWBZ indicatie	26, 1 ^e helft van pagina	
B	8.	Het indiceren van additionele zorguren kan volgens de formulierenset uitsluitend in zeer uitzonderlijke situaties. Er zijn geen eenduidige richtlijnen wanneer iets wel of niet een uitzonderlijke situatie betreft.	28, boven de tabel	Dit is dus een onzekerheid dan wel knelpunt bij 33% van de huidige klanten (zie ook punt B 2)
B	9.	Bij ieder cliënt wordt een persoonlijke afweging gemaakt wat wordt geïndiceerd. In de praktijk blijken indicatie-adviseurs hier verschillend mee om te gaan	31, 2 ^e alinea	
B	10.	Bij de AWBZ wordt i.t.t. indicatie voor ADL via Fokus maar in beperkte mate rekening gehouden met de persoonlijke wensen. Er wordt wel rekening gehouden met de gewoonten van de cliënt, de mate waarin is afhankelijk van de activiteit	31, onderaan	
B	11.	AWBZ indicatie alleen zorgmomenten, ADL cluster ook rekening gehouden met looptijd	34, bovenaan	
B	12.	28% heeft een indicatie voor 25 uur of meer ADL	46, 1 ^e bullit	Eerder werd gesproken van 33% (zie punt B 2)
B	13.	Blijkt dat indicatiestellers in de praktijk verschillend omgaan met het maximaal aantal douchebeurten	52, 1 ^e alinea	
B	14.	AWBZ indicatie gaat uit van de beperkingen van een cliënt en wordt in beperkte mate bepaald door het sociale leven van de cliënt	52, 2 ^e alinea	
B	15.	Een deel van de Fokuspopulatie met een meer dan 2 jaar oude AWBZ indicatie op een aantal punten minder zorg geïndiceerd krijgen	53, 4 ^e alinea	Omdat bij een indicatie alle benodigde zorg wordt geïndiceerd
B	16.	Ook hier wisselt het aantal geïndiceerde uren PV tussen indicatie-adviseurs. De variatie beslaat zelfs meerdere klassen	55, 1 ^e alinea	Onzekerheid onderzoek
B	17.	Het zelf knoopjes dichtdoen komt bij AWBZ indicatie niet terug	55, 2 ^e alinea	
B	18.	Er bestaan geen duidelijke richtlijnen voor het omgaan met wisselende hulpvraag	55, onderaan	Onduidelijkheid/beperking onderzoek
B	19.	Geert's indicatie valt buiten de officiële grenzen, additionele uren na overleg met indicatie-adviseurs, ook moet overwogen worden of de cliënt niet een indicatie voor de functie verblijf zou moeten krijgen	64, 1 ^e alinea	
B	20.	De indicatiestellers merken op dat veel mensen die nu een indicatie hebben zichzelf (in bed) 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 te komen. Ergens in een woonwijk zonder zorginfrastructuur in de buurt is dat niet mogelijk	64 2 ^e alinea	Zodra medisch gezien de klant 's nachts moet worden omgedraaid wordt er wel vanuit gegaan dat dit op afroep gebeurt.
B	21.	Minder oog voor eigen wensen	69, onderaan	
C		Leveringsvoorwaarden		
C	1.	Het is nog maar de vraag in hoeverre reguliere	9, 4 ^e alinea	

		zorgverleners deze zorg (op afroep) praktisch kunnen organiseren en binnen welk tijdsbestek zorg beschikbaar is.		
C	2.	Op grond van de resultaten van het onderzoek blijkt dat een groep cliënten wellicht in aanmerking komt voor leveringsvoorwaarde C, naar zeggen van Fokus geldt dit voor een relatief grote groep, voortdurende zorg in nabijheid. 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 in zogenoemde woonzorgcomplexen	8, 5 ^e alinea	In het rapport komt de discussies rond leveringsvoorwaarden meer naar voren. Profiel 6 valt in C (zonder de cirkelredenering) dit betreft 10% v/d populatie (49/515 zie pag 50). Het is aannemelijk dat bij klanten die naast het feit dat ze nagenoeg geen been/voet functie hebben ook geen arm/handfunctie hebben alle in aanmerking komen voor C, dit betreft ca 60% (58/55) zie pagina 39
C	3.	ADL assistentie wordt door Fokus per definitie 24 uur per dag op afroep en 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.	29, 2 ^e alinea	
C	4.	Alleen op basis van inhoudelijke medische omstandigheden kan worden afgeweken van leveringsvoorwaarde A. De persoonlijke wensen in kwestie spelen hierbij geen rol wanneer deze niet op medische gronden gemotiveerd kunnen worden	29, 4 ^e alinea	
C	5.	Indicatieadviseurs van RIO/LCIG blijken niet over duidelijke objectieve criteria te beschikken voor het toekennen van leveringsvoorwaarden B,C en D. Voor iedere indicatie een persoonlijke afweging. Het LVIO kan wel enkele criteria benoemen, deze geven een indicatie maar de indicatiestellers in het veld beschikken niet over deze criteria.	29, 5 ^e alinea	Onzekerheid van indiceren en daarmee ook resultaten onderzoek
C	6.	Veel ouderen die een alarmknop hebben en hulp nodig hebben bij toiletgang etc. Mensen die thuis wonen hebben praktisch alleen te maken met leveringsvoorwaarde A en B. B is over het algemeen voor mensen die niet goed in staat zijn zelfstandig transfers te maken, bijv. richting toilet	29, laatste alinea	Dit is niet zozeer een knelpunt, doch hier moet worden opgemerkt dat deze categorie bij alarmoproepen 15 tot 30 minuten kan wachten (o.a. niet afhankelijk van beademing) De ouderen waarnaar verwezen wordt zullen dichtbij een of ander intramurale setting wonen.
C	7.	Bij het toekennen van leveringsvoorwaarden zijn voorliggende voorzieningen en de mogelijkheden om beperkingen op te heffen met hulpmiddelen relevant.	30, 2 ^e alinea	Als voorbeeld wordt de douche-föhn installatie gebruikt. Dit is een hulpmiddel waarbij dan geen andere hulp meer nodig is. Vanuit die context is het logisch dat in een dergelijke omstandigheid leveringsvoorwaarde B weer A wordt. Maar dit gaat natuurlijk niet op bij het A/I systeem. Er moet dan wel degelijk iemand komen binnen 3 – 5 minuten. Dus dan blijft C gewoon van

				toepassing. De 2 ^e alinea van blz 30 legt de basis van de cirkelredactie bij uitkomsten profiel 6. Nuancering door onderzoekers zelf: zie C 13.
C	8.	Leveringsvoorwaarde A en B geven geen recht op 24 uur op afroep	30, 3 ^e alinea	
C	9.	Een belangrijk aspect is de responstijd. Bij voorwaarde B is die ongeveer 15-30 min, wanneer dit vanuit medisch oogpunt te lang is, wordt voorwaarde C/D geïndiceerd. Gelet op het feit dat nu geen actieve of passieve check plaatsvindt van bewoners kan worden aangenomen dat waarschijnlijk geen of slechts een klein deel in aanmerking komt voor C/D	30 5 ^e alinea	Passieve/actieve check is niet zozeer aan de orde maar juist wel de responstijd van < 15 minuten. Dit maakt dat een behoorlijk aantal cliënten juist wel in aanmerking komt voor C/D. Daarbij zijn het uitgangspunten van het LVOI die indicatief zijn, niet algemeen gebruikt etc. Daarnaast conflicteert deze opmerking met de zinsneden in de samenvatting/conclusie m.b.t. groep klanten met C
C	10.	Extramurale zorg met voorwaarde C/D komt in de praktijk nauwelijks voor	30, laatste alinea	
C	11.	Vaak zijn dergelijke cliënten voldoende zelfredzaam en is 's nachts geen directe slaapwacht aanwezig, wel oproepbaar.	31, bovenaan	Dit betreft een toelichting bij leveringsvoorwaarde C, als dit de invulling is dan pleit dit voor D bij Fokusklanten!
C	12.	Tussen de 50 en 60% beperkingen van handen en armen	39, bovenaan	Zie punt 12
C	13.	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 info biedt hiertoe te weinig aanknopingspunten en het is niet goed mogelijk een betrouwbare schatting te geven van de verdeling van leveringsvoorwaarden over de focuspopulatie.	53, bovenaan	Behoorlijke beperking v/h onderzoek op een zeer essentieel onderdeel
C	14.	Cliënten in profiel 1 hebben geen recht meer op 24 uur zorg op afroep	53, onderaan	
C	15.	Persoonlijke invulling zal waarschijnlijk beperkt worden	56, laatste zin	
C	16.	Als een snelle reactie (5 minuten) noodzakelijk is zal de cliënt in aanmerking komen voor C/D	67/68	Vanaf hier volgt de cirkelredactie (zie C 7)
C	17.	Overgrote deel leveringsvoorwaarde B	69, 4 ^e alinea	Opmerking: niet als knelpunt bedoeld maar: Het rapport meldt niets over de specificatie van de zorg met leveringsvoorwaarde B, wat is gepland en wat is op afroep. Blijkens de tekst zal het merendeel toch op afspraak zijn
C	18.	Minder oog voor eigen wensen	69, onderaan	Reeds divers keren eerder naar voren gekomen
D		Mantelzorg		
D	1.	Mantelzorg op dit moment niet afdwingbaar, niet duidelijk of deze regels in de nabije toekomst anders zullen worden en wat de consequenties zijn voor Fokuscliënten	10, 2 ^e alinea	Onzekerheid onderzoek
D	2.	Wij hebben er voor gekozen om deze aanvullende vragen	16, 3 ^e	Beperking onderzoek

		(m.b.t. mantelzorg) buiten de enquête te houden	gedachte streepje	
D	3.	Een eventuele partner is in het kader van de Argonaut indicatie niet verplicht om gebruikelijke zorg te verlenen aan de Fokuscliënt Bij de AWBZ is dit over het algemeen wel het geval	25, cursief gedeelte onder gebruikelijke zorg	Uiteindelijk heeft dit geen effect bij PV, dat wil zeggen nog niet. Maar wellicht in de nabije toekomst wel veel impact en dan bij 34% (66% woont alleen) pagina 38
D	4.	Informele zorg (mantel en gebruikelijke) speelt een belangrijke rol bij AWBZ indicatie, dit i.t.t. ADL cluster	32, onderaan	
D	5	Het LVIO noemt als voorwaarde voor het thuiswonen van mensen met een grote hulpvraag (meer dan 20 u pw) dat deze over een stevig blok mantelzorg/ en/of gebruikelijke zorg beschikken. Een duidelijke set aan criteria ontbreekt vooralsnog het is dus niet duidelijk hoe stevig dit blok moet zijn.	59, bovenaan	Risico bij 66% van de klanten (66% woont alleen)+ Beperking v/h onderzoek
D	6.	De cliënt zal moeten onderbouwen waarom de inzet van een mantelzorger niet gewenst is	61, onderaan	
E		Zorg bij alarmoproepen		
E	1.	Veel ouderen die een alarmknop hebben en hulp nodig hebben bij toiletgang etc. Mensen die thuis wonen hebben praktisch alleen te maken met leveringsvoorwaarde A en B. B is over het algemeen voor mensen die niet goed in staat zijn zelfstandig transfers te maken, bijv. richting toilet.	29, laatste alinea	Dit is niet zozeer een knelpunt, doch hier moet worden opgemerkt dat deze categorie dan ook wel 15 – 30 minuten kan wachten en het geen noodsituatie betreft. De ouderen waarnaar verwezen wordt zullen dichtbij een of ander intramurale voorziening wonen.
E	2.	Bij het toekennen van leveringsvoorwaarden zijn voorliggende voorzieningen en de mogelijkheden om beperkingen op te heffen met hulpmiddelen relevant.	30, 2 ^e alinea	Als voorbeeld wordt de douche-föhn installatie gebruikt. Dit is een hulpmiddel waarbij dan geen andere hulp meer nodig is. Vanuit die context is het logisch dat in een dergelijke omstandigheid leveringsvoorwaarde B weer A wordt. Maar dit gaat natuurlijk niet op bij het A/I systeem. Er moet dan wel degelijk iemand komen binnen 3 – 5 minuten. Dus dan blijft C gewoon van toepassing. De 2 ^e alinea van blz 30 legt de basis van de cirkelredactie bij uitkomsten profiel 6. Nuancering door onderzoekers zelf: zie C 13.
E	3.	Tussen de 50 en 60% heeft beperkingen van handen en armen	39, bovenaan	Zie punt C 2.
E	4.	Het is dan afhankelijk of de korte responstijd eventueel ook geschaard kan worden onder professionele alarmopvolging. Is 24 uren alarmopvolging te garanderen en is de cliënt alleen voor ademhalingsondersteuning afhankelijk van een snelle responstijd dan komt leveringsvoorwaarde A/B in beeld. Als deze 24 uren alarmopvolging niet meer toereikend is voor noodsituaties, dan kan leveringsvoorwaarde C worden verbonden aan de indicatie. Onder welke omstandigheden	68, bovenaan	Verderop in de tekst (pagina 68) staat dat via de regeling hulpmiddelen alleen het alarmsysteem wordt vergoed. Oftwel de alarmopvolging niet. Voor de opvolging is een AWBZ indicatie vereist (zie 3^e alinea pag. 68). Dat lijkt dan de indicatie C of D

		dit plaatsvindt, is niet precies duidelijk		(zie ook E 2 en C 13)
E	5.	De financiering en levering van een 24 u alarmerings-systeem is via de reguliere kanalen beduidend complexer	68, 2 ^e alinea	
E	6.	Zorg die geleverd wordt na een alarmoproep valt in principe niet onder de reguliere PV	79, 3 ^e alinea	
F		Intramurale zorg/omslagpunten/verblijf		
F	1.	Op grond van de resultaten van het onderzoek blijkt dat een groep cliënten wellicht in aanmerking komt voor leveringsvoorwaarde C, naar zeggen van Fokus geldt dit voor een relatief grote groep, voortdurende zorg in nabijheid. 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 in zogenoemde woonzorgcomplexen	8, 5 ^e alinea	In het rapport komt de discussie rond leveringsvoorwaarden meer naar voren. Profiel 6 valt in C (zonder de cirkelredenering) dit betreft 10% v/d populatie (49/515 zie pag 50). Het is aannemelijk dat bij klanten die naast het feit dat ze nagenoeg geen been/voet functie hebben ook geen arm/handfunctie hebben alle in aanmerking komen voor C, dit betreft ca 60% (58/55) zie pagina 39
F	2.	Bij de kostenvermindering is echter niet doorgerekend dat een deel van de fokuspopulatie, waar zorg in de directe nabijheid nodig is in dat geval aangewezen zal zijn op <u>intramurale opname</u>	10, laatste alinea	Beperking van het onderzoek. Impliciet wordt verwezen naar leveringsvoorwaarde C qua omvang zie opmerking bij punt F 1
F	3.	Hierin zijn met name de begrippen doelmatigheid en redelijkheid van belang aangezien deze in ieder geval in theorie grenzen stellen aan wat binnen AWBZ wel en niet wordt vergoed. Vooralsnog is er geen praktische invulling gegeven aan beide termen.	21, laatste alinea	Beperking/onduidelijkheid onderzoek
F	4.	Het valt 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 is de huidige discussie rond de omslagpunten	22, 1 ^e alinea	Risico voor Fokusklanten, indicatie kan uitmonden in intramurale oplossing.
F	5.	Functie verblijf: deze zwaarwegende inhoudelijke redenen zijn niet of nauwelijks van toepassing op de huidige Fokuspopulatie Op basis v/d aanwezige info kan worden gesteld dat geen van de Fokus klanten voldoet aan de verblijfcriteria, dat blijkt ook uit het feit dat cliënten gewoon zelfstandig wonen.	34, 2 ^e cursief gedeelte 35 bovenaan	Dat komt omdat Fokus er is voor deze klanten anders wel aangewezen op intramurale setting, aangezien de leveringsvoorwaarden B,C en D niet ingevuld kunnen worden door reguliere zorgaanbieders extramuraal!
F	6.	De invoering van omslagpunten kan er vanaf 2005 voor zorgen dat zorgvragers met een intensieve vraag boven het omslagpunt alleen nog intramuraal benodigde zorg kunnen ontvangen	35, cursief	Risico bij 33% van de huidige klanten
F	7.	In het kader van extramuralisering en vermaatschappelijking wordt enige mate van ondoelmatigheid geaccepteerd, tot op zekere hoogte vanaf 2005 rekening houden met omslagpunten	35, 5 ^e alinea	
F	8.	Het LVIO noemt als voorwaarde voor het thuiswonen van mensen met een grote hulpvraag (meer dan 20 u pw) dat deze over een stevig blok mantelzorg/ en/of gebruikelijke zorg beschikken. Een duidelijke set aan criteria ontbreekt vooralsnog het is dus niet geheel duidelijk hoe stevig dit blok moet zijn.	59, bovenaan	Risico bij 66% van de klanten (66% woont alleen)+ Beperking v/h onderzoek
F	9.	Geert's indicatie valt buiten de officiële grenzen, additionele uren na overleg met indicatie-adviseurs, ook moet overwogen worden of de cliënt niet een indicatie voor de	64, 1 ^e alinea	

		functie verblijf zou moeten krijgen		
F	10.	Naar alle waarschijnlijkheid komt geen van de Fokusklanten in aanmerking voor Verblijf m.u.v. uitzonderlijke gevallen. Mogelijk op basis van omslagpunten kan dit veranderen.	70, 3 ^e bullit	In de rapportage kwamen meerder beperkingen naar voren, zoals: leveringsvoorwaarde w C: kan vooralsnog niet extramuraal ingevuld worden, het blok van mantelzorg wat aanwezig dient te zijn.
F	11.	Hierbij moet echter een belangrijke kanttekening worden geplaatst. Als het leveren van ADL assistentie door Fokus zonder meer vervangen wordt door regulier AWBZ zorg door reguliere aanbieders, is het voor een bepaalde groep cliënten, bijvoorbeeld de mensen die beademd worden, niet meer mogelijk in de fokuscluster 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 berekening zijn deze niet meegenomen	77, 1 ^e alinea	De groep waarnaar verwezen wordt, beademingscliënten profiel 6 ca 10% van populatie, is wellicht veel groter. Het gaat om naar verwachting ca 60%, dit zijn klanten met leveringsvoorwaarde C als gevolg van beperkte hand/arm functie in combinatie met ontbreken voet/been functie als gevolg hiervan nabijheid noodzakelijk i.v.m. (regelmatig) alarmoproepen.
G		Financiële gevolgen		
G	1.	Eigen bijdrage stijgt bij 15% van de fokuspopulatie € 900 per cliënt	10, 4 ^e alinea	
G	2.	Bij de kostenvermindering is echter niet doorgerekend dat een deel van de fokuspopulatie, waar zorg in de directe nabijheid nodig is, in dat geval aangewezen zal zijn op intramurale opname	10, laatste alinea	Oftewel beperking v/h onderzoek. Impliciet wordt verwezen naar leveringsvoorwaarde C qua omvang zie opmerking bij punt C 2
G	3.	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 is dan ook aanmerkelijk hoger dan het AWBZ tarief	10, laatste alinea	
G	4.	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	10, laatste alinea	Onzekerheid onderzoek
G	5.	Eigen bijdrage stijgt bij 1/6 deel van cliënten	73	
G	6.	De kosten van AWBZ hebben een bandbreedte van 30 tot 44 miljoen	74, onderaan	Forse bandbreedte, derhalve nog al wat onzekerheden + daarnaast is nog geen rekening gehouden met kosten van een intramurale oplossing voor bepaalde klanten en onbekende opslagen B,C en D
G	7.	Het leveren van zorg op afroep 24 u p/d in een geïntegreerde woonomgeving in een aangepaste woning lijkt, gezien het verschil in tarief niet haalbaar binnen reguliere AWBZ.	77, laatste zinnen	
G	8.	Vooralsnog ontbreken tarieven voor leveringsvoorwaarde C. De tarieven van Fokus en haar collega's kunnen hiervoor mogelijk belangrijke aanknopingspunten leveren.	81, 4 ^e alinea	Collega's: Amstelrade 20 cliënten, Interakt/contour 1 cliënt
H		Onzekerheden/beperkingen onderzoek		
H	1.	33% van de totale groep Fokus cliënten ligt boven de hoogste klasse van de AWBZ functie PV. Dit betekent dat	8, 5 ^e alinea	Oftewel voor 33% dreigen problemen gelet op de

		additionele zorg zal worden geïndiceerd. Een discussie die hierbij naar voren komt is of de betreffende cliënt bij dergelijke grote hoeveelheid aangewezen is op een intramurale omgeving. Het is niet goed te voorzien of de criteria voor indicatie verblijf gehandhaafd blijven (criterium is nu het uitgangspunt dat mensen zolang mogelijk met de nodige hulp zelfstandig moeten blijven wonen)		omvang van dienstverlening. Tevens staat verderop in het rapport dat bij toewijzing van additionele uren nog al veel onduidelijkheid bestaat, geen uniforme richtlijnen etc (zie punt B 8) Dit punt staat ten onrechte niet in de samenvatting/conclusie
H	2.	Hoeveelheid geïndiceerde zorg zal niet veel afwijken, een goede vergelijking is overigens lastig door verschillen in de manier van verwerking van de zgn. looptijd en de combinatie van EVA handelingen en PV in het aantal uren ADL assistentie	8, 4 ^e al.	Betreft niet echt een knelpunt wel een beperking van het onderzoek.
H	3.	De hoeveelheidzorg kan wisselen per indicatiesteller en per regio. Er zijn nog geen landelijke normtijden voor bepaalde handelingen en de omschrijvingen laat ruimte voor eigen interpretatie	9. laatste alinea	Beperking onderzoek Verderop in het rapport komen overigens deze beperkingen uitgebreider aanbod (bijv. omgang met leveringsvoorwaarden).
H	4.	Mantelzorg op dit moment niet afdwingbaar, niet duidelijk of deze regels in de nabije toekomst anders zullen worden en wat de consequenties zijn voor Fokuscliënten	10, 2 ^e alinea	Onzekerheid onderzoek
H	5.	De invoering van de WMO heeft ongetwijfeld grote gevolgen voor Fokuscliënten. Deze wetsverandering zijn in het onderzoek niet meegenomen omdat de uiteindelijke vormgeving van de WMO nog niet goed duidelijk is.	10, 3 ^e alinea	Onzekerheid/beperking onderzoek
H	6.	Bij de kostenvermindering is echter niet doorgerekend dat een deel van de fokuspopulatie, waar zorg in de directe nabijheid nodig is in dat geval aangewezen zal zijn op intramurale opname	10, laatste alinea	Oftewel beperking v/h onderzoek. Impliciet wordt verwezen naar leveringsvoorwaarde C qua omvang zie opmerking bij punt C 2
H	7.	Het is nog niet duidelijk of voor het leveren van zorg volgens leveringsvoorwaarde C of D een extra toeslag zal worden gegeven. Met deze toeslag zal het tarief waarschijnlijk nog onvoldoende zijn om Fokus de dienstverlening op de huidige manier te laten voortzetten	10. laatste alinea	Onzekerheid onderzoek
H	8.	Het onderzoek heeft alleen betrekking op de laatste paragraaf van de regeling	13, 3 ^e alinea	Beperking van het onderzoek
H	9.	Aanname in onderzoek, dat cliënten geen andere beperkingen hebben dan lichamelijk. Het is goed mogelijk dat een (klein) aantal cliënten in de praktijk niettemin een van deze ziekten of beperkingen heeft (ontwikkeld)	16, 1 ^e gedachte streepje	Beperking onderzoek
H	10.	Wij hebben er voor gekozen om deze aanvullende vragen (m.b.t. mantelzorg) buiten de enquête te houden	16, 3 ^e gedachte streepje	Beperking onderzoek
H	11.	Vooralsnog zijn deze gevolgen (toekomst AWBZ/WMO etc) alleen goed te overzien in het geval de ADL clusterregeling op dit moment zou worden ingesluisd. Niettemin is te verwachten dat de daadwerkelijke gevolgen, bijv gelet op de geplande invoering v/d WMO per 1/1/2006 aanzienlijk groter zullen zijn dan het beeld dat hier op dit moment en gegeven de huidige situatie kan worden geschetst.	21, 3 ^e alinea	Beperking/onzekerheid onderzoek
H	12.	Hierin zijn met name de begrippen doelmatigheid en redelijkheid van belang aangezien deze in ieder geval in theorie grenzen stellen aan wat binnen AWBZ wel en niet wordt vergoed. Vooralsnog is er geen praktische invulling gegeven aan beide termen.	21, laatste alinea	Beperking/onzekerheid onderzoek (zie ook punt 3 en 4)
H	13.	Het indiceren van additionele zorguren kan volgens de formulierenset uitsluitend in zeer uitzonderlijke situaties. Er	28, boven de tabel	Dit is dus een onzekerheid dan wel knelpunt bij 33% van

		zijn geen eenduidige richtlijnen wanneer iets wel of niet een uitzonderlijke situatie betreft.		de huidige klanten (zie ook punt 6)
H	14.	Indicatieadviseurs van RIO/LCIG blijken niet over duidelijke objectieve criteria te beschikken voor het toekennen van leveringsvoorwaarde B,C en D. Voor iedere indicatie een persoonlijke afweging. Het LVIO kan wel enkele criteria benoemen, deze geven een indicatie maar de indicatiestellers in het veld beschikken niet over deze criteria	29, 5 ^e alinea	Onzekerheid van indiceren en daarmee ook resultaten onderzoek
H	15.	Bij iedere cliënt wordt een persoonlijke afweging gemaakt wat wordt geïndiceerd. In de praktijk blijken indicatieadviseurs hier verschillend mee om te gaan	31, 2 ^e alinea	
H	16.	Interpretatieverschillen tussen indicatieadviseurs gelden voor meer activiteiten	32, in het midden	
H	17.	Dit om bijvoorbeeld de afweging te kunnen maken wanneer een cliënt voor bepaalde zorghandelingen die een korte responstijd vereisen, is aangewezen op professionele 24 uren alarmopvolging met daarnaast leveringsvoorwaarde A of B, of dat in plaats daarvan leveringsvoorwaarde C aan de indicatie moet worden gekoppeld. De info biedt hiertoe te weinig aanknopingspunten en het is niet goed mogelijk een betrouwbare schatting te geven van de verdeling van leveringsvoorwaarden over de fokuspopulatie	53, bovenaan	Behoorlijke beperking v/h onderzoek op een zeer essentieel onderdeel
H	18.	Ook hier wisselt het aantal geïndiceerde uren PV tussen indicatie-adviseurs de variatie beslaat zelfs meerdere klassen	55, 1 ^e alinea	Onzekerheid onderzoek
H	19.	Het LVIO noemt als voorwaarde voor het thuiswonen van mensen met een grote hulpvraag (meer dan 20 u pw) dat deze over een stevig blok mantelzorg en/of gebruikelijke zorg beschikken. Een duidelijke set aan criteria ontbreekt vooralsnog het is dus niet geheel duidelijk hoe stevig dit blok moet zijn.	59, bovenaan	Risico bij 66% van de klanten (66% woont alleen)+ Beperking v/h onderzoek
H	20.	Er bestaan geen richtlijnen voor het omgaan met wisselende hulpvragen	65 bovenaan	Beperking onderzoek
H	21.	Het is dan afhankelijk of de korte responstijd eventueel ook geschaard kan worden onder professionele alarmopvolging. Is 24 u alarmopvolging te garanderen en is de cliënt alleen voor ademhalingsondersteuning afhankelijk van een snelle responstijd, dan komt leveringsvoorwaarde A/B in beeld. Als deze 24 uren alarmopvolging niet meer toereikend is voor noodsituaties, kan leveringsvoorwaarde C worden verbonden aan de indicatie. Onder welke omstandigheden dit plaatsvindt, is niet precies duidelijk	68, bovenaan	Verderop in de tekst (pagina 68) staat dat via de regeling hulpmiddelen alleen het alarmsysteem wordt vergoed. Oftwel de alarmopvolging niet. Voor de opvolging is een AWBZ indicatie vereist (zie 3^e alinea pag. 68). Dat lijkt dan de indicatie C of D (zie ook E 2 en C 13)
H	22.	Een medische indicatie voor 24 u alarmopvolging, criteria opgesteld door zorgverzekeraars. In de praktijk nog al eens verschillend	68, 3 ^e alinea	
H	23.	Naar alle waarschijnlijkheid komt geen van de Fokusklanten in aanmerking voor Verblijf m.u.v. uitzonderlijke gevallen. Mogelijk op basis van omslagpunten kan dit veranderen.	70, 3 ^e bullit	In de rapportage kwamen meerder beperkingen naar voren, zoals: leveringsvoorwaarde C: kan vooralsnog niet extramuraal ingevuld worden, het blok van mantelzorg wat aanwezig dient te zijn.
H	24.	Hierbij moet echter een belangrijke kanttekening worden geplaatst. Als het leveren van ADL-assistentie door fokus zonder meer vervangen wordt door regulier AWBZ-zorg door reguliere aanbieders, is het voor een bepaalde groep cliënten, bijvoorbeeld de mensen die beademd worden, niet meer mogelijk in de fokuscluster te blijven wonen. Het	77, 1 ^e alinea	De groep waarnaar verwezen wordt is wellicht veel groter (ca 60%, zie voorgaande punten, klanten met leveringsvoorwaarde C als gevolg van beperkte

		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 berekening zijn deze niet meegenomen		hand/arm functie in combinatie met ontbreken voet/been functie
I		Overige punten		
I	1.	In het laatste hoofdstuk geven we een samenvatting van de resultaten en een beschouwing op de gevolgen die de insluiting in de reguliere AWBZ zal hebben voor de huidige populatie Fokus cliënten	17, laatste zin	De gevolgen zijn ook van toepassing op toekomstige klanten die opteren voor de nieuwe projecten (en vrijkomen van huidige woningen). Al met al strekken gevolgen zich uit tot huidige klanten + wachtlijst
I	2.	Kenmerkend is verder dat het wonen en de dienstverlening onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn	20, 4 ^e bullit	Sluit aan bij scheiden en wonen paragraaf 3 notitie

bijlage 2

Knelpunten bij de overheveling van de Regeling aanpassingen naar de WVG

Knelpunten die Fokus verwacht als de Regeling aanpassingen in bestaande ADL-clusters per 1 januari 2005 wordt ondergebracht in de WVG

1 Inleiding

De Directie Gehandicaptenbeleid (VWS) heeft Fokus gevraagd knelpunten te noemen die ontstaan als de Regeling aanpassingen in bestaande ADL - clusters²⁰ wordt beëindigd en wordt ondergebracht in de WVG. In deze notitie worden de knelpunten beschreven.

Allereerst worden de kenmerken van ADL-clusters genoemd. Vervolgens wordt de inhoud van de Regeling aanpassingen in bestaande ADL - clusters (afgekort als 'de Regeling') beschreven. Daarna wordt aangegeven welke onderdelen van de Regeling niet in de WVG passen omdat de WVG daarin niet voorziet. Voorts worden de onderdelen genoemd die wel binnen de WVG passen. Vervolgens worden knelpunten genoemd die op het financiële vlak ontstaan bij de overgang van de Regeling naar de WVG. Tenslotte worden nog enkele 'losse knelpunten' beschreven en volgt de conclusie.

De bijlage bevat een overzicht van de leeftijden van bestaande ADL-clusters van Fokus.

2 Kenmerken ADL-clusterwonen

ADL-clusterwoningen zijn standaard aangepaste woningen waar mensen met een lichamelijke handicap zelfstandig wonen, alleen of met hun eventuele partner, kinderen en/of huisgenoten. Het gaat om huurwoningen in eigendom van een woningcorporatie. De woningen zijn volledig toegankelijk voor rolstoelgebruikers. De woningen zijn geïntegreerd gebouwd, grenzen zo weinig mogelijk aan elkaar en zijn van buitenaf (nagenoeg) niet als ADL-woning herkenbaar. De woningen bezitten gemiddeld drie kamers. De 12 tot 18 ADL-woningen zijn geclusterd rond een centrale hulppost van waaruit ADL-assistentie op afroep en op aanwijzing 24 uur per dag geleverd wordt.

ADL-woningen zijn voorzien van een aantal **standaardinrichtingselementen**²¹ zoals een aangepaste onderrijdbare en in hoogte nastelbare keuken en enkele standaardaanpassingen in de natte cel. In elke woning zijn voorzieningen getroffen voor het plaatsen van deurmotoren.

De centrale hulppost is voorzien van deurmotoren en een aangepaste natte cel met een hoog/laag bad.

De ADL-woningen en de centrale post zijn met elkaar verbonden door een alarm-intercominstallatie waarmee cliënten kunnen communiceren met de dienstdoende ADL-assistenten en waarmee ADL-assistenten onderling kunnen communiceren. Met het intercomsysteem kan ook een spreekluisterverbinding met de eigen voordeur en de voordeur van het woongebouw worden opgebouwd. Ook kan door de cliënt de eigen voordeur op afstand worden geopend.

3 Regeling aanpassingen in bestaande ADL- clusters (paragraaf 2.7.4)

In deze paragraaf staat wat onder de Regeling valt. Hierbij is gebruik gemaakt van de tekst van de Regeling. Bepaalde begrippen uit de Regeling komen rechtstreeks uit het Programma van Eisen voor ADL-clusters en de bestekbepalingen van 1992.

De Regeling omvat:

- onderhoud, reparatie en vervanging van de standaardinrichtingselementen in de ADL-woning en de centrale post;
- onderhoud, reparatie en vervanging van de alarm-intercominstallatie;

²⁰ paragraaf 2.7.4 van de Regeling subsidies AWBZ en ziekenfondswet 2004

²¹ standaardinrichtingselementen is een begrip uit de paragraaf 2.7.3 van de Regeling subsidies AWBZ en ziekenfondswet 2004

- aanpassen van de standaardinrichtingselementen op maat van de cliënt (oftewel **nastellingen**);
- onderhoud, reparatie en vervanging van **extra voorzieningen**;
- kosten die verband houden met leegstand.

Standaardinrichtingselementen in ADL-woning zijn:

- keukenonderdelen en bijbehorende kasten, waaronder ladegeleiders, het schuifblad en de deurscharnieren;
- sanitair waaronder frontkraan, zwenkkraan in de keuken, wastafelkraan in de natte cel, douchemengkraan, flexibele slangen, stopkranen, de afvoeren tot 0 centimeter en vloer, toiletbril, BRG-toiletsteunen²² en verstelset voor douche en wastafel.

Standaardinrichtingselementen in centrale post zijn:

- hoog/laagbad waaronder hefmechanisme, thermostaten, boiler, aansluitingen, afvoeren en hydraulische badhulp;
- sanitair waaronder wastafel in de natte cel en toilet, douchemengkraan, flexibele slangen, stopkranen, afvoeren, toiletsteunen en eenhendel-gootsteenmengkraan;
- deuraandrijvingen.

Nastellingen zijn:

- hoger of lager plaatsen van keukenblad, bovenkastjes en wastafel;
- verwisselen van wastafel en douche;
- verplaatsen van frontkraan;
- leveren, aanbrengen en verplaatsen van wanddouchezitje;
- leveren, aanbrengen en verplaatsen van toiletsteunen;
- aanbrengen van extra handvatten op deuren en dichttrektouwjes;
- leveren en aanbrengen van diverse voorzieningen aan het alarmintercomsysteem, te weten blaas-zuigbediening of stemalarm;
- vervangen, aanpassen of verwijderen van drempels;
- leveren, aanbrengen van schopplaten en hoeklijnen;
- leveren, aanbrengen of vervangen van thermostaatkraan;

én een aantal zaken welke niet in de regeling worden genoemd zoals:

- toiletput (verschillende hoogtes);
- wandsteunen
- rugleuning (al dan niet in combinatie aan BRG-steunen)
- handzender voor deurmotor.

Extra voorzieningen zijn:

- plafondlift;
- deurmotoren en toebehoren;
- toilet met spoel/föhninstallatie;

De hardheidsclausule 'extra voorzieningen' biedt in de praktijk onder andere ruimte voor:

- een elektrisch verstelbare hoog/laagkeuken;
- verbreden van toegangsdeuren van de ADL-woning;
- bouwkundige aanpassingen van galerijen;
- aanpassingen aan de liftbediening in woongebouwen;
- wanddouchebrancard (al dan niet hoog-laag)

4 Onderdelen van de Regeling die niet in de WVG passen

Gemeenten hebben veelal (nog) geen beleid voor de realisatie van standaard aangepaste woningen zoals de ADL-clusterwoningen. De standaard aanpassingen in de ADL-woningen voldoen aan de eisen van nastelbaarheid, waardoor de aangebrachte voorzieningen voor meerdere opeenvolgende huurders geschikt zijn. Hierin ligt ook de relatie met de **nastellingen** uit de Regeling.

²² BRG-steunen zijn bepaalde toiletsteunen die eenvoudig nastelbaar zijn in verschillende richtingen. In de bestaande praktijk worden ook andere toiletsteunen geplaatst. BRG-steunen staan genoemd in het PVE voor ADL-clusters en om die reden ook in de Regeling aanpassingen bestaande ADL-clusters

Het nastellen heeft zowel betrekking op het aanpassen van de gebruikshoogte van een reeds aanwezige standaardvoorziening als het aanbrengen van kleine toevoegingen waarmee de voorziening beter gebruikt kan worden door de cliënt. De vervanging van een bepaald aantal voorzieningen wordt ook een nastelling genoemd.

Binnen de WVG worden aanpassingen in woningen in de regel pas aangebracht na een individuele indicatie. De MIVA-woning vormt hierop een uitzondering. Omdat het niet gebruikelijk is woningen op voorhand standaard aan te passen is binnen de WVG het concept 'standaardinrichtingselement' onbekend. Als gevolg daarvan is ook het begrip 'nastelling' (= lees op maat van cliënt aanpassen van de reeds aanwezige standaardvoorziening) onbekend. De WVG is gericht op het aanpassen van een bestaande woning voor een individu. De 'regeling' is gericht op het voorhand collectief aanbrengen van standaardaanpassingen, die nagesteld kunnen worden. Bovendien worden uit de 'regeling' collectieve voorzieningen gefinancierd (zoals het alarm-intercomsysteem en de badkamer in de ADL-unit). De WVG kent dergelijke collectieve voorzieningen niet.

De WVG heeft

- in de modelverordening²³ van de WVG een voorziening voor **onderhoud** van aangebrachte bouwkundige voorzieningen in woningen; in de praktijk heeft slechts een klein aantal gemeenten deze voorziening in de 'eigen' verordening opgenomen. Hierdoor worden in de praktijk alleen (defecte) voorzieningen gerepareerd. Overeenkomsten voor preventief onderhoud van aangebrachte voorzieningen zoals de ADL-clusterregeling dat heeft, zijn er niet²⁴.
- geen voorziening voor **onderhoud** van algemene voorzieningen zoals een centrale hulppost
- geen regeling voor **reparatie en vervanging van algemene (collectieve) voorzieningen** zoals een alarm-intercominstallatie, een nachtveiligheidssysteem, hoog/laagbad (met toebehoren) en deuraandrijvingen in een centrale hulppost
- geen regeling voor de **projectmatige vervanging** van meerdere aangepaste keukens én aangepaste badkamers in woningen
- geen **nastelling van alarmintercomsystemen** waaronder het aanbrengen van diverse voorzieningen zoals blaas-zuigbediening of stemalarm.
- geen **procedure voor nastellingen van standaardvoorzieningen** waarmee standaardaanpassingen zonder tussenkomst van indicatiestellers op maat van de cliënt worden ingesteld.

Bij het verdwijnen van de Regeling wordt een aantal zaken niet gecontinueerd. Het betreft:

- Bestaande onderhoudscontracten voor de standaardinrichtingselementen in de woning en het onderhoudscontract met een uiterst noodzakelijke 24-uurservice voor de alarm-intercominstallatie en het nachtveiligheidssysteem;
- Reparatie en vervanging van algemene voorzieningen zoals de alarm-intercominstallatie, een nachtveiligheidssysteem, een nachtveiligheidssysteem, hoog/laagbad (met toebehoren) en deuraandrijvingen;
- Projectmatige vervanging van keukens en aangepaste badkamers;
- Individuele aanpassingen van de alarmintercominstallatie;
- Individuele aanpassing (nastelling) van standaardinrichtingselementen zonder indicatie (extra kosten en extra tijd; gebeurt nu tijdens onderhoud).

De WVG en de Regeling gaan beiden uit van de noodzakelijke, meest adequate voorziening tegen de minste kosten²⁵. De manier waarop binnen de WVG gewerkt wordt, verschilt van de werkwijze van de Regeling. In het geval van de WVG vraagt de cliënt de woningaanpassing aan. Daarbij wordt het probleem van de betrokkene door de indicatiesteller in kaart gebracht en wordt een oplossing aangedragen. De indicatiesteller heeft daarin een keuze uit een breder palet oplossingen dan wat gebruikelijk is binnen de Regeling. Hieronder worden twee voorbeelden gegeven:

²³ De modelverordening wordt (naar zijn aard) niet door iedere gemeente overgenomen in de eigen verordening.

²⁴ In de handreiking WVG –protocol worden genoemd dat de kosten van onderhoud en reparatie bij de verstrekking hoort. Dit wordt gezien als een verbeterpunt.

²⁵ In de handreiking WVG-protocol wordt voorgesteld om in de toekomst uit te gaan van verantwoorde, algemeen gebruikelijk, goedkoopst adequate oplossingen

Voorbeeld 1

Een cliënt is niet in staat om de binnendeuren in de woning zelfstandig openen. Vanuit de WVG zijn verschillende oplossingen denkbaar, zoals: a) schuifdeur, b) doordraaideur, c) deurmotor. Vanuit de Regeling is de oplossing a) het plaatsen van een handgreep, b) het plaatsen van een deurmotor. Deze oplossing is gekoppeld aan het Programma van Eisen (PVE) voor de bouw van de ADL-clusters. Vanwege dit PVE is het plaatsen van een deurmotor in een ADL-woning eenvoudig. Het PVE voorziet namelijk in de aanleg van aansluitpunten bij de buiten- en binnendeuren voor het plaatsen van deurmotoren. De deurmotoren zijn eenvoudig weg te nemen (bijvoorbeeld bij een woningmutatie) en elders te gebruiken.

Voorbeeld 2

Een cliënt kan zichzelf niet verplaatsen. Het is voor familie, mantelzorg en professionele hulp fysiek te zwaar om de transfer handmatig uit te voeren. Daarom vraagt de cliënt een tilhulpmiddel. Vanuit de WVG zijn verschillende oplossingen denkbaar, zoals: a) verrijdbare tillift, b) plafondlift. De Regeling vergoedt alleen een plafondlift. De plaatsing van een plafondlift in een ADL-woning is eenvoudig omdat het PVE voorziet in het aanbrengen van eenvoudig weg te nemen fronten boven de binnendeuren.

Bovenstaande standaardoplossingen uit de Regeling garanderen dat de ADL-woning blijft voldoen aan het PVE voor de ADL-woningen uit 1992. Dit is van belang voor de verhuurbaarheid van de woning. De aanpak voorkomt kapitaalvernietiging. Bovendien wordt eventuele leegstand van een aangepaste woning beperkt omdat de aanwezige voorzieningen eenvoudig op maat van de nieuwe bewoner kan worden ingesteld.

Voorbeeld

Een ADL-woning heeft een in hoogte nastelbare onderrijdbare keuken. Bij een woningmutatie kan de werkhoogte van het aanrechtblad en de hoogte van de bovenkastjes opnieuw ingesteld worden. Dit geldt ook voor de gebruikte toiletsteunen die eenvoudig in hoogte nastelbaar zijn. In een individueel aangepaste woning van de WVG zijn de aangebrachte voorzieningen niet per definitie nastelbaar. Bij achteruitgang van de bewoner of bij een woningmutatie is het denkbaar dat de voorziening niet voldoet en vervangen wordt voor een passende voorziening. In het concept van de ADL-clusters wordt de voorziening in hoogte versteld.

Bij het verdwijnen van de Regeling is er geen garantie dat voorzieningen in de ADL-woning die vervangen worden nastelbaar zijn/blijven.

Het betreft bijvoorbeeld:

- keukenbladen, bovenkastjes
- toiletsteunen
- toiletzitting
- wastafels

5 Onderdelen van de Regeling die wel in de WVG passen

Het WVG protocol garandeert een zekere ondergrens. Het WVG protocol omvat een toetsingskader dat uitgebreider is dan de Regeling. Het toetsingskader van de WVG omvat (i.t.t. de Regeling) ook de arbeidsomstandigheden van professionele hulpverlener. In de praktijk van de WVG wordt weinig rekening gehouden met de positie van de mantelzorg en de arbeidsomstandigheden van professionele hulpverleners.

Zowel de WVG als de Regeling hebben een:

- terugbetalingsregeling
- een regeling voor huurderiving bij leegstand.

De volgende standaardinrichtingselementen en extra voorzieningen uit de Regeling worden ook verstrekt vanuit de WVG. Het betreft:

- aangepaste keukens
- aangepast sanitair (waaronder wanddouchezitje)

- handvatten op deuren
- drempelaanpassingen
- schopplaten en hoeklijnen
- deurmotor
- toilet met spoel/föhninstallatie

Al eerder is aangegeven dat het in hoogte verstellen van standaardvoorzieningen niet binnen de WVG past.

6 Financiële aspecten

Het subsidiebedrag van de Regeling beslaat voor 2004 € 2.700.000. Overheveling naar de WVG, middels de regels van het gemeentefonds zou betekenen dat dit bedrag wordt uitgesmeerd over meer dan 450 gemeenten. Het zou evenwel moeten worden verdeeld over een beperkt aantal gemeenten, namelijk de 50 gemeenten waar nu een of meerdere ADL-clusters zijn en daarboven een 9-tal gemeenten waar nu een eerste ADL-cluster gebouwd wordt. De verdeelsleutel zou rekening moeten houden met aard en bedoeling van de Regeling, namelijk:

- vervanging,
- reparatie en onderhoud van standaardinrichtingselementen,
- nastellingen en extra voorzieningen.

Fokus voorziet de volgende knelpunten:

- de vervangingen van de intercominstallaties (€ 65.000 – € 70.000), keukens (€ 5800 per keuken), hoog/laagbaden (€ 11.500) en badkamers zijn gekoppeld aan de leeftijd van bestaande clusters (namelijk ouder dan 15 jaar), de leeftijden van clusters per gemeente lopen fors uiteen;
- nieuwe clusters maken gebruik van nastellingen en extra voorzieningen voor 12 tot 18 cliënten in een tijdsbestek van enkele maanden;
- de spreiding van het aantal mutaties (ongeveer 80 op jaarbasis) is op voorhand niet aan te wijzen naar de bestaande clusters. Er zijn clusters waar veel mutaties zijn en clusters waar jarenlang geen enkele mutatie is. Daarmee is de spreiding van nastellingen over de gemeenten niet op voorhand te berekenen;
- verergering van handicap van een cliënt (en het daarmee samenhangend beroep op de Regeling) is op voorhand niet aan te wijzen.

Op basis van de bovenstaande knelpunten, die zich in de huidige praktijk uiteraard ook voordoen, was het voor het CVZ (totnutoe) niet mogelijk een instrument te ontwikkelen om het beschikbare budget te verdelen over corporaties in de vorm van een voorschot voor nastellingen, laat staan in een vaste verdeelsleutel over of in een budget voor gemeenten.

Indien het beschikbare budget uit de Regeling verdeeld wordt over de betrokken gemeenten ontstaat de vraag op welke wijze de subsidiegelden *geoormerkt* worden voor de ADL-clusters. De vervanging van de intercominstallatie, keukens, hoog/laagbaden en badkamers veronderstelt reservering van middelen.

De WVG gaat uit van een drempelbedrag. Een aantal onderdelen van de Regeling zijn goedkoper dan de minimale eigen bijdrage van de WVG. Een enkele aanpassing uit de Regeling wordt binnen de WVG aangemerkt als 'algemeen gebruikelijk' (bijvoorbeeld thermostaatkraan). De Regeling heeft geen eigen bijdrage. Dit betekent dat kleine aanpassingen (bijvoorbeeld de nastellingen uit de Regeling aanpassingen bestaande ADL-clusters) voor rekening van de huurder (kunnen) gaan komen.

Binnen de WVG wordt elke aanvraag in behandeling genomen door de aangewezen indicatiesteller (bijvoorbeeld RIO, Argonaut etc). In de Regeling worden alleen aanvragen voor extra voorzieningen in behandeling genomen door de aangewezen indicatiesteller (Argonaut). Nastellingen kunnen uitgevoerd worden zonder indicatie. Dit werkt kostenbesparend.

Het werken met verschillende indicatiestellers kan snel leiden tot onduidelijkheden vanwege het kleine aantal ADL-clusterwoningen in een bepaald werkgebied. Nu maakt het CVZ voor het hele land afspraken met één indicerende organisatie, namelijk Argonaut.

De WVG geeft het primaat aan verhuizen boven een dure woningaanpassing. Dit betekent dat een cliënt die bijvoorbeeld een hoog-laag verstelbare keuken en enkele deurmotoren nodig heeft een aanbieding krijgt van een aangepaste woning waarin voornoemde voorzieningen aanwezig zijn. Voor een cliënt in een ADL-woning is dit geen optie omdat de ADL-woning een koppeling biedt tussen wonen en zorg en tegelijkertijd uitgaat van scheiden wonen en zorg.

7 Losse punten

De overheveling van de Regeling naar de WVG heeft als gevolg dat Fokus met meerdere loketten en met inhoudelijk uiteenlopende verordeningen te maken krijgt. Er zijn op dit moment 72 Fokusprojecten verdeeld over 50 gemeenten. Dit geldt vooral voor clustergebonden zaken zoals de vervanging van de intercominstallaties, projectmatige vervangingen van keukens, badkamers en aanpassingen in de centrale hulppost.

De WVG gaat ervan uit dat de aanpassingen in de ADL-woningen door de cliënt zelf aangevraagd worden. Het toetsen van de afhandeling op behoud van het PVE voor de ADL-clusters zou decentraal moeten worden uitgevoerd. Het PVE voor de ADL-clusters is niet bekend bij de WVG-uitvoerders. De service die Fokus nu al ruim 20 jaar verleent aan cliënten en corporaties bij aanvragen van nastellingen en extravoorzieningen zal vermoedelijk niet gecontinueerd kunnen worden. De regeling stimuleert corporaties de ADL-woningen op het kwaliteitsniveau van het PVE te houden én voor de doelgroep gereserveerd te houden. Daarmee draagt de regeling bij aan de continuïteit van de clusters.

Een verandering van de werkwijze vraagt om een gedegen informatievoorziening naar cliënten, gemeenten en corporaties.

De Regeling is een landelijke regel. Overheveling van deze regeling naar de WVG betekent decentralisatie, wat vaak samengaat met beleidsvrijheid. Dit kan het concept van het ADL-clusterwonen schaden.

Bij mutaties kunnen in de Regeling nastellingen worden uitgevoerd zonder indicatie, waardoor leegstand als gevolg van wachten op een aanpassing voorkomen wordt of tot een minimum wordt beperkt.

Bij verergering van de handicap kan de huurder van een ADL-woning om nastelling van de standaardinrichtingselementen verzoeken zonder tussenkomst indicatiesteller.

8 Conclusie

De Regeling aanpassing bestaande ADL-clusters is een aanvulling op de Regeling bouw ADL-clusters. De standaard aangepaste woningen en de centrale post zijn voorzien van een aantal standaardinrichtingselementen. Deze inrichtingselementen moeten onderhouden, gerepareerd en vervangen worden. De standaard inrichtingselementen zijn flexibel waardoor een grote variatie van mensen met een lichamelijke handicap gebruik kan maken van deze inrichtingselementen mits de elementen worden nagesteld op maat van de betreffende persoon. Nieuwe huurders van ADL-woningen maken bij aanvang bewoning allen gebruik maken van de Regeling aanpassing bestaande ADL-clusters.

Een aantal belangrijke elementen uit het ADL-clusterwonen past niet in de WVG. Algemene voorzieningen zoals de alarmintercominstallatie, het hoog/laagbad en deurmotoren in de centrale post passen niet binnen de huidige WVG. Het nastellen van inrichtingselementen in de ADL-woningen sluit eveneens niet aan op de WVG. Bovendien kan – gezien de bedoeling van de regeling – het beschikbare budget niet goed en doelmatig verdeeld worden over de ADL-clusters/gemeenten.

Bij het verdwijnen van de Regeling wordt een aantal zaken niet gecontinueerd. Het betreft o.a.:

- het onderhoud voor de standaardinrichtingselementen in de woning;

- het onderhoud met de 24 uren service voor de alarm-intercominstallatie en het nachtveiligheidssysteem;
- reparatie en vervanging van algemene voorzieningen zoals de alarm-intercominstallatie, een nachtveiligheidssysteem, een nachtveiligheidssysteem, hoog/laagbad (met toebehoren) en deuraandrijvingen;
- projectmatige vervanging van keukens en aangepaste badkamers;
- individuele aanpassingen van de alarmintercominstallatie .

Fokus is daarom van mening dat de regeling Aanpassingen in bestaande ADL-clusters niet losgekoppeld moet worden van de Regeling Bouw ADL-clusters. Overheveling van de Regeling aanpassingen in bestaande ADL-clusters naar de WVG per 1 januari 2005 wordt dan ook afgeraden.

Bijlage: Bouwjaar Fokusprojecten

	Cluster	Bouwjaar
1	Almere-Haven Binnenhof	1-12-1979
2	Alkmaar-Oudorp	21-4-1980
3	Emmeloord-Revelsant	15-9-1981
4	Nijmegen I -van Goghstraat	16-11-1981
5	Oss-Ussen	16-12-1981
6	Groningen I -Beijum	4-1-1982
7	Purmerend-Purmer Noord	17-6-1982
8	Utrecht I -Lunetten	30-7-1982
9	Zoetermeer I -Leopoldhove	13-9-1982
10	Almere-Stad	1-12-1982
11	Rotterdam I -Ommoord	1-2-1983
12	Groningen II -Paddepoel	16-5-1983
13	Nieuwegein I -Fokkesteeeg	9-8-1983
14	Doetinchem-De Huet	13-2-1984
15	Tilburg I -Bodehof	1-8-1984
16	Dordrecht I -Stadspolders	8-10-1984
17	Drachten	12-11-1984
18	Venlo I -Blerick	1-2-1985
19	Amsterdam II -Gein	21-5-1985
20	Amersfoort I -Graaf Janlaan	18-7-1985
21	Roosendaal-Oliemolen	28-10-1985
22	Amsterdam II -Osdorp	2-12-1985
23	Arnhem I -Kronenburg	2-1-1986
24	Enschede I –Breugelmansgaarde	10- 11-1986
25	Eindhoven I –J. Van Rochefortstraat	1-12-1986
26	Utrecht II -Antonius	2-3-1987
27	Zwolle I -Ittersumerlanden	18-5-1987
28	Arnhem II -Centrum	10-8-1987
29	Den Bosch I -Amsterdamstraat	1-10-1987
30	Amstelveen-De Weteringsbrugmolen	-11-1987
31	Den Haag I -Kepplerplein	1-5-1989
32	Maastricht I -Centrum	1-5-1989
33	Middelburg-Hof van Sint Jan	1-6-1990
34	Nijmegen II -Roothaanstraat	1-1-1991
35	Gouda-Goverwelle	16-12-1991
36	Amsterdam III -Entrepotbrug	1-3-1992
37	Velsen-Velserbroek	29-6-1992
38	Houten I -Centrum	17-8-1992
39	Amersfoort II -Kattenbroek	19-10-1992
40	Rotterdam II -Het Nieuwe Westen	26-10-1992
41	Utrecht III -Witte Vrouwen	1-6-1993
42	Leiden-Professorenwijk	6-6-1993
43	Zoetermeer II -Rokkeveen	15-11-1993
44	Leeuwarden-Camminghaburen	1-2-1994
45	Assen-Troelstralaan	4-4-1994
46	Apeldoorn I -La Ronde	1-6-1994
47	Tilburg II -Tafelbergstraat	1-6-1994
48	Kerkrade-Pieterstraat	4-7-1994
49	Spijkenisse-Zeeheldenbuurt	1-8-1994
50	Oosterhout-Houthaven	1-10-1994
51	Bergen op Zoom-Bergseplaat	12-11-1994

52	Arnhem III -Rijkerswoerd	15-11-1994
53	Eindhoven II -Hof van Eden	5-12-1994
54	Nijmegen III -Bottendaal	1-6-1995
55	Dordrecht II -Crabbehof	1-7-1995
56	Maastricht II -Annadal	1-7-1995
57	Uden I -Veilingstraat	1-11-1995
58	Breda -Brabantpark	1-4-1996
59	Capelle a/d IJssel	15-7-1996
60	Den Haag II -Groothandelsmarkt	1-11-1996
61	Vlaardingen-Babberspolder	15-11-1996
62	Enschede II -Lombokstraat	16-10-1997
63	Ede-Centrum	1-4-1998
64	Alphen a/d Rijn-Stortemelk	18-1-2001
65	Barendrecht-Carnisselande	1-5-2001
66	Schipluiden-Korpershoek	2-7-2001
67	Enschede Roombeek	1 ^e fase 1-1-2004
68	's Gravenzande	3-2-2003
69	Apeldoorn Beekpark	1-2-2004
70	Roermond	16-2-2004
71	Arnhem de Symfonie	1-4-2004

