Waarden in de zorg

Elk leven is waardevol. Omdat het leven ons is gegeven: mensen zijn geschapen naar Gods beeld. De betekenis en waarde van het menselijk bestaan liggen niet in afwezigheid van ziekte of beperkingen. Er zijn grenzen aan de maakbaarheid van het leven en aan wat medisch mogelijk en passend is. De medische wetenschap heeft zich de afgelopen decennia op indrukwekkende wijze ontwikkeld en ons veel gebracht. Toch stelt ze onze samenleving voor nieuwe dilemma's: over de maakbaarheid van het leven en over menselijke waardigheid. De vraag is: wat voor samenleving willen we zijn? Een samenleving waar het streven naar maximale perfectie allesbepalend wordt? De ChristenUnie ziet een samenleving voor zich waarin we leren omgaan met de imperfectie van het bestaan, waarbij we van elk leven de waarde blijven zien. In de zorg staan artsen en verpleegkundigen dagelijks voor beslissingen van levensbelang: welke behandeling toepassen, wel of niet doorbehandelen, wel of geen onderzoek doen... Wat 'goed' is, hangt samen met onze mens- en maatschappijvisie. We hebben liefdevolle wijsheid nodig om te leven met beperkingen, zin te vinden in relaties en het leven als 'gegeven' en waardevol te aanvaarden als we geconfronteerd worden met onvolmaaktheid en gebrokenheid. Bij goede zorg is het doel '*soms genezing, vaak verlichting en altijd troost'.* Wij voelen ons thuis bij de definitie van Positieve Gezondheid van Machteld Huber: het zo goed mogelijk omgaan met de uitdagingen van het leven.

Passende zorg

Op grond van deze uitgangspunten staat de ChristenUnie voor passende zorg. Zorg die past bij de klacht of ziekte van een patiënt, die in overeenstemming is met de persoonlijke waarden van de patiënt, waarvan kan worden aangenomen dat die leidt tot verlichting van de klachten of tot genezing, en gepaard gaat met goede resultaten tegen acceptabele kosten. Dit vraagt om zorgvuldige communicatie tussen de hulpverlener en de patiënt. Dit kan zowel onder- als overbehandeling voorkomen. Dus geen zorg, die puur wordt geïndiceerd vanuit het aanbod ('we hebben nu dat nieuwe laserapparaat, dus vanaf nu is laseren de standaardbehandeling'), of vanuit de vraag ('u-vraagt-wij-draaien-zorg'). Naast toerusting van patiënten is hiervoor ook de herwaardering van de professionele (gewetens)vrijheid van zorgverleners van belang.

- **Gepastezorg.Gezamenlijkebesluitvormingtussenspecialistenpatiëntwordtdestandaardinde spreekkamer. *Vroegtijdige zorgplanning* (richting het levenseinde) wordt standaard bekostigd als waardevol onderdeel van zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken.**
- **Aandachtvoorzingeving.Indespreekkamerkomtmeerruimtevooreengoedgesprekoverbehandelopties of niet behandelen. Bij dit gesprek hoort ook geestelijke verzorging en zingeving.**
- **Nietbehandelenisookzorg.Richtlijnenindezorgzijnnietalleengerichtop'doen',maarookop'laten'. Overbehandeling vergroot en/of verlengt het lijden van de patiënt. Daarom is overbehandeling niet wenselijk.**
- **Gewetensvrijheidbewaken.Degewetensvrijheidvanzorgprofessionalsmagnietonderdrukkomentesta an door een claimcultuur. Een verplichting tot doorverwijzen is in strijd met de artseneed en wijzen wij af.**

Medisch-technologische ontwikkelingen

In de beoordeling van medische technologie voelen we ons thuis bij een 'ethiek van voorzichtigheid'. Dat betekent niet dat we per definitie alles afwijzen wat op dit terrein speelt, maar wel dat we uitgaan van het principe 'bij twijfel niet inhalen' en kijken naar alternatieven. We vinden het belangrijk dat beslissingen die impact hebben op de hele samenleving niet in de beslotenheid van laboratoria of wetenschappelijke congressen worden genomen, maar in het volle licht van de maatschappelijke dialoog plaatsvinden. Ook omdat onderzoeken vaak met publiek geld worden uitgevoerd. Het is belangrijk dat er publieke, morele afwegingen worden gemaakt. Bij het onderzoek naar het kweken van embryo's, het gebruik van 'restembryo's' na IVF en embryoselectie bij Pre-Implantatie Genetische Diagnostiek (PGD) is ons uitgangspunt dat het leven, vanaf het prilste begin, beschermwaardig is. Het sleutelen hieraan roept ook bij het grote publiek veel vragen op: de meerderheid van de bevolking is niet

voor verruiming van de Embryowet. Dit verbindt ons met iedereen die beseft dat een menselijk embryo meer is dan 'een klompje cellen'. De ChristenUnie is dan ook tegen het gebruik van embryo's (of het nu gaat om gekweekte embryo's of rest-embryo's) voor wetenschappelijk onderzoek. In plaats van onderzoek met menselijke embryo's zet de ChristenUnie liever in op alternatieven, zoals het gebruik van (geïnduceerde) pluripotente stamcellen voor onderzoek ter voorkoming van ernstige erfelijke ziekten. Geplande onderzoeken over de morele status van embryo-achtige structuren waarvan gezegd wordt dat ze als alternatief kunnen dienen, volgen wij op de voet. Modificatie (aanpassing) van het DNA van een embryo via 'genredactie' zoals de CRISPR-Cas techniek, lijkt erfelijke aandoeningen te kunnen herstellen in plaats van weg te selecteren via PGD. Dat klinkt veelbelovend, maar er zijn nog veel vragen over de veiligheid en wenselijkheid. Zeker als genetische modificaties in het embryo onomkeerbaar zijn en aan het nageslacht worden doorgegeven (kiembaanmodificatie), past grote terughoudendheid. Experimenten met menselijke embryo's om toepassing van genredactie bij mensen te onderzoeken, ook om bijvoorbeeld IVF-technieken te verbeteren, blijven wat ons betreft verboden.

Maatschappelijke dialoog. Voorafgaand aan nieuwe wettelijke regelingen over medisch-ethische dilemma's wordt een transparante en gebalanceerde maatschappelijke dialoog georganiseerd.
Geen 'experimenteerembryo's'. Kweken van embryo's voor onderzoek past niet bij de menselijke waardigheid. Het verbod blijft gehandhaafd

Onderzoek IVF zonder restembryo's. Bij een IVF-behandeling worden nu vaak meer embryo's tot stand gebracht dan noodzakelijk zijn voor de behandeling. Daarom wordt ingezet op (onderzoek naar) behandelmethoden waarbij geen restembryo's overblijven.
Handhaven verbod kiembaancelmodificatie. De Embryowet verbiedt het opzettelijk wijzigen van de kern (DNA) van menselijke kiembaancellen waarmee een zwangerschap tot stand wordt gebracht. De ChristenUnie houdt hieraan vast.

- **Alternatief stamcelonderzoek. We zetten in op de mogelijkheid van het gebruik van (geïnduceerde) pluripotente stamcellen voor onderzoek ter voorkoming van ernstige erfelijke ziekten, in plaats van onderzoek met embryo's.**
- **Voorzichtig met chimeren. De ChristenUnie staat terughoudend tegenover chimeren: mengvormen van dierlijke en menselijke cellen waarmee mogelijk menselijke organen worden gekweekt in dieren. Er zijn hierbij veel vragen over veiligheid (latent aanwezige virussen in DNA-materiaal van dieren) en wenselijkheid (dierenwelzijn, vragen over morele status).**
- **Orgaandonorschap. De ChristenUnie is en blijft geen voorstander van het 'Ja, tenzij'-systeem voor orgaandonorschap. Nu het toch is ingevoerd, is het nog belangrijker dat mensen worden gestimuleerd een bewuste keuze maken. De ChristenUnie bepleit een gemeenschapsgerichte benadering (via kerken, buurthuizen, (sport)verenigingen).**
- **Vaccinaties. Vaccinaties beschermen ons, onze kinderen en indirect mensen om ons heen tegen heftige, soms dodelijke ziekten. De ChristenUnie vindt het heel belangrijk dat ouders goede informatie over vaccinaties krijgen. Informeren en stimuleren zijn de kernwoorden bij vaccinatiebeleid, de ChristenUnie is tegen elke vorm van vaccinatiedwang.**
- **Big data en Artificial Intelligence (AI). Er zijn al algoritmen die beter dan mensen in staat zijn afwijkingen (nieuwvormingen) te detecteren in beelden van menselijk celmateriaal. Zo lang AI bijdraagt aan gepaste zorg en niet interfereert met de goede relatie tussen arts en patiënt, is de ChristenUnie voor de toepassing ervan. Voorwaarde is dat de privacy van patiënten wordt geborgd en commercieel gebruik van data wordt uitgesloten.**

Zorg rond het levensbegin

Ieder menselijk leven is vanaf het prille begin beschermwaardig. Wij staan schouder aan schouder met ouders die open staan voor het ontvangen van leven dat – naar strikt biomedische maatstaven – onvolkomen is. De ChristenUnie wil ervoor waken dat deze solidariteit nog verder onder druk komt

te staan door de toenemende mogelijkheden voor prenataal testen. We pleiten voor terughoudendheid in het breed aanbieden van preconceptie en prenatale diagnostiek. In elke situatie moet een medisch-inhoudelijke en morele afweging worden gemaakt of alle negatieve effecten van zo'n screening (risico, onzekerheid) opwegen tegen de positieve effecten daarvan (gezondheidswinst). Het is goed dat aanstaande ouders zich voorbereiden op wat komen gaat, maar een 'overkill' aan informatie kan beangstigend werken. Het standaard aanbieden van breed testen kan leiden tot keuzedwang ('dat doe je toch zeker wel?').

- **Wettelijk kader preconceptie en prenatale screening. Gelet op de snelle ontwikkelingen in preconceptie en prenatale screening is er een nieuw wettelijk kader nodig. Onderdeel hiervan wordt periodieke maatschappelijke reflectie op ethische vragen naar aanleiding van nieuwe technologische ontwikkelingen.**
- **Voorlichting en counseling ouders. Aanstaande ouders worden zorgvuldig en eerlijk voorgelicht over de voor- en nadelen van de tests en de handelingsopties. Verloskundigen en gynaecologen bieden goede counseling. Bij eerlijke voorlichting over leven met het downsyndroom of andere beperkingen hoort ook lotgenotencontact, zodat mensen zich een goed beeld kunnen vormen.**
- **Geen standaardscreening. De NIPT-test en de 13-weken echo worden geen vast onderdeel van reguliere prenatale zorg.**
- **Niet lukraak testen op aandoeningen. Het spectrum van tests wordt afgestemd op reële (be) handelingsalternatieven.**

Open toekomst voor een kind. Het in kaart brengen van het hele DNA-profiel is niet zinvol. Kinderen hebben recht op een open toekomst.

- **Dragerschapstest. Iets natuurlijks als een zwangerschap wordt niet onnodig gemedicaliseerd. Ouders of kinderen hoeven niet eerst een test te doorstaan voordat ze zwanger of geboren mogen worden. Dragerschapstesten worden alleen toegelaten als sprake is van zeer ernstige erfelijke aandoeningen.**

Meer bescherming rond het begin van het leven

**Ongeboren leven kan niet voor zichzelf spreken, dat moeten wij doen. Daarom heeft de ChristenUnie zich
altijd verzet tegen de huidige abortuspraktijk. Het is hartverscheurend dat er nog altijd 30.000 abortussen
per jaar plaatsvinden. Dat is zo'n 15% van het totale aantal verwekte kinderen per jaar in Nederland. Dat percentage willen we terugdringen met de meest effectieve maatregelen. Een laagdrempeliger abortuspraktijk is onwenselijk, een besluit tot afbreking van een zwangerschap is geen normale medische handeling. Het gaat om een ingrijpende emotionele en morele kwestie, waarbij het belang van de moeder, het ongeboren kind en ook de eventueel betrokken vader zorgvuldig moet worden afgewogen. Daarom zet de ChristenUnie in op sterke verbetering en borging van begeleiding en onafhankelijke counseling. Uit de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap blijkt dat 50% van de respondenten voor abortus kiest omdat de opvoeding van het ongeboren kind niet samengaat met werk of opleiding. Dat onderstreept dat er aandacht moet zijn voor de achterliggende factoren, zodat alternatieven kunnen worden besproken. Ook vinden wij goede nazorg na een abortus van belang.**

Voorkomen onbedoelde zwangerschappen. Er komt een effectieve campagne voor het voorkomen van ongewenste zwangerschappen, door middel van gerichte voorlichting via scholen, verenigingen en (culturele) gespreksgroepen.
Steun de moeders. Tienermoeders (maar ook volwassen vrouwen met sociaaleconomische problematiek) krijgen hulp bij huisvesting, financiën, het voortzetten van de opleiding en het opvoeden van hun kind. **Anticonceptiepil vergoeden.** Eén van de meest effectieve maatregelen om het aantal abortussen omlaag te brengen, is de financiële

drempel weg te nemen voor de anticonceptiepil. Daarom wordt deze opgenomen in het basispakket.
Begeleiding en verwijzing door huisarts. De beste manier om begeleiding, counseling en de nazorg voor onbedoeld zwangere vrouwen te borgen, is via de huisarts.
Abortus niet normaliseren. Zwangerschapsafbreking (in welke vorm dan ook) hoort niet thuis in de huisartsenpraktijk. Dat trekt abortus te veel in de sfeer van het 'normale medisch handelen', waar patiënten recht op zouden hebben.
Aanbod keuzehulp. Er komt een uitstekend aanbod van keuzehulpverlening, met aandacht voor de situatie die de zwangerschap ongewenst maakt, zodat ook alternatieven kunnen worden besproken.
Wettelijke zorgvuldigheidseisen. Niemand wil dat het besluit om een zwangerschap af te breken lichtvaardig wordt genomen. De wet bevat zorgvuldigheidseisen, die geen dode letter mogen zijn. Een realistische beraadtermijn blijft van belang. De noodsituatie van de vrouw, waarvan volgens de wet sprake moet zijn, dient invoelbaar te zijn voor de huisarts.
Wekengrens terugdringen. In de huidige wetgeving is abortus niet toegestaan als er medisch-technologisch gezien sprake is van een levensvatbaar embryo. Recente voorstellen om de wekengrens vast te leggen op

24 weken laten deze koppeling los en leggen de grens te hoog. Wij wijzen die voorstellen af. Ook omdat zo'n grens de onterechte suggestie wekt dat elke abortus daarvóór wel gerechtvaardigd is. Als er toch een wettelijke maximumgrens komt, pleiten wij voor een lagere wekengrens.

Zorg rond het levenseinde

Elk mensenleven heeft intrinsieke waarde. Dit hangt niet af van vermogens, beperkingen, leeftijd of welke vorm van maatschappelijk bijdrage ook. Wij willen een samenleving die de waarde van ouderen benut en bevestigt en hen de beste zorg geeft, zodat zij zich gewenst en betekenisvol voelen. Dat geldt ook voor de - gelukkig zeer kleine - groep ouderen met een blijvende wens tot levensbeëindiging zonder dat zij ernstig ziek zijn. De taak van de overheid om kwetsbaren groepen te beschermen, weegt vele malen zwaarder dan de facilitering van zelfdoding van gezonde mensen met een zelfmoordpil, die bovendien niet veilig kan worden geregeld.

De ChristenUnie beschouwt euthanasie niet als normaal medisch handelen. We verzetten ons tegen de sluipende verschuiving in de euthanasiepraktijk van 'laatste redmiddel ter voorkoming van een vreselijke dood' naar 'een mogelijke uitweg uit een vreselijk leven'. Vond euthanasie voorheen vrijwel uitsluitend plaats bij terminale patiënten, nu komt het steeds vaker voor bij mensen met dementie, psychiatrische aandoeningen
of een stapeling van ouderdomsklachten. Artsen ervaren steeds meer druk vanuit patiënten en familie, ook door het inschakelen van het Expertisecentrum Euthanasie. We zien dat een kernprincipe van de huidige euthanasiewetgeving onder druk staat, namelijk dat alleen levensbeëindigend mag worden gehandeld bij mensen die er nadrukkelijk zelf om vragen. De Hoge Raad oordeelde recent dat euthanasie ook mag plaatsvinden bij een dementerende oudere die op het moment van handelen kenbaar maakt niet dood te willen. Wij vinden dat artsen nooit mogen worden gedwongen om euthanasie als normaal onderdeel van hun beroep te beschouwen. Wij willen een weg wijzen naar waardig ouder worden met liefdevolle zorg.

- **Geen wet voor zelfdodingsmiddelen. De ChristenUnie is tegen een wettelijke regeling voor mensen met een doodswens zonder dat zij ernstig ziek zijn. De overheid is er om kwetsbaren te beschermen, niet om hulp te bieden bij zelfdoding.**
- **Palliatieve zorg. Palliatieve zorg wordt breder beschikbaar, op de plek waar iemand wil sterven – dus ook thuis. Niet alleen in de somatiek, maar ook in de psychiatrie, want we zien dat het aantal gevallen van euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden gestaag toeneemt.**
- **Palliatieve sedatie. De ontwikkelingen rond palliatieve sedatie zijn de afgelopen jaren in een stroomversnelling gekomen. De ChristenUnie bepleit gepaste toepassing van palliatieve sedatie (ook in de thuissituatie) en continue bijstelling van richtlijnen, bijscholings- en opleidingsprogramma's op basis van de meest recente wetenschappelijke inzichten.**
- **Toezicht OM. Euthanasiezaken waarover in de toetsingscommissies discussie bestaat, worden altijd aan het Openbaar Ministerie (OM) voorgelegd. Het OM houdt toezicht op de Regionale Toetsingcommissies Euthanasie (RTE's).**

- **Transparantie casuïstiek. Alle casuïstiek die door RTE's wordt behandeld, wordt gepubliceerd, met aandacht voor de ethische, medische en juridische overwegingen, zodat de gemaakte afwegingen transparant zijn. Gevallen waarbij geen sprake is van terminale fysieke aandoeningen en waarin niet de eigen behandelend arts, maar een arts van het Expertisecentrum Euthanasie de euthanasie uitvoerde, krijgen bijzondere aandacht.**

2.3 Zorgstelsel dichter bij mensen

De zorg in Nederland is voor iedereen toegankelijk en van hoog niveau. De zorg wordt verleend door geweldige zorgmedewerkers. Dat is iets om dankbaar voor te zijn. Tegelijkertijd is het de vraag hoe we dat in de toekomst zo kunnen houden. De zorgkosten lopen elk jaar op, de werkdruk is hoog en steeds meer mensen hebben zorg nodig. Voor een toekomstbestendige zorg zijn nieuwe keuzes noodzakelijk. Marktwerking als mechanisme om kosten te beperken voldoet niet. We willen publiek geborgde keuzes om de toekomst van de zorg zeker te stellen, voor alle werkers in de zorg, maar ook voor iedereen die zorg nodig heeft. Met meer samenleving en minder marktwerking in de zorg.

De zorg is ingewikkeld georganiseerd. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de moeite om samen te werken met andere beroepsgroepen in de zorg of de regio. Het is lastig om meer te doen dan de declaratieregels toelaten, om verpleegkundigen en hulpverleners écht te laten meepraten bij grote beslissingen en om digitale innovaties landelijk in te voeren. Het is ook lastig om zorg te organiseren voor mensen met complexe zorgvragen die onder verschillende zorgwetten vallen, zoals kwetsbare ouderen of ggz-cliënten. Preventie – het voorkomen van ziekte – komt moeilijk van de grond of krijgt geen prioriteit. Het is paradoxaal: iemand behandelen wordt vergoed, iemand gezond houden niet. Tegelijkertijd neemt het tekort aan personeel toe en slokken de zorguitgaven

nu al een kwart op van de collectieve uitgaven, die sneller groeien dan de economie. We zien dat het aantal mensen met meerdere chronische ziekten toeneemt, de bevolking vergrijst en Nederland de duurste langdurige zorgsector ter wereld heeft. Daarom staan we nu voor fundamentele keuzes: hoe houden we onze zorg toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit, gebaseerd op solidariteit met elkaar en met volgende generaties? De zorg moet toekomstbestendig worden gemaakt.

Zorg vertrouwd en dichtbij: in de regio

De meeste mensen kennen niet het hele zorgstelsel, maar wel hun eigen huisarts en het ziekenhuis of verpleeghuis in hun regio. Als een regionaal ziekenhuis failliet gaat, roept dat veel emotie op. Het gaat voor veel mensen om vertrouwde zorg, dichtbij in hun stad of regio. De ChristenUnie hamert al jaren op meer betrokkenheid van cliënten bij zorgorganisaties en zorgverzekeraars. We juichen vormen van coöperatief bestuur zoals bij het Saxenburgh Medisch Centrum, en vormen van *crowdfunding* zoals bij ziekenhuis Bernhoven in Uden, toe. Miljoenen mensen zijn nog lid van hun voormalige 'Kruisvereniging' in de thuiszorg en zijn vaak vrijwilliger bij de huidige verpleeghuis- en thuiszorgaanbieders. Als de zorgmedewerkers en -bestuurders in een regio elkaar snel weten te vinden en hun patiënten/ cliënten goed kennen, geeft dat eigenaarschap, betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel. In regio's met een beperkt aantal financiers (één zorgverzekeraar, één zorgkantoor en een overzichtelijk aantal gemeenten), komen samenwerking en vernieuwing gemakkelijker tot stand. Om deze redenen hebben betere regie en samenwerking tussen zorgpartijen in de regio de toekomst. Meer samenhang in het zorgaanbod leidt tot de juiste zorg op de juiste plek, op het juiste moment én door de juiste persoon. Zorg voor de hele mens met zijn persoonlijke verhaal. Hiervoor is het nodig dat voor heel Nederland een eenduidige regio-indeling wordt gemaakt, dat er eenduidige afspraken komen over welke partijen de regie voeren over welk type zorgaanbod en dat er kan worden geëxperimenteerd met regiobudgetten.

• **Eenduidige zorgregio's.** We willen de zorg in eenduidige zorgregio's organiseren, die aansluiten bij de bestaande werkgebieden van zorgaanbieders en zorginkopers. Er komt een einde aan de versnippering en onduidelijkheid in de lappendeken van bestuurlijke regio-indelingen, waaronder ROAZ, zorgkantoor,

zorgverzekeraar, GGD-regio, veiligheidsregio en jeugdzorgregio.

- **Eenduidige regie in de regio. Wettelijk wordt geregeld dat er iedere 5 tot 10 jaar een regiovisie wordt**

  vastgesteld door alle partijen die betrokken zijn bij de verschillende typen zorgaanbod. Dat gaat in elk geval om zorg waarbij sprake is van domein-overstijgende zorg (kwetsbare ouderen, ggz, chronische ketenzorg) en de acute zorg. Preventiedoelstellingen maken deel uit van deze regiovisie.

- **Regionalezorgraad.Omdebetrokkenheidvanpatiënten,cliëntenenbewonersteborgen,krijgenzijeen stem in majeure besluiten over de inrichting van de zorg in de regio. In elke zorgregio wordt een zorgraad ingericht.**
- **Meer samenwerking, minder versnippering. De zorg is opgeknipt in eerste, tweede en derde 'lijn', maar patiënten kun je niet opknippen. Daarom werken zorgaanbieders aan samenhangende zorgverlening in de regio, bijvoorbeeld georganiseerd in netwerk- of ketenzorg waardoor de patiënt geen last heeft van allerlei overgangen.**
- **Regiobudgetten. Er komen regiobudgetten waarin middelen uit de Wlz, Zvw en Wmo worden samengevoegd, ook voor het bevorderen van een gezonde leefstijl, welzijn en positieve gezondheid.**
- **Van keuzevrijheid naar keuzemogelijkheden. Zorgaanbieders en zorgpersoneel kunnen rekenen op samenwerking in de wijk en solidariteit bij de zorg voor patiënten met een complexe zorgvraag. Een**

  wildgroei aan (vaak kleine) aanbieders in vooral de ouderenzorg en ggz werkt daar - zeker in stedelijk gebied - niet aan mee. In de Zorgverzekeringswet blijven keuzemogelijkheden (zoals identiteitsgebonden zorg) overeind, maar zorgverzekeraars worden niet langer verplicht om ongecontracteerde zorgaanbieders te vergoeden die niet bereid zijn tot samenwerking en solidariteit.

- **Krimpcontracten. Meerjarige (krimp)contracten in de ziekenhuiszorg worden de norm. De zorg wordt van de tweede lijn verplaatst naar de eerste lijn en het sociaal domein/preventie. De bijbehorende middelen schuiven mee. Hierdoor wordt de zorg dichterbij mensen georganiseerd.**
- **Landelijke regie op hoog-specialistische (en academische) zorg. Er komt landelijke sturing op zorg die heel specialistisch en onplanbaar is, omdat de vraag in de regio te klein, te versnipperd of onvoorspelbaar is. Dit voorkomt dat het aanbod onvoldoende is of te groot is. In de specialistische ggz is er bijvoorbeeld sprake van een tekort, bij protonentherapiecentra van een overschot. Voor deze bovenregionale sturing wordt een capaciteitsorgaan opgericht.**
- **Noodcapaciteit. In de coronatijd hebben we geleerd dat we op alles voorbereid moeten zijn. Daarom wordt het nieuwe capaciteitsorgaan tevens verantwoordelijk voor het plannen van voldoende noodcapaciteit van intensive cares, laboratoria en hulpmiddelen.**
- **Landelijk hoofdlijnenakkoord. Er wordt een nieuw landelijk hoofdlijnenakkoord gesloten met harde afspraken over bovenstaande transformatie van de zorg.**

Betalen voor wat echt telt in de zorg

Zorg kost veel geld. Te vaak stuurt geld de zorg in plaats van andersom. Betalingsregels bepalen wat ziekenhuizen en zorginstellingen mogen declareren. Dat leidt niet altijd tot de beste en meest doelmatige
zorg. Er wordt in de curatieve zorg te veel zorg zonder gezondheidseffect geleverd. Aanbieders van zorg en fabrikanten hebben soms belang bij de productie van zorg. Daarom willen we af van volumeprikkels in de zorg. De ChristenUnie wil dat er gepaste en zinnig zorg wordt geleverd, gericht op kwaliteit van leven, en dat de bekostiging daarbij aansluit. Ook is aandacht nodig voor medische behandelingen gericht op vrouwen, geënt

op de werking van het vrouwelijk lichaam. Het mag niet voorkomen dat symptomen bij vrouwen niet herkend worden. We streven naar meer doelmatigheid en minder verantwoordingslast om de professionaliteit van

zorgverleners de ruimte te geven. De ChristenUnie maakt zich zorgen over de prijzen die farmaceuten vragen voor nieuwe medicijnen, vaak voor heel specifieke doelgroepen. Farmaceuten bespelen soms bewust het publiek, nog voordat er goede afspraken zijn over leveringsvoorwaarden. Het is onwenselijk dat het lot van een kleine groep patiënten wordt uitgespeeld tegen de vraag hoe we de zorg betaalbaar en toegankelijk houden.

Eigen risico bevriezen en spreiden. Het eigen risico wordt bevroren op de huidige € 385. Het eigen risico maakt mensen bewust van zorgkosten, maar dat werkt niet als je na één dure ziekenhuisbehandeling het eigen risico al kwijt bent. Door medische behandelingen in te delen in categorieën van bijvoorbeeld € 25, € 100 en € 250 voor de duurste operaties, wordt het eigen risico gespreid.

Andere bekostiging voor betere zorg. De bekostiging en declaratieregels in de zorg sturen het gedrag van zorgprofessionals. Helaas helpt de bekostigingswijze hen niet altijd om vanuit hun zorghart te doen wat nodig is. We willen een herziening van de bekostigingswijze per sector, zoals een abonnementstarief en populatiegezondheidsbekostiging voor chronische zorg, een diagnose behandelcombinatie-systematiek met meer ruimte voor uitkomstbekostiging, bundelbekostiging voor planbare klinische zorg, een consulttarief voor diagnostiek en een beschikbaarheidsvergoeding voor acute zorg.

Experimenten met populatiebekostiging. We gaan experimenteren met populatiebekostiging om regionaal meer voor elkaar te krijgen. Hierbij wordt een budget beschikbaar gesteld aan een zorgpartij die zich vastlegt om in een afgebakende populatie (patiëntengroep of wijk) bepaalde doelstellingen te behalen op het gebied van gezondheid en ervaren kwaliteit van zorg. Het risico wordt hierbij gedeeld: als de doelen worden gehaald tegen lagere kosten, ontvangt de zorgpartij een deel van de opbrengst.

Digitale zorg is reguliere zorg. De coronacrisis heeft uitgewezen dat digitale zorg een goede vorm van zorg is en tevens tijd en arbeid bespaart. Zolang goede zorg voorop staat en de aandacht voor het menselijk contact niet op de achtergrond raakt, zijn wij voor meer zorg op afstand, met name in de chronische zorg (thuismonitoring). De betaling van reguliere en digitale zorg wordt meer gelijkgetrokken.

Standaardiseren gegevensuitwisseling. Uitwisseling van medische gegevens draagt bij aan de kwaliteit en veiligheid voor de patiënt en vereenvoudigt het werk van zorgmedewerkers. Dit wordt op landelijk niveau opgepakt om de administratieve last te verminderen en onnodige zorgkosten te voorkomen
Alle medisch specialisten in loondienst. Alle medisch specialisten komen in loondienst. Dit vermindert de productieprikkel ten aanzien van behandelvolume en zorgt voor meer gelijkgerichtheid tussen ziekenhuisbestuur en specialisten (die nu onder het medisch specialistisch bedrijf vallen).
Verstandig pakketbeheer. Van te veel medische behandelingen staat niet vast of deze effectief zijn en voor wie. Daarom zijn we voor een meer selectieve en risicogestuurde invoering van nieuwe technologie in de zorg door middel van een 'sluis': na onderzoek wordt besloten of de behandeling wordt vergoed of niet. We werken daarnaast aan een kritische evaluatie van de bestaande zorg.
Gepaste doelmatige zorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de zorgverzekeraars gaan veel strakker toezien op gepaste doelmatige zorg als onderdeel van kwaliteit.
Centrale inkoop en eigen productie van geneesmiddelen. Het is essentieel dat de overheid geneesmiddelen inkoopt en dat we - in EU verband - meer zelf medicijnen, medische hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen produceren, zodat we minder afhankelijk worden van één of enkele leveranciers.

Meer vertrouwen en eigenaarschap voor werkers in de zorg en welzijn

Wij hebben grote waardering voor alle werkers in de sectoren zorg en welzijn. Zij werken voor de publieke zaak. Verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkers, ggz-hulpverleners en jongerenwerkers zetten zich in voor mensen die hulp nodig hebben. Het zijn professionals die het werk moeten kunnen doen wat hun hart heeft, zonder veel bureaucratische rompslomp die vooral van wantrouwen getuigt. De grootste onvrede bij zorgverleners zit niet zozeer in de salariëring als wel in de bureaucratische ballast en het ontbreken van eigenaarschap. Daarom willen we herstel van vertrouwen in en eigenaarschap voor de zorgprofessional.

De inhoudelijke kennis van de zorg ligt bij de professional en niet bij ambtenaren of alleen bij managers.
Om de passie en het plezier van zorgmedewerkers vast te houden, streven we naar een klimaat waarin vertrouwen het uitgangspunt is en mensen en organisaties van fouten mogen leren. Door omscholing en goede arbeidsvoorwaarden krijgen zorg- en welzijnsmedewerkers de waardering die ze verdienen, met ruimte voor vertrouwen, vrijheid en verantwoordelijkheid.

- **Carrière voor zorgmedewerkers in de directe zorg. Goede verzorgenden, verpleegkundigen en hulpverleners in de directe zorg moeten kunnen doorgroeien qua salaris. Daarom willen we het traditionele salarisgebouw doorbreken, zodat we goede mensen kunnen behouden. Werkgevers en werknemers sluiten hierover een nieuwe cao af. De overheid praat hierover mee, vanuit haar verantwoordelijkheid voor het budget en stelsel.**
- **Vast bedrag per cliënt voor wijkverpleegkundige. Wijkverpleegkundigen kunnen de beste inschatting maken welke cliënt meer of minder zorg en ondersteuning nodig heeft. Door een vast bedrag per cliënt te betalen (en niet af te rekenen op een vast aantal uren of minuten) kunnen eigen afwegingen worden gemaakt en hoeft er minder verantwoord te worden.**
- **Gratis herregistratie en bijbehorende scholing. Voor verpleegkundigen met een verlopen registratie komt scholingsbudget beschikbaar in de vorm van een op te richten *Vitale-beroepenfonds*. (Oud-)werknemers in een vitaal beroep in de publieke sector kunnen hierop via een (toekomstige) werkgever een beroep doen.**
- **Meer vertrouwen en minder verantwoording. Er komt een regelvrije ruimte om de huidige vormen van verantwoording af te bouwen. Vertrouwen in de professional wordt het uitgangspunt.**
- **Meer zeggenschap voor professionals op de werkvloer. Zorgprofessionals krijgen inspraak bij behandeltrajecten en in beleid. Dit wordt formeel vastgelegd.**
- **Combinatiebanen. We willen meer doorgroeimogelijkheden en goede randvoorwaarden voor combinatiebanen. Zo blijft werken in zorg en welzijn uitdagend en kan kruisbestuiving plaatsvinden tussen vakgebieden. Bijvoorbeeld door een combinatie van onderwijs, onderzoek, beleid en kwaliteit.**
- **Hulpverleners voor langere tijd. Bij complexe en langdurige problemen wisselen hulpverleners elkaar te vaak af en wordt te weinig naar alle aspecten van het probleem gekeken. Er komen daarom meer domein- overschrijdende hulpverleners die mensen voor langere tijd helpen en niet opgeven voordat de situatie is verbeterd, zoals levensloopbegeleiders, casemanagers en gezinsregisseurs.**

Samen inzetten op preventie en gezondheid

Steeds meer mensen hebben meerdere (chronische) aandoeningen. Dit heeft vaak invloed op de kwaliteit van leven en betekent dikwijls een langdurig beroep op zorg. Het goede nieuws is dat een deel van de aandoeningen een gevolg van leefstijl is. Daarmee zijn ze te voorkomen of te verminderen. De verschillen tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status nemen toe: de levensverwachting scheelt 7 jaar, de levensverwachting in goede ervaren gezondheid ongeveer 18 jaar. In een welvarend land als

Nederland is het onbestaanbaar dat deze kloof steeds verder groeit. Een gezonde leefstijl kan niemand worden voorgeschreven en er zijn factoren waar je zelf geen invloed op hebt, maar een gezonde leefstijl kan wel worden gestimuleerd. Gezond eten kan door voorlichting en beprijzing worden aangemoedigd. Mensen, met name kinderen en jongeren, hebben er recht op dat de overheid hen beschermt tegen marktpartijen die het belang van volksgezondheid niet altijd vooropzetten. Gezonde keuzes moeten gemakkelijker en normaler worden.

De overheid neemt algemene preventiemaatregelen, daarnaast is inzet van ouders, (jeugd)artsen, bedrijven, sportverenigingen en scholen nodig. Als je jong leert om gezond te leven, neem je dat je leven lang mee. Bovendien: iedereen heeft er baat bij als ziektes op latere leeftijd worden voorkomen. Allereerst voor het eigen welzijn, maar ook omdat dit zorguitgaven bespaart.

- **Wettelijk preventieplicht. Preventie wordt expliciet verankerd als onderdeel van de wettelijke (zorg)**
  plicht van zorgverzekeraars én gemeenten. In plaats van ziekte wordt gezondheid het uitgangspunt. De preventieplicht richt zich op de leefomgeving van mensen, waarbij potentieel ziekmakende factoren worden weggenomen.
- **Nationale preventieakkoord doorzetten. We breiden de ambities van het in 2018 gesloten Nationaal Preventieakkoord uit, onder meer naar drugsgebruik.**
- **Aanpak overgewicht. De aanpak *Jongeren Op Gezond Gewicht* is uiterlijk in 2025 ingevoerd in elke gemeente. Met een lokale aanpak wordt overgewicht bij jongeren voorkomen of behandeld.**
- **Preventie bij de huisarts. Huisartsenpraktijken worden uitgebreid met praktijkondersteuners die zich richten op hulp en ondersteuning bij preventie.**
- **Rookvrije generatie. We blijven streven naar een 'Rookvrije Generatie'. Tabak is alleen nog te verkrijgen in speciaalzaken. De prijs gaat conform het Nationaal Preventieakkoord in 2023 naar minimaal € 10 per pakje. Daarna gaat de accijns elke 2 jaar met € 1 omhoog. Ook op de e-sigaret en soortgelijke producten wordt accijns geheven, in lijn met de tabaksaccijnzen. Voor e-sigaretten worden geen andere smaken toegestaan dan de standaard tabakssmaak.**
- **Rookvrije terrassen. Alle terrassen worden in de zomer van 2022 rookvrij.**
- Overmatig alcoholgebruik terugdringen. Voor alcoholische dranken komen er minimumprijzen per eenheid,

  met als doel de goedkoopste alcoholische drank minder aantrekkelijk te maken voor probleemdrinkers.

- **Verbod op alcoholreclame. We voeren een verbod op alcoholreclame in met het oog op gezondheidswinst**

  en minder verslavingen.

- **Gezonde keuzes goedkoper. De keuze voor gezond eten en drinken moet aantrekkelijker zijn dan voor**

  ongezonde producten met suikers en vetten. Dit bevorderen we met fiscale prijsprikkels en in ieder geval door

  een suikertaks in te voeren.

- **Verbod op ongezonde marketing. Kindermarketing wordt alleen nog toegestaan voor producten van de**

  Schijf van Vijf.

Veerkracht in de geestelijke gezondheidszorg

Als het met iemand geestelijk niet goed gaat, is het belangrijk dat er professionals in de zorg klaar staan. De ChristenUnie wil een geestelijke gezondheidszorg die herstel bevordert en de mentale veerkracht van mensen versterkt. Er is een kwetsbare groep die als gevolg van biologische kwetsbaarheid, jeugdtrauma's of andere omstandigheden, langdurig en soms chronisch lijdt onder psychiatrische problematiek. Deze mensen verdienen langdurige zorg en ondersteuning. Ggz-professionals, gemeenten en sociale wijkteams moeten hierin samen optrekken, omdat veel mensen met ggz-problematiek ook andere problemen hebben, zoals werk, wonen, schulden en eenzaamheid. Er zijn knelpunten binnen de ggz die de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit onder druk zetten. Dit uit zich in soms lange wachttijden, toenemende instroom en een (te) lage uitstroom. Deze problemen vragen meer regie in de regio en sturing van de overheid. Daarnaast pleiten wij voor een breed maatschappelijk gesprek over geestelijke gezondheidszorg en psychische problematiek. Het (verder)

medicaliseren van menselijke moeilijkheden is lang niet altijd de juiste weg. We hebben ook meer betrokkenheid bij elkaar en weerbaarheid bij tegenslag nodig. Het versterken van sociale verbanden, zelfhulpmodules, inzet op preventie en inzet van wijkteams, kunnen helpen om mensen en hun omgeving weerbaarder te maken tegen een psychische disbalans die zich voor kan doen. We zetten de mens centraal en niet de aandoening.

- **Ggz in de wijk. We investeren in geestelijke gezondheidszorg in de wijk en in de verbetering van de samenwerking tussen de ggz, huisartsen, maatschappelijke opvang, woningcorporaties, schuldhulpverlening en andere zorg- en hulpverleners en herstelgroepen. Zo voorkomen we dat mensen zwaardere zorg nodig hebben.**
- **Levensloopbegeleiding. Bij levenslange problematiek, zoals autisme, kunnen mensen via de zorg aanspraak maken op levensloopbegeleiding, op het gebied van onderwijs, werk en relaties, om problemen bij cruciale overgangsmomenten te voorkomen.**
- **Praktijkondersteuner ggz. Er komen meer praktijkondersteuners ggz bij huisartsenpraktijken, zodat op een laagdrempelige manier wordt bekeken wat de goede aanpak is van klachten.**
- **Minder administratie bij acute en klinische psychiatrie. Voor veel professionals is de klinische en acute zorg steeds minder aantrekkelijk om te werken vanwege de enorme verantwoordingsdruk. Het werk bij organisaties die zich richten op lichtere vormen van ggz-zorg biedt vaak meer vrijheid en is beter te plannen. Dit leidt tot grote tekorten in de klinische en acute ggz. Dat moet anders: vertrouwen in de professionaliteit van zorgverleners wordt het uitgangspunt.**
- **Regionale regie en landelijke dekking. Partijen in de regio maken afspraken om de beste triage en toegang tot zorg te bieden. Landelijke partijen zorgen voor een adequaat en landelijk dekkend systeem met een bovenregionaal aanbod voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag die niet binnen de eigen regio geholpen kunnen worden. De financiering hiervan wordt geregeld op basis van beschikbaarheid en niet op basis van gebruik. Zoals iemand met ernstige brandwonden direct naar het landelijk brandwondencentrum in Beverwijk kan gaan, zo doen we dat ook met andere hoogcomplexe zorgvragen.**
- **Sterkere rol overheid bij wachttijden. Voor diagnosegroepen voor wie de wachttijd structureel te hoog ligt, krijgt de overheid een sterkere rol om zorgvraag en zorgaanbod beter in balans te brengen.**

- **Experiment populatiebekostiging. We willen ook in de ggz experimenteren met populatiebekostiging. Dit betekent dat er uitkomstdoelen worden gesteld, waarbij professionals zelfstandig bepalen hoe ze die bereiken. Het financiële risico wordt gedeeld tussen inkoper(s) en aanbieder.**
- **Ook hulp die niet in één hokje past. Door de toenemende specialisering en daarop aangepaste financiering, loopt een groot deel van de psychiatrische zorg langs de lijnen van zorgpaden en zorgprogramma's, die suggereren dat iemand slechts één psychiatrische diagnose heeft. In de praktijk blijkt vaak dat mensen**
  die door psychische en psychiatrische problematiek langdurig vastlopen, aan meerdere diagnosegroepen voldoen. De zorgvraag sluit daardoor niet aan bij het zorgaanbod. Het gevolg is dat psychisch kwetsbare mensen met een complexe problematiek nergens adequaat geholpen worden, maar vaak langdurig op wachtlijsten staan. Wij willen dat 'out-of-the-DSM-box' denken, behandelen en bekostigen onderdeel wordt van het experiment populatiebekostiging.
- **Extra investeren in zelfmoordpreventie. De afgelopen jaren is werk gemaakt van het voorkomen van suïcides. We zetten dit structureel voort en investeren waar mogelijk extra in zelfmoordpreventie. Het nummer 113 wordt gratis en anoniem beschikbaar. In de Wet publieke gezondheid komt een plicht voor gemeenten om actief werk te maken van zelfmoordpreventie.**

Betere jeugdzorg

Opgroeien doe je bij voorkeur thuis. Bij haperingen in het opgroeien en opvoeden is het van belang dat zorg en ondersteuning zo nabij mogelijk worden aangeboden. Met de juiste ondersteuning op het juiste moment kan zwaardere zorg worden voorkomen. Door de versnelling van de maatschappij, de hoge verwachtingen waaraan kinderen en jongeren moeten voldoen en het steeds meer ontbreken

van stabiele relaties en gezinnen, raken steeds meer kinderen in de knel. Daar zijn we bezorgd over. Een diagnose en stempel zijn niet altijd behulpzaam. Als er zorg nodig is, moet de focus vooral op de oplossing liggen: de juiste hulp en ondersteuning in en rond

een gezin. Dat kan niet zonder de inzet van informele steun en de eigen kracht van ouders. Soms zijn tips voor
de omgang met of opvoeding van een jongere al voldoende, soms kunnen problemen groepsgewijs worden behandeld, in andere gevallen zijn intensieve hulpverleningstrajecten nodig. Belangrijk is dat er aandacht is
voor de hele mens: de zorg moet gericht zijn op alle aspecten van het probleem: het gezin, de vriendengroep
en omgevingsfactoren. De verandering van de jeugdzorg, gericht op normaliseren, hulp dichtbij en betere samenwerking rond gezinnen, is in volle gang, maar we zijn er nog lang niet. Gemeenten willen wel bijdragen aan de doelen van de Jeugdwet, maar hebben daarvoor een passend budget nodig. Het stijgend aantal kinderen in de jeugdhulp is bovendien ook een symptoom van een maatschappelijk vraagstuk. Dat lossen we niet op met alleen maar meer geld, maar vraagt ook een verandering in de samenleving. We moeten samen toewerken naar een situatie waarin ouders zoveel mogelijk zelf in staat zijn om kinderen een geborgen omgeving te bieden, en als dat onverhoopt nodig is, kunnen rekenen op goede jeugdzorg.

Bredere jeugdzorg. De transformatie in de jeugdzorg moet worden aangegrepen om met een bredere blik te kijken welke hulp jongeren en gezinnen nodig hebben. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat waar jeugdhulp is aangevraagd eerst schuldhulpverlening nodig is of dat bij leerproblemen eerst praktische hulp in het gezin moet komen.

Meer geld voor jeugdzorg. De gemeentelijke uitgaven aan jeugdzorg stijgen en zijn slechts tijdelijk gecompenseerd. De ChristenUnie wil structureel meer middelen voor de jeugdzorg, zodat gemeenten goede zorg kunnen blijven bieden en intussen kunnen transformeren.

- **Specialistische jeugdhulp slimmer inkopen. Voor regionaal, bovenregionaal en landelijk werkende aanbieders geldt dat zij met verschillende gemeenten en verschillende inkoopkaders te maken hebben. Omgekeerd geldt dat het gemeenten veel tijd, geld en inzet kost om zorg goed in te kopen bij meerdere aanbieders. Om zowel gemeenten als aanbieders efficiënter te laten samenwerken, komt er een landelijk inkoopkader voor bovenregionale specialistische jeugdhulp, dat nog steeds mogelijkheden openlaat voor lokaal maatwerk. Dat is goed voor gemeenten, de jeugdhulp en vooral voor de jeugd die hulp nodig heeft.**
- **Resultaatgericht contracteren. Bij het contracteren moeten de kwaliteit van de jeugdzorg en het te bereiken resultaat dat professionals leveren leidend zijn, en niet het aantal uren dat wordt vastgesteld.**
- **Grens jeugdhulp naar 23 jaar. De overgang van 18- naar 18+ levert veel problemen op. We trekken de leeftijdsgrens voor jeugdhulp op naar 23 jaar, in lijn met het RVS-advies. Gemeenten krijgen hiervoor de financiële middelen.**
- **Familienetwerkberaad vaker inzetten. Om het netwerk van jongeren te activeren in de zoektocht naar een oplossing willen we vaker vormen van familienetwerkberaad inzetten.**
- **Eén gezin, één plan. Voor multiprobleemgezinnen geldt de aanpak één gezin, één plan, één regisseur. De privacy van gezinnen moet gewaarborgd zijn, maar mag samenwerking tussen zorg-/hulpverleners niet belemmeren.**
- **Praktijkondersteuners jeugd en gezin. In de (huisartsen)praktijk kan de inzet van praktijkondersteuners bij jeugd- en gezinsproblematiek onnodige doorverwijzing naar duurdere zorg helpen voorkomen. Ouders en jeugd worden dichtbij, snel en in een vertrouwde omgeving geholpen.**
- **Woongroepen. Er komen alternatieven voor jeugdigen die niet in een pleeggezin of gezinshuis passen, en op dit moment in de gesloten jeugdhulp worden geplaatst waar ze geen passende hulp krijgen. Te denken valt aan kleinschalige gezinsvormen of woongroepen.**

- **Kindermishandeling bespreekbaar maken. Melden van kindermishandeling helpt, maar neemt het achterliggende probleem vaak niet weg. Daarom houden we het meldpunt Veilig Thuis in stand en wordt het programma *Geweld hoort Nergens Thuis* voortgezet. Doel is om de bespreekbaarheid te vergroten en mensen te ondersteunen bij vermoedens van kindermishandeling.**
- **Burgervoogden. De zaakbelasting van jeugdbeschermers wordt verlicht door inzet van burgervoogden.**