

Zorgplan HCF

Beschikbaar, Bereikbaar en Betaalbaar



opgesteld vanuit de praktijk

Healthy Community Foundation

Koos Dirkse, voorzitter

november 2020, versie 13.4

Woord vooraf

De gezondheidszorg is een sector die de komende jaren sterk zal groeien. De toenemende groep ouderen en de stijgende levensverwachting, gecombineerd met ontwikkelingen in medische technologie en medicatie, stellen ons in staat langer te leven met een zekere kwaliteit van leven. Om deze ontwikkelingen op te vangen, is er steeds meer geld nodig; dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar in de jaarlijkse debatten over de inhoud van de basiszorgverzekering, de premie, het eigen risico en de eigen bijdragen.

Huidige aanpassingen in de marge bieden weinig perspectief en de oplopende kosten vergen een steeds groter deel van het besteedbare inkomen. Het is tijd voor een structurele herziening van het fundament van de zorg. In 2016 is het eerste Zorgplan opgesteld met de gedachte dat zorg voor iedereen beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar moet blijven. Dit plan is tot stand gekomen na intensief overleg met zorgverleners, praktijkhouders en patiënten die dagelijks ervaring hebben met de zorg.

De zorgsector is verworpen tot een gammal bouwvark, dat met steeds meer steunpilaren overeind moet worden gehouden. Hoewel Nederland topzorg biedt, laat het huidige stelsel veel te wensen over. De kosten rijzen de pan uit en er is slechts één oplossing: het systeem rigoureus opnieuw opzetten. We moeten ons voorbereiden op tegenwerking, want veel heilige huisjes staan op de tocht. Zorgverzekeraars vrezen voor een afname van hun machtspositie, management- en consultantsbureaus zullen hun omzet zien dalen, en velen die niet direct in de zorg werkzaam zijn, moeten vrezen voor hun baan.

Dit alles zal echter de burgers ten goede komen. Zij zullen minder betalen voor betere zorg met kortere lijnen. Informatie over hun zorg zal altijd beschikbaar zijn en zij zullen de eigenaar van die informatie zijn. Geen inmenging of verplichtingen van zorgverzekeraars over waar en op welke manier zij zich moeten laten behandelen. De modernste apparatuur zal te allen tijde beschikbaar zijn, ondersteund door goed opgeleid personeel. De zorginformatie van de burger wordt op één veilige locatie verzameld en beheerd door een onafhankelijke stichting, onder het toezicht van de overheid.

De basisverzekering zal via de belastingdienst worden ingehouden, en de betalingsinstantie staat onder de hoede van de overheid. Zorgverzekeraars worden hervormd tot ‘normale’ verzekeraars, waar burgers zich aanvullend kunnen verzekeren voor extra faciliteiten en service. Declaraties aan de zorginstantie worden alleen betaald wanneer de patiënt of diens gemachtigde deze heeft gevalideerd.

We zullen een registratie- en declaratiesysteem opzetten dat parallel loopt met andere landen, waardoor vergelijkingen mogelijk zijn en de kosten aanzienlijk worden verlaagd.

Er zijn veel mogelijkheden om de zorg anders te organiseren, en we leggen u dit stap voor stap uit in ons Zorgplan. Goede zorg is van groot belang, maar de laatste jaren staat onze zorg onder druk door bezuinigingen, verhoging van premies, toename van eigen bijdragen en een groeiend eigen risico. Bovendien worden ziekenhuizen gesloten, spoedeisende hulp verminderd en afdelingen opgeheven, wat de ontwikkeling en bereikbaarheid van zorg beperkt. De administratieve lasten voor zorgverleners nemen toe, grotendeels door de steeds groeiende regelgeving.

Het is hoog tijd voor een hervorming van het zorgstelsel, zodat de beste zorg bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar blijft voor iedereen. Daarom biedt de Healthy Community Foundation dit Zorgplan aan. Elk facet van de zorg is hierin beschreven in heldere, begrijpelijke taal. Soms wordt er ook een relatie gelegd met andere belangrijke pijlers zoals wonen, woonomgeving, milieu en welzijn.

Met dit plan, dat tevens aan de Tweede Kamer is aangeboden, geven we ook de noodzakelijke aandacht aan werkgelegenheid in de zorg en het onderwijs dat beter kan aansluiten op de vacatures in de zorgsector. Verdere uitwerking, toetsing en mogelijke invoering van het Zorgplan kunnen enkel plaatsvinden wanneer het idee wordt overgenomen door het zorgbeleid in Nederland. Daarom is dit Zorgplan geschreven voor u, als lid van het Zorgbeleid Nederland.

We vragen u dit plan door te lezen. Neem het mee naar de Eerste en Tweede Kamer, vraag er breed aandacht voor en ga ermee aan de slag. Alleen zo kunnen we de koppositie in de zorg opnieuw innemen.

Tot slot wil ik mijn dank uitspreken aan de vele praktijkhouders en zorgverleners voor hun waardevolle adviezen.

In het bijzonder Walter Schrader huisarts, Jan Koning apotheker, Karin de Roo manager mantelzorg, Jolanda de Mooij verpleegkundige, Martin Keesenberg fysiotherapeut en Pieter Kousemaker orthopedagoog.

Mijn co-auteur Carola Boezer heeft de vele onderwerpen weten te rangschikken tot één geheel.

Koos Dirkse

Voorzitter HCF

Inhoudsopgave

Woord vooraf	1
Inhoudsopgave	3
1. Inleiding	4
2. Bestuur	7
3. Uitgangspunten	8
4. Burger en patiënt	10
5. Zorg en Gezondheid	11
6. Zorg en Wonen	13
7. Gezondheid en educatie	15
8. Zorgverzekering	18
9. Contractering	21
10. Huisartsenzorg	24
11. Apotheekzorg	26
12. Mondzorg	28
13. Fysiotherapie	30
14. Logopedie	34
15. Jeugdzorg	35
16. Zorginstellingen	39
17. Ouderenzorg	40
18. Verpleeghuiszorg	42
19. Gehandicaptenzorg	44
20. Mantelzorg	46
21. Thuiszorg	49
22. Geestelijke Gezondheidszorg – GGZ	50
23. Tweedelijnszorg	52
24. Complementaire geneeswijzen	55
25. Onbegrepen ziekten – SOLK	56
26. Zorgstelsel algemeen	58
27. Patiëntgebonden dossier – PGD	61
28. Infrastructuur	63
29. Preventie	65
30. Verklaring	69
31. Slotwoord	70
Bijlage I: Kubus met 27 verbeterpunten	71
Bijlage II: Diagnose Behandel Centra	73
Bijlage III: SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten)	75
Bijlage IV: Patiëntgebonden dossier: de Prima-Pas	86

1. Inleiding

De Healthy Community Foundation, afgekort HCF, is een stichting, die zich inzet voor de belangen van de burger, een denktank, waar initiatieven worden ontwikkeld, die de burger meer invloed geeft op de politieke besluitvorming. Op dit moment heeft de burger weinig tot geen inbreng in politieke kwesties. HCF wil dit gaan veranderen.

De stichting is politiek neutraal en wil de politiek adviseren over het te voeren beleid in samenspraak met de burger en betrokkenen in ‘het veld’. Om enigszins druk uit te oefenen op de politiek worden deze adviezen ook gepubliceerd in de (social)media.

Het bestuur van HCF bestaat uit ervaren mensen, die op een integere basis participeren. Zij hebben een gedegen achtergrond en ruime ervaring binnen hun vakgebied en nadenken over hoe ze bijvoorbeeld welzijn en persoonlijke ontwikkeling in Nederland kunnen verbeteren voor iedereen. Dat doen ze door te luisteren naar alle geluiden in de maatschappij, bereiden plannen voor en voert, zo mogelijk, druk uit om huidige stelsels daarop aan te passen. Het bestuur wordt daarbij ondersteund door een denktank met ervaren mensen uit de praktijk.

Via polls en enquêtes inventariseert HCF bij de burger waar de zorgen liggen en waar de burger vastloopt. Van daaruit worden vanuit de denktank plannen bedacht, waar menig politieke partij of politiek kopstuk zijn of haar voordeel mee kan doen.

“Actief burgerschap is het antwoord op de partijdemocratie”

en daar gaat HCF mee aan de slag.

Concessie doen stamt uit de 20^e eeuw. HCF creëert samen met de burgers nieuwe oplossingen, die passen bij de 21^e eeuw. Dit doen wij door alle ideeën mee te nemen in het proces voor nieuwe beleidsplannen.

Pijlers van HCF

HCF is gestart met drie pijlers. Hierop zijn de onderwerpen geplaatst, die het meest voor de burger van belang zijn: **Zorg, Wonen en Welzijn**

Doelstelling

“Een gezonde samenleving te creëren, waarin het welzijn van mensen - zoals een goede gezondheid, een ideale woon- en leefomgeving, goede persoonlijke ontwikkeling - centraal staan en voor iedere burger beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar is”.

HCF heeft als missie:

Ervoor te zorgen dat de samenleving bewuster en gezonder wordt, samen met elkaar leeft en de eigen regie/verantwoordelijkheid neemt, door aan te tonen, dat het welzijn van de burger door middel van samenwerkingsverbanden (zoals co-creatie) eenvoudiger, bereikbaar en betaalbaar wordt.

HCF tracht dit te bereiken door:

In samenspraak met de burger beleidsvisies op te stellen en deze te bespreken met de politiek en deze via haar website en (social)media bekend te maken.

1. **Verzamelen** van vragen aan bevolking en professionals op het gebied van één van de drie pijlers;
2. **Analyseren** van de uitkomsten hiervan;
3. **Bespreken** met de politieke partijen, overheidsorganen en overkoepelende organisaties.

Traject

HCF is begonnen om een duidelijk plan te schrijven voor de zorg, daarna volgen wonen en welzijn. Op die manier komen alle disciplines aan bod, ondersteund door praktijkvoerders en mensen, werkzaam in de diverse branches van onze pijlers.

Juist door het raadplegen van mensen die werken in de praktijk zal, op basis van co-creatie, duidelijkere inzichten worden verkregen in wat er moet worden veranderd op de langere termijn. De afgelopen tijd hebben er vele bezuinigingen plaatsgevonden op korte termijn. Dit ging ten koste van de burger, het zorgpersoneel en de zorg in het algemeen. Daarbij is het welzijn van patiënten en cliënten enorm gedaald. Dit kan werkelijk anders!

HCF geeft de burger meer stemkracht en de mogelijkheid aan te geven wat u graag kwijt wilt over één of meerdere pijlers. Vertel uw ervaring en waar u denkt dat de verbeterpunten zitten.

Er zijn voldoende professionals in Nederland die daadwerkelijk een stem moeten krijgen.

Wij willen uw stem vertegenwoordigen! De bestuurders van HCF hebben een groot netwerk, dat kan worden ingezet.

Door goede zorg, een beter woon- en leefklimaat te creëren wordt automatisch het welzijn van mensen verbeterd. Als het welzijn goed is zullen de ziektekosten dalen en het ziekteverzuim en het algemene welbevinden van de mens verbeteren.

HCF is een stichting met mensen die een hart hebben voor de medemens, want zonder hart is er geen welzijn. Daarom zal het bestuur de pijlers blijven verbeteren en telkens met nieuwe beleidsplannen komen ter verbetering. Want zoals de mens groeit, verandert ook de vraag. In een gezonde samenleving leer je van elkaar en help je elkaar beter worden en in de kracht gezet worden. De juiste mensen op de juiste plaats en vandaar uit kunnen wij in Nederland **het beste zorgstelsel creëren van de wereld**. Waar zorg nog echt zorg is, waar geen woningnood is en waar het welzijn van de mensen hoog staat aangeschreven. Dat is de samenleving waarin wij elkaar bijstaan en verbinding zoeken met elkaar. HCF zoekt die verbinding door u mee te laten denken met een nieuwe samenleving waar plaats is voor mensen. In bijlage 1 staan de 27 verbeterpunten in kubusvorm.

Website

HCF is bezig met de bouw van een website. Het concept treft u aan op: www.stichtingHCF.nl.

U kunt reageren, vragen stellen en ideeën aangeven via: info@stichtingHCF.nl.

HCF is ook actief op Social Media.

Twitter: https://twitter.com/HCF_nl

Facebook: www.facebook.com/Healthycommunityfoundation

LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company-beta/5384624/>

2. Bestuur HCF

Het bestuur van HCF bestaat uit minimaal drie personen, Waarvan er twee posten bezet zijn. Dit houdt in dat er een vacature is voor het derde bestuurslid. Ook dit lid zal een relevante ervaring moeten hebben voor één van de pijlers van HCF. De huidige twee bestuursleden hebben politieke ervaring. De portefeuilles zijn als volgt verdeeld:

Koos Dirkse is voorzitter en heeft de portefeuille: **Zorgstelsel en eHealth**. Hij heeft meer dan



35 jaar ervaring binnen de zorg, zowel vanaf de werkvloer als een directiefunctie binnen een ziekenhuis. Hij heeft een brede ervaring en achtergrond (bouwkunde, Informatica en geneeskunde). Heeft leiding gegeven aan diverse sociaal- economische onderzoeken op het gebied van huisvesting binnen het voormalig ministerie van VROM.

Was initiatiefnemer en directeur van een samenwerkingsverband van ruim 40 ziekenhuizen op ICT-, medische informatie- en declaratiegebied. Koos schrijft veel artikelen over met name de zorg, zie hiervoor www.medisoft.nl.



Carola Boezer is secretaris en heeft de portefeuille: **Zorg en Welzijn**. Zij zal namens de stichting naar buiten treden als woordvoerder. Zij heeft ervaring met communicatie in de breedste zin en is onder meer tv-presentator van talkshows. Daarnaast heeft ze lang gewerkt binnen de gezondheidszorg. Ze is bekend met chronische ziekten die onder de noemer SOLK vallen en zal zich inzetten voor meer begrip voor patiënten die aan deze ziekten lijden en zich inzetten voor erkenning.

Carola is auteur van ‘Vechten met de draak in mij’, een boek over fibromyalgie.

3. Uitgangspunten



Om de zorg efficiënter te maken en in de toekomst betaalbaar te houden, dienen er een aantal basisprincipes rigoureus te veranderen. HCF heeft een aantal punten op papier gezet, waaraan in dit geval gewerkt moet worden.

1. Sterke reductie van zorgkosten door een **eenvoudiger declaratiesysteem**, gekoppeld aan internationale systemen. Efficiëntere zorg, minder administratie, management en geen ingehuurde consultants. Afschaffen DBC's.
2. Er dient **één basisverzekering** te komen. Deze basisverzekering moet een brede vergoeding hebben en geen eigen risico. Een aanvullende verzekering kan worden afgesloten bij een commerciële zorgverzekeraar
3. Nadruk leggen op **preventie, gezondheid en gezond** blijven en niet wachten tot men ziek wordt. Hierbij is de leefstijlaanpak zeer belangrijk om mensen te helpen gezond te worden én te blijven. Via onderwijs een goed basisplan aan voorlichten en instructie geven. Dit zou in het basisonderwijs moeten zitten.
4. **Mondzorg dient weer in het basispakket** te worden opgenomen. Door slechte mondzorg kunnen er allerlei kwalen en ziekten ontstaan, die voorkomen had kunnen worden. Hierdoor ontstaan vaak hoge ziektekosten, die niet nodig hadden geweest.
5. Betere en **onderbouwde informatieverstrekking** door zorgverzekeraar aan de cliënt/patiënt. Patiënt informeren over zijn zorguitgaven door middel van duidelijk leesbare en gespecificeerde zorgnota's. Meer betrokkenheid bij de mensen door een goede klantenservice voor mensen die niet goed uit de nota's komen
6. Herinrichten ministerie van VWS tot een **ministerie van Gezondheidszorg, Welzijn en Wonen**. Woonomgeving en milieu vormen onderdeel van Welzijn. Dit kan niet van elkaar worden gescheiden. Ook gezien de problematiek met ouderen met zorgbehoefte, die geacht worden langer thuis te blijven wonen. Er is grote woningnood, vooral in de sociale woningbouw, waar vaak medische indicaties aan te pas komen. Door ondermeer deze aspecten dient Gezondheidszorg en Wonen onder één ministerie te vallen. Beide kun je zien als een vorm van Welzijn. Ditzelfde geldt voor milieu: gezondheid bij uitstek. Amateursport valt onder Welzijn, professionele sport onder Economische Zaken.

7. **Afschaffen contractering** voor praktijkhouders
8. Invoeren van **Patiënt Gebonden Dossier** (PGD), patiënt dient eigenaar te zijn en de huisarts dient op te treden als regievoerend arts. Afschaffen Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en Landelijk Schakel Punt (LSP)
9. Sterk **verbeteren ouderenzorg** met meer personeel bij de cliënt en aanzienlijk minder management, meer kleinschaligheid en in de buurt gecentreerd. Intensieve samenwerking huisarts en arts ouderengeneeskunde. Het opheffen enkele jaren geleden van verzorgingscentra is een grote fout geweest. Deze dienen heropgericht te worden.
10. De **transitie jeugdzorg terugdraaien**. Huisarts als regievoerend arts, met directe toezicht op jeugdzorg in het kader van zijn patiënt. Een meldpunt dat onderzoek instelt als jeugdzorg en jeugdinstellingen niet voldoen aan de basiseisen. Een kind zou weer als individu gezien moeten worden en zorg aangepast op zijn of haar mogelijkheden.
11. Betere **waardering voor mantelzorgers** op maatschappelijk én financieel gebied; samenwerking van zorg en mantelzorger voor het welzijn van de zorgvrager.
12. Ziekenhuizen moeten een **ondernemende en dienstbare houding** gaan aannemen; betere zorg door meer handen aan bed en op de werkvloer. Medische professionals in management functies, die weten wat er speelt in het ziekenhuis. Minder administratief management en kortere lijnen. Absurd hoge salarissen dienen aan banden te worden gelegd, zo ook de bonuscultuur.
13. Meer geld beschikbaar stellen voor **onderzoek naar onder meer kanker, ALS en dementie** en dit niet alleen van de 'collectebus' laten afhangen. Dit zal op den duur bijdragen aan vermindering van de zorgkosten. Beter systeem voor erkenning van ziekten, die bewezen chronisch te zijn, ondanks dat de oorzaak nog niet bekend is. Hiervoor ook meer fondsen beschikbaar stellen, die onderzoek en wetenschap kunnen bevorderen.
14. **Herziening van de eerstelijnszorg**. Instellen Diagnose Behandel Centra (anderhalvelijnszorg, zie bijlage II), die een groot deel van de poliklinische zorg overnemen. De HAP's kunnen hierdoor worden opgeheven
15. Ziekenhuizen sterk afslanken en transformeren naar **super gespecialiseerde centra**
16. De hotelfunctie van ziekenhuizen overdragen aan zogenaamde **zorghotels**.

4. Burger en patiënt



Iedere burger is – voor zo ver daartoe in staat – **verantwoordelijk** voor behartiging van zijn gezondheid. Autonomie terug in eigen handen en betutteling maakt plaats voor eigen verantwoordelijkheid. Degene die hulp nodig heeft of niet in staat is om eigen zorg te bepalen, kan een beroep doen op hulpverlening.

Deze wordt voor het grootste deel vergoed via de zorgverzekering. De samenleving draagt bij aan een gedeelte van het vergoedingensysteem, echter, ieder burger wordt verondersteld zelf ook bij te dragen aan een gezonde samenleving en die van zichzelf.

1. Iedere burger kan zich **bijverzekeren** voor soorten hulp en zorg waar hij/zij belang aan hecht;
2. De patiënt is het **middelpunt** van het zorgproces; de zorgverlener en de patiënt gaan samen in gesprek over de zorgbehoefte en wijze van zorg, zo blijft autonomie gewaarborgd. Het gaat per slot van rekening over het lichaam van de patiënt;
3. De patiënt **eigenaar** van zijn/haar gegevens, het dossier in handen van de patiënt en de huisarts. In medische zaken voert de huisarts, in samenspraak met de patiënt, de regie. In niet-medische zaken kan een huisarts adviserend en zo nodig verwijzend arts zijn;
4. De patiënt wordt **bewust** gemaakt van de gemaakte zorgkosten via leesbare, gespecificeerde nota's via een, door de overheid beheerd portaal. Zo kun je als patiënt ook direct bij je rekeningen en kan een ieder duidelijk en overzichtelijk zien wat de maandelijkse kosten zijn.

5. Zorg en Gezondheid



Onderwijs en advies over gezonder ouder worden en alle hulpmiddelen en mogelijkheden van hulp in de basiszorg, zorgt voor betere kwaliteit van leven. Betutteling zorgt juist voor het omgekeerde effect.

1. **Zorg moet toegankelijk en dichtbij huis zijn, herkenbaar en zonder drempel**

Na vaststelling van de indicatie moet er gekeken worden met de patiënt naar zorg op maat. Niet iedereen heeft dezelfde zorgbehoefte. Elk individu is anders en heeft andere zorg nodig. Daarnaast moet er gekeken worden naar behoud van zelfredzaamheid, autonomie is belangrijk.

2. **Décommercialisering van de zorg**

Niet de winst, maar de gezondheid van de patiënt en de maatschappij zijn het gemeenschappelijke doel van zorgorganisaties! Zolang de marktwerking in de zorg bestaat, dienen er verantwoorde en gezonde prikkels te zijn om goede prestatie te belonen. Er moeten geen bonussen uitgekeerd worden, dit geld dient terug te gaan naar de zorg.

3. **Meer ruimte om ziekten, sociale problematiek en pedagogische misstanden te voorkomen (accent op primaire preventie)**

Zorg richten op respecteren en ondersteunen van de autonomie en hetgeen mensen wél kunnen, ondanks door ouderdom bijkomende beperkingen en tegenslagen. Niet gericht op de beperkingen, maar juist op de mogelijkheden focussen. Dit voorkomt bijvoorbeeld hospitalisering en incontinent worden van patiënten door te weinig handen en zorg. Iedere zorgverlener zou dezelfde prijzen en kosten moeten berekenen.

4. **Medische en niet-medische zorg worden in principe gerealiseerd in de directe omgeving**

De patiënt wordt behandeld in zijn directe omgeving. De verzekering is niet bepalend voor het type zorg en de locatie, niet vanwege lagere kosten, maar vanwege de beste zorg in eigen omgeving. Dit bevordert het houden van eigen regie en welzijn.

5. **Kleinschalige zorg en samenwerking**

Schaalvergroting is mogelijk en in veel gevallen beter, mits het de doelmatigheid en

specialisatie op een bepaald gebied verbetert. Maar alles moet in het teken staan van het welzijn van de patiënt/cliënt.

6. **Sturing door zorgprofessionals: investeren in meer zorgprofessionals aan het bed**

Door middel van standaardisatie van protocollen wordt veel tijd en geld bespaard. Het wiel hoeft niet iedere keer weer opnieuw te worden uitgevonden. Hoger opgeleid zorgpersoneel kan meer overstijgend denken.

7. **Huisvesting en zorg moeten dicht bij elkaar worden gebracht**

Investeringen worden vertaald in financieel en niet in maatschappelijk rendement. Korte termijn denkwijze, terwijl er betere mogelijkheden zijn voor langere termijnen. Er kan door middel van onderwijs en gezondheidszorg enorme stappen worden gemaakt. Woningbouwcorporaties moeten gemobiliseerd worden om een maatschappelijk rendement te maken. Zoals het realiseren van woonunits voor bijvoorbeeld echtparen/partners, waar zorg bij één van de twee nodig is (beschreven in ons **handvest ‘Wonen’**). Dit vergt lange termijn visie. De gezondheid en helderheid van geest wordt veel langer gewaarborgd door een veilige thuishaven als zij samen kunnen blijven. Dus minder zorgkosten uiteindelijk door mantelzorg, veiligheid en geborgenheid van de patiënt. Voorlichting over deze mogelijkheid geven maakt dat mensen zich eerder gaan inschrijven en zorgt voor continuïteit in het verhuurproces.

6. Zorg en Wonen



Gezondheid, welzijn, en wonen zijn nauw met elkaar vervlochten. Niet alleen op financieel gebied – de woon- en zorgkosten vormen het grootste deel van de uitgaven van een gemiddeld Nederlands gezin – maar wonen en gezondheid zijn ook de meest belangrijke pijlers onder welzijn. Zorg en

wonen hebben de drie B's gemeen: bereikbaar, beschikbaar, betaalbaar. En laten we de eis van kwaliteit niet uitvlakken.

Een goede woning in een gezonde en veilige omgeving draagt bij tot welzijn en een minder gebruik van **zorgaanbod**. Het is niet voor niets dat steden als Rotterdam, Utrecht, Antwerpen en de meeste Duitse steden veel doen op het gebied van een gezond milieu en een lage emissiezone instellen. Maar de sprekendste voorbeelden waar gezondheid, welzijn, wonen en mobiliteit samengaan vind je in Scandinavië. Stockholm, Kopenhagen en Oslo zijn maar een paar bekende steden die ermee aan de weg timmeren.

Welzijn als het resultaat tussen de interactie van wonen en gezondheid maakt de 'eerste lijn' dagelijks mee. Zij zijn de kenners bij uitstek die je kunnen vertellen wat de meerwaarde is van een geïntegreerd beleid.

De morbiditeitsklachten door slecht wonen lopen van geboorte tot overlijden. Iedere leeftijdsklasse krijgt ermee te maken en des te jonger de klachten beginnen des te sneller zullen die uitgroeien tot chroniciteit. Ziekten die niet alleen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden en de levensverwachting naar beneden bijstellen, maar ook de zorgkosten per levensjaar steeds verder doen oplopen.

Morbiditeit die veroorzaakt wordt door wonen is bij ongewijzigde woonomstandigheden onoplosbaar, heeft een slechte prognose en is uitzichtloos voor de patiënt. Dat laatste is een cumulerende factor voor een negatief beeld van het welzijn.

Wonen (de som van woning, woonomgeving en milieu) is een belangrijke variabele voor de gezondheid en als som daarvan het welzijn. De relaties tussen de variabelen worden steeds

duidelijker door groeiend wetenschappelijk onderzoek. Zo is er in Antwerpen veel onderzoek verricht naar de invloed van fijnstof op de vasculaire en pulmonaire morbiditeit. De resultaten zijn zonder meer schokkend. Kinderen die amper de kleuterschool ontgroeid zijn, hebben een significant lagere leeftijdsverwachting dan hun leeftijdsgenootjes in een minder schadelijke woonomgeving.

Willen we een volledig beeld ontwikkelen op het gebied van wonen en welzijn en de variabelen zoveel mogelijk op elkaar afstemmen dan spreekt er dus veel voor om het beleid op het gebied van de volksgezondheid en het welzijn te integreren met dat van wonen. Bij de toenemende vergrijzing heeft men qua zorg en wonen nu met drie ministeries te maken. Om bij deze groep mensen, met een afnemende gezondheid, zou het een stuk eenvoudiger zijn om dit onder één ministerie te laten vallen. Het huidige ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal naar een hoger niveau moeten worden gebracht, waarbij amateursport naar Welzijn kan en de professionele sport naar Economische Zaken.

Het uiteindelijke doel zou dan kunnen zijn een **ministerie van Gezondheid, Welzijn en Wonen**.

7. Gezondheid en Educatie



Het welzijn van mensen stijgt op het moment dat ze kunnen leren hoe ze gezond kunnen leven. Veel mensen zijn niet op de hoogte wat ze kunnen eten en hoe te koken met minimale budgetten. Van oudsher leren vrouwen koken en te zorgen voor het gezin. Door de tijd heen is dit enorm veranderd en

zijn er vaak twee verdieners in een gezin. De tijd die genomen wordt om een goede maaltijd op tafel te zetten is niet altijd meer vanzelfsprekend. Toch zijn er diverse mogelijkheden om gezonde maaltijden te koken in korte tijd. Ook is er een heel stuk onderwijs over voeding en bewegen weggehaald uit het onderwijs. Dat is heel jammer, want klein geleerd is oud gedaan. Dit gezegde mag oubollig zijn maar is nog steeds toepasbaar. HCF zou heel graag beweging en gezond leven weer implementeren in het basispakket van onderwijs.

Daarvoor hebben wij het volgende plan uitgedacht met medewerking van diverse mensen die werkzaam zijn in onderwijs en in de sportsector. Gezond leven voorkomt obesitas en andere welzijnsziekten. Dit zou dus volgens ons een basisvoorwaarden moeten zijn in het onderwijs. Nederland heeft net als vele westerse landen last van welvaartziekten, zoals obesitas, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten. Ongeveer 75% van deze ziekten zijn veroorzaakt door ongezonde levensstijl, slechte voeding, roken, weinig beweging. Ongeveer 12 % van de kinderen tussen de 4-20 jaar hebben overgewicht. Dat wordt voornamelijk veroorzaakt doordat ze geen goede voorlichting krijgen en de “snelle hap” heel aantrekkelijk is.

Als kinderen in die leeftijdscategorie op scholen al goede voorlichting krijgen en bewegen wordt gestimuleerd, dan kan dit tij voor de toekomst gekeerd worden. Ook volwassenen kampen met overgewicht door vet eten, fabrieksvoedsel en te weinig echte vitamines in het huidige voedsel, maar ook door het gebrek aan beweging. Dit kan allemaal beter en anders volgens wetenschappers en mensen die werken in het gezondheidswezen, maar ook in de sportwereld zien wij grote veranderingen.

1. HCF vindt dat er weer een echte **sportleerkracht** moet worden ingezet om les te geven in het onderwijs. Deze mensen zijn opgeleid in tegenstelling tot de leerkrachten, die nu lessen geven in beweging op scholen. Maar ook sportverenigingen kunnen worden ingezet om elke week op scholen een les te geven. Daar zullen dan beide partijen profijt

uit halen. Het schoolzwemmen moet weer terug naar een verplicht onderdeel op de basisschool.

2. Kinderen leren dat bewegen leuk is en gaan makkelijker bij een sportvereniging als ze daar les in hebben gehad of een proefles hebben ervaren. Door kinderen beter te onderwijzen in **gezonde levenspatronen** zullen ze ook verstandigere keuzes maken in het volwassen leven. Iets wat met de paplepel wordt ingegeven blijft hangen. Door deze visie te hanteren zullen ook de clubs weer meer leden krijgen en zal er dus een gemotiveerde jeugd ontstaan die sporten leuk vindt.
3. Waarom is **sporten en bewegen** zo belangrijk? Via sport leert een kind sociale vaardigheden ontwikkelen, te motiveren, hard werken om iets te kunnen presteren, bereiken, discipline. Dus iedere ontwikkeling die je stopt in het kind komt op diverse vlakken terug. Daarom moet de sportleerkracht terugkomen in het systeem. Door goed te sporten gaan ze beter leren, zullen zij hun energie leren kanaliseren, sociaal vaardig omgaan met anderen en dat ze kunnen doorzetten zonder op te geven. Ze leren het beste uit zichzelf te halen. Het is algemeen bekend dat 1 uur bewegen per dag bijdraagt aan een gezonder leven.
4. Kinderen op jongere leeftijd leren door spel en herhaling. Als er iedere week op een vaste tijd aandacht wordt besteedt aan **gezonde voeding en bewegen**, dan zal het snel beter kunnen gaan met Nederland. Want ook ouders leren van kinderen. Leer een kind koken en het gaat beter eten.
5. Als kinderen voor ouders mogen koken zullen ze maken wat ze op school geleerd hebben. Gezonde voeding wordt dan dus ook thuis geïntroduceerd. Daarnaast is het goed voor kinderen om basisvaardigheden te leren. Koken is een belangrijke vaardigheid voor de volwassenheid. Als kinderen geleerd wordt om een goede **uitgebalanceerde maaltijd** te bereiden leren ze diverse andere vaardigheden naast gezonder leven, het sociale aspect, kennis over het voedsel, stimulatie en discipline opbrengen. Hier kunnen professionals deelnemen aan het proces.
6. **Koks of leerlingen van de koksschool** kunnen lessen voorbereiden en samen met de leerlingen interesse voor het vak creëren. Buiten dat vinden kinderen het vaak een fijne manier van leren. Iets maken zorgt er ook voor dat kinderen met minder gezonde voeding toch een goede en evenwichtige maaltijd krijgen, maar nog belangrijker ook leren dat gezond eten ook heel lekker kan zijn.

7. Als scholen **groentetuintjes** aanleggen, leren de kinderen ook gezond verbouwen. Is dat geen mogelijkheid, dan zou er contact gelegd kunnen worden met boeren in de nabijheid van school. Je kunt dan denken aan professionals die lessen voorbereiden voor scholen over gezonde voeding, of kinderen helpen om een tuin aan te leggen, waarin elke groep op het eigen niveau kan leren. Zo krijgen wij wederom het beste van twee werelden. Kinderen leren gezonde voeding zelf te verbouwen en leren ook alles wat er nodig is om te creëren. Daarnaast worden ze enthousiast gemaakt voor het boerenleven. Vanuit de professionele kant werkt het ook zo, ze leren kinderen gezonde voeding verbouwen, ze kunnen kennis delen en interesse wekken voor het vak. Dit lijkt ons een win-win situatie voor beiden.
8. Het mooie van een gezondere levensstijl introduceren op scholen is dat het voor elk niveau te doen is, waar een kind qua niveau ook zit. Dit kunnen ze allemaal gezamenlijk als les volgen. Dit zorgt voor **eenheid in de klassen**. Sociaal gaan ze enorm vooruit, doordat ze samen moeten werken om het eten te verbouwen en te bereiden en sporten in teamverband (niemand uitgesloten).
9. Het **vermindert pesten** doordat kinderen met elkaar iets creëren en die samenwerking geeft verbinding. Door professionals en sportverenigingen de lessen te laten voorbereiden is er geen extra kennis nodig vanuit school. Dit zou zelfs nog uitgebreid kunnen worden naar koken voor ouders en familie op school of een dagje koken voor de ouderen in de wijk.
10. Dit plan valt of staat met **faciliteiten en natuurlijk een financiële bijdrage** waar een school middelen door kan inkopen. Dit kan op diverse manieren verkregen worden. Een subsidie vanuit de overheid, die zeker ook gebaat is bij een gezondere levensstijl van kinderen en volwassenen. Maar ook vanuit het bedrijfsleven een soort van sponsoring voor een school om deze lessen te kunnen geven. Denk ook aan acties die een school kan doen om geld op te halen met dit specifiek doel.

8. Zorgverzekering



De zorg maakt een groot deel van de begroting van de overheid uit. De burger betaalt per jaar ruim € 5.700 aan zorg via de premie, belastingen, eigen risico en eigen bijdrage. Doordat de uitvoering van het zorgstelsel is uitbesteed aan de zorgverzekeraars heeft de overheid een merendeel van zijn zeggenschap uit handen gegeven. De zorgverzekeraars hebben eigenlijk een blanco cheque ontvangen. Komen zij niet uit met de begroting, dan gaat het jaar daarop de premie, eigen bijdrage en/of eigen risico omhoog.

Zorgverzekeraars worden door de EU gezien als commerciële instellingen, maar zij behoeven geen winstbelasting af te dragen. Met de open grenzen binnen Europa kun je erop wachten, dat de grote buitenlandse zorgverzekeraars, zoals de Deutsche Kranken-versicherung (DKV), Nederland zullen binnenkomen. Zij weten, dat de uitgaven ruimschoots worden gedekt door de burgers en lopen dus geen enkel risico. Er hoeft alleen maar op de kosten te worden bezuinigd, zoals het invoeren van een efficiënter declaratiesysteem als bijvoorbeeld de internationale DRG's, de zorg verder uitgekleeft, het eigen risico cq eigen bijdrage omhoog gebracht en ze maken miljarden winst. Dit geld zal niet worden besteed aan extra zorg, maar zal over de grens verdwijnen. Dit is voor HCF een reden temeer, om de basisverzekering bij de zorgverzekeraars weg te halen.

Door invoering van de marktwerking in de zorg heeft de overheid zichzelf echter compleet buiten spel gezet wat betreft de prijs. Verzekeringsmaatschappijen en producenten bepalen de prijs en de overheid, lees de burger, betaalt.

HCF wil dat de **overheid zijn verantwoordelijk neemt** en de uitvoering van het zorgstelsel weer in eigen beheer neemt. Een basisverzekering, waarbij de inning van de premie wordt ondergebracht bij de belastingen. Het is tenslotte een verplichte verzekering, vergelijkbaar met de AOW. Hierdoor zal er al een daling van de kosten plaatsvinden. Het ambtenarenapparaat, dat zich nu bezighoudt met de zorgpremie en de zorgtoeslag wordt overbodig. Komen de groep laagstbetaalden niet uit, dan kan de belastingschijf in de laagste groep(en) worden aangepast. Bij veel landen om ons heen wordt de zorgpremie al geïnd via de belastingen.

De zorgverzekeraars dienen nu als bank. Zij hebben een reserve van vier miljard euro. HCF is van mening dat de overheid een basisverzekering moet gaan aanbieden aan burgers en daarmee de concurrentie moet aangaan met de commerciële zorgverzekeraars.

1. **Basisverzekering**

Er dient één basisverzekering te komen, zonder eigen risico en bijbetaling. Deze basisverzekering moet een brede vergoeding hebben. Voor een extra verzekering kan een aanvullende verzekering worden afgesloten bij een commerciële zorgverzekeraar.

2. **Afschaffen eigen risico voor de basiszorg;**

De grote winstbedragen geven aan dat het eigen risico helemaal niet betaald hoeft te worden. Zorgverzekeraars zouden geen winstbelang moeten genereren. Heel veel mensen komen hierdoor in financiële nood en kunnen maar amper een basisverzekering betalen. Velen betalen het eigen risico in termijnen. Vaak komt het voor, dat de laatste termijn nog niet is afbetaald, of het nieuwe eigen risico wordt weer aangesproken. Dit kan anders als de zorgverzekeraars meer aan banden wordt gelegd. Duidelijk is dat marktwerking hier averechts heeft gewerkt. Een verzekering die geen eigen risico laat betalen zou de andere zorgverzekeraars overstag kunnen helpen.

3. **Aanvullende verzekering**

Als je veel ziektekosten verwacht, kun je je extra verzekeren bij de zorgverzekeraar. De basisverzekering vergoedt niet alles. Bij sommige zorgverleners krijg je een bepaald aantal behandelingen vergoed, bijvoorbeeld fysiotherapie. Door een extra verzekering af te sluiten bij een commerciële zorgverzekeraar zullen deze kosten worden vergoed. Dit was voorheen de 'aanvullende verzekering'.

4. **Verbetering informatiesites zorgverzekeraars**

De meeste zorgverzekeraars schieten tekort met het informeren over de gemaakte zorgkosten aan de patiënt. De op de websites geplaatste informatie is ontoereikend. De behandelingen staan nauwelijks aangegeven, er staat een totaalbedrag, zonder specificatie en veel staat beschreven met onbekende codes. Gezien het feit, dat de patiënt verplicht is om eigen risico en eigen bijdragen te betalen, dient hij hiervoor duidelijke informatie te ontvangen in de vorm van een duidelijk leesbare nota en goede informatie op de website van de verzekeraar. Daarbij dient de zorgverzekeraar aan te geven wat maximaal vergoed wordt en wat de patiënt nog aan behandelingen tegoed heeft.

5. **Contractering moet worden afgeschaft**

Contractering is een dure werkwijze, aan beide kanten van het contract, die onder de streep weinig tot niets bijdraagt aan kostenbeheersing en kwaliteitscontrole, alleen maar een hoop extra administratief werk, dat niet ten goede komt aan de zorg.

9. Contractering



Praktijkhouders/zorgaanbieders binnen de eerstelijns zijn dé ondernemers binnen de zorg. Zij worden het vrije ondernemerschap grotendeels ontnomen door de zorgverzekeraars, de overheid en vele andere instanties. Zij zijn verplicht ieder jaar contracten af te sluiten met de zorgverzekeraars, anders krijgt de patiënt de behandelingen, waar hij recht op heeft, niet (geheel) vergoed.

De praktijkhouder is via dit contract aan allerlei regels gebonden. Zorgverzekeraars bepalen in hoge mate de prijs van een behandeling en nóg belangrijker: de kwaliteit van die behandeling en de plaats waar die behandeling zal moeten plaatsvinden.

Reductie van zorgkosten heeft reeds effect laten zien in de eerstelijns zoals thuiszorg, fysiotherapie en huisarts.. De zorgkosten door medische specialisten en medicatie zijn gestegen (1 miljard per jaar). Besparing zou gerealiseerd worden door meer zorg in de eerstelijns te laten plaatsvinden ipv de dure tweedelijns.

Het is niet langer de zorgaanbieder, die op basis van kennis en ervaring de juiste behandelingsmethode kiest voor de klant, maar de zorgverzekeraar, die dat doet vanuit een heel ander uitgangspunt: geld!

1. **Voor ZZP'ers is het nu (nog) onmogelijk om een contract aan te gaan, omdat de zorgverzekeraar simpelweg hen die gelegenheid niet biedt;**

De ZZP'er zou een contract moeten kunnen aangaan, zonder al de regelgeving die nu te complex is. Om deze groep te stimuleren zou er nieuwe wetgeving aangenomen moeten worden die kijkt of een ZZP'er voldoende jaarinkomen genereert of meerdere contracten afsluit om het inkomen te bewerkstelligen. Dit bevordert de economie en zal meer ZZP'ers aantrekken die betere zorg willen geven zonder kopzorgen.

2. **Zorgaanbieders hebben niet de mogelijkheid hun eigen prijs, kwaliteit en voorwaarden te bepalen;**

Men levert de grip op de praktijkvoering in. De marktwerking heeft niet het beoogde resultaat behaald, zou dus terug gedraaid moeten worden naar de oude situatie. Zorg is een aangelegenheid van de Staat. Wel moet er gekeken worden naar een betere versie

dan de voorgaande in het kader van wetgeving en versoepeling van ingewikkelde procedures.

3. **State of art behandeling valt veelal onder het niet te contracteren domein;**

Door middel van standaardisatie van protocollen wordt veel tijd en geld bespaard. Het wiel hoeft niet iedere keer weer opnieuw te worden uitgevonden. Hoger opgeleid zorgpersoneel kan meer overstijgend denken.

4. **Voor een zorgaanbieder is het een tijdrovende en ingewikkelde klus om uit de vele zorgverzekeraars, die op hun beurt ook nog weer vele contractopties aanbieden, het beste contract te kiezen;**

Hier zou een versoepeling wederom moet gelden. Een versimpeling van contracten en meer samenwerking tussen zorgverzekeraars zou dit bewerkstelligen.

5. **Niet-gecontracteerde zorg wordt slechts gedeeltelijk of niet vergoed door de zorgverzekeraar;**

Wil men de behandeling vergoed krijgen, dan is de verzekerde verplicht om naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

Wettelijk wordt 75 % vergoed, echter de zorgverzekeraar heeft de ruimte om zelf het normtarief te bepalen. Praktisch zijn er daarom zorgverzekeraars die 50 % dus 15 euro van de gemiddeld 30 euro vergoeden, omdat zij een laag normtarief hebben ingesteld. Hierdoor ontstaat er een belemmering van de marktwerking tussen niet-gecontracteerde fysiotherapeuten en gecontracteerde fysiotherapeuten. In de aanvullende verzekering mogen zorgverzekeraars zelfs 0 euro vergoeden. Dit is in het verleden gebeurd bij Zorg & Zekerheid en de Friesland.

6. **Declaraties en zorgaanbieders;**

Zorgaanbieders moeten aan het einde van de maand hun declaraties indienen bij de zorgverzekeraar door middel van verzamelstaten. Daarna wordt de afhandeling van de declaraties pas in gang gezet. Het gevolg daarvan is: twee tot drie maanden wachten op het geld.

7. **Bangmakerij;**

De zorgverzekeraars moeten onmiddellijk stoppen met het verkondigen van de onwaarheid, dat fysiotherapeuten, die geen contract hebben afgesloten, niet capabel genoeg zijn!

8. De zorgaanbieder moet de mogelijkheid worden geboden om de rekening naar de patiënt te kunnen sturen cq de patiënt direct te laten pinnen na de behandeling. De patiënt declareert de behandelingen bij de zorgverzekeraar. Contractering geeft een hoop administratie, dat een hoop tijd en geld kost en niets oplevert.

10. Huisartszorg



De huisarts is de eerste aansprekende arts voor de patiënt en deze voert de regie over het zorgproces van zijn/haar patiënt;

Dit zorgt voor een veilig en vertrouwd gevoel voor de patiënt. In samenspraak wordt bepaald wat de mogelijkheden in zorg zijn. Dit zal de zelfredzaamheid en het welzijn van de patiënt verbeteren.

Zowel de huisarts als de patiënt weten het beste wat goed is voor de patiënt;

De zorgverzekeraar en de vertegenwoordiging van de professional bepalen nu wat kwaliteit van zorg is, terwijl dit primair een zaak is waarin de patiënt centraal moet staan. Individueel, leeftijd- en cultuurgebonden met natuurlijk een aantal harde variabelen, zoals levensverwachting en mogelijkheden van de patiënt in denkvermogen.

1. **De zorgverzekeraars moeten terug in hun hok en geen bank spelen;**

De zorgverleners hanteren een zorgmodel, waarin het primaire proces zich afspeelt tussen patiënt en zorgverlener. Alle andere partijen hanteren een ander model, het verdienmodel wat niet ten dienste staat van het primaire (zorg)proces. Dit heeft verregaande gevolgen, omdat het zorgmodel per definitie in de procesgang ondergeschikt wordt als gevolg van een zwakkere onderhandelingspositie;

2. **De normpraktijk moet worden teruggebracht naar 1750 patiënten;**

Al jaren worden de huisartsen voorgespiegeld dat de normpraktijk voor 1fte huisarts ver naar onderen moet worden bijgesteld. Dit is natuurlijk onmogelijk als de vaste abonnementsgelden per patiënt jaarlijks omlaag gaan! Huisartsen moeten meer tijd krijgen voor een patient, met dien verstande, dat het huidige tarief wordt aangepast.

3. **Herziening vestigingsbestanddeel huisartstarief;**

Nu krijgt iedere huisarts een vast tarief voor zijn standplaats, ongeacht of deze is gevestigd in noordoost Groningen of het centrum van Amsterdam of Den Haag. Via een enquête bij de huisartsen kan HCF de gegevens inventariseren en bespreken met de landelijke verenigingen en de zorgverzekeraars.

4. **Geef een fatsoenlijk arbeidscontract en een fatsoenlijk loon;**

De verdere ontwikkeling van het POH (Praktijk Ondersteuner Huisarts) -model staan in de huidige vorm, waarbij aangetoonde onderfinanciering aan de basis ligt van het positieve rendement voor verzekeraars en het negatieve rendement voor de huisartsen. Zij dragen ook nog eens alle bedrijfsrisico's. De werkgeversrisico's moeten worden afgedekt door financieel krachtiger partijen dan de huisartsen. Binnen de zorg moet gestreefd worden naar de lange en duurzame arbeidsovereenkomsten, in plaats van ZZP en jaarcontracten, die de relatie met de patiënt ondermijnen;

5. **Zorgdragen dat het zorggeld aan zorg wordt besteed;**

Er moet een veel striktere controle komen op belangenverstrengelingen. Momenteel is het zo dat bijvoorbeeld zorginkopers van verzekeraars in de Raad van Advies kunnen zitten van leveranciers van HIS (Huisarts Informatie Systeem) software en controle software. Dit leidt ertoe dat er doorslaggevende impulsen zijn om te kiezen voor specifieke software wat in de praktijk een factor 1000 in prijsverschil kan uitmaken.

6. **Zorgverzekeraars zijn veel grotere kostenposten dan zorgverleners;**

Er moet een maximum worden gesteld aan de kosten van de begeleiding van het primaire proces. De huisartsen produceren 95 % van de consulten voor 3 % van de totale kosten in de zorg. De partij die bewaker moet zijn van de kosten heeft een budget en een reserve van bijna het achttvoudige. Zorgverzekeraars moeten gezien en behandeld worden als de grootste en minst rendabele kostenpost in de Zorg;

7. **Geef de patiënt de pillen die hij nodig heeft en beëindig de dubieuze onderonsjes tussen verzekeraars en farmaceutische industrie;**

Het onder de tafel inkopen en tegen hoger tarief verkopen van preferent gemaakte middelen moet worden verboden. De invloed van farmaceuten moet op alle mogelijke manieren worden ingedamd. Wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van middelen moet terug naar door de overheid betaalde wetenschappelijke instituten. Behandelingsstandaards moeten door een onafhankelijk orgaan worden geautoriseerd;

8. **Geen infiltratie en inmenging in organisaties van artsen en patiënten;**

Financiering van belangenbehartigers, zoals patiëntenorganisaties en vertegenwoordiging van zorgprofessionals, moet worden losgekoppeld van financiële belangenpartijen zoals verzekeraars en farmaceuten.

11. Apotheekzorg



De apotheker krijgt een duidelijke positie in het zorgproces

Het ter hand stellen van geneesmiddelen is de verantwoordelijkheid van de apotheker, die als geneesmiddelexpert herkenbaar is voor patiënt en andere zorgverleners.

1. **Middelen met dezelfde werking, maar van verschillende merken, moeten worden vergoed door alle zorgverzekeraars;**
 Generieke geneesmiddelen worden wel door 10 verschillende fabrikanten op de markt gebracht. Iedere verzekeraar vergoedt een bepaald merk. Vaak is er maar een prijsverschil van enkele centen. De apotheek moet al die merken in voorraad hebben, anders wordt het voor de patiënt niet vergoed;
2. **Minder administratieve belasting, minder regeltjes door de zorgverzekeraar;**
 De zorgverzekeraar frustreert kwaliteit- en patiëntgericht ondernemen door de apotheker. De zorgverzekeraar bepaalt terwijl dit bij de overheid zou moeten liggen;
3. **De apotheker stemt de medicatiebewaking af op de individuele persoonskenmerken van de patiënt;**
 Zoals genetische parameters en klinische waarden en gebruikerservaringen. Zo garandeert hij de veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van de geneesmiddelen, die de patiënt gebruikt. 'Personalized medicine' is het op maat maken van de medicamenteuze therapie op basis van individuele kenmerken van een patiënt. Deze methode bouwt voort op wetenschappelijke doorbraken in de kennis van de apotheker over de unieke moleculaire en genetische samenstelling van een individu en welke consequenties dit heeft om wel of niet vatbaar te zijn voor bepaalde ziekten. Hieruit volgt ook een groter vermogen om te kunnen voorspellen welke medicamenteuze therapieën het veiligst en meest effectief zijn voor iedere patiënt.
4. **Geneesmiddelen, voorgeschreven door een arts, dienen niet onder het eigen risico te vallen;**
 De tarieven voor de apotheker vallen op dit moment onder het eigen risico. Het bezoek aan de huisarts leidt meestal tot voorschrijven van geneesmiddelen. De huisarts wordt

wel vergoed zonder eigen risico, de middelen van de apotheek niet.. Dit resulteert bij veel patiënten tot de verkeerde prikkel belangrijke apotheekzorg te weigeren. Om dit te voorkomen moet het apotheektarief niet langer vallen onder het eigen risico van de patiënt.

12. Mondzorg



Meer samenwerking in de gehele keten van tandarts, mondhygiënist, huisarts, apotheker voor vroeger signalering van ziektebeelden

Proeven in een regio, stad of dorp zullen hiervoor worden uitgevoerd. De mondhygiëniste moet in de basisverzekering zitten.

Zij zorgen voor preventie van slechte mondverzorging. Dit zal dus ook leiden tot minder daadwerkelijke kosten van tandartsen voor de zorgverzekeraar.

1. **De basiszorg wordt gehandhaafd met versterkte aandacht voor preventie en ouderenzorg**

Door voorlichting aan ouderen te geven en regelmatige check ups kun je heel veel voorkomen. Door ouderen een goede en gezonde manier van leven te leren én mondhygiëne, zal het welzijn van de senioren verbeteren. Een gelukkige oudere is een gezonde oudere!

Dit levert op termijn een fikse besparing van ziektekosten op. In veel verpleeghuizen is dit nog een onderbelicht en onzichtbaar probleem.

2. **De mondhygiëniste dient te worden opgenomen in de basisverzekering**

Slechte mondzorg is de oorzaak van veel andere ziektebeelden. Op dit moment vinden veel patiënten de mondhygiëniste niet noodzakelijk of gaan er niet naar toe vanwege de kosten die men zelf moet betalen. De kosten betalen zich op termijn zeker terug! Een slechte mondgezondheid kan destracieuze gevolgen hebben. Ontstekingen van tandvlees kunnen leiden tot ontstekingen op diverse plaatsen in het lichaam. In uiterste gevallen kan het zelfs de dood tot gevolg hebben.

3. **Het gedeelte van de aanvullende verzekeringen krijgt meer vrijheid**

Door zelf te kunnen kiezen wat voor jou als persoon belangrijk is heb je meer regie over wat de patiënt aan zorg wil. Maar ook wat daadwerkelijk nodig is. Zo komt er een eerlijke verzekering die aangepast is aan de behoefte van de patiënt;

4. **Preventie zal in samenwerking tussen praktijken en scholen worden ingevuld**
Poetslessen op scholen kunnen een start zijn van een gezonde mond. Veel kinderen moeten te vroeg zelfstandig poetsen, dit komt zelden ten goede aan juiste gebitshygiëne;
5. **Mondhygiënist en geriatrisch tandartsen meer betrekken bij ouderenzorg**
Deze specifieke groep heeft meer zorg nodig die gespecialiseerd is. Door geriatrie te betrekken bij de zorg en goede mondverzorging zal de senior langer het eigen gebit kunnen behouden of betere mondhygiëne krijgen. Beide zijn kostenbesparend op de langere termijn;
6. **Patiënten zonder verzekering**
Met betrekking tot patiënten die zich bewust niet verzekeren en topzorg willen en dat zelf betalen wordt er een mogelijkheid gecreëerd om buiten de verrichtingen en tarieven om af te rekenen;
7. **Zorgverzekeraars, tandartsen en consumenten gaan het gesprek aan over regelarme zorg**
Hierbij is transparantie over de nota en de behandeling belangrijk. Door samen om de tafel te gaan zitten kom je tot oplossingen die daadwerkelijk goed zijn voor alle partijen;
8. **Het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen moet worden uitgebreid met meer praktijkervaring tijdens de studie**
De schaarste onder mondzorgaanbieders neemt de komende jaren toe. Dit is niet alleen op te lossen door buitenlandse tandartsen. Desgewenst moet een particuliere opleiding tot tandarts mogelijk worden gemaakt. En doordat de regelgeving versoepeld wordt zullen er meer studenten het vak willen kiezen. Mede ook omdat de tandarts geen luxe product meer is, maar een basiszorg.

13. Fysiotherapie



Simpele contracten met meer vrijheden voor de ondernemende fysiotherapeut;

Dit hangt mede samen met het overdragen van de bewaking van kwaliteit aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is toevertrouwd de kwaliteit te bewaken en die doen dit allemaal op eigen wijze. Dit betekent vele soorten

contracten. De meeste contracten bevatten vele eisen omtrent praktijkinrichting, openingstijden, in te vullen informatie in dossiers, uitvoeren dure audits.

Praktijkvoorbeeld: een plus praktijk is trots vanwege het behalen (na 6 maanden hard werken) van hun audit. Dit wekt dan de suggestie dat de kwaliteit optimaal is, echter de tijd die besteed is aan deze audit is niet geïnvesteerd in de patiënt, intercollegiaal overleg, wetenschappelijk onderzoek of onderwijs / cursussen;

1. Tarief vaststellen voor niet-gecontracteerde fysiotherapie, dat concurrerend is met gecontracteerde fysiotherapie, zodat er daadwerkelijk marktwerking ontstaat;

- Het niet-gecontracteerde tarief voor fysiotherapie bij natura zorgverzekeraars is 60 – 75 % van het marktconforme tarief. Het marktconforme tarief mag echter door de zorgverzekeraar zelf worden bepaald, dus varieert van 14,50 euro – 26 euro voor 30 minuten behandeling.
- In de aanvullende verzekering mag de natura zorgverzekeraar zelfs 0 euro vergoeden. Dit zorgt voor een zeer oneerlijke concurrentiestrijd of anders gezegd: ‘de dwang om een contract met de natura zorgverzekeraars wel te ondertekenen’.

Praktijkvoorbeeld: patiënt met laag inkomen heeft gekozen om alleen een basisverzekering af te sluiten bij een natura zorgverzekeraar en krijgt een chronische indicatie (volgens lijst minister Borst). Hij zal de eerste 20 behandelingen zelf moeten betalen, waarna nog het eigen risico. Wil deze persoon ook nog bij een niet gecontracteerde fysiotherapeut terecht, dan moet die na 20 behandelingen + eigen risico ook nog bijbetalen per behandeling.

2. Minder administratieve belasting

- Onderhoud patiëntendossier, contractuele eisen over wat in te vullen in patiëntendossiers. Het onvoldoende bijhouden kan bij een controle of audit leiden tot ontzeggen van voortgang van contract.
- Declareren (hoeveelheid in te vullen informatie) in declaratiebestand en alle correcties in retourinformatie van zorgverzekeraar via Vecozo.
- Contracten met zorgverzekeraars.

<http://www.fysiotherapiewetenschap.com/nieuws/133/resultaten-onderzoek-administratielast-fysiotherapie>

3. Afschaffing contractering zorgverzekeraars en mogelijkheid krijgen om direct met de patiënt af te rekenen, via een nota of pinnen;

Nu moeten eenmaal, aan het eind van de maand, verzamelstaten worden ingeleverd bij de zorgverzekeraar. Dit houdt in, dat je vaak twee maanden na de behandeling pas je geld ontvangt. Pinnen na de behandeling is een betere optie. Uiteraard mogen eisen worden gesteld aan de declaraties/facturen;

4. Beëindigen van verplichte enquêtes door zorgverzekeraars;

Fysiotherapeuten worden door zorgverzekeraars verplicht gesteld om onder haar patiënten te enquêteren, waarmee zij denken de kwaliteit van behandelen te kunnen vaststellen. Dit is een onnodige tijdrovende klus die nergens toe leidt.

5. Beëindigen van het hanteren van het “praktijkgetal”, dat wordt afgemeten aan het regiogemiddelde;

De zorgverzekeraars hangen kwantiteit op aan kwaliteit. Heb je een te hoog behandelgemiddelde, dan val je in een lagere tariefgroep, dus krijg je een lagere vergoeding. Daarnaast verkopen verzekeraars aanvullende polissen aan hun verzekerden met bijvoorbeeld onbeperkte vergoeding voor fysiotherapie enerzijds en straffen ze de zorgverleners anderzijds af als zij met hun praktijkgemiddelde >20% boven het regiogemiddelde uitkomen. Dit strookt niet met elkaar! Plus praktijken en Topzorg praktijken van respectievelijk Achmea en Menzis geven vaak weinig behandelingen voor een klacht om hun behandelgemiddelde laag te houden. Dit gebeurt ook als klachten niet over zijn. Puur uit angst om hun plus, top of AA status te kunnen behouden.

6. **Vergoeding door verzekeraars voor fysiotherapeutische prestatie;**

De zorgverzekeraars dienen vast te stellen wat ze willen vergoeden voor een behandeling aan haar verzekerde. De fysiotherapeut zou daarbij volledig vrij gelaten moeten worden om zelf een praktijktarief in rekening te brengen..Het geeft de fysiotherapeut meer ondernemerschap als zij zelf hun tarieven bepalen. De patiënt heeft de keuze waar hij/zij heen wil en kan zelf de prijs/kwaliteit verhouding bepalen. Als een fysiotherapeut een hoger tarief kan waarmaken in behandel-effect moet dit kunnen, zodat hij / zij in staat is om verder te innoveren.

7. **De Master Fysiotherapeut erkennen;**

Nu bestaat er een standaard tarief voor de behandelingen fysiotherapie, met een verhoging voor verschillende specialisaties. Dit verschil staat ter discussie binnen het verzekeringsstelsel, wat nadelig is voor de kwaliteit van de zorg. Immers, om tot een gedegen specialisatie te kunnen komen, welke erkend wordt met een Mastertitel, kost veel tijd en dus veel geld. Een specialisatie geeft een goede verdieping van het vak, waarmee de zorg naar de patiënt kan worden verbeterd middels diepgang en meer kennis van de klachten. Met andere woorden een jurist verdient net zoveel als een advocaat. Na invoering van BaMa (bachelor-master) structuur is er de volgende structuur ontstaan waarvoor erkenning innovatie zou kunnen stimuleren, te weten:

- HBO geschoold fysiotherapeut (BSc),
- Hogeschool MSc (beroepsinhoudelijke materopleiding),
- Universiteit MSc wetenschapper op vakgebied.

8. **Geen eenduidig tarief voor de junior-fysiotherapeut en de senior-fysiotherapeut;**

Wanneer je van de opleiding fysiotherapie komt, mag hetzelfde tarief worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Een fysiotherapeut met jaren ervaring, meer kennis heeft van het vak, zal hetzelfde tarief declareren. Door een vorm van een portfolio aan te maken, waarin kenbaar wordt gemaakt welke activiteiten de fysiotherapeut heeft uitgevoerd op grond van kennis van het vak, maar ook op grond van management, praktijkvoering, communicatie etc. kan worden aangetoond wat de vaardigheden en kunde van de therapeut inhoudt. In de VS: PTA, PT, senior PT en DPT (physical therapy assistant, physical therapist, physical therapist senior en doctoral physical therapist).

9. **Patiënt mag bij verschillende zorgverleners op een dag onder behandeling zijn;**

Nu mag er slechts één behandeling per dag worden gedeclareerd, ook als de patiënt voor

verschillende aandoeningen komt. Is men bij twee fysiotherapeuten met verschillende klachten onder behandeling dan ligt het eraan wie het eerste declareert, want die krijgt betaald, de tweede niet. Een patiënt zou tevens op één dag onderzocht en behandeld moeten kunnen worden. Vooral in het geval van acute klachten.

10. **Letselschade**

Wanneer er sprake is van een schadeclaim cq klachten door letsel, dienen de kosten die gemaakt worden voor de zorg per definitie te worden gedeclareerd bij de aansprakelijke partij en niet dat deze ten koste gaan van het aantal zittingen wat een patiënt krijgt vanuit zijn zorgverzekering.

14. Logopedie



Vermindering van protocol gestuurde zorg;

Protocol gestuurde zorg: alle extra administratieve taken, die in de zorgdossiers moeten worden ingevuld. Dit kost minimaal drie uur per dag en er staat nauwelijks vergoeding tegenover!

1. **Minder administratieve belasting;**

Dit legt teveel druk, die ten koste gaat van de kwaliteit zorg. Administratie moet versimpeld worden, zodat er meer tijd is voor cliënten.

2. **Eenduidig tarief**

Er moet een eenduidig tarief komen voor behandeling, geldend voor alle verzekeraars, gebaseerd op het tarief van de NZA.

3. **De logopediste laten bepalen hoe er wordt gedeclareerd;**

Declareren naar verzekeraar of patiënt, zoals in complementaire zorg ook vaak gebeurt. Uiteraard mogen eisen worden gesteld aan de declaraties/facturen.

4. **Tarief invoeren voor verslagen, protocollen en behandelplannen.**

Er moet een tarief worden ingesteld voor verslagen, protocollen en behandelplannen. Op dit moment bestaat dit niet. Veel van deze werkzaamheden moet in de vrije tijd worden uitgevoerd!

15. Jeugdzorg



Kinderen en jongeren zijn kwetsbare groepen. De meest kwetsbare mensen leven vaak geïsoleerd, doordat zij moeite hebben met contact vast te houden en opgeslokt worden door hun problemen (door bijvoorbeeld een laag IQ, laag emotionele/sociale leeftijd, onvoldoende taalbeheersing,

schulden, geen werk, psychiatrische problemen, verslaving, etc).

Ondersteuning voor hun ontwikkeling en bescherming moet beschikbaar, laagdrempelig en bereikbaar zijn. Er moet ook preventie worden toegepast via scholen vanuit jeugdzorg.

1. **Ieder kind dient in breder perspectief bekeken te worden, als individu;**
2. **De Transitie Jeugd (sinds januari 2015) moet worden teruggedraaid en worden vervangen door een opener systeem, waarbij andere spelers ook ruimte krijgen;**
3. **Vroegtijdig signaleren als ouders en/of kinderen ondersteuning nodig hebben;**
Belangrijk is dat de verkregen ondersteuning het beste past bij de specifieke behoeften en situatie en personen. De gewenste en geschikte hulp, training of therapie moet laagdrempelig en snel beschikbaar zijn om verdere (ontwikkelings)problemen zo goed mogelijk te voorkomen.
4. **Financiering op basis van geleverde prestaties en conform de behoefte in een regio/stad;**

De Transitie Jeugd, die de gemeenten omvangrijke regie geeft over de jeugd GGZ, wordt vervangen door een opener systeem. Marktwerving en betaling achteraf is erg kwetsbaar en niet aan te raden binnen de Jeugdzorg. Met name omdat je heel moeilijk kunt zeggen dat iets goed is geweest. Je werkt perverse prikkels in de hand! Onder andere uitsluiting van zorg en dat speelt al vanwege alle controles.

Jeugdteams/sociale wijkteams/ WMO en medewerkers van CJG's (Centrum voor Jeugd en Gezin) gaan werken onder gelijke condities als ZZP'ers in de zorg & hulpverlening. Geen financiering vooraf en 'bij voorbaat beschikbaar', maar op basis van geleverde diensten en conform de behoeften in een regio of stad.

5. **Bij vroegtijdig signalering gedragstraining aanbieden aan ouders van kinderen met problemen/ tekortkomingen;**

Dit om gedragsproblemen en het ontwikkelen van vandalisme, criminaliteit,

schooluitval en jeugdverslaving zo veel mogelijk te voorkomen. Insteek moet zijn dat klanttevredenheid onafhankelijk wordt gedaan en niet met enquêtes vanuit eigen bedrijf. In feite gebeurt dit al. Wel gaat de huidige jeugdwet vooral uit van de kracht van ouders, die vaak geïnterpreteerd wordt als: ‘heeft deze ouder een hulpvraag?’ Het outreachend werken is waar een slag geslagen kan worden, maar pas op! Er zijn diverse pilots die hebben uitgewezen dat hulp dichtbij en snel ook de eigen kracht ondermijnt en mensen afhankelijk maakt. Het is de kunst mensen te stimuleren en sociale netwerken te bevorderen (vooral in de huidige maatschappij van individualisme en eigen verantwoording). Het vormen van een kernteam in de nabijheid van de cliënt en het gezin, bestaande uit mensen die ze vertrouwen, bevordert de zelfredzaamheid.

6. **Het accent moet liggen op een nauwe samenwerking tussen de betrokkenen, hulpverlening en onderwijs; korte lijnen en duidelijke communicatie;**

Binnen het onderwijs is het passend onderwijs nog niet af. Kennis bij leraren is onvoldoende aanwezig en de vraag is of je dit mag verwachten. Wat wel helpt is een school maatschappelijk werker (SMW). Een bekend gezicht, dat kennis heeft en weet door te verwijzen. Belangrijk is dat een SMW-er onafhankelijk is van de school en in een team werkt van SMW-ers, die ondersteuning krijgen van een pedagoog/orthopedagoog. Hiermee wordt intervisie etc en up-to-date kennis van ontwikkelingsproblemen en interventies gewaarborgd.

7. **Kleinschalige zorg, minder bureaucratie en direct contact met de behandelaar;**

Zonder teveel tussenpersonen in het geheel. In geval van medische zorg moet de huisarts een betrokken en centrale rol krijgen en laten ondersteunen door POH GGZ en POH Jeugd.

8. **Geen harde overgang bij 18 jaar tussen jeugdzorg en volwassenen zorg;**

Jongvolwassenen die dit nodig hebben moeten hun voorziening en ondersteuning behouden en geleidelijk kunnen afbouwen.

Bij de zorgverzekeraar ligt nu de knip GGZ op 18 jaar. Kinderen in de Jeugdzorg hebben daardoor geregeld problemen met continuïteit van zorg. Doorgaan met dezelfde behandelaar is meestal geen optie. Ook voor de transitie speelde dit al, maar is met de transitie zeker niet opgelost.

Nu de gemeente verantwoordelijk is voor jeugd is er een probleem bijgekomen voor o.a. kwetsbare Licht Verstandelijke Beperkte (LVB) jongeren. Na het 18^e jaar vallen zij

plots onder meerdere wetten en potjes met als gevolg ook hier niet de juiste zorg gegeven wordt. Deze jong volwassenen vallen tussen de wal en het schip, terwijl met een welzijnsplan deze jongeren een betere transitie kunnen doormaken en geholpen worden met zorg op maat.

9. Aandacht op het gezin en zijn netwerk als systeem;

Echtscheiding is een groot probleem in de samenleving en zeer ingewikkeld voor hulpverleners. Weinigen pakken dit goed aan, terwijl de effecten op het kind enorm zijn. Vooral kinderen met autisme spectrum krijgen te weinig gerichte zorg hiervoor. Het zorgplan wil dan ook meer gespecialiseerde zorg voor deze groep. Medicatie voor ADHD vergoeden, ook voor volwassenen. Hierdoor worden kansen voor deze kinderen en ouders enorm vergroot (uit de bijstand, hoger leerrendement, minder criminaliteit, minder verkeersongevallen, etcetera).

Het geheel zal dus kostenbesparend werken op alle gebieden, maar vooral op Welzijn. In het kader van psychische problemen bij jongeren met autisme zou een trainer met een counseling opleiding betere zorg kunnen bieden. Fitness en therapie werken voor kinderen en jong volwassenen beter dan praatgroepen of een psycholoog. Dit zou in het zorgpakket aangeboden moeten worden. Kinderen en jong-volwassenen leren hierdoor beter om te gaan met prikkels, zelfverzekerdheid etc. Deze kinderen zijn minder vatbaar voor criminaliteit en drugsproblematiek.

10. De focus leggen op zowel arme als rijke kinderen;

Bekend is dat dit twee verschillende werelden zijn en dat men zich niet graag laat mixen. De kloof wordt hierdoor alleen maar groter. In beide groepen bestaat problematiek en daar wordt te weinig naar verbinding gezocht. Daarin zouden welzijnswerkers een grote rol kunnen spelen. Zo ook bij het constateren van de problemen, maar ook in verbinden van beide groepen.

11. Het familiegroepsplan leidend maken, dit zou al zo moeten zijn, maar is niet stellig genoeg opgenomen in de wet. Gemeente krijgt teveel ruimte;

12. Meer aandacht op preventie, welzijn op recept kinderwerk en buurtopbouwwerk;

Dit kan helpen om opvoedproblemen te verminderen en kinderen en buurt talenten/krachten te ontdekken plus vast te houden. De duurste zorg zijn de gesloten plaatsingen, de ‘multiprobleem’ gezinnen en de draaideurcliënten. Verder wordt er niet snel een juiste diagnose gesteld, maar dit is ook moeilijk.

Ouders die een kind hebben dat niet luistert, kunnen ook huwelijksproblemen hebben. Dus wordt de zorg meervoudig, het gaat om het gezin ondersteunen, maar ook het individu. Door weer meer jongerenwerkers in te zetten en buurtcentra nieuwe stijl, kunnen veel problemen herkend worden voor ze escaleren. Wederom komt er steeds minder overlast door hangjongeren in buurten. Kinderen hebben een veilige plek nodig om zich te ontplooien, buurthuizen hebben in het verleden bewezen dit te kunnen ondersteunen.

13. Voldoende fondsen om kinderen met dyslectie en dyscalculie te ondersteunen;

Dyslectie en dyscalculie zijn voor alle mensen lastig. Hoe eerder ontdekt en behandelt, hoe gunstiger de uitkomst. Het protocol is aangepast, ten ongunste van vele kinderen. In het algemeen zijn intelligente kinderen de dupe (ook bij het vorige protocol) met alle gevolgen van dien. Dit is bij zowel dyslectie, ADHD en autisme het geval. Intelligentie is in zijn algemeenheid een voordeel, maar bij het hebben van een stoornis of syndroom is het een belemmering als het gaat om de diagnose te stellen. Zonde, want bij een juiste behandeling (relatief lage kosten) voorkom je dat deze mensen buiten de maatschappij komen te staan (hoge kosten). Daarom is het individu behandelen met ‘zorg op maat’ zo belangrijk.

16. Zorginstellingen



In Nederland neemt het aantal ouderen toe. In 2040 zullen er 4,7 miljoen 65-plussers zijn (26% van de totale bevolking), waaronder 2 miljoen 80-plussers (CBS). Door het CBS wordt het inwonertal in 2040 geschat op circa 17,8 miljoen. Dit houdt in, dat ruim een kwart van de Nederlandse bevolking in dat jaar 65 jaar of ouder is.

Begin 2017 telde Nederland 3,1 miljoen 65-plussers, waarvan 0,7 miljoen 80-plussers. Door de vergrijzing worden steeds meer mensen vroeg of laat afhankelijk van zorg. De overheid wil de kwaliteit van de zorg voor ouderen verbeteren, bijvoorbeeld door beter toezicht te houden op zorginstellingen en de bouw van goed toegankelijke woningen te stimuleren (zie ons **handvest ‘Wonen’**). Hierin wordt ook het idee geopperd om leegstaande vakantieparken om te vormen tot (zorg)woning voor ouderen. Zo kunnen ouderen langer zelfstandig blijven wonen. Verzorgingsinstellingen zijn voor aanname van hun cliënten afhankelijk van zorgkantoren.

Vooruitlopend op de bezuinigingen in de ouderenzorg, houden de zorgkantoren voorlopig de hand op de knip. Hoewel er veel kamers leeg staan, krijgen verzorgingsinstellingen toch niet de middelen om nieuwe aanvragen te honoreren. Hierdoor worden de wachtlijsten langer. Daarbij komt nog, dat verzorgingsinstellingen veel personeel ontslaan met het oog op krimpen van het budget. Ouderen dienen langer thuis te blijven wonen, alleen de ouderen met de juiste indicatie mogen in een zorginstelling worden opgenomen. Omdat de zorginstellingen vanwege de nieuwe wet- en regelgeving een gering aantal ouderen met een bepaalde indicatie mogen huisvesten, kampen ze met leegstand.

Het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) beoordeelt welke zorg en hoeveel zorg iemand nodig heeft. Het CIZ is een onafhankelijke organisatie. De indicatiestelling wordt gehanteerd in het kader van de Wet Langdurige Zorg (WLZ).

Het CIZ heeft voor zorg met verblijf een indeling gemaakt in tien zogenaamde zorgzwaartepakketten. In ieder pakket staat hoeveel hulp of zorg iemand kan krijgen. Hoe hoger het cijfer, hoe meer zorgbehoeften. Zie hiervoor de website van [CIZ](https://www.ciz.nl).

17. Ouderenzorg



Er dient meer aandacht te worden besteed aan eenzame ouderen. De ouderen moeten informatie toegereikt krijgen hoe zij in contact kunnen komen in hun regio met vrijwilligers/ een netwerk/ mentale ondersteuning/ eventuele andere ouderen in dezelfde situatie.

In een woonvorm zoals omschreven in ons **handvest 'Wonen'**, kunnen ouderen elkaar helpen.

Dit creëert een kernteam van ouderen die ondersteunen en geeft saamhorigheid, verantwoordelijkheid voor de medemens en voorkomt eenzame ouderen. Dit zal ook wederom tot een kostenbesparing leiden. In iedere wijk een buurtcentrum waar mensen contact met elkaar hebben en hun maaltijd kunnen gebruiken.

1. **Zorg op menselijke maat;**

De verzorging moet zonder 'stopwatch' de oudere kunnen ondersteunen. Het komt de kwaliteit van zorg en het welzijn van de patiënt/cliënt ten goede. De rol van SOG (specialist ouderen geneeskunde) zou groter moeten zijn, zowel thuis als in het verpleeghuis, vanwege de hoge complexe zorgvraag. Minder hiërarchie in verpleeghuis en betere dialoog met directeur en bestuur. Meer ruimte voor professionals.

2. **De zorg moet persoonsafhankelijk worden, thuis dan wel in een zorgsetting, afhankelijk van de zorgvraag;**

Natuurlijk is zorg in eigen woning voor veel ouderen fijn. Maar er kan ook gekozen worden voor een zorgcomplex waar beide partners samen in 1 woning kunnen wonen, maar gerichte zorg kunnen ontvangen. Deze complexen worden ontwikkeld in ons **handvest 'Wonen'**.

3. **Er moet voldoende aandacht zijn voor individuele begeleiding;**

Dit om (toenemende) lichamelijke of geestelijke klachten op tijd te herkennen voor de betrokkene(n). De huisarts is eerste verantwoordelijke en zal professionele zorg inschakelen wanneer nodig. Zo blijft de zorg dichtbij de patiënt/cliënt.

4. **Medicatiebewaking;**

Een belangrijk middel voor het op een nóg hoger plan brengen van de farmaceutische zorg aan met name ouderen en chronische patiënten is de medicatiebewaking. Veel te

vaak krijgen patiënten nog medicatie die allang niet meer van toepassing is. Een betere bewaking zal kostenbesparend werken en ook gezonder zijn voor de patiënt.

5. **Echtparen niet scheiden;**

Ondanks het verschil in zorg- cq hulpvraag is het belangrijk om echtparen bij elkaar te houden. Dit komt ten goede aan het welzijn van het echtpaar. Mensen scheiden na zoveel jaar huwelijk is onmenselijk. Er zullen dus wooncomplexen moeten worden gebouwd die dit kunnen faciliteren. In ons **handvest 'Wonen'** staat hoe dit gerealiseerd kan worden. Dit stimuleert ook het stabiel blijven van het ziekteproces, de vereenzaming en de mate van stress bij het echtpaar. Kortom samen blijven is top prioriteit en met de juiste zorg realiseerbaar.

6. **Heropzetten Zorgcentra;**

Enkele jaren terug zijn zorgcentra voor ouderen opgeheven. Dit is een grote fout geweest; er werd alleen naar de financiën gekeken. Deze moeten weer heropgezet worden. Er zijn vele ouderen die nog thuis wonen, waarvan één of beiden voor het functioneren hulp behoeven. Ook 's-nachts zouden zij hulp nodig hebben. Dat is niet te doen. Deze mensen zouden veel liever naar een zorgcentrum gaan waar alle faciliteiten voorhanden zijn en waar zij met leeftijdgenoten hun dagen kunnen doorbrengen. Een kleine enquête op social media gaf aan, dat 97% van de ondervraagden voor het (her)invoeren van zorgcentra waren. HCF zet zich volledig in om dit te realiseren, waarbij ouderen niet wordt gescheiden, ongeacht de zorgzwaarte. Ook zullen deze voor iedereen betaalbaar en toegankelijk zijn en onderscheid in kosten.

18. Verpleeghuiszorg



Mensen wonen langer thuis en komen in een laat stadium in een verpleeghuis. De oude visie van kleinschalige woonprojecten in de wijken lijkt hiermee te moeten worden verlaten. Door juist de grote instellingen wederom te hanteren wordt de werkgelegenheid bevorderd en kan er toch kwaliteitszorg worden gegeven.

1. **Zorg op menselijke maat;**

De zorg zou moeten zijn zoals mensen thuis gewend zijn. Er moet veel meer gedacht worden aan routine van thuis en hoe patiënten/cliënten het gewend zijn. Op deze manier dien je het welzijn en welbevinden van de persoon en zal een herstel voorspoediger gaan.

2. **Bevorderen van grote instellingen met kleinschalige afdelingen;**

De trend in verpleeghuizen is kleinschalig wonen. Aangaande de woonfunctie is dit kwalitatief hoogstaande zorg. Betreffende behandeling en zingeving (activiteitenbegeleiding), schiet het huidige ZZP-tarief tekort. De ouderwetse grote instellingen moeten terugkomen. In deze instellingen moeten er kleinschalige afdelingen komen.

3. **Meer personeel;**

Er moet veel meer personeel aangenomen en ingezet worden. De huidige zorgverleners hebben te veel taken te doen, waardoor er weinig tijd overblijft om extra aandacht te besteden aan de patiënt. Een betere begeleiding en activiteiten zal het verblijf voor de patiënt ten goede komen.

4. **Meer activiteitenbegeleiding;**

Voor het welzijn van mensen zijn activiteiten doen én ervaren een groot goed. Ze ervaren de activiteiten als plezierig en hebben het gevoel van meedoen in de maatschappij. Wandelen, knutselen, sporten, verwenmiddagen etc, komen alle ten goede aan de patiënt/cliënt. Ook voor het betrekken van de maatschappij bij de ouderen zijn activiteiten met leerlingen of met studenten heel belangrijk. Zelfs ochtenden voorlezen aan peuters en kleuters is goed voor het welzijn van beide groepen.

5. **Stop de overdaad aan administratie;**

De huidige administratie legt teveel druk op de zorgverleners en gaat ten koste van de kwaliteit zorg. Administratie moet versimpeld worden, zodat er meer tijd is voor de patiënten.

19. Gehandicaptenzorg



Maximale mogelijkheid en creëren om thuis te kunnen blijven wonen met de nodige begeleiding en ondersteuning, waarbij ook de ouders de noodzakelijke begeleiding krijgen. Dit zorgt voor een keuze voor mensen die hun kind zelf willen begeleiden en verzorgen.

Afstemming zorg

Zorg voor kinderen en jeugdigen met handicaps wordt uitgewerkt in nauwe afstemming op de pedagogische en psychologische zorg in de eerste en tweede lijn. Daarvoor geldt een beleid van vrijgevestigden en wordt ‘gelijk gesteld’ aan van overheidswege geïnstitutionaliseerde zorg. Bij beide takken van zorg geldt efficiency, evaluaties, flexibilisering en professionalisering;

1. **Grotere instellingen waarbinnen kleine woon-, leef- en werkgroepen, waar alle noodzakelijke faciliteiten aanwezig zijn**

De ouderwetse grote instellingen moeten terugkomen. In deze instellingen moeten er kleinschalige woon-, leef en werkgroepen komen.

2. **Mee beslissen**

De cliënt mag meebepalen hoe zijn leven wordt ingedeeld in wonen, zorg en welzijn, natuurlijk binnen het vermogen van de cliënt. Door de cliënt ook het gevoel te geven baas over eigen leven te zijn, zal hij/zij beter functioneren en zal zijn welzijn beter bediend worden. Bij cliënten met gedragsproblematiek zal autonomie minder weerstand veroorzaken. Binnen de normen en vermogen kan een cliënt kleine beslissingen in overleg met de zorg nemen. Dit zorgt voor het welzijn van de cliënt en zal minder druk leggen op de begeleiding.

3. **Samenwonen**

Ook moet er meer gekeken worden naar samenwoonprojecten, waar cliënten met hoger niveau de kans krijgen om begeleid samen te wonen. Hiermee geef je cliënten het gevoel deel te nemen aan de maatschappij en geef je een stukje verantwoordelijkheid die

bij het niveau past. Natuurlijk moet er gekeken worden of er een langdurige relatie is en het binnen de emotionele leeftijd van de cliënten past.

4. **Thuis blijven wonen**

Maximale mogelijkheid en creëren om thuis te kunnen blijven wonen met de nodige begeleiding en ondersteuning, waarbij ook de ouders de noodzakelijke begeleiding krijgen. Dit zorgt voor een keuze voor mensen die hun kind zelf willen begeleiden en verzorgen. Het kind of jong volwassene zal zich beter voelen in deze situatie omdat het veilig is en goed verzorgd. Door goede ondersteuning en zorg te bieden in de thuissituatie voorkomt dat ouders overweldigd worden. Mantelzorg zou hierbij een oplossing bieden voor ouders om ook af en toe een pauze in te lassen en voor eigen welzijn te zorgen.

20. Mantelzorg



Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) telt Nederland 4 miljoen mantelzorgers, die zich inzetten voor een naaste. Op dit moment is 1 op de 3 mensen van 18 jaar en ouder mantelzorger.

Het SCP zou iedere twee jaar een onderzoek moeten laten doen naar de effecten (sociaal, financieel, kwaliteit) van de

langdurige zorg voor mantelzorgers;

Zo blijft de overheid en de zorginstellingen op de hoogte van wat er leeft onder deze groep en wat kwalitatief verbeterd kan worden. Dit komt toegepaste individuele zorg ten goede.

1. **Ontwikkelen van beleid;**

Zodat iedere inwoner van Nederland zich kan voorbereiden op mantelzorg.

Mantelzorgers dienen volwaardig te kunnen participeren in onze samenleving. Door mensen de kans te geven om mantelzorger te worden, creëer je een draagvlak om zorg vanuit eigen kring te realiseren.

2. **Ruimte om werk en mantelzorg te combineren;**

Door de krachten te bundelen is er minder zorg nodig wat een kostenbesparing oplevert en toch de juiste zorg. Door mantelzorgers te steunen en laten ondersteunen wordt het een win-win situatie. De werkgever kan hierin een belangrijke rol spelen.

3. **Vaststellen onder- en bovengrens wat van mantelzorgers mag worden verwacht;**

Door een duidelijk protocol kunnen mantelzorgers veel meer betekenen voor de patiënt, maar ook zullen ze beschermd worden om niet teveel hooi op hun vork te nemen. Er zullen geen situaties ontstaan waar een mantelzorger medische zorg moet bieden waar deze niet voor geschoold is. Wat nu vaak wel gebeurt, omdat er niet voldoende zorg geboden wordt. Zoals bijvoorbeeld het geven van medicatie aan patiënten/cliënten.

Er zijn veel situaties te bedenken waar de cliënt liever geholpen wordt door de mantelzorger dan door een zorgprofessional. Door begrenzing van taken maak je mensen afhankelijk van professionele zorg en beperk je mensen in hun bewegingsvrijheid. In deze situaties is het beter te zorgen voor goede voorlichting en ondersteuning van de mantelzorgers en zorgen dat deze professionals kunnen raadplegen als dat nodig is.

Lijfsgebonden zorg is niet afdwingbaar, dit is ook opgenomen in het protocol voor gebruikelijke zorg. Het is van belang dat mantelzorgers hun grenzen leren kennen en weten waar ze een grens kunnen trekken.

4. Versterk de positie van mantelzorgers binnen de WLZ (Wet Langdurige Zorg);

Als de situatie rondom een cliënt achteruit gaat is het belangrijk dat de mantelzorgers betrokken zijn bij de indicatiestelling en besluitvorming rondom de cliënt. De mantelzorger kent de cliënt goed en heeft er vaak al een aantal ‘zorgjaren’ opzitten voordat de professionele zorg wordt ingezet.

Samenwerking tussen professionele zorg en mantelzorgers op basis van gelijkwaardigheid is van essentieel belang, dit leidt tot hogere waardering voor de kwaliteit van zorg en minder overbelasting van mantelzorgers (Expertisecentrum Mantelzorg). Zorg ervoor dat zorgprofessionals oog hebben voor de mantelzorgers en dat er tijd en ruimte is om de mantelzorger te ondersteunen of begeleiden als dat nodig is.

Extra aandacht voor mantelzorgers van GGZ cliënten en WLZ cliënten met een eigen specifieke ondersteuningsbehoefte. Deze mantelzorgers worden vaak door instanties op afstand gehouden onder de noemer van bescherming privacy. Juist bij deze groep mantelzorgers is er vaak sprake van langdurige en intensieve mantelzorgsituaties. Als de zorgvraag aan mantelzorgers zal toenemen, is het noodzakelijk dat signalering van knelpunten en ontsporing rondom mantelzorg onderdeel zijn van de opleidingen. Een overbelaste mantelzorger is geen mantelzorger maar een extra cliënt/patiënt.

5. Investeren in goede en toegankelijke respijtzorg;

Er komen steeds meer nieuwe vormen van respijtzorg. Belangrijk is dat mensen weten wat er mogelijk is, anders dan de standaard dagvoorzieningen. Mantelzorgers hebben vaak een duwtje in de rug nodig om gebruik te maken van respijtzorg. Ze associëren het vaak met iemand ‘wegstoppen’ of dat hun zorg niet goed genoeg zou zijn. Maak toegang tot respijtzorg regelarm, stimuleer diversiteit en zorg ervoor dat het aanbod bekend is. Stem af wie hiervoor verantwoordelijk is (Gemeente, Zorgverzekeraar?).

6. Vastleggen dat bij alle wet- en regelgeving in het sociale domein vooraf beoordeeld wordt wat de effecten zijn voor de mantelzorger;

7. Mantelzorgers meer ondersteuning, zeggenschap en compensatie geven;

Compensatie voor geleverde diensten is een ondersteuning voor de mantelzorger. Vaak

leveren ze veel privétijd in en gaan ze minder werken om de mantelzorg te kunnen bieden. Hier mag een financiële compensatie tegenover staan vanuit de overheid.

8. **Meer balans tussen indicatiestelling en hulp;**

Bij de huidige indicatie lijkt het om zoveel mogelijk mensen uit te sluiten voor hulp. Maar als je de indicatie versoepelt zoals het was, dan zullen er problemen op de lange termijn voorkomen worden. Door mantelzorgers te betrekken bij dit proces kun je toch werken aan zelfredzaamheid en voorkom je dat mensen de zorg misbruiken. Indiceren zou gericht moeten zijn op het belang en welzijn van de patiënt/cliënt, niet op hoeveel geld er bespaard kan worden. Laat indicatiestellers de taken van de mantelzorgers eerst goed in beeld brengen en vandaaruit kijken wat er aan ondersteuning nodig is met (in)formele hulp.

21. Thuiszorg



Belang patiënt centraal stellen en niet het kostenaspect;

Door dit zorgplan in te voeren zullen er veel kosten bespaard worden die weer ten goede komen aan de mensen die zorg nodig hebben. Kwaliteitszorg moet bovenaan staan en de kosten op een goede manier verdeeld worden. Er kan veel bespaard worden met een nieuwe manier van zorg.

1. **Zolang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen;**

Met de juiste thuiszorg en huisarts in regie kunnen mensen langer zelfredzaam zijn en thuis wonen. In samenwerking met mantelzorg zal de thuiszorg een goed zorgplan kunnen realiseren en dat bevordert het welzijn van de patiënt/cliënt.

2. **De mogelijkheid creëren om meer tijd te kunnen besteden aan de hulpbehoevende mensen in de thuiszorg, waarbij het sociale aspect ook belangrijk is voor de gezondheid en het welzijn;**

Door kwaliteitszorg te bieden en ook te denken aan welzijn kunnen een aantal problemen voorkomen worden. De patiënt/cliënt zal beter in zijn/haar vel zitten, positiever zijn.

3. **Versoepeling van de indicatiestelling;**

Door deze maatregeling zullen meer mensen beter geholpen worden en kan erger voorkomen worden. Op deze manier kun je wederom kostenbesparend werken op de lange en kortere termijn. Signalering van problemen door de thuiszorg kan eerder worden doorgegeven aan de huisarts, die daarop zorg kan aanpassen en aanvragen.

4. **Zorg op menselijke maat;**

Zonder tijdslimiet van 20 minuten per persoon. Persoonsafhankelijke zorg biedt, kijkend naar het individu, afhankelijk te zijn van de zorgvraag;

Mensen hebben goede zorg nodig en niet tijdsgebonden, door meer professionals in te zetten kun je efficiënte hulp bieden.

22. Geestelijke Gezondheidszorg - GGZ



Er zijn verschillende vormen van, en instellingen voor, geestelijke gezondheidszorg. Vanaf januari 2015 wordt er niet meer gesproken over eerstelijns en tweedelijns psychologische zorg, maar over ‘gegeneraliseerde basis GGZ en gespecialiseerde GGZ’. Onder generalistische basis GGZ vallen milde en licht psychische klachten die vaak kort te behandelen zijn.

Onder specialistische GGZ vallen de zwaardere psychische aandoeningen. Voor deze beide soorten psychologische zorg heb je een verwijzing nodig van de huisarts. Ze worden beide vergoed vanuit de basisverzekering, maar gaan wel af van het eigen risico.

1. **Eerste inschatting van de ernst van de problemen dient vlot plaats te vinden;**

Dit kan door een basispsycholoog, cq praktijkondersteuner van de huisarts (POH). Hier kan ingeschat worden naar welk therapeut/psycholoog/psychiater doorverwezen moet worden aan de hand van de klachten en behoeften;

2. **De wachttijden moeten kort zijn;**

Indien de gewenste behandelaar (te) lang geen ruimte heeft moet er een (tijdelijk) alternatief aangereikt worden; hierbij zouden ook basispsychologen een rol kunnen spelen;

3. **Indien er sprake is van lichte(re) problematiek;**

Er zou geen noodzaak moeten zijn om tot een DSM- diagnose te komen voor ondersteuning. Er moet dan ruimte zijn voor laagdrempelige ondersteuning en/of behandeling;

4. **De huisarts zou niet zonder toestemming/ medeweten van een psycholoog/psychiater medicatie mogen voorschrijven die bedoeld zijn te gebruiken voor ernstige psychische stoornissen;**

Dit kan ernstige gevolgen hebben en van nadelige invloed zijn in een verdere behandeling. Daarbij ligt de specialisatie bij de psycholoog of psychiater.

5. **Mochten de klachten sterk veranderen en/of verslechteren;**

Dan is er noodzaak voor een ander type zorg, dient er ruimte te zijn voor een vlotte overstap met de huisarts als regiehouder;

6. **De administratieve lasten en regelgeving voor hulpverlening en artsen;**

Dit zou minder moeten worden zodat er meer tijd en ruimte is voor de cliënten.

Vereenvoudiging van systemen en regelgeving geeft ruimte voor kwaliteitzorg. Buiten dat is er geen ingewikkelde procedure nodig in deze tijd van systeem-ontwikkelaars.

7. **Regionale coördinatie tussen zorgverzekeraars en gemeenten;**

Bindende afspraken moeten er gemaakt worden tussen organisaties op regionaal niveau tussen verzekeraars, aanbieders, gemeenten, cliënten-organisaties en woningbouwcorporaties. Dit om samenwerking te bevorderen, maar ook de marktwerking te verminderen.

8. **In geval van kinderen en jeugdigen onder de 18 jaar;**

Moet men extra waakzaam zijn met verwijzing, diagnosticeren en eventuele medicatieverschaffing.

Een individuele aanpak, waarbij gelet wordt op de behoeften, het netwerk en capaciteiten is hierbij van belang. Zeker als er problematiek, syndromen, autisme, beperkingen of gedragsproblemen zijn. Deze kinderen hebben andere zorg nodig, we moeten daarom meer specialisten hebben die deze kinderen goed kunnen begeleiden.

23. Tweedelijnszorg



We willen de zorg betaalbaar houden en dat vergt aanpassingen. Er kan gedacht worden in humaniteit (de terugkeer van de menselijkheid), alternatieven (moet het altijd het duurste zijn), technologie en digitalisering.

Voor technologie en digitalisering heeft men de medische industrie, het bedrijfsleven, hard nodig, wil je de zorg betaalbaar houden. Het financieel risico ligt nu bij de zorg (met name de ziekenhuizen), de winst bij de industrie.

Laat de industrie (Philips, GE, Siemens, etc) de onderzoek- en behandelcentra inrichten en beheren, het personeel in dienst nemen.

Dit heeft ondermeer als voordeel, dat het ziekenhuis verzekerd is van de modernste apparatuur, goed onderhoud en personeel dat op het hoogste niveau is bijgeschoold.

Zes punten om de tweedelijnszorg te verbeteren en betaalbaar te maken en te houden:

1. Ziekenhuizen omvormen tot super gespecialiseerde centra

Het aantal ziekenhuizen terugbrengen tot circa 40 ziekenhuizen. Regiocentratie van zorg; maximaal één ziekenhuis per regio. Dat ziekenhuis voert de regie over een aantal satellieten, waarmee de bereikbaarheid van de (basis)zorg is gerealiseerd. Specifieke behandelingen worden over de regio heen georganiseerd:

- centralisatie van kennis, kunde en ervaring;
- borging van de kwaliteit. Denk bijvoorbeeld aan oncologische zorg.

Wij denken daarbij aan acute zorg (SEH-posten), maar ook complexe zorg, zoals gecompliceerde operaties en de behandeling van zeldzame ziekten. Niet meer alle soorten kanker in één ziekenhuis behandelen, maar ziekenhuizen laten specialiseren in bepaalde soorten.

2. Groot deel poliklinieken overhevelen naar Diagnose Behandel Centra – DBC (anderhalvelijnszorg, bijlage II)

In de stad bevinden zich zeer veel vrijgevestigde praktijken binnen de eerstelijns. Naast de eigen praktijk doet de huisarts bovendien dienst in de HAP (Huisartsen Post). De tarieven binnen de HAP's liggen vele malen hoger dan bij de huisarts zelf. Steeds meer

patienten gaan gebruikmaken van de HAP, omdat dit makkelijker is na werktijd.

Depatient let niet op de kosten. Bovendien raken HAP's overvol.

Daarnaast verwijst de huisarts voor een röntgenfoto, echo of scan de patient door naar een ziekenhuis. De vestiging van disciplines in een DBC is daarom een noodzaak om bereikbaarheid van zorg te stimuleren en de kosten te beteugelen. De industrie kan een stuk 'beeldvorming' en dergelijke voor zijn rekening nemen. Zo is men bovendien verzekerd van de modernste apparatuur en goed ingewerkt personeel.

3. Verpleegzorg faciliteiten onderbrengen bij zorghotels

Onderzoek heeft aangetoond, dat de opgenomen patient het zeer belangrijk vindt dat het 'belletje', het noodsignaal voor de verpleegkundige, altijd onder handbereik is.

Duidelijker kan onzekerheid en angst bij de patient niet worden aangetoond. Dat is te vertalen als een kreet om veiligheid en geborgenheid. Een kille ziekenhuiskamer, tijdgebonden professionals en gemis aan bekenden zijn niet de oplossing.

Het moment komt dat de patient uit het ziekenhuis wordt ontslagen. Onder druk van prestatie-indicatoren en de zorgverzekeraars houdt het ziekenhuis de verpleegduur zo kort mogelijk. De tijd die het herstel gaat duren is afhankelijk van de diagnose en behandeling. Dan is het 'Hotel met Zorg' een uitkomst voor het eerste of het volledigherstel met professionele hulp. De patient is niet langer 'de gebroken heup' maar meneer Janssen!

De hotelfunctie van ziekenhuizen moet daarom worden ondergebracht bij zorghotels. Deze instanties zijn hiervoor beter ingericht en heel veel goedkoper. Hier kunnen ook (ex)patiënten terecht, die tijdelijk even geen onderkomen hebben. Niet vreemd: gastvrijheid is in de bedrijfscultuur geworteld. De klant centraal is hier geen loze kreet, maar realiteit.

4. De medische industrie zorgt

Naast de regiocentralisatie, zorg op de centrale plaats, worden de gesprekken met de medische industrie geopend tot het overnemen van specifieke functies met specifieke apparatuur. Concreet betekent het dat een deel van het zorgproces, met name het onderzoeksproces, met personeel, overgenomen wordt door de medische industrie.

- Vergelijk het met de automotive industrie waar op het terrein van de autobouwer de toeleverancier de onderdelen bouwt. –

Functies als productieapotheek en laboratorium zullen over de regio's heen gecentraliseerd worden, in verband met de verregaande automatisering van het proces. De rol van het ziekenhuis en van de specialist verandert drastisch van zorgleverancier naar zorgdienstenleverancier, waarvoor ze ingeschakeld worden. De voorzieningen staan ook ter beschikking van de eerstelijnszorg, denk onder meer aan: one-day-diagnostic. Indien dat nodig is, zal het zorgtraject (deels) door het ziekenhuis worden uitgevoerd/gecoördineerd.

5. **De ICT op schaal brengen**

De veranderingen pleiten voor één centraal medisch dossier in de zorg. Het is eenvoudigweg te omschrijven als een ringleiding waarop de zorgverleners de medische informatie plaatsen en afnemen. Naast het gebruik van tekst wordt de verleende zorg gestructureerd vastgelegd met internationale referentiesystemen. Hiermee wordt onder meer best practices inzichtelijk gemaakt, de benodigde informatie voor de declaratie afgeleid, de output van de geleverde zorg gemonitord, alsmede de kwaliteit van de zorg in beeld gebracht middels indicatoren.

6. **Behandeling zonder muren**

Een patient dient voor behandeling naadloos te worden behandeld tussen verschillende specialismen. Nu is het zo, dat als een patiënt bij een internist loopt en deze via een scan / MRI een afwijking ziet bij bijvoorbeeld de prostaat, wordt je doorgestuurd naar een uroloog. Maar niet direct, al zit deze in dezelfde gang. Dat gaat via de huisarts. Dit is niet alleen voor de patiënt zeer belastend, maar drijft ook de kosten op. Ten eerste een consult bij de huisarts voor de verwijzing, die vaak nog extra laboratoriumonderzoek laat doen. Daarnaast wordt er een nieuwe DBC geopend voor urologie met hoge kosten, ook al is het een eenmalig onderzoek! Het intercollegiaal consult dient (opnieuw) te worden ingevoerd!

24. Complementaire geneeswijzen



Eisen stellen aan de alternatieve behandelaar en certificeren.

Zonder certificatie kan er geen behandeling worden vergoed. Dit voorkomt dat kwakzalvers behandelingen toepassen, die niet ten goede komen van de persoon in kwestie. Meer samenwerking tussen alternatieve behandelaars en (para)medici. Dit bevordert het herstel van de patiënt en het welzijn.

25. Onbegrepen Ziekten



Honderdduizenden mensen in Nederland hebben aandoeningen, waarvoor geen diagnose is te stellen. Deze (niet-erkende) ziekten worden onder de noemer SOLK (Somatisch **O**nvoldoende verklaarde **L**ichamelijke **K**lachten) geplaatst.

De artsen kunnen geen medische oorzaak vinden Solk is geen diagnose, maar kan gezien worden als ‘overige aandoeningen’.

In de beschrijving van Solk komen psychische klachten sterk naar voren en daardoor wordt het vaak afgedaan met: ‘het zit tussen de oren!’.

De patiënten die hieraan lijden schieten hier niets mee op. Zij hebben het gevoel, dat zij niet serieus worden genomen, sterker nog: omdat hun aandoening niet officieel erkend is ontstaan er problemen met ziekmelding. Ook de uitkeringsinstantie UWV kan hier niets mee en betalen ook niet uit. **‘Het is schandalig om hun klachten af te doen als aanstellerij, alleen omdat artsen de oorzaken niet kunnen vinden!’**, aldus Judith Rosmalen, hoogleraar psychosomatiek aan het UMCG. **“Er gaat veel meer geld en aandacht naar de officiële ziekten”**. Verder vindt Rosmalen, dat onbegrepen klachten gemiste diagnoses zijn!

Tijdens de anamnese probeert de arts de klachten te inventariseren aan de hand van het SCEGS-model:

- Somatisch;
- Cognitief;
- Emotioneel;
- Gedragmatig;
- Sociaal.

Vervolgens vindt er aanvullend onderzoek plaats. Solk is te verdelen in drie categorieën:

- mild;
- matig-ernstig;
- ernstig.

Enkele voorbeelden van aandoeningen die onder SOLK worden gerekend (zie hiervoor ook bijlage III):

- [Chronische Vermoeidheids Syndroom \(CVS\)](#)
- [Fibromyalgie \(FMS\)](#)
- [Myalgische Encefalomyelitis \(ME\)](#)
- [Prikkelbaar Darm Syndroom \(PDS\)](#)
- [Q-koorts](#)
- [Vitamine B12 Deficiëntie](#)
- [Whiplash](#)
- [Ziekte van Lyme](#)

HSF wil de strijd aangaan voor deze mensen en in overleg gaan met de betrokken instanties, zoals patiëntenverenigingen, overkoepelende organen voor de gezondheidszorg, zorgverzekeraars, politiek, etc. De besprekingen zullen erop gericht zijn om meer begrip en erkenning voor deze ziekten te krijgen. Daarbij zullen voorbeelden uit het buitenland worden gebruikt, waar sommige aandoeningen wel erkend zijn.

26. Zorgstelsel algemeen



Per 1 januari 2005 is de DBC ingevoerd. DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. De DBC biedt een totaalpakket voor een behandeling, gekoppeld aan een diagnose. De invoering van deze revolutionaire nieuwe

manier van registreren heeft veel voeten in de aarde gehad en is omstreken. De DBC-systematiek leidde al gauw tot een ondoorzichtig geheel aan codes, dat heeft geleid tot de invoering per 1 januari van DOT (DBC's op weg naar transparantie). Bovendien is gebleken, dat de DBC-systematiek zeer fraudegevoelig is en de zorgkosten op een enorme manier opdrijft.

1. **Wachtlijsten sterk reduceren;**

Deze bij de oorzaken in plaats van hun symptomen aan te pakken. Door gebruik te maken van een straat van onderzoeken op 1 dag voor de patiënt, is er meer mogelijkheid om snel een diagnose vast te stellen. Maar ook de belasting op de patiënt is vele malen minder, de uitslagen zijn snel binnen en er zijn geen diverse afspraken op meerdere data.

2. **Voor de eerste lijn wordt ruimte gegeven voor zorgondernemerschap;**

Huisartsen, apothekers, logopedisten, fysiotherapeuten, orthopedagogen en psychologen worden gezien als ondernemers. De overheid houdt op met de verkapte en soms openlijke concurrentie met vrijgevestigden. Initiatieven als het Centrum voor Jeugd en Gezin en veel eerstelijns projecten worden door de belastingbetaler mogelijk gemaakt en zijn concurrerend met de praktijken van vrijgevestigden; in de eerstelijns zorg worden alleen professionals toegelaten en hun financiering mogelijk gemaakt, indien deze beschikken over licenties/ registraties ter zake;

3. **Meer ruimte voor ZZP-ers in de zorg;**

Meer maatwerk en kleinschalige zorg ontstaan bijvoorbeeld in door de ZZP-ers zelf opgezette samenwerkingsverbanden. Door samenwerken ontstaan nieuwe netwerken en betere zorg.

4. **Verminderde bureaucratie en complexiteit;**

Schrappen van overlappende registratiesystemen. Vereenvoudiging van de uniforme

basisregistratie met internationale code- en classificatiestelsels en handvatten om die werkwijzen te kunnen kiezen die de bureaucratie afbouwen.

5. Ruimte creëren voor innovatieve projecten;

Nu worden burgers en zorgverleners aangemoedigd initiatieven te ontplooien, die vervolgens vastlopen. Diverse zorggroepen als fysiotherapeuten, Dutch YPA, Vereniging Fysiotherapie & Wetenschap en andere die met subsidie veel initiatieven en onderzoeken willen ontplooien. En innovatie zorgt voor kwaliteit.

6. Een einde maken aan de bureaucratische nachtmerrie van DBC's (diagnose Behandel Combinatie);

Onmiddellijke afschaffing van het DBC-systeem waarin Nederland wereldkampioen is met een kosmisch aantal van 44.000 codes, volgens het programma Radar. De coderingen en tarieven binnen de DBC's zijn bepaald door het management en niet berekend. Het kan gebeuren dat een handeling bij de huisarts 9 euro kost, terwijl dezelfde handeling in een DBC wordt geschoven van over de 1000 euro. Met de afschaffing van het DBC systeem moet het behandelingsplafond van het ziekenhuis worden afgeschaft. We moeten weer uitgaan van vertrouwen in de poortwachter van de zorg die om geen andere dan een medisch inhoudelijke, dus een kwalitatieve reden, binnen de perceptie van de patiënt een verwijzing zal doen.

Invoering nieuwe declaratiestructuur op basis van internationaal toegepaste declaratiesystematiek DRG (Diagnosis-Related Groups). Medische specialisten en andere zorgverleners hebben grote bijdrage geleverd om het systeem tot stand te brengen. De tarieven zijn berekend. DRG's worden in veel landen wereldwijd gebruikt.

7. Verkleinen macht van de toezichthouders;

De NZA (Nederlandse Zorgautoriteit) heeft nu meer het belang van ministerie en zorgverzekeraar centraal gesteld. De geheimhoudingsplicht wordt nu overtreden als een zorgverlener uit angst voor zijn contract alle informatie vrijgeeft.

8. Bekostigingssystematiek opsplitsen in diagnose, therapie, medicatie, herstel en begeleiding;

Hierdoor kan er per proces eenvoudig worden gecontroleerd waardoor de kostenstijging in de zorg wordt veroorzaakt en kan hierdoor makkelijker worden bijgestuurd;

9. Afschaffen eigen risico voor de basiszorg;

De grote winstbedragen geven aan dat het eigen risico helemaal niet betaald hoeft te worden, zorgverzekeraars zouden geen winstbelang moet genereren. Heel veel mensen komen hierdoor in financiële nood en kunnen maar amper een basisverzekering betalen. Dit kan anders als er meer banden gelegd wordt aan de zorgverzekeraars. Duidelijk is dat marktwerking hier averechts heeft gewerkt. Een verzekering die geen eigen risico laat betalen zou de andere zorgverzekeraars overstag kunnen helpen.

10. Hergebruik van zorgdata voor verbetering (best practices) en financieren van zorg;

Door (centraal) verzamelde zorgdata (anoniem) tegen vergoeding ter beschikking te stellen aan de wetenschap en industrie voor wetenschappelijke- en onderzoeksdoeleinden. Op het gebied van de fysiotherapie is hier al een plan voor om deze informatie te delen met een departement binnen het NIVEL voor de wetenschap.

11. Centrale Inkoop Zorg- en geneesmiddelen;

De kosten van medicijnen/geneesmiddelen maken een groot deel uit van de zorgkosten. Met name de vergrijzing en het beschikbaar komen op de markt van dure nieuwe geneesmiddelen verklaart het grootste deel van de stijging.

In brede zin wordt er in de zorg vaak niet gekeken naar collectief inkopen en onderhandelen. Immers, het wordt toch wel vergoed, dus bij wie ligt nu de prikkel om te komen tot lagere kosten? Maatschappelijk gezien zijn we er allang van overtuigd dat de zorgkosten niet eindeloos door kunnen stijgen. Tegelijkertijd willen we wel graag alle mogelijke middelen kunnen aanwenden voor genezing. Tijd voor ingrijpende maatregelen.

Het oprichten van een centrale inkooporganisatie en het gezamenlijk afdwingen van stevige kortingen verdient een serieuze kans! Als alle ziekenhuizen de inkoopgegevens en de leverancierslijsten bij elkaar voegen kunnen er zonder twijfel resultaten worden geboekt.

Voorbeeld: Als een medicijn in Portugal 35% van de Nederlandse prijs kost, kopen we via Portugal in. Helemaal als er voor producten en leveranciers meerdere mogelijkheden zijn, dan liggen de voordelen voor het oprapen. Een onafhankelijk bureau dat puur op de korting wordt afgerekend, zoals bij dentale markt, werkt super effectief. Bovendien kunnen door centrale facturatie en het overslaan van tussenpersonen nog meer voordelen geboekt worden. Prijsdaling in plaats van prijsstijging moet nu het motto worden.

27. Patiënt Gebonden Dossier (PGD)



Het landelijk EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) is van oorsprong een initiatief van het Ministerie van VWS. In de eerste jaren na de start in 2002 werd de EPD-regie gevoerd door Nictiz met een royaal budget van VWS. Daarna voerde VWS zelf vijf jaar de regie, omdat de EPD-uitrol door Nictiz niet voldoende voortgang maakte. Ook in die periode kwam het landelijke EPD onvoldoende van de grond, ondanks een enorme investering. Nadat de Eerste Kamer in 2011 de EPD-wet unaniem afwees, mocht VWS zich niet meer met de EPD-uitrol bemoeien.

1. **Wijzig de besmette naam van EPD**

Het woord ‘elektronisch’ werd in de zestiger en zeventiger gebruikt voor rekenmachines. Hoe kan men zich vasthouden aan een zo uit de tijd geraakte term! Digitaal Zorg Dossier zou al beter zijn, maar HCF vindt dat het dossier persoonsgebonden moet zijn, uiteraard digitaal verwerkt.

2. **HCF wil een PGD (Persoons Gebonden Dossier), dat eigendom is van de patiënt en waarbij de huisarts als regievoerend arts optreedt;**

Sinds 2002 wordt gewerkt aan een EPD (Elektronisch Patiënten Dossier). Met toestemming van de patiënt worden deze gegevens verzameld bij alle zorgverleners, die gekoppeld zijn aan het Landelijk SchakelPunt (LSP). Dit blijkt na vijftien jaar nog steeds niet te werken; HCF wil dan ook het PGD stimuleren.

In dit systeem blijft de patiënt eigenaar, toezichthouder en bewaarder van het dossier. De patiënt moet de mogelijkheid hebben om van huisarts te kunnen wisselen en niet vanwege postcodebeleid vast te zitten. Dit om eigen regie waar te kunnen maken en als het niet klikt tussen arts en patiënt moet er gewisseld kunnen worden.

Belangrijk is het vertrouwen tussen patiënt en arts, dat zou voorop moeten staan. Wel moet er regelgeving zijn dat een patiënt niet kan arts-hoppen. Het voorstel zou zijn dat een patiënt in 5 jaar 2 keer mag wisselen van huisarts op gegronde redenen: zoals vertrouwen of veiligheid.

3. **ICT en uitwisseling medische informatie;**

De patiënt kan rekenen op een actueel, volledig en betrouwbaar zorgdossier (PGD).

Hij/Zij bepaalt zelf welke apotheker(s) en zorgverleners toegang krijgen tot zijn/haar zorgdossier. Deze zorgverleners ondersteunen de patiënt en de apotheker door de benodigde informatie te verstrekken die het veilige, effectieve en doelmatige geneesmiddelgebruik ondersteunt.

Om deze informatie te vergaren werken apothekers samen met patiënten, voorschrijvers, andere zorgverleners en klinisch chemici. Wanneer deze informatie real time wordt ingeladen in het zorgdossier van de patiënt, kan de apotheker optimale medicatiebewaking uitvoeren.

4. **Koppelingen van systemen om kwaliteit patiëntenzorg te verbeteren zal worden gestimuleerd;**

Data is veel geld waard, dus van tevoren moet vastliggen dat de data (anoniem) ter beschikking moet komen ter verbetering van wetenschappelijke inzichten van de geboden zorg.

Huisarts Walter Schrader te Leiden heeft vanuit zijn praktijk een patientgebonden dossier ontwikkeld, de Prima-Pas. Hierover meer informatie in Bijlage IV

28. Infrastructuur



Meer gebruikmaken van koppelingen van systemen om kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren;

Er zijn heel veel systemen die voor en rond de patient worden gebruikt. Veel systemen lopen langs elkaar heen.

Door deze systemen aan elkaar te koppelen komt er een hoop informatie vrij.

1. **Centralisering van productie-eenheden: centrale inkoop geneesmiddelen;**

Iedere zorginstelling doet zijn eigen inkoop voor apparatuur, hulpmiddelen, geneesmiddelen, etc. Bij gezamenlijke inkoop kunnen (hogere) kortingen worden bedongen.

2. **Meer gebruikmaken van koppelingen van systemen om kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren**

Er zijn heel veel systemen die voor en rond de patient worden gebruikt. Veel systemen lopen langs elkaar heen. Door deze systemen aan elkaar te koppelen komt er een hoop informatie vrij en het scheelt heel veel dubbel werk!

3. **Industrie (Philips, Siemens, GE, etc) laten integreren in ziekenhuizen;**

Voor wat betreft dure apparatuur, maar ook de mogelijkheid bieden voor de industrie om centrale diagnostische en therapeutische centra op te zetten.

Het personeel, dat de apparatuur bedient, is in dienst van die industrie. Zo is de instelling verzekerd van de nieuwste apparatuur en het personeel van de beste bijscholing. Dit zou de diagnosestelling sneller maken, meer accuraat en goedkoper.

4. **Integratie zorgcentra en verpleeghuizen;**

Deze woonvormen zijn belangrijk in de maatschappij, ze bieden zorg op maat en kwaliteitszorg voor hun patiënten en cliënten. Door ze dichtbij de maatschappij te houden en ze onderdeel te maken van de samenleving bevordert u mantelzorg, vrijwilligerswerk, activiteiten vanuit scholen. Lees hierover meer in het beleidsplan 'Wonen'.

5. **Herinrichting van VWS tot ministerie van Gezondheidszorg, Welzijn en Wonen**

Het huidige departement van VWS dient ontvolucht te worden en opnieuw ingericht. De benaming Volksgezondheid omvat niet alles. Deze dient gewijzigd te worden in Gezondheid(szorg). Daarnaast moet de 'S' van sport verdwijnen. De amateursport, dat

ook deel uitmaakt van gezondheid, blijft onder het nieuwe ministerie onder Welzijn. De professionele sport, waar vaak veel geld mee is gemoeid, moet worden ondergebracht bij het ministerie van Economische Zaken.

Wonen, woonomgeving en milieu vormen onderdeel van Welzijn. Zorg, wonen en milieu zijn niet van elkaar te scheiden, denk bijvoorbeeld aan de ouderenzorg. Nu is Wonen geen zelfstandig ministerie meer, zoals voorheen VROM.

Ook gezien de huidige, nog steeds heersende, woningnood onder met name de woningen in de sociale sector, waar ook vaak medische indicaties aan te pas komen, dient Gezondheidszorg en Wonen onder één ministerie te worden ondergebracht. Beide kun je zien als een vorm van welzijn. Dit geldt ook voor milieu.

29. Preventie: Voorkomen is beter (en goedkoper) dan genezen



Er dient meer aan preventie te worden gedaan. Hierdoor kunnen een hoop klachten in de toekomst worden voorkomen. Denk hierbij aan overgewicht, diabetes2, hoge bloeddruk etc. Dit moet breed worden aangepakt door meer voorlichting te geven over ondermeer voeding, bewegen,

alcoholgebruik, roken.

Ook de voedingsindustrie moet zijn verantwoordelijkheid nemen. De hoeveelheid zout en suiker, dat in voeding wordt gestopt is nog vele malen te hoog. Start in het onderwijs lessen voedingsleer.

Breng de leerlingen bij hoe ze gezond moeten leven, wat ze moeten doen en, nog meer, moeten laten.

Ook belangrijk is, onderwijs in EHBO en de bediening van een AED (Automatische Externe Defibrillator). Deze apparaten kunnen wel overal in de stad worden opgehangen, maar weinigen weten deze te bedienen. Begin daarom met de jeugd.

1. **De voedingsindustrie moet verantwoordelijk gedrag tonen, ook hier meer aandacht voor biologisch/ biodynamisch/ duurzame landbouw;**

Dit bevordert ook onze agrarische sector en er wordt meer gezonde voeding aangeboden, door meer productie van biologisch voedsel word het goedkoper. Daardoor kunnen meer mensen kiezen voor gezonde voeding en bevordert het naast de economie de gezonde levensstijl wat weer beter is voor de mens en de zorgbehoefte verminderd.

2. **De overheid moet de strijd aangaan tegen de ‘obesitas-epidemie’!**

Meer voorlichting oa op scholen, minder ongezonde snacks in openbare ruimten van ziekenhuizen, scholen, overheidsgebouwen. Net als bij het roken aangeven wat de gevolgen kunnen zijn!

3. **Gezondheid en gezond blijven ipv ziekte en zorg. Meer doen aan preventie; Gezond eten, bewegen en ontspanningsoefeningen**

- Actief het gebruik van zorgapp's stimuleren;
- Het uitlezen van de zorgapp's in zorgcentra faciliteren. Zorg op maat

- Educatie begint al in het basisonderwijs, het zou verplichte kost moeten zijn. - *Dit bevordert de kennis al van kinds af aan hoe gezond te leven, te sporten en te bewegen. Dit voorkomt Obesitas bij jonge kinderen.* -

4. **Onderwijs geven in EHBO en het bedienen van de AED. Het behalen van een diploma hiervoor verplicht stellen;**

Dit voorkomt bijvoorbeeld te laat in actie komen bij hartfalen of er is direct hulp als er een ongeval is. Dit alles voorkomt veel problematiek en mensen zijn meer genegen om elkaar te helpen. Dit bevordert de samenleving positief. Daarnaast geeft het mensen inzicht in de zorg voor een ander, het helpen van de medemens door professionals wordt anders bekeken en zal de agressie tegen ambulancepersoneel sterk verminderen.

5. **Welzijnswerk;**

Het ondersteunen van bepaalde wijken is zeer wenselijk als het gaat om armoede, onderwijs, consumeren van zorg. Een gevoel van welzijn voorkomt zorggebruik (hoogopgeleiden hebben bijvoorbeeld minder zorg nodig, zijn minder dik), medelanders (allochtonen) zijn vaak zwaarder, taal en eetcultuur zijn daar elementen. De welzijnswerker of buurtwerker kan ondersteuning, voorlichting geven en signaleren of er problematiek ontstaat bij jongeren. Welkom zou zijn dat in allochtone wijken er ook een aantal welzijnswerkers zijn die de taal spreken en van allochtone afkomst zijn. Ook dit creëert wederom verbinding op vele sociale en maatschappelijke vlakken.

6. **Bevolkingsonderzoek;**

Even wat cijfers:

Borstkanker

In Nederland zijn er meer dan 230.000 mensen die borstkanker hebben of hebben gehad. 1 op de 7 vrouwen krijgt borstkanker. In 2019 werd er bij 17.181 mensen borstkanker vastgesteld (incl. in situ tumoren). 20% van de borstkankerpatiënten is jonger dan 50 jaar. Er overlijden jaarlijks ruim 3.000 mensen aan de gevolgen van borstkanker. Dagelijks sterven er ongeveer 9 mensen aan de gevolgen van borstkanker. Vrouwen tussen 50 en 75 jaar krijgen **iedere twee jaar** een uitnodiging voor het maken van een röntgenfoto van de borsten (mammogram). Op een mammogram is borstkanker in een vroeg stadium zichtbaar.

Cervixcarcinoom (Baarmoederhalskanker)

Ieder jaar krijgen ongeveer 800 vrouwen in Nederland de diagnose baarmoederhalskanker. Baarmoederhalskanker komt vooral voor bij jonge vrouwen tussen de 35 en 45 jaar. Ieder jaar overlijden ongeveer 200 vrouwen aan baarmoederhalskanker. Anders gezegd: per 50.000 vrouwen sterft in Nederland 1 vrouw aan baarmoederhalskanker. Zonder het bevolkingsonderzoek zouden er geen 200 vrouwen per jaar overlijden maar 500 vrouwen. (RIVM)

Vrouwen tussen 30 en 60 jaar kunnen **iedere vijf jaar** een uitstrijkje laten maken. Het laboratorium onderzoekt of er afwijkingen zijn in de baarmoederhals (baarmoederhalskanker of voorstadia daarvan).

Darmkanker

Ieder jaar krijgen ongeveer 14.000 mannen en vrouwen darmkanker en overlijden ongeveer 5.000 mannen en vrouwen aan darmkanker. Darmkanker is een van de meest voorkomende kankersoorten in Nederland. 9 van de 10 mensen die darmkanker krijgen is 55 jaar of ouder. Het bevolkingsonderzoek kan (dikke)darmkanker voorkomen of vroeg ontdekken en behandelen. Mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar ontvangen **elke 2 jaar** automatisch een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek darmkanker.

Prostaatcancer

Jaarlijks overlijden 3000 mannen aan prostaatcancer. Ondanks dat jaarlijks zo'n 3000 mannen aan de ziekte sterven, is er nog **geen standaard onderzoek** naar prostaatcancer. Uit een recente publicatie blijkt, dat bevolkingsonderzoek naar prostaatcancer 300 doden per jaar zou schelen.

HCF is van mening, dat de frequentie van bevolkingsonderzoeken moet worden opgevoerd. Bij **borstkanker** krijgen vrouwen van 50 jaar en ouder iedere twee jaar een oproep voor onderzoek, Dit, terwijl 20% van de vrouwen, die door borstkanker worden getroffen jonger dan 50 jaar zijn. Wij stellen voor: een jaarlijks onderzoek vanaf 30 jaar. Voor onderzoek voor **baarmoederhalskanker** krijgen vrouwen vanaf 30 jaar iedere vijf jaar een oproep. Dit moet worden teruggebracht naar jaarlijks.

Om de twee jaar krijgen mannen en vrouwen een oproep voor onderzoek **darmkanker**. Dit gebeurt vanaf 55 jaar. Dit moet worden teruggebracht naar een jaarlijks onderzoek vanaf de leeftijd van 50 jaar.

Voor **prostaatkanker** is er geen bevolkingsonderzoek, terwijl er 300 mannen per jaar aan overlijden. Als jaarlijks een onderzoek wordt gehouden bij mannen vanaf 50 jaar, zal het aantal sterfgevallen drastisch afnemen.

Aan bovengenoemde onderzoeken zijn een hoop kosten verbonden, dat drukt op het zorgbudget. Toch zullen bij voorgestelde onderzoeken de kosten uiteindelijk dalen, omdat de patiënten minder dure zorg en ingrepen nodig hebben. Om over de ellende die de patiënt en directe omgeving bespaard blijven maar te zwijgen.

30. Verklaring

Nulde-lijn

- Pastorale begeleiding,
- Mantelzorg,
- Consultatiebureau,
- GGD (direct toegankelijk)
- Vrijwilligers
- Familie

Eerstelijns (zonder verwijzing)

- huisarts,
- farmaceutische zorg
- mondzorg
- verloskundige zorg
- paramedische praktijken
- thuisverpleging
- maatschappelijk werk,
- psychologische zorg bij een consultatiebureau
- iszorg (in principe direct toegankelijk, verwijfsbrief nodig voor vergoeding)

Anderhalvelijnszorg

- **Anderhalvelijnszorg** is een vorm van samenwerking in de eerste lijn, waardoor minder mensen te behoeven doorverwezen naar een ziekenhuis

Tweedelijns (verwijzing nodig)

- Ziekenhuis of kliniek
- Riagg,
- andere GGZ instellingen, etc. (toegankelijk na verwijzing vanuit de eerstelijns)

Derdelijns

- Academische ziekenhuizen,
- Specialistische centra (toegankelijk na verwijzing vanuit de eerste- of tweedelijns)

31. Slotwoord

De zorg gaat ons allen aan. Iedere burger kan hiervan gebruikmaken. Nederland staat in de top drie van de wereld voor de beste zorg. Dit is merendeels te danken aan de zorgverleners. Wij staan ook op de wereldranglijst van de OESO op nummer twee, na de Verenigde Staten, met de hoogste zorgkosten per inwoner. Dit is terug te voeren naar het beleid.

Er is berekend, dat, als er geen verandering zal plaatsvinden, de lager betaalden binnen tien jaar 40% van hun inkomen aan zorg gaan besteden. De manier, waarop nu wordt getracht de zorgkosten te beteugelen en de fraude te bestrijden, heeft geen enkel effect. De kosten zullen blijven stijgen. Tijd om er iets aan te doen!

In de afgelopen decennia is er teveel bezuinigd op de verkeerde plaatsen. Er moeten meer handen aan het bed en de kosten voor externe bureaus, management en administratie dienen drastisch te worden verminderd. Uitgerekend is dat er 15% administratiekosten worden gehanteerd en dat op een bedrag van negentig miljard euro per jaar!

Wij bieden dit zorgplan aan om een nieuwe manier van zorg te kunnen bewerkstelligen. Zoals gezegd is het een dynamisch plan, waar nog geregeld aan verbeterd wordt.

Zorg is ook zorg voor elkaar!

Bijlage I



**De kubus, bestaande uit 27 blokjes,
daarin 27 **zorg**verbeterpunten**

Patiënt

1. Patiënt eigenaar van zijn gegevens
2. Persoons Gebonden Dossier, dat eigendom is van de patiënt; huisarts regievoerder;
3. Meer begrip, onderzoek en erkenning van 'onbegrepen ziekten' (SOLK), zoals Fibromyalgie, ME, CVS, PDS, Whiplash, Lyme, Q-koorts;
4. Meer geld naar onderzoek en niet alleen van de collectebus laten afhangen.

Preventie

5. Richten op gezondheid en gezond blijven ipv ziekte en zorg. Zorgen voor gezond eten en sporten
6. Meer ruimte om ziekten, sociale problematiek en pedagogische misstanden te voorkomen
7. Goede voorlichting geven op scholen over voeding, gezonde leefstijl, EHBO;
8. Voedingsindustrie wijzen op zijn verantwoordelijkheid; aandacht voor biologisch/ biodynamisch/ duurzame landbouw;

Infrastructuur

9. Opzet ministerie van Gezondheid, Wonen en Welzijn (wonen hoort hier echt bij!);
10. Ziekenhuizen omvormen tot super gespecialiseerde centra;
11. Opzet Diagnose Behandel Centra (anderhalvelijns) waar patiënten 24/7 terecht kunnen.
12. Opzet netwerk van zorghotels waar verpleegzorg kan plaatsvinden

Zorgkosten

13. Een einde maken aan de bureaucratische nachtmerrie van DBC's
14. Afschaffen eigen risico voor de basiszorg;
15. Centralisering van productie-eenheden: centrale inkoop geneesmiddelen;

Gerichte Zorg

16. Vroegtijdig signalering binnen jeugdzorg als ouders/kinderen ondersteuning nodig hebben;
17. Voldoende aandacht voor individuele begeleiding in ouderenzorg;
18. Echtparen bij langdurige zorg van één van hen, niet scheiden;
19. Meer ondersteuning, zeggenschap en compensatie voor mantelzorgers;
20. Belang patiënt in thuiszorg centraal stellen en niet het kostenaspect;
21. Eerste inschatting van de ernst van de problemen dient vlot plaats te vinden binnen de GGZ;
22. Maximale mogelijkheid creëren om thuis te kunnen blijven wonen met de nodige begeleiding en ondersteuning, waarbij ook de eventuele ouders de noodzakelijke begeleiding krijgen;

Zorgverleners

23. De eerstelijns meer ruimte geven voor zorgondernemerschap;
24. De huisarts is de eerst aansprekende arts voor de patiënt en voert de regie over het zorgproces van die patiënt;
25. De huisarts moet meer doen aan voedingsleer voor ondermeer diabetes-2;
26. Minder administratieve belasting, minder regeltjes door de zorgverzekeraar;
27. Afschaffing contractering zorgverzekeraars en mogelijkheid krijgen om direct met de patiënt af te rekenen', via een nota of pinnen.

Bijlage II

Diagnose Behandel Centra – DBC's



Veel patienten worden door de huisarts rechtstreeks doorverwezen naar het ziekenhuis. Vaak is dit voor een eenmalig bezoek bij een polikliniek. Voor dit bezoek wordt een dure DBC geopend.

Om de kosten te drukken zou er een tussenlaag moeten worden ingesteld tussen de eerste lijn (huisarts) en het ziekenhuis (tweedelij), de zogenaamde anderhalve lijn.

Een Multidisciplinair Diagnose, Preventie en Behandel Centrum zou hiervoor de oplossing zijn, waar holistische visie en preventie hoog in het vaandel staan. De patient kan hier ondermeer terecht voor totale behandeling COPD, chronische lage-rug en nekklachten, obesitas, burnout en (nog) niet erkende aandoeningen, die onder de noemer SOLK (Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten) bekend zijn. Ook voor röntgenfoto's en echo's zou men in deze centra terecht moeten kunnen.

De basis van zo'n centrum wordt gevormd door één of meerdere huisartsen (huisartsenpost), aangevuld met disciplines uit de eerste lijn. Het motto moet zijn: samenwerking, zowel binnen het centrum, als met de ziekenhuizen, medisch specialisten, gezondheidscentra en de eerstelijnszorg in de omgeving. De centra moeten aanvullend zijn op bestaande organisaties.

De zorg binnen de centra zal worden gebaseerd op de volgende pijlers:

Preventie	Diagnostiek	Bewegen/fysiek
Mentaal	Voeding	Ontspanning

Zorg is een proces en houdt vaak niet op bij één loket. Voor de diagnostiek valt er te denken aan een aparte locatie met met een uitgebreide mogelijkheid aan beeldvormende diagnostiek (echografie, röntgen en MRI), laboratoriumtesten, inspanningstesten etc. Welke disciplines zich vestigen onder één dak is mede afhankelijk van de reeds gevestigde orde in de nabijheid van de gekozen locatie.

Met het oog op preventie en informatie is het wenselijk dat er een ruimte is voor het organiseren van cursussen en workshops op het mentale vlak (NLP mindfulness), fysieke gezondheid gezondheid (bijvoorbeeld het (dis)functioneren van maag en/of darmen), workshops voeding en leefstijl, etc.

Bijlage III-a

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Chronische Vermoeidheids Syndroom (CVS)



Volgens de CDC (Centers for Disease Control and Prevention) is het hoofdkenmerk van het chronische-vermoeidheidssyndroom: inspanningstolerantie, een relatief geringe inspanning leidt al tot uitputting, waarbij bovendien het herstel langer dan 24 uur duurt. In een deel van de medische literatuur werden de diagnoses ME en

CVS vervolgens door elkaar gebruikt. Later verschenen er nieuwe definities van CVS en verschoof geleidelijk de betekenis. In de ICD-10-CM valt CVS nu onder onverklaarde vermoeidheid en malaise, waarbij (onder meer) ME is uitgesloten.

CVS is een syndroomdiagnose en geeft dus geen oorzaak aan. De symptomen van CVS zijn in de wetenschappelijke literatuur diverse malen uitgewerkt tot criteria. De definities verschillen onderling sterk van elkaar. De bekendste criteria, en het meest gebruikt, zijn de CDC-criteria van 1994. Deze luiden samengevat als volgt:

Hoofdcriterium: klinisch geëvalueerde chronische vermoeidheid die:

1. onverklaarbaar is
2. continu aanwezig is, of herhaaldelijk terugkeert
3. nieuw is, of een duidelijk begin heeft (niet het hele leven al aanwezig)
4. niet het resultaat is van voortdurende belasting
5. niet duidelijk minder wordt door rust
6. een aanzienlijke afname van het vroegere activiteitsniveau op het gebied van werk, studie, sociale of persoonlijke activiteiten tot gevolg heeft

Nevecriteria: het tegelijkertijd voorkomen van tenminste vier van de volgende symptomen.

Deze symptomen moeten allemaal een periode van tenminste zes achtereenvolgende maanden aanhouden of gedurende deze periode steeds weer terugkeren. Ze mogen niet reeds hebben bestaan voor de vermoeidheid begon

1. de patiënt geeft aan dat hij of zij een verslechtering van het kortetermijngeheugen of van het concentratievermogen ervaart die zo ernstig is dat het een aanzienlijke vermindering van het

vroegere activiteitsniveau op het gebied van werk, studie, sociale of persoonlijke activiteiten tot gevolg heeft

2. zere keel
3. gevoelige cervicale of axillaire lymfeklieren
4. spierpijn
5. hoofdpijn, die qua vorm, patroon en ernst nieuw is
6. slaap waar de patiënt niet van uitrust
7. na inspanning malaisegevoel dat meer dan 24 uur aanhoudt
8. pijn in verschillende gewrichten zonder zwelling of roodheid

Uitsluitingcriteria: de diagnose CVS mag niet worden gesteld als de vermoeidheid kan zijn veroorzaakt door:

1. een bekende aandoening die vermoeidheid als gevolg heeft (moet dus worden onderzocht)
2. een ernstige depressie met psychotische of melancholische kenmerken
3. medicijnen met vermoeidheid als bijverschijnsel
4. eetstoornissen (anorexia, boulimia of ernstige vetzucht)
5. misbruik van alcohol of andere middelen

Volgens een vergelijkend onderzoek zouden ME-patiënten niet meer dan de helft uitmaken van alle personen die aan deze criteria voldoen.

In Nederland lijden tussen de 60.000 en 150.000 patiënten aan CVS.

Bijlage III-b

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Fibromyalgie



Fibromyalgie is een stoornis van onbekende origine, die zich karakteriseert met chronische vooral pijn aan de spieren en pezen, dus weke delen. Onderzoeken wijzen op het slecht functioneren van de centrale pijnverwerking. Conclusies wijzen op een brede functiestoornis van het spiervezelmembraan waarschijnlijk. Verder

zijn onderzoekers van mening dat de communicatie tussen spieren en zenuwen in de hersenen verkeerd verloopt. Vaak wordt Fibromyalgie geschaard onder bindweefselziekte of reumatische aandoening. Doordat er nog te weinig onderzoeken lopen kan fibromyalgie nog steeds niet herleid worden naar een definitieve oorzaak. Toch bestaat er al een onderzoek dat sinds 1971 loopt in het UMC Groningen.

Fibromyalgie manifesteert bij de patiënt in het gehele lichaam, vermoeidheid die lijkt op ME/CVS, daarom wordt het vaak verward met deze ziekte. Daarnaast stemmingswisselingen, concentratieverlies, geheugenproblemen en extreme pijn die vliegt door het hele lichaam. Dit zijn maar een paar gevolgen van deze ziekte, maar zo kunnen wij nog 100 verschillende symptomen opnoemen. Door artsen en UWV wordt het vaak onderschat en komt de patiënt in geen geval in aanmerking voor uitkering of WIA. Deze groep wordt vaak van het kastje naar de muur gestuurd door artsen en worden niet serieus genomen in hun klachten. Helaas niet alleen door artsen maar ook door familie en vrienden.

De World Health Organization (WHO) heeft fibromyalgie als reumatische aandoening betiteld en wordt wereldwijd erkend. Helaas is dit in Nederland niet het geval en komen patiënten dus vaak in de problemen en voelen zich in de steek gelaten. Gevolgen zijn vaak een burnout en depressies omdat ze te veel pijn ervaren en niet kunnen functioneren op het niveau dat van hen verwacht wordt.

Pijn in het lichaam is zo overheersend dat veel patiënten zware medicatie slikken en daardoor ook mentaal minder kunnen presteren. Het uitblijven van erkenning veroorzaakt diepe wonden bij mensen met deze ziekte. Buiten de pijn die ze elke dag moeten trotseren is het mentale gedeelte een extra last. Fibromyalgie is niet altijd invaliderend, maar bij veel patiënten wel het geval. De mensen

die zware pijn ervaren kunnen onmogelijk werk verrichten en toch worden ze verplicht gesteld om dit te blijven doen.

Er zijn diverse mogelijkheden binnen de alternatieve geneeswijzen, die patiënten zouden kunnen helpen, maar doordat het altijd uit eigen zak betaald moet worden, is het voor veel mensen onmogelijk gemaakt. Alleen in Nederland lijden 340.000 mensen aan fibromyalgie en een groot deel daarvan ervaart de ziekte als heftig en onmogelijk om mee te leven. Deze ziekte veroorzaakt in sommige gevallen zelfs suïcidale gedachten. Dat dit in Nederland mag gebeuren is voor ons onbegrijpelijk en daarom vechten wij met patiënten voor erkenning van deze ziekte. Het wordt tijd dat fibromyalgie serieus genomen wordt.

Vele boeken zijn geschreven over deze ziekte door patiënten die aandacht vragen en erkenning. Veel auteurs willen de gezondheidsraad wakker schudden. Door dit stuk op te nemen in het manifest vragen wij de politiek om deze ziekte te laten erkennen.

Bijlage III-c

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Myalgische Encefalomyelitis (ME)



ME is een postvirale hersenziekte. De naam geeft aan dat het gaat om ontstekingen in hersenen en ruggenmerg, die gepaard gaan aan spierpijn. Geschat wordt dat er in Nederland minstens 14.000 ME-patiënten zijn. De ziekte is in veel gevallen chronisch en kan een grillig verloop hebben.

De ziekte heeft gevolgen voor het functioneren van de hersenen alsook voor diverse andere lichamelijke systemen, zoals het immuunsysteem en het cardiovasculair systeem (hart en bloedcirculatie), de energievoorziening en de hormoonproductie.

Belangrijke klachten bij ME zijn:

1. lichamelijke en geestelijke uitputting
2. slechte nachtrust
3. spierzwakte en spierpijn
4. maag- en darmklachten
5. moeite met aandacht en concentratie
6. keel-, neus- en oorklachten
7. hoofdpijn
8. gewrichtspijn
9. duizeligheid
10. moeite met zien

De meeste patiënten hebben tevens last van een of meer bijkomende aandoeningen zoals:

1. fibromyalgie
2. prikkelbaredarmsyndroom
3. candidiasis
4. hypoglykemie of B12-tekort (Stichting ME Research, februari 2014)

Hoewel de Gezondheidsraad aan toenmalig minister Hoogervorst adviseerde om ME/ CVS als ziekte te erkennen, koos de Minister ervoor om dit niet te doen. Wel stelde hij 1,9 miljoen euro beschikbaar voor verder onderzoek.

Bijlage III-d

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Prikkelbaar Darm Syndroom (PDS)



PDS is de meest voorkomende chronische darmaandoening.

Ongeveer 5 tot 20% van de Belgische en Nederlandse mannen en 15 tot 20% van de vrouwen heeft PDS. De helft van de patiënten is jonger dan 35 jaar, wanneer de diagnose gesteld wordt en nog eens

40% bevindt zich in de leeftijdscategorie tussen 35 en 50 jaar.

De oorzaken van PDS zijn nog onduidelijk. In de darm zijn meestal geen zichtbare afwijkingen te vinden. Dit maakt de diagnose en behandeling erg moeilijk. Het is belangrijk dat arts en patiënt zich er bewust van zijn dat ook een medische oorzaak over het hoofd kan zijn gezien.

Artsen sturen patiënten met PDS vaak zonder veel uitleg naar huis. De aandoening wordt als functioneel bestempeld omdat geen specifieke oorzaak gevonden wordt.

Bijlage III-e

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Q-Koorts



In Nederland werden jaarlijks ongeveer 15 besmettingen bij de mens geregistreerd, maar vanaf 2007 begon dat aantal sterk te stijgen. Medio 2011 leek de uitbraak in Nederland voorbij omdat zo goed als geen nieuwe patiënten meer gemeld werden. Naar schatting 100.000 personen waren toen besmet geraakt en tenminste 25 van hen zijn overleden aan de ziekte. Eind mei 2016

werd echter bekend dat er zeker 74 doden zijn als gevolg van Q-koorts.

In zijn rapport van 19 juni 2012 concludeert de ombudsman dat de overheid het vertrouwen van de burgers ernstig heeft geschonden, doordat er onvoldoende aandacht was voor voorlichting over het besmettingsgevaar en gezondheidsklachten niet of te laat werden erkend.

De regering stelde 10 miljoen euro beschikbaar voor de slachtoffers maar bood geen excuses aan. Op 11 april 2013 voerde de Tweede Kamer een debat over de nasleep. In 2014 start zoals hierboven reeds gemeld, een vervolgonderzoek in Herpen, waar de eerste uitbraak was.

Op 2 november 2015 startten 300 Q-koortsslachtoffers een procedure tegen de staat nadat de minister op 15 oktober het bemiddelingsvoorstel van de voorzitter van Question had afgewezen. De zitting was op 17 oktober 2016. De Haagse rechtbank was op 25 januari 2017 echter van oordeel, dat de overheid niet nalatig was geweest in haar aanpak van de Q-koortsepidemie die tussen 2007 en 2011 heerste.

In maart 2017 doet de nationale ombudsman een dringend appèl op de minister van VWS en de staatssecretaris van Economische Zaken om voor de Q-koortspatiënten met een concreet gebaar zichtbaar en voelbaar te maken dat zij hen niet erkennen.

Bijlage III-f

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Vitamine B12 Deficiëntie



Vitamines zijn belangrijke bouwstenen voor ons lichaam en het functioneren ervan. Een tekort kan leiden tot veel lichamelijke klachten. Een tekort aan vitamine B12 is bijna altijd een gevolg van de ziekte van Addison-Biermer (klassieke benaming: Pernicieuze Anemie).

In de praktijk blijkt dat maar weinig artsen voldoende afweten van vitamines en de opname ervan. Sommige artsen zien dit nog als het ‘alternatieve circuit’ en besteden hier weinig tot geen aandacht aan. Tijd dat (ook de opleiding) hieraan meer aandacht besteedt!

Symptomen van vitamine B-12 tekort

Vitamine B-12 is cruciaal voor de productie van rode bloedcellen, de myeline schede rond zenuwcellen en DNA. Vitamine B-12 is ook nodig voor veel andere fysieke functies.

Een tekort aan vitamine B12 kan de volgende symptomen veroorzaken:

1. Vermoeidheid, kortademigheid, zwakte, slaperigheid
2. Depressie, verwarring, geheugenproblemen, psychische problemen zoals angst en paniek;
3. Concentratie- en geheugenproblemen, afasie
4. Hoofdpijn, gevoelsstoornissen, krachtsvermindering, tintelingen, brandende of stekende pijn in ledematen, krimpende spieren, spierzwakte, duizeligheid, bloedarmoede
5. Misselijkheid, buikpijn, verminderde eetlust, darmklachten/diarree/ obstipatie, glossitis
6. Vitamine B-12 tekort kan leiden tot verhoogde methylmalonzuur en homocysteïne niveaus. Verhoogde homocysteïne waarden in het bloed is een bekende risicofactor voor hart en vaatziekten

Waarden

De standaardwaarden van vitamine B12 liggen tussen 150 en 800 pmol/l (0.150 – 0.800 nmol/l). Dit is een breed gebied. Sommige mensen ervaren geen klachten, maar ervaring leert dat andere mensen bij een waarde van 350 pmol/l al klachten kunnen ervaren. Indien de waarde zich onder de 250

pmol/l bevindt, is verder onderzoek dan ook op zijn plaats om uit te sluiten dat klachten door een vitamine B12 tekort worden veroorzaakt. Naast vitamine B12 is het dan raadzaam om ook de markers methylmalonzuur (MMA) en homocysteïne te laten testen. Maar ook zonder afwijkende waarden van deze markers kan er een vitamine B12 tekort aanwezig zijn.

Parate kennis

Veel artsen weten weinig van vitamines en de werking ervan, zelfs specialisten. Dit geven ze ook ruiterlijk toe. Wordt het niet eens tijd, dat hier tijdens de studie meer aandacht aan wordt besteed? Dit zal ten eerste prettiger zijn voor de patiënt, want het wordt geen eindeloze weg naar de uiteindelijke genezing, en het scheelt enorm veel aan onderzoeken en dus kosten. Het voorkomt ook misdiagnoses/dwalingen en bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen (bijv. antidepressiva) en therapieën die achteraf misschien helemaal niet nodig waren geweest. Een juiste diagnose voorkomt dus veel persoonlijk leed voor de patiënt en betrokkenen.

SOLK

Vaak krijgen mensen met een vitamine B12 tekort meerdere misdiagnoses voordat de werkelijke diagnose wordt gesteld. Meest gehoorde misdiagnoses zijn fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) en ziekte van Lyme. Vaak krijgen zij uiteindelijk het etiketje SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) met bijbehorende therapieën, terwijl er wel degelijk een verklaring voor de klachten kan zijn. Het testen van vitamine B12 voorafgaand aan deze therapieën zou daarom beter zijn. Voor veel patiënten bij wie bovenstaande ziektebeelden echt is aangetoond, kan vitamine B12 bovendien verlichting geven.

Toediening

Als iemand regelmatig dierlijke producten inneemt en toch een vitamine B12 tekort heeft, is dit waarschijnlijk veroorzaakt door een opnamestoornis: de vitamine B12 wordt niet opgenomen via het maagdarmkanaal. Tabletten zijn dan niet toereikend, want deze gaan via dezelfde weg. Injecties met de stof hydroxocobalamine zijn in dat geval dus noodzakelijk, omdat die via de bloedbaan gaan. Enkele onderzoeken geven aan dat tabletten net zo effectief zijn als injecties, maar deze onderzoeken zijn uitgevoerd bij veganisten of een hele kleine onderzoeksgroep. Er is daarbij vaak enkel gekeken naar bloedwaarden en niet naar klachten. Terwijl uit onderzoek blijkt dat de bloedwaarden eerder herstellen dan de klachten, en een behandeling op geleide van de klachten dus de voorkeur heeft.

Bijlage III-g

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Whiplash



Een whiplash is een letsel aan de nek en/of rug ten gevolge van een ongeval of andere plotselinge gebeurtenis waarbij het hoofd krachtig voor en achteruit bewogen wordt. De beweging is te vergelijken met de beweging van het uiteinde van een zweep (whip in het Engels).

Sommigen zien whiplash slechts als een samenvatting van een beschrijving van het typisch verloop van een mechanische beweging van de nek. Men denkt dan meestal uitsluitend aan

mogelijke gevolgen voor de nek. Hierbij wordt meestal systematisch vergeten dat aan de nek een hoofd hangt en dit vergeten heeft zeer sterke gevolgen voor de theorievorming over de natuur van een aantal 'postwhiplash verschijnselen' die onder talrijke namen beschreven zijn zoals onder meer het postcommotioneel syndroom.

Bij whiplash is er niet enkel een fors heen-en-weer bewegen van de nek maar uiteraard ook van het hoofd. Dierexperimenten hebben ten overvloede aangetoond dat whiplash (zonder dat het hoofd iets raakt of door iets geraakt wordt) hersenschade en hersendisfunctie kan veroorzaken. Deze hersenschade, die ontstaat door inertiaalkracht (acceleratie-, deceleratie) wordt diffuse axonale beschadiging genoemd, maar deze is niet permanent. Men kan dus whiplash ook zien als het mechanisch gebeuren en de eventueel daarop volgende schade aan de nek en aan het centrale zenuwstelsel.

Het vaakst loopt men een whiplash op bij kopstaart aanrijdingen met auto's. Hierbij heeft de voorste wagen enkel kans op het letsel omwille van de mechanische beweging van de nek. Er kan hierbij een beschadiging aan zachte weefsels en structuren in de nek optreden, die aanleiding tot klachten geeft. Het grootste deel van de mensen herstelt op korte termijn.

De gevolgen van een whiplash zijn vaak voor de buitenstaander niet te zien en voor een arts dikwijls moeilijk of niet vast te stellen, terwijl de patiënt er kortere, langere tijd of permanent last van kan hebben. Letselschade advocaten hebben belang bij het instandhouden van de mythe dat een whiplash trauma tot blijvende klachten kan leiden, hoewel er geen objectieve afwijkingen meer aantoonbaar zijn.

Bijlage III-h

SOLK - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Ziekte van Lyme – Lyme Borreliose



Lymeborreliose is een systeemziekte met een grillig verloop en vele verschijningsvormen, die steeds diverser worden, doordat er steeds vaker co-infecties met andere ziekteverwekkers optreden. De wetenschappelijke informatie vertoont nog lacunes en is deels tegenstrijdig. Er ontbreekt nog een door iedereen erkende gouden

standaard voor het stellen van de diagnose. Dit geldt overigens ook voor de behandeling, de definitie van genezing of voor het vaststellen van het effect van behandeling. Met de toename van de kennis en de technieken wordt lymeborreliose wel steeds meer een 'gewone' spirocheten infectie die detecteerbaar en behandelbaar is.

Een infectie met *Borrelia burgdorferi* leidt vaak niet tot ziekteverschijnselen, zoals uit het voorkomen van antistoffen bij mensen uit risicogroepen (bosarbeiders) blijkt, waarvan er veel wel besmet zijn (geweest) met de spirocheet, zoals uit bloedonderzoek blijkt, maar die daar nooit wat van gemerkt hebben. In de Verenigde Staten is seropositiviteit zonder symptomen daarentegen zeldzaam. Wanneer er ziekteverschijnselen ontstaan, worden deze in drie stadia ingedeeld. De indeling in stadia is enigszins arbitrair.

In een rapport dat de Gezondheidsraad in 2013 aan de Tweede Kamer aanbood bleek dat er zoveel ziektebeelden aan de Ziekte van Lyme hangen, dat er minstens zes verschillende patiëntenbeelden moeten worden herkend. Zij komen dan ook tot de conclusie: 'Dé lymepatient bestaat niet!' De Gezondheidsraad erkende wel, dat er nog niet voldoende onderzoek is gedaan naar het effect van therapie.

Bijlage IV

Patiëntgebonden Dossier

In 2002 is gestart met de opzet van een Elektronisch Patienten Dossier (EPD). Dit is niet een eenduidig systeem, want ieder automatiseringssysteem heeft zijn eigen EPD. Om de systemen met elkaar te laten communiceren heeft men het Landelijk Schakel Punt (LSP) opgericht. Hierdoor kan de zorgverlener gegevens van de patient opvragen bij een andere instelling. Zijn hierdoor alle gegevens van de patient te verkrijgen? Het antwoord is nee! Ten eerste moet de instantie zijn aangesloten op het LSP en daarnaast moet de patient hiervoor toestemming hebben gegeven. Mijn mening over dit EPD is kort: **het is net zo achterhaald als de benaming ‘elektronisch’**, dat in de jaren zeventig werd gebruikt voor rekenmachines! Waarom werkt dit niet:

- Het is door het management gecreeerd van achter een bureau, waarbij de zorgprofessional weinig was betrokken;
- De patient is geen eigenaar van zijn eigen gegevens en heeft zelf geen inzicht hierin.

Hoe creëer je een digitaal zorgdossier

De eerst aangewezen om een dossier te ontwikkelen is de huisarts. Deze kent de patient het beste en functioneert als een spin in het web van alle zorgverleners. Stel de patient centraal! Op basis van de gegevens binnen het dossier dat de huisarts van de patient heeft aangelegd kan het digitale zorgdossier worden ontwikkeld. Is de basis hiervoor afgerond, dan kan de huisarts aan de slag om het dossier bij verschillende patienten testen. Ook moeten hierbij ander beroepsgroepen worden betrokken, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie. Zo ontstaat er een compleet zorgdossier, dat is uitgetest binnen de praktijk.

De Prima-Pas

De aankondiging van de ‘nieuwe patiënt’, de veranderende eerstelijnszorg en de digitale ontwikkelingen in de consumentenmarkt is voor de Leidse huisarts Walter Schrader aanleiding geweest om, in samenwerking met veel disciplines uit de eerste lijn, een digitaal zorgdossier te ontwikkelen. Dit dossier is rondom de patient gebouwd.

Deze Prima-Pas is een zorgsysteem, dat de patient:

- een centrale rol geeft;
- direct ondersteunt in het ontwikkelen van eigen zorg voor zijn gezondheid;
- in staat stelt zijn eigen professionele zorg te organiseren.

Prima-Pas bestaat uit een digitaal patiëntgericht zorgdossier, dat samen met een praktijkmanagementsysteem, als volwaardig HIS (Huisarts Informatie Systeem) de huisarts alle functies biedt, die hij nodig heeft om effectief zijn dagelijkse praktijk te voeren. Ook kan de huisarts de patient volledige ondersteuning bieden voor zijn zelfzorg.

Prima-Pas is gebaseerd op CitoView, een digitaal platform voor huisartsenzorg, dat in de afgelopen jaren succesvol werd ontwikkeld dankzij testen, feedback en veelvuldige iteraties in nauwe samenwerking met huisartsen en POH's (Praktijk Ondersteuner Huisarts). Dit Prima-Pas CitoView platform onderscheidt zich vanwege de volgende kwaliteitskenmerken:

1. HIS, KIS (Keten Informatie Systeem) en digitaal zorgdossier worden centraal beheerd en ontsloten vanuit één database;
2. Digitaal Zorgdossier (EPD) wordt primair en in zijn volledigheid beheerd door de patiënt;
3. Bevat alle kernfuncties zoals vereist door NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) Referentiemodel;
4. Bevat unieke functies, die voortkomen uit nauwe samenwerking met huisartsen en POHs;
5. Modulair opgebouwd en kan direct reageren op nieuwe ontwikkelingen en gebruikerseisen;
6. Volledig cloud-based en kan secure vanuit elke locatie worden benaderd;
7. Klaar voor een eerste opschaling naar tenminste 500.000 patiënten.

De huisarts is voor de Prima-Pas de poortwachter. Beter kun je hiervoor niet hebben!

Wat mag de patient verwachten

Op dit moment biedt het CitoView/Prima-Pas-platform een unieke waardevolle set van functies, die zijn gevormd dankzij jarenlange interactieve ontwikkeling, gebaseerd op een patiëntgerichte huisartsenzorg. Met CitoView online/Prima-Pas is een zorgsysteem gebouwd, dat de patient een nog centralere rol geeft en de patient direct ondersteunt in het ontwikkelen van eigen zorg voor zijn gezondheid.

Alle gegevens over gezondheid kunnen worden opgeslagen in het eigen medisch dossier, de Prima-Pas. Ook de informatie, afkomstig van andere huisartsen, mantelzorgers, fysiotherapeuten, specialisten, apothekers, psychologen en alternatieve zorgverleners kunnen daarin worden opgeslagen. Maar ook in het buitenland, op vakantie of voor zaken, zijn, in geval van nood, altijd de essentiële medische gegevens beschikbaar.

Tot slot

De CitoView online/Prima-Pas is een systeem, dat is ontstaan vanuit de dagelijkse (huisarts)praktijk. De kosten voor deze volledige HIS bedraagt een fractie van de meeste systemen, die voor de huisarts op de markt zijn. De kosten voor de patient om altijd en overal zijn medische gegevens (Prima-Pas) beschikbaar te hebben bedragen € 1 (één euro) per jaar!

Raadpleeg hiervoor de website www.prima-pas.nl