

# Aanpak Gezondheidsvaardigheden

## Een verkenning van beleidsmaatregelen

Opdrachtgever: Ministerie van VWS, Directie Patiënt en Zorgordening

Rotterdam, 6 mei 2022



# Aanpak Gezondheidsvaardigheden

Een verkenning van

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Directie Patiënt en Zorgordening

Wim Spit  
Daniek Korver  
Lucienne Berenschot  
Annejet Kerckhaert  
Casper Horlings

Rotterdam, 6 mei 2022

# Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Inleiding	9
1.2 Doel- en vraagstelling	9
1.3 Uitgangspunten en gevolgde aanpak	10
1.4 Leeswijzer	10
<b>2 Gezondheidsvaardigheden in Nederland</b>	<b>12</b>
2.1 Inleiding	12
2.2 Definitie van beperkte gezondheidsvaardigheden	12
2.3 Omvang van het probleem	13
2.4 Gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheden	15
<b>3 De huidige aanpak</b>	<b>19</b>
3.1 Inleiding	19
3.2 Huidige aanpak en betrokken partijen	19
3.3 Programma's en instrumenten om vaardigheden van patiënten te versterken	21
3.4 Activiteiten gericht op het toegankelijker maken van de zorgomgeving	23
3.5 Ondersteuning van zorgorganisaties en professionals	24
<b>4 Knelpunten en oplossingsrichtingen</b>	<b>26</b>
4.1 Knelpunten	26
4.1.1 Beperkt gebruik van tools door zorgverleners en organisaties	26
4.1.2 Beperkte kennis over evidentie	27
4.1.3 Behoefte aan bredere ontwikkeling van tools	28
4.2 Herkenbaarheid van de beschreven beperkingen en knelpunten	29
4.3 Mogelijke oplossingsrichtingen voor de knelpunten	30
4.3.1 Kennisontwikkeling en kennisdeling	31
4.3.2 Vastleggen van belang in beleid, wet- en/of regelgeving	31
4.3.3 Breder aanbod van tools en programma's	32
4.3.4 Scholing voor zorgprofessionals	32
4.4 Rol voor de rijksoverheid	33
4.5 Samenvatting	35
<b>5 Beleidsopties</b>	<b>36</b>
5.1 Inleiding	36
5.2 Methode	36
5.3 Wet- en regelgeving	37
5.3.1 Inleiding	37
5.3.2 Uitwerking	37
5.3.3 Impactanalyse	38
5.3.4 Maatschappelijke business case	39
5.4 Afspraken	39
5.4.1 Uitwerking	39
5.4.2 Impactanalyse	40

# Inhoudsopgave

5.4.3	Verkennde maatschappelijke business case	41
5.5	Financiële middelen	42
5.5.1	Structurele financiering	42
5.5.2	Subsidieregeling	44
5.6	Bespreking resultaten	47
5.6.1	Inleiding	47
5.6.2	Sterkte zwakte analyse van maatregelen	47
6	Aanbevelingen	50
	Bibliografie	54
	Bijlage 1 - Brainstormsessie	57
	Bijlage 2 - Maatschappelijke kosten van beperkte gezondheidsvaardigheden	58
	Verkenning van de maatschappelijke kosten	58
	Bijlage 3 – Aanpak Impactanalyse	61
	Bijlage 4 – Business cases	63
	Aanpak business cases	63
	Verkenning van de orde van grootte van effecten van maatregelen	65

# Managementsamenvatting

## Doel- en vraagstelling

Gezondheidsvaardigheden worden gezien als één van de belangrijkste determinanten van gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen<sup>1</sup>. Via diverse wegen zet de Directie Patiënt en Zorgordening van VWS in op het versterken van gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld door kennisdeling over het vraagstuk te stimuleren via de Alliantie Gezondheidsvaardigheden en door aandacht te vragen voor dit vraagstuk in ziekenhuizen bij Samen Beslissen.

Doel van dit onderzoek is de aanpak van gezondheidsvaardigheid en de rol van het ministerie daarin tegen het licht te houden en te onderzoeken op welke wijze de rijksoverheid de meest effectieve en doelmatige bijdrage kan leveren aan het versterken van de aanpak.

## Achtergrond

Gezondheidsvaardigheden omvatten alle vaardigheden die nodig zijn om informatie over gezondheid, welzijn, ziekte en (maatschappelijke) ondersteuning te vinden, te begrijpen en toe te passen. Het gaat om uiteenlopende vaardigheden, zoals lezen, schrijven, communiceren, overzicht hebben over taken, doorzettingsvermogen, discipline, problemen oplossen en plannen.

Vaardigheden van de patiënt zijn niet de enige factoren die een rol spelen<sup>2</sup>. Ook factoren aan de kant van het zorgsysteem hebben invloed op iemands gezondheidsvaardigheid, zoals de toegankelijkheid en organisatie van de zorg, de wijze waarop informatie over gezondheid wordt aangeboden en de wijze van communiceren door zorgverleners. Naarmate de zorg ingewikkelder en onoverzichtelijker is, worden er hogere eisen gesteld aan iemands gezondheidsvaardigheden<sup>3</sup>.

## Omvang probleem

NIVEL voert periodiek metingen uit van de mate van gezondheidsvaardigheid. Resultaten voor 2019 laten zien dat 28,8% van de Nederlandse bevolking beperkt gezondheidsvaardig is; binnen die groep wordt 7,7% als onvoldoende gezondheidsvaardig gezien<sup>4</sup>. In totaal gaat het om 4 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder die beperkt gezondheidsvaardig zijn. Beperkte gezondheidsvaardigheid komt onder alle bevolkingsgroepen voor, maar relatief gezien vaker onder 65+ers, laaggeletterden, laaggeschoolden en onder mensen die hun gezondheid als laag of matig ervaren.

Nationaal en internationaal onderzoek laat zien dat een beperkte gezondheidsvaardigheid samenhangt met een grotere kans op gezondheidsproblemen en daardoor met een groter beroep op de zorg. Een grotere mate van onzekerheid van de beperkt gezondheidsvaardige patiënt leidt eveneens tot een hoger zorggebruik. Ook is de kans groter dat de zorgbehandeling minder effectief is, bijvoorbeeld vanwege lagere therapietrouw of foutief gebruik van medicijnen.

Op basis van de beschikbare onderzoeken zijn de jaarlijkse extra zorgkosten in Nederland als gevolg van beperkte gezondheidsvaardigheden geraamd op minimaal € 300 miljoen. Dit is een conservatieve schatting, omdat hierin alleen de voor Nederland bewezen effecten zijn

---

<sup>1</sup> M. Heijmans, A. Brabers & J. Rademakers, Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019. Utrecht: NIVEL, 2019

<sup>2</sup> Waar we in dit rapport spreken over patiënt wordt zowel patiënt als cliënt bedoeld.

<sup>3</sup> Heijmans et al, 2019.

<sup>4</sup> Idem. In dit rapport wordt onder beperkt gezondheidsvaardigen beide groepen verstaan, dus zowel de onvoldoende als de beperkt gezondheidsvaardigen. Dit is conform de door NIVEL gehanteerde benaming.

meegenomen; internationaal onderzoek laat zien dat het extra beroep op de zorg waarschijnlijk groter is.

Daarnaast is er sprake van een lagere gezondheid van beperkt gezondheidsvaardige patiënten, met als gevolg een lagere kwaliteit van leven. De omvang van dit gezondheidsverlies is met de beschikbare informatie niet goed vast te stellen; een conservatieve schatting komt uit op een verlies van circa 10.000 gezonde levensjaren per jaar.

### Huidige aanpak en knelpunten

Een breed scala aan partijen houdt zich bezig met het versterken van gezondheidsvaardigheden, waaronder kennisorganisaties, brancheorganisaties en zorgorganisaties. Ze gebruiken diverse methoden en tools die op verschillende manieren inzetten op het terugdringen van de problematiek. Hierin zijn drie categorieën te onderscheiden:

1. Programma's om de vaardigheden van individuen te versterken;
2. Activiteiten gericht op het toegankelijker maken van de zorgomgeving;
3. Het ontwikkelen en aanbieden van tools die zorgorganisaties en zorgprofessionals ondersteunen in het omgaan met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Ondanks de intensieve inzet van alle partijen zijn er verbeteringen mogelijk in de aanpak. Uit de literatuur en praktijk komen de volgende knelpunten naar voren:

- Onvoldoende kennis bij zorgverleners over de problematiek en over de beschikbare methodieken en tools om hiermee om te gaan;
- Te weinig tijd en middelen voor zorgverleners om beschikbare methodieken en tools te gebruiken;
- Het ontbreken van aanjagers en best practices bij zorginstellingen;
- Het ontbreken van een formele basis voor aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden in wet- en regelgeving, beleid van de rijksoverheid, of in zorgstandaarden;
- Beperkte kennis over effectiviteit van aanpakken en instrumenten;
- Beperkte aandacht voor het verbeteren van denk- en doenvermogen van patiënten;
- Weinig tot geen samenwerking met de doelgroep in het ontwikkelen van instrumenten, mede doordat een deel van de doelgroep niet goed kan worden bereikt.

### Aanbevelingen

In het aanpakken van deze knelpunten is voor verschillende partijen een rol weggelegd: voor kennisinstellingen, zorginstellingen, brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, non-gouvernementele organisaties en overheden. Voor wat betreft de rol van de rijksoverheid zijn er meerdere beleidsmaatregelen denkbaar. Voor enkele van deze maatregelen is een verkennende analyse van de te verwachten effectiviteit en doelmatigheid uitgevoerd. Op basis van de bevindingen van dit onderzoek hebben we de volgende aanbevelingen geformuleerd.

#### 1. Voortzetten en versterken van de maatregelen

Momenteel richt VWS zich op het bevorderen van kennisontwikkeling, kennisdeling en scholing met betrekking tot gezondheidsvaardigheden. Deze activiteiten dragen bij aan het tegengaan van de problematiek en gezien de omvang en hardnekkigheid van het probleem bevelen we aan dit beleid voort te zetten en waar mogelijk te intensiveren. Dit betekent concreet:

- Doorgaan met het stimuleren van de *kennisontwikkeling* en *kennisdeling*, door (financiële) ondersteuning van onderzoeken, van kennisorganisaties en expertisecentra (zoals Pharos) en de Alliantie Gezondheidsvaardigheden. Het gaat dan onder meer om de ontwikkeling van instrumenten en trainingen gericht op patiënten en zorgverleners; onderzoek naar effectiviteit van interventies en instrumenten, met name om inzichtelijk te maken voor welk deel van de

doelgroep en in welke situaties deze toegevoegde waarde hebben; en het stimuleren van het delen van kennis via kennisorganisaties zoals Vilans.

- Stimuleer daarbij de *ontwikkeling van nieuwe wijzen van benadering* van moeilijk bereikbare beperkt gezondheidsvaardige patiënten, alsmede de *ontwikkeling van instrumenten in samenspraak met beperkt gezondheidsvaardige patiënten*. Dit zou bijvoorbeeld kunnen in de vorm van een subsidieprogramma door ZonMw specifiek met dit doel.
- Doorgaan met het co-financieren van de uitvoering van *trainingen* gericht op het ontwikkelen van basisvaardigheden van patiënten in relatie tot de zorg, zoals bijvoorbeeld taaltrainingen door Stichting Lezen en Schrijven. Aanvullend hierop is meer inzet nodig op training van vaardigheden met betrekking tot het 'denk- en doenvermogen' van patiënten.

## 2. Aanpakken van de knelpunten

Naast continuering en versterking van bestaand beleid zijn aanvullende maatregelen nodig om de geconstateerde knelpunten op te lossen. Het gaat dan om borging van het belang van aandacht voor gezondheidsvaardigheden in de zorgverlening en het zorgstelsel en van passende werkwijzen voor mensen met beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden; het versterken van de kennis en vaardigheden bij een deel van de zorgprofessionals; en het stimuleren dat zorgverleners voldoende tijd en middelen tot hun beschikking hebben om aandacht te besteden aan patiënten met onvoldoende gezondheidsvaardigheden. We bevelen de volgende maatregelen aan.

### Scholing

- Stimuleer dat in de opleiding van nieuwe zorgverleners standaard het herkennen van, en het omgaan met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden wordt opgenomen. Hiermee kan worden bereikt dat alle nieuwe zorgverleners over deze vaardigheden beschikken.
- Stimuleer de bijscholing van reeds werkzame zorgverleners op het gebied van beperkte gezondheidsvaardigheden door de ontwikkeling van cursusaanbod en/of de deelname aan bijscholing te faciliteren.

### Borging van versterken van aanpak in bestuurlijke afspraken

- Maak bestuurlijke afspraken op sectorniveau met beroepsorganisaties en zorgaanbieders, bijvoorbeeld in een hoofdlijnenakkoord, over maatregelen die tegemoet komen aan de problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheid, het optreden ervan kan helpen voorkomen en/of de gevolgen ervan kan mitigeren. In de bestuurlijke afspraken kunnen inspanningen en maatregelen worden overeengekomen om de toegankelijkheid van de zorg (zowel fysiek als qua informatie), de algemene informatieverstrekking over de zorg en de communicatie met de beperkt gezondheidsvaardige patiënten te verbeteren. Concrete uitwerkingen hiervan kunnen zijn: communicatie die op de beperkt gezondheidsvaardige patiënt is toegesneden; voldoende tijd en aandacht voor de betreffende patiënten (voor, tijdens en na het consult); scholing in de benodigde vaardigheden voor zorgprofessionals; de kwaliteit van bewegwijzering naar en in zorginstellingen, et cetera. Beroepsgroepen en zorgsectoren zijn vervolgens aan zet om deze maatregelen te vertalen in richtlijnen, protocollen en werkwijzen.

### Financiële compensatie voor zorginstellingen

- Onderzoek of het haalbaar is om bestuurlijke afspraken te combineren met een financiële compensatie van zorginstellingen voor de geleverde extra inspanning in de patiëntenzorg. Hiertoe zou een pilot kunnen worden opgestart met een beperkt aantal zorgverleners (bijvoorbeeld huisartsen) waarin de duur van en vergoeding voor het consult afhankelijk zijn van de benodigde aandacht voor beperkt gezondheidsvaardige patiënten. Doel van de pilot zou zijn om de effectiviteit en doelmatigheid van een financiële compensatie nader te onderzoeken.

- Onderzoek of het haalbaar is om een subsidieregeling op te zetten voor de inzet van 'aanjagers' binnen zorginstellingen die de problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheden op de kaart zetten en verbeteringen in de zorgpraktijk bevorderen.

### *3. Meest kansrijke maatregelen*

Bovenstaande beleidsmaatregelen zijn gericht op het aanpakken van de gesignaleerde knelpunten. Ze werken door op de verschillende aspecten van gezondheidsvaardigheid: vaardigheden van de patiënt, toegankelijkheid van de zorg en vaardigheden en mogelijkheden voor zorgprofessionals. De maatregelen verschillen in de termijn waarop een effect mag worden verwacht. Het voordeel van het versterken van de bestaande maatregelen is dat deze versterking op kortere termijn te realiseren is. Daarentegen zullen de aanvullende maatregelen in de meeste gevallen pas over enkele jaren effect kunnen hebben, bijvoorbeeld waar het gaat om scholing van nieuw op te leiden zorgprofessionals of het ontwikkelen en toepassen van nieuwe instrumenten/interventies. Ook in termen van potentieel bereik en directe impact op gezondheid en zorggebruik zijn er verschillen tussen de maatregelen.

Gegeven de verschillende aspecten is voortzetting en intensivering van de huidige aanpak het meest kansrijk in het adresseren van de knelpunten. Van de mogelijk aanvullende beleidsmaatregelen lijken scholing van zorgprofessionals, het maken van bestuurlijke afspraken en een subsidieregeling voor het ontwikkelen van interventies met en voor deelgroepen van beperkt gezondheidsvaardige patiënten op korte tot middellange termijn het meest kansrijk.

### *4. Nader onderzoek*

Voorliggend onderzoek laat zien dat er op diverse aspecten een tekort aan inzicht is. Om die reden adviseren we nader onderzoek te laten uitvoeren zodat er een beter begrip ontstaat van de problematiek, de maatschappelijke gevolgen en de effectiviteit van interventies. Concreet gaat het dan om:

#### *Meer inzicht in de problematiek van deelgroepen van beperkt gezondheidsvaardige patiënten*

De problematiek met betrekking tot beperkte gezondheidsvaardigheden is wijdverspreid en er is van een grote variëteit in achtergrond van betrokkenen, type gezondheidsvaardigheid waaraan het schort en de effecten hiervan op gezondheid en zorgkosten. Een beter inzicht in de samenstelling, omvang en karakteristieken van te onderscheiden deelgroepen en de belemmeringen waar zij tegenaan lopen in de zorg is nodig om gerichte interventies en instrumenten te kunnen ontwikkelen voor zowel de patiënten zelf als voor de zorgprofessionals.

#### *Nader onderzoek naar effecten beperkte gezondheidsvaardigheden op gezondheid en zorgvraag*

Momenteel is er onvolledig zicht op de gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheid voor de gezondheidssituatie van patiënten en voor het beroep dat zij doen op de zorg. Het beschikbare onderzoek voor de Nederlandse situatie dekt slechts een deel van de effecten af en is deels verouderd. Nader onderzoek naar de gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheid is nodig om goed inzicht te krijgen in de effecten van maatregelen op de gezondheidsuitkomst en de zorgvraag van beperkt gezondheidsvaardige patiënten. Dit inzicht in de effecten (en maatschappelijke kosten) is nodig om een beter beeld te verkrijgen van de (te verwachten) effectiviteit en doelmatigheid van beleidsmaatregelen.

#### *Meer inzicht in effectiviteit van instrumenten*

Een van de geconstateerde knelpunten in dit rapport is het gebrek aan evidentie over effectiviteit van instrumenten om gezondheidsvaardigheden te versterken en zorgverleners vaardiger te maken in de omgang met beperkt gezondheidsvaardigen. Nader onderzoek naar de effectiviteit van interventies om gezondheidsvaardigheden te versterken, zowel vanuit de kant van de patiënt



(vaardigheden), als vanuit de kant van het zorgaanbod (communicatie, complexiteit) kan hierin voorzien. Met name is van belang om scherper te krijgen welke interventies in welke situaties effectief kunnen zijn, voor welke deelgroepen van beperkt gezondheidsvaardigen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Inleiding

Gezondheidsvaardigheden omvatten al die vaardigheden die nodig zijn om informatie over gezondheid, welzijn en ziekte en (maatschappelijke) ondersteuning te vinden, te begrijpen en toe te passen<sup>5</sup>. Het gaat om uiteenlopende vaardigheden zoals lezen, schrijven, communiceren, overzicht hebben over taken, doorzettingsvermogen, discipline, problemen oplossen en plannen. Gezondheidsvaardigheden worden gezien als één van de belangrijkste determinanten van gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsverschillen<sup>6</sup>.

Uit een studie van NIVEL uit 2019 blijkt dat bijna drie op de tien volwassenen in Nederland (28,8%) beperkt gezondheidsvaardig zijn<sup>7</sup>. Zowel persoonskenmerken (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, sociaaleconomische status en zelfvertrouwen), als kenmerken van het zorgsysteem (bijvoorbeeld toegankelijkheid van de zorg, de wijze waarop informatie wordt aangeboden en communicatie door zorgverleners) zijn van invloed op de mate waarin iemand gezondheidsvaardig is<sup>8</sup>. Een deel van de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is laaggeletterd<sup>9</sup>.

Via diverse wegen zet het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in op het versterken van gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld door kennisdeling over het vraagstuk te stimuleren via de Alliantie Gezondheidsvaardigheden en door aandacht te vragen voor dit vraagstuk in ziekenhuizen bij Samen Beslissen. Met het oog op het te voeren beleid voor de komende jaren heeft het ministerie Ecorys gevraagd tegen het licht te houden wat de meest kansrijke aanpak vanuit VWS (en partnerorganisaties of andere partijen in het stelsel) is om gezondheidsvaardigheden te versterken.

## 1.2 Doel- en vraagstelling

Doel van dit onderzoek is inzicht te verschaffen voor het maken van beleidskeuzes die bijdragen aan de meest effectieve inzet op het versterken van gezondheidsvaardigheden. Hiertoe heeft het ministerie behoefte aan inzicht in de kosten en opbrengsten van een dergelijke inzet, waar mogelijk in de vorm van een business case of maatschappelijke kosten-batenanalyse.

Tegen deze achtergrond heeft het ministerie de volgende vraagstelling geformuleerd voor dit onderzoek:

- a) Wat voor business case (financieel maar nadrukkelijk ook in meer zachte termen, zoals gezonde levensjaren, kwaliteit van leven of positieve gezondheid) of maatschappelijke kosten baten analyse is er te maken van de inzet op gezondheidsvaardigheden vanuit VWS en eventueel andere partijen<sup>10</sup>?

---

<sup>5</sup> Engels e.a. 2015

<sup>6</sup> M. Heijmans, A. Brabers & J. Rademakers, Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden – Cijfers 2019. Utrecht: Nivel, 2019

<sup>7</sup> (Heijmans, Brabers, & Rademakers, Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden - Cijfers 2019, 2019)

<sup>8</sup> (Heijmans, Brabers, & Rademakers, Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden - Cijfers 2019, 2019)

<sup>9</sup> (Pharos, 2020)

<sup>10</sup> Bijvoorbeeld brancheorganisaties, andere overheden etc.

- b) Wat is de meest effectieve en doelmatige wijze waarop VWS en eventueel andere organisaties kunnen bijdragen aan het versterken van gezondheidsvaardigheden? Welke rol kan VWS daarbij het best innemen in relatie tot andere organisaties en initiatieven op dit thema?

Deze vragen van het ministerie hebben wij in navolgende deelvragen vertaald:

- Op welke manieren heeft of kan VWS een bijdrage leveren om gezondheidsvaardigheden te versterken?
- Wat is het potentieel van de inzet vanuit VWS en eventueel andere organisaties op het versterken van gezondheidsvaardigheden?
- Hoe kan de meest effectieve en doelmatige bijdrage worden geleverd aan de versterking van gezondheidsvaardigheden door VWS en eventueel andere organisaties?
- Welke rol kan VWS het beste innemen in relatie tot andere organisaties en initiatieven om een bijdrage te leveren aan het versterken van gezondheidsvaardigheden?

### 1.3 Uitgangspunten en gevolgde aanpak

Op basis van de vraagstelling en de discussie met het ministerie hebben we de volgende uitgangspunten geformuleerd voor het onderzoek:

- Er is behoefte aan een breed onderzoek waarin de effecten van zowel bestaande als van nieuwe beleidsopties in kaart worden gebracht.
- Er is een breed speelveld van betrokken partijen en programma's die maatregelen ter versterking van gezondheidsvaardigheden inzetten. Onderdeel van onze aanpak is dan ook om dit speelveld en de rol van VWS in beeld te brengen.
- We gebruiken de methodiek van de maatschappelijke business case om waar mogelijk per maatregel een onderbouwing van de financiële en maatschappelijke impact te geven.

Deze uitgangspunten zijn vertaald naar een plan van aanpak. Navolgende figuur geeft dit kort weer.

**Figuur 1.1 Gevolgde aanpak**



### 1.4 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd. Eerst inventariseren we in hoofdstuk 2 het probleem van beperkte gezondheidsvaardigheid. Wat is het precies? Om hoeveel mensen gaat het? Wat zijn de maatschappelijke gevolgen?

Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 hoe de huidige inzet op versterking van gezondheidsvaardigheid er uitziet en welke partijen daarbij betrokken zijn. Hoofdstuk 4 beschrijft de knelpunten die momenteel worden ondervonden en via welke oplossingsrichtingen de effectiviteit van de aanpak zou kunnen worden verbeterd door de inzet van alle betrokken partijen. Tevens wordt in hoofdstuk 4 verkend welke instrumenten de rijksoverheid, i.c. het ministerie van VWS, aanvullend zou kunnen inzetten om de effectiviteit van de aanpak te verbeteren.

Deze instrumenten vertalen we in hoofdstuk 5 op hoofdlijnen naar mogelijke maatregelen, waarvoor een globale impactanalyse en verkennende business case analyse zijn uitgevoerd. Tevens bespreken we de uitkomsten en gaan we in op de sterktes en zwakten van de verschillende beleidsopties. We sluiten af met aanbevelingen in hoofdstuk 6.

## 2 Gezondheidsvaardigheden in Nederland

### 2.1 Inleiding

Het startpunt van de analyse is een korte beschrijving van de problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheid. Wat verstaan we hieronder? Waarom is het een probleem? Wat is er bekend over de mensen die beperkt gezondheidsvaardig zijn? En wat is er bekend over de omvang van het probleem? Dit hoofdstuk gaat nader in op deze vragen. We beschrijven de definitie van gezondheidsvaardigheden (paragraaf 2.2), hoe vaak het voorkomt en bij welke doelgroepen (paragraaf 2.3). Tot slot wordt in paragraaf 2.4 nader ingegaan op de gevolgen van het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden.

### 2.2 Definitie van beperkte gezondheidsvaardigheden

Onder gezondheidsvaardigheden verstaan wij vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen<sup>11</sup>. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben in het dagelijks leven problemen met<sup>12</sup>:

- De weg vinden in de zorg;
- Begrijpen van brieven, mails, formulieren en bijsluiters;
- Omgaan met digitale omgevingen;
- Gesprekken voeren met zorgverleners;
- De klachten goed verwoorden;
- Begrijpen van uitleg, adviezen, behandelplannen of revalidatieplannen die de zorgverleners geeft;
- Medicijnen op de juiste manier innemen;
- Eigen doelen stellen en discipline.

In de afbakening van het begrip gezondheidsvaardigheden sluiten we aan bij Rademaker (2014). Gezondheidsvaardigheden omvatten<sup>13</sup>:

- functionele vaardigheden als lees-, schrijf- en rekenvaardigheid in de medische context. Bij geletterdheid gaat het dan om functionele geletterdheid (basisvaardigheden), communicatieve geletterdheid en kritische geletterdheid.
- patiënt activatie: iemands zelf gerapporteerde kennis, motivatie en zelfvertrouwen met betrekking tot het omgaan met zijn gezondheid of (chronische) ziekte<sup>14</sup>.

Onderzoek laat zien dat het bij beperkte gezondheidsvaardigheden niet alleen om cognitieve vaardigheden en/of verwerken van informatie gaat, maar ook om patiënt activatie<sup>15</sup>. Zo heeft 34,3% van de mensen met een beperkt gezondheidsniveau het laagste niveau van patiënt activatie<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> (Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, & Pelikan, 2012)

<sup>12</sup> (Pharos, 2020)

<sup>13</sup> (Rademaker, 2014)

<sup>14</sup> (Rademaker, 2014)

<sup>15</sup> (Rademakers, Nijman, Brabers, De Jong, & Hendriks, 2014).

<sup>16</sup> De vier niveaus zijn achtereenvolgens: 1: Beginnen met het nemen van een rol; 2: Opbouwen van kennis en zelfvertrouwen; 3: Actie nemen; 4: Gedrag volhouden. Zie bijvoorbeeld: Rademaker, 2014.

## 2.3 Omvang van het probleem

*Circa 30% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder is beperkt gezondheidsvaardig, zo blijkt uit onderzoek van NIVEL<sup>17</sup>. Dit betekent dat momenteel circa 4 miljoen mensen in Nederland niet over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikken.*

In 2011 is in Europa voor het eerst op uitgebreide schaal onderzoek gedaan naar de mate waarin burgers gezondheidsvaardig zijn. In dit onderzoek, uitgevoerd door het EU-HLS consortium, is een vragenlijst opgesteld aan de hand waarvan in acht Europese landen, waaronder Nederland, circa 1.000 personen per land zijn bevestigd<sup>18</sup>. In dit onderzoek is geconcludeerd dat in Nederland 28,7% van de ondervraagden onvoldoende of beperkt gezondheidsvaardig was, terwijl 71,3% wel over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikte. Daarmee was de gemiddelde gezondheidsvaardigheid in Nederland op dat moment hoger dan in de andere zeven EU landen waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden.

In 2019 heeft NIVEL aan de hand van een verkorte EU-HLS vragenlijst onder een consumentenpanel de gezondheidsvaardigheid in Nederland opnieuw gemeten. De resultaten tonen een vergelijkbaar deel van de Nederlandse bevolking dat beperkt gezondheidsvaardig is als in 2011, te weten 28,8%. Binnen deze groep is 7,7% van de bevolking onvoldoende gezondheidsvaardig en 21,1% beperkt gezondheidsvaardig<sup>19</sup>. Als we deze cijfers toepassen op de Nederlandse bevolking, betekent dit dat momenteel ruim 1 miljoen mensen onvoldoende gezondheidsvaardig zijn en bijna 3 miljoen mensen over beperkte gezondheidsvaardigheden beschikken; in totaal gaat het dus om 4 miljoen Nederlanders.

### **Karakteristieken van de groep beperkt gezondheidsvaardigen**

De onderzoeken laten zien dat de kans op beperkte gezondheidsvaardigheden hoger is voor mannen dan voor vrouwen; hoger voor lager opgeleiden dan voor hoger opgeleiden; hoger voor ouderen dan voor andere leeftijdsgroepen; en hoger voor personen met een lagere ervaren gezondheid dan voor mensen met een hogere ervaren gezondheid (zie Figuur 2.1). Naast genoemde factoren worden ook factoren als sociaaleconomische status, kennis, vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen, cultuur en sociale context genoemd als factoren die van invloed zijn op iemands gezondheidsvaardigheid.

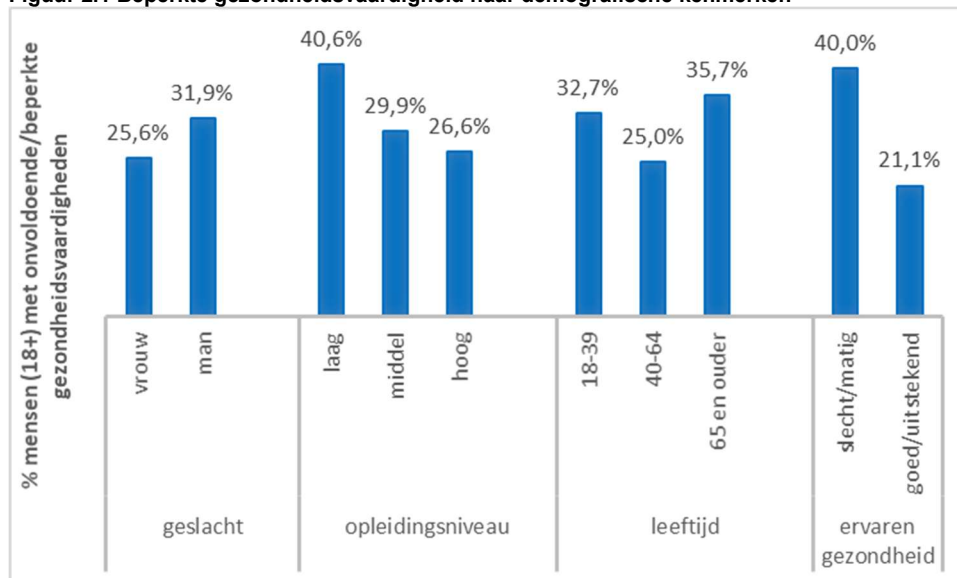
---

<sup>17</sup> (Heijmans, Brabers, & Rademakers, Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden - Cijfers 2019, 2019) Volgens communicatie met NIVEL zullen binnenkort nieuwe resultaten worden gepubliceerd.

<sup>18</sup> (HLS-EU CONSORTIUM, 2012)

<sup>19</sup> (Heijmans, Brabers, & Rademakers, Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden - Cijfers 2019, 2019) Volgens communicatie met NIVEL zullen binnenkort nieuwe resultaten worden gepubliceerd.

**Figuur 2.1 Beperkte gezondheidsvaardigheid naar demografische kenmerken**



Bron: Vragenlijst november 2019 Consumentenpanel Gezondheidszorg, NIVEL

De resultaten van het onderzoek laten tevens zien dat opleidingsniveau een belangrijke factor is in het hebben van gezondheidsvaardigheden<sup>20</sup>. Mensen met een laag opleidingsniveau hebben een grotere kans op beperkte gezondheidsvaardigheden:

- 38% van de mensen met een laag opleidingsniveau heeft een lage gezondheidsvaardigheid.
- Circa 21% van de mensen met een middelbaar opleidingsniveau heeft een lage gezondheidsvaardigheid.
- Circa 10% van de mensen met een hoog opleidingsniveau heeft een lage gezondheidsvaardigheid.

Als we deze percentages combineren met data over het opleidingsniveau van de gehele Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder, betekent dit dat ongeveer de helft van de beperkt gezondheidsvaardigen lager opgeleid is en de andere helft een middelbaar of hoog opleidingsniveau heeft. Bij oudere generaties is twee derde van de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden lager opgeleid.

Laaggeletterdheid is een belangrijke factor voor beperkte gezondheidsvaardigheden: circa 2,5 miljoen Nederlanders zijn laaggeletterd en hebben mede daardoor een grotere kans op beperkte gezondheidsvaardigheden. Het betreft dan zowel burgers waarvoor Nederlands niet de eerste taal is, als burgers waarvoor dat wel het geval is: iets meer dan de helft van de laaggeletterden is autochtoon Nederlander (vooral ouderen); één op de drie laaggeletterden heeft een niet-westerse achtergrond<sup>21</sup>.

### **Complexiteit van het zorgsysteem is eveneens een belangrijke factor**

Karakteristieken van het individu zijn echter niet de enige factoren die de mate van gezondheidsvaardigheid beïnvloeden. Ook kenmerken van het zorgsysteem hebben hier invloed op. Heijmans e.a. vatten dit als volgt samen<sup>22</sup>:

<sup>20</sup> (Rademaker, 2014).

<sup>21</sup> (Algemene Rekenkamer, 2016). Geciteerd in PHAROS, Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden, Factsheet juni 2020.

<sup>22</sup> (Heijmans, Brabers, & Rademakers, Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden - Cijfers 2019, 2019)

Aan de kant van het zorgsysteem zijn de toegankelijkheid en organisatie van de zorg, de wijze waarop informatie wordt aangeboden en de wijze waarop er gecommuniceerd wordt door zorgverleners van invloed in hoeverre mensen voldoende gezondheidsvaardig zijn. Naarmate de zorg ingewikkelder en onoverzichtelijker is, stelt dit hogere eisen aan iemands gezondheidsvaardigheden.

### Conclusie

Bovenstaand citaat illustreert dat de problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheid zowel oorzaken aan de kant van de patiënt heeft, als aan de kant van het zorgaanbod. Beperkte gezondheidsvaardigheid betreft de mismatch tussen de competenties van diegenen die een zorgvraag hebben en de wijze waarop de zorg wordt aangeboden. Het verminderen van deze mismatch kan vanuit beide kanten worden benaderd.

## 2.4 Gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheden

*Algemeen wordt in de literatuur beschreven dat het gevolg van het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden is dat mensen te maken hebben met een slechtere gezondheid, meer gebruik maken van zorg, de kwaliteit van de zorg als minder goed ervaren en vaker problemen hebben met therapietrouw bij medicatie. Mede hierdoor zijn ze vaak ook minder zelfredzaam op andere domeinen, zoals werk en omgaan met geld<sup>23</sup>.*

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van beperkte gezondheidsvaardigheid op de gezondheidsuitkomst van patiënten en het gebruik van de zorg. Echter, een systematische review oordeelde in vrijwel alle gevallen dat het daadwerkelijke causale effect van beperkte gezondheidsvaardigheden op uitkomsten lastig is vast te stellen<sup>24</sup>. In veel gevallen is er wel een zekere correlatie tussen de onderzochte factoren en gezondheidsvaardigheid, maar is er geen sprake van een statistisch significante relatie; ofwel, de mogelijkheid dat de correlatie op toeval berust kan niet met voldoende zekerheid worden uitgesloten.

### Internationaal onderzoek

Internationaal onderzoek laat zien dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden **meer gebruik** maken van de spoedeisende hulp en relatief vaker worden opgenomen in het ziekenhuis. Griffey e.a. vonden dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden ongeveer 50% vaker een herhaalconsult aflegden dan patiënten met voldoende gezondheidsvaardigheden (38,8% respectievelijk 24,9%)<sup>25</sup>.

Onderzoek in de Verenigde Staten laat tevens zien dat personen met een beperkte gezondheidsvaardigheid gemiddeld genomen veel **hogere zorgkosten** hebben dan personen met voldoende gezondheidsvaardigheid. Het verschil kan, afhankelijk van het type zorg dat de patiënt heeft, oplopen van ruim \$100 tot bijna \$ 8.000 per jaar<sup>26</sup>.

Een systematische review van onderzoek laat zien dat de **kans op ziekte** groter is onder mensen met een beperkte gezondheidsvaardigheid<sup>27</sup>. De review constateert ook sterk bewijs voor een relatie tussen mortaliteit en lage gezondheidsvaardigheid bij ouderen. Hetzelfde onderzoek laat een

<sup>23</sup> (Pharos, 2020)

<sup>24</sup> (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011).

<sup>25</sup> (Griffey, Kennedy, McGowan, Goodman, & Kaphingst, 2014).

<sup>26</sup> (Eichler, Wieser, & Brügger, 2009) Het gemiddeld gerapporteerde verschil bedraagt: \$143 meer bij outpatient care; \$736 meer bij hospital based care; \$6214 meer bij inpatient care; \$7798 meer bij 'overall care'

<sup>27</sup> (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011)



consistente samenhang zien tussen beperkte gezondheidsvaardigheden en **minder gebruik van preventieve diensten** zoals mammografiescreening of griepvaccinaties<sup>28</sup>.

Belgisch onderzoek onder ruim 9.000 patiënten bevestigt gedeeltelijk dat lage gezondheidsvaardigheid geassocieerd is met hoger gebruik van medische diensten, zoals thuisconsulten van huisartsen, ambulancediensten, poliklinische consulten en psychiatrische consulten. Ook de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen bleek langer voor deze groep patiënten. Een statistisch verband werd daarentegen niet gevonden voor het aantal huisartsconsulten of bezoeken, poliklinische chirurgische ingrepen en bezoeken aan de spoedeisende hulp door beperkt gezondheidsvaardige patiënten<sup>29</sup>.

### Nederlands onderzoek

Het aantal beschikbare studies naar de invloed van gezondheidsvaardigheden op ziekte, zorgkosten en preventie in de Nederlandse situatie is beperkt. In sommige onderzoeken wordt een directe relatie gelegd tussen gezondheidsvaardigheden en zorgkosten, in andere wordt deze relatie meer indirect gelegd, via taalvaardigheid of andere factoren.

Twee van deze onderzoeken zijn uitgevoerd in opdracht van Stichting Lezen en Schrijven:

- Onderzoek in 2006 van Groot en Maassen van de Brink richtte zich op de relatie tussen laaggeletterdheid enerzijds en ziekte en zorgkosten anderzijds. Het onderzoek is gebaseerd op cijfers van 1999. Een belangrijke conclusie van het onderzoek is dat laaggeletterden meer gebruik maken van huisartsenzorg dan hoger geletterden. Daarnaast is in dit onderzoek gevonden dat laaggeletterdheid samengaat met een hogere prevalentie van enkele ziekten, zoals astma, hartfalen, diabetes en diverse soorten kanker<sup>30</sup>. Vanwege de sterke relatie tussen geletterdheid en gezondheidsvaardigheid wordt deze studie vaak aangehaald in beschouwingen over de kosten van beperkte gezondheidsvaardigheid<sup>31</sup>.
- In 2018 heeft PwC een vervolganalyse uitgevoerd van de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid. Eén van de onderdelen van de analyse betreft de invloed op zorgkosten, waarbij specifiek een relatie wordt gelegd tussen gezondheidsvaardigheden en zorgkosten. Hiertoe hebben de onderzoekers een nadere analyse uitgevoerd op de basisgegevens van het eerder genoemde EU-HLS onderzoek uit 2011. Daarbij maken ze gebruik van een andere meetmethode voor gezondheidsvaardigheid, te weten de Newest Vital Sign (NVS), die eveneens door het EU-HLS consortium was gemeten. Op basis van statistische analyse constateert PwC dat de groep met onvoldoende gezondheidsvaardigheden volgens de NVS meting (ongeveer 0,9 miljoen mensen) in 2012 gemiddeld genomen 0,7 keer per jaar vaker naar een huisarts ging. Voor de grotere groep met beperkte gezondheidsvaardigheden (2,2 miljoen mensen) gold dat zij gemiddeld genomen 0,5 keer per jaar vaker naar een ziekenhuis gingen voor een poliklinisch bezoek<sup>32</sup>. In beide gevallen gaat het om statistisch significante verschillen. In totaal berekende PwC de jaarlijkse kosten van dit extra zorggebruik op € 257 miljoen (in prijzen van 2017).

Onderzoek van Jansen e.a. (2018) laat zien dat mensen met een laag opleidingsniveau vaker naar de huisartsenpost gaan dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Volgens de auteurs lijkt het

<sup>28</sup> (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011)

<sup>29</sup> Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016 Oct;70(10):1032-8. doi: 10.1136/jech-2015-206910. Epub 2016 Apr 26. PMID: 27116951.

<sup>30</sup> (Groot & Maassen van den Brink, 2006).

<sup>31</sup> Zie bijvoorbeeld: (Rademaker, 2014)

<sup>32</sup> (PwC, 2018). Opgehaald van: <https://www.lezenenschrijven.nl/wat-doen-wij/oplossing-voor-je-vraagstuk/maatschappelijke-kosten-laaggeletterdheid>.

hebben van gezondheidsvaardigheden een deel van het verschil te verklaren<sup>33</sup>. Ze kunnen lastiger hun weg in de zorg vinden en doen vaker een (onnodig) beroep op de huisartsenpost en andere vormen van spoedzorg<sup>34</sup>.

In 2015 heeft Van der Heide in haar proefschrift onder meer het verband tussen gezondheidsvaardigheid en huisartsbezoek geanalyseerd. Haar onderzoek laat zien dat een lage gezondheidsvaardigheid samengaat met een grotere kans op meer dan vier huisartsbezoeken per jaar<sup>35</sup>. Deze bevinding is in lijn met de analyse van PwC.

Andere relevante onderzoeken voor de Nederlandse situatie betreffen:

- Onderzoek van Hendriks e.a., waarin is gevonden dat diabetespatiënten met het laagste activatieniveau gemiddeld genomen € 1.500 tot € 2.000 per jaar hogere zorgkosten hebben dan andere groepen diabetespatiënten<sup>36</sup>.
- Uit onderzoek naar medicatieveiligheid is bekend dat 15% van vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames voortkomt uit therapie-ontrouw<sup>37</sup>. De relatie tussen de zorgverlener en de patiënt en de mate van inspraak die een patiënt heeft bij de keuze van de behandeling zijn daarbij belangrijke factoren. Indirect kunnen deze ook worden beïnvloed door aanwezigheid van beperkte gezondheidsvaardigheden. De totale zorgkosten van vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames die aan therapie-ontrouw zijn te relateren bedragen circa € 30 miljoen<sup>38</sup> per jaar. Een deel hiervan is dus mogelijk toe te rekenen aan beperkte gezondheidsvaardigheden van de patiënt.
- Het gebruik van preventiediensten blijkt niet afhankelijk te zijn van de mate van gezondheidsvaardigheid. Zo laat onderzoek naar effectieve informatievoorziening over bevolkingsonderzoek naar darmkanker geen verschil zien in intentie tot deelname tussen mensen met lage en mensen met adequate gezondheidsvaardigheden<sup>39</sup>. Onderzoek naar voorspellers van vaccinatiegraad geeft geen eenduidig beeld van de invloed van leeftijd of opleidingsniveau<sup>40</sup>.

## Conclusie

Samengevat laat nationaal en internationaal onderzoek zien dat beperkte gezondheidsvaardigheden bijdragen aan:

- Een grotere kans op gezondheidsproblemen.
- Minder effectieve zorgbehandelingen. Dit kan bijvoorbeeld voortkomen uit lagere therapietrouw of foutief gebruik van medicijnen.
- Een groter beroep op de zorg. Dat grotere beroep op de zorg wordt niet alleen veroorzaakt door de grotere kans op een gezondheidsprobleem, maar tevens door onzekerheid bij de patiënt en doordat er een grotere kans is dat de zorgbehandeling minder effectief is en er vaker sprake is van een herhaalconsult.

<sup>33</sup> Jansen, T., Rademakers, J., Waverijn, G. et al. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. BMC Health Serv Res 18, 394 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3197-4>.

<sup>34</sup> Zie: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/mensen-met-minder-gezondheidsvaardigheden-gaan-vaker-naar-de-huisartsenpost>

<sup>35</sup> Van der Heide, 2015, Health literacy: an asset for public health, p. 115.

<sup>36</sup> Zie: (Hendriks, Plass, & Heijmans, 2013)

<sup>37</sup> (ZonMw, 2022). Opgehaald van: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/genesmiddelen/therapietrouw/meer-informatie-over-therapietrouw/>

<sup>38</sup> Berekend op basis van de analyse in Ecorys, MKBA Medicatieoverdracht, 2021. Het betreft alleen de kosten van verblijf in het ziekenhuis. De kosten van medicatie zelf zijn hierin niet opgenomen.

<sup>39</sup> ZonMw. 2014 Effectieve informatie over het bevolkingsonderzoek naar darmkanker voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/gezonde-wijk-en-omgeving/programmas/project-detail/preventieprogramma-4/effectieve-informatie-over-het-bevolkingsonderzoek-naar-darmkanker-voor-mensen-met-lage-gezondheidsv-verslagen/>

<sup>40</sup> RIVM.3 november 2021 Duiding vaccinatiegraad, opkomst & interventies. Technische Briefing

Er is geen recente overall analyse beschikbaar van de relatie tussen de mate van gezondheidsvaardigheid van patiënten in Nederland en de kosten die volgen uit hun lagere gezondheid of hun totale zorggebruik. Op basis van eerder onderzoek kan wel worden geconcludeerd dat:

- Laaggeletterdheid gepaard gaat met een hogere kans op prevalentie van bepaalde ziekten, waardoor de jaarlijkse extra gezondheidslast van laaggeletterden op circa 10.000 gezonde levensjaren kan worden geschat (zie bijlage voor een nadere onderbouwing)<sup>41</sup>. Dit betekent een jaarlijkse maatschappelijke schade van € 0,5 tot € 1 miljard<sup>42</sup>.
- Onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden gepaard gaan met een hoger niveau van huisartsbezoeken en poliklinische afspraken. Op basis van de analyse van PwC kunnen deze kosten worden geschat op € 300 miljoen per jaar (zie bijlage 2 voor een nadere onderbouwing). Gezien de bevindingen in ander nationaal en internationaal onderzoek is dit een conservatieve raming, aangezien ook ander zorggebruik mogelijk hoger ligt voor deze groep.

Een effectieve aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden kan helpen deze maatschappelijke kosten te verminderen. In het volgende hoofdstuk beschrijven we de huidige aanpak.

---

<sup>41</sup> Op basis van de bevindingen van Groot en Maassen van den Brink (2006),

<sup>42</sup> Zie: (Koopmans, et al., 2016), De werkwijzer adviseert twee waarden te hanteren voor levensjaren, te weten € 50.000 en € 100.000 per QALY.

## 3 De huidige aanpak

### 3.1 Inleiding

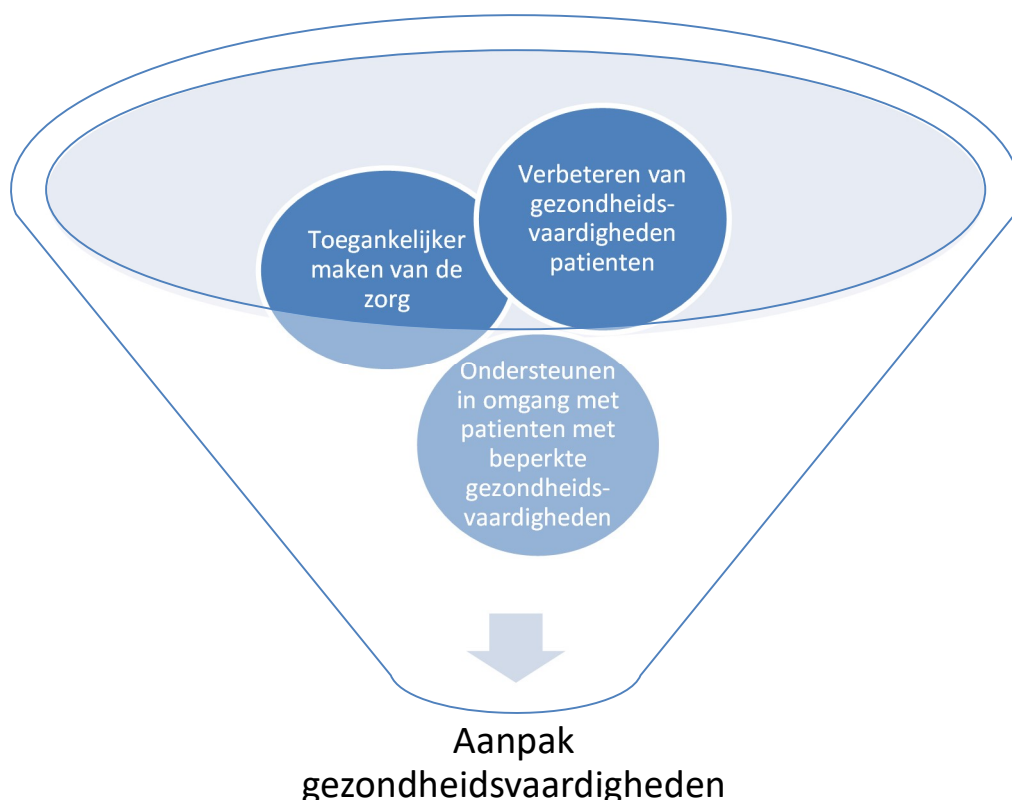
In hoofdstuk 2 is beschreven dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in het dagelijks leven tegen problemen aanlopen die impact hebben op hun gezondheid en andere aspecten van hun leven. Om deze problemen en de impact hiervan aan te pakken wordt door diverse partijen op verschillende manieren ingezet op dit thema. Dit hoofdstuk beschrijft wat er nu gebeurt om dit probleem aan te pakken en welke partijen hierbij betrokken zijn.

### 3.2 Huidige aanpak en betrokken partijen

Er zijn de afgelopen jaren zijn door veel partijen activiteiten ontplooid die zijn gericht op het versterken van gezondheidsvaardigheden. Deze kunnen in drie groepen worden verdeeld:

1. Programma's om gezondheidsvaardigheden van patiënten te versterken;
4. Activiteiten gericht op het toegankelijker maken van de zorg;
5. Ontwikkeling van tools die zorgorganisaties en zorgprofessionals ondersteunen in het omgaan met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

**Figuur 2.1 De aanpak van gezondheidsvaardigheden**



Bij deze activiteiten is een breed scala aan partijen betrokken, zoals individuele zorgorganisaties, beroeps- en brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, belangenorganisaties, kennisinstellingen,

zorgverzekeraars, onderwijsinstellingen, lokale organisaties en overheden, en de rijksoverheid. In onderstaande alinea's wordt een aantal voorbeelden uitgelicht.

### Samenwerkingen van partijen

Een belangrijke speler is de Alliantie Gezondheidsvaardigheden. Deze alliantie omvat meer dan 100 partners, waaronder zowel zorgorganisaties, patiëntenverenigingen, beroepsorganisaties, gemeenten en GGD'en, als onderwijsinstellingen, kenniscentra, fondsen en onderzoeksinstituten<sup>43</sup>. De alliantie streeft naar een samenleving waarin mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gezond kunnen leven en goede zorg kunnen ontvangen.

In de zorgsector is er binnen het Programma Uitkomstgerichte Zorg veel aandacht voor gezondheidsvaardigheden, met name rond het thema Samen Beslissen, waarin effectieve communicatie tussen zorgprofessional en patiënt centraal staat<sup>44</sup>. De overheid treedt op als (indirecte) co-financier van dit programma.

Een ander samenwerkingsverband is mProve, waarin vijf klinische ziekenhuizen over een aantal onderwerpen kennis delen en leren van elkaars ervaringen, waaronder op het thema Verschillen in gezondheidsvaardigheden.

### Beroepsorganisaties

In de huisartsenzorg is de integrale aanpak Krachtige Basiszorg ontwikkeld om mensen met hoge gezondheidsrisico's en problemen in meerdere leefdomeinen beter te ondersteunen. Daarbij is er specifiek aandacht voor het versterken van gezondheidsvaardigheden, met als doel de juiste interventies op het juiste moment aan te bieden en onnodige druk op de basiszorg te reduceren<sup>45</sup>.

### Kennisorganisaties

Organisaties zoals NIVEL en Pharos doen onderzoek naar lage gezondheidsvaardigheden onder de Nederlandse bevolking. In diverse programma's van ZonMw zijn gezondheidsvaardigheden een punt van aandacht om de effectiviteit van interventies te verhogen<sup>46</sup>. Kenniscentrum voor langdurige zorg Vilans heeft een multidisciplinaire aanpak ontwikkeld voor het inzetten op zelfmanagement bij het ondersteunen van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden<sup>47</sup>.

### Belangenorganisaties

Ook partijen buiten de zorg, zoals bibliotheken, houden zich actief bezig met het thema gezondheidsvaardigheid. Volgens de Koninklijke Bibliotheek doet ruim 40% van de bibliotheken iets rond het thema gezondheid<sup>48</sup>. De bibliotheken hebben als doel om de komende jaren het thema *Gezondheid en zorg* structureel te verankeren in het programma *Bibliotheek en basisvaardigheden*. Het gaat dan om het aanbieden van laagdrempelige cursussen in afstemming met lokale zorgpartners, het aanbieden van informatie van bijvoorbeeld de Alliantie Gezondheidsvaardigheden aan inwoners, het toegankelijker maken van lokale gezondheidsinformatie en het bieden of faciliteren van een loketfunctie. Voorbeelden van activiteiten van bibliotheken zijn: *Stamppot Letterbrij – Gezond met Taal* van de bibliotheek Oost-Achterhoek en het lesprogramma *DigiVitaler*

<sup>43</sup> <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/partners/>

<sup>44</sup> <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/themas/samen-beslissen>

<sup>45</sup> <https://www.incluzio.nl/het-vergroten-van-basisvaardigheden>

<sup>46</sup> Bv STIP Ronde-Proeftuinen Therapietrouw, Preventieprogramma. Zie ZonMw.nl

<sup>47</sup> (Engels, Havers, & Smallegange, 2019). Opgehaald van:

<https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/zelfmanagement-en-gezondheidsvaardigheden-poh.pdf>

<sup>48</sup> (Koninklijke Bibliotheek, 2022). Opgehaald van: <https://www.bibliotheeknetwerk.nl/basisvaardigheden-volwassenen/gezondheid>

– een samenwerking tussen de Bibliotheek Nijkerk en het gezondheidscentrum waarmee wordt gewerkt aan gezondheids- en digitale vaardigheden<sup>49</sup>.

### Lokale organisaties en overheden

Ook gemeenten zetten zich in op het thema gezondheidsvaardigheid, vaak in samenwerking met lokale partijen. Zo werkt de GGD Fryslân samen met gemeenten aan preventie, onderzoek en kennisdeling. In de gemeente Ooststellingwerf wordt bijvoorbeeld gewerkt aan het vraagstuk: Hoe geven we, samen met partners in het gezondheidscentrum, vorm aan een contextuele aanpak om de zorg beter te laten aansluiten bij een doelgroep met lage gezondheidsvaardigheden?<sup>50</sup> In de gemeente Utrecht is 'gezondheidsvaardigheden en een gezonde leefstijl' een van de kernthema's<sup>51</sup> waarbij wordt ingezet op het vergroten van de toegankelijkheid van zorg, preventieprogramma's en activiteiten voor gezondheidsbevordering. Hierin staat het aansluiten bij inwoners met lage gezondheidsvaardigheden centraal, onder meer door het delen van kennis, het versterken van netwerken en het ondersteunen van initiatieven in de stad die de toegankelijkheid van voorzieningen en de zorg vergroten.

## 3.3 Programma's en instrumenten om vaardigheden van patiënten te versterken

De afgelopen jaren zijn verschillende methodes en tools ontwikkeld die gericht zijn op het versterken van gezondheidsvaardigheden van individuen. Hierbij wordt bijvoorbeeld ingezet op basisvaardigheden zoals lezen, schrijven en digitale vaardigheden

Een voorbeeld hiervan is het samenwerkingsprogramma *Taal voor het leven* dat wordt aangeboden door Stichting Lezen en Schrijven en gefinancierd wordt door de Rijksoverheid. Een onderdeel hiervan is het project *Voel je goed!* Dit is een combinatie van eet- en beweegadviezen van een diëtist en groepslessen gezondheidsvaardigheden van een vrijwilliger<sup>52</sup>. Tijdens het project krijgen de deelnemers en (eventuele) gezinsleden onder andere een supermarktrondleiding, waarbij zij gestimuleerd worden gezondere keuzes te maken in de supermarkt. In het project is er ook aandacht voor motivatie, doelen, steun, beloning, rol van de (verleidelijke) eetomgeving en bewegen. Er wordt, naast verandering van gedrag, ook gekeken naar eten en bewegen met je kinderen, culturele verschillen, communicatie met de zorgverlener en vervollessen in taal en/of rekenen.

Daarnaast zijn er programma's ontwikkeld die direct inzetten op gezondheidsvaardigheden van individuen. Een voorbeeld daarvan is de samenwerking van BiblioPlus, GGD Regio Noordoost Brabant en het Smaakcentrum Land van Cuijk, waarbij een project van vier bijeenkomsten is uitgevoerd over budget-koken en gezondheidsvaardigheden (Lekker en betaalbaar koken)<sup>53</sup>.

### Digitale ondersteuning

In aanvulling op deze programma's en instrumenten zijn er verschillende digitale tools ontwikkeld voor patiënten. Diverse websites ondersteunen patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden bij de voorbereiding van een bezoek aan een arts, bijvoorbeeld door hen te helpen met het formuleren van hun klacht, en hen te informeren over de gang van zaken bij een bezoek aan de

<sup>49</sup> (Van Pelt, 2021). Opgehaald van: <https://www.bibliotheeknetwerk.nl/sites/default/files/documents/bbv-Bibliotheek-Nijkerk-Gezondheidscentra-Nijkerk-slaan-handen%20ineen-BibliotheekBlad-sept-2021.pdf>

<sup>50</sup> (GGD Fryslân, 2019). Opgehaald van: <https://www.ggd Fryslan.nl/professionals/gemeenten/nieuws-voor-gemeenten/vitale-regio/>

<sup>51</sup> (Gemeente Utrecht, 2022). Opgehaald van: <https://utrecht.begroting-2019.nl/p20024/gezondheidsvaardigheden-en-een-gezonde-leefstijl>

<sup>52</sup> Handleiding voel je goed! Oktober 2019. Stichting Lezen & Schrijven.

<sup>53</sup> (Cubiss Brabant, 2021). Opgehaald van: <https://schijfvanvijfbasisvaardigheden.cubiss.nl/de-schijf-van-5/overdraagbaar-plan-van-aanpak-pilot-gezondheidsvaardigheden1>

dokter (bijvoorbeeld [www.naarjehuisarts.nl](http://www.naarjehuisarts.nl) en [www.begrijpelichaam.nl](http://www.begrijpelichaam.nl))<sup>55</sup>. Daarnaast wordt ook het opnemen van het consult via de telefoon als een mogelijk hulpmiddel voor patiënten gezien.

Voor een specifieke aandoening of vanuit een specialisme zijn zogenaamde *patient journey* apps ontwikkeld. Zo is er een app beschikbaar voor mensen die de diagnose borstkanker hebben gekregen en hiervoor in behandeling zijn (Owise). De app ondersteunt de patiënt om overzicht over alle informatie te houden en heeft handige hulpmiddelen om de dialoog met de arts te verbeteren en te helpen bij het nemen van beslissingen over de behandeling<sup>56</sup>. In de GGD Appstore wordt Owise borstkanker support app beoordeeld als goed met betrekking tot gebruiksvriendelijkheid, betaalbaarheid, deskundige onderbouwing en privacy. De beoordeling betreft niet de effectiviteit van de app.

Een app voor coloscopie intake<sup>57</sup> voorziet patiënten over een langere tijd van kleinere hoeveelheden gerichte informatie vanuit de gedachte dat zij de informatie zo beter kunnen opnemen en gebruiken<sup>58</sup>.

Het idee van een app wordt vanuit meerdere kanten ondersteund. Zo bleek uit een bijeenkomst met ziekenhuismedewerkers, laaggeletterden en mensen van expertiseorganisaties dat een buddy in de vorm van een online app verschil zou kunnen maken. Ook de Patiëntenfederatie benoemt in het rapport *De juiste zorg op de juiste plek* dat apps en websites ondersteuning kunnen bieden bij het aanleren van gezondheidsvaardigheden<sup>59</sup>.

“Hoewel een aanzienlijke groep mensen niet goed kan lezen en schrijven, een smartphone gebruiken ze bijna allemaal wel”<sup>60</sup>

Dit wordt ook ondersteund in het programma eHealth4ALL van Pharos<sup>61</sup>. Zij zien dat deze groep mensen baat kunnen hebben bij eHealth omdat het voordelen biedt zoals beeldgebruik, pictogrammen, voorleesfuncties, interactiviteit en gebruik in eigen tempo en eventueel samen met anderen. Echter, het begrijpen, vinden en gebruiken van eHealth-toepassingen is voor veel mensen een grote opgave. Veel eHealth-toepassingen worden daarom niet gebruikt. Met eHealth4ALL wordt gewerkt aan het toegankelijker maken van eHealth.

## Samenvatting

Het inzetten op verbetering van basisvaardigheden van patiënten is een belangrijk onderdeel van de huidige gezamenlijke aanpak. Er zijn verschillende programma's, methodes en tools beschikbaar die gericht zijn op het vergroten van basisvaardigheden. De ontwikkeling en uitvoering hiervan ligt primair bij partijen in het veld. Naast scholing en trainingsprogramma's zijn er apps beschikbaar voor zelfstandig gebruik door patiënten met een specifieke aandoening of voor een specifiek specialisme.

<sup>54</sup> (Oosterveld, Noordman, & Rademakers, 2019)

<sup>55</sup> (Oosterveld, Noordman, & Rademakers, 2019)

<sup>56</sup> <https://www.ggdappstore.nl/Appstore/PubApp/-N379>

<sup>57</sup> <https://patientjourneyapp.com/nl/product>

<sup>58</sup> <https://www.bd.nl/den-bosch-vught/promotie-thomas-timmers-app-spreekt-soms-duidelijker-taal-dan-specialist-a9b36cc6/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

<sup>59</sup> <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/768-taskforce-rapport-jozjp/file>

<sup>60</sup> <https://participatiekompas.nl/als-woorden-niet-je-grootste-vrienden-zijn>

<sup>61</sup> <https://www.pharos.nl/over-pharos/programmas-pharos/ehealth4all/>

### 3.4 Activiteiten gericht op het toegankelijker maken van de zorgomgeving

In het Health Literate Care Model worden de niveaus van een zorgsysteem in kaart gebracht die relevant zijn voor het verbeteren van de zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden<sup>62</sup>. De zorgomgeving is één van deze niveaus. Volgens het model zouden gezondheidsvaardigheden in alle onderdelen van de organisatie moeten worden opgenomen: planning, self-management support, samen-beslissen en communicatie. In Nederland wordt deze aanpak onder meer toegepast in het Wilhelmina ziekenhuis in Assen. De beleidsambitie van dit ziekenhuis, door de medewerkers zelf op de agenda gezet, is om binnen drie jaar gezondheidsvaardigheden een vast onderdeel te laten zijn van de cultuur van het ziekenhuis<sup>63</sup>.

#### Praktische initiatieven zodat patiënten de weg vinden naar de juiste zorg

Er zijn momenteel diverse initiatieven die inzetten op het toegankelijker maken van de zorg. Het kan dan gaan om maatregelen waardoor patiënten beter de weg vinden naar de juiste zorg, zoals bij het bieden van een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten die niet weten waar ze terecht kunnen, bijvoorbeeld in de vorm van zorgloketten of cliëntondersteuning<sup>64</sup>. De meeste initiatieven worden op lokaal niveau en binnen individuele zorgorganisaties ontwikkeld. Zo is er in Rijswijk een steunpunt genaamd 'de weetwinkel' opgezet in een buurthuis<sup>65</sup>. Van daaruit kunnen mensen doorverwezen worden naar de juiste organisaties, voor diensten op het gebied van welzijn en zorg. Een ander voorbeeld van zo'n initiatief is het project Zorgintro van Stichting Didar. Hiermee worden vluchtelingen en migranten aan de hand van zorgkaarten wegwijs gemaakt in het Nederlandse zorgstelsel<sup>66</sup>.

Bij het toegankelijker maken van de zorg kan het ook gaan om mensen letterlijk de weg te wijzen, zoals bij bewegwijzering in grote zorgorganisaties en de inzet van gastheren/vrouwen. Zo is er in het Universitair Medisch Centrum Utrecht nieuwe bewegwijzering met letters voor poliklinieken en afdelingen in plaats van namen<sup>67</sup>. Dit is tot stand gekomen in samenwerking met patiënt. Op de website van Pharos zijn tips te vinden voor zorgorganisaties<sup>68</sup>.

In Amerika is er de Health Literacy Universal Precaution Toolkit<sup>69</sup>, die instellingen hulpmiddelen biedt om de toegankelijkheid te verbeteren voor mensen met alle niveaus van gezondheidsvaardigheden. Dan gaat het bijvoorbeeld om eenvoudige bewegwijzering met niet te veel tekst en het gebruik van symbolen in plaats van letters<sup>70</sup>.

#### Inzicht in de stand van zaken binnen organisaties

Andere instrumenten richten zich meer op toegankelijkheid van de zorgorganisatie voor beperkt gezondheidsvaardigen in brede zin. Een voorbeeld is de Toolbox Quickscan gezondheidsvaardigheden ziekenhuizen die zich richt op zowel mondelinge, schriftelijke en digitale communicatie, als op de toegankelijkheid van het ziekenhuis<sup>71</sup>. Een ander voorbeeld is het instrument van Weaver. Met dit instrument kan in kaart worden gebracht hoe gezondheidsvaardig een organisatie is en op welke punten verbetering nodig is. Het instrument meet wat de sterke en zwakke punten zijn op het gebied van gezondheidsvaardigheden, op zes domeinen: arts-patiëntcommunicatie,

<sup>62</sup> (Koh, Brach, Harris, & Parchmann, 2013)

<sup>63</sup> <https://saz-ziekenhuizen.nl/nieuws/wilhelmina-ziekenhuis-assen-werkt-aan-preventie/>

<sup>64</sup> (Van de Lustgraaf, 2021)

<sup>65</sup> (DISK, 2018). Opgehaald van: <https://www.digitale-sociale-kaart.nl/organisatie/welzijn-rijswijk/welzijn-weet-winkel.html>

<sup>66</sup> (Stichting Didar, 2018). Opgehaald van: <http://www.didar.nl/zorgintro-project.html>

<sup>67</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>68</sup> <https://www.pharos.nl/een-ziekenhuis-voor-iedereen/>

<sup>69</sup> <https://hsl.lib.unc.edu/health-literacy/toolkit/>

<sup>70</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>71</sup>

[https://www.healthimpact.nl/index.php/projecten#:~:text=Quickscan%20Gezondheidsvaardigheden%20in%20ziekenhuizen&text=Om%20inzicht%20te%20krijgen%20in,ziekenhuizen%20ontwikkeld%20\(CBO%202014\).](https://www.healthimpact.nl/index.php/projecten#:~:text=Quickscan%20Gezondheidsvaardigheden%20in%20ziekenhuizen&text=Om%20inzicht%20te%20krijgen%20in,ziekenhuizen%20ontwikkeld%20(CBO%202014).)



mondelijke patiëntenvoorlichting, schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ondersteunende technologie, samenwerking tussen medewerkers onderling en beleid<sup>72</sup>.

### Inspiratiesessies

Tot slot worden er activiteiten georganiseerd waarin concrete handvatten geboden worden over wat je als werknemer in een ziekenhuis kunt doen om goed om te gaan met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zo organiseert het Programma *Uitkomstgerichte Zorg* samen met Pharos online inspiratie- en aan-de-slag-sessies voor zorgverleners, kwaliteitsmedewerkers, communicatie-medewerkers en leerhuismedewerkers uit ziekenhuizen en klinieken<sup>73</sup>.

### Samenvatting

Activiteiten gericht op het toegankelijker maken van de zorg kunnen zowel gericht zijn op communicatie met patiënten over de zorg (toegankelijkheid van zorg), als letterlijk de weg vinden in grote zorgorganisaties (fysieke toegankelijkheid). Daarnaast zijn er instrumenten voor organisaties om inzicht te krijgen in hoe hun organisatie er wat betreft toegankelijkheid voor staat. Ook worden er inspiratiesessies georganiseerd voor werknemers van zorgorganisaties. De uitvoering van deze maatregelen ligt met name bij zorginstellingen.

## 3.5 Ondersteuning van zorgorganisaties en professionals

In de literatuur worden veel tools en methodieken beschreven die zorgorganisaties en zorgprofessionals ondersteunen bij het omgaan met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Online zijn verschillende overzichten te vinden van deze tools en methodieken, bijvoorbeeld via de websites [zorgvoorbeter.nl](https://zorgvoorbeter.nl), de website van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden en de website van het programma *Uitkomstgerichte Zorg*<sup>74</sup>. Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- Gespreksvaardigheden;
- Het meten van gezondheidsvaardigheden;
- Het visualiseren van informatie;
- Tips en onderzoeken naar hoe veranderprocessen te bewerkstelligen.

### Webinars, handreikingen en scholing voor zorgprofessionals

Diverse partijen organiseren webinars met informatie over dit onderwerp. Zo organiseert de mProve-werkgroep 'Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden' webinars, gericht op medisch specialisten en artsen in opleiding, maar deze zijn relevant voor iedereen die te maken heeft met patiëntzorg<sup>75</sup>. Zij richten hun communicatie zo in dat het contact hebben met patiënten en bezoekers die moeilijk(er) kunnen lezen en schrijven verbetert<sup>76</sup>. Ze trainen gezamenlijk zorgverleners en ontwikkelen middelen om de moeilijk begrijpelijke medische informatie toegankelijk te maken voor laaggeletterden.

Vilans heeft samen met andere experts en professionals een handreiking ontwikkeld om eerstelijns zorgverleners te ondersteunen in de omgang met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden<sup>77</sup>. Deze handreiking bevat informatie om eerstelijns zorgprofessionals toe te rusten om

<sup>72</sup> (Heijmans, Zwicker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>73</sup> (Alliantie Gezondheidsvaardigheden, 2022). Opgehaald van:

<https://gezondheidsvaardigheden.nl/nieuws/partners/uitnodiging-aan-de-slag-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>

<sup>74</sup> (Alliantie Gezondheidsvaardigheden, 2022). Opgehaald van: <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/aan-de-slag/> en (Programma *Uitkomstgerichte Zorg*, 2022). Opgehaald van:

<https://www.platformuitkomstgerichtezorg.nl/themas/samen+beslissen/toolkit+gezondheidsvaardigheden/default.aspx#question=2054889>

<sup>75</sup> (Mprove, 2021). Opgehaald van: <https://www.mprove.nu/nieuws/terugkijken-webinars-iedereen-snap-de-dokter-toch/>

<sup>76</sup> <https://www.mprove.nu/projecten/laaggeletterdheid/>

<sup>77</sup> (Vilans, 2015)

beperkte gezondheidsvaardigen te herkennen en de zorg beter op hen af te stemmen. Voor huisartsen in achterstandswijken in de gemeente Haaglanden is een stichting opgericht waarmee maatwerkoplossingen worden ondersteund<sup>78</sup>. Die projecten richten zich ook op beperkte gezondheidsvaardigheden.

Ook bij toekomstige zorgverleners wordt aandacht gegeven aan dit onderwerp. Een voorbeeld daarvan is het curriculum van het Radboud Universitair Medisch Centrum. In 2017 is daar een pilotproject gestart rondom laaggeletterdheid in de zorg, waarin studenten en laaggeletterden aan elkaar werden gekoppeld<sup>79</sup>. In de pilot hebben de studenten de laaggeletterden begeleid bij hun zorgvraag. De laaggeletterden gaven de studenten een kijkje in het leven van iemand die moeite heeft met lezen en schrijven, en waar zij allemaal tegenaan lopen in de wereld van de zorg.

### Ervaringen van patiënten

In de studie van NIVEL naar Samen Beslissen en mensen met lage gezondheidsvaardigheden zijn de ervaringen en behoeften van de doelgroep onderzocht<sup>80</sup>. Hieruit blijkt dat zij een voorkeur hebben voor visuele bestaande hulpmiddelen, de 'fotostrip' en 'tips voor samen beslissen'. Daarnaast zijn ze ook positief over de 'terugvraagmethode' en de '3 goede vragen'. Ze zijn daarentegen minder positief over de 'consultkaart', vanwege de grote hoeveelheid tekst en kleine letters.

Uit ander onderzoek van NIVEL blijkt dat er in Nederland weinig hulpmiddelen beschikbaar zijn op het gebied van samen beslissen die bruikbaar zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. De hulpmiddelen bevatten vaak complexe informatie over de voor- en nadelen van bepaalde keuzeopties<sup>81</sup>. Hier worden wel verbeteringen in aangebracht. In 2021 is bijvoorbeeld een consultkaart in beeld ontwikkeld voor nierpatiënten, zodat deze informatie toegankelijk is voor iedereen<sup>82</sup>. Onlangs hebben Pharos en het Longfonds een handboek genaamd 'Ik heb COPD, wat kan ik doen?' en een gesprekskaart ontwikkeld voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en COPD<sup>83</sup>.

### Samenvatting

De afgelopen jaren zijn tools en methodieken ontwikkeld voor zorgverleners om beter om te gaan met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het gaat bijvoorbeeld om gesprekstechnieken, het visualiseren van informatie en tips om veranderprocessen te bewerkstelligen. Daarnaast zijn er webinars, handreikingen en scholing voor zorgprofessionals ontwikkeld. De patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben een voorkeur voor visuele hulpmiddelen en deze worden ook steeds beter ontwikkeld. Wederom ligt de uitvoering hiervan bij partijen uit het veld, maar ook kennisorganisaties spelen een rol bij het ontwikkelen van tools en methodieken om zorgprofessionals en organisaties te ondersteunen.

---

<sup>78</sup> (Stichting FHA, 2022)

<sup>79</sup> <https://www.taalvoorhetleven.nl/nieuws/pilotproject-laaggeletterdheid-in-de-zorg-bij-radboudumc>

<sup>80</sup> (Oosterveld, Noordman, & Rademakers, 2019)

<sup>81</sup> (Oosterveld, Noordman, & Rademakers, 2019)

<sup>82</sup> <https://www.nvn.nl/activiteiten/projecten-lobby-en-meer/consultkaarten/>

<sup>83</sup> (Picasso zorgoptimalisatie, 2021). Opgehaald van: <https://www.picassozorgoptimalisatie.nl/kennis-delen/nieuws/2019/06/06/handboek-copd-geeft-mensen-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden-meer-eigen-regie/>

## 4 Knelpunten en oplossingsrichtingen

Het vorige hoofdstuk maakt duidelijk dat er door veel partijen activiteiten worden ontplooid om de gezondheidsvaardigheid van patiënten te versterken. Toch zijn er in de literatuur en in de praktijk diverse signalen te vinden waaruit blijkt dat de aanpak nog niet op alle terreinen het gewenste effect heeft. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de knelpunten, de mate waarin deze herkend worden in de praktijk, mogelijke oplossingsrichtingen en de rol van de rijksoverheid erin.

### 4.1 Knelpunten

#### 4.1.1 *Beperkt gebruik van tools door zorgverleners en organisaties*

Ondanks de beschikbaarheid van diverse tools en methodieken blijkt uit onderzoek dat bijna de helft van de zorgverleners in de communicatie niet specifiek rekening houdt met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden<sup>84</sup>. Hier zijn verschillende redenen voor.

##### **Gebrek aan herkennen van en kennis over de problematiek**

Een belangrijke reden is dat ongeveer de helft van de zorgverleners niet bekend is met het probleem<sup>85</sup>. Veel organisaties en zorgprofessionals zijn zich niet bewust van het probleem en het effect van beperkte gezondheidsvaardigheden voor de patiënten. Het **gebrek aan kennis** over wat gezondheidsvaardigheden precies zijn en wat een beperking op dat gebied betekent maakt het lastig om adequaat te reageren op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Maar ook als zorgverleners zich wel bewust zijn van het probleem blijkt dat ze het lastig vinden mensen uit de **doelgroep te herkennen**<sup>86</sup>. Patiënten kunnen zich schamen en actief verbloemen dat zij bepaalde vaardigheden niet bezitten<sup>87</sup>.

Sommige zorgorganisaties geven aan niet goed te weten waar ze moeten beginnen om de toegankelijkheid voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te verbeteren<sup>88</sup>. Het is voor hen onduidelijk wat gezondheidsvaardigheden zijn en waar de doelgroep behoefte aan heeft.

##### **Gebrek aan kennis over beschikbare instrumenten**

Een andere reden voor beperkt gebruik van instrumenten is dat zorgprofessionals **onvoldoende op de hoogte zijn van de beschikbare methoden**<sup>89</sup>. Dit ondanks dat er in de literatuur verschillende overzichten bestaan van tools die gebruikt kunnen worden, inclusief inzicht in het doel, de gebruikers, de ontwikkelaar en waar meer informatie vindbaar is<sup>90</sup>.

##### **Gebrek aan tijd en middelen om instrumenten toe te passen**

Een derde knelpunt dat wordt genoemd is dat zorgverleners er in de praktijk tegenaan lopen dat zij **te weinig tijd** hebben om gebruik te maken van de tools<sup>91</sup>, ook indien ze wel goed op de hoogte zijn van de problematiek en instrumenten. Ook zorgorganisaties geven aan dat er gebrek aan tijd en geld is om dit thema in organisatiebreed beleid te verwerken<sup>92</sup>.

<sup>84</sup> (Murugesu, Heijmans, Fransen, & Rademakers, 2018)

<sup>85</sup> (Zandvliet, 2022). Opgehaald van: <https://www.ioresearch.nl/actueel/tag/communicatie/>

<sup>86</sup> (Zandvliet, 2022)

<sup>87</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>88</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>89</sup> (Murugesu, Heijmans, Fransen, & Rademakers, 2018)

<sup>90</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>91</sup> (Murugesu, Heijmans, Fransen, & Rademakers, 2018)

<sup>92</sup> (Murugesu, Heijmans, Fransen, & Rademakers, 2018)

## Aanjagers ontbreken

In Nederland zijn er wel voorlopers binnen gezondheidszorgorganisaties waar het gaat om aandacht voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, maar echte aanjagers binnen organisaties of **best practices ontbreken** vooralsnog<sup>93</sup>. In 2013 werd tijdens de IOM roundtable on Health benoemd dat hierin geïnvesteerd zou moeten worden. Uit onderzoek van NIVEL bleek dat in organisaties waar veel activiteit is ten aanzien van gezondheidsvaardigheden inderdaad dergelijke aanjagers aanwezig zijn, of op zijn minst een directie of raad van bestuur die het belang ziet van investeren in beleid voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden<sup>94</sup>.

## Gebrek aan ervaren steun vanuit beleid, wet- en regelgeving

Tot slot geven zorgorganisaties en professionals aan een gebrek aan steun te ervaren van de overheid bij het ontplooiën van initiatieven ter verbetering van de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden<sup>95</sup>. De aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden komt vooralsnog nergens formeel terug in wet- en regelgeving, beleid van de rijksoverheid of gemeenten of in zorgstandaarden.

### 4.1.2 Beperkte kennis over evidentie

Impactonderzoek van Maastricht University laat zien dat inzetten op verbetering van taalvaardigheid effectief kan zijn; mensen die deelnamen aan taaltrajecten binnen *Taal voor het Leven* werden niet alleen taalvaardiger, maar ook gelukkiger, zelfredzamer, sociaal actiever en gezonder<sup>96</sup>. Ondanks dergelijk onderzoek constateert de WRR dat er nog relatief weinig bekend is over de effectiviteit van interventies gericht op het verbeteren van basisvaardigheden<sup>97</sup>. De WRR ziet aanleiding om de beschikbare kennis over gezondheidsvaardigheden verder uit te breiden en nieuwe interventies op te zetten en te evalueren.

## Gebrek aan inzicht in wat werkt voor wie

Onderzoek laat zien hoe patiënten dergelijke instrumenten ervaren, welke tools en methodieken worden aanbevolen door zorgverleners en voor welk type uitdaging<sup>98</sup>. Zorgverleners missen echter inzicht in wat bij welke specifieke doelgroepen werkt en op welk moment in de behandeling een instrument ingezet kan worden<sup>99</sup>.

## Onduidelijkheid over effectiviteit

Zorgverleners zijn niet altijd overtuigd van de meerwaarde van tools en methodieken. Dit probleem komt vaker terug in de literatuur. Verschillende studies concluderen dat er geen harde conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van interventies gericht op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden<sup>100</sup>. De **evidentie ontbreekt** dat het investeren in methodieken voor beperkte gezondheidsvaardigheden echt helpt<sup>101</sup>.

Ook voor zorgorganisaties geldt dat er weinig kosteneffectiviteitsonderzoeken zijn die bewijzen dat acties om toegankelijkheid van hun zorg te vergroten meerwaarde hebben. Volgens bestaande modellen en literatuur zou er in alle aspecten van de zorg rekening moeten worden gehouden met

<sup>93</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>94</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>95</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

<sup>96</sup> (De Greef, Segers, Nijhuis, & Fond Lam, 2014). Opgehaald van: <https://www.lezenenschrijven.nl/wat-doen-wij/oplossing-voor-je-vraagstuk/rapportage-evaluatie-impact-taaltrajecten-taal-voor-het>

<sup>97</sup> (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2017)

<sup>98</sup> (Murugesu, Heijmans, Fransen, & Rademakers, 2018)

<sup>99</sup> (Murugesu, Heijmans, Fransen, & Rademakers, 2018)

<sup>100</sup> Zie onder meer: (Heijmans, Waverijn, Rademakers, Van der Vaart, & Rijken, 2015) (Dennis, et al., 2012) (Sheridan, et al., 2011)

<sup>101</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Er is echter weinig bekend over het effect dat het toegankelijker maken van de zorg heeft. Het is belangrijk om te kunnen onderbouwen dat investeren in lage gezondheidsvaardigheden binnen een organisatie ook echt helpt. Enerzijds is er behoefte aan interventiestudies die systematisch de ontwikkeling én implementatie van een interventie in de praktijk bestuderen. Anderzijds is er behoefte aan duidelijkheid of de implementatie van een interventie daadwerkelijk positieve effecten heeft op het zorgproces en de uitkomsten van de behandeling én of dit opweegt tegen de kosten. Dit inzicht kan helpen om organisaties te motiveren hier tijd en energie in de steken, mits de baten die binnen de organisatie vallen opwegen tegen de kosten. Als dit niet zo is zal er mogelijk aanvullende financiering door anderen (zorgverzekeraars, overheid) nodig zijn.

### Effectiviteit op gezondheidsuitkomsten meten is complex

Het meten van de effectiviteit van interventies in termen van gezondheidsuitkomsten en zorggebruik is een complexe exercitie. Het aantal studies hiernaar is dan ook beperkt. Voor het programma *Gezonde Wijk Overvecht*, de voorloper van *Krachtige Basiszorg*, heeft zorgverzekeraar Agis onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de zorgkosten van zijn verzekerden in de wijk. Daaruit kwam een besparing van vier procent op de totale zorgkosten naar voren, die vooral te danken was aan een substitutie van specialistische zorg door zorg in de eerste lijn en een afname van medicatievoorschriften<sup>102</sup>. Integrale gezondheidswinst kon niet worden aangetoond: de ervaren gezondheid bleef in dezelfde periode stabiel<sup>103</sup>. NIVEL monitort *Krachtige Basiszorg* in vier grootstedelijke achterstandswijken en constateert een positieve ontwikkeling in de tevredenheid onder zorgprofessionals en patiënten. Zorggebruik en gezondheidsuitkomsten vormen geen onderdeel van het onderzoek<sup>104</sup>.

Joosten et al<sup>105</sup> vonden aanwijzingen dat Samen Beslissen positieve resultaten laat zien op therapietrouw, tevredenheid en kennis van ggz-patiënten met schizofrenie en depressie, maar weinig bewijs voor objectieve positieve gezondheidsuitkomsten. Bij ernstige psychiatrische cliënten, die evenals cliënten met beperkt opleidingsniveau, leerproblemen of verstandelijke beperking met concentratie- en informatieverwerkingsproblemen kampen, kwam uit een randomised controlled trial van de Samen Beslissen-interventie naar voren dat zij in staat waren om opties te begrijpen en rationele keuzes te maken over de behandeling. Dat resulteerde in vermindering van psychische klachten en afname van de ernst van druggebruik in vergelijking met de conventionele behandeling.

#### 4.1.3 Behoeft aan bredere ontwikkeling van tools

Een deel van de zorgprofessionals maakt wel gebruik van de beschikbare tools. Veel van deze tools zijn specifiek toegesneden op de situatie in de verschillende sectoren zoals eerstelijnszorg, apotheken of langdurige zorg. Ook worden bestaande tools verder ontwikkeld, zoals de consultkaart voor nierpatiënten<sup>106</sup>. Desondanks zijn op dit punt verbeteringen mogelijk.

### Beperkte aandacht voor verbeteren van denk- en doenvermogen

In de huidige interventies ligt een grote nadruk op basisvaardigheden, zoals taalvaardigheid. Echter, de WRR constateert dat er in de huidige aanpak nog beperkt aandacht is voor het verbeteren van 'denk- en doenvermogen'. Kennis en het hebben van bepaalde basisvaardigheden alleen is niet voldoende om gezondheidsredzaam te zijn<sup>107</sup>. Motivatie, zelfvertrouwen, zelfcontrole

<sup>102</sup> Van der Vorst en van der Meulen. 2011. Wijk Overvecht voorbeeld voor 'Utrecht Gezond'. DeEerstelijns, jg 2011, nr 10

<sup>103</sup> Berenschot en van der Geest. 2012. Integrale zorg in de buurt. Nyfer

<sup>104</sup> Chantal Leemrijse, Joke Korevaar . 2021. Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd. Ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken. NIVEL

<sup>105</sup> Joosten, E., Jaspers, J., Dijkstra, B., & de Jong, C. (2015). Samen beslissen in de ggz en verslavingszorg. Nederlands Tijdschrift Voor Evidence Based Practice, 13(3), 18–20. n

<sup>106</sup> <https://www.nvn.nl/activiteiten/projecten-lobby-en-meer/consultkaarten/>

<sup>107</sup> (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2017)

en het patiënt activatie-niveau spelen ook een rol bij beperkte gezondheidsvaardigheden<sup>108</sup>. Er zijn echter nog weinig interventies gericht op deze aspecten. De WRR stelt dat de volgende vermogens nodig zijn:

- Informatie kunnen verzamelen en wegen;
- Situatie overzien, doelen stellen en een plan maken;
- In actie komen en het plan uitvoeren;
- Het plan volhouden;
- Omgaan met emoties.

Een Europese studie concludeert ook dat de meest veelbelovende interventies zich juist op andere vaardigheden dan kennis richten<sup>109</sup>.

### Weinig tot geen samenwerking met de doelgroep

Diverse partijen betogen dat er meer inzicht nodig is in de situatie en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Een belemmering daarbij is dat zij lastig te bereiken zijn. De doelgroep heeft niet altijd de behoefte te werken aan gezondheidsvaardigheid, maar er kan ook schaamte heersen om dit te bespreken. Daarnaast zijn beperkt gezondheidsvaardigen ondervertegenwoordigd in cliëntraden, patiëntorganisaties, zorgprofessionals en beleidsmakers en reageren zij ook niet op vragenlijsten.

Uit de literatuur komt naar voren dat er weinig tot geen onderzoek wordt gedaan in samenwerking met of naar specifieke doelgroepen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden<sup>110</sup>. Goede voorbeelden die daarop een uitzondering vormen zijn Pharos, de onderzoeksafdeling Gezondheidszorg vanuit het Perspectief van Patiënten, Cliënten en Burgers van NIVEL, en ZonMw, dat in bijvoorbeeld het onderzoeksprogramma Preventie participatie van de doelgroep vereist.

Daarnaast zijn er diverse rapporten verschenen waaruit blijkt dat het gebruik van cliëntondersteuning laag is<sup>111 112</sup>. Relatief weinig mensen maken gebruik van hun recht op gratis onafhankelijke cliëntondersteuning, omdat dit recht te onbekend is<sup>113</sup>.

## 4.2 Herkenbaarheid van de beschreven beperkingen en knelpunten

Bovenstaande knelpunten uit de literatuur zijn getoetst aan de ervaringen uit de praktijk. In het kader van dit onderzoek is in februari 2022 is een brainstormsessie georganiseerd met 13 partijen uit het veld<sup>114</sup>. Daarin is aan de deelnemers gevraagd in hoeverre zij de beschreven knelpunten herkennen op een schaal van 1 (onherkenbaar) tot 10 (heel herkenbaar).

In navolgende figuur zijn de reacties weergegeven.

---

<sup>108</sup> (Rademakers, Nijman, Brabers, De Jong, & Hendriks, 2014)

<sup>109</sup> (Heijmans, Waverijn, Rademakers, Van der Vaart, & Rijken, 2015)

<sup>110</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

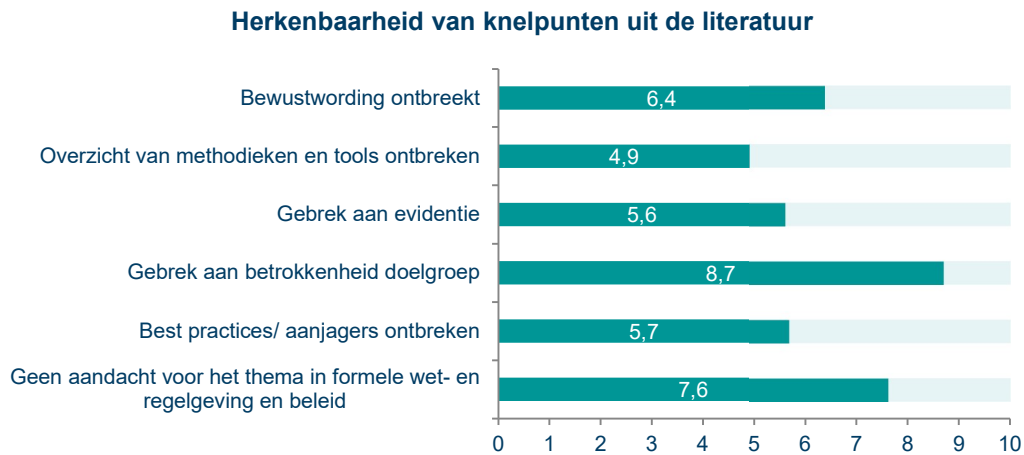
<sup>111</sup> (Van Houdt, 2020)

<sup>112</sup> (Kromhout, Van Echtelt, & Feijten, 2020). Opgehaald van: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/11/16/sociaal-domein-op-koers>

<sup>113</sup> (College voor de Rechten van de Mens, 2019). Opgehaald van: <https://mensenrechten.nl/nl/publicatie/5de636e4b55daa48dd78be31>

<sup>114</sup> Zie bijlage 1 voor een overzicht van aanwezige organisaties

**Figuur 3.1** Mate waarin de knelpunten uit de literatuur worden herkend door de aanwezige partijen bij de brainstormsessie



De aanwezige partijen herkennen de knelpunten uit de literatuur in meerdere of mindere mate. Het gebrek aan betrokkenheid van de doelgroep is daarvan het meest herkenbaar. Daarnaast scoort ook het gebrek aan aandacht voor het thema in wet- en regelgeving en beleid hoog qua mate van herkenbaarheid. Het ontbreken van overzichten van methodieken en tools is niet voor alle aanwezigen even herkenbaar. Bij de toelichting hierop geven de aanwezigen aan dat het niet zozeer gaat om het ontbreken van overzichten, maar dat er niet genoeg bekendheid aan de overzichten wordt gegeven.

In de bijeenkomst is tevens gebrainstormd over mogelijke oplossingsrichtingen voor deze knelpunten. Hieruit zijn de volgende breed gedragen oplossingsrichtingen naar voren gekomen:

- Versterk de aandacht van de zorgverlener voor aanwezigheid van en omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden; zorg dat hij of zij hier voldoende tijd voor heeft.
- Praat met de doelgroep, niet alleen over de doelgroep: *“Externen (gezondheidsvaardigen) bedenken wat mogelijk voor andere mensen (niet-gezondheidsvaardigen) zou werken. Dat werkt niet. We moeten de doelgroep beter gaan begrijpen.”*
- Probeer aansluiting te vinden bij de interesses van de doelgroep en probeer van daaruit met hen over gezondheidsvaardigheid te beginnen. De manier van benaderen is belangrijk, want het is effectiever als het niet rechtstreeks, via het doel om gezondheidsvaardigheden te verbeteren, gebeurt. Dat schrikt mensen af.
- Onderzoek hoe informatie het beste kan worden aangeboden: in één consult of juist in stukjes over de tijd verdeeld, zodat de informatie op het juiste moment op de juiste manier bij patiënten terechtkomt.

### 4.3 Mogelijke oplossingsrichtingen voor de knelpunten

De literatuur en de ervaringen in de praktijk laten zien dat, ondanks de intensieve inzet van veel partijen er nog diverse punten zijn die de effectiviteit van de aanpak beperken. Belangrijke knelpunten zijn:

- Onvoldoende kennis bij zorgverleners over de problematiek en over de beschikbare methodieken en tools om hiermee om te gaan;
- Te weinig tijd en middelen voor zorgverleners om beschikbare methodieken en tools te gebruiken;
- Het ontbreken van aanjagers en best practices bij zorginstellingen;

- Het ontbreken van een formele basis voor aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden in wet- en regelgeving, beleid van de rijksoverheid, of in zorgstandaarden;
- Beperkte kennis over effectiviteit van aanpakken en instrumenten;
- Beperkte aandacht voor het verbeteren van denk- en doenvermogen van patiënten;
- Weinig tot geen samenwerking met de doelgroep in het ontwikkelen van instrumenten, mede doordat een deel van de doelgroep niet goed kan worden bereikt.

Bovenstaande punten betekenen niet dat de huidige aanpak niet effectief is. Het geeft vooral aan dat er nog kansen liggen om de effectiviteit van de brede aanpak verder te versterken. In deze paragraaf beschrijven we mogelijke aanscherpingen van en aanvullingen op de huidige aanpak. In paragraaf 4.4 focussen we vervolgens op de rol die de rijksoverheid zou kunnen spelen.

#### 4.3.1 Kennisontwikkeling en kennisdeling

Beperkte kennis over evidentie en onvoldoende kennis over tools en methodieken zijn twee van de zeven knelpunten die uit de literatuur naar voren komen. De geraadpleegde veldpartijen zien dit weliswaar niet als het meest belangrijke knelpunt, maar geven wel aan dat de beschikbare kennis en methodieken niet optimaal worden gebruikt.

##### Effectiviteitsonderzoek

Meerdere auteurs wijzen er op dat er nog relatief weinig bekend is over de effectiviteit van bestaande aanpakken en instrumenten. Het gaat dan zowel om de effectiviteit van trainingen gericht op patiënten, alsook om maatregelen die zorgprofessionals en zorgorganisaties kunnen treffen in het omgaan met beperkt gezondheidsvaardige patiënten.

Meer onderzoek (bijvoorbeeld door kennisinstellingen) kan helpen om te identificeren welke instrumenten om gezondheidsvaardigheden te verbeteren onder welke omstandigheden het meest effectief kunnen zijn, en dan met name voor welke specifieke deelgroepen binnen de groep beperkt gezondheidsvaardigen. Het is van belang dat de meerwaarde van de aanpak van de problematiek wordt onderkend. Om die reden is evidentie nodig over de (kosten)effectiviteit van methodieken.

##### Kennisdeling

Diverse onderzoeken laten zien dat er weliswaar veel instrumenten beschikbaar zijn voor zorgorganisaties en zorgprofessionals, maar dat de betrokkenen deze niet altijd weten te vinden. Verdere verspreiding van bestaande kennis kan helpen om dit knelpunt te verminderen. Daarin kunnen partijen als kennisinstellingen, beroepsorganisaties en brancheverenigingen een rol spelen.

#### 4.3.2 Vastleggen van belang in beleid, wet- en/of regelgeving

Veldpartijen zien het ontbreken van een formele basis voor aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden in wet- en regelgeving, beleid van de rijksoverheid of gemeenten, of in zorgstandaarden, als een belangrijk gemis. In termen van knelpunten wordt dit door praktijkpartners als het belangrijkste knelpunt gezien en het wordt tevens als een belangrijke oplossingsrichting aangedragen. Deze verankering zal met name betekenen dat zorgorganisaties en zorgverleners effectiever kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid in termen van communicatie over zorg(handelingen) en het toegankelijker maken van de zorg.

Deze aanscherping kan bijvoorbeeld twee van de oplossingsrichtingen vanuit de praktijk ondersteunen, te weten (zie paragraaf 4.2):

- *Versterk aandacht van de zorgverlener voor beperkte gezondheidsvaardigheden en zorg dat hij of zij hier voldoende tijd voor heeft.*
- *Onderzoek hoe informatie het beste kan worden aangeboden.*



### Borging van het belang

Een betere beleidsmatige of wettelijke verankering van het belang van beperkt gezondheidsvaardigen in beleid en/of wet- en regelgeving kan helpen om de aandacht voor de problematiek te versterken. Het gaat er dan bijvoorbeeld om dat aandacht voor de problematiek formeel wordt opgenomen in strategie en kwaliteitsbeleid op alle niveaus: zowel in landelijk beleid als in beleid van individuele zorgorganisaties. Hierdoor is er een basis van beleid waar steun uit blijkt voor het ontplooiën van initiatieven voor de omgang met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze borging zou kunnen worden aangevuld met financiële steun. Zowel nascholing als toepassing in de praktijk gaat gepaard met kosten voor zorgprofessionals en zorgorganisaties. Vergoeding van (een deel van) deze kosten kan organisaties en zorgprofessionals stimuleren om de benodigde tijd en middelen vrij te maken voor scholing, en voldoende tijd en aandacht voor de doelgroep.

#### 4.3.3 *Breder aanbod van tools en programma's*

Het versterken van de vaardigheden van patiënten is een belangrijke pijler van de huidige aanpak. In paragraaf 4.2 is gewezen op enkele mogelijke aanvullingen op de huidige aanpak die de effectiviteit ervan zou kunnen verbeteren. Zo hebben veldpartijen oplossingsrichtingen aangegeven (zie paragraaf 4.2):

- *Praat met de doelgroep, niet alleen over de doelgroep.*
- *Probeer aansluiting te vinden bij interesses van de doelgroep en van daaruit met hen over gezondheidsvaardigheid te beginnen.*

Daarnaast is in paragraaf 4.1 beschreven dat er behoefte is aan aandacht voor het 'denk en doenvermogen' van patiënten met beperkte vaardigheden.

Hierin kunnen alle partijen die momenteel al bij de aanpak betrokken zijn een rol spelen. Dit kan bijvoorbeeld worden vertaald naar de volgende aanvullingen.

### Aanbod van trainingen uitbreiden

In paragraaf 4.1 is geconstateerd dat het aanbod van trainingen nog onvoldoende is gericht op 'denk- en doenvermogen'. Het gaat dan bijvoorbeeld om aspecten van patiënt activatie, zoals motivatie, het beoordelen en verwerken van informatie en zelfcontrole te versterken bij de doelgroep. Verdere uitbreiding van het aanbod van dergelijke instrumenten kan helpen de gezondheidsvaardigheden te versterken.

### Aansluiting bij de doelgroep verbeteren

Met het bestaande instrumentarium wordt maar een deel van de doelgroep bereikt. Dit heeft deels te maken met de behoeften en interesses van de doelgroep, deels met de motivatie van beperkt gezondheidsvaardigen. Het onderzoeken van effectieve manieren om de doelgroep te benaderen kan hierbij ondersteunen. Een goed voorbeeld hiervan is de inzet van persona's in taalonderwijs<sup>115</sup>. Daarnaast zouden instrumenten nog beter toegesneden kunnen worden op de doelgroep. Het samen met de doelgroep ontwikkelen van instrumenten kan mogelijk helpen de effectiviteit te verbeteren.

#### 4.3.4 *Scholing voor zorgprofessionals*

Om de potentieel grote impact van zorgverleners waar te kunnen maken, is het van belang dat zorgmedewerkers op de hoogte zijn van het probleem, de doelgroep herkennen en de beschikbare tools ook daadwerkelijk gebruiken. Tevens dienen ze voldoende gemotiveerd en gesteund te worden om hier gebruik van te maken. Naast de hierboven genoemde, meer algemene maatregelen met betrekking tot kennisdeling en borging van het thema in beleid en regelgeving, zou er meer aandacht kunnen komen voor scholing van zorgprofessionals.

<sup>115</sup> Zie: [https://www.bibliotheeknetwerk.nl/sites/default/files/2020-04/bbv\\_persona-s-nt1\\_laaggeletterden-in-beeld-of-klasse.pdf](https://www.bibliotheeknetwerk.nl/sites/default/files/2020-04/bbv_persona-s-nt1_laaggeletterden-in-beeld-of-klasse.pdf)

Aanvullende scholing van zorgprofessionals is een mogelijke maatregel om de effectiviteit van de aanpak te versterken. Er lopen al gesprekken om het thema gezondheidsvaardigheden op te nemen in het onderwijscurriculum van zorgopleidingen en opleidingen voor professionals in het sociaal domein. Daarnaast is van belang dat dit thema aandacht krijgt in (na)scholing van de professionals die al aan het werk zijn. Dit geldt voor alle medewerkers van zorgorganisaties, ook voor hen die op het gebied van bijvoorbeeld communicatie en assistentie werken.

Naast het herkennen van de problematiek dient daarbij aandacht te zijn voor methoden om het probleem bij patiënten bespreekbaar te maken; mogelijkheden om het taboe op het onderwerp te doorbreken. Het gaat daarbij om pluriforme groep van onder andere zowel hoog als middelbaar opgeleiden.

#### 4.4 Rol voor de rijksoverheid

Tot nog toe is in deze rapportage de aanpak gericht op het versterken van gezondheidsvaardigheid in brede zin besproken. Dit doet recht aan de complexiteit van de problematiek en de rol die de verschillende partijen momenteel spelen. Eén van die partijen is de rijksoverheid. In deze paragraaf gaan we nader in op de vraag waarom de rijksoverheid een rol zou moeten spelen en welke instrumenten zij tot haar beschikking heeft.

##### Waarom is er een rol voor de overheid?

De basis voor de overheidsrol ligt in marktfalen: een deel van de patiënten heeft niet voldoende toegang tot informatie over gezondheid en zorg, begrijpt deze niet en/of kan de informatie niet in voldoende mate toepassen. Aan de andere kant biedt de markt geen prikkels aan zorgprofessionals en zorgaanbieders om extra inspanningen te plegen om deze groep patiënten beter te ondersteunen, omdat de extra tijdsinvestering die dat vraagt niet wordt beloond.

Deze situatie bestaat al langere tijd. Marktpartijen blijken onvoldoende in staat of gemotiveerd om hierin verandering te brengen en daarmee blijft een maatschappelijk onwenselijke situatie voortbestaan. Ingrijpen van de overheid is nodig om te bewerkstelligen dat de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van de zorg en de vaardigheden van de patiënten beter op elkaar aansluiten, zodat maatschappelijk gezien een betere situatie wordt bereikt met betrekking tot gezondheidsuitkomsten en patiënttevredenheid. Betere gezondheidsuitkomsten betekenen niet alleen een hogere kwaliteit van leven voor patiënten, maar kunnen mogelijk tevens tot lagere zorgkosten leiden.

##### Wat doet de rijksoverheid al?

Het beleid met betrekking tot de problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheid kent momenteel diverse instrumenten. Zo stimuleert het rijk de bewustwording over beperkte gezondheidsvaardigheid door subsidieverstrekking aan de Stichting Pharos, coördinator van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden. Hiermee wordt bredere bekendheid van het probleem en de beschikbare tools om ermee om te gaan gestimuleerd.

Daarnaast stimuleert het rijk de ontwikkeling, kennisdeling en toepassing van kennis en instrumenten met betrekking tot beperkte gezondheidsvaardigheden op velerlei gebied: vaardigheden van patiënten, toegankelijkheid van de zorg en ondersteuning van zorgverleners en zorgorganisaties in het omgaan met beperkt gezondheidsvaardigen.

Genoemde maatregelen leiden er toe dat er instrumenten en aanpakken ontwikkeld zijn en worden toegepast. Het is van belang dat deze maatregelen onderdeel blijven van de toekomstige aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheid.

Bij de Alliantie Gezondheidsvaardigheden zijn ook vertegenwoordigers van mbo, hbo en wo aangesloten. De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen van het ministerie van VWS over de opleiding van toekomstige zorgprofessionals ondersteunt het uitgangspunt om gezondheidsvaardigheden op te nemen in opleiding en scholing. Niettemin blijken er in de praktijk knelpunten te zijn, omdat het onderwerp moet concurreren met andere onderwerpen in het curriculum. De opleidingen hebben een autonome bevoegdheid om te kiezen wat ze opnemen in het programma.

#### **Waar kan de rijksoverheid zich aanvullend op richten?**

Hierboven zijn de geconstateerde knelpunten in de huidige aanpak door de verschillende betrokken partijen, waaronder de rijksoverheid, vertaald naar mogelijke aanvullingen of aanscherpingen in de aanpak. Al naar gelang het type aanscherping/aanvulling hebben in principe alle betrokken partijen hierbij een rol: patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties, brancheorganisaties, kenniscentra, onderwijsinstellingen, gemeenten en de rijksoverheid.

#### *Welke instrumenten zou het rijk aanvullend kunnen inzetten?*

Bij de aanvullende maatregelen om de aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheid te versterken kan de rijksoverheid ook een rol spelen. We verkennen die rol aan de hand van drie mogelijke typen instrumenten die de overheid ter beschikking staan. Voor elk van deze instrumenten beschrijven we in de volgende hoofdstukken de contouren van een mogelijke invulling in de vorm van een beleidsmaatregel en onderzoeken de effectiviteit en doelmatigheid hiervan. We doen dat aan de hand van een impactanalyse en een verkennende business case analyse.

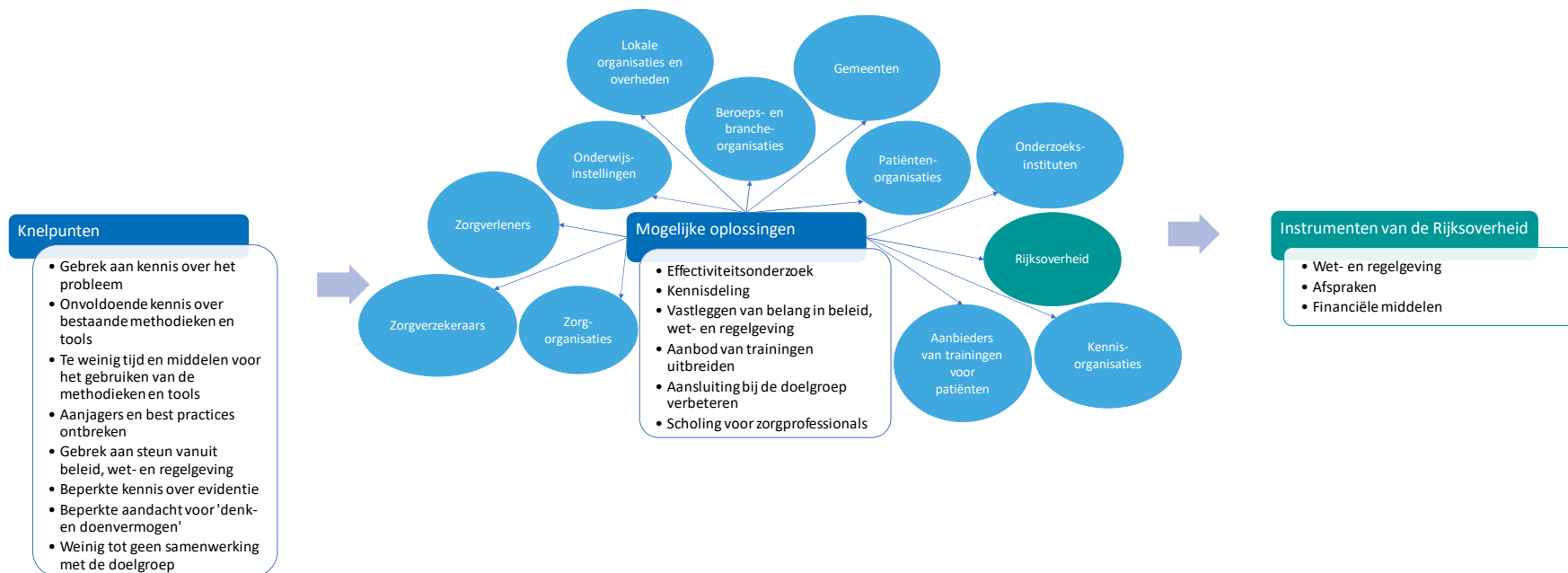
We maken onderscheid naar drie typen instrumenten:

- **Wet- en regelgeving:** door het vaststellen van wetten en regels kan de rijksoverheid bepaalde gedragingen verbieden of juist verplicht stellen.
- **Afspraken:** de rijksoverheid sluit vaak convenanten of meerjarenafspraken met groepen van organisaties of bedrijven, met als doel een bepaald maatschappelijk probleem te verhelpen. In ruil daarvoor kan de overheid ondersteuning aanbieden of afzien van direct ingrijpen.
- **Financiële middelen:** de rijksoverheid kan financiële middelen gebruiken om wenselijke gedragingen te bevorderen.

## 4.5 Samenvatting

In onderstaande figuur worden de beschreven knelpunten, mogelijke oplossingen en de instrumenten van de rijksoverheid uit dit hoofdstuk samengevat.

**Figuur 4.2 Samenvatting**



## 5 Beleidsopties

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een nadere uitwerking van de potentiële rol voor het ministerie van VWS in de oplossingsrichtingen om de aanpak van gezondheidsvaardigheden te versterken, zoals die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven. De uitwerking omvat een aantal stappen. Eerst wordt het instrument dat de rijksoverheid beschikbaar heeft uitgewerkt in een mogelijke beleidsmaatregel. Vervolgens wordt verkend wat de impact van die beleidsmaatregel zou kunnen zijn, en hoe deze impact zich vertaalt naar maatschappelijke effecten.

#### Verkenning analyse

Met nadruk zij gesteld dat het hier om een verkennende analyse gaat, die richting en orde grootte van mogelijke impacts en effecten weergeeft. De omvang van de effecten hangt immers enerzijds samen met de omvang van het maatschappelijke probleem, anderzijds met de daadwerkelijke uitwerking van de maatregel in de praktijk en de mate van effectiviteit die kan worden bereikt. Het is met de huidige kennis niet mogelijk om een volledig kwantitatief uitgewerkte maatschappelijke business case op te stellen voor de beleidsmaatregelen. Wel kan worden verkend welke effecten verwacht mogen worden, en kan een doorkijk worden gegeven naar de mogelijke doelmatigheid.

Met betrekking tot de omvang van het probleem is uit hoofdstuk 2 duidelijk geworden dat het inzicht in de maatschappelijke effecten van beperkte gezondheidsvaardigheid niet volledig is. Op basis van de beschikbare informatie is in bijlage 2 een schatting gemaakt van de negatieve impact van beperkte gezondheidsvaardigheden op gezondheid (geschat op 10.000 gezonde levensjaren per jaar) en op de kosten van zorg (geschat op minimaal € 300 miljoen per jaar). Het terugdringen van deze maatschappelijke kosten betekent een maatschappelijke baat van de beleidsmaatregel. Daarnaast kunnen nog andere typen baten worden verwacht, zoals op het gebied van patiënttevredenheid of effecten op andere domeinen, zoals werk en inkomen. Deze baten zijn moeilijker te kwantificeren, maar kunnen, al naar gelang het type maatregel, in meerdere of mindere mate optreden.

De gevolgde methodiek voor de beoordeling van de maatregelen wordt in de volgende paragraaf kort beschreven. Bijlagen 3 en 4 geven een uitgebreide toelichting op de gevolgde aanpak.

### 5.2 Methode

In de analyse van de beleidsmaatregelen worden drie stappen gezet.

Allereerst wordt per instrument dat de overheid beschikbaar heeft gezien op welke wijze deze vertaald kan worden in een min of meer concrete beleidsmaatregel, passend bij (een van) de oplossingsrichtingen zoals die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven.

Vervolgens wordt verkend op welke wijze deze beleidsmaatregel zou kunnen resulteren in maatschappelijke impact. Daartoe wordt per beleidsmaatregel een korte beleidstheorie geschetst, aan de hand waarvan beschreven wordt hoe de activiteiten die door de maatregel in gang worden gezet doorwerken naar maatschappelijke uitkomsten, zoals betere gezondheid, lagere zorgkosten, hogere patiënttevredenheid, et cetera.

Tot slot wordt deze impactanalyse vertaald naar maatschappelijke effecten, zoals mogelijke maatschappelijke kosten en baten van de maatregel. We beschrijven daarmee voor zover als mogelijk is de elementen van een maatschappelijke business case.

## 5.3 Wet- en regelgeving

### 5.3.1 Inleiding

Zoals beschreven ervaren zorgorganisaties en andere betrokken partijen een gebrek aan steun van de overheid en gemeenten bij het ontplooiën van initiatieven ter verbetering van de zorg aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden<sup>116</sup>. Dit gemis werd door de deelnemers uit de brainstormsessie bevestigd. Het belang van voldoende aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheid is niet formeel vastgelegd in wet- en regelgeving. Betrokken partijen kunnen zich hierdoor niet baseren op een wettelijk vastgelegd belang. In de brainstormsessie kwam naar voren dat de deelnemers van mening waren dat bij alle aspecten van zorg en welzijn aandacht moet zijn voor dit thema, omdat de doelgroep van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden pluriform is. Het borgen van voldoende aandacht voor de positie van beperkte gezondheidsvaardigen in wet- en regelgeving geeft alle betrokken partijen een wettelijk houvast om maatregelen te nemen dan wel af te dwingen die nodig zijn om dit belang te borgen, zoals op het gebied van communicatie, scholing, tijd en aandacht.

### 5.3.2 Uitwerking

Momenteel zijn verschillende wetten direct of indirect van toepassing op de zorgverlening aan patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. De meest relevante zijn:

- **Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)** regelt onder meer de communicatie tussen zorgverlener en patiënt. Op de website van het RIVM wordt de inhoud van deze wet als volgt samengevat:

*De wet geneeskundige behandelovereenkomst regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener o.a. dat de patiënt opdrachtgever is tot zorg, dat hij recht heeft op informatie en dat daartoe de zorgverlener de patiënt in begrijpelijke taal vertelt wat er aan de hand is, welke behandeling nodig is en welke risico's daaraan zijn verbonden. Eventueel behoort de zorgverlener op alternatieven te wijzen, en hij mag de patiënt alleen behandelen als deze daartoe toestemming geeft. Ook is de zorgverlener verplicht een medisch dossier bij te houden over de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De patiënt heeft recht op inzage in zijn medisch dossier.*

Bron: <https://www.rivm.nl/cpt/kwaliteit-wet-en-regelgeving/wetgeving/wgbo>, geraadpleegd op 26 februari 2022

- **De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)** geeft bescherming aan patiënten door eisen te stellen aan de zorgverlener. Op de website van Zorginstituut Nederland wordt het doel van de wet als volgt omschreven:

*De doelstelling van de wet is tweeledig:*

1. Het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, en
2. Het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg.

Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-opname-beroepen-en-erkenning-specialistentitels-in-de-wet-big/de-wet-big-achtergrondinformatie>, geraadpleegd op 26 februari 2022

Zorgverleners die onder de wet BIG vallen dienen zich regelmatig te laten herregistreren. Voor deze herregistratie dienen ze te voldoen aan werkervaringseisen of scholingseisen.

<sup>116</sup> (Heijmans, Zwikker, Van der Heide, & Rademakers, 2016)

- Naast deze zorg-specifieke wetten bestaan er wetten en regelingen die toezien op de toegankelijkheid van (digitale) informatie voor burgers met een beperking. Het gaat dan om de **Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte** (wgbh/cz) en het **Tijdelijke besluit digitale overheid** als voorbereiding op de Wet Digitale Toegankelijkheid. De doelstelling van deze wetgeving is dat mensen met een beperking volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. Dit vereist dat bedrijven en overheden hun (digitale) aanbod zo toegankelijk mogelijk maken.

Alhoewel elk van deze wetten raakt aan de zorgverlening voor beperkt gezondheidsvaardige patiënten, in termen van het geven van informatie, de toegankelijkheid van informatie en de zorgplicht van zorgverleners, is in geen van deze wetten vastgelegd dat de zorgverlener zich ervan dient te verzekeren dat patiënten de aangeboden informatie in voldoende mate begrijpen.

Om een dergelijke stap te kunnen zetten dient de controle op begrip bij de patiënt van de communicatie op enigerlei wijze te worden vastgelegd. Het gaat dan eerder om een resultaatverplichting dan een inspanningsverplichting. En deze verplichting moet dan ook te handhaven zijn. Het is op dit moment (nog) niet evident of en zo ja op welke wijze dat zou kunnen. Nader onderzoek is nodig naar de juridische haalbaarheid van opname in wetgeving.

### 5.3.3 Impactanalyse

Indien het mogelijk blijkt om het belang van communicatie met beperkt gezondheidsvaardigen in de wet vast te leggen, zal een dergelijke wet het gehele wetgevingsproces moeten doorlopen. Vervolgens zal de wet moeten worden vertaald naar de werkvloer. In de zorg wordt gebruik gemaakt van protocollen, richtlijnen en zorgstandaarden die specifieke voorschriften geven hoe te handelen of beschrijven wat goede zorg is en welke zorg geleverd moet worden voor specifieke aandoeningen of patiëntgroepen. Een vertaling van het wettelijk vastgelegde belang naar dergelijke werkwijzen is nodig voor effectieve implementatie van de wet.

Indien deze maatregel mogelijk blijkt, zijn navolgende effecten te verwachten:

#### *Activiteiten en kosten*

Voor de toepassing van deze maatregel zijn navolgende activiteiten nodig:

- De wetgeving moet worden ontwikkeld en behandeld in het parlement.
- De wetgeving dient waar nodig te worden vertaald in aanpassing van werkwijzers, protocollen en/of richtlijnen in de verschillende zorggebieden.
- Om de bepalingen van de wet na te leven zal een deel van de zorgverleners extra scholing behoeven.
- Het toepassen van de wet leidt er waarschijnlijk toe dat meer tijd nodig is voor een consult.

#### *Output*

De beoogde output van de maatregel is dat in elke communicatie tussen zorgverlener en patiënt wordt gecontroleerd of de patiënt de informatie in voldoende mate heeft begrepen.

#### *Resultaat*

Deze output zal tot gevolg hebben dat beperkt gezondheidsvaardige patiënten een beter begrip hebben van hun gezondheidssituatie en van de zorgbehandeling, inclusief hun eigen aandeel hierin.

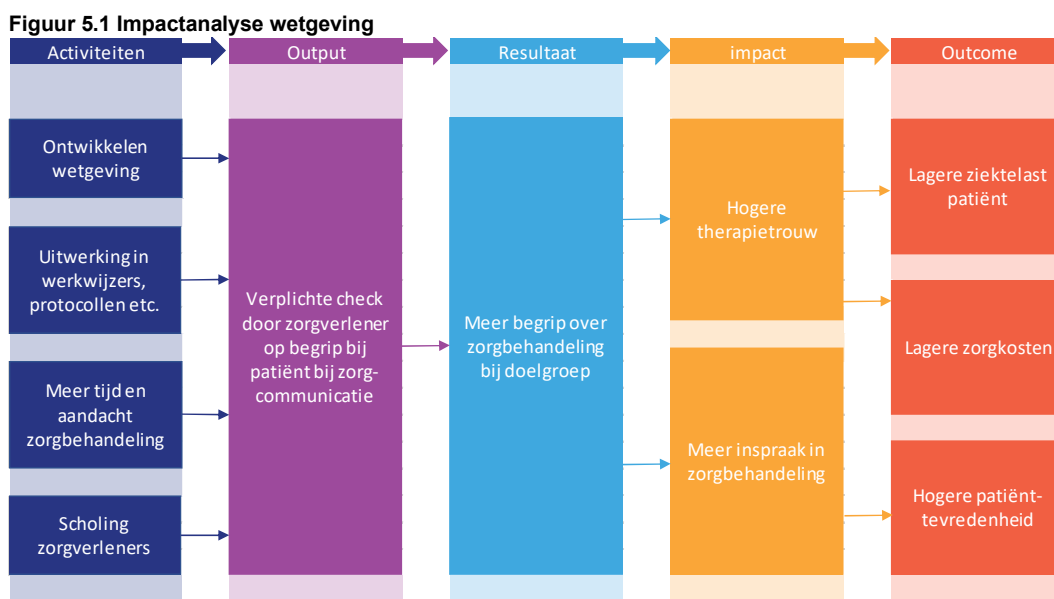
## Impacts

Als gevolg hiervan zou het gedrag van de patiënt kunnen veranderen, bijvoorbeeld in termen van therapietrouw en leefstijl. Ook kan een beter begrip er toe leiden dat de patiënt meer zelfverzekerd en mondiger is en meedenkt over de verschillende behandelopties.

## Outcome

In zoverre het beschreven resultaat optreedt zal er een effect kunnen zijn op de ziektelast voor de patiënt en toekomstige zorgkosten, met name vanwege het voorkómen van onnodige zorg en bereiken van beter passende zorg. Bij een beter begrip en meer inspraak van de patiënt in de behandeling zal de patiënttevredenheid hoger zijn. Dit kan tot uiting komen in betere gemoedsrust en minder stress.

Navolgende figuur geeft dit grafisch weer.



### 5.3.4 Maatschappelijke business case

Voor deze maatregel is geen poging gedaan om de impactanalyse te vertalen naar maatschappelijke kosten en baten. De reden hiervoor is dat het momenteel niet duidelijk is of het belang van goede communicatie met beperkt gezondheidsvaardigen voldoende in wetgeving kan worden geborgd, op een wijze die kan worden gehandhaafd. Daarnaast lijkt het ook goed mogelijk om deze impacts te bereiken aan de hand van bestuurlijke afspraken. Wetgeving zou een vervolgstap kunnen zijn indien blijkt dat het niet mogelijk is om effectieve afspraken te maken.

## 5.4 Afspraken

Naast wetgeving beschikt de rijksoverheid over de mogelijkheid bestuurlijke afspraken te maken over de borging van het belang van voldoende kennis, tijd en aandacht voor de problematiek van beperkt gezondheidsvaardige patiënten.

### 5.4.1 Uitwerking

Het ministerie van VWS maakt periodiek afspraken met zorgaanbieders in sectorale hoofdlijnaakkoorden. In deze akkoorden worden niet alleen afspraken gemaakt over volumegroei



van de zorg, maar ook over onderwerpen zoals het terugdringen van regeldruk, het aanpakken van problemen op de arbeidsmarkt en zorg op de juiste plaats.

Een mogelijke beleidsmaatregel is dat er, bijvoorbeeld in een hoofdlijnenakkoord, afspraken worden gemaakt tussen rijksoverheid en zorgverleners over maatregelen gericht op het verbeteren van de organisatie en werkwijzen in zorgorganisaties om de zorg voor deze groep patiënten te verbeteren. Het kan daarbij gaan om fysieke maatregelen in de zorginstellingen, scholing van medewerkers, effectievere communicatietechnieken, de eventuele nazorg voor en ondersteuning van de patiënt, et cetera. Daarbij is het van groot belang dat zorg- en welzijnsorganisaties patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden leren herkennen en dat zij ingesteld raken op een gedifferentieerde aanpak, onder andere door de duur van een consult af te stemmen op het gezondheidsvaardigheidsprofiel van de patiënt.

#### *Aanvullend: aanpassing protocollen, richtlijnen en dergelijke.*

Net als in het geval van wetgeving zal ook in het geval van bestuurlijke afspraken een vertaling nodig zijn van de afspraken naar de werkwijze in de praktijk. Anders dan bij bestuurlijke afspraken heeft de rijksoverheid geen directe invloed op de inhoud van protocollen en richtlijnen. Wel kan het rijk afspreken met veldpartijen dat zij in protocollen en richtlijnen het belang van beperkt gezondheidsvaardigen voldoende borgen. In bestuurlijke afspraken kan dit worden vastgelegd, waarna zorgpartijen aan zet zijn voor de implementatie.

#### *5.4.2 Impactanalyse*

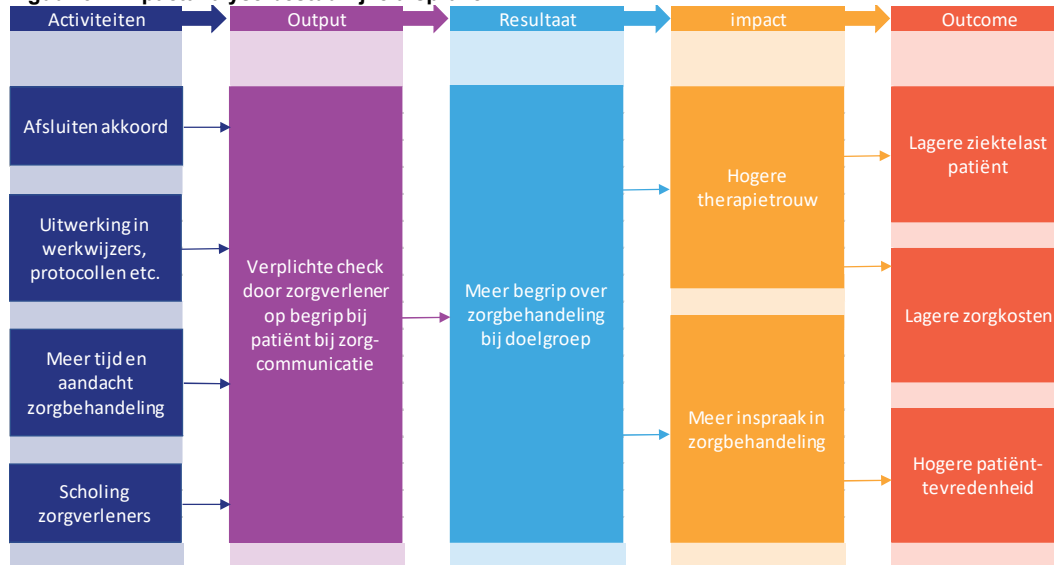
Deze beleidsoptie verschilt vooral in de activiteiten en bijkomende kosten van de beleidsoptie wetgeving. De te verwachten output, resultaten, impacts en outcome zijn grotendeels hetzelfde.

##### *Activiteiten en kosten*

- Er dienen bestuurlijke afspraken te worden gemaakt waarin de borging van de belangen van beperkt gezondheidsvaardigen wordt vastgelegd.
- De beroepsgroepen dienen deze afspraken waar nodig te vertalen in aanpassing van richtlijnen en/of protocollen in de verschillende zorggebieden.
- Een deel van de zorgverleners dient extra scholing te volgen.
- Mogelijk dienen zorgaanbieders aanpassingen te doen in algemene communicatie-uitingen en bewegwijzering in de organisatie.
- Het toepassen van de afspraken leidt er waarschijnlijk toe dat er meer tijd nodig is voor een consult.

Navolgende figuur geeft een samenvattend overzicht.

**Figuur 5.2 Impactanalyse bestuurlijke afspraken**



### 5.4.3 Verkennende maatschappelijke business case

De hierboven beschreven impactanalyse is vertaald naar maatschappelijke kosten en baten. De kosten zijn direct gerelateerd aan de activiteiten die hierboven zijn beschreven. De maatschappelijke baten betreffen een vertaling van de te verwachten outcome van deze beleidsmaatregel. Deze vertaling heeft het karakter van een verkenning van de mogelijke orde grootte van de effecten, voor zover deze gekwantificeerd kunnen worden. Uitgangspunt daarbij zijn de maatschappelijke kosten van beperkte gezondheidsvaardigheid zoals in hoofdstuk 2 geschetst.

#### Kosten

De kosten van deze maatregel bestaan uit de directe kosten van het maken van afspraken en de vertaling daarvan in werkwijzers, protocollen en richtlijnen. Daarnaast zijn er nog enkele indirecte kostenposten te verwachten. Om invulling te geven aan de afspraken is te verwachten dat (een deel van) de zorgverleners bijscholing behoeven om adequaat om te gaan met beperkt gezondheidsvaardige patiënten. Zodra het omgaan met beperkt gezondheidsvaardigen volledig is opgenomen in opleidingen zal de behoefte tot bijscholing afnemen.

Tevens zal er mogelijk meer tijd en aandacht worden besteed aan de communicatie met beperkt gezondheidsvaardige patiënten. Indien hier geen vergoeding tegenover staat, komen deze kosten terecht bij de zorgaanbieders. Dit kan de snelheid van daadwerkelijke implementatie vertragen, dan wel betekenen dat zorgverleners beperkt extra tijd besteden in consulten.

#### Maatschappelijke baten

De aanpassingen in de werkwijze van zorginstellingen en zorgverleners hebben als beoogd doel dat gezondheidsvaardigheden van patiënten worden versterkt: de zorg wordt meer toegankelijk, de patiënt wordt meer zelfverzekerd en krijgt beter begrip van de zorgbehandeling. Dit heeft als verwacht effect dat zorgkosten lager liggen en mogelijk dat de gezondheidssituatie van de patiënten gemiddeld genomen beter wordt. Ook zal de patiënttevredenheid toenemen. De omvang van deze effecten is op voorhand niet goed in te schatten, aangezien bewijs van de omvang van de effecten niet voorhanden is. Niettemin is hier wel enig effect van te verwachten. Tentatieve berekeningen laten zien dat bij een daling van de extra zorgkosten van beperkt gezondheidsvaardige patiënten met 10% de te verwachten extra jaarlijkse kosten worden terugverdiend. Daarmee lijkt deze maatregel potentieel doelmatig te kunnen zijn.

**Tabel 5.1 Verkenning van de maatschappelijke kosten en baten van bestuurlijke afspraken, richtlijnen, protocollen**

Type effect	Toelichting	Waarde Korte termijn	Waarde Lange termijn
<b>KOSTEN</b>			
Uitwerking van bestuurlijke afspraak	Eenmalige kosten	0	Geen
Vertaling naar protocollen, etc.	Eenmalige kosten	€	Geen
Training	Een deel van de zorgverleners zal initieel extra scholing behoeven	€ €	Geen
Extra zorgkosten	Extra tijdsbesteding in deel consulten eerste en tweede lijn	€ €	€ €
<b>BATEN</b>			
Effect op gezondheid patiënten	Effect van meer tijd / aandacht	+	+
Effect op zorgkosten	Op termijn vermindering extra zorgkosten van de doelgroep	€ €	€ €
Effect op patiënttevredenheid	Meer tevredenheid door meer tijd, aandacht en invloed op de behandeling	+	+

Noot: 0: effect ingeschat op minder dan 1 miljoen euro; €: effect ingeschat op minder dan 10 miljoen (per jaar); € € : effect ingeschat op 10 tot 49 miljoen (per jaar); € € € : effect ingeschat op 50 tot 100 miljoen per jaar. Voor een toelichting op de berekening zie bijlage 4.

## 5.5 Financiële middelen

Aanvullend op wetgeving of bestuurlijke afspraken beschikt het rijk over een derde instrument in de vorm van het inzetten van financiële middelen om gewenst gedrag te stimuleren. Daarbij kan aan verschillende vormen worden gedacht:

- Structurele financiering;
- Tijdelijke financiering in de vorm van subsidieprogramma's.

### 5.5.1 Structurele financiering

Het beschikbaar stellen van structurele financiering is een mogelijke maatregel om extra aandacht voor de zorg voor mensen met onvoldoende/beperkte gezondheidsvaardigheden mogelijk te maken. Concreet kan daarbij worden gedacht aan het voorzien in een financiële compensatie voor eerstelijns en tweedelijns zorgverleners, indien zij extra tijd en aandacht besteden aan de zorg voor beperkt gezondheidsvaardige patiënten. Die compensatie kan bijvoorbeeld de vorm hebben van een hogere vergoeding voor deze patiëntengroep, op te nemen in de bekostiging van zorg- en welzijnsaanbieders, om een langere consultduur mogelijk te maken ('kijk- en luistergeld'). Ook voor dit instrument geldt dat nader onderzocht zou moeten worden hoe deze structurele financiering optimaal vorm zou kunnen krijgen.

Een financiële compensatie neemt in ieder geval het knelpunt weg dat extra aandacht ten koste zou kunnen gaan van de financiën van een zorgaanbieder. Er is dan geen financiële drempel meer om die extra aandacht te geven. Vanzelfsprekend kan dit alleen worden gerealiseerd indien er ook voldoende capaciteit is om de extra tijd te besteden aan de beperkt gezondheidsvaardige patiënt, door de behandelaar of een verpleegkundige. Beschikbaarheid van capaciteit is dan ook een belangrijke voorwaarde voor het effectief inzetten van additionele financiële middelen. Daarnaast is

het van belang dat in samenhang met de financiële compensatie er bestuurlijke afspraken worden gemaakt over de veranderingen die worden doorgevoerd in de werkwijze.

## Impactanalyse

Hieronder geven we de verwachte effecten van zo'n beleidsmaatregel weer.

### Activiteiten en kosten

- Aanpassingen in de declaratiesystematiek voor huisartsen, overige eerstelijnszorg, medisch specialistische zorg en mogelijk andere sectoren; vastlegging in bestuurlijke afspraken;
- Mogelijk dient een deel van de zorgverleners extra scholing te volgen;
- Voor een deel van de consulten zal meer tijd nodig zijn.

### Output

De beoogde output van de maatregel is dat zorgverleners beter geschoold zijn in het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden en voldoende tijd en aandacht kunnen besteden aan communicatie met deze patiënten. De extra financiering voorziet in de kosten die hiermee gepaard gaan.

### Resultaat

Deze output zal tot gevolg hebben dat patiënten een beter begrip hebben van de mogelijke zorgbehandelingen, wat dit van hen vraagt en op basis daarvan, welke behandeloptie het beste bij hen past.

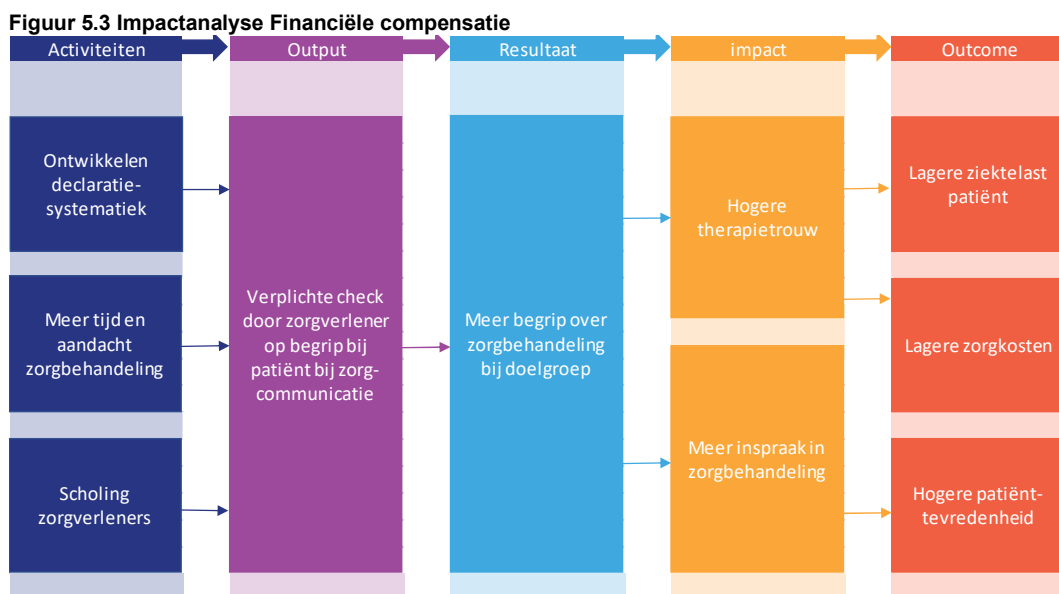
### Impact

Als gevolg hiervan zou het gedrag kunnen veranderen in termen van therapietrouw. Ook kan een beter begrip er toe leiden dat de patiënt mondiger is en meedenkt over de verschillende opties.

### Outcome

In zoverre het beschreven resultaat optreedt zal er een effect zijn op gezondheid en toekomstige zorgkosten, met name vanwege het voorkomen van onnodige zorg en bereiken van beter passende zorg. Daarnaast is te verwachten dat de patiënttevredenheid toeneemt.

Navolgende figuur geeft een samenvattend overzicht.



### Verkennde maatschappelijke business case

De typen effecten van een financiële compensatie voor zorgverleners zijn vergelijkbaar met die van bestuurlijke afspraken. Er zijn echter ook enkele verschillen. De reden hiervan is dat we inschatten dat een financiële compensatie (met bijpassende bestuurlijke afspraken) effectiever kan zijn in het stimuleren dat zorgverleners meer tijd en aandacht besteden aan beperkt gezondheidsvaardige patiënten in hun consulten omdat de financiële belemmering om deze extra aandacht te geven is weggenomen.

Dit maakt enerzijds dat de extra kosten voor consulten waarschijnlijk hoger zullen liggen dan in het geval van bestuurlijke afspraken alleen, maar ook dat een groter effect kan worden bereikt in termen van het voorkomen van een hoger zorggebruik van de doelgroep. Dit zal tevens leiden tot een groter effect op patiënttevredenheid. Een verkennende berekening laat zien dat indien de maatregel de extra zorgkosten met 30% of meer zou kunnen terugdringen, de besparingen opwegen tegen de verwachte extra kosten van consulten.

**Tabel 5.2 Verkenning van de maatschappelijke effecten van financiële compensatie voor zorgverleners**

Type effect	Toelichting	Waarde Korte termijn	Waarde Lange termijn
<b>KOSTEN</b>			
Uitwerking van maatregelen	Beperkte eenmalige kosten	0	Geen
Training	Een deel van de zorgverleners zal extra scholing behoeven	€ €	Geen
Extra zorgkosten	Extra tijdsbesteding in deel consulten eerste en tweede lijn	€ € €	€ € €
<b>BATEN</b>			
Effect op gezondheid patiënten	Beperkt positief effect	+	+
Effect op zorgkosten	Vermindering van extra zorgkosten van de doelgroep	€ € €	€ € €
Effect op patiënttevredenheid	Sterke verbetering door meer tijd, aandacht en invloed op de behandeling	++	++

Noot: 0: effect ingeschat op minder dan 1 miljoen euro; €: effect ingeschat op minder dan 10 miljoen (per jaar); € € : effect ingeschat op 10 tot 49 miljoen (per jaar); € € € : effect ingeschat op 50 tot 100 miljoen per jaar. Voor een toelichting op de berekening zie bijlage 4.

#### 5.5.2 Subsidieregeling

Subsidieprogramma's kunnen worden ingezet voor een specifiek doel, zoals het ontwikkelen of delen van kennis. Kenmerk van een subsidieprogramma is dat de financiering tijdelijk is. Het instrument is daarmee vooral geschikt voor activiteiten met een beperkte doorlooptijd. Indien een subsidieprogramma wordt ingezet voor activiteiten die ook na afloop van de subsidie voortzetting behoeven, zal een duurzame inbedding aandacht vereisen.

#### Stimuleren kennisontwikkeling

Hierboven is uitgebreid beschreven dat de effectiviteit van de aanpak van beperkt gezondheidsvaardigheid mogelijk kan verbeteren door meer kennisontwikkeling en kennisdeling. Dit is primair een taak voor kennisinstellingen. De rijksoverheid stimuleert in de huidige aanpak de ontwikkelingen van nieuwe tools en benaderingswijzen door middel van financiële ondersteuning. Gezien de beschrijving van de knelpunten in de huidige aanpak gaan die ontwikkelingen nog onvoldoende snel en kan een extra impuls worden overwogen.

### *Subsidieregeling voor ontwikkeling van instrumenten, met participatie van beperkt gezondheidsvaardigen*

In de brainstormsessie in het kader van dit onderzoek is door diverse partijen uit het veld aangegeven dat een deel van de beperkt gezondheidsvaardigen met de huidige instrumenten niet effectief wordt bereikt. Dit komt onder meer voort uit de wijze van benadering die niet aansluit bij de doelgroep (schriftelijke informatie) of de wijze van aanspreken van de doelgroep (op hun beperkte vaardigheid). Het kan echter deels ook te maken hebben met de vormgeving van de instrumenten, waarbij onvoldoende gebruik is gemaakt van de kennis en inzichten van de doelgroep zelf. Door de doelgroep bij de ontwikkeling van instrumenten te betrekken zou de effectiviteit hiervan in potentie kunnen worden vergroot.

Hier ligt mogelijk een rol voor de rijksoverheid met een financiële stimulans de ontwikkeling van innovatieve werkwijzen en instrumenten om beperkte gezondheidsvaardigen te bereiken te versnellen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een subsidieprogramma via ZonMw. Directe betrokkenheid van de doelgroep bij de ontwikkeling van instrumenten is daarbij een belangrijke vereiste. Daarvoor is ook onderzoek naar de behoeften van de doelgroep nodig.

### **Impactanalyse**

Een subsidieregeling specifiek gericht op de ontwikkeling van instrumenten en werkwijzen, bijvoorbeeld via ZonMw, kan mogelijk bijdragen aan een effectieve aanpak. Deze instrumenten en werkwijzen zullen vervolgens moeten worden gedeeld, zodat ze door ondersteunende organisaties of zorgaanbieders kunnen worden toegepast. De exacte impact hiervan hangt samen met de resultaten van het subsidieprogramma. De activiteiten en doorwerking van een degelijke regeling is duidelijk anders dan die van de andere beleidsopties.

### *Activiteiten en kosten*

- Ontwikkeling van effectieve aanpak om (deelgroepen van) de doelgroep te bereiken en ontwikkeling van instrumenten samen met de doelgroep.
- Verspreiding van de resultaten onder veldpartijen, kennisorganisaties, brancheverenigingen en zorgaanbieders.
- Toepassing van de nieuwe inzichten met betrekking tot bereik van en instrumenten gericht op beperkt gezondheidsvaardigen.

### *Output*

De beoogde output van de maatregel is dat er meer toegesneden instrumenten zijn voor beperkte gezondheidsvaardigen en benaderingswijzen waarmee moeilijker te bereiken deelgroepen van beperkt gezondheidsvaardigen effectiever worden benaderd.

### *Resultaat*

Deze output heeft tot gevolg dat de vaardigheden van de groep beperkt gezondheidsvaardigen (op termijn) worden versterkt. Patiënten zijn beter in het beoordelen van informatie betreffende hun aandoening en de zorgverlening en/of kunnen hier beter op acteren.

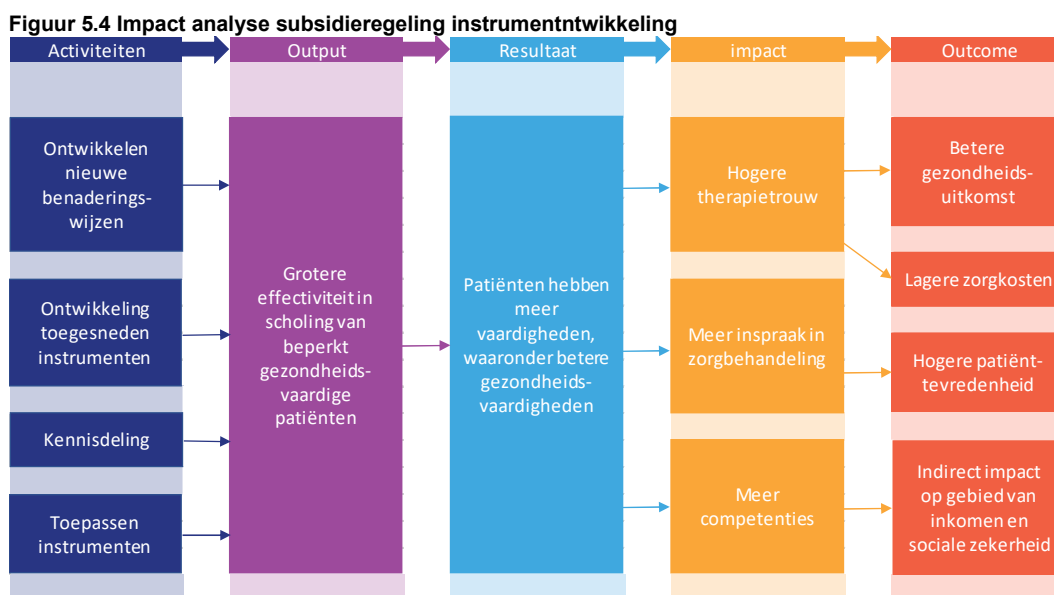
### *Impacts*

Patiënten die over meer vaardigheden beschikken zullen meer zelfverzekerd zijn, zelfredzamer zijn, een hogere therapietrouw kennen en/of meer invloed uit kunnen oefenen op de keuze van de behandeling. Deze grotere vaardigheden zullen hen ook op andere domeinen dan de zorg helpen.

## Outcome

Indien de vaardigheden van beperkt gezondheidsvaardigen worden versterkt, mag verwacht worden dat ook de negatieve effecten van beperkte gezondheidsvaardigheden, in termen van zorgkosten en gezondheidsuitkomsten, kleiner zullen worden. De mate waarin zal afhangen van de mate waarin vaardigheden van de groep toenemen.

Navolgende figuur geeft een samenvattend overzicht.



## Maatschappelijke business case

Deze maatregel heeft een ander karakter dan de andere twee, aangezien zij aangrijpt op de vaardigheden van de patiënten. Bovendien heeft de maatregel een langere tijd nodig om effectief te worden, omdat de innovatieve instrumenten en benaderingswijze(n) nog moeten worden ontwikkeld en effectieve maatregelen vervolgens moeten worden gedeeld en toegepast in de werksituatie. Om deze reden verwachten we dat effecten pas op langere termijn gaan optreden.

De effecten zijn in dit geval wel breder, omdat de verkregen vaardigheden ook op andere domeinen baten kunnen opleveren, bijvoorbeeld als het gaat om het versterken van inkomenspositie c.q. tegengaan van armoede.

**Tabel 5.3 Verkenning van de maatschappelijke effecten van Subsidieregeling instrumentontwikkeling**

Type effect	Toelichting	Waarde	Waarde
		Korte termijn	Lange termijn
<b>KOSTEN</b>			
Ontwikkeling van instrumenten	Ontwikkeling van effectieve benaderingswijzen en instrumenten	€	Geen
Kennisdeling	Kennisdeling nieuwe instrumenten, uitwerking in sectoren	€	€
Scholing	Scholing patiënten met nieuwe instrumenten	Geen	€ €
<b>BATEN</b>			
Effect op gezondheid patiënten	Positief effect door betere vaardigheden patiënten	Geen	+

Type effect	Toelichting	Waarde Korte termijn	Waarde Lange termijn
Effect op zorgkosten	Vermindering van extra zorgkosten door betere vaardigheden patiënten	Geen	€ €
Effect op patiënttevredenheid	Lichte verbetering door betere vaardigheden	Geen	+
Effect op andere domeinen	Door verbetering vaardigheden ook effecten op domein van inkomen, sociale vaardigheden	Geen	+

Noot: 0: effect ingeschat op minder dan 1 miljoen euro; €: effect ingeschat op minder dan 10 miljoen (per jaar); €€: effect ingeschat op 10 tot 49 miljoen (per jaar); €€€: effect ingeschat op 50 tot 100 miljoen per jaar. Voor een toelichting op de berekening zie bijlage 4.

## 5.6 Bespreking resultaten

### 5.6.1 Inleiding

In de vorige paragrafen hebben we enkele potentiële beleidsmaatregelen gepresenteerd waarmee de rijksoverheid zou kunnen bijdragen aan het versterken van gezondheidsvaardigheden van patiënten. Op basis van een mogelijke invulling van de maatregel is verkend hoe impacts bereikt zouden kunnen worden en wat de ordegrrootte zou kunnen zijn van maatschappelijke effecten. In deze paragraaf gaan we nader in op de conclusies die uit deze analyse kunnen worden getrokken. We doen dit aan de hand van een analyse van de sterktes en zwaktes van de verschillende maatregelen.

### 5.6.2 Sterkte zwakte analyse van maatregelen

Gegeven het verkennende karakter van de business case analyse is aanvullend een analyse gemaakt van de sterktes en zwaktes van de maatregelen. We vergelijken de maatregelen op meerdere aspecten.

#### Implementatieperiode

De mate waarin de maatregelen op korte termijn kunnen worden geïmplementeerd en effect kunnen sorteren verschilt. De ontwikkeling en implementatie van nieuwe instrumenten en benaderingswijzen zal relatief veel tijd zal kosten. De ontwikkeling van bestuurlijke afspraken en wetgeving zijn qua implementatieperiode waarschijnlijk gemakkelijker te realiseren, waarbij de doorlooptijd voor bestuurlijke afspraken mogelijk korter is dan voor wetgeving.

#### Potentieel bereik

De beleidsopties onderscheiden zich in termen van de wijze waarop de problematiek wordt benaderd. De maatregelen die zich direct richten op de zorgverleningssituatie lijken daarbij potentieel een hoger bereik te hebben dan de maatregel die zich richt op versterken van de vaardigheden van patiënten. Immers, zorgverleners zien potentieel de gehele doelgroep, terwijl de instrumenten, ook bij een effectievere benadering, op middellange termijn een beperkt deel van de omvangrijke doelgroep zal kunnen bereiken.

#### Potentieel effect

Naast het potentieel bereik is ook het potentieel effect van belang: in welke mate zal de maatregel effect hebben op toekomstige zorgkosten en gezondheidsuitkomsten? Hierbij is van belang dat van geen van de onderzochte maatregelen een direct effect mag worden verwacht in termen van preventie. Een eventueel gezondheidseffect hangt daarom vooral samen met een lagere ziektelast als gevolg van een effectievere behandeling.



Qua mate van effectiviteit is de verwachting dat een financiële compensatie (ondersteund door bestuurlijke afspraken) meer invloed zou kunnen hebben dan aanpassing van protocollen/richtlijnen zonder financiële compensatie. Om deze reden wordt het potentieel effect van een financiële compensatie hoger ingeschat dan het potentiële effect van de andere maatregelen.

**Tabel 5.4 Sterkte-zwakte analyse van beleidsopties**

	Sterke punten	Zwakke punten
Wetgeving + uitwerking in protocollen, richtlijnen	Belang bgv-patiënten heeft wettelijke basis	Het neemt relatief veel tijd om wetgeving op te stellen en te implementeren
	Potentieel bereik groot	Onduidelijk of wettelijke verplichting handhaafbaar is
		Impact afhankelijk van uitwerking in de praktijk, in protocollen / richtlijnen
Bestuurlijke afspraken + uitwerking in protocollen, richtlijnen	Sneller te realiseren dan wetgeving	Impact afhankelijk van uitwerking in de praktijk, in protocollen / richtlijnen
	Belang bgv-patiënten duidelijk geborgd, commitment van de sectoren	Geen wettelijke borging belang bgv-patiënten
	Potentieel bereik groot	
Structurele financiering (plus bestuurlijke afspraken)	Mogelijk relatief hoge effectiviteit wegens wegnemen financiële drempel voor zorgverleners	Structureel hogere kosten voor de zorgverlening aan bgv-patiënten
	Potentieel bereik groot	
Subsidieregeling instrumentontwikkeling	Breder effect dan alleen zorghandeling, mogelijk ook op leefstijl	Relatief lange ontwikkeltijd voor instrumenten, daarna nog implementatietijd
	Breder effect voor patiënten dan alleen zorg gerelateerde vaardigheden, ook in andere domeinen	Potentieel bereik in termen van aantal patiënten is beperkt ten opzichte van de omvang van de doelgroep

Bovenstaande tabel vat de sterke en zwakte punten van de maatregelen op deze aspecten samen. Onderlinge vergelijking van de maatregelen laat zien dat een bestuurlijke afspraak mogelijk op kortere termijn effect kan sorteren dan wetgeving. Daarbij is het mogelijk lastig om een wettelijke plicht zodanig vast te leggen dat deze handhaafbaar is. Om deze redenen lijken bestuurlijke afspraken potentieel effectiever dan wetgeving.

Een financiële compensatie heeft ten opzichte van borging van het belang van beperkt gezondheidsvaardigen in bestuurlijke afspraken als voordeel dat een eventueel financiële belemmering wordt opgeheven. Zo'n belemmering kan zijn dat meer tijd en aandacht voor beperkt gezondheidsvaardige patiënten ten koste gaat van het financiële resultaat van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de te realiseren baten (lagere zorgkosten) niet terecht komen bij die zorgaanbieder. De effectiviteit van de maatregel zou daarmee hoger kunnen zijn. Wel is van belang dat er bestuurlijke borging is voor een aangepaste werkwijze. Ook zal deze financiële compensatie vanwege de compensatie tot hogere zorgkosten leiden. Met andere woorden, ten opzichte van bestuurlijke afspraken zijn de kosten per saldo hoger, maar zou tevens de effectiviteit hoger kunnen zijn. Beide maatregelen zijn overigens aanvullend aan elkaar en zouden elkaar potentieel kunnen versterken.

Ten opzichte van de andere maatregelen heeft een subsidieregeling gericht op ontwikkeling van instrumenten en effectieve benaderingswijzen met en voor beperkt gezondheidsvaardige patiënten duidelijk een ander profiel. Zo is het potentieel bereik lager. Ook lijken de kosten relatief hoog, omdat het om een grote en diverse doelgroep gaat, die vraagt om een veelheid aan instrumenten en aanpakken. Deze maatregel heeft als aanvullend voordeel dat het effect breder kan zijn dan alleen in de zorgomgeving: het kan helpen om leefstijl te beïnvloeden doordat patiënten gezondere keuzes leren maken, en heeft potentieel ook effect op andere leefdomeinen.

### **Conclusie**

Bovenstaande overwegingen leiden tot de conclusie dat bestuurlijke afspraken en financiële compensatie de potentieel meest effectieve instrumenten zijn. De effectiviteit van een subsidieregeling is mogelijk lager omdat het bereik beperkter is. Voor de groep die wel wordt bereikt is het effect naar verwachting wel breder, aangezien er ook buiten het zorgdomein een effect is. De effectiviteit van wetgeving is onzeker, omdat niet duidelijk is of het belang van beperkt gezondheidsvaardige patiënten zo kan worden vastgelegd dat het handhaafbaar is.

## 6 Aanbevelingen

In Nederland zijn ongeveer 1 miljoen volwassenen onvoldoende gezondheidsvaardig en nog eens 3 miljoen volwassenen beperkt gezondheidsvaardig. De mate van gezondheidsvaardigheid hangt samen met de vaardigheden van de persoon, de toegankelijkheid en organisatie van de zorg en de manier waarop informatie over de zorg wordt aangeboden. Beperkte gezondheidsvaardigheid komt onder alle bevolkingsgroepen voor.

De huidige aanpak van de problematiek van onvoldoende en beperkte gezondheidsvaardigheid kenmerkt zich door het ontwikkelen en inzetten van een breed scala aan instrumenten door uiteenlopende partijen, zoals zorginstellingen, kennisinstellingen, non-gouvernementele organisaties en overheden. De inzet van de rijksoverheid betreft hoofdzakelijk het meefinancieren van kennisontwikkeling, kennisdeling en scholing.

Ondanks de intensieve inzet van alle partijen zijn er verbeteringen mogelijk in de aanpak. Uit de literatuur en praktijk komen de volgende knelpunten naar voren in de huidige aanpak:

1. Onvoldoende kennis bij zorgverleners over de problematiek en over de beschikbare methodieken en tools om hiermee om te gaan;
2. Te weinig tijd en middelen voor zorgverleners om beschikbare methodieken en tools te gebruiken;
3. Het ontbreken van aanjagers en best practices bij zorginstellingen;
4. Het ontbreken van een formele basis voor aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden in wet- en regelgeving, beleid van de rijksoverheid, of in zorgstandaarden;
5. Beperkte kennis over effectiviteit van aanpakken en instrumenten;
6. Beperkte aandacht voor het verbeteren van denk- en doenvermogen van patiënten;
7. Weinig tot geen samenwerking met de doelgroep in het ontwikkelen van instrumenten, mede doordat een deel van de doelgroep niet goed kan worden bereikt.

Gegeven de bevindingen ten aanzien van de problematiek, de huidige aanpak en de knelpunten, hebben we nader verkend op welke wijze de rijksoverheid en andere partijen kunnen bijdragen aan het versterken van de inzet op gezondheidsvaardigheid. Dat leidt tot de volgende aanbevelingen.

### 1. Voortzetten en versterken huidige maatregelen

Momenteel richt VWS zich met name op het bevorderen van kennisontwikkeling, kennisdeling en scholing met betrekking tot gezondheidsvaardigheden. Deze activiteiten dragen bij aan het tegengaan van de problematiek en we adviseren dan ook om deze voort te zetten en waar mogelijk te intensiveren.

#### *Kennisontwikkeling*

De problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheid is complex en betreft een grote en diverse groep patiënten en cliënten. Er is de afgelopen jaren veel kennis ontwikkeld over de problematiek en mogelijke interventies, maar er is nog meer nodig. Wij adviseren dan ook de kennisontwikkeling rondom interventies en instrumenten te continueren. Enerzijds waar het gaat om het versterken van de vaardigheden van patiënten; anderzijds waar het gaat om verbetering van de toegankelijkheid van de zorg en zorginstellingen en communicatie door zorgverleners.

Wel zijn enkele verbeterpunten geconstateerd die aandacht behoeven in toekomstig beleid:

- Aanbevolen wordt om bij de ontwikkeling van interventies de doelgroep zelf vanaf het begin te betrekken;

- Er is meer aandacht nodig voor de effectiviteit van interventies en instrumenten om inzichtelijk te maken voor welk deel van de doelgroep en in welke situaties deze toegevoegde waarde hebben.

### *Kennisdeling*

De inzet op kennisdeling door bijvoorbeeld de Alliantie Gezondheidsvaardigheden en de verschillende kennisinstituten en expertisecentra heeft impact, maar er is nog werk te verzetten om de beschikbare kennis actief verder te verspreiden onder alle betrokkenen. Wij adviseren dan ook om kennisdeling met betrekking tot huidige en nieuwe instrumenten te blijven stimuleren en ondersteunen, om zo het bereik ervan te vergroten. Naast kennisinstituten spelen ook sectororganisaties hierbij een belangrijke rol.

### *Scholing*

De uitvoering van trainingen gericht op het ontwikkelen van basisvaardigheden van patiënten in relatie tot de zorg, zoals taaltrainingen door Stichting Lezen en Schrijven, verdient voortzetting. Een verbeterpunt is om sterker in te zetten op training van vaardigheden met betrekking tot 'denk- en doenvermogen' van patiënten.

## **2. Aanpak van knelpunten**

Naast continuering en versterking van bestaand beleid zijn aanvullende maatregelen nodig om de geconstateerde knelpunten op te lossen. Het gaat dan om borging van het belang van aandacht voor gezondheidsvaardigheden in de zorgverlening en het zorgstelsel en van passende werkwijzen voor mensen met beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden; het versterken van de kennis en vaardigheden bij een deel van de zorgprofessionals; en het stimuleren dat zorgverleners voldoende tijd en middelen tot hun beschikking hebben om aandacht te besteden aan patiënten met onvoldoende gezondheidsvaardigheden.

### *Opleiding en bijscholing zorgprofessionals*

Hoewel een groeiende groep zorgprofessionals zich bewust is van het belang van aandacht voor de gezondheidsvaardigheid van patiënten, geldt dat nog niet voor alle zorgprofessionals. Naast bewustzijn is ook kennis nodig van werkwijzen en instrumenten voor patiënten met onvoldoende gezondheidsvaardigheden. Om dit knelpunt op te lossen is ons advies:

- Stimuleer dat het herkennen van en omgaan met beperkt gezondheidsvaardige patiënten een plaats krijgt in de curricula van zorgopleidingen.
- Stimuleer de bijscholing van reeds werkzame zorgverleners op het gebied van beperkte gezondheidsvaardigheden door de ontwikkeling van cursusaanbod en/of deelname te faciliteren.

### *Bestuurlijke afspraken*

Veldpartijen geven aan dat borging van de problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheid in beleid, wet- en regelgeving een sterkere basis biedt om de problematiek breed op de kaart te zetten en aan oplossingen te werken. Dit kan door aandacht voor de problematiek te borgen in bestuurlijke afspraken die het ministerie van VWS maakt met de beroepsgroepen en zorgsectoren. In de bestuurlijke afspraken kunnen inspanningen en maatregelen worden overeengekomen om de toegankelijkheid van de zorg (zowel fysiek als qua informatie), algemene informatieverstrekking over de zorg en de communicatie met de beperkt gezondheidsvaardige patiënten te verbeteren. Concrete uitwerkingen hiervan kunnen zijn: communicatie die op de beperkt gezondheidsvaardige patiënt is toegesneden; scholing in de benodigde vaardigheden voor zorgprofessionals; betere afstemming van de consultduur op de gezondheidsvaardigheid en behoefte van de patiënt; de kwaliteit van bewegwijzering naar en in zorginstellingen; nazorg en ondersteuning aan beperkt

gezondheidsvaardige patiënten, et cetera. Beroepsgroepen en zorgsectoren zijn vervolgens aanzet om deze maatregelen te vertalen in richtlijnen, protocollen en werkwijzen.

### Financiering

Naast bestuurlijke afspraken kan de rijksoverheid financiële middelen inzetten om de aanpak te versterken. Daarbij kan het gaan om structurele of incidentele financiering.

#### Structurele financiering

Voldoende aandacht voor de beperkt gezondheidsvaardige patiënt vraagt om extra tijd van zorgverleners. Die tijd is er nu vaak niet. Daarbij speelt werkdruk een rol, maar ook het feit dat er geen financiële compensatie is voor die extra tijdsbesteding. Structurele financiële compensatie voor de extra tijd die de zorg voor mensen met onvoldoende/beperkte gezondheidsvaardigheden vergt kan daarin verandering brengen. Concreet kan daarbij worden gedacht aan een compensatie in de vorm van een hogere vergoeding voor deze patiëntengroep in de bekostiging van zorg- en welzijnsaanbieders om een langere consultduur mogelijk te maken ('kijk- en luistergeld'). Nader onderzoek, bijvoorbeeld in pilots in de praktijk, is nodig om te bezien hoe deze structurele financiering optimaal vorm zou kunnen krijgen.

Het verdient aanbeveling de financiële compensatie te verbinden met bestuurlijke afspraken over de wijze waarop beroepsgroepen meer aandacht voor beperkt gezondheidsvaardige patiënten gaan borgen in hun werkwijze, om een gerichte inzet van deze middelen veilig te stellen.

#### Tijdelijke financiering

Voor inspanningen van een tijdelijk karakter is een subsidieregeling denkbaar. Het ministerie kan tijdelijk middelen beschikbaar stellen voor een subsidieprogramma via ZonMw om door veldpartijen geconstateerde hiaten in kennis en methoden op te lossen, zoals de ontwikkeling van een verbeterde benadering van (deelgroepen van) beperkt gezondheidsvaardige patiënten en instrumenten die zijn toegesneden op de doelgroep. Ook is subsidie denkbaar voor de inzet van 'aanjagers' binnen zorginstellingen die de problematiek van beperkt gezondheidsvaardigen op de kaart zetten en verbeteringen in de zorgpraktijk bevorderen.

### 3. Kansrijkheid van aanvullende maatregelen

Het inzicht in de maatschappelijke kosten van beperkte gezondheidsvaardigheden is niet volledig. Niettemin kan uit diverse studies worden afgeleid dat de extra zorgkosten als gevolg van beperkte gezondheidsvaardigheid jaarlijks minimaal € 300 miljoen bedragen, naast de negatieve impact op de gezondheid van patiënten. Een versterkte aanpak van de problematiek kan bijdragen aan het verminderen van deze maatschappelijke kosten en daarnaast leiden tot een hogere patiënttevredenheid. De verbetering van (basis)vaardigheden van patiënten heeft een potentiële spin off omdat dit niet alleen in de zorg, maar ook op andere domeinen (werk en inkomen) tot maatschappelijke baten leidt. De verkennende analyse die wij hebben uitgevoerd naar de mogelijke effectiviteit en doelmatigheid van de aanvullende maatregelen laat zien dat de maatregelen effectief kunnen zijn en dat de maatschappelijke baten in potentie kunnen opwegen tegen de kosten van de maatregelen.

De voorgestelde maatregelen voor de inzet op het versterken van gezondheidsvaardigheden bestaan deels uit voortzetting en versterking van bestaand beleid. Deze hebben het voordeel dat ze op korte termijn te realiseren zijn. De voorgestelde aanvullende maatregelen zullen meer tijd vergen om effect te sorteren, bijvoorbeeld waar het gaat om scholing van nieuw op te leiden zorgprofessionals. Het maken van bestuurlijke afspraken en de uitwerking daarvan naar werkwijze op de werkvloer zal eveneens enige tijd nemen, maar is wellicht sneller te realiseren. Het onderzoeken van de effectiviteit van een financiële compensatie zal mogelijk nog meer tijd nemen.

Dit alles overwegende is het voortzetten en intensiveren van de huidige aanpak het meest kansrijk. Van de mogelijk aanvullende beleidsmaatregelen lijken scholing van zorgprofessionals, het maken van bestuurlijke afspraken en een subsidieregeling voor het ontwikkelen van interventies met en voor deelgroepen op korte termijn het meeste potentieel te bieden.

#### **4. Verder onderzoek is nodig**

##### *Meer inzicht in de problematiek van deelgroepen van beperkt gezondheidsvaardige patiënten*

De problematiek met betrekking tot beperkte gezondheidsvaardigheden is omvangrijk. Het geschatte aantal beperkt en onvoldoende gezondheidsvaardige volwassenen in Nederland bedraagt 4 miljoen. De omvang van deze groep impliceert ook dat er sprake is van een grote variëteit in achtergrond van betrokkenen, in type gezondheidsvaardigheid waaraan het schort en de effecten hiervan op gezondheid en zorgkosten. Een beter inzicht in de omvang en karakteristieken van te onderscheiden deelgroepen en in de specifieke belemmeringen waar zij tegenaan lopen in de zorg is nodig om gerichte interventies en instrumenten te kunnen ontwikkelen voor zowel de patiënten zelf als voor de zorgprofessionals.

##### *Nader onderzoek naar effecten beperkte gezondheidsvaardigheden op gezondheid en zorgvraag*

Momenteel is er onvolledig zicht op de gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheid voor de gezondheidssituatie van patiënten en voor het beroep dat zij doen op de zorg. Het beschikbare onderzoek voor de Nederlandse situatie dekt slechts een deel van de effecten af en is deels verouderd. Nader onderzoek naar de gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheid is nodig om inzicht te krijgen in de effecten van maatregelen op de gezondheidsuitkomst en de zorgvraag van beperkt gezondheidsvaardige patiënten. Dit inzicht in de effecten (en maatschappelijke kosten) is nodig om een beter beeld te verkrijgen van de (te verwachten) effectiviteit en doelmatigheid van beleidsmaatregelen.

In dergelijk onderzoek kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van bevindingen uit een pilot. Bijvoorbeeld: leidt extra tijd van een huisarts voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden daadwerkelijk tot een lagere zorgvraag? Wat is het effect van langere consulten en betere communicatie op patiënten zelf? Hiervoor is longitudinaal onderzoek nodig waarbij de relatie tussen maatregelen, veranderingen in de zorgpraktijk en de effecten hiervan op patiënten, hun gezondheid, zorggebruik en functioneren op andere domeinen worden gemonitord.

##### *Meer inzicht in effectiviteit van instrumenten*

Een van de geconstateerde knelpunten in dit rapport is het gebrek aan evidentie over effectiviteit van instrumenten om gezondheidsvaardigheden te versterken en zorgverleners vaardiger te maken in de omgang met beperkt gezondheidsvaardigen. Nader onderzoek naar de effectiviteit van interventies om gezondheidsvaardigheden te versterken, zowel vanuit de kant van de patiënt (vaardigheden), als vanuit de kant van het zorgaanbod (communicatie, complexiteit) kan hierin voorzien. Met name is van belang om scherper te krijgen welke interventies in welke situaties effectief kunnen zijn, voor welke deelgroepen van beperkt gezondheidsvaardigen.

# Bibliografie

- Algemene Rekenkamer. (2016). *Aanpak van laaggeletterdheid*.
- Alliantie Gezondheidsvaardigheden. (2022). *Aan de slag*. Opgehaald van Alliantie Gezondheidsvaardigheden: <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/aan-de-slag/>
- Alliantie Gezondheidsvaardigheden. (2022). *Partners*. Opgehaald van Alliantie Gezondheidsvaardigheden: <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/partners/>
- Alliantie Gezondheidsvaardigheden. (2022). *Uitnodiging: Aan de slag met beperkte gezondheidsvaardigheden*. Opgehaald van Alliantie Gezondheidsvaardigheden: <https://gezondheidsvaardigheden.nl/nieuws/partners/uitnodiging-aan-de-slag-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>
- Baay, P., Buisman, M., & Houtkoop, W. (2015). *Laaggeletterden: achterblijvers in de digitale wereld? Vaardigheden van burgers en aanpassingen door overheden*. Den Haag: Stichting Lezen & Schrijven i.s.m. ebo.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 97-107.
- College voor de Rechten van de Mens. (2019). *Toegankelijkheid van goederen en diensten*. Utrecht: Het College voor de Rechten van de Mens.
- Cubiss Brabant. (2021). *De schrijf van vijf basisvaardigheden*. Cubiss Brabant.
- De Greef, M., Segers, M., Nijhuis, J., & Fond Lam, J. (2014). *Impactonderzoek taaltrajecten Taal voor het Leven*. Stichting Lezen en Schrijven.
- Dennis, S., Williams, A., Taggart, J., Newall, A., Denney-Wilson, E., Zwar, N., & Harris, M. F. (2012). Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Family Practise*, 1-29.
- DiSK. (2018). *Welzijn Weet Winkel*. Opgehaald van DiSK: <https://www.digitale-sociale-kaart.nl/organisatie/welzijn-rijswijk/welzijn-weet-winkel.html>
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*, 313-324.
- Engels, J., Havers, J., & Smallegange, A. (2019). *Zelfmanagement en Gezondheidsvaardigheden*.
- Gemeente Utrecht. (2022). *Gezondheidsvaardigheden en een gezonde leefstijl*. Opgehaald van Gemeente Utrecht: <https://utrecht.begroting-2019.nl/p20024/gezondheidsvaardigheden-en-een-gezonde-leefstijl>
- GGD Fryslân. (2019). *Vitale Regio*. Opgehaald van GGD Fryslân: <https://www.ggdfrylan.nl/professionals/gemeenten/nieuws-voor-gemeenten/vitale-regio/>
- Griffey, R. T., Kennedy, S. K., McGownan, L., Goodman, M., & Kaphingst, K. A. (2014). Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Academic Emergency Medicine*, 1109-1115.
- Groot, & Maassen van den Brink. (2006). *Stil vermogen: Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid*. Stichting Lezen en Schrijven.
- Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2019). *Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet gezondheidsvaardigheden - Cijfers 2019*. Utrecht: Nivel.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient education and counseling*, 41-48.
- Heijmans, M., Zwikker, H., Van der Heide, I., & Rademakers, J. (2016). *NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat*. Utrecht: NIVEL.

- Hendriks, M., Plass, A. M., & Heijmans, J. (2013). Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten. *NIVEL*.
- HLS-EU CONSORTIUM. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU (SECOND REVISED AND EXTENDED VERSION, DATE JULY 22TH, 2014).
- Koh, H. K., Brach, C., Harris, L. M., & Parchmann, M. L. (2013, Februari). A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff (Millwood)*, pp. 357-367.
- Koninklijke Bibliotheek. (2022). *Gezondheid*. Opgehaald van Koninklijke Bibliotheek: <https://www.bibliotheeknetwerk.nl/basisvaardigheden-volwassenen/gezondheid>
- Koopmans, Heyma, Hof, Imandt, Kok, & Pomp. (2016). *Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein*. SEO.
- Kromhout, M., Van Echtelt, P., & Feijten, P. (2020). *Sociaal domein op koers?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Mprove. (2021). *Terugkijken webinars 'Iedereen snapt de dokter toch?'*. Opgehaald van Mprove: <https://www.mprove.nu/nieuws/terugkijken-webinars-iedereen-snapt-de-dokter-toch/>
- Murugesu, L., Heijmans, M., Fransen, M., & Rademakers, J. (2018). *Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools*. Utrecht: Nivel.
- Oosterveld, M., Noordman, J., & Rademakers, J. (2019). *Kennisvraag. Samen beslissen in de spreekkamer*. Utrecht: NIVEL.
- Patient Journey App. (2022). *Patient Journey App Products*. Opgehaald van Patient Journey App: <https://patientjourneyapp.com/nl/product>
- Pharos. (2020). *Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Opgehaald van Pharos: <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>
- Picasso zorgoptimalisatie. (2021). *Handboek COPD geeft mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden meer eigen regie*. Opgehaald van Picasso zorgoptimalisatie: <https://www.picassozorgoptimalisatie.nl/kennis-delen/nieuws/2019/06/06/handboek-copd-geeft-mensen-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden-meer-eigen-regie/>
- Programma Uitkomstgerichte Zorg. (2022). *Toolkit Gezondheidsvaardigheden*. Opgehaald van Programma Uitkomstgerichte Zorg: <https://www.platformuitkomstgerichtezorg.nl/themas/samen+beslissen/toolkit+gezondheidsvaardigheden/default.aspx#question=2054889>
- PWC. (2018). *Maatschappelijke kosten laaggeletterdheid*. Stichting Lezen en Schrijven.
- Rademaker. (2014). *Kennissynthese gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: Nivel.
- Rademakers, J., Nijman, J., Brabers, A., De Jong, J., & Hendriks, M. (2014). The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy*, 200-206.
- Rolink, M., Springvloet, L., Bos, N., De Jong, J., Friele, R., & Rademakers, J. (2020). *De Transparantiemonitor 2019/2020*. Utrecht: Nivel.
- Rondia, K., Adriaenssens, J., Van den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Synthese: Gezondheidsgeletterdheid: Welke lessen trekken uit ervaring van andere landen?* Kenniscentrum voor gezondheidszorg.
- Roovers, P. (2021). Promotie Thomas Timmers: app spreekt soms duidelijker taal dan specialist. *Brabants Dagblad*.
- Sheridan, S. L., Halpern, D. J., Viera, A. J., Berkman, N. D., Donahue, K. E., & Crotty, K. (2011). Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *Journal of health communication*, 30-54.



- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (2012). Consortium Health Literacy Project Europe. Health Literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
- Stichting Didar. (2018). *Het project Zorgintro: vluchtelingen en migranten wegwijs maken in het Nederlandse zorgstelsel*. Opgehaald van Stichting Didar: <http://www.didar.nl/zorgintro-project.html>
- Stichting FHA. (2022). *Stichting Fonds Huisartsen in Achterstandswijken Haaglanden*. Opgehaald van Stichting FHA: <https://www.stichtingfha.nl/>
- Van de Lustgraaf, M. (2021). *Onderzoek naar effect van gespecialiseerde cliëntondersteuning*. Opgehaald van Movisie: <https://www.movisie.nl/artikel/onderzoek-naar-effect-gespecialiseerde-clientondersteuning>
- Van Houdt, Y. (2020, December 1). *Nóg meer rapporten of eindelijk actie?* Opgehaald van MEE NL: <https://www.mee.nl/nieuws/n%C3%B3g-meer-rapporten-of-eindelijk-actie>
- Van Pelt, L. (2021, September). Bibliotheek Nijkerk en Gezondheidscentra Nijkerk slaan handen ineen. *Bibliotheek Blad*. Opgehaald van <https://www.bibliotheeknetwerk.nl/sites/default/files/documents/bbv-Bibliotheek-Nijkerk-en-Gezondheidscentra-Nijkerk-slaan-handen%20ineen-BibliotheekBlad-sept-2021.pdf>
- Van Vulpen, B., Van Twist, M., Frankowski, A., Frissen, P., Van der Steen, M., & Chin-A-Fat, N. (2018). *Regie voeren?* Nederlandse School voor Openbaar bestuur.
- Vilans. (2015). *Kennisbundel Zelfmanagement-ondersteuning*.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2017). *Weten is nog geen doen*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Zandvliet, R. (2022). *Actueel*. Opgehaald van i&o research: <https://www.ioresearch.nl/actueel/tag/communicatie/>
- ZonMw. (2022). *Meer informatie over Therapietrouw*. Opgehaald van ZonMw: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geneesmiddelen/therapietrouw/meer-informatie-over-therapietrouw/>
- Zuizewind, C., Havers, J., & Engels, J. (2021). Verbeter de zorg voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden: geleerde lessen uit de dagelijkse huisartsenpraktijk. *Tijdschrift Gezondheidswet*, pp. 95-100.

## Bijlage 1 - Brainstormsessie

Organisaties die aanwezig waren bij brainstormsessie
Federatie Medisch Specialisten
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
Pharos
Landelijke Huisartsen Vereniging
Patiëntenfederatie
Koninklijke Bibliotheek
Stichting Lezen en Schrijven
Sociaal Werk Nederland
ActiZ
Iederin
MEE NL
FNO
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Sira Consulting
Ecorys

## Bijlage 2 - Maatschappelijke kosten van beperkte gezondheidsvaardigheden

### Verkenning van de maatschappelijke kosten

Uit de literatuur blijkt dat beperkte gezondheidsvaardigheden samen gaan met een minder goede gezondheid en met een hoger zorggebruik van de betreffende personen. Sommige van de onderzoeken naar deze verbanden betreffen de Nederlandse situatie. Niet altijd zijn de gevonden verbanden ook statistisch significant. Dat houdt in dat het niet met voldoende mate zeker is dat een gevonden correlatie tussen ziekte of zorggebruik en beperkte gezondheidsvaardigheden oorzakelijk is. Het kan immers ook toeval zijn, of door andere factoren worden veroorzaakt. Dit blijkt onder meer uit het EU-HLS onderzoek uit 2012. In dat onderzoek bleek bij een analyse met meerdere variabelen dat beperkte gezondheidsvaardigheden geen extra verklaring meer toevoegden voor extra bezoeken aan artsen indien eerst de invloed van andere variabelen was meegenomen, ondanks de aanwezigheid van een correlatie tussen deze twee. Die andere variabelen die wel een statistisch significante invloed hadden op de uitkomst waren: de lange termijn gezondheidssituatie, de eigen inschatting van gezondheid en geslacht (zie Pelikan e.a. 2014, p.90).

Nederlands onderzoek laat wel statistisch robuuste relaties zien tussen beperkte taalvaardigheid of gezondheidsvaardigheid en ziekte c.q. zorggebruik.

### Ziekte en aandoeningen

De studie van Groot en Maassen van de Brink laat zien dat mensen met beperkte taalvaardigheid een grotere kans hebben op een reeks ziekten. Die relaties zijn in veel gevallen statistisch significant bevonden. Uit het onderzoek leiden we de volgende ziektes/aandoeningen af waarop laaggeletterden een hogere kans hebben. Aangenomen is dat deze relatie ook geldt voor beperkt gezondheidsvaardigen, omdat de relatie tussen deze twee sterk is.

De overzichtstabel geeft tevens prevalentiecijfers en de ziektelast per patiënt per jaar. Deze beide indicatoren zijn ontleend aan de cijfers in het kader van de ziektelastmonitor en betreffen 2015 (Ziektelast van ziekten naar leeftijd en geslacht, 2015; Excel sheet gedownload van [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info); deze informatie wordt momenteel niet meer in deze vorm gepubliceerd op deze website).

Aandoening	Ziektelastequivalent (YLD)	Prevalentie (2015)
Astma	0,070	550.700
Beroerte	0,511	334.100
Burn-out	0,187	261.000
Diabetes	0,177	1.004.000
Epilepsie	0,059	158.700
Gewrichtsslijtage	0,211	207.600
Hartfalen	0,14	175.800
Kanker (divers)	0,250 (gewogen)	425.000
Nek- en rugklachten	0,284	568.100
Nierfalen	0,142	62.400
TOTAAL	0,211 (gewogen gemiddelde)	3.747.400

Bron: [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info) geraadpleegd in 2019 (NB op huidige versie van de website zijn deze cijfers niet meer beschikbaar)

Deze gegevens zijn gebruikt om de extra ziektelast als gevolg van beperkte gezondheidsvaardigheid te berekenen. De gevolgde berekening is als volgt:

1. Het aantal inwoners in Nederland op 1 januari 2015 bedroeg, afgerond, 17 miljoen.
2. De cumulatieve prevalentie van de genoemde ziekten bedroeg  $3,75 / 17 = 22,0\%$ .
3. De gewogen gemiddelde ziektelast van deze aandoeningen bedroeg 0,211.
4. Er zijn momenteel 4,05 miljoen beperkt gezondheidsvaardigen in Nederland.
5. Op basis van onderzoek van Groot en Maassen van den Brink is aangenomen dat deze groep gemiddeld genomen een 5% hogere prevalentie heeft van deze ziekten (i.c. 23,1% i.p.v. 22,0%, verschil is 1,1% punt). Tevens is aangenomen dat deze ziekten niet samen voorkomen (eventueel wel in combinatie met andere aandoeningen).
6. Uit de aannames onder 5 volgt dat de extra jaarlijkse ziektelast van deze groep als volgt kan worden berekend:  $4,05 \text{ mln.} \times 0,011\% \times 0,211 \text{ YLD} = 9.400 \text{ YLD}$ , afgerond naar 10.000 YLD.
7. Deze extra ziektelast is gewaardeerd tegen de waarde van een Quality Adjusted Life Year (QALY) die in de werkwijzer MKBA voor het sociaal domein is voorgeschreven, i.c. € 50.000 of € 100.000.
8. Hieruit resulteert een totale monetaire waarde ad (afgerond) € 0,5 tot € 1 miljard.

### Zorgkosten

Voor de zorgkosten is gebruik gemaakt van de analyse die PwC heeft uitgevoerd in 2018. In deze analyse constateert PwC op basis van gegevens van het EU-HLS onderzoek de volgende extra zorgkosten:

- Onvoldoende gezondheidsvaardigen (in totaal geschat op 0,87 miljoen in 2012) gaan gemiddeld genomen 0,66 keer per jaar vaker naar een huisarts.
- Beperkt gezondheidsvaardigen (in totaal geschat op 1,78 miljoen in 2012) gaan gemiddeld genomen 0,5 keer per jaar vaker naar het ziekenhuis.

De extra kosten zijn door PwC berekend door de kosten van een huisartsbezoek te berekenen op basis van het gedeclareerde tarief (€ 11,50) en de kosten van een bezoek aan het ziekenhuis op basis van de gemiddelde kosten van een nieuw te openen dbc (€ 282,91).

Hieruit resulteren de volgende berekeningen voor de maatschappelijke kosten:

- Extra consulten huisarts:  $0,87 \text{ mln.} \times 0,66 \times 11,50 = € 6,6 \text{ miljoen}$
- Extra bezoek aan ziekenhuis:  $1,78 \times 0,5 \times 282,91 = € 251,6 \text{ miljoen}$ .

Voor verdere toelichting zij verwezen naar het rapport van PwC.

Voor de berekening van de extra zorgkosten volgen we de systematiek van PwC. De enige aanpassing die is gedaan is het actualiseren van de gehanteerde kengetallen. Hiervoor baseren we ons op de publicatie: Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg, ontwikkeld in opdracht van het Zorginstituut en gepubliceerd in 2016. Zie:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2016/02/29/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

In deze publicatie worden de volgende kengetallen geadviseerd:

- Huisartsconsult: € 33 (pagina 48 van de bijlage bij het rapport);
- Kosten gemiddelde dbc: € 276 (pagina 40 van de bijlage bij het rapport).

In beide gevallen gaat het om prijzen uit 2014. Het rapport adviseert om deze te actualiseren aan de hand van het prijsindexcijfer van het CBS voor huishoudconsumptie. Deze prijsindex lag in 2021 11% hoger dan in 2014.

Op basis van deze gegevens zijn de maatschappelijke kosten van extra zorg voor deze groep als volgt berekend:

1. voor huisartsconsulten:  $0,87 \times 0,66 \times 33 \times 1,11 = \text{€ } 21$  miljoen
  2. voor extra bezoek aan het ziekenhuis:  $1,78 \times 0,5 \times 276 \times 1,11 = \text{€ } 273$  miljoen
- In totaal gaat het dus om € 294 miljoen in prijzen van 2021.

In de presentatie van de raming is dit bedrag afgerond naar € 300 miljoen. Om verschillende redenen is dit een **conservatieve** raming:

- De extra zorgkosten zijn gerelateerd aan een deel van de 4,05 miljoen personen die volgens NIVEL beperkt gezondheidsvaardig zijn. De analyse van PwC heeft alleen bovengenoemde statistisch significante verbanden gevonden, voor slechts een deel van deze groep. Dit kan een onderschatting van de werkelijke extra zorgvraag zijn.
- Er is geen rekening gehouden met bevolkingsgroei sinds 2012 (i.c. in totaal 4,45%) en de eventuele stijging van het aantal beperkt gezondheidsvaardigen sinds 2012 (NB het aandeel beperkt gezondheidsvaardigen in de bevolking bleef ongeveer gelijk sinds 2012, op ruim 28%).
- Er zijn aanwijzingen uit andere studies dat de omvang van de extra zorgkosten als gevolg van beperkte gezondheidsvaardigheid (veel) groter is. Zo is voor een groep diabetici met lage patiënt activatie een gemiddelde extra zorgkost van € 1500 tot € 2000 per jaar gevonden (zie hoofdstuk). NB Het gemiddelde in deze berekening ligt op  $\text{€ } 300 / 4,05 = \text{afgerond € } 75$  per persoon per jaar.
- Andere typen extra zorgkosten, zoals een hoger aantal bezoeken aan huisartsposten en spoedeisende hulp, extra consulten aan andere eerstelijns hulpverleners of andere zorgsectoren, en een langere opnameduur in het ziekenhuis zijn niet meegenomen. Onderzoeken voor de Nederlandse situatie en voor de Belgische situatie laten zien dat er een statistisch sterk verband is tussen (beperkte) gezondheidsvaardigheid en dergelijke zorgkosten. De betreffende onderzoeken laten zich echter niet 1-op1 vertalen naar een mate van omvang.
- Onderzoek wijst uit dat een deel van de vermijdbare medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames aan tekortschietende therapietrouw kan worden gerelateerd (zie bijvoorbeeld Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid, 2017; [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Vervolgonderzoek\\_Medicatieveiligheid\\_Eindrapport.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Vervolgonderzoek_Medicatieveiligheid_Eindrapport.pdf)). Ook de kosten hiervan zijn niet meegenomen.

## Bijlage 3 – Aanpak Impactanalyse

### Analysekader

In de impact analyse volgen we de te verwachten doorwerking van de maatregelen aan de hand van een beleidstheoretische aanpak. Daarbij maken we onderscheid naar de volgende aspecten van de maatregelen:

- de **activiteiten**: een omschrijving van de verschillende werkzaamheden;
- de **output** van de maatregel: datgene wat de maatregel gaat bewerkstelligen;
- het **resultaat** van de maatregel in termen van veranderingen in de mate van begrip van patiënten en problemen die ze ondervinden;
- de **impact**: de doorwerking van het resultaat in gedrag van de patiënten;
- de **outcome**: de vertaling van de impact naar beleidsdoelen, zoals de gezondheidssituatie van patiënten en het zorggebruik.

### Output

In hoofdstuk 2 is beschreven dat het bij de problematiek van beperkte gezondheidsvaardigheden enerzijds gaat om vaardigheden van de patiënt, zoals geletterdheid, rekenvaardigheid en activatieniveau. Anderzijds gaat het om de mate van complexiteit en toegankelijkheid van de zorg en de mate waarin zorgprofessionals over de kennis en vaardigheden beschikken om met beperkte gezondheidsvaardige patiënten om te gaan.

Idealiter grijpen de beleidsmaatregelen aan op deze factoren. Met andere woorden, output van beleidsmaatregelen kan zijn dat patiënten betere vaardigheden verkrijgen (betere leesvaardigheid, hoger niveau van activatie, etc.), dat de zorg minder complex en/of beter toegankelijk wordt en/of dat de zorgverlener de dienstverleningen beter afstemmen op de vaardigheden van de beperkt gezondheidsvaardige patiënt.

### Resultaat

Het resultaat van de beschreven output is dat gezondheidsvaardigheid van de patiënten sterker wordt. Dit uit zich in een beter begrip van zijn gezondheidssituatie, een hogere mate van zelfredzaamheid en vergrote competentie om meer weloverwogen keuzes te maken in relatie tot zijn gezondheid en/of de behandeling van een aandoening. De mate waarin dergelijke resultaten worden behaald hangt samen met de te verwachten output van de maatregelen.

### Impact

Een beter begrip, hoger zelfredzaamheid en meer weloverwogen keuzes door patiënten kunnen vervolgens leiden tot aanpassingen in het gedrag, die gevolgen hebben voor de gezondheidssituatie en/of het beroep dat door de patiënten op de zorg wordt gedaan. Op basis van de literatuur zijn er diverse typen impacts te verwachten, afhankelijk van welke aspecten van het gedrag direct worden beïnvloed door de maatregel.

Op hoofdlijnen is onderscheid te maken naar:

- **Preventie van ziekte:**  
Indien de maatregelen er toe leiden dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden betere keuzes maken, omdat ze begrijpen wat het effect van hun leefstijl is op hun gezondheid, zal de kans op aandoeningen die samenhangen met een ongezonde leefstijl (zoals bijvoorbeeld obesitas) minder worden. Ook kan een meer begrijpelijke communicatie over preventieve maatregelen als bevolkingsonderzoek of vaccinaties bijdragen aan preventie.

- **Voorkomen van (onnodige) zorg**

Maatregelen kunnen op verschillende manieren bijdragen aan het voorkomen van zorg. Allereerst is een mogelijk effect dat patiënten meer zelfredzaam worden en een beter begrip hebben van hun gezondheidssituatie. Dit kan betekenen dat consulten die voortkomen uit onzekerheid of onwetendheid kunnen worden voorkomen.

Een tweede wijze waarop zorg kan worden voorkomen is dat de patiënt een beter begrip krijgt van de behandeling die wordt voorgeschreven en om die reden meer geneigd is de therapie goed te volgen (bijvoorbeeld medicatie nemen). Hierdoor wordt de behandeling effectiever en is er minder noodzaak tot vervolgsconsulten.

- **Passende zorg**

Maatregelen kunnen er niet alleen toe leiden dat de patiënt een beter begrip heeft van de behandeling, maar ook dat deze samen met de zorgprofessional een betere afweging van de verschillende zorgopties kan maken. Een betere dialoog kan tot beter passende keuzes leiden in de behandeling, of dat bijvoorbeeld wordt afgezien van een behandeloptie die relatief weinig oplevert voor de patiënt. Met andere woorden: de zorg wordt zinvoller.

### **Outcome**

Deze impacts vertalen zich vervolgens in outcomes: maatschappelijke effecten, die bijvoorbeeld vastgelegd kunnen zijn beleidsdoelen, en invloed hebben op de maatschappelijke welvaart. De primaire te verwachten outcome is dat de gezondheidssituatie voor de patiënt verbetert: hij heeft minder kans op ziekte en/of ervaart een lagere ziektelast omdat de behandeling effectiever is. Minder kans op ziekte en effectievere behandeling hebben als betekenen ook dat het beroep op de zorg kleiner kan zijn, oftewel de zorgkosten zullen lager zijn.

Een derde outcome is dat de patiënt een grotere mate van autonomie ervaart, een grotere mate van zelfredzaamheid heeft en beter in staat is mee te praten over de behandelopties. De patiënttevredenheid zal hierdoor hoger zijn en de kwaliteit van de zorg zal als beter worden ervaren.

De in hoofdstuk 5 geschetste maatregelen beogen de gezondheidsvaardigheid van patiënten te verbeteren. Daarmee zullen in meerdere of mindere mate bovenstaande impacts en outcomes optreden. Van belang daarbij is op welke wijze de maatregelen doorwerken. Met name is daarbij van belang of de maatregelen de algemene gezondheidsvaardigheden verbeteren, en daarmee ook bijdragen aan preventie, of dat de maatregelen met name effect hebben in de zorgomgeving, het contact tussen patiënt en zorgverlener. In het eerste geval (preventie) ligt een hogere gezondheid meer voor de hand, in het laatste geval (zorgomgeving) is te verwachten dat er met name een effect zal zijn op de kosten van zorg en patiënttevredenheid.

# Bijlage 4 – Business cases

## Aanpak business cases

### Beoordeling van maatregelen

De vraagstelling van dit onderzoek is in kaart te brengen welke business case er te maken is van de inzet op gezondheidsvaardigheid en, in het verlengde daarvan, te analyseren wat de meest effectieve en doelmatige wijze is waarop VWS kan bijdragen aan het versterken van gezondheidsvaardigheden. Een business case is bij uitstek het instrument om de doelmatigheid van een maatregel te toetsen.

### Overwegingen bij de ramingen

In deze bijlage wordt een verkennende business case analyse gepresenteerd van de in hoofdstuk 5 omschreven mogelijke maatregelen. In de business cases geven we een semi-kwantitatieve indicatie van de te verwachten effecten, gebaseerd op de verzamelde informatie. Met semi-kwantitatief wordt bedoeld dat een raming van de orde van grootte wordt gepresenteerd, maar geen specifieke getallen. Er liggen wel tentatieve berekeningen ten grondslag aan deze semi-kwantitatieve waarderings.

Verder is van belang dat:

- Beperkte gezondheidsvaardigheden een complex probleem zijn, waarbij zowel factoren aan de vraagkant van patiënten als aan de aanbodkant van de zorg spelen; het gaat met name om een mismatch tussen deze twee. Om de problematiek te verminderen zal er aan beide kanten moeten worden gewerkt.
- Beperkte gezondheidsvaardigheden zijn een wijd verbreid probleem, het omvat ongeveer 4 miljoen Nederlanders, waarbij uiteenlopende factoren als opleiding, inkomen, leeftijd, gezondheidssituatie een rol spelen. Het terugdringen van de problematiek is dan ook een complexe zaak en zal tijd nemen.
- Het is lastig om vooraf de effectiviteit van maatregelen in te schatten. Een beredeneerde schatting is noodzakelijkerwijs gebaseerd op de verwachte doorwerking van maatregelen en de kennis die beschikbaar is van vergelijkbare maar niet identieke maatregelen. Dit geeft de schattingen van de omvang van te verwachten effecten een verkennend karakter.
- De effecten zijn geraamd voor een basisjaar. Er is niet rekening gehouden met toekomstige autonome trends ten aanzien van bijvoorbeeld demografie, onderwijsniveau en zorggebruik. Deze kunnen wel invloed hebben op de hoogte van toekomstige kosten en baten.
- Er is een verschil te verwachten in de termijn waarop een maatregel effect kan sorteren. Om deze reden wordt onderscheid gemaakt tussen de effecten op korte termijn (tot 4 jaar) en de langere termijn (vanaf 4e jaar en verder).

### Elementen van de maatschappelijke business case

In een maatschappelijke business case of kosten-batenanalyse worden de maatschappelijke effecten van een (beleids)maatregel of interventie in kaart gebracht. De belangrijkste onderdelen daarvoor zijn:

- De kosten van maatregelen;
- De typen baten die te verwachten zijn;
- De mate van effectiviteit van de maatregelen om de baten te realiseren.

We gaan op elk van deze onderdelen nader in.



## Kosten van maatregelen

De maatregelen zijn in hoofdstuk 5 beschreven en voor zover mogelijk uitgewerkt. Daarbij is ook een beschrijving gegeven van de typen kosten die verwacht mogen worden bij implementatie van de maatregelen. De mate van uitwerking is echter niet zo ver dat precieze kostenramingen kunnen worden opgesteld. De volgende typen kosten zijn daarbij onderscheiden:

**Tabel B.0.1 Typen maatschappelijke kosten van inzet op gezondheidsvaardigheid**

Type kosten	Toelichting
Wetgeving en besluitvorming	Eenmalige kosten voor uitwerking van wetgeving en politieke besluitvorming
Bestuurlijke afspraak	Eenmalige kosten voor uitwerking en overeenkomen van bestuurlijke afspraken
Protocollen, etc.	Eenmalige kosten voor uitwerking van wetgeving/afspraken in protocollen, richtlijnen, etc.
Scholing zorgverleners	Bijscholing van een deel van de zorgverleners in communicatie vaardigheden met bgv-patiënten a)
Extra zorgkosten	Extra tijdsbesteding door zorgverleners in zorghandelingen voor bgv-patiënten, zoals consulten eerste en tweede lijn, medicatieverstrekking
Ontwikkeling van instrumenten	Kosten en tijd gemoeid met ontwikkeling van effectieve benaderingswijzen en instrumenten t.b.v. bgv-patiënten
Kennisdeling	Kosten van kennisdeling over nieuwe instrumenten, en implementatie daarvan in vaardigheidstrainingen en zorgomgeving
Training patiënten	Training van patiënten aan de hand van nieuw te ontwikkelen instrumenten

a: vanwege het ruimtebeslag wordt in de tabellen gewerkt met de afkorting bgv voor beperkt gezondheidsvaardig

Niet elk van deze kosten is relevant voor elk van de maatregelen. Daarnaast kan ook het patroon van de kosten verschillen. Sommige kosten zijn eenmalig en treden alleen op in de eerste jaren (kosten van wetgeving, protocollen, bijscholing), andere kosten lopen ook op langere termijn door (bijvoorbeeld kosten van extra tijdsbesteding zorgprofessionals, training van patiënten).

## Typen baten

In hoofdstuk 2 is beschreven dat volgens de laatste schattingen in Nederland circa 4 miljoen volwassenen beperkt gezondheidsvaardig zijn. De beschikbare onderzoeken leren ook dat er een grote mate van correlatie is tussen gezondheidsvaardigheden enerzijds en de gezondheidsuitkomst voor de patiënt het gebruik van zorg anderzijds. Globaal gesproken betekent de beperkte gezondheidsvaardigheid van 4 miljoen Nederlanders dat de zorgkosten jaarlijks minstens € 300 miljoen hoger liggen dan indien hun gezondheidsvaardigheden voldoende zouden zijn. Het effect op hun gezondheid kan worden uitgedrukt in een jaarlijks verlies van circa 10.000 gezonde levensjaren. De te bespreken maatregelen zullen er toe bijdragen dat deze maatschappelijke kosten in de toekomst lager zijn.

Naast deze gekwantificeerde effecten laat de impactanalyse zien dat er nog andere outcomes te verwachten zijn van aanvullende beleidsmaatregelen. Een daarvan is een hogere patiënttevredenheid, doordat gezondheidsvaardige patiënten beter begrip hebben van de behandeling en meer invloed kunnen uitoefenen op de behandeling. Voor sommigen kan dit ook meer zelfvertrouwen en minder stress betekenen.

Daarnaast hebben sommige maatregelen mogelijk een effect op de leefstijl van patiënten. Beperkte gezondheidsvaardige patiënten hebben, mede vanwege hun leefstijl, een groter kans op sommige ziekten. Het wegnemen van de beperking kan op termijn daarmee ook effect hebben op de kans op ziekte (preventie).

Tot slot zijn er mogelijk effecten op andere domeinen dan het zorgdomein. In het geval maatregelen de vaardigheden van patiënten in brede zin verbeteren is het maatschappelijk effect breder dan alleen op gebied van gezondheid. De competenties van de patiënt worden immers in algemene zin verbeterd, waardoor er ook gevolgen zullen zijn voor inkomens, belastingen en bijstand.<sup>117</sup>

Deze typen baten zijn in meerdere of mindere mate te verwachten van de maatregelen.

Samengevat betekent dit dat navolgende typen maatschappelijke baten kunnen worden verwacht voor inzet op gezondheidsvaardigheid.

**Tabel B.0.2 Typen maatschappelijke baten van inzet op gezondheidsvaardigheid**

Type baten	Toelichting
Hogere gezondheid patiënten	Lagere ziektelast doordat behandeling effectiever verloopt. Lagere kans op ziekte door gezondere keuzes.
Lagere zorgkosten	Vermindering van de (onnodige) zorgkosten doordat patiënten onzeker zijn en daarom een zorgverlener raadplegen en/of omdat ze onvoldoende therapietrouw zijn
Hogere patiënttevredenheid	Minder stress, grotere autonomie en meer tevredenheid bij patiënt, vanwege groter begrip van en meer invloed op de behandeling
Effect op andere domeinen	Door verbetering van vaardigheden van patiënten zijn er ook effecten op andere domeinen zoals inkomen/armoede, sociale vaardigheden

## Verkenning van de orde van grootte van effecten van maatregelen

In de ramingen wordt gebruik gemaakt van de meest recente cijfers over de populatie en de gezondheidszorg. Tabel B.0.1 geeft een overzicht van de gebruikte gegevens.

**Tabel B.0.3 Kerngegevens gebruikt in de ramingen van kosten en baten**

	Basisgegevens	Bron
Aantal onvoldoende en beperkt gezondheidsvaardige inwoners	4,05 miljoen	Ecorys: Berekend op basis van NIVEL en CBS (2020)
Aantal huisartsconsulten	70 tot 75 miljoen per jaar	NVEL, LHV, Capaciteitsorgaan
Deel consulten van minder gezondheidsvaardige patiënten	35%	Ecorys: Beredeneerd op basis van aandeel in bevolking (28,8%) en hoger zorggebruik van deze groep
Gemiddeld aantal consulten per patiënt	3,9 per jaar	NVEL (2020)
Duur consulten	< 5 min: 1,3 p j 5-20 min: 2,0 p j > 20 min: 0,6 p j	Niel (2020)
Aantal geopende dbc's	21,2 miljoen	CBS (2019)
Idem, poliklinisch	18,2 miljoen	CBS (2019)
Aantal artsen werkzaam in de zorg	69.300	CBS (2019)
Waarvan in: medisch specialistische zorg, huisartszorg, gehandicaptenzorg, GGZ, VVT	52.300	CBS (2019)

<sup>117</sup> Zie bijvoorbeeld: PwC, 2018.

	Basisgegevens	Bron
Aantal verpleegkundigen werkzaam in de zorg	174.800	CBS (2019)
Waarvan in: medisch specialistische zorg, huisartszorg, gehandicaptenzorg, GGZ, VVT	162.500	CBS (2019)
Kosten eenmalige bijscholing	€ 500	Ecorys: Aanneمة op basis van een tijdsinzet van 1 werkdag

## Kosten voor maatregelen

### Enmalige kosten

**Bestuurlijke afspraken:** De inzet om te komen tot bestuurlijke afspraken voor de borging van het belang van beperkte gezondheidsvaardigen is geschat op circa 50 manjaren. Bij een gemiddelde kost van € 100 per uur of lager betekent dit dat de kosten lager zijn dan € 10 miljoen.

### Kosten voor uitwerking in protocollen:

Ook voor de uitwerking van bestuurlijke afspraken is naar verwachting minder dan 70 manjaren tijd gemoeid. De uurkosten van de betrokken medewerkers liggen over het algemeen rond € 50. Dit betekent dat deze eenmalige kosten tussen € 1 en € 10 miljoen zullen liggen.

### Kosten van scholing

Voor de raming van deze kosten is dat in de eerste jaren 10% van de artsen en verpleegkundigen die in de zorg werken een aanvullende scholing dienen te volgen. De totale jaarlijkse kosten hiervan liggen met bovengenoemde uitgangspunten op meer dan € 10 miljoen en minder dan € 50 miljoen (te weten:  $10\% \times 244.100 \times € 500 = € 12,2 \text{ mln.}$ ).

De kosten van scholing zijn gelijk veronderstelt in de maatregelen bestuurlijke afspraak en financiële prikkel.

### Kosten van uitwerking innovatieve aanpak

De kosten voor de ontwikkeling van innovatieve aanpak c.q. innovatieve instrumenten hangen af van het aantal voorstellen dat wordt ingediend, het aantal voorstellen dat wordt gehonoreerd en de tijd die het kost om de voorstellen uit te werken. Alhoewel de ureninzet hiervoor waarschijnlijk hoger ligt dan voor de uitwerking in protocollen, verwachten we dat het om niet meer dan 30 manjaren werk zal gaan, tegen een gemiddeld tarief van € 50 tot € 100 per uur. De totale kosten komen daarmee op minder dan € 5 miljoen.

### Structurele kosten

#### Extra kosten van consulten

In de raming van de extra kosten van consulten om voldoende tijd en aandacht te besteden aan beperkte gezondheidsvaardige patiënten is uitgegaan van een gemiddelde extra tijdsbesteding van 2 minuten voor 35% van alle relevante contactmomenten van huisartsen en in de medisch specialistische zorg. Voor de vertaling van de extra inzet van uren in geld is gebruik gemaakt van interne tarieven die de sectoren hanteren. Deze zijn ontleend aan de Business Impact Analyse Medicatieoverdracht, die begin 2020 is uitgevoerd voor het Ministerie van VWS.

De berekeningswijze voor consulten van huisartsen in geval van de maatregel Financiële Prikkel is:  $70 \text{ mln.} \times 35\% \times 2 / 60 \times € 46 / \text{uur} = € 37,6 \text{ mln.}$

Voor consulten bij medisch specialisten is de berekening in deze maatregel:  $17 \text{ mln.} \times 35\% \times 2 / 60 \times € 79 / \text{uur} = € 16,6 \text{ mln.}$

Totaal dus: € 54,2 mln. per jaar

De extra kosten voor de maatregel bestuurlijke afspraak is lager ingeschat, omdat verondersteld is dat, wegens het ontbreken van financiële dekking, het aantal extra lange consulten beduidend lager zal zijn, op minder dan 50% van bovenstaand aantal (i.c. minder dan € 27,1 mln. per jaar). Vandaar dat hiervoor de range € 10 – 50 mln. is gehanteerd.

### **Kosten van kennisdeling**

De tijd die gemoeid gaat met kennisdeling en het incorporeren van innovatieve aanpakken en instrumenten kan behoorlijk oplopen. Dit is immers afhankelijk van het aantal instrumenten / aanpakken en betrokken organisaties. Uitgaande van in totaal 50 manjaren werk en een tarief van € 50 per uur (€ 70.000 per jaar bij 1400 uren), bedragen deze kosten minder dan € 10 miljoen.

### **Baten van maatregelen**

Van de verschillende baten van maatregelen is alleen de mogelijke omvang van de vermindering van extra zorgkosten voor beperkt gezondheidsvaardigen in kaart gebracht. De reden hiervan is dat het moeilijk is om een directe relatie te leggen tussen het resultaat van de maatregelen en de gezondheidseffecten. De hogere prevalentie van ziekte bij deze groep patiënten hangt immers deels samen met leefstijl en andere factoren, die wellicht gecorreleerd zijn met gezondheidsvaardigheid, maar hier niet direct aan toegewezen kunnen worden. Om deze reden verwachten we een beperkt gezondheidseffect van de maatregelen, in relatie tot de verwachte effectiviteit op zorgkosten.

Voor wat betreft patiënttevredenheid is er momenteel geen methode om deze in geld te waarderen. Wel is er onderscheid te verwachten tussen de maatregelen in de mate waarin deze wordt beïnvloed. Hoe groter de kans dat zorgverleners meer tijd en aandacht besteden aan de beperkt gezondheidsvaardigen, hoe groter de kans dat patiënt tevredenheid toeneemt. De toename is als kwalitatieve baten (in termen van + of ++) meegenomen.

Het effect op de zorgkosten is ingeschat als een percentage vermindering van de totale maatschappelijke kosten die gerelateerd zijn aan beperkte gezondheidsvaardigheid (i.c. € 300 miljoen per jaar). Voor de maatregel bestuurlijke afspraak is deze geschat op maximaal 15%, ofwel maximaal € 45 miljoen per jaar.

Voor de maatregel innovatie van aanpak en benadering is een lager effect verwacht, van hooguit 5 tot 10% per jaar, ofwel hooguit € 15 tot € 30 miljoen. De reden hiervoor is dat deze maatregel geen directe invloed heeft op de tijd en aandacht die zorgverleners besteden aan de doelgroep.

Voor de maatregel financiële prikkel is het effect tentatief geschat op 20 tot 30%, ofwel € 60 tot 90 miljoen per jaar. De reden hiervoor is dat deze maatregel als effectiever wordt gezien, omdat de kans groter is dat de extra tijd en aandacht daadwerkelijk wordt gerealiseerd.

Het gaat hier in alle gevallen om globale inschattingen, op basis van de verwachte wijze van doorwerking van de maatregelen. Hierin is meegewogen dat niet alle extra zorgvraag wordt beïnvloed door de maatregelen, met name niet de zorgvraag die voortkomt uit hoger prevalentie van ziekte onder de doelgroep.

# Over Ecorys

Ecorys is een toonaangevend internationaal onderzoeks- en adviesbureau dat zich richt op de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen. Door middel van uitmuntend, op onderzoek gebaseerd advies, helpen wij publieke en private klanten bij het maken en uitvoeren van gefundeerde beslissingen die leiden tot een betere samenleving. Wij helpen opdrachtgevers met grondige analyses, inspirerende ideeën en praktische oplossingen voor complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken.

Onze bedrijfsgeschiedenis begon in 1929, toen een aantal Nederlandse zakenlieden van wat nu beter bekend is als de Erasmus Universiteit, het Nederlands Economisch Instituut (NEI) oprichtten. Het doel van dit gerenommeerde instituut was om een brug te slaan tussen het bedrijfsleven en de wereld van economisch onderzoek. Het NEI is in 2000 uitgegroeid tot Ecorys.

Door de jaren heen heeft Ecorys zich verspreid over de wereld met kantoren in Europa, Afrika, het Midden-Oosten en Azië. Wij werven personeel met verschillende culturele achtergronden en expertises, omdat wij ervan overtuigd zijn dat mensen met uiteenlopende eigenschappen een meerwaarde kunnen bieden voor ons bedrijf en onze klanten.

Ecorys excelleert in zeven werkgebieden:

- Economic growth;
- Social policy;
- Natural resources;
- Regions & Cities;
- Transport & Infrastructure;
- Public sector reform;
- Security & Justice.

Ecorys biedt een duidelijk aanbod aan producten en diensten:

- voorbereiding en formulering van beleid;
- programmamanagement;
- communicatie;
- capaciteitsopbouw (overheden);
- monitoring en evaluatie.

Wij hechten waarde aan onze onafhankelijkheid, onze integriteit en onze partners. Ecorys geeft om het milieu en heeft een actief maatschappelijk verantwoord ondernemingsbeleid, gericht op meerwaarde voor de samenleving en de markt. Ecorys is in het bezit van een ISO14001-certificaat dat wordt ondersteund door al onze medewerkers.



Postbus 4175  
3006 AD Rotterdam  
Nederland

Watermanweg 44  
3067 GG Rotterdam  
Nederland

T 010 453 88 00  
F 010 453 07 68  
E [netherlands@ecorys.com](mailto:netherlands@ecorys.com)  
K.v.K. nr. 24316726

**W** [www.ecorys.nl](http://www.ecorys.nl)

***Sound analysis, inspiring ideas***