

Vergaderjaar 2011–2012

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 61

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 9 augustus 2012

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 februari 2012 inzake de reactie op het briefadvies van de Gezondheidsraad «Laaggeletterdheid te lijf» (Kamerstuk 32 793, nr. 18).

De op 30 maart 2012 toegezonden vragen en opmerkingen zijn, met de door de minister bij brief van 8 augustus 2012 toegezonden reactie, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met instemming kennisgenomen van de reactie van de minister op het briefadvies van de Gezondheidsraad getiteld «Laaggeletterdheid te lijf». Naar aanleiding daarvan hebben zij nog enkele vragen.

De minister geeft aan dat de laatste jaren gebruik is gemaakt van zogenaamde CanMEDS in alle opleidingen van specialisten en een groot aantal andere opleidingen voor zorgprofessionals. Deze leden vragen in hoeverre het de verwachting is van de minister om deze over de hele breedte van de zorgopleidingen toe te passen. Zij vragen tevens in hoeverre het zinvol is deze over de hele breedte van de zorgopleidingen toe te passen.

Beroepsgroepen en opleidingsinstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor het opstellen van de beroepsprofielen, de opleidingseisen en de curricula. De laatste jaren hebben alle opleidingen voor specialisten en een groot aantal andere opleidingen voor zorgprofessionals vrijwillig de zogenaamde CanMEDS ingevoerd. De overheid heeft hierin geen rol en daarmee ook geen verwachting en geen oordeel of het zinvol is om de CanMEDS over de gehele breedte van de zorgopleidingen toe te passen.

PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennis genomen van de brief. Zij vinden het ambitieniveau van het kabinet laag. Bij een eerder overleg over laaggeletterdheid in het onderwijs had de minister wel ambities, maar stelde slechts beperkte middelen beschikbaar te hebben. In voorliggende brief over gezondheidszorg en laaggeletterdheid laat zij het oplossen van de problemen vooral over aan de sector.

Laaggeletterdheid is een groot probleem. Het is niet alleen van invloed op talentontwikkeling en arbeidskansen. Ook in de zorg is laaggeletterdheid een probleem. Uit Nederlands onderzoek komt bijvoorbeeld naar voren dat 5,2 % van de laagstgeletterde mannen last heeft van diabetes, tegenover 1,5% van de hoogst geletterde mannen. Voor vrouwen is de situatie nog zorgelijker; 6% van de laagst geletterde vrouwen heeft diabetes, tegenover 0,9% van de hoogstgeletterde vrouwen. Ook uit buitenlands onderzoek blijkt dat er een samenhang is tussen lage gezondheidsvaardigheden en slechtere gezondheid. Ouderen met slechte gezondheidsvaardigheden hebben anderhalf tot twee keer zo grote sterfkans. De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie op deze bevindingen.

Het kabinet onderkent de problematiek zoals die door de leden van de PvdA-fractie wordt geschetst. Geletterdheid is een belangrijke voorwaarde om op allerlei terreinen te kunnen deelnemen aan onze samenleving en raakt aan vele aspecten van het leven van mensen. De aanpak van geletterdheid vraagt een inzet van burgers, werkgevers, maatschappelijke organisaties en overheden.

Vandaar dat het kabinet het actieplan laaggeletterdheid¹ aan uw Kamer heeft aangeboden. In dit actieplan wordt een brede definitie van geletterdheid gehanteerd. Het omvat lezen, schrijven, rekenen en het gebruik van alledaagse technologie. De inzet om deze vaardigheden te verbeteren, werkt ook door in de gezondheidsvaardigheden van mensen. Deze vaardigheden zijn bijvoorbeeld van belang om te kunnen zorgen voor de eigen gezondheid en gezondheidszorgvoorzieningen adequaat te kunnen gebruiken.

Gezondheidsvaardigheden omvatten meer dan geletterdheid. In de discussie lopen deze begrippen wel eens door elkaar. Gezondheidsvaar-

¹ TK 2010–2011 28 760 nr. 22

digheden gaan om een breed scala aan vaardigheden die in de gezondheidszorg relevant kunnen zijn: de goede vragen kunnen stellen in een slecht nieuwsgesprek, je eigen diabetes kunnen inregelen en begrijpen wat «3x daags 1 tablet» betekent. Naast geletterdheid spelen ook andere aspecten hierbij een rol zoals leeftijd, geslacht, culturele achtergrond en communicatievaardigheden. Het aantal mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is dan ook groter dan het aantal mensen dat laaggeletterd is. Het feit dat rekening moet worden gehouden met al deze aspecten betekent dat laaggeletterdheid in de zorg niet geïsoleerd moet worden opgepakt. Integrale aanpak en maatwerk zijn noodzakelijk en dat kan alleen in de directe contacten tussen zorgverleners en patiënten worden vormgegeven. De overheid zorgt hierbij voor de randvoorwaarden.

Uit het advies «Laaggeletterdheid te lijf» komt naar voren dat er in Nederland maar weinig onderzoek is gedaan naar laaggeletterdheid en gezondheid. Deze leden vinden deze resultaten zorgelijk. Ook vinden zij het zeer zorgelijk dat er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek voorhanden is. Deelt de minister deze zorg? Ziet zij een rol voor dit kabinet in het stimuleren van dit onderzoek? Zo ja, welke? Zo nee, kan zij een volledig overzicht geven van het onderzoek naar de gevolgen van laaggeletterdheid in de zorg, en kan zij toelichten waarom met dit onderzoek kan worden volstaan?

Uiteraard is gedegen kennis belangrijk om in de dagelijkse zorgverlening rekening te kunnen houden met verschillen in vaardigheden. Het is belangrijk dat veldpartijen, zowel de zorgverleners als de patiënten, betrokken zijn bij het opstellen van de onderzoeksagenda. Zij kunnen het beste beoordelen of de beschikbare kennis voldoende is. De overheid kan onderzoek faciliteren en stimuleren. Dit doen we onder andere via onderzoeksprogramma's van ZonMw, het Kwaliteitsinstituut en het RIVM en de subsidies die aan bepaalde kennisinstututen, zoals het Nivel en Pharos, worden verleend. Het gaat zowel om onderzoek dat zich specifiek richt op laaggeletterdheid als om onderzoek over andere onderwerpen waarin laaggeletterdheid wordt meegenomen.

Hoewel ik geen volledig inzicht heb van het onderzoek dat wordt verricht, kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat er de laatste tijd meer onderzoek wordt gedaan naar gezondheidsvaardigheden en dat er meer praktische instrumenten worden ontwikkeld die in de dagelijkse praktijk kunnen worden gebruikt. Ik noem hieronder een aantal voorbeelden.

Het RIVM en het Nivel doen samen onderzoek naar de definitie van gezondheidsvaardigheden, het meten van de vaardigheden in de Nederlandse bevolking en de relatie tussen geletterdheid en gezondheidsvaardigheden. De onderzoeksresultaten worden vertaald naar strategische stappen die aangrijpingspunten bieden voor beleid binnen de (publieke) gezondheidszorg. De eerste uitkomsten worden eind dit jaar verwacht. Een ander voorbeeld is het programma «begrijpelijke taal» van ZonMw en NWO. Dit programma richt zich op fundamenteel onderzoek om beter te begrijpen welke factoren de begrijpelijkheid van communicatie bevorderen en op toegepast onderzoek om die inzichten te vertalen naar goed gefundeerde adviezen op het gebied van taal en communicatie. Tot slot noem ik hier nogmaals de Alliantie Gezondheidsvaardigheden waarin zich 53 veldpartijen hebben aangesloten om samen te werken en kennis te delen rond gezondheidsvaardigheden.

In het kabinetsbeleid wordt steeds vaker de mondige burger als cliënt indachtig genomen als het gaat om het ontwikkelen van nieuw beleid en wetgeving. Dit cliëntbeeld doet volgens deze leden geen recht aan de bestaande situatie. In het briefadvies van de Gezondheidsraad wordt

voorgesteld de negatieve neveneffecten van maatregelen bij de groep laaggeletterden nauwlettend te volgen. De leden van de fractie van de PvdA vinden dit een verstandig advies en een waardevolle suggestie. Uit de brief van de minister blijkt niet of zij deze suggestie overneemt. Deze leden willen graag dat de minister een onderzoek start naar de negatieve neveneffecten voor laaggeletterden van haar beleid, met name ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg. Kan de minister aangeven of zij hiertoe bereid is?

Het uitgangspunt van ons zorgstelsel is dat de cliënt centraal staat en dat iedere cliënt de zorg krijgt die past bij zijn gezondheidsprobleem. Daarbij moet rekening worden gehouden met alle relevante kenmerken van de zorgvrager. Zorgverleners moeten in staat zijn zorg op maat te bieden rekeninghoudend met de competenties en achtergrond van de cliënt. De prestaties van ons zorgstelsel (toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid) worden met diverse instrumenten beoordeeld en gemonitord. Indien nodig wordt daarbij naar specifieke groepen gekeken. Het lijkt me dan ook niet zinvol om in dit verband apart onderzoek te starten naar laaggeletterdheid, los van het onderzoek dat al plaatsvindt. Een van de producten is de Zorgbalans daarin worden de prestaties van de gezondheidszorg in kaart gebracht aan de hand van 125 indicatoren over kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. In de Zorgbalans 2014 zal ook het thema transparantie worden uitgewerkt, waarbij een rol speelt of beschikbare informatie over de zorg voor iedereen toegankelijk en begrijpelijk is. Toegankelijkheid en kwaliteit van zorg zijn ook belangrijke onderwerpen van toezicht voor de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). Zij verkent op dit moment welke mogelijkheden er zijn om de invloed van gezondheidsvaardigheden hierbij te betrekken. Zoals ik in mijn reactie op het briefadvies heb aangegeven, zal ook de komend Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM aandacht besteden aan de relatie tussen basisvaardigheden en gezondheid.

Kan bijvoorbeeld aangegeven worden op welke wijze laaggeletterden, wanneer de recente voorstellen van het kabinet ten aanzien van het zelf laten betalen van niet-gecontracteerde zorg geëffectueerd worden, kennis kunnen nemen van de contracten die verzekeraars hebben afgesloten met zorgaanbieders, zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekering?

Zorgverzekeraars zijn verplicht om hun verzekerden te informeren over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Dit is terug te vinden op hun websites. Het is daarnaast ook mogelijk telefonisch contact met de zorgverzekeraar op te nemen om informatie of advies te vragen over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn of welke bijbetaling zou gelden in geval men naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. De NZA ziet erop toe op dat verzekeraars zelf op een voor consumenten gemakkelijke en op vergelijkbare wijze informatie over hun producten en diensten openbaar maken.

Daarnaast zijn er diverse vergelijkingswebsites (bijvoorbeeld Kiesbeter, Independer en de site van de consumentenbond) waar informatie kan worden gevonden. Ook geven sommige patiëntenorganisaties informatie over welke verzekeraar het meest geschikt is voor mensen met een bepaalde aandoening. Ik ga er vanuit dat deze organisaties rekening houden met de diversiteit van hun cliënten.

De Gezondheidsraad wil dat artsen in staat gesteld worden om, als dat nodig is, meer tijd uit te trekken voor deze bijzondere groep patiënten. Hij stelt «kijk en luistergeld» voor. In haar brief geeft de minister aan dat zij dat niet nodig vindt, omdat de bekostiging al rekening houdt met deze

verschillen. De leden van de PvdA-fractie willen graag een toelichting op dit punt. Op welke wijze houdt de bekostiging op dit moment al rekening met praktijken waarin veel laaggeletterden patiënt zijn?

Ik heb hierover in mijn brief aangegeven dat kijken en luisteren een integraal onderdeel vormen van kwalitatief goede zorg die professionals verlenen en waarvoor ze worden betaald. Daar hoeft dus niet apart voor betaald te worden.

De benodigde tijd per cliënt is van veel verschillende factoren afhankelijk. Het is onmogelijk om daar in de bekostigingsrekening mee te houden. In de huidige bekostiging wordt er geen rekening gehouden met individuele verschillen in tijd die cliënten nodig hebben en dus ook niet met laaggeletterdheid. Dit lijkt me onwenselijk en praktisch niet uitvoerbaar. Hoe weten we wie in welk mate laaggeletterd is? Moeten we ook voor een kritische cliënt die veel vragen stelt extra betalen? De huidige bekostiging gaat dan ook uit van een gemiddelde tijdsbesteding per patiënt.

In de huisartsenzorg wordt wel gedifferentieerd voor een tweetal patiëntkenmerken namelijk leeftijd en postcodegebied. Zo zijn er hogere tarieven voor huisartsenzorg voor mensen boven de 65 en voor mensen die wonen in een achterstandswijk.

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben veel waardering voor het advies van de Gezondheidsraad en de achtergrondstudie over laaggeletterdheid. Belangrijk is de constatering dat (ernstige) ziekte iets met mensen doet, waardoor het moeilijk is het eigen ziekteproces, of dat van een naaste, rationeel onder ogen te zien. Sommige mensen hebben niet alleen moeite de eigen gezondheidssituatie te begrijpen, maar hebben ook moeite met lezen en schrijven. Dat kan ertoe leiden dat ze de neiging vertonen dit onvermogen te camoufleren. De arts en andere zorgprofessionals moeten daar goed mee om weten te gaan.

Het onderscheid tussen functionele geletterdheid, communicatieve geletterdheid en kritische geletterdheid is daarbij volgens deze leden zeer behulpzaam. Communicatie tussen cliënt en professional kan moeizaam verlopen, en dat betekent dat er eigenlijk geen sprake is van «informed consent». De cliënt moet de informatie kunnen begrijpen en verwerken. Deze leden hebben nog een paar opmerkingen en vragen bij de reactie van de minister op het rapport.

De leden van de CDA-fractie delen de opvatting van de minister dat omgaan met laaggeletterdheid vooral de relatie tussen zorgverlener en cliënt betreft. Deze leden tekenen daarbij aan dat ook de naasten van de cliënt daarbij van belang zijn, zoals de dochter of zoon die hun oudere vader of moeder vergezellen bij het bezoek aan de zorgverlener. Naasten kunnen de cliënt bijstaan en ondersteunen in de communicatie rond het ziekteproces.

Om in te spelen op de relatie tussen zorgverlener en cliënt verwijst de minister vooral naar formele instrumenten, zoals de zorgstandaarden, de richtlijnen en de rol van het cliëntenperspectief daarin, alsook naar de kwaliteitssystemen. Ook legt de minister een relatie met de wetsvoorstellen Cliëntenrechten zorg en de Beginselenwet zorginstellingen. In deze formele benadering missen de leden van de CDA-fractie een stuk «gevoel», medemenselijkheid of empathie. Het gebeurt volgens deze leden veel te vaak dat in de spreekkamer de patiënt een zakelijke boodschap krijgt en dat er weinig rekening wordt gehouden met de gemoedstoestand van de patiënt en zijn familie. De gespannenheid kan ervoor zorgen dat de patiënt en de familie selectief luisteren, of dat de kern van de boodschap langs hen heengaat. Weet de arts welk deel van

zijn boodschap blijft hangen als de patiënt de spreekkamer is uitgegaan? Dat geldt des te meer voor een patiënt die bijkomt na een operatie, of mensen die moeite hebben met basale vaardigheden als luisteren en schrijven. Met name deze laatste patiënten hebben mogelijk moeite het medische jargon te begrijpen, en hebben ook moeite zelf op internet informatie over hun ziekte tot zich te nemen. Gelukkig zijn er ook goede voorbeelden van instellingen die serieus inspelen op laaggeletterdheid, zoals het UMC Utrecht dat doet in samenwerking met de Stichting Lezen & Schrijven. Ziet de minister mogelijkheden die goede voorbeelden verder te (laten) verspreiden?

De leden van de CDA-fractie vinden de gedane aanbevelingen nogal breed en vooral op het systeem als geheel gericht. Deze leden zien behalve de opleiding van de arts of de professional vooral de nascholing als belangrijk aangrijpingspunt. Empathie en begrip voor de ander kun je leren als anderen je daarop wijzen, en wanneer er wordt gereflecteerd op hoe de professional het gesprek met de patiënt voert. Graag horen deze leden of de minister mogelijkheden ziet de aandacht voor begrip van de eigen gezondheidssituatie via «learning on the job» te bevorderen.

Het CDA geeft aan gevoel en empathie in de benadering te missen. Van belang is dat gevoel en empathie in de spreekkamer en in de communicatie tussen de professional en patiënt aanwezig is. Het beleid moet dit stimuleren en hiervoor ruimte bieden. Dit zijn aspecten die niet in regels of wetten zijn vast te leggen maar via de beroepsattitude en een goede opleiding, bij- en nascholing en intercollegiale toetsing moeten worden ontwikkeld.

De beroepsgroepen geven daaraan zelf invulling. Het idee om aandacht voor begrip van de eigen gezondheidssituatie via «learning on the job» te bevorderen, is dan ook een zaak van de beroepsgroepen zelf. De beroepsgroepen pakken dit ook op en de overheid draagt bij door de kennis daarvoor verder te ontwikkelen (zie eerdere antwoorden hierover). Ook maken veel zorginstellingen werk van laaggeletterdheid in hun zorgverlening. Het is belangrijk dat men van elkaar leert door goede voorbeelden te verspreiden. Dit wordt opgepakt door veldpartijen en hun koepelorganisaties. Zij werken daarvoor ook steeds meer met elkaar samen bijvoorbeeld in de Alliantie Gezondheidsvaardigheden waarbij 53 organisaties zijn aangesloten en het gezondheidsinstituut NIGZ het secretariaat voert.

SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op het briefadvies «Laaggeletterdheid te lijf» van de Gezondheidsraad. Deze leden zijn van mening dat de opmerkingen van de Gezondheidsraad de minister aanleiding moeten geven de politieke koers in de gezondheidszorg fundamenteel te herzien. Zij vragen een reactie op de constatering van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) dat de laatste jaren het beleid in de zorg gebaseerd is op «een ideaaltypisch mensbeeld dat niet altijd overeenkomt met de realiteit». Deelt de minister de constatering dat door de combinatie van beperkte gezondheidsvaardigheden en de situatie waarin mensen belanden als zij ziek worden, patiënten veel minder in staat zijn tot rationele keuzen dan vaak verondersteld wordt, en dat dit consequenties moet hebben voor het beleid?

Ik ben me er terdege van bewust dat cliënten verschillende behoeften aan zorg en uiteenlopende mogelijkheden hebben om eigen regie te voeren of keuzes te maken. Mijn beleid is erop gericht deze behoeften en mogelijkheden het uitgangspunt te laten zijn in de zorg, rekening houdend met uiteenlopende gezondheidsvaardigheden en de situatie waarin mensen

belanden als zij ziek worden. Dat betekent dat ik van zorgaanbieders en patiënten verwacht dat zij samen afspraken maken over zorg en behandeling en dat doen op zo'n niveau dat de patiënt goed begrijpt waarover het gaat.

Om ervoor te zorgen dat ook kwetsbare mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben, is het van belang dat er professionele standaarden zijn waaraan de zorgverlener zich dient te houden en waar het cliëntperspectief goed in is meegenomen. Met de oprichting van het Kwaliteitsinstituut borgen de staatssecretaris en ik ondermeer dat het cliëntperspectief centraal staat en dat de inbreng van cliënten op een gelijkwaardige wijze wordt meegenomen in professionele standaarden. Dit wordt gerealiseerd doordat in het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut criteria zullen staan die toetsen of het cliëntenperspectief daadwerkelijk centraal is gesteld door veldpartijen.

Het feit dat de cliënt voorkeuren heeft en een keuze kan maken, stimuleert zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zich te onderscheiden en de zorg zo cliëntgericht mogelijk in te richten. Al komt maar een deel van de cliënten tot een eigen keuze, dit zet zorgaanbieders al aan om op die keuzes in te spelen. En mensen die wel willen kiezen maar dat moeilijk vinden kunnen daarbij hulp krijgen, bijvoorbeeld van familie, patiënten- en gehandicaptenorganisaties of hun zorgverzekeraar. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties vertalen steeds vaker de beschikbare informatie over de kwaliteit van zorg naar keuze-informatie voor cliënten. Het is niet mijn streven om de cliënt dezelfde expertise te laten hebben als zorgaanbieders. Het gaat er juist om dat de informatie die de cliënt heeft over wat hij fysiek en psychisch ervaart en hoe hij zijn leven heeft ingericht aanvullend is aan de medische expertise. De uiteindelijke keuze voor de behandeling is immers niet alleen gebaseerd op rationele zaken, maar gaat ook over de afstemming daarvan op persoonlijke normen, waarden en behoeften aan zorg.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het huidige liberale zorgstelsel met marktwerking gebaseerd is op een fundamenteel onjuiste aanname, namelijk de burger/ patiënt als calculerende consument die kan shoppen op een zorgmarkt, zichzelf betrouwbaar kan informeren en op gelijke voet kan onderhandelen met de zorgverlener over prijs en kwaliteit. Deze leden verzoeken de minister te onderzoeken hoe het sociale grondrecht gezondheidszorg en het algemeen belang van de volksgezondheid onder publieke verantwoordelijkheid kunnen worden gebracht in plaats van deze afhankelijk te maken van de uitkomst van onderhandelingen tussen vermeende zorgconsumenten, aanbieders en inkopers. Zij zijn van mening dat de minister tegen een dergelijk onderzoek moeilijk bezwaar kan hebben, ondanks het verschil van mening over de ordening van de gezondheidszorg. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft immers bij herhaling verkondigd dat marktwerking geen doel in zichzelf is en dat ideologische stellingen dienen te worden verlaten.

Het sociale grondrecht gezondheidszorg en het algemeen belang van de volksgezondheid vloeien voort uit ons rechtstelsel en zijn daardoor zaken die gerekend worden tot de publieke verantwoordelijkheid. De overheid heeft de verantwoordelijkheid om zich in te spannen voor het waarborgen van de kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De overheid vult deze verantwoordelijkheid in door het wettelijk vastleggen van randvoorwaarden zoals de acceptatieplicht en het basispakket en het toezicht op de kwaliteit van zorg. Verder onderzoek zoals de SP vraagt op dit punt, lijkt mij dan ook weinig zinvol. Zoals ik eerder heb aangegeven wordt het functioneren van het stelsel veelvuldig gemonitord en geëvalueerd. Dit kan leiden tot aanpassingen binnen het

huidige systeem. De aannames die de SP toedicht aan het zorgstelsel zijn overigens wat mij betreft veel te kort door de bocht geformuleerd.

De leden van de SP-fractie vernemen graag het antwoord van de minister op de vraag of mensen zich wel thuis voelen in de rol van kiezende zorgconsument wanneer zij met ziekte of lijden te maken krijgen. Ook vernemen deze leden graag een antwoord op de vraag of het ethisch verantwoord is om mensen in de praktijk die rol toe te delen. Deze vraag werd reeds in 2006 opgeworpen in het CEG-signalement «Vertrouwen in verantwoorde zorg». Deze leden zijn benieuwd naar een beschouwing van de minister in het licht van de ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met het huidige zorgstelsel.

Deze aspecten zijn hierboven aan bod gekomen. De zorg is niet een markt maar een sector waar heel verschillende behoeften worden vervuld. Het maakt nogal uit of we het hebben over acute zorg, de electieve zorg, palliatieve zorg of innovatieve topzorg. Al deze verschillende aspecten hebben door verschillende financiering en aansturing een plek gekregen in ons zorgstelsel. Marktwerking in de zorg is dus een foutief begrip, een karikatuur. Er is niet één zorg en er is ook op heel veel terreinen geen marktwerking.

De leden van de SP-fractie vragen de minister toe te lichten hoe de aanzienlijke verschillen tussen patiënten in gezondheidsvaardigheden, en de mate waarin zelfstandig en kritisch kan worden omgegaan met gezondheidsinformatie en informatieverstrekkers zich verhouden tot de wens van de minister om onzinbehandelingen zoals PreScan ruim baan te geven in Nederland.

Deelt de minister de mening dat niet de wetten van vraag en aanbod, maar het beschermen van de volksgezondheid uitgangspunt van beleid zou moeten zijn?

Bescherming van de volksgezondheid en het beschermen van mensen tegen schadelijke aspecten zijn zeker een belangrijk uitgangspunt in mijn beleid en dat van mijn voorgangers. Dat zit daarom in allerlei wetten en maatregelen verweven, denkt u bijvoorbeeld aan de wet BIG en de wet op het bevolkingsonderzoek. Voor mij is naast bescherming, zelfbeschikking ook heel belangrijk: mensen moeten zelf kunnen bepalen en kiezen wat voor hen belangrijk is. De vraag is wat de rechtvaardiging is voor een overheid om dat te verbieden? Uiteraard is betrouwbare informatie een voorwaarde voor zelfbeschikking. Hierin speelt de overheid dan ook een rol. De overheid zal ook inzake preventieve activiteiten deze rol op zich nemen.

Even voor de duidelijkheid: onlangs heb ik de GR opdracht gegeven uit te zoeken onder welke voorwaarden testen als die van Prescan op de Nederlandse markt toegelaten kunnen worden. Dit past naar mijn mening uitstekend in het licht van de rol van de overheid die de randvoorwaarden daarvoor creëert.

De leden van de SP-fractie vragen de minister om een reactie op de door gezondheidsjurist Legemaate geconstateerde informatieparadox, namelijk dat de exponentiële toename van het belang van goede informatie in een steeds complexere zorgverzekerings- en zorgverleningsmarkt geen gelijke tred houdt met het vermogen van bepaalde groepen burgers om deze informatie te verwerven en ten eigen nutte te gebruiken. Deze leden vragen de minister toe te lichten waarom wordt gekozen voor een marktgeordend zorgstelsel dat zich vooral richt op een vermeende kritische en goed geïnformeerde zorgconsument, terwijl de meest kritische en hoogopgeleide mensen doorgaans de beste gezondheid hebben, en het minst afhankelijk zijn van zorg. Kan de minister reageren

op de stelling dat het beter is het zorgstelsel in te richten op basis van de behoeften van groepen mensen die de zorg het hardst en het meest nodig hebben, in plaats van op calculerende hoogopgeleide consumenten die zich sowieso wel redden? Overigens wijzen de leden van de SP-fractie er hierbij op dat wordt geconstateerd dat ook mensen met een hoge functionele geletterdheid moeite kunnen hebben met het toepassen van gezondheidsinformatie op de eigen situatie. Dit is niet meer dan logisch, want gezondheidsproblemen hebben invloed op de emotionele gesteldheid. Daarnaast verkeert een patiënt automatisch in een afhankelijke positie omdat hij niet kiest voor zorg, maar deze nodig heeft. Tot slot bestaan er vrijwel geen patiënten die qua vakinhoudelijke kennis en inzicht in de «markt» op gelijke voet kunnen staan met een zorgaanbieder. Zij vragen de minister of zij deze constatering deelt.

Ik onderschrijf dat er steeds meer informatie beschikbaar komt, met name over de kwaliteit van de zorg. Dat is positief. Hierdoor wordt duidelijker waar goede zorg geleverd wordt en waar niet. Het is van belang dat de partijen die deze informatie nodig hebben, zoals verzekeraars voor hun inkoopbeleid en de IGZ voor het toezicht, deze informatie kunnen gebruiken. In de rede van de SP-fractie wordt de belangrijke rol van de zorgverzekeraar overgeslagen. De zorgverzekeraar is wel rationeel en wel goed geïnformeerd over de eisen die aan een behandeling moeten worden gesteld. Hij koopt daadwerkelijk zorg in en heeft daarmee een belangrijke rol in ons huidige stelsel. Die afwegingen hoeft de patiënt dus niet allemaal zelf te maken. Het gros van de afwegingen wordt door de verzekeraar namens de patiënt gemaakt. Hij zet de kaders waarbinnen de patiënt persoonlijke voorkeuren kan volgen. Dat is de kern van ons stelsel.

Voor individuele burgers is het van belang dat ze informatie krijgen die is toegesneden op hun informatiebehoefte en hun vaardigheden om de informatie te verwerken: waar vind ik de verzekering en de zorg die het beste bij mij past? Ten aanzien van de keuze voor een verzekering zijn er vele sites waar mensen terecht kunnen voor advies en informatie.

De NZa ziet erop toe op dat verzekeraars zelf op een voor consumenten gemakkelijke en op vergelijkbare wijze informatie over hun producten en diensten openbaar maken. Ook sommige patiëntenorganisaties geven informatie over welke verzekeraar het meest geschikt is voor mensen met een bepaalde aandoening. Waar het gaat om de informatie in directe relatie tot de behandeling is het juist van belang dat de zorgverlener de informatie afstemt op het bevattingsvermogen van de patiënt. Dit is expliciet meegenomen in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Het afstemmen van informatie op het bevattingsvermogen kan betekenen dat de zorgverlener gedoseerd en op meerdere momenten de cliënt informeert. Het gaat er daarbij ook om dat mensen op het moment dat het nodig is toegang hebben tot voor hen te begrijpen informatie zoals instructies die niet alleen bestaan uit geschreven tekst, maar die ook beeldmateriaal bevatten.

De leden van de SP-fractie vragen mijn reactie op de stelling dat het beter is het zorgstelsel in te richten op basis van de behoeften van groepen mensen die de zorg het hardst en het meest nodig hebben, in plaats van op calculerende hoogopgeleide consumenten die zich sowieso wel redden. Zoals aangegeven is de rol van de zorgverzekeraar cruciaal. Hij zal voor al zijn verzekerden goede kwaliteit van zorg inkopen voor een scherpe prijs. Daarom is inzichtelijkheid in de kwaliteit van zorg door de zorgaanbieder cruciaal voor een betere zorg.

De leden van de SP-fractie vragen de minister een reactie op de constatering dat recente inzichten uit de gedragseconomie leren dat de rationele

menselijke beslisser eerder een ideaalbeeld is dan een psychologische realiteit. Welke lessen trekt de minister uit deze nieuwe wetenschappelijke inzichten? Deelt de minister de mening dat op basis hiervan bepaalde liberale aannames op basis waarvan beleid wordt gemaakt dienen te worden herzien? Hoe verhouden deze inzichten zich tot een beleid gebaseerd op eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, leefstijl en kwaliteit van zorg in plaats van collectieve verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid? Welke consequenties voor bijvoorbeeld het tabaksbeleid verbindt de minister aan deze inzichten? De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij de mening deelt dat niet alleen van zorgverleners mag worden verwacht dat zij «evidence based» werken, maar dat de minister deze eis ook aan zichzelf moet stellen.

In de landelijke nota gezondheidsbeleid «Gezondheid dichtbij»¹ is het kabinet uitgebreid hierop ingegaan. Gezondheid is iets van mensen zelf en dit kabinet gaat uit van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van mensen zelf. De overheid kan pretenderen hierover te gaan maar schendt daarmee het zelfbeschikkingsrecht van mensen. Dit betekent niet dat mensen het zelf maar uit moeten zoeken. De overheid voert een positief, stimulerend beleid om de gezonde keuze makkelijker te maken. Startpunt is wat mensen zelf kunnen, wat er in de directe woon-, werk-, leefomgeving kan worden georganiseerd, wat professionele zorgverleners kunnen bijdragen.

Daarna komen noodzakelijke overheidsmaatregelen, eerst van de gemeenten en daarna vanuit het Rijk. De rol van het Rijk is het grootst op het gebied waar mensen zelf weinig invloed op kunnen uitoefenen zoals infectieziektebestrijding, crises, rampen voedsel- en productveiligheid en bevolkingsonderzoeken.

Ik ben van mening dat ik een weloverwogen tabaksbeleid voer waarin bescherming van de volksgezondheid en tabaksontmoediging in balans is met het belang van individuele verantwoordelijkheid en keuzevrijheid (zelfbeschikkingsrecht). Maatregelen zijn genomen om de gezondheid van met name jongeren te beschermen maar ook bijvoorbeeld de gezondheid van werknemers. De vrijheid van de één houdt immers op daar waar de vrijheid van de ander wordt aangetast.

Ook dwingt de overheid informatievoorziening af over de gevolgen van roken (bijvoorbeeld op de pakjes) en wat er in een sigaret zit (binnenkort op de site van het RIVM). Tenslotte voert de overheid preventief beleid, met name op scholen. Tenslotte voert de overheid preventief beleid, met name op scholen, waarover ik u eerder heb geïnformeerd.²

Het inzicht dat de menselijke beslisser niet altijd rationeel is, is geen nieuw inzicht. Het beleid is niet op dit mensbeeld gebaseerd. Het beleid is erop gericht dat de behoeften en wensen van mensen centraal dienen te staan in de zorg en die behoeften en wensen kunnen sterk verschillen. De wensen en behoeften bepalen voor een groot deel of mensen achter een bepaalde behandeling staan en of ze zich aan de gestelde voorschriften kunnen houden. Het lijkt mij niet wenselijk, noch effectief, dat we teruggaan naar een systeem waar de overheid bepaalt wat goed is voor de mens in plaats van mensen dat zelf bepalen. De overheid kan immers nooit voor iedere individu vaststellen wat het beste bij diegene past. De overheid blijft natuurlijk wel te allen tijde systeemverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, zodat burgers erop kunnen vertrouwen dat de zorg voldoet aan de geldende standaarden.

De leden van de SP-fractie vinden het zorgwekkend dat anderhalf miljoen Nederlanders onvoldoende geletterd zijn om volledig deel te nemen aan de samenleving, zeker gelet op de verwachting dat het aantal mensen met lage gezondheidsvaardigheden waarschijnlijk nog hoger ligt. Deze leden

¹ TK 2010–2011 32 793 nr. 2

² TK 2011–2012, 30 234, nr. 65 en TK 2011–2012, 32 793, nr. 51

vinden het nog meer zorgwekkend dat de minister herhaaldelijk aangeeft niet te streven naar verkleining van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ook het terugdringen van laaggeletterdheid heeft voor dit kabinet geen prioriteit, terwijl onderzoeken, zoals Opbrengst in Beeld van CINOP, voorspellen dat in 2020 er nog steeds 1,5 miljoen laaggeletterden zullen zijn. In plaats van verantwoordelijkheid te nemen voor dit serieuze probleem, bezuinigt de minister bibliotheken weg en stapelt maatregel op maatregel die (jong)gehandicapten en chronisch zieken raken en de tweedeling vergroten.

Ik bestrijd dat het terugdringen van laaggeletterdheid geen prioriteit heeft voor dit kabinet. Ik verwijs hierbij naar mijn reactie op de opmerkingen van de PvdA-fractie .

Het beleid richt zich niet op verschillen maar op het verhogen van de levensverwachting van iedere burger. Elke burger moet daarbij kunnen rekenen op zorg en ondersteuning van hoge kwaliteit: snel, goed, veilig en respectvol. Voor mensen die extra risico lopen, kan specifieke beleidsinzet noodzakelijk zijn. In het huidige stelsel is ruimte om – waar dit relevant is – rekening te houden met de diversiteit van de bevolking. Op deze manier kan het beste worden ingegaan op de behoefte van specifieke groepen. Het is in deze context belangrijk om gezondheidsrisico's in de omgeving te minimaliseren, toegankelijke voorzieningen dicht in de buurt te creëren waar gezondheidsrisico's snel worden opgespoord en om gezond leven makkelijker te maken. Het verbeteren van deze zaken komt vooral ten goede aan mensen die extra gezondheidsrisico's lopen. Dit kunnen ook mensen met een lage opleiding zijn. Als daartoe aanleiding is wordt dus weldegelijk beleid gevoerd dat gericht is op deze kwetsbare groepen. Dit is terug te vinden in bijvoorbeeld de aanpak van perinatale sterfte, het experiment gezonde wijk, het project Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) en de buurtsportcoaches.

Tot slot wijzen de leden van de SP-fractie de minister met klem op de aanbeveling dat het beleid zich moet richten op het afstemmen van de gezondheidszorg op mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Zij zijn van mening dat het huidige zorgstelsel zich vooral richt op mensen die geen of weinig zorg behoeven en over hoge gezondheidsvaardigheden beschikken, terwijl het accent juist zou moeten liggen op mensen die de meeste en meest intensieve zorg nodig hebben. De groepen laaggeletterden of mensen met lage gezondheidsvaardigheden vallen, zo blijkt uit de cijfers van het CEG, samen met de mensen met de slechtste gezondheid en levensverwachting. Laaggeletterden rapporteren vaker een matige of slechte gezondheid dan hooggeletterden, en lijden vaker aan ziekten als astma, diabetes, kanker, hartinfarcten en psychische problemen. Vanuit moreel oogpunt zou het zorgbeleid naar het oordeel van de leden van de SP-fractie moeten zijn afgestemd op deze groep, maar ook met het oog op de aan deze ziektelast verbonden zorgkosten. Een kabinet waarin alles om geld draait zou zich in ieder geval dit laatste aspect moeten aantrekken. De leden van de SP-fractie verlangen hierop een reactie van de minister.

Hierboven ben ik al een aantal keren ingegaan op het functioneren van het zorgstelsel. Het zorgstelsel richt zich op alle mensen in ons land vanuit het principe dat zij ook alle gelijkwaardig behandeld worden: dat iedereen de zorg kan krijgen waar hij behoefte aan heeft en dat de informatie die een ieder krijgt is afgestemd op diens bevattingvermogen. Anders dan voor de inwerkingtreding van het nieuwe stelsel, is er geen tweedeling meer waardoor juist de mensen met een zwakkere maatschappelijke positie op wachtlijsten staan of op andere wijze niet volledig gebruik kunnen maken van het zorgaanbod. De stelling dat het huidige zorgstelsel zich vooral richt op mensen die geen of weinig zorg behoeven en over hoge

gezondheidsvaardigheden beschikken herken ik niet. Wel dat relatief hogere inkomens minder gebruik maken van de zorg en er relatief meer aan betalen. Dat is bewust beleid en komt ten goede aan de kwetsbare groepen die de SP in haar vraag heeft benoemd. Het zorgstelsel in Nederland begint te werken. Kwaliteit krijgt een steeds grotere rol bij de inkoop van zorg door zorgverzekeraars. Het zorgverzekeringspakket wordt iedere maand groter door de innovaties die wij in het pakket toelaten en die daarmee voor iedereen die het nodig heeft beschikbaar zijn. Er wordt daarmee steeds meer curatieve zorg geleverd in Nederland door dezelfde hoeveelheid mensen. De eigen bijdragen die mensen daarbij moeten betalen behoren tot de laagste in de Europese Unie. Op deze wijze is de zorg juist toegankelijk voor de mensen die de meeste en meest intensieve zorg nodig hebben.

D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennis genomen van de reactie van de minister op het briefadvies van de Gezondheidsraad, getiteld «Laaggeletterdheid te lijf». Zij geven aan dat de informatievoorziening in de gezondheidszorg begrijpelijk moet zijn. Dat dient de transparantie en toegankelijkheid. Zij steunen het advies van de Gezondheidsraad, waarin de rol van de zorgverlener in dit proces wordt benadrukt, en zien in de professionele opleiding en de nascholing van zorgpersoneel hiervoor een belangrijk deel van de oplossing. Deze leden benadrukken wel dat ook patiënten een verantwoordelijkheid hebben in het benoemen van onduidelijkheid en eigen ontwikkeling.

Over en naar aanleiding van de reactie van de minister op de aanbevelingen van de Gezondheidsraad hebben de leden van de D66-fractie nog enkele vragen en opmerkingen.

Zoals de minister aangeeft zijn de principes die ten grondslag liggen aan goed medisch handelen, verankerd in meerdere wetten, zoals de Kwaliteitswet en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In beide wetten is momenteel echter geen expliciete aandacht voor het bevattingsvermogen van de cliënt. In hoeverre is de minister het eens met de Gezondheidsraad dat de basiselementen van «goed medisch handelen» – anamnese, lichamelijk onderzoek en praten met de patiënt – als onderdelen zouden moeten worden aangemerkt van dit (goed) medisch handelen? De minister is van mening dat de huidige wetgeving, zorgstandaarden en richtlijnen voldoende waarborging bieden voor het «kijken en luisteren» van zorgverleners. Waarop baseert de minister dit? In hoeverre schuift de minister hiermee het advies van de Gezondheidsraad terzijde?

In het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg is expliciet geregeld dat de informatie afgestemd moet zijn op het bevattingsvermogen van de cliënt: hiermee wordt dit steviger verankerd dan in de Kwaliteitswet en de WGBO. Bovendien worden de principes voor noodzakelijke en verantwoordelijke kwaliteit vanuit patiëntenperspectief vastgelegd in professionele richtlijnen- en zorgstandaarden. Deze worden door het veld ontwikkeld, waarbij het Kwaliteitsinstituut voornoemde principes verder uitwerkt in een toetsingskader voor professionele standaarden. Op het advies van de Gezondheidsraad met betrekking tot het «kijk en luistergeld» ben ik al ingegaan bij de bijdrage van de PvdA.

Aandacht voor communicatieve vaardigheden in opleiding en nascholing
De minister geeft aan dat communicatieve vaardigheden essentieel zijn voor zorgprofessionals. De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre,

en op welke wijze, de minister bereid is zelf actief zorg te dragen voor meer aandacht voor deze vaardigheden. tijdens de opleiding. Zij vragen verder of, en op welke wijze, de minister actief nascholing denkt te bevorderen op het gebied van de communicatievaardigheden.

Het belang van communicatie heb ik hierboven onderstreept. Het is belangrijk dat dit door de professional zelf volledig wordt omarmd. Vandaar dat beroepsgroepen en opleidingsinstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het opstellen van de beroepsprofielen, de opleidingseisen en de curricula. Ook nascholing is een zaak van beroepsgroepen zelf. De overheid heeft hierin geen rol.

Ten aanzien van het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de zorg merkt de minister op dat het advies van de Gezondheidsraad onder de aandacht wordt gebracht van het Kwaliteitsinstituut. Deelt de minister de mening van de leden van de D66-fractie dat gezondheidsvaardigheden dienen te worden opgenomen in de kwaliteitsindicatoren? Zij vragen in hoeverre de minister er op zal toezien dat het advies van de Gezondheidsraad ook wordt betrokken bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

Eenzelfde vraag hebben zij ten aanzien van de inbreng van het cliëntperspectief bij de ontwikkeling van professionele standaarden. In hoeverre zal de minister erop toezien dat dit wordt meegenomen?

De leden van de van de D66 fractie stellen dat gezondheidsvaardigheden meegenomen dienen te worden in kwaliteitsindicatoren. Ik zie dat genuanceerder.

Ik vind dat het perspectief van alle patiënten, zowel met hoge als met lage gezondheidsvaardigheden, meegenomen moeten worden in standaarden en richtlijnen. Daar waar shared desicionmaking aan de orde is, is het van belang dat mensen in staat worden gesteld om mee te beslissen, dus dat zij informatie krijgen die is afgestemd op hun bevattingsvermogen. Ik zie dat als onderdeel van de professionele standaard dat hiervoor handvatten en richtlijnen worden meegegeven. Waar het gaat om de kwaliteitsindicatoren zelf, vind ik het van belang dat het oordeel van de patiënt over de zorg zo veel mogelijk het oordeel is van alle patiënten.

Verder vragen deze leden of de minister aan Kamer terug zou willen koppelen wat het resultaat is van de volgende Volksgezondheidstoekomstverkenning van het RIVM.

Zoals gebruikelijk zal de minister van VWS uw kamer de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM in 2014 toesturen en de beleidsmatige reactie meenemen in de volgende landelijke nota gezondheidsbeleid die in 2015 staat gepland.

Informatie kan in meerdere vormen worden aangeboden. Geschreven tekst is voor sommigen minder gemakkelijk te doorgronden dan bijvoorbeeld gesproken tekst. Is de minister het met deze leden eens dat informatie op meerdere manieren aangeboden zou moeten worden? In hoeverre, en op welke wijze, is de minister bereid zich hiervoor in te zetten?

Ik wil nogmaals benadrukken dat de zorgverlener en de patiënt samen moeten zoeken naar communicatiemiddelen die het meest effectief zijn en aansluiten bij het bevattingsvermogen van de patiënt. Daarvoor is maatwerk nodig dat niet door de overheid kan worden geregeld. Beelden en schrift kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie in hoeverre de minister het advies van de Gezondheidsraad onderschrijft dat er geïnvesteerd dient te worden in wetenschappelijk onderzoek naar de gezondheidsvaardigheden. In hoeverre onderschrijft de minister dat wetenschappelijke onderzoek essentieel is voor het ontwikkelen, implementeren en evalueren van interventies om de informatievoorziening aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden te verbeteren, zodat de gezondheidsachterstand zo klein mogelijk wordt?

Ik deel de mening dat onderzoek belangrijk is voor de ontwikkeling van interventies voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Ik wil daarbij opmerken dat ik onder de indruk ben van de interventies die er op dit moment al beschikbaar zijn. Bij de bijdrage van de PvdA-fractie ben ik daarop uitgebreid ingegaan.

Gezondheidsachterstanden worden door veel meer factoren veroorzaakt dan verschillen in gezondheidsvaardigheden. Het beleid is erop gericht de gezondheid van iedere burger te verbeteren. Daarvoor is het onder andere belangrijk dat we beschikken over toegankelijke en goede zorg en ondersteuning in de buurt, dat mensen meer op maat gesneden informatie krijgen en dat we maatregelen treffen om gezondheidsrisico's in de omgeving te verminderen. Indien dit nodig is, richten we ons daarbij extra op mensen met hogere risico's.