

# THEMA TOEGANKELIJKE INFORMATIE EN VOORZIENINGEN

Verkenning van toegankelijkheid van zorg en sociaal economische gezondheidsverschillen aan de hand van het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang



dr. Vanessa Hollaar in opdracht van Fair Health  
juni 2022

**HAN**\_UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

## **VOORAF**

De koers van de HAN (2022-2028) staat in het teken van 'een slimme, schone en sociale wereld van morgen'. In deze verkenning staat *sociaal* centraal. Met een sociale wereld bedoelen we een wereld waarin iedereen gelijke mogelijkheden heeft om in goede gezondheid te leven. Dat vinden we sociaal rechtvaardig ofwel 'fair'.

In onze Nederlandse maatschappij (en ook daarbuiten) zien we de gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) toenemen.

Daarom willen we met zwaartepunt **Fair Health** bijdragen aan het **verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen**. Dit doen we aan de hand van 4 thema's:

- Betere sociaaleconomische positie
- Inclusief onderwijs en werk
- Gezondheidsbevorderende leefomgeving en leefstijl
- Toegankelijke informatie en voorzieningen

Deze verkenning gaat over het thema **Toegankelijke informatie en voorzieningen**.

Met dit document willen we studenten, docenten, onderzoekers en beleidsmakers voorzien van relevante informatie over de integrale factoren die op dit thema een rol kunnen spelen bij het ontstaan en het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

De verkenningen op de andere thema's, een algemene inleiding en meer informatie over de centrale missie van het zwaartepunt zijn te vinden op [han.nl/fairhealth](https://han.nl/fairhealth).

*In contact komen?*

*FairHealth@han.nl*

## INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b> .....	<b>4</b>
1.1	Doel verkenning .....	4
1.1.1	Definitie zorg .....	4
1.1.2	Toegankelijkheid van zorg, zorgbehoefte -en gebruik.....	4
1.1.3	Sociaaleconomische verschillen in zorggebruik.....	5
1.2	Algemene factoren bij toegankelijkheid van zorg en lage SES .....	6
1.2.1	Gezondheids- en digitale vaardigheden en laaggeletterdheid .....	6
1.2.2	Digitale tweedeling.....	6
1.2.3	Zorgverzekering en zorgkosten .....	8
1.2.4	Armoede en chronische stress .....	8
1.2.5	Politiek klimaat en toegang tot zorg.....	9
<b>2</b>	<b>CONCEPTUEEL RAAMWERK VOOR ZORGTOEGANG</b> .....	<b>12</b>
2.1	Perspectief van de zorgvrager .....	13
2.1.1	Vermogen om waar te nemen ( <i>ability to percieve</i> ) en vermogen om te zoeken ( <i>ability to seek</i> )	13
2.1.2	Vermogen om te bereiken ( <i>ability to reach</i> ) .....	15
2.1.3	Vermogen om te betalen ( <i>ability to pay</i> ).....	16
2.1.4	Vermogen om deel te nemen ( <i>ability to engage</i> ) .....	17
2.2	Perspectief van de zorgverlener/zorgaanbieder .....	18
2.2.1	Benaderbaarheid .....	18
2.2.2	Aanvaardbaarheid .....	19
2.2.3	Beschikbaarheid .....	20
2.2.4	Betaalbaarheid.....	21
2.2.5	Geschiktheid .....	23
<b>3</b>	<b>SLOTWOORD</b> .....	<b>26</b>
3.1	Vervolg onderzoek .....	26
3.2	Afsluitend .....	27

# 1 INLEIDING

## 1.1 Doel verkenning

In deze verkenning wordt de toegankelijkheid tot zorg in relatie tot sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) beschreven aan de hand van het Conceptueel Raamwerk van Zorgtoegang (Levesque et al., 2013; Khanassov et al., 2016). Ter inleiding worden een aantal algemene zaken beschreven, waaronder wat is nu toegankelijkheid van zorg, zorgbehoefte -en zorggebruik. Tevens wordt aangegeven welke algemene factoren en hoe sociaaleconomische verschillen hierbij een rol spelen.

Daarna wordt toegankelijkheid van zorg nader uitgewerkt aan de hand van het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang (Levesque et al., 2013; Khanassov et al., 2016). Aan de hand van dit raamwerk worden vanuit van het perspectief van de zorggebruiker en zorgaanbieder en bijbehorende factoren in relatie tot sociaaleconomische (gezondheids)verschillen verkent. Tevens worden voorbeelden van Nederlandse initiatieven beschreven die bijdragen aan het verbeteren van sociaaleconomische verschillen in de toegang tot zorg en informatie.

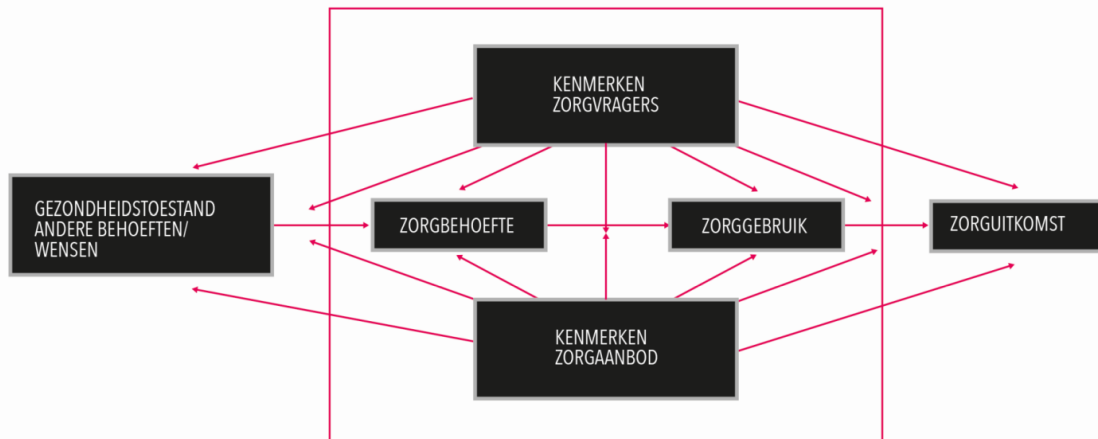
### 1.1.1 Definitie zorg

In deze verkenning wordt de term *zorg* gebruikt en met *zorg* wordt zowel gezondheidszorg als welzijnszorg bedoeld. Gezondheidszorg is het geheel van zorgverleners en ondersteunend personeel, instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of de mogelijkheid om zelf regie te voeren, en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin, bedoeld ([www.volksgezondheinzorg.info](http://www.volksgezondheinzorg.info), z.d.). Welzijnsorganisaties zijn belangrijk in het leveren van diensten (zorg) aan mensen in wijken en buurten, zoals mantelzorgondersteuning of maatschappelijk werk. Zorg omvat dus gezondheids- en welzijnszorg, waaronder (para)medische behandelingen, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, welzijnszorg, thuiszorg, maatschappelijke werk, kinderopvang en wonen met begeleiding, verpleging of verzorging (CBS, z.d.). In deze verkenning wordt dus de toegang van zorg van gezondheid -en welzijnszorg besproken.

### 1.1.2 Toegankelijkheid van zorg, zorgbehoefte -en gebruik

Toegankelijke zorg kan gedefinieerd worden als *'personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder drempels toegang hebben tot zorgverlening'* (Smits et al., 2002). Echter is het begrip van toegankelijkheid van zorg complexer om te definiëren en moet er rekening mee worden gehouden vanuit welk perspectief, zorgvrager of zorgaanbieder, toegankelijkheid bekeken wordt. Bij toegankelijkheid van zorg en het ontstaan van een zorgproces is er sprake van een interactie tussen

aanwezige kenmerken van de zorgvrager en zorgaanbieder en het herkennen van de zorgbehoefte, daadwerkelijke zorggebruik en zorguitkomst (Figuur 1, Smits et al., 2002).



**Figuur 1. Effecten van kenmerken van zorgvragers en zorgaanbod op het zorgproces (Smits et al., 2002)**

Voordat een individu op zoek gaat naar en aanspraak maakt op zorg, moet er eerst behoefte aan zorg zijn. Zorgbehoefte ontstaat door de lichamelijke of geestelijke gezondheidstoestand van het individu, door de beleving van de eigen gezondheid en/of door andere (persoonlijke) behoeften van het individu, zoals een (reis)vaccinatie of wittere tanden (Westert & Smits, 2007). Naast de individuele zorgbehoefte spelen ook kenmerken van het zorgaanbod, zoals afstand tot de zorg of zorgkosten, een rol in het uiteindelijke zorggebruik (Smits et al., 2002). Vanuit het concept 'positieve gezondheid' wordt zorgbehoefte ook beïnvloed door het dagelijks functioneren, kwaliteit van leven, zingeving, meedoen in de maatschappij van de zorgvrager naast het lichamelijk en mentaal welbevinden (Huber et al., 2011).

### 1.1.3 Sociaaleconomische verschillen in zorggebruik

Mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) ervaren hun eigen gezondheid als slechter en hebben vaker psychische en sociale problemen dan mensen met een hogere SES (Mackenbach et al., 2008; Flinterman et al., 2013; Van den Muijsenbergh et al., 2019). Gezondheid wordt over het algemeen ongunstiger met elke lagere trede in de sociaaleconomische rangorde (Pharos, 2019). Echter leidt het ervaren van een slechtere gezondheid niet automatisch tot een hoger zorggebruik in alle soorten van zorgaanbod door mensen met een lagere SES. Verschillen in zorgbehoefte -en beleving leiden tot verschillen in de incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen, maar ook tot een ongelijke benadering van de zorg, zorggebruik en -duur (Mackenbach et al., 2008). Bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen bezoeken wel vaker een huisarts dan mensen met een hoog inkomen, maar minder vaak een fysiotherapeut of tandarts (Donker, 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat voor fysiotherapeutische en tandheelkundige zorg een aanvullende verzekering nodig is en hierbij

speelt de extra zorgpremie eventueel een rol. De hoogte van de premie is voor Nederlanders een belangrijk aspect bij het kiezen van een (aanvullende) zorgverzekering (Bruggerink, 2021).

Daarentegen maken mensen met een lagere SES meer gebruik van thuiszorg (Goodridge et al., 2012), spoedeisende hulp (Davies et al., 2019) en worden zij vaker opgenomen in het ziekenhuis dan mensen met een hoge SES (Davies et al., 2021). Ook overlijden mensen met een lage SES vaker in het ziekenhuis (Davies et al., 2019 & Davies et al., 2021), ontvangen zij minder specialistische hulp (Lueckmann et al., 2021) en minder goede zorg in de palliatieve fase (Davies et al., 2019). Er zijn dus verschillen in de zorgbehoefte en het gebruik van het soort zorg bij mensen met een hoge en lage SES.

## **1.2 Algemene factoren bij toegankelijkheid van zorg en lage SES**

### **1.2.1 Gezondheids- en digitale vaardigheden en laaggeletterdheid**

Gezondheidsvaardigheden (*health literacy*) zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen (Pharos, 2020). Mensen met een lage SES hebben vaker verminderde gezondheidsvaardigheden dan mensen met een hoge SES (Lazar & Davenport, 2018). Bij verminderde gezondheidsvaardigheden spelen een lagere opleiding (Lazar & Davenport, 2018) en laaggeletterdheid een belangrijke rol (Pharos, 2020).

Laaggeletterdheid is een overkoepelende term voor mensen die grote moeite hebben met lezen, schrijven, het begrijpen en toepassen van informatie. Denk hierbij ook aan digitale of rekenvaardigheden. Mensen die laaggeletterd zijn, beheersen niet het minimale niveau om volwaardig in de Nederlandse maatschappij te kunnen functioneren (Stichting Lezen & Schrijven, z.d.). Laaggeletterdheid en een lagere opleiding beperken de mogelijkheid tot het zoeken van informatie op het internet, lezen, het scheiden van hoofd- en bijzaken en het ordenen van informatie (Nutbeam 1998; Nutbeam, 2000). Een combinatie van verminderde gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid zorgen voor een belemmering in het zoeken en vinden en lezen van informatie over zorg en zorgverzekering. Deze belemmering kan leiden tot een verminderde toegang tot zorg.

### **1.2.2 Digitale tweedeling**

Met de toenemende digitalisering van de maatschappij, zijn ook digitale vaardigheden belangrijk. Mensen met verminderde digitale vaardigheden of een beperkte toegang tot ICT zijn vaker ouder en lager opgeleid, hebben een lager inkomen en een andere etniciteit (Pharos, z.d.). Mensen met weinig digitale vaardigheden hebben meer kans op werkloosheid, minder sociale contacten en een slechtere gezondheid. Hierdoor hebben zij vaker contact nodig met de overheid en zorgverleners voor bijvoorbeeld het aanvragen van een uitkering of huur- en zorgtoeslag. Dit contact met de overheid vindt steeds vaker plaats via de computer. Als de aanvrager beperkte digitale vaardigheden heeft, vergroot

dat de problemen voor het aanvragen van toeslagen, waardoor er een toename van schulden ontstaat en ook hun achterstand in de maatschappij groter wordt. (Rijksoverheid, z.d.) (zie [Intermezzo 1 Digitale Coronapas & Digitale vaardigheden](#)).

De inzet van electronic health (e-Health) kan een bijdrage leveren aan de beschikbaarheid van (preventieve) zorginformatie en mogelijke toegang tot zorg. De bestaande e-Health-voorzieningen zijn voor mensen met beperkte digitale vaardigheden vaak te ingewikkeld, waardoor zij er minder gebruik van maken (Pharos, z.d.). Hierdoor zijn deze digitale zorginterventies minder goed beschikbaar en bereikbaar voor hen. Dit ongelijke gebruik van en toegang tot e-Health bij bepaalde groepen in de samenleving kan een tweedeling veroorzaken. Deze tweedeling wordt omschreven als *'digital divide'* (Bodie & Dutta, 2008). Deze digitale tweedeling draagt mogelijk bij aan een toename van gezondheidsverschillen. Tevens worden mensen met beperkte digitale vaardigheden meestal over het hoofd gezien bij het ontwerpen van e-Health-voorzieningen. Het is belangrijk dat e-Health-voorzieningen dusdanig ontwikkeld worden, dat deze voorzieningen ook voor mensen met een lage SES en verminderde gezondheids- en digitale vaardigheden beschikbaar zijn (Spooner et al., 2017) ([Zie Intermezzo 1 Digitale Coronapas & Digitale vaardigheden](#)).

Gezondheids- en digitale vaardigheden zijn dus nodig bij het bepalen van én uitdrukking geven aan je eigen (on)gezondheid en bij het zoeken naar hulp. Door verminderde gezondheidsvaardigheden en gebrek aan kennis over een bepaalde ziekte wordt de zorgbehoefte mogelijk niet herkend en/of wordt er geen gebruik gemaakt van bepaalde zorg. Hierdoor vinden mensen met een lage SES niet altijd de juiste weg naar de benodigde zorg en is er sprake van een verminderde toegang (Levi & Janke, 2016).

**Intermezzo 1: Uitsluiting dreigt voor miljoenen mensen voor wie digitale coronapas te moeilijk is** (Bron Nu.nl 14 september 2021)

“Het regelen van een coronapas is nog te moeilijk voor mensen die niet goed met een computer, printer of smartphone overweg kunnen. Dat zeggen zorgkenniscentrum Pharos en ouderenbond ANBO in gesprek met NU.nl. Daardoor dreigen miljoenen mensen niet goed mee te kunnen doen in de maatschappij. De overheid zet flink in op de digitale wijze om de coronapas te bemachtigen: de CoronaCheck-website en -app. Maar ouderen, laaggeletterden, mensen met een beperking en migranten krijgen te weinig ondersteuning bij het regelen van het papieren alternatief, vinden Pharos en de ANBO.”  
<https://www.nu.nl/tech/6156990/uitsluiting-dreigt-voor-miljoenen-mensen-voor-wie-digitale-coronapas-te-moeilijk-is.html>

**Niet iedereen snapt Coronacheck-app: 'Digitale vaardigheden niet vanzelfsprekend'**

<https://www.nhnieuws.nl/nieuws/293219/niet-iedereen-snapt-coronacheck-app-digitale-vaardigheden-niet-vanzelfsprekend>

**Extra miljoenen voor hulp digitale vaardigheden: 'Het is jammer dat het sommige mensen zo lastig wordt gemaakt'**

<https://www.rtvutrecht.nl/nieuws/3247750/extra-miljoenen-voor-hulp-digitale-vaardigheden-het-is-jammer-dat-het-sommige-mensen-zo-lastig-wordt-gemaakt>

### 1.2.3 Zorgverzekering en zorgkosten

Voor mensen met lage SES is het vaker een probleem om de zorgkosten te betalen en dit kan leiden tot een beperking in de zorgtoegankelijkheid. In Nederland heeft iedereen recht op zorg en is men verplicht om een basisverzekering af te sluiten. Echter dekt de basisverzekering alleen de standaardzorg via het basispakket en is er ook sprake van kosten van een 'eigen risico'. De zorgkosten die niet gedekt worden door de basisverzekering, moeten betaald worden door de zorggebruiker of worden via een aanvullende verzekering (deels) vergoed (Rijksoverheid, z.d.-a).

Mensen met een chronische aandoening of beperking hebben vaker een verminderd inkomen en krijgen vaak te maken met andere niet-verzekerde zorg, zoals kosten voor huishoudelijke hulp of aanpassingen in het huis. Ter tegemoetkoming aan de zorgkosten kunnen mensen met een laag inkomen zorgtoeslag krijgen (Rijksoverheid, z.d.-b), maar deze zorgkosten moeten eerst zelf betaald worden. Voor bepaalde zorg geldt, naast het eigen risico, ook nog een eigen bijdrage en deze eigen bijdrage moet eerst zelf betaald worden (Rijksoverheid, z.d.-a). Een eigen bijdrage wordt bijvoorbeeld gevraagd voor zorgkosten voor bijvoorbeeld een gehoorapparaat, bepaalde medicijnen of kraamzorg. Hierdoor kan een (op)stapeling van zorgkosten ontstaan (Patiëntenfederatie, z.d.). Het (vooraf) betalen van deze zorgkosten kan bij mensen met een laag inkomen financiële stress of problemen opleveren, waardoor eventuele benodigde zorg vermeden wordt.

Mensen met een lage SES hebben ook vaker verminderde 'zorgverzekeringsvaardigheden' (health insurance literacy) in vergelijking met mensen met een hoge SES. Zij hebben daardoor meer moeite met het kiezen en gebruiken van een zorgverzekering. Daarbij schatten laagopgeleiden hun eigen zorgverzekeringsvaardigheden significant lager in dan verzekerden met een midden of hoog opleidingsniveau (Holst et al., 2020). Betere zorgverzekeringsvaardigheden zijn onder andere geassocieerd met een hogere opleiding en goede psychische gezondheid en door betere vaardigheden wordt de benodigde zorg minder uitgesteld (Call et al., 2021). Als er geen gebruik kan worden gemaakt van bepaalde zorg of aanvullende verzekeringen door beperkingen in vaardigheden of financiële middelen, kan er een verminderde toegang tot zorg ontstaan.

### 1.2.4 Armoede en chronische stress

Mensen met een lage SES leven vaker in armoede. De situatie van mensen die in armoede leven wijkt in veel opzichten af van mensen die welvarender zijn, doordat ze op veel aspecten achterstanden hebben opgelopen (Plantinga et al., 2018). Door het leven in armoede zorgt, ontstaat chronische stress. Chronische stress heeft een negatieve invloed op het psychische welzijn, waardoor psychische



problemen ontstaan. Mensen met chronische stress hebben meer moeite met het onderscheiden van hoofd- en bijzaken, zijn gevoelig voor kortetermijnbelangen en directe beloning, staan minder open voor advies en hulp en zijn minder goed in staat om positieve intenties om te zetten in actie. Armoede zorgt voor een gevoel van geen verandering aan te kunnen brengen in de eigen situatie (self-efficacy) en kan leiden tot meer (sociaal) terugtrekkingsgedrag of uitstelgedrag (Plantinga et al., 2018). Daarbij is er vaker sprake van slechtere leefomstandigheden (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Mensen die in armoede leven, zijn vaker ongezonder door een minder gezonde leefstijl en verminderde mogelijkheden op een gezonde leefstijl. Mensen met een laag inkomen roken meer, hebben vaker overgewicht, voldoen minder vaak aan de beweegrichtlijn en zijn zwaardere drinkers ten opzichte van mensen met een hoger inkomen. Deze ongezondere leefstijl veroorzaakt bij mensen in armoede ook vaker chronische ziekten als diabetes type 2 en hart- en vaatziekten en psychosociale problemen hebben (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Mensen die te maken hebben met chronische ziekten of arbeidsongeschikt zijn, hebben over het algemeen een lager inkomen en hogere zorgkosten. Een slechte gezondheid heeft een invloed op het doorlopen van onderwijs en beïnvloedt de kansen op de arbeidsmarkt. Chronische ziekten hebben invloed op de lichamelijke conditie waardoor kwetsbaarheid voor andere ziekten kan ontstaan. Dit vergroot het risico op financiële problemen. Beperkingen in financiële middelen betekenen vaak, dat er geen geld is voor betere materiële mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld gezonde voeding of gezondheidsbevorderende of –beschermende producten (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

Door armoede en chronische stress is het moeilijker om een ongezondere leefstijl aan te passen en hierover advies aan te nemen en hulp te zoeken. Al deze interacterende factoren zorgen dus voor barrières om bepaalde zorg te gebruiken. Armoede, geldzorgen en schulden zorgen uiteindelijk voor een verminderde toegang tot gezondheidszorg (Hodgkinson et al., 2017; Lazar & Davenport, 2018) (zie [intermezzo 2 Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag](#)). Dit maakt duidelijk dat het ombuigen van een ongezonde leefstijl niet alleen een kwestie is van individuele leefstijl interventies aan te bieden, maar een samenspel is van vele factoren om een ombuiging te realiseren.

### **1.2.5 Politiek klimaat en toegang tot zorg**

Politieke stroming, economie en overheidsbeleid zijn belangrijke determinanten voor de gezondheid van de bevolking (McCarthy et al., 2019). Ook de toegang tot gezondheidszorg is afhankelijk van de interactie tussen politieke ideologieën, gezondheidsbeleid en economisch beleid. Het politiek klimaat is dus van invloed hoe en onder welke omstandigheden iemand in aanmerking komt voor gezondheidszorg. In landen met neoliberale economieën is er kans op grotere ongelijkheid in de gezondheid (Walker & Peterson, 2021). Landen met sociaaldemocratische regeringen, hebben hogere overheidsuitgaven en een lagere inkomensongelijkheid, hetgeen kan leiden tot betere gezondheid

(McCarthy et al., 2019). In Nederland heeft iedereen recht op zorg, maar het politieke en economische klimaat in Nederland beïnvloedt dus het zorgaanbod, -vergoedingen en -gebruik.

**Intermezzo 2: Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag- Een verkenning op basis van group model building (2019)**

(Bron: Luijben, G., den Hertog, F., van der Lucht, F. (2019). Armoede, chronische stress en gezondheid in de gemeente Den Haag : Een verkenning op basis van group model building. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Den Haag. doi:10.21945/RIVM-2019-0004. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2019-0004.pdf>)

De gemeente Den Haag wil de vicieuze cirkel doorbreken tussen een verslechterende gezondheid en toenemende, aan armoede gerelateerde, chronische stress. Vermoed wordt dat beleidsmaatregelen die rekening houden met het functioneren van mensen met chronische stress, uiteindelijk ook de gezondheid van de betrokkenen ten goede komt. In samenwerking met het RIVM is een diagram opgesteld, die de opvattingen en keuzes weergeeft over het bestaan van causale relaties tussen de factoren en zijn waar mogelijk ondersteund door wetenschappelijke literatuur. Deze causale relaties zijn uitgangspunten bij de keuze van beleidsmaatregelen (Diagram 1).

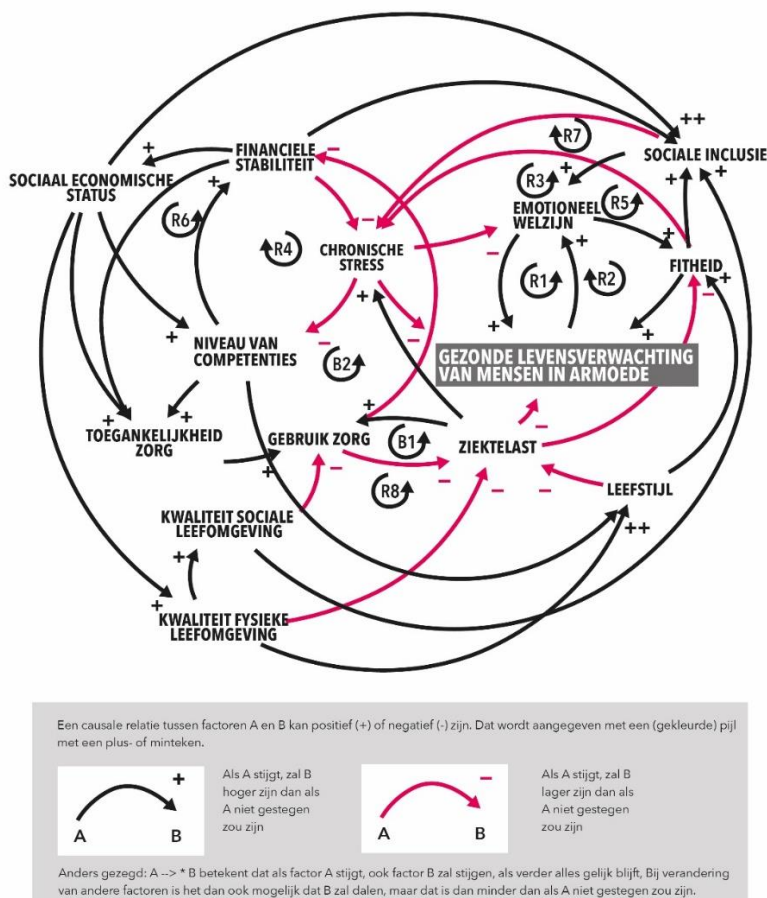


Diagram 1 causale relaties armoede, chronische stress en gezondheid

Uit het diagram blijken de volgende zaken als het gaat om de relaties toegankelijkheid van zorg, chronische stress en SES. Een toename van de sociaaleconomische status (de (relatieve) maatschappelijke positie) vergroot de mogelijkheden voor toegang tot de zorg en verhoging van de kwaliteit van de fysieke leefomgeving, een verhoging van de sociale inclusie en een verhoging van het niveau van competenties. Verbetering van de financiële stabiliteit heeft een verhogend effect op de sociaaleconomische status. Onder toenemende stress neemt het vermogen af om beslissingen te nemen. Verkeerde beslissingen kunnen leiden tot financiële problemen die weer een verhoging van de stress veroorzaken.

Verhoging van de financiële stabiliteit leidt tot een afname van chronische stress en daarmee tot verbetering van het vermogen om beslissingen te nemen (niveau van competenties), waardoor financiële problemen afnemen en financiële stabiliteit verder toeneemt. Een toename van het niveau van competenties leidt tot een verhoging van de toegankelijkheid van zorg, wat leidt tot een toename van het zorggebruik. Echter kan een toename van het zorggebruik leiden tot een afname van de financiële stabiliteit van mensen in armoede.

Het causale diagram illustreert waarom beleidsmaatregelen die gericht zijn op slechts één factor en geen rekening houden met de andere factoren, waarschijnlijk slechts weinig of geen effect hebben. Er zijn meerdere mechanismen die chronische stress, ziektelast, fitheid of emotioneel welzijn versterken of tegen kunnen gaan. Deze mechanismen zijn van invloed op het effect van beleidsmaatregelen op de gezondheid van mensen in armoede. Beleidsmaatregelen die zowel op het verbeteren van de financiële stabiliteit als op het verbeteren van het niveau van competenties gericht zijn, zullen de chronische stress verminderen en daarmee de gezonde levensverwachting doen toenemen. Omdat een stijging van het niveau van competenties ook de leefstijl doet verbeteren, zal de gezonde levensverwachting ook toenemen door een afname van de ziektelast. Een samenhangende integrale aanpak met aandacht voor deze mechanismen wordt aanbevolen.

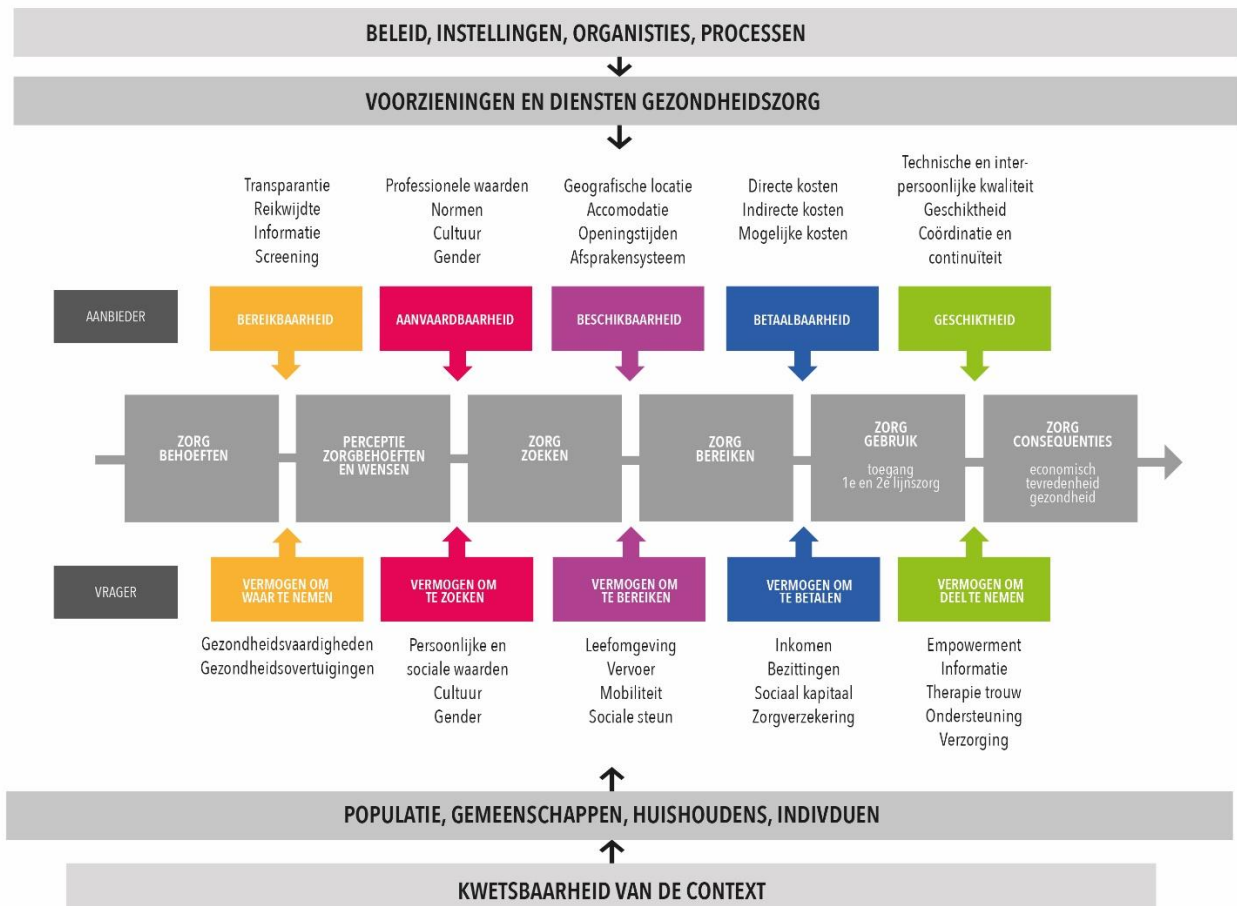
## **2 CONCEPTUEEL RAAMWERK VOOR ZORGTOEGANG**

Zoals hiervoor beschreven, is er bij toegankelijkheid van zorg en het ontstaan van een zorgproces sprake van een interactie tussen de zorgvrager en zorgaanbieder. Om inzicht te krijgen in welke factoren een rol spelen bij de sociaaleconomische ongelijkheid in de toegankelijkheid van zorg, wordt in deze verkenning het 'Conceptual framework of Access to Healthcare' (Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang) gebruikt (Levesque et al., 2013; Khanassov et al., 2016).

In het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang wordt beschreven, dat toegankelijkheid van zorg wordt beïnvloed door een interactie van zorgbehoefte- en gebruik. Het raamwerk is een multidimensionaal raamwerk dat de toegankelijkheid van zorg beschrijft vanuit het perspectief van de zorgvrager én het perspectief van de zorgaanbieder (Afbeelding 1, afkomstig en vertaald uit Khanassov et al., 2016). Per perspectief wordt dit aan de hand van vijf dimensies beschreven.

Vanuit het perspectief van de *zorgvrager* zijn dit: 1. *Het vermogen om waar te nemen*, 2. *Het vermogen om te zoeken*, 3. *Het vermogen om te bereiken*, 4. *Het vermogen om te betalen*, en 5. *Het vermogen om zich in te zetten*. Deze dimensies worden op macroniveau beïnvloed door de populatie en gemeenschap en op mesoniveau door (kwetsbaarheid van) de omgeving. Vanuit het perspectief van de *zorgaanbieder* worden de dimensies: 1. *Benaderbaarheid*, 2. *Aanvaardbaarheid*, 3. *Beschikbaarheid*, 4. *Betaalbaarheid*, en 5. *Geschiktheid* benoemd. Deze dimensies worden op macroniveau onder andere beïnvloed door de aanwezige faciliteiten en beleid in de gezondheidszorg en op mesoniveau door zorg- en organisatieprocessen (Afbeelding 1).

Binnen deze dimensies beïnvloeden verschillende factoren elkaar en dit bepaalt de uiteindelijke toegang tot gezondheidszorg. Deze beïnvloedende factoren kunnen cumulatief optreden in de verschillende stadia van het proces om toegang te krijgen tot zorg (Levesque et al., 2013; Khanassov et al., 2016). Om de factoren overzichtelijk te beschrijven die een rol spelen bij de sociaaleconomische ongelijkheid in de toegankelijkheid van zorg, wordt in deze verkenning dit raamwerk per dimensie uitgewerkt. Tevens worden Nederlandse voorbeelden per dimensie beschreven, waarin een bijdrage wordt geleverd aan het vergroten van de toegankelijkheid van zorg.



Afbeelding 1. Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang uit Khanassov et al. (2016)

## 2.1 Perspectief van de zorgvrager

### 2.1.1 Vermogen om waar te nemen (*ability to perceive*) en vermogen om te zoeken (*ability to seek*)

Bij de toegankelijkheid van zorg spelen het vermogen om zorg waar te nemen, te zoeken en zorgbehoefte een rol. Uit het onderzoek van Flinterman et al. (2019) over gezondheidspercepties bij mensen met een lage SES blijkt, dat mensen met een lage SES andere zaken benoemen die voor hen belangrijk zijn in hun gezondheid dan mensen met een hoge SES. Voorbeelden hiervan zijn een gezond gewicht, geen stress, (geld)zorgen of schulden hebben, prettig wonen, stabiele thuissituatie, dat

het goed gaat met de kinderen en geen psychische aandoening of verslaving hebben (Flinterman et al., 2019).

Voor het herkennen van een zorgbehoefte en voor het zoeken naar informatie over gezondheid en zorg, zijn gezondheidsvaardigheden (*health literacy*) nodig. Tevens schatten mensen met een lage SES gezondheidsrisico's lager in (Lazar & Davenport, 2018) en hebben zij vaker psychische problemen en chronische stress (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Deze zaken zorgen ervoor dat mensen met een lage SES hun zorgbehoefte anders inschatten en mogelijk niet herkennen. Hierdoor is men minder ontvankelijk voor zorg, waardoor er minder hulp gezocht wordt (Hodgkinson et al., 2017). Sociaaleconomische verschillen beïnvloeden dus het waarnemen en zoeken van de benodigde zorg. Hierdoor wordt er mogelijk geen gebruik gemaakt van de beschikbare zorg, waardoor er sprake is van een verminderde toegankelijkheid tot de zorg voor mensen met een lage SES.

*Voorbeelden Vermogen om waar te nemen & Vermogen om te zoeken: Gezond ouder worden in 2 werelden*

Veel oudere migranten zijn analfabeet en beschikken over beperkte gezondheidsvaardigheden. Migrantenuderen en hun mantelzorgers ervaren dat het zorg- en welzijnsaanbod niet bij hun wensen en behoeftes aansluit. Deze ouderen zijn vaak kwetsbaar vanwege lichamelijke, psychische en sociale problemen en financiële- en huisvestingsproblematiek. Dit was een aanleiding voor alle Zwolse zorg- en welzijnsorganisaties om hun krachten te bundelen in het 'Project Professionals en cultuur sensitieve zorg: een lerend netwerk van professionals Zwolle'. Het doel van het project is bewustwording bij alle Zwolse zorg- en welzijnsorganisaties over het feit dat zij zelf stappen moeten zetten om te zorgen dat de migranten-zorgvragers betere krijgen toegang tot een passender aanbod van zorg en welzijn. Op lange termijn moeten alle Zwolse ouderenzorg- en welzijnsorganisaties zijn geactiveerd om cultuursensitief zorg te verlenen en de uitvoering te integreren in hun organisatie. Organisaties dragen op deze manier bij aan het vergroten van de geschiktheid van zorg en de toegang tot zorg (Bron: <https://www.in2werelden.nl/projecten/professionals-en-cultuursensitieve-zorg-een-lerend-netwerk-van-professionals-zwolle/>).

*Alliantie Gezondheidsvaardigheden*

In Nederland zet de Alliantie Gezondheidsvaardigheden zich in voor een samenleving waarin mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gezond kunnen leven en goede zorg kunnen ontvangen. Hierin wordt samengewerkt met organisaties, instellingen of bedrijven die zich inzetten voor het bevorderen van gezondheid of het voorkomen van ziekten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het doel is het stimuleren van het uitwisselen van kennis en ervaring en het bevorderen van samenwerking (Bron: [www.gezondheidsvaardigheden.nl](http://www.gezondheidsvaardigheden.nl)).

### 2.1.2 Vermogen om te bereiken (*ability to reach*)

Sociaaleconomische verschillen beïnvloeden ook het bereiken van de zorg. Daarnaast ervaren mensen met een lage SES belemmeringen bij de toegang tot de eerstelijnszorg. Factoren die samenhangen met deze belemmeringen in de toegang tot zorg zijn een laag inkomen, chronische aandoeningen, psychische problemen of een immigrantenstatus. Daarbij stellen mensen met psychische aandoeningen vaker zorg uit dan mensen zonder chronische aandoeningen (Callander et al., 2017).

Uit een internationaal onderzoek in hoge inkomenslanden, waaronder Nederland, blijkt dat er sociaaleconomische ongelijkheden zijn in wachttijden voor de eerstelijnszorg in verschillende landen (Martin et al., 2020). Er worden 5 redenen gegeven waardoor het bereiken van de zorg moeilijker is voor mensen met een lage SES dan hoge SES. Allereerst wonen mensen een hoge SES vaker in een wijk met meer beschikbaarheid van eerstelijnszorg. Waarschijnlijk zijn zorgaanbieders eerder bereid om een praktijk te vestigen in deze meer welvarende en stedelijke gebieden wat zich vertaalt in een betere toegang (Martin et al., 2020). Ten tweede hebben mensen met een hogere SES betere gezondheidsvaardigheden en financiële middelen, waardoor zij op zoek gaan naar eerstelijns zorgverleners die meer responsieve zorg bieden. Ten derde kunnen ze aanhoudender zijn bij het maken van een afspraak en hun behoeften beter verwoorden, wat resulteert in een hogere waargenomen urgentie en een kortere wachttijd. Ten vierde hebben mensen met een hoge SES vaker flexibele banen, waardoor ze makkelijker vrij kunnen nemen en eerder een afspraak kunnen maken (Hodgkinson et al., 2017 & Martin et al., 2020). Als laatste, kunnen ze eventuele extra kosten betalen voor particuliere of alternatieve zorgaanbieders om sneller toegang tot bepaalde zorg te krijgen (Martin et al., 2020). Tevens ervaren mensen met een lage SES meer praktische beperkingen in mobiliteit of vervoer (Hodgkinson et al., 2017), waardoor het fysiek bereiken van de benodigde zorg lastiger is (Levesque et al., 2013) (Zie Intermezzo 2. Ongelijke bereikbaarheid coronatest GGD in Nederland).

Uit Nederlands onderzoek van De Jong (2016) blijkt dat het zorggebruik in de eerste lijn niet samenhangt met het zorggebruik in de tweede lijn. Het is dus niet zo, dat meer zorggebruik in de eerstelijns zorg automatisch zorgt voor meer tweedelijnszorg. Het is echter niet bekend hoe deze samenhang is in relatie tot (lage) SES en SEGV.

#### **Intermezzo 2. Ongelijke bereikbaarheid coronatest GGD in Nederland**

**Tussen 1 augustus 2020 en medio april 2021 hebben de GGD'en 11,3 miljoen coronatesten afgenomen bij 6,7 miljoen mensen. Uit de gegevens van blijkt dat laagopgeleiden (vanaf 18 jaar, 29 %) en mensen met een bijstandsuitkering (24%) hebben zich minder vaak laten testen dan hoogopgeleiden (45%) en mensen met banen (48%). Ten slotte testen mensen met een eigen auto vaker via de GGD dan mensen die geen auto hebben. (Bron CBS)**

Bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/25/ggd-testdata-6-7-miljoen-mensen-deden-minstens-een-coronatest>

Voorbeelden Vermogen om te bereiken:



### *Living Lab Rivierenwijk Deventer*

Om het vermogen van burgers te vergroten om de zorg te bereiken is 'Living Lab Rivierenwijk Deventer' opgericht door Hogeschool Saxion. In Rivierenwijk wonen veel Turks-Nederlandse ouderen. Zij werkten vroeger vaak in de blikfabriek in Deventer. Vanuit de overheid is er destijds weinig aandacht besteed aan de integratie van deze mensen. De gezondheid van deze groep is schrijnender dan die van Nederlanders zonder een migratieachtergrond. Het doel is om de sociale gezondheid te bevorderen in de wijk door het organiseren van activiteiten en wijkbewoners hierbij te betrekken. Studenten kunnen met deze activiteiten beginnen en steeds meer mensen erbij betrekken. Hierdoor kunnen nieuwe en duurzame contacten tussen de bewoners ontstaan. Door nauw samen te werken met de doelgroep zelf, en met ondernemers, sleutelfiguren, wijkteams, de gemeente en de school, worden natuurlijke verbindingen gelegd. Daarnaast kan men van elkaar leren. Ouderen met een migratieachtergrond kunnen bijvoorbeeld leren hoe ze beter hun weg naar de zorg kunnen vinden. En andersom kunnen mensen zonder migratieachtergrond leren van de Turks-Nederlandse bewoners en zo ontstaat er meer begrip voor hun achtergrond (Bron: <https://www.in2werelden.nl/een-living-lab-in-rivierenwijk-deventer-door-nauwe-samenwerking-met-de-bewoners/>).

### *De handreiking 'De wetten zorg & ondersteuning sinds 2015 – eenvoudig verteld'*

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is ingewikkelder geworden, waardoor het voor zowel inwoners als professionals niet duidelijk is waar zij terecht kunnen met een hulpvraag en welke instantie verantwoordelijk is. De handreiking 'De wetten zorg & ondersteuning sinds 2015 – eenvoudig verteld' kan hier wellicht verandering in brengen. In prettig leesbaar Nederlands wordt goede uitleg gegeven over de Wlz, Wmo, Jeugdwet en Zorgverzekeringswet. Per wet staat welke organisatie verantwoordelijk is voor de uitvoering en hoe die organisatie te bereiken is. Het stappenplan geeft aan hoe het werkt: van de aanvraag van zorg/ondersteuning tot de (eventuele) betaling van de eigen bijdrage voor de geleverde zorg/ondersteuning. De brochure is geschreven voor mensen die Nederlands lezen en begrijpen moeilijk vinden. Hierdoor kan deze brochure het vermogen van mensen vergroten om deze ondersteuning (toegang) te krijgen (Bron: <https://www.zorgwelzijn.nl/handreiking-om-toegang-tot-zorg-en-ondersteuning-te-verbeteren/>).

### **2.1.3 Vermogen om te betalen (ability to pay)**

In 2020 had 75% van de Nederlanders van 18 jaar of ouder met een basisverzekering een of meerdere aanvullende verzekeringen. Bij de keuze van de zorgverzekering is het belangrijkste aspect de hoogte van de premie. Mensen met een lage SES sluiten minder vaak een aanvullende verzekering af (Bruggerink, 2021). In 2020 heeft 7% van de mensen afgezien van zorg, zoals een doktersbezoek, een medisch onderzoek of een behandeling met medicijnen vanwege de kosten (Nivel, 2021). Vanwege extra zorgkosten, stellen over het algemeen mensen met een lage SES vaker zorg uit (Bruggerink, 2021). De hoogte van de zorgkosten- en premies, niet aanvullend verzekerd zijn (Khanassov et al., 2016) en beperkte zorgverzekeringsvaardigheden kunnen leiden tot zorgmijding, lager zorggebruik en



verminderde toegang tot zorg. Dit blijkt in Nederland bijvoorbeeld uit de sociale ongelijkheid in de toegang van de mondzorg (RadboudUmc, 2019) (zie voorbeeld Mondzorg voor iedereen). Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat tandheelkundige zorg niet in de basisverzekering van volwassenen is opgenomen.

Daarbij zorgen armoede, geldzorgen en schulden voor een verminderde toegang tot gezondheidszorg (Hodgkinson et al., 2017; Lazar & Davenport, 2018) en minder financiële en materiële mogelijkheden om de gezondheid te verbeteren (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.). Door verminderde financiële mogelijkheden is er minder kans op gezondheidsbevorderend gedrag en kan zorg vermeden worden uit angst voor zorgkosten (Holst et al., 2020). Al deze zaken dragen uiteindelijk bij aan een verminderde toegankelijkheid van zorg. Hierdoor wordt zorg uitgesteld en wat uiteindelijk kan leiden tot meer ongezondheid (Van den Muijsenbergh et al., 2016).

*Voorbeeld Vermogen om te betalen:*

*Mondzorg voor iedereen – Dokters van de Wereld*

Medische mensenrechtenorganisatie 'Dokters van de Wereld' biedt onverzekerde Nederlanders gratis tandheelkundige hulp aan door de inzet van een mobiele straattandarts. Naar schatting hebben ongeveer anderhalf miljoen mensen in Nederland geen geld om naar de tandarts te gaan. Voor mondzorg is een aanvullende verzekering nodig, of je moet de tandarts of mondhygiënist zelf betalen. Daardoor kan benodigde mondzorg bij bijvoorbeeld een ontstoken kies of tandvlees uitgroeien tot een groter probleem. Bovendien schamen mensen met een slecht gebit zich daar vaak voor, waardoor ze in een sociaal isolement kunnen raken of moeite hebben met solliciteren en het vinden van een baan. Om dit probleem in de mondzorg te verminderen, voert een mobiele straattandarts van de organisatie Dokters van de Wereld noodbehandelingen uit bij mensen met schulden, ongedocumenteerden en/of migranten. Dokters van de Wereld werkt daarvoor samen met lokale partnerorganisaties zoals de schuldhulpverlening en het maatschappelijk werk

(Bron: <https://doktersvandewereld.org/campagnes/mondzorg/>).

#### **2.1.4 Vermogen om deel te nemen (ability to engage)**

Het vermogen om deel te nemen of betrokken te zijn, gaat over de manier waarop een persoon betrokken wil zijn en wil participeren in keuzes en beslissingen (shared decision making) van de behandeling. Mensen met een lage SES hebben minder vertrouwen in zorgverleners en lijken eerder geneigd te vertrouwen op, vooral ouders, familieleden en vrienden voor medisch advies (Lazar & Davenport, 2018). Eventuele eerdere slechtere ervaringen met zorgverleners zorgen voor meer wantrouwen, hetgeen een negatieve invloed kan hebben op de betrokkenheid bij de behandeling (Lazar & Davenport, 2018).

Uit onderzoek van Van Dijk et al. (2016) bleek dat patiënten uit Nederlandse achterstandswijken minder vaak een verwijzing van de huisarts naar een medisch specialist opvolgden. Bij deze verminderde

betrokkenheid ('therapie ontrouw') spelen waarschijnlijk laaggeletterdheid en de houding en overtuigingen van de patient met betrekking tot de diagnose, medicatie en gezondheidsadviezen een rol. Het niet naleven van een verwijzing kan leiden tot het niet krijgen van adequate zorg en een vertraagde diagnose en behandeling. Verminderde betrokkenheid verlaagt de therapietrouwheid van de patient en hierdoor ook de effectiviteit van de behandeling (Van Dijk et al., 2016). Een voorbeeld om de betrokkenheid te verhogen bij mensen met een lage SES is het inzetten van shared decision making door zorgverleners (zie voorbeeld Cliëntenpanel). Hierbij moet zoveel mogelijk de essentiële informatie in begrijpelijke taal worden gegeven (Durand et al., 2014).

*Voorbeeld Vermogen tot deelnemen: Cliëntenpanel aanpak van chronische stress (Pharos)*

Chronische stress belemmert de toegang tot zorg. Pharos betrok mensen met chronische stress actief bij hun onderzoek naar oplossingen voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Pharos is een landelijk expertisecentrum dat zich richt op het terugdringen van gezondheidsverschillen. Er werd een cliëntenpanel samengesteld van inwoners met diverse culturele achtergronden, die ervaring hebben met stressklachten en meerdere sociale en financiële problemen. Gedurende het hele onderzoek kwamen zij elke twee à drie maanden bij elkaar. De groep besprak vragen als: wat geeft stress? Wat gebeurt er dan met je? Wat helpt? Wat kan de huisarts doen? Deze aanpak leverde veel inzicht en informatie op over wat er nodig is en wat er beter kan. Ook beoordeelde het panel de maatregelen, materialen en interventies op hoe toegankelijk en begrijpelijk dit voor hen is. De mensen in het cliëntenpanel waardeerden dat er naar hen geluisterd werd en dat zij mogen meedenken. Door mensen te betrekken met dezelfde taal, vaardigheden of culturele achtergrond als voor wie het project is opgezet, kan er beter aangesloten worden bij de behoeften van de doelgroep. Er ontstaat een beter begrip van de verzamelde data. Dit vergroot de betrokkenheid, aansluiting en bereik binnen die gemeenschap (Bron: [https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2020/02/Samenwerken-met-de-mensen-om-wie-het-gaat\\_whitepaper\\_Pharos.pdf](https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2020/02/Samenwerken-met-de-mensen-om-wie-het-gaat_whitepaper_Pharos.pdf)).

## **2.2 Perspectief van de zorgverlener/zorgaanbieder**

### **2.2.1 Benaderbaarheid**

Benaderbaarheid van zorg heeft te maken met dat mensen met bepaalde gezondheidsbehoeften kennis hebben van dat specifieke zorg bestaat en hierdoor deze zorg bereikt kan worden. De bekendheid van bepaalde zorgdiensten kan verschillen per sociale of geografische bevolkingsgroep. Benaderbaarheid wordt vergroot door transparantie, informatie over beschikbare behandelingen en diensten en de reikwijdte hiervan. Complementair hieraan is het waarnemen van een bepaalde zorgbehoefte bij de bevolking (Levesque et al., 2013).

Uit een scoping review van Cu et al. (2021) blijkt dat de dimensie benaderbaarheid (*approachability*) lastiger is om te onderzoeken dan andere dimensies uit het raamwerk. Dit is een mogelijke verklaring

dat er weinig evidentie of interventies beschikbaar is over de benaderbaarheid in relatie tot toegang van zorg en SEGV. Om de zorg te kunnen 'benaderen' heeft de zorgvrager informatie nodig over beschikbare behandelingen en kennis over gezondheid (Levesque et al., 2013). Daarbij moet de zorgaanbieder voor de zorgvrager benaderbaar zijn en laagdrempelig. (Zie voorbeeld Het Zorgcafé)

*Voorbeeld Benaderbaarheid: Het Zorgcafé – Dokters van de Wereld.*

Benaderbaarheid van zorg wordt vergroot door kennis over de aanwezigheid van specifieke zorg, waardoor deze zorg bereikt kan worden. De bekendheid van bepaalde zorgdiensten kan verschillen per bevolkingsgroep, zoals bij nieuwkomers in Nederland. Voor deze nieuwkomers heeft organisatie Dokter van de Wereld het Zorgcafé opgericht. Door meer kennis over de Nederlandse gezondheidszorg wordt de toegankelijkheid tot zorg vergroot. Het Zorgcafé is een toegankelijke plek waar nieuwkomers binnen kunnen lopen en terecht kunnen bij psychosociale ondersteuners, artsen, verpleegkundigen en psychologen die samenwerken met tolken. Zo kunnen zij bij hen terecht met hun verhaal en gezondheidsproblemen om uitleg te krijgen over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Ook kunnen ze worden begeleid in contacten met reguliere zorgverleners en wordt de drempel tot het krijgen van hulp en passende zorg lager (Bron: <https://doktersvandewereld.org/wat-doen-wij/zorg-voor-ieder-mens/zorgcafe/>).

### **2.2.2 Aanvaardbaarheid**

Aanvaardbaarheid heeft betrekking op culturele en sociale factoren die bepalend zijn voor mensen om bepaalde gezondheidszorg te accepteren. Ook heeft aanvaardbaarheid te maken met (persoonlijke) autonomie en rechten, kennis over en keuze uit zorgopties. Voorbeelden over aanvaardbaarheid in relatie tot de toegankelijkheid van zorg zijn persoonlijke of culturele denkbeelden over vaccineren, abortus, euthanasie, omgaan met psychische klachten of geslachtsverandering (zie voorbeelden Onbedoelzwanger.nl & Telefoonlijn coronavaccinatie). Aanvaardbaarheid van medisch ethische onderwerpen, zoals abortus, euthanasie en geslachtsverandering zijn van invloed op de wetgeving, informatieverstrekking én de organisatie van deze zorg. De aanvaardbaarheid van bepaalde medischethische zaken zorgen ook dat bepaalde zorg georganiseerd en aangeboden wordt en er toegang tot deze zorg ontstaat. Uit een scoping review van Cu et al. (2021) blijkt dat de dimensie aanvaardbaarheid (acceptability) lastiger is om te onderzoeken dan andere dimensies uit dit raamwerk. Dit is een mogelijke verklaring dat er weinig evidentie beschikbaar is over de aanvaardbaarheid in relatie tot toegang van zorg en SEGV.

*Voorbeelden Aanvaardbaarheid:*

*Keuzehulp bij onbedoelde zwangerschap*

In Nederland bestaat de mogelijkheid om een zwangerschap vroegtijdig te beëindigen. Mensen kunnen vragen of twijfels hebben over een onbedoelde zwangerschap. Als je onbedoeld zwanger bent, kom je soms voor een ingewikkelde keuze te staan. De Rijksoverheid heeft hiervoor een website

([www.onbedoeldzwanger.nl](http://www.onbedoeldzwanger.nl)) met alle benodigde informatie. Naast online informatie over de keuzeoptyes die er zijn in Nederland, kan men keuzehulp krijgen. Bij keuzehulp is er contact met een keuzehulpverlener. Dit kan zijn in een persoonlijk gesprek, maar het kan ook via (video)bellen, WhatsApp of chat. In een keuzehulpgesprek geeft de hulpverlener meer informatie over de keuzemogelijkheden en helpt bij het onderzoeken welke keuzes een optie zijn. Door deze informatieverstrekking wordt de aanvaardbaarheid en benaderbaarheid van deze zorg vergroot (Bron: [www.onbedoeldzwanger.info](http://www.onbedoeldzwanger.info)).

#### *Informatie telefoonlijn medische vragen over coronavaccinatie*

Mensen kunnen vragen of twijfels hebben over een medische ingreep of interventie, zoals vragen over vaccinaties. Tevens zijn er mensen met vragen over een COVID-19-vaccinatie. Mensen met persoonlijke vragen en/of twijfels over deze vaccinatie kunnen hun vragen stellen via een gratis informatie telefoonlijn. Het Erasmus MC opende een telefonisch informatielijn waar mensen vragen kunnen stellen over de coronavaccinatie. Dan gaat het vooral om vragen over het vaccin in combinatie tot hun eigen medische toestand. Maar ook wat zijn de risico's van vaccineren? Is het vaccin voldoende getest en onderzocht? Hoe zit het met bijwerkingen? Op deze manier kunnen mensen die om medische redenen twijfelen of zij een vaccin moeten nemen, worden voorgelicht. Het Erasmus MC wil deze mensen helpen, zodat zij een goede keus kunnen maken. Door deze telefoonlijn wordt de benaderbaarheid van de zorg vergroot en mogelijk ook de aanvaardbaarheid van een vaccinatie (Bron: <https://www.rijnmond.nl/nieuws/1433782/Erasmus-MC-komt-met-twijfeltelefoon-voor-mensen-met-vragen-over-coronavaccins>).

### **2.2.3 Beschikbaarheid**

Beschikbaarheid van zorg heeft te maken met het bestaan én de capaciteit van de gezondheidszorgdiensten, manier van dienstverlening en vaardigheden van zorgverleners (Levesque et al., 2013). Hierbij spelen kenmerken van deze diensten een rol, zoals toegankelijkheid van gebouwen, geografische ligging en (flexibele) openingstijden (Hodgkinson et al., 2017). Mensen met een hoge SES wonen vaker in een wijk met een hogere beschikbaarheid van eerstelijnszorg dan mensen met een lage SES (Martin et al., 2020). Er is geen informatie gevonden of er een verschil is in de beschikbaarheid van tweedelijnszorg in Nederland tussen mensen met een hoge of lage SES (Zie voorbeeld initiatief Stadspoli).

De inzet van e-Health kan een bijdrage leveren aan de beschikbaarheid van (preventieve) zorginformatie en mogelijke toegang tot zorg. De bestaande e-Health-voorzieningen zijn voor mensen met een lage SES en verminderde gezondheids- en digitale vaardigheden vaak te ingewikkeld, waardoor zij er minder gebruik van maken (Pharos, z.d.). Hierdoor zijn deze digitale zorginterventies minder goed beschikbaar en bereikbaar voor hen. Het is belangrijk dat e-Health-voorzieningen

dusdanig ontwikkeld worden, dat deze voorzieningen ook voor deze mensen beschikbaar zijn (Spooner et al., 2017).

*Voorbeeld Beschikbaarheid, Benaderbaarheid & Betaalbaarheid:*

*Stadspoli Maastricht – Anderhalvelijns zorg*

In Maastricht zijn 2 Stadspoli's opgezet om het beroep op de (dure) specialistische zorg in het ziekenhuis te verminderen. Het is niet altijd nodig om naar het ziekenhuis te gaan. Mensen kunnen hier binnen lopen en hun vraag stellen zonder een afspraak te maken. Soms kan één antwoord van een specialist op een vraag van de huisarts al voldoende zijn om een verwijzing naar het ziekenhuis te voorkomen. Bovendien blijken dure diagnostische en/of therapeutische middelen niet altijd nodig. Het consult bij de specialist op de Stadspoli heeft voor de patiënt als voordeel dat dit consult niet onder het eigen risico valt. Dit is met de zorgverzekeraars overeengekomen. Bovendien is de Stadspoli een minder klinische omgeving dan het ziekenhuis en kan de patiënt meestal snel een afspraak maken bij een specialist. De Stadspoli's vergroten de beschikbaarheid, benaderbaarheid en betaalbaarheid van de zorg (Bron: <https://www.blauwezorg.nl/meer-over-de-stadspoli>).

#### **2.2.4 Betaalbaarheid**

Bij de betaalbaarheid van zorg spelen zowel bij de zorgaanbieder als bij de zorggebruiker wetgeving, zorgstelsel en zorgpremie een rol. Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder is de betaalbaarheid van de zorg een wisselwerking tussen de jaarlijkse verwachte zorgkosten en zorgafname. Hierbij spelen de zorgverzekeringswet en zorgpremies een rol. De verwachting is dat tot 2060 de zorguitgaven ongeveer 2,8% per jaar zullen toenemen, waarbij de meeste kosten zijn voor ziekenhuiszorg (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020). In 2020 zijn de zorgkosten, mede door de extra kosten door de coronacrisis en bijbehorende steunmaatregelen, gestegen met 8,3% (CBS, 2021). Vroegdiagnostiek, bevolkingsonderzoek, zorginnovaties en efficiëntere zorgprocessen kunnen bijdragen aan de verlaging van de zorgkosten en een verbetering van de betaalbaarheid van de zorg (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016) (Zie voorbeeld Gezonde Peutermonden).

Een Nederlands onderzoek van De Boer et al. (2019), waarin zorgkosten van hoge en lage sociaaleconomische wijken met elkaar vergeleken worden, toonde aan dat de zorgkosten 10% hoger waren in de laagste sociaaleconomische Nederlandse wijken dan in hogere sociaaleconomische wijken. Wijken met een hogere sociaaleconomische status hadden zelfs 8% minder zorgkosten. Dit verschil wordt veroorzaakt door onder andere een ongezonere leefstijl, zoals meer roken en alcoholgebruik en minder sporten, en het hebben van meer chronische en psychische ziekten bij de mensen uit de lage SES wijken. Rekensimulaties voorspellen een daling van 7,3% van de totale zorgkosten van de gezondheidszorg als de kostenstructuur van elke wijk gelijk is aan die van de hoge SES wijken (De Boer et al., 2019). Wijken waarin minder mensen roken en meer lid zijn van een sportclub hebben lagere zorgkosten (zie ook Verkenning thema Gezondheidsbevorderende

leefomgeving en leefstijl). Een preventiebeleid gericht op deze zaken zou kunnen bijdragen aan de verlaging de kosten van de gezondheidszorg in alle SES-wijken (De Boer et al., 2020).

Het voorkomen van ziekten, het verbeteren van leefstijl en leefomgeving is dus belangrijk voor een gezonder leven en lagere zorgkosten, hetgeen uiteindelijk bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg. Voor het creëren van een gezondere leefomgeving is een samenwerking nodig tussen onder andere de inwoners van de wijk, gemeente, zorg -en welzijnsinstanties en woningbouwcoöperaties (Intermezzo 3. RuimteGIDS Ruimte maken voor Gezondheid In De Stad).

### **Intermezzo 3. RuimteGIDS: Ruimte maken voor Gezondheid In De Stad**

Het Zuid-Limburgse consortium RuimteGIDS is een samenwerkingsverband van Maastricht University, Zuyd Hogeschool, gemeenten Maastricht en Kerkrade, ProjectBureauA2, Provincie Limburg en GGD Zuid-Limburg. Het is 1 van de 7 regionale consortia die onder de vlag 'Maak ruimte voor gezondheid' onderzoek doen naar het effect van de leefomgeving op gezondheid en deelname aan de samenleving. Drie vragen voor onderzoek van de kennisagenda zijn:

*Hoe faciliteer je de totstandkoming en gebruik van gezonde ontmoetingsplekken voor inwoners?*

*Hoe kan de leefomgeving sociaal inclusief vormgegeven worden met mogelijkheden voor interactie tussen verschillende (sociale) groepen?*

*Hoe kunnen inwoners en professionals uit diverse disciplines samenwerken aan een gezonde leefomgeving?*

Bijvoorbeeld in Maastricht is de 'Groene loper' ontwikkeld. De Groene Loper is een 5 kilometer lange groene strook die door Maastricht Oost loopt. Tot en met 2016 liep de A2 dwars door Maastricht, wat resulteerde in een ongunstige leefomgeving voor de inwoners van dit gebied. Dit zorgde voor onder andere voor gezondheidsnadelen, met name in de vorm van geluidsoverlast en luchtvervuiling. Eind 2016 is er een tunnel aangelegd om deze snelweg onder de stad door te laten lopen. Bovenop deze tunnel is de 'Groene Loper' aangelegd, hetgeen een strook is waarin veel groen aanwezig is en weinig auto's. Door middel van deze 'Groene loper' wordt geprobeerd onder andere lichaamsbeweging onder inwoners te bevorderen, maar ook een betere luchtkwaliteit te creëren.

<https://ruimtegids.eu/over-ruimtegids>

<https://mediator.zonmw.nl/mediator-47/ontwerp-leefomgeving-met-oog-voor-gezondheid/>

*Voorbeeld Betaalbaarheid: Gezonde Peutermonden – mondzorgcoach consultatiebureau*

Het project Gezonde Peutermonden van Hogeschool Utrecht zet in op het tijdig aanbieden van preventieve mondzorg door mondzorgcoaches op consultatiebureaus. Veel kinderen hebben al gaatjes voordat ze voor het eerst naar de tandarts gaan. Hoewel mondzorg verzekerd is voor kinderen, maken veel ouders hier geen gebruik van. Doordat het consultatiebureau een bezoektrouw van meer dan 95% heeft, biedt dit de mogelijkheid om vrijwel alle kinderen regelmatig te zien, en om gezond mond- en voedingsgedrag te introduceren voordat ongezond gedrag aangeleerd is. De mondzorgcoach onderzoekt de kinderen tijdens hun bezoek aan het consultatiebureau en neemt eventuele preventieve

maatregelen. De haalbaarheid van de inzet van deze mondzorgcoaches wordt onderzocht en of de kosten opwegen tegen de opbrengsten. Door vroegtijdige informatie over mondverzorging en mondgezondheid kunnen mogelijke toekomstige problemen in de mondgezondheid, zoals gaatjes, worden voorkomen. Hierdoor worden mogelijke tandheelkundige kosten vanuit de basisverzekering tot 18 jaar verminderd. Dit project draagt ook bij aan vergroten van beschikbaarheid en benaderbaarheid van mondzorg en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg (Bron: <https://www.hu.nl/onderzoek/projecten/gezonde-peutermonden>).

### **2.2.5 Geschiktheid**

Geschiktheid van zorg heeft te maken met de aansluiting tussen de zorgverlening en de behoefte van de patiënt, de tijdigheid en hoeveelheid zorg. Tevens gaat geschiktheid over het beoordelen van de gezondheidsproblemen, het bepalen van de juiste behandeling en de kwaliteit van de geleverde zorg door de zorgverlener. De geschiktheid, zoals interpersoonlijke kwaliteiten, beleefdheid en respect van de zorgverlener beïnvloedt het zorggebruik -en toegang van de gebruiker (Cu et al., 2021).

Om de geschiktheid van zorg te vergroten, wordt persoonsgerichte zorg geadviseerd bij mensen met een lage SES. Persoonsgerichte zorg is zorg die de persoon centraal zet en niet zijn medische toestand. Hierbij is aandacht voor het dagelijks leven, de sociale omstandigheden en emoties, waarden en behoeftes van de patiënt. Persoonsgerichte zorg leidt tot meer tevredenheid bij de patiënt en zorgverlener en heeft een directe gunstige invloed op de gezondheid (Pharos, 2019). Hierdoor wordt de kwaliteit en effectiviteit van de zorg hoger. Echter vinden zorgprofessionals het lastig om laaggeletterde mensen of mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen en de informatie begrijpelijk en effectief over te brengen (Pharos, z.d.) (zie voorbeeld VR-simulatie traint studenten in herkennen laaggeletterdheid).

Daarnaast zijn er nog andere subgroepen te benoemen, waarbij de geschiktheid van de zorg een belangrijk aspect is. Bijvoorbeeld voor mensen uit de lhbtq+-gemeenschap ervaren verminderde toegang tot zorg (Romanelli & Hudson, 2017; Gkiouleka et al., 2018) door inadequate inschatting van de zorgbehoeften door zorgprofessionals (Westwood et al., 2020). Nederlandse transgenders hebben over het algemeen een lagere SES, zijn vaker lager opgeleid, hebben vaker schulden en een uitkering in vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking (Van Beusekom & Kuyper, 2018) (zie voorbeeld De Roze Loper). Dit geldt ook voor migranten en mensen met een lage SES, waarbij een gebrek aan cultuursensitiviteit en passend taalgebruik van zorgverleners ook bijdraagt aan verminderde geschiktheid van zorg (Klein & Von dem Knesebeck, 2018). Deze factoren hebben dus een negatieve invloed op de zorgtoegang -en gebruik.



*Voorbeelden Geschiktheid:*

*De Roze Loper: Persoonsgerichte zorg voor lhbti-cliënten*

Lhbti+ cliënten hebben vaak specifieke zorgwensen of -behoeften dan niet-lhbti+ cliënten. Deze wensen of behoeften worden door (zorg)professionals niet of onvoldoende herkend. Hierbij kan het keurmerk van De Roze Loper helpen. De Roze Loper heeft als doel de sociale acceptatie en inclusie van lhbti+'s in zorg- en welzijn instellingen te bevorderen. De Roze Loper is een officieel keurmerk, dat wordt uitgereikt na een traject dat leidt naar sociale acceptatie van seksuele diversiteit in de zorg en wordt getoetst door een audit. De Roze Loper kan gebruikt worden in woonzorg- en thuiszorginstellingen, in organisaties voor mensen met een beperking, welzijnsorganisaties, ggz en ziekenhuizen. Cliënten voelen zich bij een Roze Loper organisatie meer gezien, voelen zich veilig en geaccepteerd in hun seksuele en genderidentiteit. De Roze Loper draagt op deze manier bij aan de geschiktheid van zorg (Bron: [www.rozezorg.nl](http://www.rozezorg.nl)).

*VR-Simulatie traint studenten in herkennen laaggeletterdheid*

Een op de 6 mensen in Nederland van 16 jaar en ouder heeft moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. De meesten van hen weten dit goed te verbergen voor de buitenwereld, maar ook voor hulpverleners en zorgprofessionals. Hulpverleners en zorgprofessionals moeten getraind worden op het herkennen van de signalen van laaggeletterdheid. In een project van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen is een VR-trainingstool te ontwikkeld voor studenten. Dit is een VR-simulatie waar in een gesprek met een persoon wordt geleerd hoe laaggeletterdheid herkend kan worden en bespreekbaar gemaakt kan worden. Hierdoor leren studenten later als professionals een laaggeletterde zorgvrager te herkennen en zich beter in te leven in hen. Op deze manier kan de zorgvrager beter geholpen of doorverwezen worden. Dit draagt bij aan het vergroten van de toegankelijkheid van de zorg (bron: <https://www.han.nl/projecten/2020/vr-simulatie-laaggeletterdheid/>).



### Overzicht factoren per dimensie

In tabel 1 staat een samenvattend overzicht van factoren per dimensie die van invloed zijn op de toegankelijkheid van zorg bij mensen met een lage sociaaleconomische status.

ZORGGEBRUIKER:	ZORGAANBIEDER
FACTOREN PER DIMENSIE DIE EEN NEGATIEVE INVLOED HEBBEN OP TOEGANG ZORG	FACTOREN PER DIMENSIE DIE VAN INVLOED ZIJN OP TOEGANG ZORG
<b>VERMOGEN OM WAAR TE NEMEN</b>	<b>BENADERBAARHEID</b>
verminderde gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid, chronische stress, psychische problemen	beschikbaarheid, transparantie over behandelingen, waarnemen zorgbehoefte door zorgverlener
<b>VERMOGEN OM TE ZOEKEN</b>	<b>AANVAARDBAARHEID</b>
verminderde gezondheidsvaardigheden, verminderde digitale vaardigheden, laaggeletterdheid, chronische stress, psychische problemen	cultuur, sociale omgeving, medische ethische wetgeving, keuzevrijheid
<b>VERMOGEN OM TE BEREIKEN</b>	<b>BESCHIKBAARHEID</b>
laag inkomen, migrantenstatus, chronische aandoeningen, psychische problemen, minder financiële middelen, beperking vervoer, minder flexibel werk(tijden), benodigde zorg niet beschikbaar leefomgeving, wachtlijsten	wachtlijsten, openingstijden, geografische ligging, toegankelijkheid gebouw, EHealth, soort zorg (1e/2e/3elijn)
<b>VERMOGEN OM TE BETALEN</b>	<b>BETAALBAARHEID</b>
beperkte zorgverzekeringsvaardigheden, minder financiële middelen, geldzorgen, armoede, schulden	politieke stroming, zorgverzekeringswet, leefomgeving, vroegdiagnostiek, bevolkingsonderzoek, zorginnovaties, efficiëntie zorgprocessen
<b>VERMOGEN OM DEEL TE NEMEN</b>	<b>GESCHIKTHEID</b>
minder vertrouwen zorgverleners, slechte zorgervaringen, vaker therapie ontrouw, minder betrokken bij behandeling, minder goede inleving in zorgvrager door zorgverlener	interpersoonlijke factoren tussen zorgverlener en zorgvrager, (cultuur)sensitiviteit zorgverlener, persoonsgerichte zorg, taalgebruik zorgverlener

**Tabel 1. Overzicht van factoren per dimensie bij zorgvrager en zorgverlener in relatie tot toegankelijkheid van zorg bij mensen met een lage SES**

## 3 SLOTWOORD

### 3.1 Vervolg onderzoek

Over het algemeen is er sprake van een verminderde toegankelijkheid van gezondheid -en welzijnszorg voor mensen met een lage SES door een complexe interactie tussen deze bovenstaande aanwezige factoren bij de zorgvrager en/of zorgaanbieder. Echter zijn er binnen de groep mensen met een lage SES verschillende (doel)groepen, vast te stellen met hun eigen kenmerken en (zorg)behoefte. In vervolgonderzoek naar toegankelijkheid van zorg of in onderzoek naar het verbeteren van deze toegankelijkheid, moet met deze verschillende (doel)groepen rekening worden gehouden.

De beschreven factoren spelen mogelijk ook een rol bij de toegankelijkheid van bijvoorbeeld gemeentelijke diensten, juridische dienstverlening, overheidstoelagen, wijkvoorzieningen of digitale informatie. Om SEGV te verkleinen is het belangrijk dat bijvoorbeeld informatie over het aanvragen van zorgtoeslag of gezondheidsbevorderende middelen terecht komen bij de mensen die juist moeite ervaren hierin. In vervolgonderzoek kan het raamwerk gebruikt worden om in kaart te brengen welke factoren en dimensies hierbij een rol spelen. Daarbij is het belangrijk om toegankelijkheid gelijktijdig te benaderen vanuit het perspectief van de gebruiker én aanbieder.

Uit een scoping review van Cu et al. (2021) blijkt, dat de dimensie benaderbaarheid (approachability) en aanvaardbaarheid (acceptability) lastiger zijn om te onderzoeken dan andere dimensies uit het raamwerk. Kwalitatief onderzoek met interviews of focusgroepen kan specifieke informatie bij de zorgaanbieder en zorgvrager ophalen over de aanvaardbaarheid of benaderbaarheid van bepaalde zorg, informatie of (overheids)diensten. Bijvoorbeeld de aanvaardbaarheid van een COVID-19-vaccinatie of benaderbaarheid van de gemeente voor het aanvragen van huur-of zorgtoeslag. Maar ook zorgprofessionals -en aanbieders moeten zich bewust zijn op welke factoren zij invloed hebben bij het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg voor mensen met een lage SES.

Het actief betrekken van mensen in cliëntenpanels bij het bedenken van oplossingen om toegankelijkheid van bepaalde zorg, informatie of (overheids)diensten te verbeteren, is een effectieve aanpak. Door in vervolgonderzoek cliëntenpanels in te zetten, kan er beter aangesloten worden bij de behoeften van de doelgroep en ontstaat een beter begrip van de verzamelde data. Dit vergroot de betrokkenheid, aansluiting en effectiviteit van mogelijke interventies. Ook bij het ontwikkelen en verbeteren van digitale informatievoorzieningen, zoals e-Health of digitale diensten zouden cliëntenpanels ingezet moeten worden. Op deze manier kan bijvoorbeeld informatie over het aanvragen van zorg- en huurtoeslag of rechtsbijstand of het maken van een afspraak voor een coronatest, beter bij hen aansluiten. Het inzetten van cliëntenpanels heeft een positieve invloed op de geschiktheid, benaderbaarheid en bereikbaarheid van de zorg, voorzieningen of overheidsdiensten.

Regionaal, per gemeente (stad of dorp) of wijk kunnen er verschillen zijn in de factoren die bijdragen aan SEGV. Hierdoor is het raadzaam om regionaal, lokaal of wijkgericht te werk te gaan bij het uitwerken van het raamwerk bij een specifiek vraagstuk met betrekking tot toegang tot zorg, informatie of (overheids)diensten. Zet hierbij zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek in om een zo gedetailleerd mogelijke beeld te krijgen en maak gebruik van cliëntenpanels.

### **3.2 Afsluitend**

In deze verkenning wordt de toegang van zorg van gezondheid -en welzijnszorg beschreven aan de hand van het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang (Levesque et al., 2013; Khanassov et al., 2016). Over het algemeen is er sprake van een verminderde toegankelijkheid van zorg voor mensen met een lage SES door een complexe interactie tussen deze bovenstaande factoren bij de zorgvrager en/of zorgaanbieder, waardoor er een ongelijke toegang tot zorg ontstaat bij mensen met een lage SES. Om SEGV te verkleinen is het belangrijk dat de toegankelijkheid voor iedere burger gelijk is en hiervoor is een gelijke kans op de benodigde zorg, informatie en middelen nodig. Om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, is het belangrijk om de toegang vanuit én samen met de zorggebruiker én zorgaanbieder met de bijbehorende dimensies te bekijken, waarbij een inter-, multisectorale -en domein overstijgende aanpak nodig is die niet alleen gefocust is op het zorgdomein.

## Bronnen

Bodie, G. D., & Dutta, M. J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health marketing quarterly*, 25(1-2), 175–203.

Bruggerink, J. W. (2021). *Keuzes rond de zorgverzekering*. CBS.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/keuzes-rond-de-zorgverzekering>

Call, K. T., Conmy, A., Alarcón, G., Hagge, S. L., & Simon, A. B. (2021). Health insurance literacy: How best to measure and does it matter to health care access and affordability?. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*, 17(6), 1166–1173.

Callander, E. J., Corscadden, L., & Levesque, J. F. (2017). Out-of-pocket healthcare expenditure and chronic disease - do Australians forgo care because of the cost?. *Australian journal of primary health*, 23(1), 15–22.

Centraal Bureau voor de statistiek (29 juni 2021). *Zorguitgaven, inclusief steunmaatregelen, stegen in 2020 met 8,3 procent*. Cbs.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/26/zorguitgaven-inclusief-steunmaatregelen-stegen-in-2020-met-8-3-procent>

Centraal Bureau voor de statistiek (z.d.). Welke branches vallen onder de sector zorg en welzijn? CBS.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn/hoofdcategorieen/welke-branches-vallen-onder-de-sector-zorg-en-welzijn->

Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International journal for equity in health*, 20(1), 116.

Davies, J. M., Maddocks, M., Chua, K. C., Demakakos, P., Sleeman, K. E., & Murtagh, F. (2021). Socioeconomic position and use of hospital-based care towards the end of life: a mediation analysis using the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet. Public health*, 6(3), e155–e163. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30292-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30292-9)

Davies, J. M., Sleeman, K. E., Leniz, J., Wilson, R., Higginson, I. J., Verne, J., Maddocks, M., & Murtagh, F. (2019). Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 16(4), e1002782.

De Boer, W., Buskens, E., Koning, R. H., & Mierau, J. O. (2019). Neighborhood Socioeconomic Status and Health Care Costs: A Population-Wide Study in the Netherlands. *American journal of public health*, 109(6), 927–933.

De Boer, W., Dekker, L. H., Koning, R. H., Navis, G. J., & Mierau, J. O. (2020). How are lifestyle factors associated with socioeconomic differences in health care costs? Evidence from full population data in the Netherlands. *Preventive medicine*, 130, 105929.

De Jong, J., Korevaar, J., Kroneman, M., Van Dijk, C., Bouwhuis, S., De Bakker, D. (2016). Substitutiepotentieel tussen eerste en tweedelijns zorg: communicerende vaten of gescheiden circuits? Utrecht; NIVEL. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/substitutiepotentieel-tussen-eerste-tweede-lijns-zorg.pdf>

Donker, G.A. (2014). NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. *Peilstations 2013*. Utrecht:NIVEL;2014.

Durand, M. A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F., & Elwyn, G. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and metaanalysis. *PloS one*, 9(4), e94670.

Flinterman, F., Bisscheroux, P., Dijkema, P., den Hertog, F, de Jong, M., Vermeer, A. & Vosjan, M. (2019). Positieve Gezondheid en gezondheidspercepties van mensen met een lage SES. *Tijdschr Gezondheidswet*, 97, 96–105.

Gkiouleka, A., Huijts, T., Beckfield, J., & Bambra, C. (2018). Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions - A research agenda. *Social science & medicine (1982)*, 200, 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.025>

Goodridge, D., Hawranik, P., Duncan, V., & Turner, H. (2012). Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: a scoping review. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1310–1319.

Hodgkinson, S., Godoy, L., Beers, L. S., & Lewin, A. (2017). Improving Mental Health Access for Low-Income Children and Families in the Primary Care Setting. *Pediatrics*, 139(1), e20151175.

Holst, L., Brabers, A., Rademakers, J. & de Jong, J. (2020). *Zorgverzekeringsvaardigheden in Nederland: de eerste resultaten van de HILM-NL*. Utrecht: Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003698.pdf>

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W.M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(4163), 235-237.

Khanassov, V., Pluye, P., Descoteaux, S., Haggerty, J. L., Russell, G., Gunn, J., & Levesque, J. F. (2016). Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *International journal for equity in health*, 15(1), 168.

Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2018). Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International journal for equity in health*, 17(1), 160.

Lazar, M., & Davenport, L. (2018). Barriers to Health Care Access for Low Income Families: A Review of Literature. *Journal of community health nursing*, 35(1), 28–37.

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 18.

Levy, H., & Janke, A. (2016). Health Literacy and Access to Care. *Journal of health communication*, 21 (Suppl 1), 43–50.

Lueckmann, S. L., Hoebel, J., Roick, J., Markert, J., Spallek, J., von dem Knesebeck, O., & Richter, M. (2021). Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *International journal for equity in health*, 20(1), 58.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A. E., & European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England journal of medicine*, 358, 2468–2481.

Martin, S., Siciliani, L., & Smith, P. (2020). Socioeconomic inequalities in waiting times for primary care across ten OECD countries. *Social science & medicine*, 263, 113230.

McCartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A., & McMaster, R. (2019). Impact of Political Economy on Population Health: A Systematic Review of Reviews. *American journal of public health*, 109(6), e1–e12.

Nivel (16 februari 2021). *Minder mensen zien af van zorg vanwege de kosten*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/minder-mensen-zien-af-van-zorg-vanwege-de-kosten>

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Education and Communications. Geneva; World Health Organisation Division of Health Promotion.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal; a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Patientenfederatie. (z.d.). *Stapeling Zorgkosten*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.patientenfederatie.nl/dit-doen-wij/zorgkosten-en-betalbaarheid#stapeling-zorgkosten>

Pharos. (februari 2019). *Factsheet Persoongerichte zorg en diversiteit*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.pharos.nl/infosheets/persoongerichte-zorg-en-diversiteit-2/>

Pharos. (juli 2019). *Factsheet Sociaal economische gezondheidverschillen (SEGV)*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/>

Pharos. (juni 2020). *Factsheet Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/#wat-kunt-u-doen-inrichten-van-een-toegankelijke-organisatie>

- Pharos. (z.d.). *Brochure eHealth voor iedereen. Het belang van toegankelijke eHealth voor iedereen*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.pharos.nl/kennisbank/ehealth-voor-iedereen/>
- Plantinga, A., Zeelenberg, M., & Breugelmans, S. M. (2018). *Effecten van armoede op voelen, denken en doen*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.arnoudplantinga.nl/pdf/Effecten%20van%20Armoede.pdf>
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2021). *Een eerlijke kans op een gezond leven*. Raadrvs.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2021/04/07/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven>
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2020). *Essay Gezondheidsverschillen voorbij*. Raadrvs.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>
- RadboudUmc (19 juli 2019). *Tandzorg in Nederland kan beter*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2019/tandzorg-in-nederland-kan-beter> Geraadpleegd 7 september 2021.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (z.d.). *Feiten en cijfers over de relatie tussen armoede en gezondheid*. Loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/armoede-schulden-en-gezondheid/relatie-armoede-en-gezondheid>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (20 april 2020). *Zorguitgaven blijven tot 2060 stijgen, gemiddeld met 2,8 procent per jaar*. Rivm.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.rivm.nl/nieuws/zorguitgaven-blijven-tot-2060-stijgen-gemiddeld-met-28-procent-per-jaar>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (24 oktober 2016). *Kosten en effectiviteit van het vernieuwd bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker*. Rivm.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.rivm.nl/nieuws/kosten-en-effectiviteit-van-vernieuwd-bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker>
- Rijksoverheid (z.d.) *Digitale vaardigheden*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/taal-rekenen-digitale-vaardigheden/digitale-vaardigheden>
- Rijksoverheid (z.d.a) *Hoe is de Zorgverzekering in Nederland geregeld ?* Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringstelsel-in-nederland>
- Rijksoverheid (z.d.b) *Kan ik zorgtoeslag krijgen?* Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/kan-ik-zorgtoeslag-krijgen>
- Romanelli, M., & Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *The American journal of orthopsychiatry*, 87(6), 714–728.
- Smits, J.P.J.M., Droomers, M. & Westert, G.P. (2002). *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. RIVM rapport, 279601002*. Bilthoven: RIVM.
- Spooner, K. K., Salemi, J. L., Salihu, H. M., & Zoorob, R. J. (2017). eHealth patient-provider communication in the United States: interest, inequalities, and predictors. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 24(e1), e18–e27.
- Stichting Lezen en schrijven (z.d.). *Wat is laaggeletterdheid ?* Lezenenschrijven.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid>
- Van Den Muijsenbergh, M. (2019). Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg. *Tijdschr Gezondheidswet*, 97, 36-39.
- Van Beusekom, G. & Kuyper, L. (2018). *LHBT-monitor 2018*. Sociaal Cultureel Planbureau. SCP.nl. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.scp.nl/publicaties/monitors/2018/11/21/lhbt-monitor-2018>
- Van Dijk, C. E., de Jong, J. D., Verheij, R. A., Jansen, T., Korevaar, J. C., & de Bakker, D. H. (2016). Compliance with referrals to medical specialist care: patient and general practice determinants: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 17, 11.
- Volksgezondheidszorg.info. (z.d.) *Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 24 januari 2022, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/gezondheidszorg/gezondheidszorg>

Walker, C., & Peterson, C. L. (2021). Universal health coverage and primary health care: Their place in people's health. *Journal of evaluation in clinical practice*, 27(5), 1027–1032.

Westert, G.P. & Smits, J.P.J.M. (2007). Onderzoek naar zorggebruik en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In T. Plochg, R.E. Juttman, N.S. Klazinga & J.P. Mackenbach (Red.), *Handboek Gezondheidszorgonderzoek* (pp. 305-315). Houten: Bohn Stafleu van Loghem.

Westwood, S., Willis, P., Fish, J., Hafford-Letchfield, T., Semlyen, J., King, A., Beach, B., Almack, K., Kneale, D., Toze, M., & Becares, L. (2020). Older LGBT+ health inequalities in the UK: setting a research agenda. *Journal of epidemiology and community health*, 74(5), 408–411.

**OPEN UP**  
**NEW** HAN\_ UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES  
**HORIZONS.**