

NIVEL Kennisvraag 2016:

Zorg op maat

**Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen
met lage gezondheidsvaardigheden?**

Monique Heijmans
Hanneke Zwikker
Iris van der Heide
Jany Rademakers

NIVEL

Maart 2016

ISBN 978-94-6122-375-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

De laatste jaren is er in beleid en onderzoek steeds meer aandacht voor de verschillen die er bestaan tussen mensen in de mate waarin zij zelf in staat zijn regie te voeren over hun gezondheid en ziekte, daarbij keuzes kunnen maken voor een zorgverzekering of een behandelaar en een gelijkwaardige partner kunnen zijn in de contacten met zorgverleners. In de eerdere NIVEL-kennissyntheses ‘De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld’ (2013) en ‘Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend’ (2014) zijn die verschillen en hun consequenties uitvoerig beschreven. Daarbij staat het concept *gezondheidsvaardigheden* centraal. In het algemeen hebben mensen met lagere gezondheidsvaardigheden slechtere gezondheidsuitkomsten. Zij begrijpen gezondheidsinformatie minder goed, hebben meer moeite met de communicatie met zorgverleners, maken vaker fouten met het innemen van medicijnen, en kunnen in het algemeen minder goed hun eigen (chronische) ziekte managen. Zij zijn ook minder tevreden over de zorg die ze krijgen.

Gezondheidsvaardigheden krijgen vooral betekenis in de context waarin ze moeten worden gebruikt. In de gezondheidszorg gaat het dan om verschillende soorten organisaties (b.v. huisartsenpraktijken en ziekenhuizen), en om interactie met allerlei zorgverleners. Hoe ingewikkelder de zorg is georganiseerd, hoe complexer de taal die in folders en door zorgverleners wordt gebruikt, des te lastiger is het voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden om hun weg te vinden en te weten wat ze nu precies moeten doen. Hoe kan hier adequaat op worden ingespeeld? Er zijn twee mogelijke strategieën. De ene is het verbeteren van de individuele vaardigheden van patiënten of zorgconsumenten. De andere is het zoeken naar een betere aansluiting van de manier waarop zorg wordt aangeboden en hoe daarbij wordt gecommuniceerd. Hoe kunnen zorgverleners ‘zorg op maat’ bieden voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Dat is de vraag die in deze kennissynthese centraal staat.

Bij deze willen we graag de zorgprofessionals, -managers en organisaties bedanken die hebben meegewerkt aan de interviews en/of aan het werven van deelnemers voor interviews. Ook willen we de deelnemers aan de *invitational conference* voor hun betrokkenheid en inbreng. De leden van de begeleidingscommissie gaven waardevol commentaar in diverse stadia van het project.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Gezondheidsvaardigheden	9
1.2 Hoe gezondheidsvaardig is Nederland?	10
1.3 Lage gezondheidsvaardigheden gaan samen met slechtere gezondheidsuitkomsten	11
1.4 Complexiteit van de zorg	12
1.5 Focus op de context	13
1.6 Vraagstellingen	14
1.7 Drie domeinen van zorg	14
2 Gezondheidsvaardige zorgorganisaties	17
2.1 Hoe maak je de zorg gezondheidsvaardig?	17
2.2 Eigenschappen van gezondheidsvaardige organisaties nader omschreven	19
2.3 Conceptuele modellen	21
3 Toegankelijkheid van zorg	25
3.1 Stand van zaken	25
3.2 Hoe kan het beter? - Randvoorwaarden	29
3.3 Problemen en uitdagingen bij het creëren van randvoorwaarden voor toegankelijkheid	35
4 Informatievoorziening	43
4.1 Stand van zaken	43
4.2 Hoe kan het beter? - Randvoorwaarden	48
4.3 Problemen en uitdagingen bij het creëren van randvoorwaarden voor goede informatie	50
5 Communicatie en samen beslissen	53
5.1 Stand van zaken	54
5.2 Hoe kan het beter - Randvoorwaarden?	63
5.3 Problemen en uitdagingen bij het creëren van randvoorwaarden voor goede communicatie	66
6 Conclusies en aanbevelingen	69
6.1 Belangrijkste bevindingen	69
6.2 Aanbevelingen voor beleid en praktijk	72

Referenties	79
Bijlage A Methoden	87
Bijlage B Overzicht Nederlandse tools	93

Samenvatting

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden worden als probleem binnen de zorg nog weinig erkend en in de spreekkamer nog slecht herkend. Zorginstellingen kunnen veel doen om de zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeften en mogelijkheden van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Zowel op organisatieniveau als in de directe patiëntenzorg kunnen die verbeteringen worden doorgevoerd. Toch gebeurt dat nog onvoldoende. Het blijkt dat niet alle bestuurders en hulpverleners zich ten volle bewust zijn van het belang en de noodzaak om hier iets aan te doen, dat er meestal geen organisatiebreed beleid is ten aanzien van lage gezondheidsvaardigheden, dat er in de praktijk vaak te weinig tijd en middelen zijn om extra aandacht aan mensen met lage vaardigheden te besteden, dat het medewerkers aan kennis en vaardigheden ontbreekt om goed met deze patiënten om te gaan, en dat men onvoldoende op de hoogte is van de bestaande methoden, instrumenten en hulpmiddelen die op dit gebied beschikbaar zijn. Verder wordt de doelgroep nauwelijks betrokken bij verbeterinitiatieven.

Gezondheidsvaardigheden worden op veel manieren gedefinieerd. In het algemeen gaat het om de cognitieve en sociale vaardigheden van mensen om gezondheidsinformatie te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken in hun eigen situatie. Ongeveer één op de tien Nederlanders is laaggeletterd. Drie op de tien Nederlanders heeft moeite met gezondheidsinformatie. Wanneer we nog breder kijken en aspecten als motivatie en zelfvertrouwen meenemen dan blijkt dat iets minder dan de helft van de Nederlanders (48%) moeite heeft om zelf de regie te voeren over gezondheid en ziekte en daar ondersteuning bij nodig heeft. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben slechtere gezondheidsuitkomsten, minder goede ervaringen met de zorg en maken meer kosten.

Steeds meer groeit het besef dat de complexiteit van de zorgomgeving invloed heeft op de mate waarin lage gezondheidsvaardigheden een probleem worden. Het gaat dan om de manier waarop informatie wordt aangeboden, het taalgebruik, maar ook om de manier waarop de zorg georganiseerd is. In de Verenigde Staten is een model gedefinieerd met daarin de tien kenmerken waaraan een 'gezondheidsvaardige zorgorganisatie' zou moeten voldoen om optimaal aan te sluiten bij de wensen en behoeften van mensen met lage vaardigheden. Daarbij gaat het om bestuurlijke aspecten, zoals structurele aandacht voor gezondheidsvaardigheden in de missie en het beleid van de organisatie en inbedding in het kwaliteitsbeleid. Aangeraden wordt om medewerkers toe te rusten met de juiste kennis en vaardigheden, en om de doelgroep te betrekken bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van activiteiten. Daarnaast gaat het om

het verbeteren van toegankelijkheid van de zorginstelling en het vereenvoudigen van informatievoorziening en communicatie.

In deze kennisvraag is gekeken hoe het in Nederland gesteld is met de zorg aan patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Hoewel het thema zeker de aandacht heeft ervaart men in de zorgpraktijk belemmeringen om verbeteringen te implementeren. De belangrijkste aanbevelingen uit deze studie voor zorgverleners en –bestuurders zijn:

- Bevorder bewustwording en creëer aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden in alle geledingen van de organisatie.
- Zorg dat medewerkers over de kennis en vaardigheden beschikken om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan; maak zo mogelijk gebruik van reeds beschikbare methoden en hulpmiddelen (zie Bijlage B).
- Communiceer helder en eenvoudig en investeer in begrijpelijk informatiemateriaal.
- Richt de zorg zo in dat ook mensen met lage gezondheidsvaardigheden er hun weg in kunnen vinden; help hen daar proactief bij.
- Werk samen de doelgroep: mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen bijvoorbeeld fungeren als trainer maar ook de toegankelijkheid van de organisatie en het communicatie- en informatiemateriaal toetsen.

1 Inleiding

In de afgelopen jaren is het gezondheidszorgbeleid steeds meer gericht op een actieve bijdrage van patiënten, cliënten en burgers aan hun eigen gezondheid en zorg. Burgers worden aangemoedigd een gezonde leefstijl te kiezen, zelf de zorg te managen voor hun chronische ziekte, zelf te kiezen voor een zorgaanbieder of zorgverzekeraar en mee te beslissen over hun behandeling. De patiënt als partner of coproductant zijn vaak gebruikte termen.

Een positieve ontwikkeling, om niet over maar mét de patiënt en cliënt beslissingen te nemen die hem of haar uiteindelijk primair aangaan. Ook bezien vanuit het zelfbeschikkingsrecht is dit zeker gewenst en nodig. Dit recht zegt dat patiënten gestimuleerd moeten worden om hun eigen keuzes rond een behandeling te maken en hun eigen leven invulling te geven en daartoe goed geïnformeerd moeten worden (Hendriks e.a., 2013). Maar Nederlandse patiënten, cliënten en burgers verschillen in de mate waarin zij die actieve rol willen en kunnen vervullen (Rademakers, 2013, 2014).

1.1 Gezondheidsvaardigheden

Mensen die meer moeite hebben om een actieve rol te vervullen in de eigen zorg en zelf beslissingen te nemen zijn mensen met lagere gezondheidsvaardigheden (of lage 'health literacy') (Van der Heide e.a., 2015). Er bestaan veel verschillende definities van gezondheidsvaardigheden (Sørensen e.a., 2012). Sommigen leggen vooral de nadruk op functionele competenties (lezen, rekenen) en op cognitieve aspecten van informatieverwerking (begrijpen, beoordelen). Andere zijn breder en kijken ook naar de motivatie van mensen om iets aan hun gezondheid of aan zelfmanagement te willen doen. En als ze dat willen, of ze bijvoorbeeld het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheden hebben om dit ook in de praktijk te brengen, zelf of met de hulp van anderen. Een definitie die zich vooral beperkt tot de cognitieve aspecten is die van het Europese internationaal vergelijkende HLS-EU onderzoek: 'Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen' (Sørensen e.a., 2012). Een voorbeeld van een bredere definitie van gezondheidsvaardigheden is die van de WHO: *'The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways to promote and maintain good health'* (Nutbeam e.a., 1998).

WHO - definitie Gezondheidsvaardigheden ('health literacy'):

'The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways to promote and maintain good health'

In deze publicatie zullen we uitgaan van een brede definitie van gezondheidsvaardigheden zoals geformuleerd door de WHO. Een onderscheid dat ook vaak gemaakt wordt is tussen verschillende soorten gezondheidsvaardigheden: basale functionele vaardigheden (geletterdheid, rekenen), interactieve of communicatieve vaardigheden (waarbij men ook actief kan participeren) en kritische vaardigheden (waarbij men beter in staat is informatie kritisch te beoordelen en meer controle heeft over de eigen situatie) (Nutbeam, 2000). Soms wordt in onderzoek uitsluitend gekeken naar basale functionele vaardigheden en/of geletterdheid. Waar we in deze publicatie spreken over 'geletterdheid' of 'laaggeletterdheid' gaat het specifiek om deze studies. Anders gebruiken we het bredere begrip 'gezondheidsvaardigheden'.

Door de nadruk op persoonsgerichte zorg en daar binnen de aandacht voor zelfmanagement en eigen regie is ook de aandacht voor (verschillen in) gezondheidsvaardigheden toegenomen. Gezondheidsvaardigheden hangen nauw samen met zelfmanagement aangezien voldoende gezondheidsvaardigheden daar een essentiële voorwaarde voor zijn. Zij zijn daarom een aspect waar rekening mee gehouden moet worden bij de ondersteuning van zelfmanagement, net als met bijvoorbeeld de thuissituatie van patiënten en de aan- of afwezigheid van een sociaal netwerk.

1.2 Hoe gezondheidsvaardig is Nederland?

De vraag hoeveel mensen in Nederland nu feitelijk onvoldoende gezondheidsvaardigheden hebben is niet eenvoudig te beantwoorden. Het antwoord is afhankelijk van de definitie van gezondheidsvaardigheden die gekozen wordt, en van de norm voor wat nu precies voldoende en onvoldoende is. Als we uitsluitend kijken naar de vraag of mensen kunnen lezen, dan weten we dat er in Nederland ongeveer 250.000 analfabeten en 1,3 miljoen laaggeletterden (taalniveau 1F of lager) zijn. Deze laatste groep heeft veel moeite met het lezen van eenvoudige teksten (www.lezenenschrijven.nl). Uitgaande van de definitie en normering van de Europese HLS-EU studie die breder is dan alleen kunnen lezen maar zich wel beperkt tot cognitieve vaardigheden dan kan gesteld worden dat het niveau van gezondheidsvaardigheden bij 1,8% van de Nederlanders onvoldoende is, bij 26,9% problematisch, bij 46,3% voldoende en bij 25,1% uitstekend (Sørensen e.a., 2015). In vergelijking met de andere Europese landen in deze studie (Oostenrijk, Bulgarije, Duitsland, Griekenland, Spanje, Ierland, Polen) is dit beeld niet ongunstig. In alle acht landen van de HLS-EU studie samen lagen

de percentages in de onderste categorieën op 12,4% (onvoldoende) en 35,2% (problematisch). Toch blijkt hieruit dat bijna drie op de tien Nederlanders aangeeft moeite te hebben met het verkrijgen, begrijpen, beoordelen en gebruiken van gezondheidsinformatie. Gaan we uit van de brede definitie waarbij naast cognitieve aspecten ook gekeken wordt naar aspecten als motivatie, zelfvertrouwen en sociale steun dan blijkt dat iets minder dan de helft van de Nederlanders (48%) moeite heeft om zelf de regie te voeren over gezondheid en ziekte en daar eigenlijk ondersteuning bij nodig heeft (Nijman e.a., 2014). Gezondheidsvaardigheden zijn geen stabiel kenmerk maar kunnen fluctueren over tijd en situaties heen. Iemand die in de ene situatie heel vaardig is kan in een andere situatie, bijvoorbeeld onder invloed van emoties of een veranderende gezondheidstoestand, opeens veel minder vaardig zijn (Rudd, 2010). Hoewel lage gezondheidsvaardigheden dus van tijd tot tijd bij iedereen kunnen voorkomen, zijn er wel groepen in de samenleving die over het algemeen meer kwetsbaar zijn in dit opzicht; het gaat daarbij met name om ouderen, mensen met beperkingen, mensen met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau en allochtonen die moeite hebben met de Nederlandse taal (Van der Heide e.a., 2013a; 2013b; Sørensen e.a., 2015).

1.3 Lage gezondheidsvaardigheden gaan samen met slechtere gezondheidsuitkomsten

Uit meerdere studies blijkt dat mensen met lagere gezondheidsvaardigheden slechtere gezondheidsuitkomsten hebben, meer gebruik maken van zorg en dat ze de kwaliteit van de zorg die ze krijgen als minder goed ervaren (Berkman e.a., 2011). Mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben bijvoorbeeld meer moeite om te communiceren met artsen en andere zorgverleners (Schillinger e.a., 2004), nemen minder vaak zelf beslissingen met betrekking tot de behandeling van hun ziekte (Sarkar e.a., 2011) en ervaren meer problemen op het gebied van zelfmanagement (Cavanaugh e.a., 2011). Daarnaast krijgen mensen met lage gezondheidsvaardigheden vaker te maken met ernstige medicatiefouten (Schillinger e.a., 2005), worden ze vaker opgenomen in een ziekenhuis of op de spoedeisende hulp (Baker e.a., 2002), nemen ze minder vaak deel aan vaccinatieprogramma's (Sanders e.a. 2009), en komen ze eerder te overlijden (Bostock en Steptoe, 2012) dan mensen met betere gezondheidsvaardigheden. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschouwt gezondheidsvaardigheden daarom ook als een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid (WHO, 2007).

In 2013 is door PWC een schatting gemaakt van de kosten van laaggeletterdheid. Zij beraamden dat laaggeletterdheid de zorg jaarlijks 127 miljoen kost. Deze kosten zijn vooral te wijten aan meer ziekenhuisopnamen en meer huisartsbezoeken doordat mensen die laaggeletterd zijn vaker keuzes maken die niet optimaal zijn voor hun gezondheid en vaker hun medicijnen onjuist gebruiken (Stichting Lezen

en Schrijven, 2014). Uit een ander onderzoek onder mensen met diabetes bleek dat patiënten met lage gezondheidsvaardigheden jaarlijks tussen de 1.500 en 2.000 euro meer zorgkosten maken in de basisverzekering (Hendriks e.a., 2013). Wanneer er in beleid, preventie en zorg dus beter rekening wordt gehouden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden kan er dus op verschillende niveaus sprake zijn van winst. Preventie en zorg op maat zouden gunstiger gezondheidsuitkomsten voor de individuele burger en patiënt, betere ervaringen met de kwaliteit van zorg, en ook nog lagere zorgkosten kunnen opleveren.

1.4 Complexiteit van de zorg

Tot nu toe heeft de focus binnen het onderzoek naar gezondheidsvaardigheden vooral gelegen op eigenschappen van het individu. Kenmerken als opleiding of leeftijd en specifieke meetinstrumenten worden gebruikt om het individuele niveau van gezondheidsvaardigheden te meten of te schatten. Dat individuele niveau wordt beschouwd als verklarende factor in de relatie tussen gezondheidsvaardigheden en gezondheidsuitkomsten en als aangrijpingspunt voor de ontwikkeling van interventies voor het verbeteren van lage gezondheidsvaardigheden. Het doel van deze interventies is de competenties van het individu te vergroten (Berkman e.a., 2011; Heijmans e.a., 2015). Daarbij kan de focus liggen op het leren lezen en schrijven, op het verbeteren van kennis door het geven van informatie, op het vergroten van motivatie en zelfvertrouwen en op het oefenen met bepaalde vaardigheden (bijvoorbeeld hoe je vragen aan een arts kunt stellen). Hoewel een aantal van deze interventies positieve resultaten laat zien of veelbelovend is, zijn het niet alleen individuele competenties waar de veranderingen plaats zouden moeten vinden. Immers, er zullen altijd mensen met minder goede gezondheidsvaardigheden zijn.

Steeds meer groeit daarom het besef dat ook de complexiteit van de omgeving waarin patiënten verkeren invloed heeft op de mate waarin lage gezondheidsvaardigheden een probleem worden. Het gaat daarbij om de manier waarop informatie wordt aangeboden, het niveau van taalgebruik, maar ook om de manier waarop de zorg georganiseerd is. Bij communicatie valt te denken aan de mate van complexiteit van de informatie die de huisarts mondeling geeft tijdens een consult, maar ook aan de informatie op de website van een zorgorganisatie, of aan bijsluiters van medicijnen. Ook de manier waarop de zorg georganiseerd is kan belemmeringen in de toegankelijkheid opwerpen, omdat mensen met lage vaardigheden dan niet goed weten waar ze terecht kunnen en hoe het staat met de financiële vergoeding. Voor mensen die moeite hebben om informatie te vinden, te begrijpen en toe te passen bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen of in hun dagelijkse omgang met ziekte en gezondheid vormt een complexe omgeving een extra struikelblok (Brach e.a., 2012; Baker, 2006). Een ingewikkelde omgeving kan er aan bijdragen dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden nog minder in staat zijn om de regie te nemen over

hun gezondheid en ziekte, minder voor zichzelf durven op te komen in gesprekken met zorgverleners en zorg verlenende instanties en minder goed hun weg weten te vinden binnen de zorg. Hierdoor krijgen ze minder vaak de zorg die zij echt nodig hebben met slechtere gezondheidsuitkomsten als gevolg. De laatste jaren is daarom in toenemende mate aandacht voor contextfactoren die bijdragen aan de toegankelijkheid, begrijpelijkheid en bruikbaarheid van informatie over gezondheid en zorg voor mensen met lagere gezondheidsvaardigheden (Brach e.a., 2012; Koh e.a., 2013; Rudd e.a., 2011, 2013).

1.5 Focus op de context

In deze kennisvraag richten we ons op de zorgcontext waarbinnen mensen hun gezondheidsvaardigheden moeten toepassen. Hoe zou deze context moeten worden vormgegeven zodat hij aansluit bij de wensen en behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden en zij ook optimaal kunnen profiteren van de aanwezige zorg en ondersteuning? Met deze kennisvraag willen we inzicht bieden in wat er kan veranderen of verbeteren aan de kant van de zorgverlening. Daarmee bedoelen we zowel de eerste lijn (huisartsenpraktijken, huisartsen, POH-ers) als de tweede lijn (ziekenhuizen, medisch specialisten, verpleegkundigen).

Het doel van deze kennisvraag is dus in de eerste plaats inzicht te bieden in wat zorgaanbieders en zorginstellingen kunnen of zouden moeten doen om beter aan te sluiten bij de verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden van hun patiënten¹. Daarnaast beogen we met deze kennisvraag inzicht te geven in de punten waarop zorgaanbieders zelf ondersteuning nodig hebben, door te inventariseren welke uitdagingen en barrières individuele zorgverleners en organisaties ervaren bij de implementatie van beleid, inzichten en hulpmiddelen op het gebied van gezondheidsvaardigheden.

Een uitgebreide beschrijving van de methode van onderzoek die we hebben toegepast is te vinden in Bijlage A. Globaal bestond de studie uit vier delen. Er is een (internationale) literatuurstudie uitgevoerd naar onderzoek waarin initiatieven worden beschreven, uitgevoerd in de zorgsector, om zorg beter aan te laten sluiten op de gezondheidsvaardigheden van patiënten. Daarnaast hebben we een overzicht gemaakt van bestaande hulpmiddelen en methodieken die ontwikkeld zijn in Nederland om zorgverleners en/of patiënten met lage gezondheidsvaardigheden te ondersteunen (zie Bijlage B). Ook hebben we gesprekken gevoerd met mensen die werkzaam zijn in het veld om inzicht te krijgen wat er in Nederland gebeurt op het gebied van gezondheidsvaardigheden.

¹ Met de term 'patiënt' verwijzen we in deze kennisynthese naar mensen die gebruik maken van zorg. Hieronder vallen ook mensen die gebruik maken van bijvoorbeeld revalidatiezorg en psychische zorg, waarvoor ook veelal de term 'cliënt' wordt gehanteerd.

Tenslotte zijn de inzichten uit de literatuurstudie, de interviews en het overzicht van hulpmiddelen en methodieken besproken en getoetst tijdens een invitational conference bij relevante stakeholders.

1.6 Vraagstellingen

Dit onderzoek kent de volgende vraagstellingen:

- 1. Wat kunnen zorgverleners en zorginstellingen doen om beter aan te sluiten bij de verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden van hun patiënten? Welke competenties en maatregelen zijn daarvoor nodig, welke methodieken en hulpmiddelen kunnen worden gebruikt?*
- 2. Wat zijn barrières en problemen die zorgverleners en organisaties ervaren bij de implementatie van beleid, wetenschappelijke inzichten en hulpmiddelen op het gebied van gezondheidsvaardigheden?*

1.7 Drie domeinen van zorg

Bij het beantwoorden van deze twee hoofdvragen richten we ons op drie domeinen van zorg: toegankelijkheid van de praktijk of zorginstelling, informatievoorziening en communicatie in de spreekkamer/samen beslissen. Per domein zal specifiekere ingegaan worden op de volgende deelvragen:

1. In hoeverre wordt er nu al rekening gehouden met lage gezondheidsvaardigheden en op welke manier? (stand van zaken)?
2. Op wat voor manier kunnen zorgorganisaties en zorgverleners (nog) beter aan sluiten bij de verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden van patiënten? Welke competenties en maatregelen zijn daarvoor nodig en welke methodieken en hulpmiddelen kunnen worden gebruikt? (randvoorwaarden)
3. Welke uitdagingen en problemen ervaren zorgverleners en organisaties bij de implementatie van beleid, wetenschappelijke inzichten en hulpmiddelen op het gebied van gezondheidsvaardigheden? (problemen en uitdagingen)

In het volgende hoofdstuk beschrijven we eerst de huidige inzichten over waar zorgverleners en zorgorganisaties idealiter aan zouden moeten voldoen om zorg beter aan te laten sluiten op de gezondheidsvaardigheden van patiënten en de discussies die daarbij spelen (hoofdstuk 2). Vervolgens gaan we in de hoofdstukken drie tot en met vijf in op drie specifieke domeinen van zorg: toegankelijkheid (hoofdstuk 3), informatievoorziening (hoofdstuk 4) en

communicatie/samen beslissen (hoofdstuk 5). We schetsen daarbij steeds de stand van zaken, zoals die uit de literatuur en de gesprekken met zorgverleners naar voren komt, beschrijven de randvoorwaarden die per domein noodzakelijk zijn om zorg optimaal te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden en geven een overzicht van uitdagingen en problemen bij implementatie van deze randvoorwaarden. De internationale literatuur is hierbij leidend en deze wordt ter illustratie aangevuld met de informatie afkomstig uit de interviews en het overzicht van Nederlandse hulpmiddelen en methodieken. Bij de literatuurstudie is expliciet gezocht naar artikelen die betrekking hadden op het thema gezondheidsvaardigheden (*health literacy*). Over de domeinen toegankelijkheid, informatievoorziening en communicatie/samen beslissen in de zorg is veel meer onderzoek verricht. Gezien het doel van deze kennisvraag hebben er echter voor gekozen ons te beperken tot studies die ons specifiek inzicht konden verschaffen in de vraag hoe de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden verder verbeterd kan worden. De kennisvraag wordt afgesloten met conclusies en een aantal aanbevelingen (hoofdstuk 6).

2 Gezondheidsvaardige zorgorganisaties

Gezondheidsvaardige ('*Health literate*') organisaties zijn zorgorganisaties die het gemakkelijk maken voor mensen om hun weg te vinden binnen de zorg of de organisatie zelf, gezondheidsinformatie te begrijpen en toe te passen, en optimaal gebruik te maken van de aanwezige ondersteuning en zorg.

Bron: Brach e.a., 2012

In de inleiding van dit rapport gaven we al aan dat men er steeds meer van overtuigd raakt dat de mate waarin iemand gezondheidsvaardig is niet alleen bepaald wordt door individuele kenmerken maar ook afhankelijk is van de context waarin die vaardigheden moeten worden toegepast (Brach e.a., 2012; Koh e.a., 2013; Rudd e.a., 2011, 2013). Wanneer die context ingewikkeld of complex is, zal het voor mensen moeilijker zijn om hun weg te vinden binnen de zorg. Lage gezondheidsvaardigheden als *mis-match* tussen individuele vaardigheden en eisen of verwachtingen van de omgeving zijn daarmee niet alleen een individueel probleem, wat enkel vraagt om oplossingen gericht op het individu: oplossingen zouden ook gezocht moeten worden aan de kant van de omgeving, dat wil zeggen het zorgsysteem, zorgorganisaties en zorgverleners.

2.1 Hoe maak je de zorg gezondheidsvaardig?

In de afgelopen jaren zijn verschillende publicaties verschenen, met name vanuit de Verenigde Staten, waarin benadrukt werd dat het belangrijk is om na te denken over hoe zorgorganisaties en individuele zorgverleners hun zorg zouden moeten inrichten zodat patiënten en hun familie optimaal kunnen profiteren van de beschikbare zorg en ondersteuning. In 2012 en 2013 organiseerde het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) een tweetal workshops met belangrijke stakeholders over de vraag hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden (IOM Roundtable on Health 2012, 2013). Mede naar aanleiding van deze workshops verscheen een publicatie '*Ten attributes of a health literate organization*' (Brach e.a., 2012). Deze publicatie heeft een belangrijke rol gespeeld bij de verschuiving van de focus op individuele kenmerken naar de context van de zorg. In het artikel wordt beschreven aan welke eigenschappen een zorgorganisatie minimaal zou moeten voldoen om optimaal aan te sluiten bij de wensen en behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. De auteurs noemen tien eigenschappen (zie box). Het artikel is een consensuspaper en de eigenschappen zijn niet uitputtend maar geven weer wat op dat moment op basis van de literatuur en ervaringen uit de praktijk belangrijk werd gevonden om een organisatie gezondheidsvaardig te maken. De tien eigenschappen worden vooral

relevant geacht voor organisaties die directe patiëntenzorg leveren zoals huisartspraktijken, zorggroepen, gezondheidscentra, ziekenhuizen, revalidatiecentra, apotheken, maar ook voor individuele zorgverleners en zorgverzekeraars. Het artikel doet tevens suggesties hoe de tien kenmerken in de praktijk vorm te geven en benadrukt daarbij dat het niet alleen een kwestie is van kennis, maar dat veranderingen nodig zijn op ieder niveau van het zorgsysteem om te bereiken dat een organisatie daadwerkelijk 'health literate' wordt.

De tien eigenschappen hebben globaal betrekking op drie actoren binnen de zorg: 1) het bestuur of management van zorgorganisaties, die gezondheidsvaardigheden zou moeten erkennen als integraal onderdeel van structuren en processen binnen de organisatie; 2) de medewerkers van zorgorganisaties, die toegerust zouden moeten worden om hun zorg aan te laten sluiten bij de gezondheidsvaardigheden van patiënten; 3) en de doelgroep, mensen met lage gezondheidsvaardigheden, die betrokken zouden moeten worden bij het toegankelijk maken van de zorgorganisatie en de ontwikkeling van informatiemateriaal (Brach e.a., 2012). De tien eigenschappen kunnen ook gezien worden als doelen en randvoorwaarden: doelen op het gebied van toegankelijkheid, informatievoorziening en communicatie en de randvoorwaarden hoe deze doelen te bereiken.

Tien kenmerken van gezondheidsvaardige ('health literate') zorgorganisaties

Een gezondheidsvaardige zorgorganisatie kenmerkt zich door:

1. Aandacht voor gezondheidsvaardigheden die structureel zijn ingebed in de missie, het beleid en de activiteiten van de organisatie.
2. Een kwaliteitsbeleid waarvan aandacht voor gezondheidsvaardigheden een centraal onderdeel is en hier wordt ook op gemonitord.
3. Medewerkers die worden toegerust met de juiste kennis en vaardigheden om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan.
4. Het betrekken van mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsinformatie en zorg.
5. Zorg en informatie die zo ingericht is dat deze voor iedereen toegankelijk is.
6. Stimuleren van het gebruik van strategieën voor heldere communicatie en evaluatie van deze strategieën.
7. Informatie en zorg die gemakkelijk toegankelijk is en waarbij mensen worden geholpen om door de zorg heen te navigeren.
8. Investering in het ontwerpen en verspreiden van makkelijk te begrijpen en toe te passen informatie (gedrukt, audiovisueel of via sociale media).
9. Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden in situaties met een hoog risico zoals zorgtransities en communicatie rond medicatie.
10. Heldere communicatie over op welke zorg mensen recht hebben en waar men eventueel voor moet bijbetalen.

Bron: Brach e.a., 2012

2.2 *Eigenschappen van gezondheidsvaardige organisaties nader omschreven*

Hieronder gaan we wat dieper in op de tien eigenschappen van gezondheidsvaardige organisaties. De eigenschappen of randvoorwaarden vormen immers een referentiekader waaraan we de bevindingen in deze studie uit de literatuur en de ervaringen in Nederland op het gebied van toegankelijkheid, informatie en communicatie kunnen toetsen: hoe ver staan we in de praktijk, op welke punten is verbetering nodig, hoe kunnen we dat bereiken en waar liggen de uitdagingen?

1. *Aandacht voor gezondheidsvaardigheden is structureel ingebed in de missie, het beleid en de activiteiten van de organisatie.*

Wil een organisatie gezondheidsvaardig zijn dan is een voorwaarde dat iedereen binnen de organisatie aandacht voor gezondheidsvaardigheden belangrijk en noodzakelijk vindt en dat deze gedeelde visie ook structureel terug te vinden is in de missie, het beleid en alle activiteiten van de organisatie (Brach e.a., 2012). Dit uit zich bijvoorbeeld in een beleid om alle vormen van communicatie binnen een organisatie zo duidelijk en efficiënt mogelijk te maken, patiënten en consumenten te betrekken bij de communicatie en het nemen van beslissingen en medewerkers door middel van opleiding, tijd en financiële middelen ook voldoende toe te rusten om de zorg voor mensen met lage vaardigheden verder te verbeteren. Gezondheidsvaardige organisaties streven er ook naar zoveel als mogelijk verbeterstrategieën te implementeren waarvan de evidentie bewezen is, of, als die evidentie er nog niet is, mee te werken aan onderzoek en onderzoek te stimuleren waarmee die evidentie verzameld kan worden (Allen e.a., 2011; Ratanawongsa e.a., 2012).

2. *Kwaliteitsbeleid waarin aandacht voor gezondheidsvaardigheden een centraal onderdeel is en waar ook op gemonitord wordt.*

Aandacht voor gezondheidsvaardigheden moet onderdeel uitmaken van het kwaliteitsbeleid en bij het formuleren van indicatoren voor goede zorg. Om deze indicatoren te ontwikkelen is consensus binnen de organisatie nodig over wat belangrijke uitkomsten of indicatoren zijn voor goede zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Het gaat hierbij zowel over proces indicatoren (“hoe wil ik mijn zorg leveren?”) als uitkomstindicatoren (“wat wil ik er mee bereiken?”).

3. *Medewerkers worden toegerust met kennis en vaardigheden om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan.*

Medewerkers moeten kennis en vaardigheden ontwikkelen om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan en hen te herkennen in de praktijk. In het algemeen overschatten zorgverleners de vaardigheden van hun patiënten. In het artikel van Brach e.a. (2012) wordt verder benadrukt dat het vergroten van kennis en vaardigheden op alle niveaus van de organisatie moet plaatsvinden. Alleen op die manier creëer je een cultuur binnen een organisatie waarin iedereen werkt aan een zelfde doel, namelijk heldere

communicatie en voorlichting aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Vaardigheden en kennis van medewerkers zouden gemonitord moeten worden en regelmatig bijgeschoold indien onvoldoende.

4. *Mensen met lage gezondheidsvaardigheden moeten betrokken worden bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsinformatie en zorg.* Het is belangrijk dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zelf betrokken zijn bij het ontwikkelen van beleid, de inrichting van gebouwen of het ontwikkelen van bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal of websites. Vaak is dit niet het geval of worden mensen met lage gezondheidsvaardigheden pas betrokken in de evaluatiefase (Brach e.a., 2012). Door de doelgroep al vanaf het begin af aan te betrekken wordt de kans vergroot dat initiatieven op het gebied van informatie en communicatie daadwerkelijk aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van deze doelgroep.
5. *Zorg en informatie moet zo ingericht worden dat deze voor iedereen op ieder moment toegankelijk is;*
Mensen verschillen in de mate waarin zij gezondheidsvaardig zijn. Sommige mensen hebben geen moeite om complexe informatie met vele medische termen te begrijpen terwijl anderen moeite hebben met de betekenis van een instructie op een medicijndoosje of het vinden van een specifieke afdeling in een ziekenhuis (Kutner e.a., 2006). Voor zorgverleners is het in de praktijk vaak lastig om het juiste niveau van gezondheidsvaardigheden in te schatten. Daarbij komt dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zich zelf vaak schamen en verbergen dat zij bepaalde informatie moeilijk vinden of niet begrijpen. Daarom wordt in het artikel van Brach e.a. (2012) aanbevolen om de zorg zo eenvoudig te maken dat hij voor iedereen te begrijpen is. Informatie en communicatie moet zodanig geformuleerd worden dat iedereen het snapt en er zou ook gecontroleerd moeten worden of dit daadwerkelijk het geval is. Dit noemt men ook wel de ‘*universal precautions approach*’.
6. *Strategieën voor heldere communicatie en evaluatie van deze strategieën;*
Mensen met lage gezondheidsvaardigheden zijn vaak minder tevreden over de communicatie met hun zorgverleners, geven vaker aan dat zij communicatie niet begrijpen en zijn zelf minder geneigd om vragen te stellen tijdens een consult dan mensen die gezondheidsvaardiger zijn (Henselmans e.a., 2015). Heldere en duidelijke communicatie waarbij de patiënt uitgenodigd wordt tot vragen stellen is dan ook van belang. Dit geldt niet alleen voor communicatie in de spreekkamer maar bijvoorbeeld ook bij het maken van een afspraak, bij uitleg over hoe bij een zorginstelling te komen of op welke wijze men hulpmiddelen kan krijgen. Daarnaast is het van belang om te controleren of mensen de communicatie begrepen hebben en aan te sluiten bij de voorkeuren van mensen met lage vaardigheden wat betreft de wijze van communiceren.
7. *Informatie en zorg moet gemakkelijk toegankelijk zijn en mensen moeten geholpen worden om door de zorg heen te navigeren;*
De navigatie (bewegwijzering) binnen de zorg moet zodanig zijn dat de zorgorganisaties en individuele zorgverleners daarbinnen goed toegankelijk

zijn. Het gaat dan zowel om de navigatie binnen gebouwen, als om de toegankelijkheid via bijvoorbeeld websites of patiënten portals. Zorgverleners zouden daarbij een proactieve houding moeten hebben ten aanzien van het helpen van patiënten.

8. *Investering in het ontwerpen en verspreiden van makkelijk te begrijpen en toe te passen informatie (gedrukt, audiovisueel of via sociale media);*

Informatie is al snel te ingewikkeld, zeker voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Bestaande informatie binnen organisaties zou getoetst moeten worden op begrijpelijkheid bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Indien informatie te ingewikkeld blijkt moet de bestaande informatie aangepast worden of nieuwe informatie ontwikkeld worden. Bij het ontwikkelen van nieuwe informatie zou de doelgroep betrokken moeten worden.

9. *Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden in situaties met een hoog risico zoals zorgtransities en communicatie rond medicatie;*

Hoewel de zorg altijd goed toegankelijk zou moeten zijn en de informatie en communicatie duidelijk, zijn er situaties waarin aandacht voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden extra belangrijk is. Indien mensen in deze situatie informatie niet goed kunnen vinden, begrijpen of toepassen zijn de gevolgen mogelijk ernstiger. Voorbeelden van dit soort situaties zijn het geven van toestemming bij operaties, uitleg rond het nemen van meerdere medicijnen tegelijkertijd, beslissingen rond reanimatie, instructies bij ontslag uit het ziekenhuis. Gezondheidsvaardige organisaties hebben deze kwetsbare situaties gedefinieerd en richtlijnen opgesteld zodat miscommunicatie zoveel als mogelijk vermeden wordt.

10. *Heldere communicatie over op welke zorg mensen recht hebben en waar men eventueel voor moet bijbetalen.*

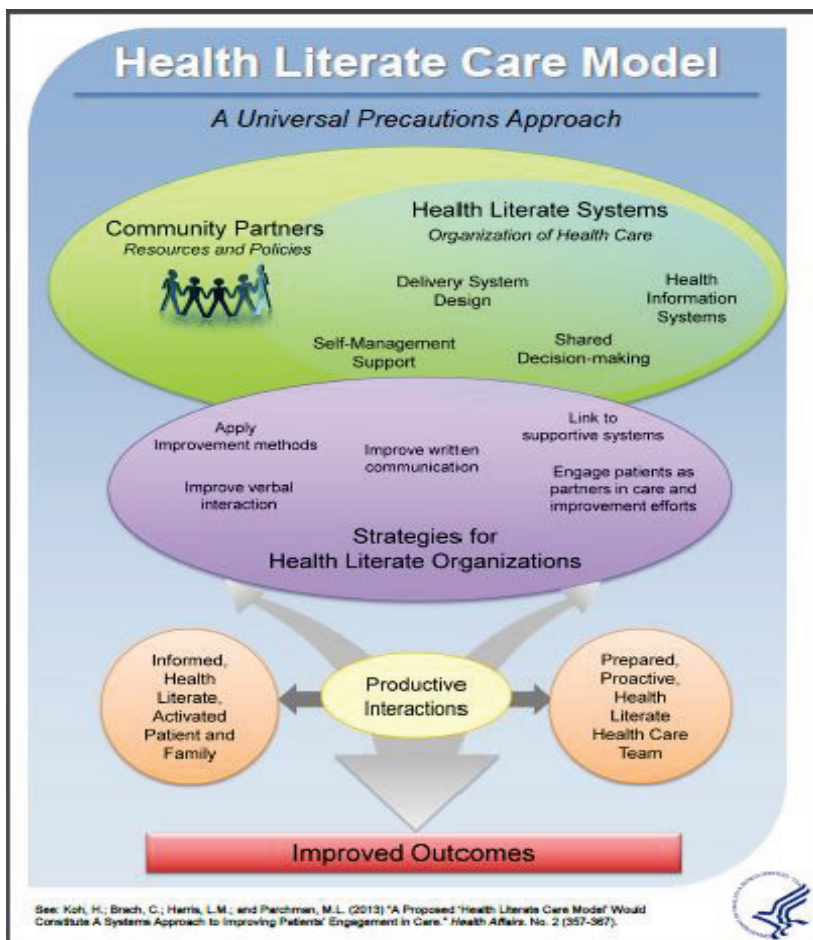
Dit kenmerk van gezondheidsvaardige organisaties speelt wellicht meer in de Verenigde Staten dan in een land als Nederland waar iedereen recht heeft op basiszorg heeft. Maar ook in Nederland geldt dat mensen vaak niet goed op de hoogte zijn van de dekking van hun verzekering, op welke vormen van zorg zij recht hebben op basis van wet- en regelgeving en wat hun eigen bijdrage daarin is. Ook moeten patiënten tegenwoordig steeds vaker checken of de zorgaanbieder van hun keuze wel vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Hierdoor kan het zijn dat mensen niet de zorg van hun voorkeur krijgen of de zorg waar zij recht op hebben of nodig hebben.

2.3 Conceptuele modellen

Een aantal onderzoekers heeft een poging gedaan om de eigenschappen van gezondheidsvaardige organisaties verder te ordenen. Voorbeelden zijn het *Health Literate Care Model* van Koh e.a. (2013) en de *Zorgpiramide* van Schillinger en Keller (2011).

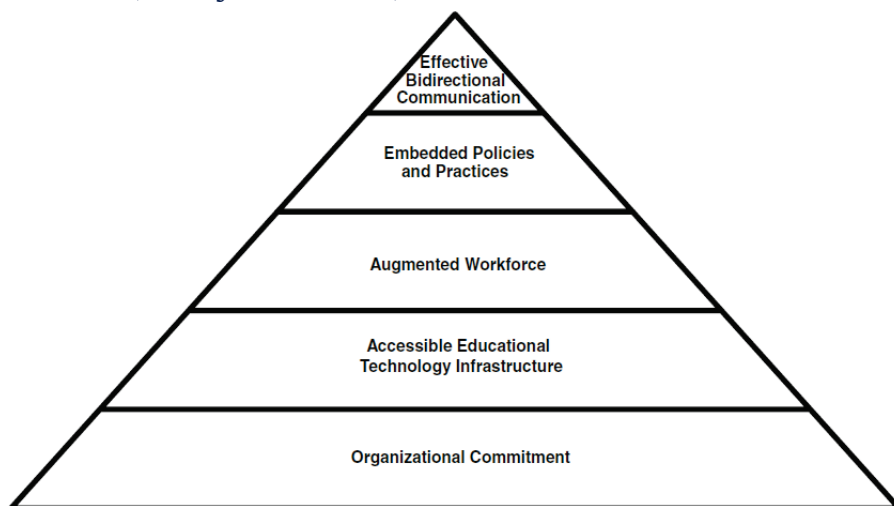
Koh e.a. (2013) beschrijft het Health Literate Care Model, geïnspireerd op het Chronic Care Model van Wagner (1996), waarin op overzichtelijke wijze de niveaus van een zorgsysteem in kaart worden gebracht die relevant zijn wanneer we de zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden willen verbeteren (zie Figuur 2.1). Naast het niveau van de organisatie en het één-op-één contact tussen patiënt en zorgverlener wordt hier nog een extra niveau toegevoegd: dat van het zorgsysteem. Het model illustreert hoe het niveau van het zorgsysteem, de zorgorganisatie, de zorgverlener en de patiënt allen bijdragen aan productieve interacties tussen individuen en professionals binnen de zorg en uiteindelijk aan betere gezondheidsuitkomsten. Ook illustreert deze figuur welke strategieën zorgorganisaties kunnen toepassen om informatie en diensten aan te laten sluiten bij verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden.

Figuur 2.1 Health Literate Care Model (Koh e.a., 2013)



Schillinger en Keller (2011) stellen een gezondheidsvaardige zorgorganisatie voor als een piramide (zie Figuur 2.2). De basis is een toegewijde organisatie waarin geïnvesteerd wordt in duidelijke infrastructuur en scholing. Deze investering zorgt voor beter toegeruste werknemers. Via structurele acties en beleid gericht op mensen met lage gezondheidsvaardigheden zorgen deze werknemers voor betere en effectievere communicatie tussen zorgverlener en patiënt.

Figuur 2.2 Zorgpiramide met eigenschappen van gezondheidsvaardige organisaties (Schillinger en Keller, 2011)



Zowel het model van Koh als de piramide van Schillinger en Keller vormen een logische redeneerlijn: de basisvoorwaarde om een gezondheidsvaardige organisatie te worden is de erkenning door iedereen binnen een organisatie dat lage gezondheidsvaardigheden belangrijk zijn en dat er iets moet gebeuren om de zorg aan mensen met lage vaardigheden te verbeteren. Vervolgens is het nodig om een zodanige infrastructuur te creëren dat werknemers optimaal toegerust worden om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan. Dit kan door opleiding en bijscholing, door het investeren in hulpmiddelen (bijvoorbeeld aanpassen foldermateriaal, aanschaf toolkits e.d.) en door beleid en procedures binnen een organisatie zo in te richten dat zorgverleners ook daadwerkelijk de mogelijkheid krijgen om hun kennis en vaardigheden te verbeteren. Dit moet uiteindelijk leiden tot productieve(re) interacties tussen zorgverlener en patiënt. In de volgende drie hoofdstukken zullen we op basis van literatuur en de ervaringen van bestuurders en professionals in de zorg in Nederland handvatten geven hoe bovenstaande kaders concreet vorm kunnen worden gegeven in de praktijk.

3 Toegankelijkheid van zorg

Toegankelijkheid van zorg speelt zich af op verschillende niveaus. Bij toegankelijkheid gaat het om navigatie en bewegwijzering in gebouwen, om digitale toegankelijkheid via internet (de website van de zorgorganisatie), om toegankelijkheid van informatiemateriaal over de instelling, en om toegankelijkheid van zorg als gevolg van wet- en regelgeving. In die zin raakt toegankelijkheid aan het onderwerp informatievoorziening dat besproken zal worden in hoofdstuk 4. Bij toegankelijkheid gaat het echter vooral om informatievoorziening op organisatieniveau. Het gaat dan bijvoorbeeld om informatie die te vinden is via een website of *portal* en gaat over de organisatie van zorg, hoe afspraken gemaakt kunnen worden, hoe herhaalrecepten kunnen worden aangevraagd, welke artsen er werken, en binnen een ziekenhuis informatie over de poliklinieken, bezoektijden etc. Hoofdstuk 4 'informatievoorziening' gaat over inhoudelijke informatie ten aanzien van ziekte en behandeling.

3.1 Stand van zaken

- Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden neemt toe maar is nog niet structureel ingebed;
- Grote diversiteit in kwantiteit en kwaliteit van initiatieven binnen zorgorganisaties;
- Behoeft aan definiëring en focus: wat is er nodig?
- Wet- en regelgeving/bureaucratische procedures vaak te ingewikkeld;
- Mondelinge informatie/folders/websites vaak te ingewikkeld;
- Navigatie in gebouwen vaak te complex.

Aandacht voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden neemt toe maar is nog niet structureel

Het beter toegankelijk maken van de zorg of de zorgorganisatie voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden begint bij het bewustzijn dat lage gezondheidsvaardigheden een probleem zijn en dat er iets moet gebeuren om de zorg aan mensen met lage vaardigheden te verbeteren (Brach e.a., 2012; Visscher e.a., 2015). Uit de literatuur blijkt dat de aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden toeneemt maar dat van structurele inbedding in het denken over de inrichting van de zorg nog geen sprake is (IOM Roundtable on Health, 2013). De laatste jaren wordt steeds meer rekening gehouden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden binnen de zorg en in het beleid van zorginstellingen, niet alleen in Amerika (Brach e.a., 2012) maar ook in Europa (Heijmans e.a., 2015) en meer specifiek in Nederland (dit onderzoek). Het

bewustzijn onder zorgverleners en andere medewerkers van zorgorganisaties dat mensen verschillen in de mate waarin zij gezondheidsvaardig zijn en dat het belangrijk is om daar ook aandacht voor te hebben, neemt toe. De geïnterviewde zorgmanagers en -professionals merken op dat tot voor kort er in Nederland alleen aandacht was voor lage gezondheidsvaardigheden bij allochtonen omdat zij vaak de Nederlandse taal niet beheersen. Nu worden zowel beleidsmakers, als bestuurders, als zorgverleners zich meer en meer bewust dat lage gezondheidsvaardigheden bij iedereen voor kunnen komen en dat een tekort aan vaardigheden zich niet alleen beperkt tot kunnen lezen of schrijven. Er is echter zowel nationaal als internationaal nog een grote diversiteit in kwantiteit en kwaliteit van beleid en acties om toegankelijkheid binnen organisaties te vergroten.

“Het feit dat er bewustwording is, is echt een stap. En dat er uit eigen ervaring dingen gedeeld worden en patiëntverhalen als voorbeeld gesteld worden. Er zit nu een enorme beweging in die ik de afgelopen tien jaar nog niet zag.”
[Zorgmanager en zorgcoördinator, ziekenhuis]

“Het is ook een proces waar we inzitten; het is een thema wat regelmatig terugkomt. Er is veel aandacht voor. Je wordt wel op dingen gewezen.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“Er was vooral aandacht voor cultuurverschillen binnen de zorg. Dat de autochtone bevolking ook moeite zou hebben met het begrijpen van informatie kwam voor veel zorgverleners als een verrassing. We zijn daar lang blind voor geweest en hebben ons vooral gericht op de allochtone bevolking. Er was lange tijd ook niet een antwoord op de problemen van patiënten met lage gezondheidsvaardigheden: het gebruik van Jip en Janneke taal was het enige, maar dit was vaak nog een overschatting.” [Arts, ziekenhuis]

Grote diversiteit in initiatieven

Brach e.a. (2012) pleitten in hun artikel voor leiders of aanjagers binnen organisaties die lage gezondheidsvaardigheden binnen de organisatie op de agenda zetten en acties organiseren om zo de organisatie en zorg toegankelijker te maken. Uit literatuur, maar ook uit de interviews in Nederland blijkt dat dergelijke aanjagers veelal nog ontbreken. Wel geldt voor Nederland dat er duidelijke voorlopers zijn binnen gezondheidszorgorganisaties daar waar het gaat om aandacht voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Binnen de Academische Ziekenhuizen geldt dit volgens de geïnterviewden bijvoorbeeld voor het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht). Hier vormt het rekening houden met lage gezondheidsvaardigheden en het stimuleren van patiëntparticipatie al een aantal jaren een structureel onderdeel van de strategie en het kwaliteitsbeleid. In het project 'Omgaan met laaggeletterdheid', onderdeel van het project Gezonde Taal, richt het UMC Utrecht zich op laaggeletterdheid

onder patiënten en medewerkers: voor beide doelgroepen is een apart traject uitgezet [http://www.umcutrecht.nl/nl/Subsites/Gezondheidsvaardigheden/Aanpak-UMC-Utrecht]. Geïnterviewden van dit ziekenhuis vertellen dat men zowel in het beleid als in de dagelijkse zorgverlening optimaal probeert aan te sluiten bij wat de patiënt nodig heeft. Zo worden tolken ingezet, worden folders steeds vaker ontwikkeld in samenwerking met patiënten en is de toegankelijkheid van de website van het UMC Utrecht langs een 'meetlat' van verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden gehouden. In andere academische ziekenhuizen wordt nog minder structureel aandacht besteed aan lage gezondheidsvaardigheden. Ook bij andere typen zorginstellingen zoals gezondheidscentra in de eerste lijn, revalidatiecentra of GGZ-instellingen in de tweede lijn is een grote diversiteit te zien in kwantiteit en kwaliteit van beleid om de organisatie toegankelijk te maken voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden.

Definiëring en focus verbetertrajecten vaak nog onduidelijk

Voor organisaties is het vaak lastig waar te beginnen, als de toegankelijkheid voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden binnen de organisatie verbeterd moet worden. Dat heeft te maken met onduidelijk over wat gezondheidsvaardig zijn nu eigenlijk is én met onvoldoende zicht op de specifieke behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Zorgprofessionals in de Verenigde Staten geven aan dat het consensuspaper van Brach e.a. (2012) wel helpt in het denken over hoe je als organisatie kan aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden, maar dat het voor daadwerkelijke implementatie nog niet specifiek genoeg is (IOM Roundtable on Health, 2013). De vertaalslag naar de praktijk ontbreekt. Naast de eerder genoemde pioniers of leiders die het gesprek over lage gezondheidsvaardigheden binnen een organisatie op gang moeten brengen, bestaat er in de praktijk behoefte aan instrumenten waarmee snel inzichtelijk kan worden gemaakt op welke punten een organisatie voldoet en op welke punten verbetering nodig is om een organisatie voor iedereen toegankelijk te maken en dus ook voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Voor iedereen is het immers prettig om gemakkelijk de weg te kunnen vinden en informatie te krijgen die op een heldere en eenvoudige manier geformuleerd is.

Aandacht voor kwetsbare groepen of voor iedereen?

Niet alleen binnen de literatuur maar ook in de praktijk speelt de discussie voor wie de zorg nu eigenlijk toegankelijker moet: moeten alle patiënten benaderd worden alsof ze lage gezondheidsvaardigheden hebben of moeten we via screening op zoek naar kwetsbare groepen? De generieke benadering wordt in het Engels de *universal precautions approach* genoemd (Brach e.a., 2012; Koh e.a., 2013). Als het om toegankelijkheid van zorg gaat, lijken stakeholders in de Verenigde Staten maar ook daarbuiten toch een voorkeur te hebben voor de meer generieke benadering (Brach e.a., 2012; Koh e.a., 2013; Visscher e.a., 2015). Door het aanbod en de organisatie van zorg zo eenvoudig te maken dat hij voor bijna

iedereen te begrijpen is, kom je tegemoet aan een grote groep mensen met lage gezondheidsvaardigheden. En van een goede en gemakkelijke toegankelijkheid profiteert tenslotte iedereen, aldus de voorstanders. Er zullen echter altijd groepen patiënten of burgers zijn die toch extra aandacht behoeven, ook al is geïnvesteerd in algemene toegankelijkheid. Bijvoorbeeld mensen bij wie taal, cultuur of sociaaleconomische omstandigheden een extra handicap vormen, of mensen die in delen van Nederland wonen waar de fysieke afstand tot zorg een obstakel kan vormen. Ook kunnen de vaardigheden van mensen verslechteren omdat ze ziek zijn, emotioneel reageren op nieuws van de zorgverlener of kan er bij ouderen sprake zijn van cognitieve achteruitgang. Aan deze mensen zal dus meer aandacht besteed moeten worden en zal het wellicht nodig zijn om aangepaste materialen of technologie te ontwikkelen om informatie begrijpelijk over te dragen en/of zorg toegankelijk te maken. Onderzoek van Schillinger e.a. (2008) en DeWalt e.a. (2010) laten zien dat extra ondersteuning, door bijvoorbeeld een casemanager of vrijwilligers die mensen de weg wijzen of mee lopen naar een consult, helpt om ook voor deze groepen de zorginstelling en informatie toegankelijk te maken.

Wet- en regelgeving

Binnen de zorg krijgen patiënten vaak te maken met allerlei regels en procedures. Regels over wanneer je een beroep kan doen op huishoudelijke hulp bijvoorbeeld, procedures om een hulpmiddel te krijgen of om gemaakte kosten terug te krijgen van een zorgverzekeraar. Vaak ook moeten mensen allerlei formulieren invullen voordat zij toegang krijgen tot zorg. Denk daarbij aan een gezondheidsverklaring, een *informed consent*, of een reanimatieverklaring. Deze regels, procedures en formulieren zouden voor iedereen makkelijk toegankelijk en begrijpelijk moeten zijn. Dit is echter zeker niet altijd het geval. Zo liet onderzoek van Hughes e.a. (2014) in Canada zien dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden (m.n. laaggeletterdheid) vaak niet weten waar zij terecht kunnen voor specifieke zorg en ook de bureaucratische procedures ingewikkeld vinden, met name om zich op de juiste manier te verzekeren voor de zorg die zij belangrijk vinden. Dit resulteerde in dit Canadese onderzoek in het vermijden van zorg. Ook liet onderzoek zien dat veel mensen moeite hebben met het invullen van formulieren, zoals bijvoorbeeld gezondheidsverklaringen, op het moment dat zij zorg nodig hebben omdat in dit soort formulieren vaak veel medisch jargon gebruikt wordt. Vragen worden daarbij niet begrepen of verkeerd geïnterpreteerd waardoor een deel van de mensen afziet van zorg of niet de zorg krijgt die zij nodig heeft (Rudd e.a., 2013).

Informatie en navigatie

Onderzoek van Rudd e.a. (2013) liet eveneens zien dat niet alleen wet- en regelgeving om bij zorg te komen ingewikkeld is voor veel mensen die zorg nodig hebben maar dat ook de toegankelijkheid van de zorg, als mensen eenmaal contact hebben met de zorgorganisatie, niet altijd soepel verloopt. De informatie over de zorg of zorginstelling via folders of websites is vaak op een niveau geschreven dat te moeilijk is voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden;

informatie verstrekt via telefoon is vaak veel en ingewikkeld en indien niet ondersteund door schriftelijk of visueel materiaal lastig te onthouden; de navigatie in gebouwen is vaak complex en niet getoetst aan de vaardigheden van bezoekers; bewegwijzering is voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vaak onduidelijk, er worden medische termen gebruikt en er wordt weinig gewerkt met symbolen; bij het invullen van standaardformulieren wordt vaak jargon gebruikt wat door een patiënt niet altijd begrepen wordt.

3.2 *Hoe kan het beter? - Randvoorwaarden*

- Creëer draagvlak binnen de gehele organisatie.
- Start met een behoeftenonderzoek onder je populatie.
- Zorg voor een duidelijke verbeteragenda en leiders om die uit te dragen.
- Zorg voor eenvoudige en duidelijke navigatie en informatie en controleer steeds of deze begrepen wordt.
- Bied proactief hulp aan om toegankelijkheid voor patiënten te vergroten;
- Betrek de doelgroep in ontwikkeling en evaluatie.
- Richt zorg zo in dat hij voor iedereen toegankelijk is maar reserveer extra tijd en aandacht voor kwetsbare groepen.
- Maak wet- en regelgeving transparant/vereenvoudig procedures en bied ondersteuning.
- Maak gebruik van bestaande methodieken en hulpmiddelen.
- Zoek de samenwerking met andere organisaties.

Structurele inbedding en draagvlak binnen de gehele organisatie

In de literatuur wordt bij herhaling benadrukt dat verbetertrajecten plaats moeten vinden op verschillende niveaus van de organisatie en dat daarom vanuit het management van de zorginstelling centraal beleid moet worden ontwikkeld. Medewerkers bewust maken van het probleem en het creëren van draagvlak moeten deel uitmaken van dat beleid. Ook tijdens de interviews werd het ontbreken van een centraal beleid benadrukt.

Interviewer: “Heeft u het idee dat artsen bekend zijn met bestaande hulpmiddelen om om te gaan met patiënten met lage gezondheidsvaardigheden?” Zorgverlener: “Ik ben er bijna zeker van dat zij hiermee niet bekend zijn. Misschien is het bij maatschappelijk werkers wel bekend, maar niet bij de mensen die bij ons werken. Een reumaconsulent die bij ons werkzaam is, geeft aan dat het ook in de wereld van de reuma- verpleegkundigen niet een onderwerp is dat aandacht krijgt. (...) Er is geen beleid voor vanuit het ziekenhuis.” [Arts, ziekenhuis]

Definiëring en focus van verbetertrajecten - behoeftenonderzoek

Behoeftenonderzoeken onder patiënten/cliënten van organisaties worden nu niet systematisch uitgevoerd maar zouden wel kunnen helpen om te bepalen op welke punten een organisatie kan verbeteren teneinde een gezondheidsvaardige organisatie te worden en optimaal aan te sluiten bij de wensen en behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. In de literatuur wordt een aantal instrumenten beschreven waarmee in kaart gebracht kan worden hoe gezondheidsvaardig een organisatie is en op welke punten verbetering nodig is. Dit soort instrumenten kan ingezet worden aan de start van een kwaliteitsverbetertraject, om doelen mee te formuleren en daarna ook om voortgang te monitoren. Het instrument van Weaver e.a. (2012) meet bijvoorbeeld de sterke en zwakke punten met betrekking tot gezondheidsvaardigheden op organisatieniveau op zes domeinen: arts-patiëntcommunicatie, mondelinge patiëntenvoorlichting, schriftelijk voorlichtingsmateriaal, ondersteunende technologie, samenwerking tussen medewerkers onderling en beleid. In Nederland is de Quickscan 'Gezondheidsvaardigheden' van het CBO beschikbaar. Deze Quickscan kijkt onder andere naar de toegankelijkheid van mondelinge, schriftelijke en digitale communicatie van de organisatie en de bewegwijzering in en rond het gebouw (zie Bijlage B). In een aantal ziekenhuizen in Nederland is al ervaring opgedaan met deze Quickscan (<http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/quickscan-gezondheidsvaardigheden-van-scan-naar-verbeteringen-in-ziekenhuizen/>). Vanuit de interviews werd opgemerkt dat deze scan voldoet om problemen te signaleren maar dat de vertaalslag naar concrete verbetertrajecten nog moeilijk is. Mogelijk is het dan ook zinvol om de Quickscan verder door te ontwikkelen met het oog op implementatie.

Batterham e.a. (2014) ontwikkelden het '*Ophelia framework*' in Australië. Dit is een methodiek waarmee organisaties op een systematische manier interventies voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen ontwikkelen. Eerst worden de gezondheidsvaardigheden van patiënten/cliënten op een aantal domeinen in kaart gebracht met een daarvoor speciaal ontwikkelde vragenlijst, de *Health Literacy Questionnaire* (HLQ; Osborne e.a., 2013). Vervolgens kunnen op basis van deze screening de behoeften bij deze doelgroep worden geïdentificeerd en in samenspraak met medewerkers van de organisatie daar een passend interventieaanbod bij gekozen of ontwikkeld worden.

De *CAHPS Health literacy item sets* (Weidmer e.a., 2012) zijn vragensets die ontwikkeld zijn om vanuit patiëntenperspectief te kijken in hoeverre zorgverleners binnen organisaties tegemoet komen aan de wensen en behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Deze informatie kan dan weer gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering.

Op basis van dit soort behoeftenonderzoeken kan vervolgens een verbeteragenda met duidelijke doelen geformuleerd worden. Belangrijk is ook dat er binnen de organisatie leiders zijn die deze agenda uit kunnen en willen dragen.

Bereikbaarheid en navigatie - Duidelijke informatie en communicatie

In de literatuur worden allerlei suggesties gedaan om gebouwen, informatiemateriaal en websites voor iedereen toegankelijker te maken. Minder en eenvoudiger zijn daarbij de sleutelwoorden. Zo bestaat in Amerika de *Health Literacy Universal Precaution Toolkit* (<http://nchealthliteracy.org/toolkit>) die de instelling hulpmiddelen biedt om de toegankelijkheid te verbeteren voor mensen met alle niveaus van gezondheidsvaardigheden (Dickens e.a., 2013). Daarbij gaat het bijvoorbeeld om eenvoudige bewegwijzering met niet te veel tekst en het gebruik van symbolen in plaats van letters. Maar ook medewerkers van zorginstellingen kunnen behulpzaam zijn bij het toegankelijker maken van een organisatie door patiënten te begeleiden bij hun gang door de organisatie en de zorg (Rudd e.a., 2013); aangeraden wordt om niet te wachten tot mensen hulp vragen maar begeleiding proactief aan te bieden door bijvoorbeeld vrijwilligers in te zetten bij de ingang van een ziekenhuis om patiënten naar de juiste afdeling te brengen; patiënten te helpen bij het maken van vervolgsafspraken; samen met de patiënt afspraken en folders door te nemen en te controleren of de patiënt deze begrepen heeft; en een patiënt te volgen door de tijd heen en te kijken of afspraken zijn nagekomen (*follow-up*). Daarnaast is het van belang om voor een veilige omgeving te zorgen waar patiënten om hulp durven te vragen. Binnen de huisartspraktijken in Nederland lopen diverse initiatieven, zo blijkt uit de interviews:

“Belangrijk is ook de centrale receptie in het gezondheidscentrum. Mensen komen namelijk niet eerst bij de doktersassistenten (tenzij ze bekend zijn in het centrum en bij de dokter moeten zijn) omdat die anders te zwaar belast worden. De mensen van de centrale receptie wijzen mensen de weg, in het gebouw, maar ook daarbuiten.” [Directeur gezondheidscentrum]

“Wat we nog meer doen, is veel voorlichting in de wachtkamer, beeldmateriaal, we laten dus filmpjes maken waar we ook steeds financiering voor moeten regelen. Bijvoorbeeld over aandoeningen, over avond- en weekenddiensten en over ketenzorg. Daarin wordt benadrukt dat mensen zelf ook verantwoordelijkheid zijn voor hun gezondheid.” [Directeur gezondheidscentrum]

Andere genoemde strategieën om de zorg toegankelijker te maken, zijn het terugdringen van de ‘overkill’ aan informatie binnen de organisatie en het bieden van een laagdrempelig aanspreekpunt aan patiënten. Dat kan bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist zijn, of een buddy die belangen voor mensen behartigt in de zorg. Door een dergelijk aanspreekpunt creëer je een verbinding tussen de patiënt en de zorgverlener, aldus een zorgverlener van een revalidatiecentrum:

“Voor sommige patiënten is ‘bemoezorg’ echt nodig. Een laagdrempelig aanspreekpunt is heel belangrijk voor patiënten. Want dokters hebben heel

weinig tijd. En iedereen laat zich zo naar buiten wieberen, zelfs hoogopgeleiden. Een laagdrempelige, verpleegkundig specialist die iemand opvangt na het gesprek met de dokter. Patiënten maken zich dus nog steeds ongerust na een gesprek met een arts. Daar hoeft je niet eens laaggeletterd voor te zijn. Met zo'n verpleegkundige kun je echt winst boeken. Of een buddy systeem. Dat is er al op commerciële basis: bijvoorbeeld voor mensen met een gehandicapt kind die dan de belangen van de ouders kunnen behartigen. Maar dat kost wel geld. Voor mensen met chronische pijn kan dat wel zorgen voor minder consumptie van zorg. Als een neuroloog niet aansluit bij de patiënt dan gaat de patiënt ergens anders op zoek naar de oplossing. Die verbinding tussen arts en patiënt is heel belangrijk. Ook van mensen van wie je het niet denkt, die kunnen nog veel moeite hebben met informatie.” [2e lijn zorgverleners van revalidatiecentrum]

Daarnaast moet er op gelet worden dat zorg niet gehinderd wordt door allerlei vaststaande procedures. Flexibiliteit en zorg op maat is geboden (Rudd e.a., 2013).

Bereikbaarheid en navigatie - Betrek de doelgroep

Belangrijk is ook om mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij het ontwikkelen van programma's en materiaal te betrekken; laat ze bijvoorbeeld door het gebouw lopen en kijk of alles duidelijk is, laat websites beoordelen. In het Universitair Medisch Centrum Utrecht is de nieuwe bewegwijzering met letters voor poliklinieken en afdelingen in plaats van namen bijvoorbeeld tot stand gekomen in samenwerking met patiënten. Patiëntenparticipatie zorgt er voor dat de navigatie en informatie beter aansluit bij de behoeften van de doelgroep. Aan mensen die extra aandacht behoeven zal meer tijd en aandacht besteed moeten worden, bijvoorbeeld door ondersteuning in de vorm van een casemanager of vrijwilligers die patiënten in de instelling begeleiden. Ook kan er noodzaak zijn tot een aanpassing in materiaal, bijvoorbeeld in de eigen taal en cultuur, of noodzaak tot het gebruik van tolken.

Ook op een hoger niveau, bijvoorbeeld in het bestuur van een organisatie of binnen de lokale overheid (gemeenten) kunnen adviesgroepen geformeerd worden waarin mensen met lage gezondheidsvaardigheden participeren samen met beleidsmakers en experts op het gebied van gezondheidsvaardigheden (Brach e.a., 2012) en meedenken over de inrichting van zorg en ondersteuning aan burgers of patiënten. Daarnaast zouden ook zorgverzekeraars zich kunnen laten adviseren door mensen met lage gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld bij het opstellen van poliswaarden om de leesbaarheid van deze documenten en daarmee de toegankelijkheid van zorg te vergroten.

Maak wet- en regelgeving transparant

Hier ligt in eerste instantie een taak voor de Rijksoverheid, gemeenten en zorgverzekeraars die wetten en regels maken, maar ook zorginstanties of individuele zorgverleners kunnen in samenwerking met deze actoren zorgen dat

wetten en regels duidelijk uitgelegd worden aan patiënten. Circa één derde van de chronisch zieken in Nederland ervaren ingewikkelde wet- en regelgeving rond bijvoorbeeld aanpassingen in de woning of het krijgen van hulpmiddelen, huishoudelijke hulp of verpleging en verzorging thuis als een barrière om de zorg te krijgen die zij willen of nodig hebben (Heijmans e.a., 2014b). Heldere communicatie hierover zou hen duidelijkheid moeten bieden. Ook zorgpolissen van zorgverzekeraars worden door veel chronisch zieken als ingewikkeld ervaren (Heijmans e.a., 2014b). Meer dan de helft van de chronisch zieken vindt het daarnaast moeilijk om te bepalen hoe wetten en regels op hun eigen situatie van toepassing zijn (Heijmans en Waverijn, 2014a). Voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden zullen deze percentages waarschijnlijk nog hoger zijn. Wet- en regelgeving rond zorg, hulpmiddelen en vergoedingen en dan met name de communicatie en informatievoorziening daarover door de Rijksoverheid en gemeenten en door zorgverzekeraars moet zodanig geformuleerd worden dat deze voor iedereen te begrijpen is. Ook is belangrijk dat mensen wegwijs wordt gemaakt zodat ze weten waar en bij wie ze welke informatie kunnen vinden. Het geheel van zorgverlening en de wet- en regelgeving daar rond moet transparant en overzichtelijk zijn. Dat geldt zeker ook voor de zorgpolissen van verzekeraars. Chronisch zieken bijvoorbeeld vinden het lastig kiezen tussen verschillende verzekeraars en polissen en hebben moeite om uit de polissen op te maken voor welke zorg ze verzekerd zijn en waar ze voor moeten bij betalen; ook de mate van vrijheid die zij hebben bij het kiezen van een zorgverlener is voor veel patiënten niet duidelijk (Heijmans e.a., 2014b). Het moet voor mensen die zorg nodig hebben duidelijk zijn bij wie zij terecht kunnen voor welke zorg en op welke zorg men recht heeft. Binnen een gezondheidscentrum in Nederland is met dat doel een steunpunt voor mensen opgezet ‘de weetwinkel’ waar zij met vragen terecht kunnen. De ‘weetwinkel’ is gevestigd in een buurthuis.

“We hebben ook een ‘i-shop’ (de ‘weetwinkel voor iedereen’), hier kunnen mensen naartoe om uitleg te krijgen over dingen die zij niet begrijpen of kunnen hulp te krijgen bij het invullen van formulieren. (...) Als mensen niet begrijpen wat ze moeten doen kunnen ze daar terecht. Als het echt juridisch wordt, worden ze doorverwezen naar de sociaal raadslieden. Maar met allerhande vragen, bijvoorbeeld dat ze vrijstelling voor de gas-waterheffingen hebben of willen en dergelijke, allerlei gemeentelijke belastingen, als ze niet goed snappen hoe dat moet, kunnen ze daarvoor terecht. (...) En vanmiddag krijgen we ‘taalpunt’ in het gezondheidscentrum, van Stichting Lezen en Schrijven. We hebben samen vrijwilligers geworven. Die beginnen een middag in de week als taalpunt, die mensen helpen te lezen, te begrijpen.”
[Directeur gezondheidscentrum]

Gebruik van bestaande hulpmiddelen om de toegankelijkheid te vergroten

Er is een grote hoeveelheid aan hulpmiddelen beschikbaar om de organisatie toegankelijker te maken, zowel op het gebied van navigatie in gebouwen als op

het gebied van websites als voor het ontwikkelen van informatiemateriaal. Helaas zijn die hulpmiddelen nog niet bij iedereen bekend. Zo is er de eerder genoemde *Health Literacy Universal Precautions Toolkit* in de Verenigde Staten (Dickens e.a., 2013), maar ook in Nederland zijn er tal van hulpmiddelen beschikbaar (zie Bijlage B). Een deel van deze hulpmiddelen is ook opgenomen op de website van Vilans. Uit de interviews blijkt dat een aantal organisaties hun toegankelijkheid voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden probeert te vergroten door het leesniveau van websites en bestaand informatiemateriaal aan te passen. Een gezondheidscentrum in Noord-Holland heeft haar website bijvoorbeeld aangepast op een laag taalniveau en weer een andere zorggroep probeert haar informatiemateriaal niet moeilijker te laten zijn dan basisschoolniveau 6. Alle materialen die in dit gezondheidscentrum geschreven worden gaan ter controle ook altijd langs de afdeling PR en Communicatie. In een GGZ-instelling zijn speciale projectmedewerkers actief die zoveel mogelijk documenten omschrijven naar het niveau van patiënten met lage gezondheidsvaardigheden, op aanvraag van de zorgverleners.

“Folders, boeken, werkboeken, huisregels, brieven uit het EPD omschrijven naar het niveau van lage gezondheidsvaardigheden. Wat we te horen krijgen of wat men omgeschreven wil hebben, dat pakken we aan.” [Projectleider en –medewerker ze lijn, GGZ-instelling]

Soms gebruikt men bestaande, Nederlandse tools om de toegankelijkheid van zorg te vergroten (specifieke tools op gebied van schriftelijke informatievoorziening over aandoeningen en mondelinge communicatie). Zo verwijst de bovengenoemde GGZ-instelling cliënten regelmatig naar websites zoals *steffie.nl*, *e-tv* en *oefenen.nl*. Deze websites zijn bedoeld om basisvaardigheden op gebied van taal, rekenen, omgaan met gezondheid, geld, werk e.d. gemakkelijker onder de knie te krijgen.

Regionale samenwerking

Regionale samenwerking tussen zorgverleners is noodzakelijk om goed te kunnen aansluiten bij de ondersteuningsbehoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Individuele zorgverleners of zorg verlenende instanties zullen zelf niet altijd alle type ondersteuning kunnen regelen waaraan behoefte is. Geïnterviewden benadrukken het belang van een betere samenwerking tussen ketenpartners, bijvoorbeeld met een apotheek, als men de kans op medicatiefouten wil verkleinen. Als informatie op meerdere plaatsen op een zelfde manier herhaald wordt, blijft het ook beter hangen bij mensen.

“Voorlichting bij de apotheek lijkt me ook nuttig. Over medicatie weten mensen heel weinig. Als ze een ander merk krijgen dan gebruiken ze het soms gewoon niet meer, ze weten alleen dat hun pilletje wit of geel is. En ook voor hoger opgeleiden is dat moeilijk. Dat kan echt kans geven op intoxicaties.

Mensen vertrouwen het doosje niet omdat het er anders uitziet. Daar zou wel wat aandacht voor mogen komen.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“Ik denk dat er ook veel meer samengewerkt zou kunnen worden met de eerste lijn. Ik denk dat de dingen die je in een ziekenhuissetting niet kunt bereiken, misschien kunt verhelpen wanneer we een beter beeld krijgen van iemand in zijn thuissituatie. En als zorg daar wordt geboden. (...) Vanuit transmuraal denken is er steeds meer aandacht voor de samenwerking met de eerste lijn. Maar dat kan nog wel veel beter, die samenwerking.” [Zorgmanager en zorgcoördinator, ziekenhuis]

Samenwerking biedt ook andere voordelen: door regionale samenwerking kan de aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden zich ook breder verspreiden dan binnen de eigen organisatie alleen en bijvoorbeeld ook aandacht krijgen in buurt- en welzijnswerk of binnen scholen of bedrijven. Hierdoor wordt de reikwijdte van de interventies groter. Daarnaast heeft regionale samenwerking nog als ander voordeel dat zorg daardoor meer geconcentreerd wordt aangeboden. Ideaal voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden is bijvoorbeeld de zogenaamde ‘zorg onder één dak’ zoals die geboden wordt in gezondheidscentra in Nederland. Zorg die fysiek gemakkelijk toegankelijk is zonder al te veel bureaucratische schotten (Hughes e.a., 2014).

3.3 Problemen en uitdagingen bij het creëren van randvoorwaarden voor toegankelijkheid

- Initiatieven ter verbetering van de zorg worden niet organisatiebreed ingezet.
- Er is behoefte aan aanjagers die kunnen overtuigen.
- Er is behoefte aan een verbeteragenda met duidelijk prioriteiten.
- Randvoorwaarden als geld en tijd zijn onvoldoende aanwezig.
- Er is behoefte aan scholing van vaardigheden van het zorgpersoneel.
- Zorgorganisaties ervaren een gemis aan steun van de overheid en gemeenten bij het ontplooiën van initiatieven ter verbetering van de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden.
- Er is gebrek aan evidentie: is aandacht voor gezondheidsvaardigheden (kosten-)effectief?
- Zorg sluit nu te weinig aan bij de doelgroep omdat deze te weinig betrokken wordt.
- Er zijn al veel tools en hulpmiddelen beschikbaar om toegankelijkheid te vergroten maar men is hier niet mee bekend of weet niet hoe men ze in de praktijk kan toepassen.

Verbetertrajecten worden niet organisatiebreed ingezet

Initiatieven om de toegankelijkheid van zorg te vergroten voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden komen vaker alleen vanuit projectteams of het management en niet ook vanuit zorgverleners zelf. Aandacht voor gezondheidsvaardigheden is vaak het gevolg van activiteiten van een enkeling binnen de organisatie. Hierdoor leeft het niet onder alle medewerkers van een organisatie en is organisatiebrede implementatie lastig. Ook tijdens de interviews wordt aangegeven dat het thema ‘gezondheidsvaardigheden’ nauwelijks in beeld is bij clinici en niet door hen wordt (uit)gedragen. Een vertaalslag van het management naar de praktijk blijft daardoor lastig.

“En het management vindt vaak geen goede aansluiting op de werkvloer. De vertaalslag van het management naar de praktijk is lastig. (...) Vanuit communicatieafdelingen van ziekenhuizen wordt er wel van alles opgetuigd, maar het landt nog niet in de zorgketen en dat is wat je wilt.” [Arts, ziekenhuis]

“Wat ik echt hoop is dat de clinicus het thema meer gaat uitdragen. Het thema moet in de zorgketen blijven en niet alleen een thema zijn van communicatieafdelingen. Ik zie dat de spelers binnen het veld ‘gezondheidsvaardigheden’ steeds minder vaak collega’s zijn en op die manier gaat het niet lukken om er iets aan te doen. Er moeten dus meer artsen betrokken zijn. Health literacy moet onderdeel uitmaken van de sociale anamnese.” [Arts, ziekenhuis]

Er zijn natuurlijk wel zorgverleners die zelf het initiatief nemen om iets aan lage gezondheidsvaardigheden te doen omdat ze tegen problemen in de praktijk opliepen. Maar dit zijn vaak uitzonderingen.

“Mensen die de sneldiagnose doen liepen tegen problemen aan. De patiënten die zij helpen krijgen een diagnose en moeten daarna heel snel een behandeltraject in. En ze hadden behoefte aan een hulpmiddel om mensen op een snelle manier door alle informatie heen te helpen.” [Zorgmanager en zorgcoördinator, ziekenhuis]

Aanjagers binnen organisaties ontbreken.

Ook tijdens de IOM Roundtable on Health (2013) kwam naar voren dat leiders binnen organisaties ontbreken en dat hierin geïnvesteerd zou moeten worden. Rogers noemt deze aanjagers ‘kampioenen’ of *champions* (“A charismatic individual who throws his or her weight behind an innovation, thus overcoming indifference or resistance that the new idea may provoke in an organization”) (Rogers, 2013). Deze aanjagers zijn namelijk essentieel voor het bereiken van medische innovaties, in dit geval voor een omslag in het denken en handelen van zorgverleners ten aanzien van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Het is de interviewers opgevallen dat in organisaties waar veel activiteit is ten aanzien

van gezondheidsvaardigheden ook inderdaad dergelijke aanjagers aanwezig zijn, of op zijn minst een directie of Raad van Bestuur die het belang ziet van investeren in beleid voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden.

Behoeftte aan een verbeteragenda met duidelijke prioriteiten

Aansluitend bij het gemis van een centraal beleid ontbreekt ook een duidelijke focus waar te beginnen. Vaak zijn initiatieven ter verbetering van de zorg een reactie op concrete problemen die zich voordoen in de praktijk. Er is geen agenda, geen prioritering van problemen. Dat heeft volgens een aantal zorgverleners dat geïnterviewd werd mede te maken met een algemeen gebrek aan kennis over de grootte van het probleem 'lage gezondheidsvaardigheden', wat dit probleem precies inhoudt en de urgentie om er iets aan te doen. Kennis en scholing hierover zouden wenselijk zijn.

“We zijn begonnen met laaggeletterdheid, maar dachten ook: het is veel breder, het gaat ook om gezondheidsvaardigheden. Daarin zijn we gestart bij de communicatie. Dit kun je gemakkelijk aanpakken. En we zijn gestart bij bewustzijn creëren onder de hulpverleners. Dat kun je uitzetten door bijvoorbeeld presentaties te houden of casuïstieken te bespreken. De ‘Taalmeter’ van Stichting Lezen en Schrijven is ook iets wat je gewoon kunt implementeren. En die gedragsverandering onder hulpverleners: we zijn aan het kijken hoe we dat kunnen veranderen. Dit is iets wat echt in hun werk gaat zitten, dat is lastig. Er is nu een stagiair die kijkt naar hoe je bewustwording creëert op grote schaal. We hebben zo’n 80 locaties en zo’n 2000 medewerkers. Dus we gaan nu locatie voor locatie af. Uiteindelijk zal dit ook in behandelpaden en opleidingsplannen moeten komen. De vraag is hoe je dit in mensen hun genen gaat krijgen. Dit zal wel vier tot vijf jaar in beslag nemen voordat je daar verder in bent. Als het al zo snel gaat. Het is een andere manier van kijken naar patiënten. (...) En gedragsverandering is cultuurverandering, dat vergt gewoon een aantal jaar voordat je daar bent. Je wilt ook niet te hard ‘prikken’.” [Projectleider en –medewerker 2e lijn, GGZ-instelling]

De eerder genoemde instrumenten van bijvoorbeeld CBO, het Ophelia Project in Australië, de CAHPS Health literacy items of de toolkits zouden door zorgprofessionals en –managers kunnen worden ingezet om de problemen in een organisatie in kaart te brengen en een verbeteragenda op te stellen.

Randvoorwaarden ontbreken

Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat een gebrek aan tijd en geld een grote barrière is om zorg toegankelijker te maken voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden.

“Ik heb behoefte aan financiële middelen, voor tolken, voor allochtone zorgconsulenten, voor hulpverleners, voor hand- en spandiensten, diensten om

deze populatie beter te kunnen bedienen. Ik heb er behoefte aan dat daar gewoon middelen voor zijn. (...) We hebben bijvoorbeeld een Turks sprekende tolk, 1 x per week. Dat vraagt best veel om gefinancierd te krijgen, sinds de financiering van tolken in de zorg is weggefallen. Dat wordt nu door het huisarts-achterstandsfonds vergoed. Wat we nog meer doen, is veel voorlichting in de wachtkamer, beeldmateriaal, we laten dus filmpjes maken waar we ook steeds financiering voor moeten regelen.” [Directeur gezondheidscentrum]

“Ik roep altijd al dat er meer geld bij moet wanneer je in deze wijk dezelfde kwaliteit zorg wilt geven als elders.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“En tijd zou heel fijn zijn. Tijd scheelt heel veel. De angst is dat er in de toekomst minder geld en tijd zal zijn dan nu. En wanneer je dat niet hebt, dan kun je veel minder bieden.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

Behoeft e aan scholing

Verschillende geïnterviewden geven aan dat er behoefte is aan (bij- en na)scholing van de medewerkers op het gebied van lage gezondheidsvaardigheden. Ook vinden zij dat er al in de initiële opleiding van zorgverleners aandacht aan dit thema besteed moet worden. Het ontbreekt namelijk vaak niet alleen aan vaardigheden aan de kant van de patiënt, maar ook aan de kant van de zorgverlener. Ook in de internationale literatuur wordt het belang van scholing en het ontwikkelen van kennis onder alle geledingen van een zorgorganisatie onderstreept (Brach e.a., 2012; Seurer e.a., 2013; Smith e.a., 2013). Wat scholing betreft ziet een geïnterviewde het accrediteren van scholing op gebied van gezondheidsvaardigheden als een extra stimulans voor zorgverleners om met dit thema aan de slag te gaan.

“Ik zou wel ons als behandelaars willen verbeteren. Dat is wat nu denk ik veelal buiten schot blijft. Van de patiënt wordt verwacht dat hij de regie in eigen handen neemt, dat hij vaardig genoeg is. Daar worden veel interventies voor ontwikkeld. De patiënt moet iets doen, maar het zit hem ook de intentie en de vaardigheden die zorgverleners zelf hebben. Ik zou zorgverleners daarin meer bewust willen maken en willen scholen.” [Zorgmanager en zorgcoördinator, ziekenhuis]

“Het zou mooi zijn als het in de opleiding zou zitten. En dan bij alle soorten disciplines. Het blijft ook altijd een actueel thema en lage gezondheidsvaardigheden zullen altijd blijven.” [Projectleider en –medewerker 2e lijn, GGZ-instelling]

“Eigenlijk zou iedereen scholing moeten krijgen over lage gezondheidsvaardigheden. Ook over de routeborden. Dat grote bord met alle routes, dat is lastig.

Er is dus echt interesse in scholing. Vooral teamscholing, daar hebben we nu nog steeds profijt van.” [2e lijn zorgverleners van revalidatiecentrum]

Gemis steun van Rijksoverheid en gemeenten

Een andere ervaren barrière is dat het thema ‘gezondheidsvaardigheden’ nog niet hoog genoeg op de politieke agenda staat bij de Rijksoverheid en bij bestuurders op lokaal niveau, aldus een aantal geïnterviewden. Zij missen daardoor steun bij het ontplooiën van initiatieven ter verbetering van de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Het is volgens hen ‘uit de mode’ om doelgroepgerichte voorzieningen te stimuleren; aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden komt nu nergens formeel terug, niet in wet- en regelgeving, niet in beleid van de Rijksoverheid of van gemeenten, niet in zorgstandaarden voor goede zorg zoals bijvoorbeeld de zorgstandaard diabetes of cardiovasculair risicomangementment en ook niet in de discussies over persoonsgerichte zorg. Hierdoor heeft aandacht voor gezondheidsvaardigheden ook niet automatisch de aandacht binnen organisaties.

“Er komt een steeds grotere tweedeling gebaseerd op vaardigheden. Niet alleen gezondheidsvaardigheden, maar ook geletterdheid, educatie. Daar is veel te weinig oog voor, ook binnen de gemeente [...]. Er is een heel grote groep die je extra moet stimuleren. Wij komen vaak in het hoekje van ‘Julie pampere mensen teveel’. ‘Het moet afgelopen zijn met zo’n Turks sprekende adviseur’. Het is uit de mode om dat soort doelgroepgerichte voorzieningen te hebben. Wij roeien vaak tegen de stroom in. Je hebt nu eenmaal te maken met een heel grote groep die niet meekomt. Daar zit ook een vorm van zwakbegaafdheid bij, niet alleen een taalprobleem, maar het ligt ook aan andere dingen.” [Directeur gezondheidscentrum]

Gebrekk aan evidentie

Er is nog niet veel bewijs dat het investeren in lage gezondheidsvaardigheden binnen een organisatie ook echt helpt. Dit is voor veel zorgprofessionals in het veld een reden om niet direct te starten met verbetertrajecten. Vanuit de IOM Roundtable conferenties on Health (2012, 2013) werd ook benadrukt dat het ontbreken van evidentie dat alle investeringen de moeite waard zijn een belangrijk struikelblok vormt voor verdere implementatie. Brach e.a.(2012) roepen dan ook op om zoveel als mogelijk *evidence based* technieken ter bevordering van toegankelijkheid te implementeren en, indien die niet voorhanden zijn, in ieder geval inspanningen te monitoren en te evalueren zodat evidentie beschikbaar komt en meer zicht op wat wel en niet werkt, onder welke voorwaarden en in welke situatie.

Tijdens een interview wijst ook een zorgverlener uit een groot, academisch ziekenhuis in Nederland erop dat zij bewijs nodig hebben van de kostenefficiëntie van het toegankelijk maken van zorg voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Dit om zowel bestuurders als zorgverleners in de

praktijk te stimuleren om hun zorgverlening daadwerkelijk op deze doelgroep aan te passen. Zij zegt: “Evidence is heel belangrijk. Het moet zinvol blijven, want tijd en middelen is echt wel een probleem. Dat is de realiteit van de dag. (...) Je wilt in ons geval weten hoeveel van het veiligheidsprobleem komt door *health literacy*”. Een andere geïnterviewde heeft bewijs uit onderzoek niet nodig. Ze denkt dat rekening houden met lage gezondheidsvaardigheden per definitie kostenefficiënt is en dat dit ook een kans is om problemen op andere gebieden van cliënten aan te pakken:

“Wij denken dat de kostenefficiëntie heel groot is door rekening te houden met lage gezondheidsvaardigheden. Ik denk ook dat zorgverzekeraars meer mogen investeren in dit soort projecten. Het kost hen ook veel geld. Bijvoorbeeld omdat mensen niet komen opdagen op afspraken (...) Wellicht kan de hele Wmo ook helpen om mensen aan taal te krijgen. Oplossen van taalproblemen is iets wat snel tot resultaten kan leiden, tot oplossingen bij de rest van de problemen die mensen hebben. Als jij financiële problemen hebt, dan kun je er bijna donder op zeggen dat je ook taalproblemen hebt.” [Projectleider en –medewerker 2e lijn, GGZ-instelling]

Beoordelen van bestaande navigatie en informatievoorziening met de doelgroep

De huidige navigatie en informatievoorziening in de zorg wordt te weinig kritisch bekeken of afgestemd met de doelgroep. Hierdoor is informatie nog steeds vaak te moeilijk.

Er zou een meer systematische check moeten komen op begrijpelijkheid en niveau van taal. Hiervoor zijn al wel instrumenten beschikbaar maar die worden nog maar incidenteel toegepast. Een voorbeeld van zo'n instrument is een ‘wandeltoets’ waarbij men met iemand uit de doelgroep door de instelling loopt en nagaat waar zich problemen voordoen bij het vinden van de weg.

Bestaande Nederlandse tools

Tot slot zijn er barrières genoemd ten aanzien van bestaande, Nederlandse tools om zorg toegankelijker te maken. Deze instrumenten zijn opgenomen in het overzicht in Bijlage B. De barrières die men ervaart hebben vooral te maken met een gebrek aan kennis dat de tools bestaan of –als ze wel bekend zijn– niet weten hoe men de tools in de praktijk moet toepassen. Over de Quickscan ‘Gezondheidsvaardigheden’ van het CBO is gezegd dat deze scan goed laat zien wat er beter kan in de organisatie, maar dat deze geen aanknopingspunten biedt hoe dit dan beter kan. Dat belemmert deze bestuurder om verbeterpunten door te voeren:

“Als organisatie hebben we de praktijkcheck van het CBO gehad, niet zo lang geleden. (...) Wat ik bezwaarlijk vond, is dat ze vooral kunnen aantonen wat nog niet goed is, maar heel weinig: ‘Hoe dan wel?’ Bij ons is de bewegwijzering

bijvoorbeeld een probleem. We zitten nu zo'n 12 jaar in dit gebouw, en we zijn steeds aan het puzzelen: hoe kunnen we die bewegwijzering nu goed doen? Dat is echt een heel ingewikkeld vraagstuk. En we zijn er nog steeds niet uit. Het CBO komt dan tot de conclusie van 'de bewegwijzering is nog niet helder.' Dan denk ik, dank je de koekoek, maar zeg dan 'hoe dan wel?' Daar waren we teleurgesteld in." [Directeur gezondheidscentrum]

Het is de moeite waard om te verkennen of het CBO instrument verder doorontwikkeld kan worden, zodat het meer handvatten biedt voor daadwerkelijke implementatie van verbeteringen in de praktijk. Er zijn ook barrières genoemd ten aanzien van tools op gebied van schriftelijke informatievoorziening en mondelinge communicatie. Deze worden beschreven in hoofdstukken 4 en 5.

4 Informatievoorziening

Onder informatievoorziening verstaan we de inhoud van alle schriftelijke informatie die door zorgverleners aan patiënten wordt gegeven of waarnaar zij worden verwezen en die gaat over ziekten en behandeling. Deze informatie wordt vaak gebruikt ter ondersteuning van het proces van mondelinge communicatie en samen beslissen. Schriftelijke informatie kan een folder zijn maar bijvoorbeeld ook informatie op websites. Het proces van mondelinge communicatie en samen beslissen komt in hoofdstuk 5 aan de orde.

4.1 Stand van zaken

- Bestaand informatiemateriaal is vaak te veel, te technisch en te complex.
- Geen systematische beoordeling bestaand materiaal op leesbaarheid.
- De begrijpelijkheid van bestaand informatiemateriaal wordt door zorgverleners systematisch overschat.
- Onvoldoende bekendheid met en gebruik van hulpmiddelen en richtlijnen bij beoordeling van bestaand materiaal en ontwikkeling van nieuw materiaal.
- Ontwikkeling en toetsing van materiaal gebeurt vaak zonder inbreng van eindgebruikers.
- Veel initiatieven om informatie begrijpelijker te maken, maar meestal niet gestratificeerd naar diverse niveaus van gezondheidsvaardigheden.
- Bestaande tools en hulpmiddelen worden niet altijd gebruikt omdat ze niet aansluiten bij de doelgroep, onhandig of onduidelijk zijn in gebruik, voor patiënten te moeilijk blijken of niet bekend zijn bij de zorgverleners.

Bestaande informatie is veel, en vaak te technisch en complex

Er is een grote hoeveelheid aan informatie beschikbaar voor patiënten binnen de zorg, via verschillende kanalen. De enorme hoeveelheid en de diversiteit maakt het voor mensen lastig te beoordelen welke informatie goed of betrouwbaar is. In de interviews wordt door zorgprofessionals gesproken van een “*overkill*” aan informatie. Daarbij komt dat bestaand informatiemateriaal voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden vaak te technisch en complex is (Walsh en Volsko, 2008).

Niet iedere zorgorganisatie is zich bewust van het feit dat veel schriftelijk materiaal te complex is voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden:

“We houden zeker niet standaard rekening in onze schriftelijke communicatie met lage gezondheidsvaardigheden van patiënten. [...] Er is geen beleid voor vanuit het ziekenhuis. Voor informed consent bijvoorbeeld gaat men er bij het ziekenhuis van uit dat wij verifiëren dat de patiënt het allemaal begrijpt. Bij

het invullen van de informed consent formulieren wordt uitgegaan van het zelfgerapporteerde begrip van de patiënt. Bij grote studies en ingrepen moeten we nagaan of de patiënt wilsbekwaam is. Zo ja, dan wordt er ook vanuit gegaan dat iemand de informatie begrijpt.” [Arts, ziekenhuis]

Geen systematische beoordeling van bestaand materiaal

Of informatiemateriaal voldoet aan richtlijnen voor het optimaal aansluiten op patiënten met lage gezondheidsvaardigheden wordt meestal niet (systematisch) gecontroleerd. Er vindt op de meeste plaatsen nog geen beoordeling plaats van bestaand materiaal op begrijpelijkheid en er wordt weinig kritisch gekeken naar de ontwikkeling van nieuw materiaal. Dat heeft enerzijds te maken met een overschatting van de duidelijkheid van bestaand materiaal aan de kant van zorgverleners en de makers van dit materiaal, anderzijds met een gebrek aan kennis en vaardigheden om bestaand materiaal te beoordelen en/of een onbekendheid met hulpmiddelen die voor dit doel ontwikkeld zijn. Zo liet onderzoek van Cafiero e.a. (2013) onder 456 nurse practitioners in de eerste lijn zien dat deze onvoldoende kennis hadden om informatiemateriaal voor patiënten op geschiktheid voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden te beoordelen en dat ze ook weinig kennis hadden van bestaande instrumenten die voor dit doel geschikt zijn. Er bestaan echter wel richtlijnen voor het ontwikkelen van infomateriaal die geschikt zijn voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden (Hong e.a., 2013. Hou e.a., 2012 en Pilcher e.a., 2014). Voorbeelden hiervan zijn de richtlijnen ontwikkeld door het *Center for Disease prevention and Health Promotion* (Pilcher e.a., 2014) en de *Agency for Health Care Research and Quality* (Papadakos e.a., 2014) in de Verenigde Staten of checklists voor het beoordelen van bestaand materiaal zoals de *English National Qualifications Framework* (Rowlands e.a., 2015) of de *Suitability Assessment of Materials (SAM)* (Scott e.a., 2013). Denk bij richtlijnen bijvoorbeeld aan gebruik van korte woorden/zinnen, het vermijden van jargon, het gebruiken van witruimte en specifieke lettertypen en -kleuren (checklist ‘Assisting Health Literacy: checklist for materials’, zie Bijlage B). Deze richtlijnen en hulpmiddelen, die zowel geschikt zijn voor geschreven materiaal als websites, worden echter nog onvoldoende systematisch gebruikt. Zorgverleners geven ook aan dat zij niet bekend zijn met richtlijnen voor goede informatievoorziening. Wel blijkt uit de interviews dat materiaal van Stichting Lezen en Schrijven om informatiemateriaal toegankelijker te maken in Nederland wel bekend is. Informatiemateriaal wordt ook vaak zonder de doelgroep –de eindgebruikers- ontwikkeld.

Informatiemateriaal: veel initiatieven

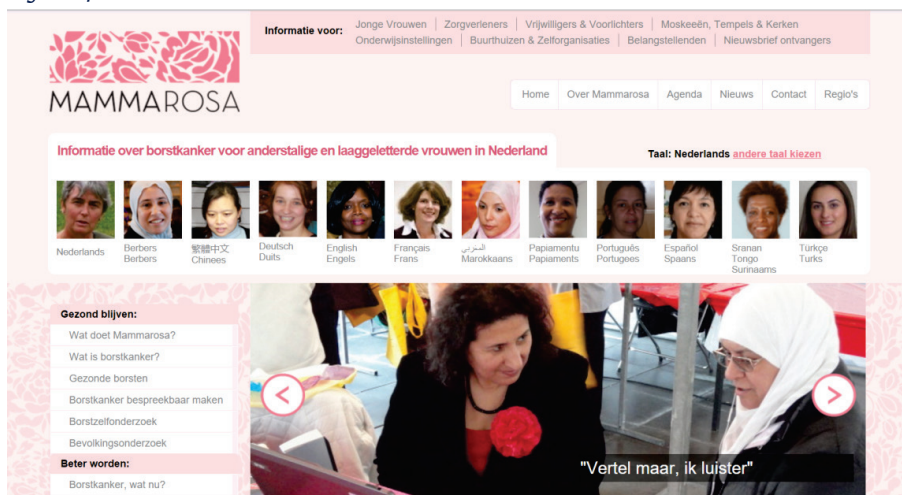
Er bestaan diverse initiatieven om informatiemateriaal beter aan te laten sluiten bij patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Voorbeelden zijn het aanbieden van vertaald informatiemateriaal in de eigen taal van een patiënt en passend bij zijn of haar cultuur, het trainen van personeel in eenvoudig schrijven, materiaal (laten) omschrijven naar een lager niveau van gezondheidsvaardigheden door

bureaus of professionals die daarin gespecialiseerd zijn, samen met de patiënt informatiefolders ontwikkelen, maar ook het bewust aanbieden van visueel materiaal in plaats van geschreven tekst. Zorgverleners laten patiënten dan plaatjes of filmpjes over de aandoening of behandeling zien via internet of tekenen zaken zelf.

In enkele gevallen zijn zelfs compleet nieuwe informatiebronnen gemaakt om beter aan te sluiten op patiënten met lage gezondheidsvaardigheden, zoals de website www.mammarosa.nl (Figuur 4.1) van een initiatiefnemer die is aangesloten bij een van de geïnterviewde gezondheidscentra. Op deze website is in 12 talen informatie over borstkanker te vinden, welke is ingesproken door lotgenoten.

Belangrijk is dat het maken van informatie begint met een verdieping in de doelgroep: wat hebben ze nodig en wat willen ze bereiken? Patiënten moeten met info direct aan de slag kunnen, een website moet eenvoudig zijn ook in de navigatie en niet te veel informatie bevatten. Websites en andere bronnen van informatie moeten daarom ook altijd getoetst en geëvalueerd worden met eindgebruikers (Hou e.a., 2012)

Figuur 4.1 Website www.mammarosa.nl



Informatiemateriaal: geen verschillende niveaus

Terwijl er in de zorgpraktijk wel diverse initiatieven zijn om informatiemateriaal beter aan te laten sluiten bij patiënten met lage gezondheidsvaardigheden, zijn er doorgaans geen verschillende niveaus van informatiemateriaal beschikbaar. Informatiemateriaal is dus niet aangepast op verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden van patiënten, op een uitzondering na (e-mails die soms aangepast op verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden om

patiënten beter voor te bereiden op het consult met de praktijkondersteuner en de huisarts).

“Dit jaar hebben we uitgeroepen als ‘jaar van het zelfmanagement’ en we hebben een werkplaats opgericht. Hierin hebben we samengewerkt met Vilans. We hebben een handleiding gemaakt, ‘Zorg voor zelfzorg’. Vanuit deze werkplaats zijn we een traject gestart om cliënten zich bewust te laten maken van het consult, beter voor te bereiden op het consult met de POH’er en huisarts. We proberen dit te doen via een patiëntenportaal. De patiënten krijgen dan een voorbereidende mail. Dat doen we op basis van persoonsgegevens en op basis van gezondheidsvaardigheden van mensen. Daar is de mail ook op aangepast. Dit gaan we nu uitproberen in zeven centra.” [Adviseur 1e lijn (zorggroep)]

Een aantal zorgverleners geeft tijdens de interviews aan dat om ‘zorg op maat’ te verlenen verschillende niveaus van informatiemateriaal wel wenselijk zou zijn. Schriftelijke voorlichting over diabetes moet volgens hen bijvoorbeeld zo simpel mogelijk zijn voor een diabetespatiënt met lage gezondheidsvaardigheden, terwijl een diabetespatiënt met zeer hoge gezondheidsvaardigheden deze informatievoorziening te basaal of zelfs kinderlijk kan vinden. Deze persoon zal eerder behoefte hebben aan zo volledig en gedetailleerd mogelijke informatie over de aandoening.

“Wij proberen altijd ons informatiemateriaal niet moeilijker te laten zijn dan basisschool niveau 6, niet erboven te laten komen. Dat weten we ongeveer zelf, vaders en moeders, we proberen dat zelf in te schatten. We hebben ook een afdeling PR en Communicatie. Die zijn daarin gespecialiseerd. Alles wat wij schrijven gaat altijd langs hen. Ik weet niet in hoeverre zij tools gebruiken om het niveau te controleren. Ik denk dat zij dat in hun opleiding wel krijgen. En dat soort dingen leren.” [Adviseur 1e lijn (zorggroep)]

Gebruik van bestaande hulpmiddelen

Bestaand Nederlands informatiemateriaal over ziekte en aandoeningen, speciaal ontwikkeld voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden, wordt in Nederland soms in de zorgpraktijk ingezet, zo blijkt uit de interviews. Genoemde materialen zijn:

- de voorlichtingsmap “Begrijp je lichaam” van onder andere het CBO, NHG en Pharos. Dit is een voorlichtingsmap met eenvoudige afbeeldingen en teksten over het menselijk lichaam en veel voorkomende klachten;
- eenvoudige voorlichtingsfilmpjes voor in de wachtkamer over aandoeningen of zorg van bijvoorbeeld Vilans of de GGD;
- de voorlichtingsmap “Praten-platen over diabetes” van het NIGZ. Dit is een platenmap met tekeningen, foto’s en instructies voor zorgverleners om te communiceren over diabetes met laaggeletterden;

- “Leeslichtboeken” van Stichting Lezen en Schrijven. Dit is gemakkelijk te lezen literatuur voor volwassenen;
- en het gebruik van posters.

Vaak wordt bestaand informatiemateriaal voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden ook *niet* gebruikt. De redenen daarvoor zijn divers, zo blijkt uit de interviews.

Ten eerste is bestaand informatiemateriaal niet altijd voldoende toegesneden op een specifieke doelgroep of situatie, zoals binnen de GGZ. Daardoor kunnen misverstanden bij cliënten ontstaan. Ten tweede wordt bestaand informatiemateriaal soms ongeschikt of onhandig bevonden. Patiënten begrijpen bijvoorbeeld de afbeeldingen niet of het is onhandig om in een grote map met afbeeldingen het juiste plaatje te vinden.

“We hebben zo’n klapper, maar die gebruik ik nooit. Ik vind het een vreselijk ding, want je bent heel lang bezig om het juiste plaatje te vinden. Ik ben meer van het Google-en of van het tekenen. Simpele plaatjes worden ook niet altijd goed geïnterpreteerd.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“Ja, maar voor je eigen instelling moet je eigenlijk alles aanpassen op elke situatie. Verslaving is bijvoorbeeld zo’n kleine populatie, dat dit dan weer net buiten de boot valt. Ook de ‘taalmeter’ en ‘taalverkenner’ zijn heel algemeen of ziekenhuisgericht. De Taalscreener heeft bijvoorbeeld tekstjes over diabetes. Patiënten raken dan soms achterdochtig, want ze hebben geen diabetes! Het materiaal is wel bruikbaar, maar je moet het dus omvormen tot je eigen situatie. Op zich kunnen onze medewerkers dat wel goed. Ze vertellen de patiënt bijvoorbeeld: ‘Jij hebt geen diabetes, maar dan weet je van het bestaan ervan’. Ze werken erom heen. Maar goed, iets wat ontwikkeld is moet je ook niet helemaal aan gaan zitten.” [Projectleider en –medewerker 2e lijn, GGZ-instelling]

Het feit dat patiënten afbeeldingen niet altijd begrijpen, ligt niet altijd aan het ontwerp van het informatiemateriaal. Het onvermogen van patiënten om abstract te kunnen denken staat soms namelijk in de weg bij de interpretatie van afbeeldingen, aldus één van de zorgverleners tijdens de interviews.

“Het vermogen om abstract te kunnen denken staat soms in de weg bij de interpretatie van plaatjes. Foto’s helpen vaak: dat is een feest der herkenning en dan denken ze: ‘Die dokter snapt het blijkbaar toch.’ Het gevaar met plaatjes is soms dat je denkt: ‘Mijn voorbeeld is goed’, terwijl patiënten misschien denken: ‘Waar heeft die dokter het over?’” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

Ten derde is het voor zorgverleners niet altijd duidelijk hoe ze bestaande informatiematerialen of tools moeten toepassen. Dit komt zowel uit de literatuur

als uit onderzoek naar voren. Het ontbreekt niet alleen aan vaardigheden aan de kant van de patiënt, maar ook aan de kant van de zorgverlener om zorg op maat te bieden aan patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Een zorgverlener uit een ziekenhuis:

“ (...) op een gegeven moment was iedereen wel op de hoogte van het thema [gezondheidsvaardigheden], maar de methoden om ermee om te gaan, daar was iedereen verbaasd over. Ik heb wel mijn twijfels over of de tools in de praktijk toegepast werden; veel artsen delegeren het gebruik van tools aan verpleegkundigen. Mensen weten vaak eigenlijk niet zo goed wat ze met zo'n tool in de praktijk moeten.” [Arts, ziekenhuis]

Ten vierde zijn bestaande, Nederlandse tools ook niet altijd bekend onder zorgverleners. Bij de groep klinici kan dit mede komen door een gebrek aan bewustzijn op gebied van lage gezondheidsvaardigheden, aldus één van de geïnterviewde zorgverleners.

4.2 Hoe kan het beter? – Randvoorwaarden

- Zorg voor informatiemateriaal dat voor iedereen begrijpelijk is.
- Vermijd een “overkill” aan informatie maar biedt alleen die informatie aan die op een bepaald moment nodig is.
- Zorg voor beschikbaarheid van informatie in eigen taal of aansluitend bij de cultuur.
- Betrek doelgroep en specialisten bij beoordeling en ontwikkeling.
- Start met een verdieping in de doelgroep: wat hebben ze nodig?
- Volg richtlijnen voor duidelijke informatievoorziening en/of gebruik toolkits.
- Gebruik schriftelijke en digitale informatie alleen als aanvullend op mondelinge communicatie; Het is geen vervanger.

Zorg voor informatiemateriaal dat voor iedereen begrijpelijk is

Bij het geven of ontwikkelen van gezondheidsinformatie speelt meer dan bij andere activiteiten de discussie of het materiaal steeds aangepast moet worden aan het niveau van gezondheidsvaardigheden of dat er één versie moet komen die zo eenvoudig is dat hij voor iedereen geschikt is. In de literatuur wordt vooral geopteerd voor dit laatste. Zo pleiten een aantal onderzoekers voor een aanpassing van het algehele niveau van schriftelijke informatie of op onder het fifth-grade reading level (in Nederland vergelijkbaar met niveau van groep 6), waarbij gebruik gemaakt wordt van speciale layout technieken zoals een groter lettertype, gebruik van witruimte, aantrekkelijke lay-out met kleuren, tekst *highlighten*, plaatjes en veel ruimte. De inhoud wordt aangepast door eenvoudige termen te gebruiken, korte zinnen, herhaling van belangrijke informatie en cijfers in plaats van

woorden als gaat het om het uitleggen van risico's (onder andere Hong, 2013; Rosas-Salazar, 2012; Alqudah e.a., 2014; Papadakos e.a., 2014). French (2015) geeft aan dat alleen de taal eenvoudiger maken vaak niet helpt. Het gaat om complexe medische begrippen waarbij jargon zoveel mogelijk vermeden moet worden. Sommige zorgverleners geven aan dat ze bang zijn mensen voor het hoofd stoten als ze hun uitleg al te gemakkelijk maken. Onderzoek leert echter dat de meeste mensen behoefte hebben aan duidelijke en overzichtelijke informatie (Parker, 2000; Brach e.a., 2012).

Vermijd te veel informatie tegelijkertijd

Voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden is het moeilijk om heel veel informatie tegelijkertijd te verwerken. Binnen de afdeling “Medische Oncologie” van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) is men daarom momenteel aan het experimenteren met een multimediamap over de diagnostiek en behandelfase van kanker. Hiervoor wordt een tijdslijn uitgewerkt en via een app kan dan tekst of een filmpje worden opgevraagd die past bij een bepaald moment in de behandeling. Op een dergelijke manier wordt *overkill* van informatie tegengegaan en helpt men de patiënt in het maken van een grote hoeveelheid keuzes in het behandelproces.

Indien mensen zelf op zoek gaan, bijvoorbeeld via internet, worden zij vaak geconfronteerd met heel veel informatie, en heel veel verschillende sites. Het is dan moeilijk te bepalen welke site de beste of meest betrouwbare informatie bevat. Zorgorganisaties of zorgverleners zouden hier in kunnen sturen of adviseren. Wellicht is het ook mogelijk om websites van een keurmerk te voorzien zodat patiënten weten dat deze informatie goed en betrouwbaar is. Een bestaand keurmerk (‘Zegel Gezond’) is per 1 januari 2014 opgeheven. Stichting Lezen en Schrijven is bezig met de ontwikkeling van een aantal informatiefolders over veel voorkomende situaties in de gezondheidszorg, aangepast aan het niveau van mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

Materiaal (ook) in eigen taal van de laaggeletterde aanbieden

Hoewel men geen voorstander is van het maken van verschillende versies van informatiemateriaal afgestemd op het niveau van gezondheidsvaardigheden wordt wel benadrukt dat versies van het informatiemateriaal in de moedertaal en eventueel aangepast aan de culturele gewoontes zinvol is. Voor iedere zorgrelatie is het belangrijk om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt. Dit geldt zeker voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden omdat zij zich vaak schamen dat zij moeite hebben met het lezen of begrijpen van informatie. Rekening houden met taal en cultuur helpt om de vertrouwensband op te bouwen.

Betrek mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij beoordeling en ontwikkeling

Vaak wordt informatie ontwikkeld zonder daarbij vooraf de doelgroep te raadplegen waar hun behoeften liggen op het gebied van informatie. Zelden ook wordt de informatie getoetst op begrijpelijkheid en leesbaarheid. Het is belangrijk om bestaand materiaal te laten beoordelen en te toetsen aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden en hen te betrekken bij de ontwikkeling van nieuw materiaal zodat dit optimaal aansluit bij hun wensen en behoeften. Hou e.a. (2012) benadrukt dat het belangrijk is dat het maken van informatie begint met een verdieping in de doelgroep: wat hebben ze nodig en wat willen ze bereiken? Ook de keuze van informatiekanaal zou afgestemd moeten worden op de voorkeuren en mogelijkheden van de gebruikers (Ennis e.a., 2012)

Volg richtlijnen voor duidelijke informatievoorziening, gebruik toolkits

Er bestaan richtlijnen voor zorgverleners voor het bouwen van gebruikersvriendelijke websites of geprint materiaal die specifiek rekening houden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Zo ontwikkelde Sanders e.a. (2014) een toolkit waarmee geschreven informatiemateriaal kan worden ontwikkeld of bestaand materiaal getoetst en waarin ook richtlijnen zijn opgenomen voor duidelijke communicatie en technieken die hierbij toegepast kunnen worden. PictureRx is een innovatief software platform met toegankelijke illustraties om therapietrouw te verbeteren (Petty e.a., 2013). De informatie moet zo weergegeven zijn dat iemand met de informatie direct aan de slag kan; websites moeten eenvoudig zijn ook in de navigatie en niet te veel informatie bevatten en een interactief karakter hebben (Hou e.a., 2012). Daarbij is het wel van belang zich te realiseren dat online of schriftelijke informatie alleen aanvullend is ten aanzien van mondelinge communicatie en nooit een vervanger kan zijn.

4.3 Problemen en uitdagingen bij het creëren van randvoorwaarden voor goede informatie

- Er is behoefte aan betrouwbare websites met (audio) visueel materiaal om patiënten naar door te verwijzen.
- Er is gebrek aan expertise binnen organisaties om bestaand materiaal te beoordelen en nieuw materiaal te ontwikkelen.
- Zorgverleners moeten begeleid worden bij het gebruik en de keuze van bestaande informatiemateriaal. Zij lijken eenvoudig, maar gebruik ervan in praktijk is dat niet altijd.

Behoeftte aan audiovisueel materiaal voor de doelgroep

Een aantal zorgverleners heeft behoefte aan meer (audio)visueel informatiemateriaal zo blijkt uit de interviews. Men wenst daarbij dat dit (audio)visuele materiaal beter is toegesneden op de situatie van de patiënt. Dit

materiaal zou dan bijvoorbeeld aangeboden kunnen worden op websites waar zorgverleners naartoe kunnen verwijzen (zoals www.thuisarts.nl).

“Ik heb behoefte aan meer visueel materiaal, of iets waar ik naar kan verwijzen met korte video’s met een uitleg. Waarvan je weet dat het goed materiaal is en betrouwbaar is. Het zou fijn zijn om patiënten te kunnen verwijzen naar websites waar ze dingen kunnen horen of bekijken. Als het gesteund wordt door Pharos bijvoorbeeld, dan weet je dat het betrouwbare informatie is.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“En wat ook nuttig zou zijn, is een manier om op een simpele manier en met plaatjes erbij iets over te brengen. Ik weet dat thuisarts.nl daar al goed in is. Dat wordt ook in de praktijk gebruikt en er wordt naar verwezen. Je moet iets horen of zien of een combinatie van die twee. Er zijn bijvoorbeeld kleine filmpjes over dementie in verschillende talen waardoor mensen hun klachten kunnen herkennen.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“Voor de GGZ is er niks. Het is vooral medisch gericht. Dat is op zich ook wel logisch, maar het zou zo fijn zijn als je psychiatrische aandoeningen ook met, bijvoorbeeld, platen kunt uitleggen. Het is voor patiënten al zo lastig om te begrijpen wat ze hebben. En in het materiaal dan wel differentiatie. Schizofrenie is bijvoorbeeld toch anders uit te leggen dan persoonlijkheidsstoornissen. Aangepast GGZ-materiaal is ook handig voor het uitleggen waar medicatie voor is. Dan kun je simpel uitleggen of laten zien: in je hersenen zit een stofje, en de medicatie blokkeert dat stofje. Zo simpel. Bestaande instrumenten zijn somatisch of algemeen gericht. Voor de GGZ willen we graag specifieke materialen hebben, want we moeten bestaande materialen toch altijd omvormen.” [Projectleider en –medewerker 2e lijn, GGZ-instelling]

Een zorgverlener uit een revalidatiecentrum geeft aan dat er ook behoefte is aan filmpjes in diverse talen.

Kennis en scholing over bestaande hulpmiddelen

Zorgverleners maar ook bestuurders en andere professionals zijn zich onvoldoende bewust dat bestaand materiaal vaak te ingewikkeld is. Tegelijkertijd is er vaak onvoldoende kennis en expertise aanwezig binnen een organisatie om bestaand materiaal te beoordelen of nieuw materiaal te ontwikkelen. Het werkt vaak goed om (tijdelijk) extra expertise in te huren om bestaand materiaal te laten beoordelen of te adviseren bij de ontwikkeling van nieuw materiaal. In Nederland bestaat bijvoorbeeld de *Stichting Makkelijk Lezen* die geschreven teksten beoordeelt en voorziet van een keurmerk ‘Gewone Taal’. Zorgverleners zouden door deze experts ook meer begeleid kunnen worden in het gebruik en de keuze van bestaand informatiemateriaal in de praktijk. Want hoewel het materiaal

eenvoudig lijkt is de adequate toepassing in de praktijk dat niet altijd. Het kunnen werken met speciale hulpmiddelen zou ook deel kunnen uitmaken van de bij- en nascholing van medewerkers.

5 Communicatie en samen beslissen

Met communicatie en samen beslissen bedoelen we het proces van mondelinge communicatie tussen een zorgverlener(s) en patiënt en het proces van samen beslissen of *shared decision making*, waarbij de patiënt en zorgverlener samen besluiten nemen over de te volgen behandeling of de te stellen behandeldoelen, bijvoorbeeld in het kader van zelfmanagement. Bij het proces van samen beslissen spelen medisch-technische aspecten een rol, maar ook patiëntenvoorkeuren. De basis voor samen beslissen is gelegd in de jaren negentig, toen het biomedische model in de zorg geleidelijk plaats maakte voor het patiënt- of persoonsgerichte model. De juridische basis werd gelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1995. Daarin is onder meer beschreven dat de patiënt recht op inzage heeft in zijn eigen dossier, dat de arts de plicht heeft patiënten te informeren over de behandeling, de voor- en nadelen en eventuele alternatieven, en dat de patiënt toestemming moet geven voor de behandeling. Informatievoorziening is dus belangrijk bij samen beslissen. Wordt dit proces goed doorlopen, dan leidt deze werkwijze tot keuzes die beter aansluiten bij de behoeften van de individuele patiënt en tot een hogere tevredenheid (Pel-Littel en Van Veenendaal, 2015). Het proces van samen beslissen vereist een goede samenwerking tussen patiënt en zorgverlener en onderling vertrouwen. Het gaat uit van een goed geïnformeerde en actieve patiënt en een zorgverlener die deze actieve rol faciliteert door de patiënt te voorzien van advies en informatie en ondersteunt bij het aanleren van vaardigheden. Het mag duidelijk zijn dat de kwaliteit van de communicatie in dit proces een grote rol speelt. Voor effectieve communicatie en samen beslissen is het nodig dat een patiënt de kennis en vaardigheden heeft om actief te participeren in het consult en dat een zorgverlener goed voorbereid is en de actieve patiëntenrol faciliteert (Koh e.a., 2013; Wagner e.a., 1996). Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden voldoen vaak niet aan die verwachtingen (Rademakers, 2014).

5.1 *Stand van zaken*

Communicatie

- Communicatie tussen patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en zorgverleners verloopt vaak moeizaam. Patiënten hebben slechtere ervaringen en meer moeite om aan het consult deel te nemen.
- Lage gezondheidsvaardigheden zijn in de praktijk lastig te herkennen.
- Weinig gebruik van screeningsinstrumenten voor herkennen mensen met lage gezondheidsvaardigheden.
- Schaamte bij patiënten zelf om lage gezondheidsvaardigheden te bespreken.
- De eigen communicatievaardigheden worden door zorgverleners overschat.
- Niveau van communiceren wordt in de spreekkamer soms aangepast; ook sommige organisaties implementeren aangepaste communicatiestrategieën.
- Niveau van communiceren ondanks aanpassingen nog vaak te ingewikkeld.
- Geen systematische toepassing van methodieken voor begrijpelijke communicatie.
- Geen systematische check op begrip bij de patiënt.

Samen beslissen

- Onvoldoende zicht op kennis niveau en behoefte aan kennis bij patiënt.
- Onvoldoende zicht op wensen en mogelijkheden van patiënt ten aanzien van het vervullen van een actieve rol.
- Familielid als hulpbron bij het samen beslissen wordt nog weinig benut.
- Keuzehulpen ter ondersteuning van mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij het samen beslissen zijn slechts beperkt aanwezig.

Communicatie en lage gezondheidsvaardigheden

Uit de literatuur is bekend dat communicatie tussen patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en zorgverleners vaak moeizaam verloopt (Paasche-Orlow en Wolf, 2007). Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden geven aan dat zij negatieve ervaringen hebben met communicatie en bejegening door hulpverleners (Hendriks e.a., 2013; Morris e.a., 2011). De problemen doen zich zowel voor ten aanzien van communicatie in het algemeen als ten aanzien van samen beslissen. Deze processen worden door patiënten als te ingewikkeld ervaren. Uit Amerikaans onderzoek is bekend dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zich passiever opstellen in het consult met een zorgverlener (Katz e.a., 2007; Paasche-Orlow en Wolf, 2007). In een recent Nederlands onderzoek naar de barrières t.a.v. communicatie van chronische patiënten met zorgverleners bleek dat lage gezondheidsvaardigheden één van de belangrijkste belemmerende factoren was voor participatie van patiënten in het consult (Henselmans e.a., 2015). De meest voorkomende redenen die door patiënten genoemd werden waren dat zij niet lastig wilden zijn, dat ze het gevoel hadden dat er te weinig tijd was en dat ze pas na afloop van het consult bedachten

wat ze hadden willen vragen. Opvallende conclusie in dit onderzoek is dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zich niet alleen anders gedragen (minder deelnemen aan het consult), maar ook dat zij zich anders voelen: zij zijn minder zelfverzekerd en zien meer barrières om aan het gesprek deel te nemen (Henselmans e.a., 2015). Bovenstaande rechtvaardigt extra aandacht voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden in het consult en tijdens het proces van samen beslissen.

Lage gezondheidsvaardigheden moeilijk te herkennen

Ook bij communicatie in de spreekkamer is het van belang dat zorgverleners zich realiseren en bedacht zijn op het feit dat niet voor iedere patiënt communicatie in de spreekkamer of het samen beslissen over een behandeling even eenvoudig is. Waar bij toegankelijkheid van zorg en informatievoorziening sterk de voorkeur uitgaat naar een *'universal precautions approach'* (Koh e.a., 2013), zijn onderzoekers en zorgverleners hier in de literatuur rond communicatie minder eensgezind over. Enerzijds hebben zorgverleners sterk de behoefte om kwetsbare groepen te kunnen identificeren, zodat zorg op maat geboden kan worden. Anderzijds blijkt herkenning van kwetsbare groepen in de praktijk lastig waardoor men toch ook hier weer neigt naar een algemene benadering uit angst kwetsbare patiënten anders te missen.

Veel literatuur rond communicatie en lage gezondheidsvaardigheden gaat over het herkennen van mensen met lage gezondheidsvaardigheden in de spreekkamer. Uit die literatuur komt naar voren dat het herkennen van mensen met lage gezondheidsvaardigheden door zorgverleners moeilijk gevonden wordt (Aboumatar, 2013; Ennis, 2012; Fransen e.a., 2015)). Dit komt deels doordat zorgverleners zich onvoldoende bewust zijn van de diversiteit tussen mensen, deels door overschatting van het niveau van gezondheidsvaardigheden van hun patiënten en deels door het ontbreken van kennis en vaardigheden hoe mensen met lage gezondheidsvaardigheden in de praktijk te herkennen. Onderzoek van Carbone e.a. (2012) en Cafiero e.a. (2013) laat bijvoorbeeld zien dat verpleegkundigen en praktijkondersteuners nog weinig vaardigheden hebben om patiënten met lage vaardigheden in de praktijk te identificeren, hun leesniveau in te schatten of bekend zijn met screeningstools die hiervoor geschikt zijn. In een onderzoek van Balzora e.a., (2015) onder maag/lever/darmartsen in Amerika bleek dat 18% van de artsen niet in staat was om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te herkennen; verder liet dit onderzoek zien dat ook door artsen het kennis en leesniveau van patiënten nauwelijks systematisch getoetst wordt.

Zorgverleners geven aan dat ze het moeilijk vinden om mensen met lage vaardigheden er uit te pikken omdat lage gezondheidsvaardigheden zich niet zondermeer laten voorspellen aan de hand van objectieve kenmerken als leeftijd, opleidingsniveau of allochtone achtergrond. Ook onder mensen met een lage opleiding, zijn er grote verschillen in het niveau van gezondheidsvaardigheden. Bovendien kan iemand die in een bepaalde situatie heel gezondheidsvaardig is, in

een ander situatie, bijvoorbeeld onder invloed van emoties, veel minder vaardig zijn.

Daarom wordt ook op communicatiegebied vaak gepleit voor de ‘*universal precautions approach*’ (Koh e.a., 2013): in principe eenvoudig communiceren bij iedereen maar wel via speciale technieken het begrip bij de patiënt toetsen en de noodzaak voor gewenste aanvullende informatie helder krijgen.

“Grootste barrière is dat je soms niet weet of iemand laaggeletterd is. (...) Als je iemand op spreekuur krijgt die zwakbegaafd is, dan wordt automatisch de informatiestroom aangepast. Maar als je het niet weet.... ook veel Nederlandstalige mensen kunnen onvoldoende de taal beheersen of dingen niet begrijpen. Zij kunnen ook heel goed een façade voorhouden. Daar kun je heel makkelijk intuïtief.” [Adviseur 1e lijn (zorggroep)]

“Ik vind het moeilijk om in te schatten hoeveel mensen met lage gezondheidsvaardigheden er zijn onder mijn patiënten. In de gezondheidszorg is men zich wel toenemend bewust dat ouderen aandacht verdienen omdat ze kwetsbaar zijn, deels omdat het vermogen om de gezondheidszorg te begrijpen trager werd of hun mogelijkheden adviezen op te volgen beperkter is. Deze ‘vertaalslag’ is nog zeker niet gemaakt naar andere bevolkingsgroepen met verminderd begrip van gezondheid en de gezondheidszorg.” [Arts, ziekenhuis]

“(...) Mensen kunnen namelijk veel verbloemen. Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden zijn verbaal vaak juist heel goed, waardoor hun lage vaardigheden niet opvallen. Zij leren allemaal dingen waardoor dit niet opvalt. Je zou dat niet verwachten: verbaal sterke patiënten, maar als je dan kijkt naar het lage niveau van geletterdheid en daarmee het lage niveau van gezondheidsvaardigheden. Het is een compensatie. Men zegt: ‘Ik regel het allemaal wel’. Maar daar hebben ze dan vervolgens de vaardigheden niet voor. Echter, op dat moment hebben zij hun probleem even ‘opgelost’. Je herkent het vaak niet. Bij allochtone mensen gaan ze er misschien al vanuit dat zij de taal niet beheersen, maar zeker bij de blanke populatie, mensen die een beetje praatjes hebben.... Ze kopiëren van alles van anderen, maar begrijpen vaak zelf niet wat ze zeggen. Ze hebben dus wel praatjes en als je daar dan een beetje doorheen prikt dan kom je er wel, maar ja... die kunnen mensen echt voor de gek houden. Dus het is vooral het herkennen volgens mij, waar het probleem zit.” [Projectleider en –medewerker 2e lijn, GGZ-instelling]

Ook geven zorgverleners aan dat bepaald gedrag of communicatie van patiënten niet direct een uiting hoeft te zijn van lage gezondheidsvaardigheden, maar ook een uiting kan zijn van persoonlijkheid of cultuur. Sommige mensen kunnen bijvoorbeeld goed lezen en schrijven maar formuleren hun hulpvraag niet duidelijk. “Zij zeggen dan alleen maar: ‘Ik heb pijn’. Het is lastig in te schatten of dat een kwestie van karakter is van cultuur, of onkunde.

“(…) Sommige patiënten trekken weinig aan de bel of omgekeerd, trekken teveel aan de bel. Zij doen op onjuiste momenten een beroep op de zorg en stellen bijvoorbeeld zes keer dezelfde vraag. Vaak kom je dus te laat! We vragen ons dan natuurlijk af, is dat de persoonlijkheid of is het een gebrek aan gezondheidsvaardigheden? Ik denk dat dat een heel moeilijk onderscheid is. Sommige mensen hebben meer aandacht nodig dan anderen en misschien niet omdat ze iets niet begrijpen. En sommige mensen maken bepaalde keuzes op basis van geloof. Bovendien, niet alle problemen met medicatie zijn te wijten aan health literacy, er zijn natuurlijk ook andere oorzaken.” [Arts, ziekenhuis]

Weinig gebruik van screeningsinstrumenten voor herkennen lage gezondheidsvaardigheden

Hulpmiddelen of vragenlijsten om mensen met lage gezondheidsvaardigheden in de praktijk te herkennen zoals de ‘Herkenningwijzer’ en ‘Taalmeter’ van Stichting Lezen en Schrijven zijn meestal niet bekend bij zorgverleners en worden, indien wel bekend, weinig gebruikt. Dit blijkt zowel uit de literatuur als uit de interviews met Nederlandse zorgprofessionals. Het beperkte gebruik van hulpmiddelen en screeners heeft verschillende redenen: zorgverleners zijn onbekend met de instrumenten, afname kost te veel tijd, zorgverleners weten niet hoe ze de instrumenten het beste kunnen gebruiken of men is niet overtuigd van de meerwaarde (French e.a., 2015; Rosas-Salazar, 2012). Bovendien geven zorgverleners aan dat het gevaar van het standaard toepassen van screeningsinstrumenten is dat je de patiënt zelf uit het oog verliest of geen oog meer hebt voor het feit dat vaardigheden in de loop van de tijd en over situaties heen kunnen wisselen (Ennis e.a., 2012).

Ondanks dat screeners niet op grote schaal gebruikt worden, hebben zorgverleners in de praktijk vaak wel eigen manieren om lage gezondheidsvaardigheden te herkennen. Soms passen ze dan (door experts aangeraden) trucs toe, zoals vragen of de patiënt zelf iets op wil schrijven, wil lezen wat wordt voorgeschreven of het ‘op de kop’ aanbieden van schriftelijke informatie. Ook gaat men in de spreekkamer vaak af op non-verbale signalen van patiënten. Zorgverleners maken daarbij gebruik van hun ervaring en intuïtie:

“(…) Ik denk dat huisartsen en POH'ers er in de spreekkamer wel rekening mee houden, maar dat het eerder een gevoelskwestie is. Ze baseren het op de manier waarop iemand praat.” [Adviseur 1e lijn (zorggroep)]

“Op heel veel dingen heb je natuurlijk geen zicht. De praktijkondersteuners herkennen ze sneller; je merkt het aan de manier waarop mensen ‘ja’ zeggen wanneer je vraagt of ze het hebben begrepen.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“Je bent er heel erg op gespitst of mensen je begrijpen. Dat doe je door oogcontact te maken en te kijken hoe mensen reageren. (...) Contact houden is

heel belangrijk. Staan die ogen zo dat ze mij begrijpen en dat dan teruggeven: 'Ik heb het idee dat u mij niet begrijpt.' Ik denk dat wanneer je het open brengt, dat je er best over kunt praten." [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

Ook kijken zorgverleners naar kennis en gedrag van een patiënt in de spreekkamer. Heeft een patiënt bijvoorbeeld wel begrip van zijn of haar eigen lichaam? Heeft de patiënt een vermogen tot abstract denken, kan hij/zij onderscheid maken tussen oorzaak en gevolg? Is een patiënt mee te krijgen in een behandelingsproces, wil hij/zij de regie in eigen hand nemen? Bepaalde vormen van gedrag zien zorgverleners ook als signalen van lage gezondheidsvaardigheden. Dit uit zich bijvoorbeeld in moeite hebben met plannen, weinig tijdsbesef, frequent te laat komen en/of erg vaak terugkomen en veel (dezelfde) vragen blijven stellen omdat informatie niet begrepen wordt. Ook medicatietherapieontrouw en een ongezonde levensstijl zijn voor zorgverleners signalen van lage gezondheidsvaardigheden. Een bestuurder hoort dit terug van haar zorgverleners:

"Je schat in wat die ander weet, begrijpt en denkt. En van daaruit heeft iemand een idee over zijn lichaam. Opleidingsniveau heeft met gezondheidsvaardigheden te maken." [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

"Het valt mij op dat die termen vaak door elkaar worden gebruikt, lage gezondheidsvaardigheden, laaggeletterdheid. Het raakt ook wel aan zwakbegaafdheid. Ik denk aan mensen die niet goed begrijpen wat zich in het lichaam afspeelt en dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden weinig kennis hebben over wat belangrijk is voor een goede gezondheid. Het zijn mensen die weinig abstractievermogen hebben." [Directeur gezondheidscentrum]

"De talige component is belangrijk, maar ook het procesmatig kunnen denken is belangrijk: van 'a leidt tot b', dat vind ik een heel belangrijk aspect. De procesmatige kant van patiënten verzwakt vaak." [2e lijn zorgverleners van revalidatiecentrum]

"(...) Lage health literacy, daar denk je snel aan: niet alleen de uitleg, maar ook het toepassen van informatie. Hoe ze adviezen moeten toepassen. Een overvallen gevoel. Ben je in staat om thuis dingen te doen en initiatieven te nemen? Op alle aspecten van zorg. Dingen in de communicatie, maar ook begrip en perceptie van het eigen lichaam. In de communicatie nader je niet tot elkaar. Ze stellen zich dan ook heel passief op in de communicatie. Op het terrein van zelfiets aanpassen en iets doen wordt het heel lastig. Ze nemen ook weinig eigen regie. Er wordt vaak een oplossing verwacht alsof je helderziend moet zijn. Begrip ontbreekt vaak. De verbanden zijn vaak onduidelijk voor mensen. Bijvoorbeeld bij de behandeling van borstkanker:

de behandeling kan pijnlijk zijn en sommige mensen snappen niet waarom. Die denken dat ze ziek worden gemaakt.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

Uit bovenstaande en onderstaande citaten blijkt wel dat zorgprofessionals overigens een brede definitie van gezondheidsvaardigheden hanteren.

Schaamte bij patiënten zelf

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden lopen vaak niet te koop met het feit dat informatie of communicatie voor hen moeilijk is. Zij schamen zich of verbergen dat ze bepaalde informatie niet begrijpen (Wolf e.a., 2007; Henselmans e.a., 2015). Zorgverleners geven aan dat het hierdoor nog lastiger is om lage gezondheidsvaardigheden bespreekbaar te maken. Dit laatste werd ook opgemerkt door de zorgprofessionals in Nederland tijdens de interviews. Zij geven aan dat het niet kunnen lezen of schrijven of het hebben van lage gezondheidsvaardigheden een taboeonderwerp is voor patiënten.

“Mensen durven soms niet en kunnen het niet bespreekbaar maken. Ze blijven er meer in hangen.” [2e lijn zorgverleners van revalidatiecentrum]

Overschatting eigen communicatievaardigheden

Uit de literatuur blijkt dat zorgverleners niet alleen het niveau van gezondheidsvaardigheden van patiënten vaak systematisch overschatten, maar ook het niveau van hun eigen communiceren (onder andere Howard e.a., 2013; Franssen e.a. 2015). Zorgverleners denken dat zij veel duidelijker zijn in hun uitleg dan in werkelijkheid het geval is. Over het algemeen is de communicatie te ingewikkeld en van een te hoog abstractieniveau (Hong, 2013) en worden er weinig technieken gebruikt om na te gaan of een patiënt de communicatie begrijpt. In een onderzoek onder artsen in Amerika die deelnamen aan workshops over arts-patiënt communicatie, bijvoorbeeld, beweerde 48% van de artsen dat zij gebruik maakten van de *teach-back* methode tijdens hun consult, terwijl dit in werkelijkheid maar in 22% van de consulten het geval was (Howard e.a., 2013). De *teach-back* methode kan worden gebruikt om in te schatten in hoeverre een patiënt informatie begrepen heeft. De patiënt wordt uitgenodigd in eigen woorden te herhalen wat de zorgverlener zojuist heeft uitgelegd, of wat er is afgesproken over de behandeling.

Aanpassingen communicatie in consult en organisatie

Uit de interviews blijkt overigens ook dat zorgverleners in Nederland wel vaak hun communicatie aanpassen op het moment dat zij vermoeden dat een patiënt lage gezondheidsvaardigheden heeft. Binnen de spreekkamer doen zij dit door simpele woorden te gebruiken en door de stroom van informatie te versimpelen en te verminderen:

“Je simplificeert en je kiest essentiële dingen om te vertellen. Je laat sommige dingen bewust liggen.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

“Soms denk ik: ‘Deze informatie is heel belangrijk’, dus dan laat ik andere informatie weg. We bekijken per revalidant, met het beeld wat we van die revalidant hebben, wat ze nodig heeft aan informatie. (...) En we proberen aan te sluiten bij de patiënt die je voor je hebt of we betrekken familie.” [2e lijn zorgverleners van revalidatiecentrum]

“Je bent er heel erg op gespitst of mensen je begrijpen. Dat doe je door oogcontact te maken en te kijken hoe mensen reageren. Dan pas je je taalgebruik aan. Je vraagt iets op een andere manier.” [1e lijn zorgverleners van zorggroep]

In hoeverre dit ook daadwerkelijk voldoende is en helpt of nog steeds een overschatting van de eigen vaardigheden betreft is niet bekend. Hiervoor is onderzoek in de spreekkamersetting nodig, bijvoorbeeld door middel van video-opnamen. Het aanpassen van de communicatie gebeurt in ieder geval niet systematisch. Dat komt dan bijvoorbeeld omdat zorgverleners soms niet weten hoe zij lage gezondheidsvaardigheden bespreekbaar kunnen maken en, vervolgens, hoe zij daarnaar kunnen handelen:

“ (...) Ik vind het heel moeilijk om in te schatten wat de gezondheidsvaardigheden zijn van mijn patiënt. Daarnaast vermoed ik dat artsen niet weten hoe ze om moeten gaan met iemand waarvan ze wel sterk vermoeden/weten dat hij/zij lage gezondheidsvaardigheden heeft. Het is moeilijk om het bespreekbaar te maken. Artsen hebben er nog geen ingeburgerde terminologie voor. Het is makkelijker om te zeggen: ‘U hebt een verhoogd risico op vaatziekten en daar moeten we iets aan doen’ dan zeggen ‘U begrijpt er helemaal niets van, en daar gaan we iets aan doen’. We hebben niet alleen geen taal, maar ook geen vaardigheden om literacy in te schatten of aan te pakken.” [Arts, ziekenhuis]

Ook op organisatieniveau worden diverse initiatieven genomen om mondelinge communicatie aan te passen op lage gezondheidsvaardigheden van patiënten. Denk hierbij aan het in dienst nemen van Turks en Marokkaans sprekende adviseurs, gebruiken van tolken, gebruik van ‘Taalpunt’ (waarbij vrijwilligers mensen helpen met het lezen en begrijpen van informatie), het bieden van scholing of voorlichting over aandoeningen en leefstijl in simpele taal of in de taal van de eigen cultuur, inzetten van de Health Communicator of inzetten van rolmodellen uit de eigen cultuur.

“Daar werken onder andere ouderenadviseurs en er zijn ook Turks en Marokkaans sprekende adviseurs in dienst. (...) Ook zijn er verloskundigen,

diëtisten en GGZ-disciplines aangesloten (hier werkt onder andere een Turkse psychotherapeut en Arabisch sprekende systeemtherapeut). (...) Het volgende is dat wij ook tolken hebben. We hebben bijvoorbeeld 1x per week een Turks sprekende tolk. Het gezondheidscentrum zelf heeft allochtone gezondheidsconsulenten 'eigen taal en cultuur' in dienst. (...) En vanmiddag krijgen we 'taalpunt' in het gezondheidscentrum, van Stichting Lezen en Schrijven. We hebben samen vrijwilligers geworven. Die beginnen een middag in de week als taalpunt, die mensen helpen te lezen, te begrijpen. (...) Ik heb nog één ding niet genoemd: we organiseren ook groepsvoorlichtingen, door allochtone zorgconsulenten. Een paar keer per jaar geven ze voorlichting over bijvoorbeeld gezonde voeding, goed bewegen, stress, slapen, enzovoort.”
[Directeur gezondheidscentrum]

(...) “Een rolmodel kan helpen: een andere patiënt uit dezelfde cultuur bijvoorbeeld.” [2e lijn zorgverleners van revalidatiecentrum]

Soms ontwikkelen zorginstellingen zelf methoden om mondelinge communicatie tussen zorgverleners en patiënten met lage gezondheidsvaardigheden soepeler te laten verlopen. Zo geeft een GGZ-instelling een schriftje mee aan cliënten, waarin zij vragen kunnen opschrijven voordat zij –bijvoorbeeld– op ziekenhuisbezoek gaan. Of kijkt een hulpverlener mee met lastig papierwerk, die de cliënt vervolgens tips meegeeft wat zij moet doen en meenemen naar een afspraak. Op die manier zijn patiënten beter voorbereid op een mondeling consult. “Voor de patiënt is het een hele geruststelling dat er even iemand met ze meekijkt”, aldus een geïnterviewde projectleider. In Nederlands onderzoek worden ook verschillende tools ontwikkeld en getest om patiënten meer te betrekken in de communicatie, zoals een digitale website (PatientTime) en een ‘Vragenhulp’ (van Bruinessen e.a., 2013; Henselmans e.a. 2014).

Niveau van communiceren ondanks aanpassingen nog vaak te ingewikkeld

Het is belangrijk dat patiënten in een gesprek geholpen worden met begrijpelijke communicatie. Bij patiënten die het moeilijk vinden om zelf vragen te stellen of die moeite hebben met het begrijpen en verwerken van informatie is het belangrijk om goed te luisteren, mensen de tijd te geven om hun verhaal te doen en niet te veel te onderbreken en zelf ook niet te snel te spreken. Corranino e.a. (2013) pleiten verder voor begrijpelijke verbale termen te gebruiken (dus geen jargon), technieken te gebruiken om te controleren of iemand de verbale info begrijpt (zoals herhalen, additionele materialen zoals video gebruiken, plaatjes, *teach-back* techniek en om in de opleidingen van zorgverleners het aanleren van deze communicatietechnieken te integreren. Methodieken voor begrijpelijke communicatie worden volgens de literatuur niet systematisch toegepast en er wordt onvoldoende gecontroleerd of patiënten het wel begrepen hebben (Wildmore e. a. 2014).

Weinig gebruik van aanbevolen communicatiestrategieën en tools

In geval van lage gezondheidsvaardigheden versimpelen en verminderen zorgverleners vaak hun mondelinge communicatie maar verdere tools (zoals de Health Communicator, de toolkits ‘Laaggeletterdheid’ en ‘Gezondheidsvaardigheden’, zie Bijlage B) en aanbevolen communicatiestrategieën lijken nog weinig gebruikt te worden, zo blijkt uit de interviews. Dit komt omdat bestaande Nederlandse tools niet altijd bekend zijn bij zorgverleners, zoals ook al eerder is aangegeven; zorgverleners gaan daarnaast ook in de spreekkamer af op hun gevoel in plaats van op een methodiek en daarnaast wordt het inpassen van methodieken in bestaande systemen als lastig ervaren. Een zorgverlener zegt bijvoorbeeld over de Health Communicator (een meertalig anamnese- en videovorlichtingssysteem, dat bestaande vragenlijsten en voorlichtingsmateriaal vertaalt in de taal van de patiënt, zie Bijlage B): “De Health Communicator blijkt heel moeilijk toe te passen in de praktijk. Hij staat er al lang, maar we vinden het erg moeilijk om in te passen. Je kunt ze [patiënten met lage gezondheidsvaardigheden] er voorlichting mee geven, maar wij gebruiken het om dingen uit te vragen. Dit kan in allerlei talen. Het lijkt heel simpel, maar blijkt toch heel moeilijk in te passen.”

“Ik denk dat het voor een deel onbekendheid is. Maar huisartsen werken in een huisartsinformatiesysteem. Als je iets van een methodiek wilt ophalen, dan moet je vaak weer in een ander systeem. Huisartsen hebben maar 10 minuten om een patiënt te zien. Als je dan ook weer 2 minuten bezig bent om informatie op te halen...” [Adviseur 1e lijn (zorggroep)]

Ook binnen de internationale literatuur worden tijdgebrek en een gebrek aan kennis en vaardigheden bij zorgprofessionals als barrières genoemd om eenvoudigere communicatie technieken te gebruiken.

Samen beslissen en lage gezondheidsvaardigheden

Onderzoek heeft aangetoond dat het betrekken van patiënten bij het nemen van behandelbeslissingen tot betere uitkomsten leidt (Coulter e.a., 2007; Elwyn e.a., 2010; Voshaar e.a., 2015). Daarnaast willen veel patiënten graag betrokken worden bij het nemen van beslissingen omtrent hun behandeling (Nota e.a., 2014). Een goed geïnformeerde patiënt is een belangrijke voorwaarde om samen te kunnen beslissen over doelen en inhoud van de behandeling. Het is daarbij belangrijk dat de juiste informatie gegeven wordt en dat deze informatie ook begrepen wordt. Uit de literatuur blijkt dat aan beide voorwaarden vaak niet voldaan wordt bij patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Vaak wordt bijvoorbeeld niet nagegaan wat een patiënt al weet en aan welke informatie hij of zij dus nog behoefte aan heeft. Ook wordt het al aanwezige begrip van een ziekte of behandeling niet systematisch getoetst (Kripelani e.a., 2006; Wildmore e.a., 2014). Daarnaast is ook vaak onduidelijk waar de behoeften liggen bij de patiënt ten aanzien van het nemen van een actieve rol in de behandeling of bij het samen beslissen; wil de patiënt hier graag een duidelijke stem in of laat hij de keuze toch

liever bij een zorgverlener? Het is als zorgverlener belangrijk om hier zicht op te hebben en dit ook expliciet bespreekbaar te maken met een patiënt (Weidmer e.a., 2012). De mate van motivatie van een patiënt om zelf een actieve rol te spelen en het vermogen om die actieve rol op te pakken bepalen ook op welke manier je de communicatie rond zelfmanagement en het formuleren van doelen daar omtrent start.

Smith e.a. (2013) en Seurer e.a. (2013) geven aan dat het belangrijk is om ook familieleden met een hogere mate van gezondheidsvaardigheden bij het consult te betrekken en bij het stellen van doelen voor zelfmanagement en behandeling omdat zelfmanagement voor het grootste deel thuis plaats vindt en vaak met hulp van deze familieleden.

Samen beslissen - keuzehulpen

Om patiënten te betrekken bij het nemen van beslissingen en rekening te houden met hun voorkeuren, worden steeds vaker keuzehulpen (of 'decision aids') ingezet. Uit onderzoek blijkt dat keuzehulpen onder meer een positief effect hebben op de ervaren kwaliteit van zorg (LeBlanc e.a., 2015), tevredenheid met de gemaakte behandelkeuze (Wong e.a., 2012; Barton e.a., 2015) en op therapietrouw (Sheridan e.a., 2011). Doordat patiënten met lage gezondheidsvaardigheden vaak minder vragen stellen in het consult en als geheel een minder actieve rol nemen lijkt het of zij ook minder geïnteresseerd zijn om deel te nemen aan gezamenlijke besluitvorming. Toch willen ze ook keuzes aangeboden krijgen en om hun mening gevraagd worden. Wel vinden ze het moeilijker om deel te nemen en schamen ze zich omdat ze informatie niet begrijpen (Henselmans e.a., 2015; Barton e.a., 2014). Daarom is het nodig voor hen specifieke instrumenten te ontwikkelen.

5.2 Hoe kan het beter - Randvoorwaarden?

- Aandacht voor eenvoudige communicatie technieken in de opleiding van artsen en andere zorgverleners.
- Ga uit van wat patiënten belangrijk vinden en probeer daarbij aan te sluiten.
- Probeer vertrouwen op te bouwen in de relatie met de patiënt; houd rekening met cultuur en taalgebruik.
- Zorg voor eenvoudige communicatie en controleer daarbij op begrip.
- Mondelinge communicatie is de basis; schriftelijk en digitaal materiaal dienen ter ondersteuning.
- Gebruik indien beschikbaar aangepaste keuzehulpen bij het samen beslissen.

Ook op het gebied van communicatie/samen beslissen zijn een aantal verbeteringen mogelijk die in de literatuur genoemd worden:

Aandacht voor communicatie in opleiding

Aanbevolen wordt om meer aandacht te besteden aan gesprekstechnieken in verband met lage gezondheidsvaardigheden in het curriculum van artsen en andere zorgverleners en hen te leren te communiceren in simpele bewoordingen en eenvoudige taal (Hong e.a., 2013; Roberts, 2012). Actief luisteren, uitnodigen tot vragen stellen, *teach-back* methode toepassen, medisch jargon vermijden en mondelinge communicatie met schriftelijk en visueel materiaal ondersteunen zijn voorbeelden van goede communicatie. Ook het stellen van drie eenvoudige vragen aan het einde van het consult (Kunt u mij vertellen wat uw belangrijkste probleem is? Wat moet u doen? en Waarom is dat belangrijk?) als controle op of patiënten het begrepen hebben, wordt aanbevolen (Plicher e.a., 2014). Het creëren van bewustzijn van het bestaan van gesprekstechnieken onder zorgverleners is essentieel volgens Howard (2013). Een Amerikaans onderzoek van Trujillo e.a. (2015) liet significante verbeteringen zien in de kennis, vertrouwen en attitude ten aanzien van gezondheidsvaardigheden onder studenten door een *patient-centered* communicatiecursus aan te bieden.

Nouri e.a. (2015) pleit er verder voor dat er rekening gehouden moet worden met subtypes van gezondheidsvaardigheden. Sommige patiënten hebben moeite met lezen of cijfers, anderen met luisteren of spreken. Corranino e.a., 2013 is eveneens van mening dat communicatie meer afgestemd zou moeten worden op individuele kenmerken zoals kennis. Hier is trouwens niet iedereen het mee eens. Zoals al een aantal keren eerder vermeld zijn de meeste deskundigen van mening dat je het niveau van communiceren zo eenvoudig moet maken dat het voor niemand problemen oplevert (onder andere Brach e.a., 2012; Koh e.a., 2013).

Aansluiten op wat patiënten belangrijk vinden

In communicatie met patiënten en cliënten is het niet alleen van belang om aan te sluiten bij het niveau van gezondheidsvaardigheden van een patiënt, maar ook bij hun culturele normen en waarden en wat zij belangrijk vinden. Soms is het daarvoor nodig om te communiceren in de eigen taal, bijvoorbeeld door het gebruik van tolken. Ook wordt gepleit om meer onderzoek te doen naar effectieve strategieën om patiënten met lage gezondheidsvaardigheden te betrekken bij de behandeling. Daarvoor is het nodig om meer zicht te krijgen op de mate waarin mensen met lage gezondheidsvaardigheden betrokken willen zijn en op welke manier. Ook hier is het dus belangrijk om het gesprek met de doelgroep aan te gaan. Deze strategieën die samen met de doelgroep tot stand komen zouden geïntegreerd moeten worden in programma's om patiënten te activeren en in communicatievaardigheidstrainingen van artsen (Chen, 2013).

Opbouwen van een vertrouwensrelatie

Naast aansluiten op de wensen en behoeften van patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en het niveau van communiceren aan te passen, is vertrouwen de basis van ieder hulpverleningscontact. Het is belangrijk om hier in te investeren. Dit gebeurt voor een deel door aan te sluiten bij de wensen en

behoeften van patiënten met lage vaardigheden en daarover met hen het gesprek aan te gaan. Vertrouwen is noodzakelijk indien een patiënt open zou moeten zijn over lage gezondheidsvaardigheden (Ingram e.a. 2012). Vertrouwen vormt ook de basis voor het artikel van Grice e.a. (2013). Daarin wordt een algoritme beschreven voor communicatie met patiënten, waarbij empathie en het opbouwen van vertrouwen centraal staat. Dergelijke methoden inbedden in educatie of curricula van health professionals lijkt zinnig en effectief met oog op beter aansluiten bij patiënten met lage gezondheidsvaardigheden.

Communicatie moet in alle gevallen helder en duidelijk zijn

Zoals al meerdere malen benadrukt is, is het is gevaarlijk om van te voren al allerlei aannames te hebben over het niveau van kennis en vaardigheden van een patiënt omdat vaardigheden kunnen wisselen over situaties heen en vaardigheden soms moeilijk af te leiden zijn uit het gedrag van een patiënt. Vaak wordt het niveau van vaardigheden door zorgverleners overschat waardoor het gevaar bestaat dat de informatie en communicatie op een te ingewikkeld niveau verloopt. Communicatie moet daarom in alle gevallen in begrijpelijke taal zijn en gemakkelijk te begrijpen zijn. Mondelinge communicatie vormt daarbij de basis. Er zijn allerlei richtlijnen voor begrijpelijke taal beschikbaar, in Nederland bijvoorbeeld beschreven door de Stichting Lezen en Schrijven, die toegepast kunnen worden bij het eenvoudig communiceren. Schriftelijk materiaal dient ter ondersteuning van het gesprek. Een voorbeeld van een instrument om de communicatie te vereenvoudigen met behulp van ondersteunend materiaal is de ontwikkeling van ‘praatpapier’ voor zorgverleners als alternatief voor het individuele zorgplan:

“Praatpapier: We hebben lang geprobeerd om het individueel zorgplan van de grond te krijgen. Niet gelukt. Patiënten vergaten de papieren boekjes mee te nemen of ze hadden er geen behoefte aan. Met praatpapier worden doelen van de cliënt besproken. Er staan ook laboratoriumuitslagen op. Door dat praatpapier heb je handvatten voor het gesprek. Een individueel zorgplan omvat veel boekjes en papier, dat is nogal hoogdravend. Wij hebben het laagdrempeliger gemaakt.” [Adviseur 1e lijn (zorggroep)]

Samen beslissen - zorg voor zorg op maat

Stem de communicatie met mensen met lage gezondheidsvaardigheden af op het kennisniveau en de motivatie van de patiënt om zelf mee te beslissen in de behandeling. Inventariseer wat het huidige niveau van kennis is en inventariseer aan welke informatie behoefte is. Nodig patiënten ook uit tot vragen stellen. Maak het samen beslissen onderwerp van gesprek. Bespreek met een patiënt wat hij of zij er van vindt om samen mee te beslissen over behandeldoelen en hoe jullie die gaan bereiken. Voelt de patiënt het ook als een eigen verantwoordelijkheid om dit te doen en heeft hij of zij er vertrouwen in dat het behalen van doelen ook gaat lukken. Door het beslisproces ook expliciet onderdeel van de

communicatie te maken ontstaat er een beter vertrouwen tussen patient en zorgverlener en duidelijker verwachtingen over en weer. In Nederland is recent een hulpmiddel ontwikkelt 'Handreiking gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken', Zuyd Hogeschool (2015) wat ingezet kan worden om het samen beslissen bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden te vergemakkelijken.

Gebruik, indien beschikbaar, keuzehulpen bij het samen beslissen

Gewone keuzehulpen kunnen complexe informatie bevatten over de voor en nadelen van bepaalde keuzeopties. Daardoor zijn gewone keuzehulpen vaak niet goed bruikbaar voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden (Li e.a., 2013; Barton e.a., 2014). Op dit moment zijn in Nederland geen keuzehulpen beschikbaar waarin rekening wordt gehouden met de gezondheidsvaardigheden van patiënten. Uit de literatuur blijkt dat in andere landen enkele initiatieven worden genomen voor de ontwikkeling van keuzehulpen voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden (Barton e.a., 2015; Holmes-Rovner e.a., 2005). Binnen de afdeling Medische Oncologie van het UMC Utrecht krijgt samen beslissen veel aandacht. Hier proberen zorgverleners de patiënt te helpen bij het maken van een grote hoeveelheid keuzes in het behandelproces, door (digitale) informatie zo toegankelijk mogelijk aan te bieden (zie ook hoofdstuk 4).

5.3 *Problemen en uitdagingen bij het creëren van randvoorwaarden voor goede communicatie*

- Onvoldoende kennis en vaardigheden bij professionals en staf over belang van eenvoudige communicatie, hoe dit vorm te geven en welke hulpmiddelen daarvoor beschikbaar zijn.
- Zorgverleners zijn te weinig kritisch met betrekking tot hun eigen vaardigheden.
- Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden past niet in huidige organisatiestructuur (tijd, geld, capaciteit).
- Duidelijke communicatie vormt geen integraal onderdeel van kwaliteitsbeleid.
- Grenzen aan wat patiënten willen en kunnen. Ook cultuur vormt soms struikelblok.
- Bestaande hulpmiddelen/methoden lastig toe te passen of ongeschikt voor situatie.
- Keuzehulpen om samen te beslissen ontbreken.

Gebrek aan kennis en vaardigheden onder zorgverleners

Problemen die zorgverleners ervaren in het aanpassen van mondelinge communicatie op patiënten met lage gezondheidsvaardigheden zijn reeds in dit hoofdstuk genoemd. Het gebrek aan kennis en vaardigheden om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te herkennen is daarbij de grootste barrière waar men

tegenaan loopt, zo blijkt uit de literatuur en de interviews. Dit gebrek komt ook voor een groot deel doordat zorgverleners in het veld zich niet voldoende bewust zijn van de omvang van het probleem en de gevolgen die lage gezondheidsvaardigheden kunnen hebben. Scholing tijdens de opleiding en verspreiding van kennis en informatie binnen de organisatie is noodzakelijk om zorgverleners bewust te maken en beter toe te rusten om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan.

Zorgverleners zijn te weinig kritisch met betrekking tot hun eigen vaardigheden

Zorgverleners moet ook geleerd te worden om kritisch te kijken naar hun eigen communicatievaardigheden die vaak minder goed zijn dan zij zelf denken. Meer aandacht voor en feedback op specifieke communicatietechnieken tijdens de opleiding kan hier aan bijdragen. Ook het leren van eenvoudige taal zoals ontwikkeld door de Stichting Lezen en Schrijven kan hier voor ingezet worden.

Duidelijke communicatie vormt geen integraal onderdeel van kwaliteitsbeleid

Trajecten voor verbetering van de communicatie moeten op alle niveaus van de organisatie ingezet worden en zich niet alleen beperken tot het gesprek in de spreekkamer. Dit betekent vaak een omslag in de organisatie waarvoor tijd, geld en middelen beschikbaar moeten komen. Zo geeft een geïnterviewde aan behoefte te hebben aan financiële middelen voor tolken en voor zorgconsulenten van allochtone afkomst, om de populatie inwoners in de achterstandswijk van de zorginstelling beter te kunnen bedienen.

Grenzen aan wat patiënten willen en kunnen

Zorgverleners in Nederland geven aan dat de mogelijkheden voor initiatieven om mensen met lage gezondheidsvaardigheden meer tegemoet te komen soms beperkt worden door kenmerken van de doelgroep zelf. Bijvoorbeeld het feit dat veel patiënten met lage gezondheidsvaardigheden moeite hebben met abstract denken vormt volgens een aantal zorgverleners een belemmering voor het bieden van zorg:

“Taal en cultuur kun je overbruggen, maar opleidingsniveau [of vaardigheden] is de bottleneck. Dat is heel lastig, wanneer je niet verder komt omdat iemand iets niet kan vatten. Dat zit onder meer op het terrein van abstract denken. Veel patiënten kunnen niet abstract denken of niet in de tijd denken. Net zoals wij niet ‘niet-abstract’ kunnen denken. Dat begrip is het ingewikkeldste.” [1e lijn zorgverleners uit zorggroep]

In hoeverre deze groep toch te bereiken is door bijvoorbeeld eenvoudige taal is nog onvoldoende onderzocht. Daarnaast wordt tevens als barrière genoemd dat de patiënten die het hardst de zorg nodig hebben, soms het minst van zich laten

horen. Dit zijn de zogenaamde zorgmijders. “De mensen die hulp het hardst nodig hebben, hoor je soms het minst goed. Dat kan een gevaar inhouden. Er is een groepje dat de zorg gaat mijden en waaraan het lastig is om uit te leggen waarom de zorg belangrijk is” aldus een zorgverlener. In dit kader is het belangrijk om regionaal samen te werken zodat deze mensen ook buiten de zorg opgevangen kunnen worden.

Daarnaast kunnen opvattingen, gewoonten en (groeps)cultuur het communicatie- en besluitvormingsproces in de weg staan:

“Verder loop je ook op tegen bepaalde opvattingen, gewoontes, voeding, groepscultuur... Een diabeet vindt het bijvoorbeeld moeilijk om een koekje te weigeren, omdat het onbeleefd is als hij/zij ergens op bezoek is. Je vertelt ook niet dat je diabetes hebt. Schaamte. De groepsdruk is hoog, lastig om tegen op te boksen.” [Directeur gezondheidscentrum]

“(...) bijvoorbeeld als er op de Turkse televisie een bepaalde dokter zegt dat je bepaalde cholesterolverlagende middelen niet moet nemen. Dan wordt het vechten tegen de bierkaai om te zeggen dat het goed is om dat wel te doen. Mensen kunnen niet goed beoordelen of informatie van een goede bron komt. De zorgverleners lopen soms aan tegen het feit dat mensen de informatie in de eigen taal, van bronnen die eigenlijk niet te vertrouwen zijn, dus wel vertrouwen.” [Directeur gezondheidscentrum]

“Sommige mensen hebben geen basiskennis van biologie. Geen flauw idee over de werking van spieren, hart etc. Maar ook verschillen in cultuur; sommige mensen hebben andere verklaring modellen en zien dus ook andere oplossingen voor hun klachten.” [2e lijn zorgverleners van revalidatiecentrum]

6 Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk vatten we nogmaals de belangrijkste bevindingen uit dit rapport samen en doen we vervolgens aanbevelingen over wat verschillende partijen (Rijksoverheid/gemeenten, zorgverzekeraars, bestuurders/zorgverleners) kunnen doen om de zorg beter aan te laten sluiten bij de wensen en behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

6.1 *Belangrijkste bevindingen*

Herkenning/erkenning

Het bewustzijn ten aanzien van lage gezondheidsvaardigheden is over het algemeen niet heel groot. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden worden als probleem binnen de zorg nog weinig erkend en in de spreekkamer nog slecht herkend. Hierdoor worden het belang en de noodzaak om actie te ondernemen onderschat. Er is nog weinig specifieke aandacht voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden binnen de zorg: men houdt er onvoldoende rekening mee dat er ook mensen zijn voor wie het aanbod van zorg en de informatievoorziening mogelijk te ingewikkeld is. Gebrek aan erkenning is er zowel onder beleidsmakers als bestuurders van zorgorganisaties als individuele zorgverleners. Hoewel herkenning van mensen met lage gezondheidsvaardigheden een belangrijk thema is binnen de literatuur wordt er vooral gepleit om de zorg niet af te stemmen op verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden, maar om toegang van de zorg zo gemakkelijk en informatie en algemene communicatie zo begrijpelijk te maken dat iedereen optimaal gebruik kan maken van de aanwezige zorg en ondersteuning. Dit wordt de ‘*universal precautions approach*’ genoemd. Vooral ten aanzien van toegankelijkheid en informatievoorziening wordt deze benadering aanbevolen. In één op één communicatie tussen zorgverlener en patiënt kan een benadering meer ‘op maat’ wel wenselijk zijn.

Organisatiebreed beleid ontbreekt

Ook al is men zich wél bewust van de problemen van mensen met lage gezondheidsvaardigheden dan nog ontbreekt het vaak aan draagvlak binnen zorgorganisaties om er ook daadwerkelijk iets aan te doen. Initiatieven om zorg op maat te leveren voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden of zorginstellingen toegankelijker te maken zijn vaak het initiatief van enkele pioniers of komen tot stand via op zichzelf staande (onderzoeks-)projecten die niet verankerd zijn in organisaties of in het dagelijks handelen van zorgverleners. Een systematische aanpak is nodig, niet als iets dat er naast de bestaande beleidsthema’s en prioriteiten nog bij komt maar als aandachtspunt binnen regulier beleid t.a.v. communicatie, kwaliteit, persoonsgerichte zorg en dergelijke. Behalve de bestuurders in individuele zorginstellingen zouden ook

koepelorganisaties als de Federatie Medisch Specialisten, NVZ en NFU voor de ziekenhuizen, en LHV en NHG voor de huisartsen een rol kunnen spelen bij het agenderen van het thema gezondheidsvaardigheden.

Voor een succesvolle aanpak van lage gezondheidsvaardigheden is een cultuurverandering nodig op alle niveaus binnen een zorginstelling, waarbij organisatiebreed beleid wordt geformuleerd, richtlijnen en kwaliteitsnormen worden vastgesteld, bewustzijn wordt gecreëerd en alle medewerkers worden toegerust om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan, bijvoorbeeld door middel van voorlichting over lage gezondheidsvaardigheden en scholing/trainingen in communicatievaardigheden. Zorgprofessionals hebben onvoldoende kennis van het belang van eenvoudige communicatie, en missen de vaardigheden hoe ze dit in de praktijk vorm kunnen geven. Ze overschatten vaak systematisch het niveau van gezondheidsvaardigheden van patiënten, maar ook hun eigen vaardigheden op dit gebied. Goede bij- en nascholing is hier dus een belangrijk aandachtspunt. Maar scholing en training beperken zich vaak tot zorgverleners, dat wil zeggen artsen en verpleegkundigen, terwijl de training zich juist op alle medewerkers in een organisatie zou moeten richten zoals bijvoorbeeld aan baliemedewerkers of receptionisten die het eerste contact zijn voor mensen binnen een zorgorganisatie maar ook aan bestuurders, die het beleid ten aanzien van gezondheidsvaardigheden kunnen bepalen en vormgeven. Daarnaast kan een scan van de toegankelijkheid van de organisatie voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden inzicht bieden in verbeterpunten ten aanzien van de navigatie binnen de instelling en de informatie over de zorg via folders en websites.

Een belangrijke factor die het draagvlak voor beleid en activiteiten ten aanzien van lage gezondheidsvaardigheden kan vergroten, is meer evidentie over wat zorg op maat oplevert in termen van gezondheidswinst, betere patiëntervaringen en lagere zorgkosten. Hoewel daar vooral uit Amerikaans onderzoek al wel kennis over is, is er in Nederland nog weinig onderzoek naar gedaan. Met name het kostenaspect speelt, in een organisatie met een beperkte hoeveelheid middelen, een belangrijke rol. Gebrek aan tijd en geld worden ook meerdere malen in de interviews als belemmering genoemd. Ook voor zorgverzekeraars en voor het zorgstelsel als geheel is inzicht in kosteneffectiviteit wenselijk.

Onvoldoende kennis en gebruik van bestaande methoden en hulpmiddelen

Veel zorgverleners en managers zijn zich onvoldoende bewust van of bekend met reeds bestaande methoden, instrumenten en hulpmiddelen ter verbetering van de toegankelijkheid, informatievoorziening en communicatie binnen organisaties. Het is belangrijk om deze informatie te delen, bijvoorbeeld via een centrale website. Mede daarom hebben we deze hulpmiddelen ook opgenomen als Bijlage B van deze kennissynthese.

Naast gebrek aan bekendheid zijn de meningen over de bruikbaarheid van sommige hulpmiddelen ook verdeeld. Een belangrijk punt is dat veel instrumenten niet zijn ontwikkeld in samenwerking met de doelgroep en/of met

de zorgverleners die ze moeten gebruiken. Gebrek aan tijd en aandacht maken het lastig de hulpmiddelen in te passen. Ook hier speelt het thema van de evidentie, en dan met name over de effectiviteit. Levert zorg op maat betere uitkomsten voor de patiënt en positievere ervaringen met de zorg? Inzicht in (positieve) effecten zou klinici en andere zorgverleners extra motiveren om met deze methoden en hulpmiddelen aan de slag te gaan. De evidentie met betrekking tot kwaliteit van zorg en de kosteneffectiviteit zijn absoluut een aandachtspunt voor verder onderzoek.

Tenslotte ontbreekt het bij de instrumenten met name voor het samen beslissen nog aan keuzehulpen 'op maat'. Doordat patiënten met lage gezondheidsvaardigheden vaak minder vragen stellen in het consult en als geheel een minder actieve rol nemen lijkt het of zij ook minder geïnteresseerd zijn om deel te nemen aan gezamenlijke besluitvorming. Toch willen ook deze patiënten keuzes aangeboden krijgen en om hun mening gevraagd worden. Wel vinden ze het moeilijker om deel te nemen aan het gesprek en schamen ze zich omdat ze informatie niet begrijpen. Een zorgverlener dient zich hiervan bewust te zijn. Omdat ook keuzehulpen meestal niet zijn ontwikkeld in samenwerking met deze doelgroep is het van belang hun bruikbaarheid en begrijpelijkheid na te gaan en zo nodig aangepaste keuzehulpen voor samen beslissen te maken en in te zetten. Er zijn enige voorzichtige initiatieven op dit gebied (bijvoorbeeld zorgpaden met informatie die is afgestemd op de fase van de ziekte, keuzehulpen die zich 'aanpassen' aan de hoeveelheid informatie die een patiënt wil en aankan), maar in het algemeen is dit thema nog in ontwikkeling.

Te weinig steun van Rijksoverheid en op gemeentelijk niveau.

Organisaties geven aan dat zij de steun van Rijksoverheid en gemeenten missen bij de aanpak van lage gezondheidsvaardigheden. Interventies en beleid geïnitieerd door de Rijksoverheid zijn vaak sterke drijfveren voor organisaties en bestuurders om met een bepaald onderwerp aan de slag te gaan. In Nederland komt aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden nergens formeel terug, niet in wet- en regelgeving, niet in beleid van de Rijksoverheid of van gemeenten, en ook niet in de discussies over persoonsgerichte zorg. Belangrijk is dat het thema op de politieke agenda komt. Hierdoor wordt bewustwording bevorderd en het belang van aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden onderstreept. Ook de transparantie van wet en regelgeving wordt als taak van de Rijksoverheid en gemeenten genoemd.

Rol van de zorgverzekeraars

Ook zorgverzekeraars zouden via hun zorginkoop verbeteringen in de zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden kunnen stimuleren en er op die manier aan bijdragen dat het thema in zorginstellingen op de agenda komt. Daarnaast worden zorgverzekeraars genoemd als de partij bij uitstek die middelen ter beschikking kan stellen om de implementatie van extra activiteiten voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden in de zorg mogelijk maken. Nu

worden tijd, geld en een gebrek aan middelen als één van de grootste struikelblokken genoemd. Verder wordt ook vermeld dat zorgverzekeraars door eenvoudiger taalgebruik in polissen en duidelijkheid over vergoedingen een bijdrage kunnen leveren met betrekking tot betere toegankelijkheid en heldere informatie over de zorg.

Afstemming met de doelgroep

Initiatieven ter verbetering van gezondheidsvaardigheden worden vaak genomen zonder daar de doelgroep zelf bij te betrekken. Hierdoor bestaat het risico dat initiatieven niet voldoen aan de wensen en behoeften van mensen met gezondheidsvaardigheden of niet aansluiten bij het niveau van kennis en vaardigheden. Dit geldt zowel voor toegankelijkheid als informatie als communicatie

6.2 Aanbevelingen voor beleid en praktijk

Rijksoverheid/gemeenten

1. Gezondheidsvaardigheden agenderen.

- Het is van belang om het thema ‘Gezondheidsvaardigheden’ op de politieke agenda te krijgen omdat hierdoor de urgentie van maatregelen op dit gebied worden benadrukt. Dit kan bijvoorbeeld door meer expliciete aandacht voor verschillen in gezondheidsvaardigheden in beleidsdocumenten.

2. Coördinatie activiteiten bevorderen.

- Een landelijk beleid of nationale doelen ten aanzien van gezondheidsvaardigheden ontbreken in Nederland, maar uit Europees onderzoek weten we dat dit geen voorwaarde is voor activiteiten door diverse partijen op dit gebied. Wel zou samenhang tussen de verschillende activiteiten kunnen worden bevorderd door een meer centraal beleid (op landelijk, regionaal of lokaal niveau). Op dit moment is de Alliantie Gezondheidsvaardigheden de (enige) netwerkorganisatie in Nederland die dit op landelijk niveau doet. In de Alliantie (die wordt gecoördineerd vanuit de Stichting Pharos) zijn diverse partners vertegenwoordigd die actief zijn op het gebied van voorlichting/communicatie, hulpverlening, onderwijs, onderzoek en patiëntparticipatie. Mogelijk zou de Rijksoverheid de werkzaamheden en activiteiten van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld door subsidiëring van een jaarlijkse bijeenkomst of structurele financiering van de coördinatietaak.

3. Onderzoeksagendering.

- Bij herhaling wordt gewezen op de noodzaak van het vergroten van de evidentie voor de (kosten-)effectiviteit van zorg op maat. Zowel de Rijksoverheid als gemeenten kunnen bijdragen aan de agendering van dit

onderwerp op onderzoeksagenda's (bij betreffende Ministeries, ZonMw, lokale en regionale onderzoeksinstanties) als aan de subsidiëring van dit type onderzoek.

4. *Transparantie wet- en regelgeving.*

- Communicatie over wet- en regelgeving rond zorg, en informatievoorziening over hulpmiddelen en vergoedingen moeten zo geformuleerd worden dat deze voor iedereen te begrijpen zijn. Op gemeente niveau kan gekeken worden hoe het zorgsysteem als geheel toegankelijker gemaakt kan worden voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden. De communicatie en informatievoorziening door de rijksoverheid en gemeenten, bijvoorbeeld over veranderingen in de zorg, kan in begrijpelijker taal aangeboden worden. Algemeen moet er bij aandacht voor gezondheidsvaardigheden niet alleen gefocust worden op individuele kenmerken van patiënten en burgers en op wat een patiënt moet en kan, maar ook op hoe je mensen met beperktere mogelijkheden zo goed mogelijk tegemoet kan komen en kan ondersteunen.

Zorgverzekeraars

1. *Zorginkoop.*

- Door aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden op te nemen in standaarden en indicatoren voor goede zorg en deze ook als uitgangspunt te nemen voor zorginkoop kunnen zorgverzekeraars er aan bijdragen dat aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden meer structureel wordt ingebed in het huidige zorgsysteem. Behalve voor zorginkoop door verzekeraars zelf kan deze kennis over de kwaliteit van de zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden ook gebruikt worden als informatie voor (potentiële) patiënten en verwijzers. In dat geval zouden de inzichten hoe een instelling op dit terrein functioneert gemonitord en openbaar gepubliceerd moeten worden.
- Concreet zouden zorgverzekeraars kunnen meewerken aan een 'keurmerk' voor zorginstellingen die voldoen aan een aantal criteria op het gebied van toegankelijkheid (navigatie) en informatie (folders en websites). Uiteraard zou dit in samenwerking plaats moeten vinden met communicatiedeskundigen en de doelgroep. Dit keurmerk zou verder aangevuld kunnen worden met kwaliteitsaspecten als de aanwezigheid van een organisatiebreed beleid ten aanzien van gezondheidsvaardigheden en of er bij- en nascholing van de medewerkers plaatsvindt.

2. *Middelen beschikbaar stellen voor de implementatie van extra activiteiten.*

- Zorgverzekeraars zouden pilots of projecten kunnen financieren waarbij extra activiteiten en/of hulpmiddelen in de zorg aan mensen met lage vaardigheden worden uitgetest en geïmplementeerd. Op deze manier wordt de mogelijkheid geboden om daadwerkelijk iets te kunnen doen in de praktijk, en tegelijkertijd wordt er evidentie verzameld over de (kosten-) effectiviteit.

3. *Transparantie polissen en vergoedingen.*

- Zorgverzekeraars moeten hun polissen en de informatie over vergoedingen in eenvoudiger taalgebruik (laten) formuleren en daarmee de toegankelijkheid van zorg te vergroten. Zij kunnen zich hierbij laten adviseren door mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

Bestuurders/zorgverleners

In de onderstaande praktische aanbevelingen voor bestuurders van zorginstellingen en zorgverleners is aangesloten bij de structuur van de tien kenmerken van 'gezondheidsvaardige organisaties' (Brach e.a. 2012). Wij hebben hiervoor gekozen omdat het model van Brach e.a. op basis van consensus met verschillende partijen tot stand is gekomen en het meest gebruikt wordt. Het biedt een goede structuur om onze aanbevelingen mee te ordenen:

1. *Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden is structureel ingebed in de missie, het beleid en de activiteiten van de organisatie.*

- Zorg voor draagvlak in de organisatie, door medewerkers uit alle geledingen van de organisatie bij verbetertrajecten te betrekken.
- Formuleer een (overstijgend) verbeterplan en een implementatietraject; voorkom dat aandacht voor gezondheidsvaardigheden vooral gaat in de vorm van losse projecten die geen vervolg krijgen.
- Formuleer doelen en uitkomstindicatoren op het gebied van lage gezondheidsvaardigheden; gebruik hiervoor instrumenten die beschikbaar zijn om zwakke en sterke kanten van organisaties in de zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden zichtbaar te maken en die op die manier aanknopingspunten bieden ter verbetering.
- Draag het belang van werken aan lage gezondheidsvaardigheden ook uit buiten de eigen organisatie, zodat continuïteit in de keten gewaarborgd wordt; werk bijvoorbeeld samen met bedrijven, scholen en sportorganisaties in de buurt. Op die manier kan vorm gegeven worden aan preventie.
- Zorg voor tijd, geld en fysieke middelen om verbeterplannen ook echt vorm te geven; probeer hier ook samen met verzekeraars naar te kijken bij de zorginkoop.
- Huur een expert in op het gebied van gezondheidsvaardigheden die helpt veranderingen door te voeren en ook als aanspreekpunt voor medewerkers dient bij vragen.
- Werk samen met mensen met lage gezondheidsvaardigheden; zij kunnen fungeren als trainer maar ook om communicatie en infomateriaal te toetsen.

2. *Een kwaliteitsbeleid waarin aandacht voor gezondheidsvaardigheden een centraal onderdeel is en waar ook op gemonitord wordt.*

- Start met een 'needs assessment'. Wat ervaren patiënten of cliënten als een probleem? Welke problemen vinden wij als organisatie dat als eerste

- aangepakt moet worden? Gebruik voor agendasetting bijvoorbeeld de Quicksan Gezondheidsvaardigheden.
- Monitor de activiteiten structureel, zowel het proces als de uitkomsten: wat doen we, hoeveel tijd kost het ons en wat levert het op? Dit draagt bij aan de motivatie van medewerkers en levert informatie over evidentie die nu ontbreekt.
3. *Medewerkers worden toegerust met de juiste vaardigheden om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan.*
- Zorg voor kennis en vaardigheden op alle niveaus van de organisatie;
 - Informeer medewerkers via experts en mensen met lage gezondheidsvaardigheden zelf over de omvang van het probleem van lage gezondheidsvaardigheden en de gevolgen die het kan hebben.
 - Monitor regelmatig vaardigheden van medewerkers en school bij indien noodzakelijk.
 - Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden moeten ook integraal onderdeel uit maken van bestaande bij- en nascholingsprogramma's bijvoorbeeld rondom patiëntveiligheid en persoonsgerichte zorg .
4. *Het betrekken van mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsinformatie en zorg.*
- Bij het ontwikkelen van beleid of het vormgeven van een interventie, zorg voor een werkgroep of adviesgroep waar ook mensen met lage gezondheidsvaardigheden in zitten.
 - Werk samen met mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij het ontwikkelen van websites, zelfmanagement programma's, ander informatiemateriaal en bij de bewegwijzering van gebouwen.
 - Evalueer bestaand materiaal met de hulp van mensen met lage gezondheidsvaardigheden en verwerk hun feedback.
5. *Zorg voor schriftelijke en mondelinge informatie in begrijpelijke taal.*
- Besef dat het niveau van gezondheidsvaardigheden in de praktijk vaak lastig te herkennen is.
 - Besef dat het niveau van gezondheidsvaardigheden varieert onder invloed van emoties en context.
 - Besef dat mensen zich vaak schamen voor het feit dat ze weinig vaardig zijn en dat ze dit verbergen.
 - Zorg daarom voor informatie die zo eenvoudig is dat hij voor iedereen begrijpelijk is.
 - Vind het juiste niveau: de uitdaging ligt er in om de zorg op een dergelijk laag niveau in te steken dat het nog voor iedereen begrijpelijk en acceptabel is en mensen met meer vaardigheden niet voor het hoofd gestoten worden. Op die manier kan een groot deel van de problemen ondervangen worden. Er zullen echter altijd groepen zijn die toch nog extra aandacht behoeven. Bijvoorbeeld omdat taal, cultuur of sociaaleconomische omstandigheden een extra handicap vormen. Aan deze kwetsbare groepen mensen zal dus

- meer tijd besteed moeten worden en ook een aanpassing in materiaal, bijvoorbeeld in eigen taal en cultuur.
- Zet experts in binnen de organisatie die helpen om bestaand materiaal te beoordelen op begrijpelijkheid en nieuw materiaal te ontwikkelen; Denk daarbij bijvoorbeeld aan de Stichting Lezen en Schrijven of de Stichting Makkelijk Lezen.
 - Schakel ook hier altijd de doelgroep zelf in; een beter toetsingskader bestaat namelijk niet.
6. *Strategieën voor heldere communicatie en evaluatie van deze strategieën.*
- Maak gebruik van strategieën voor heldere communicatie; Houd taal simpel door eenvoudige taal te gebruiken, niet teveel informatie te geven, rustig en langzaam te praten en actief taalgebruik te gebruiken.
 - Controleer of communicatie is begrepen; soms zal meer tijd nodig zijn.
 - Sluit aan bij de voorkeuren voor communicatiekanalen van mensen met lage gezondheidsvaardigheden en/of zorg voor technologie die mondelinge communicatie kan ondersteunen.
 - Stimuleer mensen om vragen te stellen, hiervoor zijn al allerlei hulpmiddelen beschikbaar, vooral ontwikkeld door patiëntenorganisaties.
7. *Informatie en zorg die gemakkelijk toegankelijk is en waarbij mensen worden geholpen om door de zorg heen te navigeren.*
- Stel je als organisatie/zorgverlener proactief op. Wacht niet tot mensen met problemen komen maar verwacht ze en nodig ze uit om vragen te stellen.
 - Sommige mensen hebben extra tijd nodig, zorg voor casemanagers/vertrouwenspersonen/centrale aanspreekpunten.
 - Betrek mensen met lage vaardigheden bij het vormgeven van webportals en het ontwerp voor de navigatie in gebouwen.
8. *Investering in het ontwerpen en verspreiden van makkelijk te begrijpen en toe te passen informatie (gedrukt, audiovisueel of via sociale media).*
- Maak gebruik van bestaande richtlijnen voor ontwikkeling en toetsing.
 - Beperk informatie in hoeveelheid en tijd (bijvoorbeeld met behulp van een zorgpad).
 - Help patiënten keuzes te maken via keuzehulpen op maat of keurmerken voor goede (digitale) informatie.
 - Ondersteun mondelinge communicatie met schriftelijk en digitaal en visueel materiaal.
9. *Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden in situaties met een hoog risico zoals zorgtransities en communicatie rond medicatie.*
- Breng via een analyse van de organisatie hoog risico situaties in beeld.
 - Praat met de doelgroep, waar liggen hun behoeften?
 - Betrek alle betrokkenen in een hoog risico situatie bij een verbetertraject.
 - Zorg voor afstemming samenwerking in zorgketen.
 - Zorg voor extra controle op begrip bij de doelgroep.

10. *Heldere communicatie over op welke zorg mensen recht hebben en waar men eventueel voor moet bijbetalen.*

- Dit is primair een taak van Rijksoverheid, gemeenten en zorgverzekeraars, maar is ook relevant in de interactie met de zorgverlener (bijvoorbeeld bij samen beslissen).

Referenties

- Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, 2013; 28(11):1469-1476.
- Allen K, Zoellner J, Motley M, Estabrooks PA. Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: A systematic literature review using the RE-AIM framework. *Journal of Health Communication*. 2011; 16(Suppl.3):55-72.
- Alqudah M, Johnson M, Cowin L, George A. An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 2014; 36(1):52-61.
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, et al.. Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 2002; 92(8):1278-1283.
- Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 2006; 21(8):878-883.
- Balzora S, Abiri B, Wang XJ, McKeever J, Poles M, et al.. Assessing cultural competency skills in gastroenterology fellowship training. *World Journal of Gastroenterology*, 2015; 21(6):1887-1892.
- Barton JL, Trupin L, Tonner C, Imboden J, Katz P, et al.. English language proficiency, health literacy, and trust in physician are associated with shared decision making in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 2014; 41(7):1290-1297.
- Barton JL, Trupin L, Schillinger D, Evans-Young G, Imboden J, et al.. Low Literacy Decision Aid Enhances Knowledge and Reduces Decisional Conflict among Diverse Population of Adults with Rheumatoid Arthritis: Results of a Pilot Study. *Arthritis Care & Research*, 2015; [Epub ahead of print].
- Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*, 2014; 7(14):694.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2011; 155(2):97-107.

- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, et al.. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment (Full Rep), 2011; (199):1-941.
- Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ*, 2012; 344:e1602.
- Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, et al.. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. Discussion Paper. Washington DC: Institute of Medicine, 2012.
- Bruinessen IR van, Weel EM van, Gouw H, Zijlstra JM, Albada A, Dulmen S van. Barriers and facilitators to effective communication experienced by patients with malignant lymphoma at all stages after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 2013; 22(12): 2807-2814.
- Caffero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. *Journal of Health Communication*, 2013; 18(suppl.1):70-81.
- Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and health literacy: a systematic review to inform nutrition research and practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2012; 112(2):254-265.
- Chen AMH, Noureldim M, Plake KS. Impact of a health literacy assignment on student pharmacist learning. *Social and Administrative Pharmacy*, 2013; 9:531-541.
- Corraro JE. Health literacy and women's health: challenges and opportunities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2013; 58(3):257-264.
- Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 2007; 335(7609):24-27.
- DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH, Broucksou KA, Hink A, et al.. Health literacy universal precautions toolkit. 2010. <http://www.ahrq.gov/qual/literacy/healthliteracytoolkit.pdf>
- Dickens C, Piano MR. Health literacy and nursing: an update. *American Journal of Nursing*, 2013; 113(6):52-57.
- Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision-making in the NHS. *British Medical Journal*, 2010; 341:c5146.
- Ennis K, Hawthorne K, Frownfelter D. How physical therapists can strategically effect health outcomes for older adults with limited health literacy. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2012; 35(3):148-154.

- Fransen MP, Beune EJ, Baim-Lance AM, Bruessing RC, Essink-Bot ML. Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers. *Journal of Diabetes*, 2015; 7(3):418-425.
- French KS. Transforming nursing care through health literacy ACTS. *Nurs Clin North Am*. 2015;50(1):87-98.
- Grice GR, Gattas NM, Sailors J, Murphy JA, Tiemeier A, et al.. Health literacy: use of the Four Habits Model to improve student pharmacists' communication. *Patient Education and Counseling*, 2013; 90(1):23-28.
- Heijmans M, Waverijn G. Gezondheidsvaardigheden van chronische zieken belangrijk voor zelfmanagement. Utrecht: NIVEL, 2014a.
- Heijmans M, Waverijn G, Houtum L van. Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt? Utrecht: NIVEL, 2014b.
- Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, et al.. A study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Utrecht: NIVEL, 2015.
- Henselmans I, Bruinessen IR van. Mondigheid in de spreekkamer: waarom is het moeilijk en kun je het leren? *Psychosociale Oncologie*, 2014; 22(4):44-45.
- Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, Dulmen S van. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expectations*, 2015; 18(6):2375-2388.
- Hendriks M, Plass AM, Heijmans M, Rademakers J. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten. Utrecht: NIVEL, 2013.
- Hughes NR. How Does Organisational Literacy Impact Access to Health Care for Homeless Individuals? *Health Care Analysis*, 2014 [Epub ahead of print].
- Holmes-Rovner M, Kroll J, Schmitt N, Rovner DR, Breer ML, et al.. Patient satisfaction with health care decisions: the satisfaction with decision scale. *Medical Decision Making*, 1996; 16(1):58-64.
- Hong J, Nguyen TV, Prose NS. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology: Part II: Patient education. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2013; 68(3):364.e1-10.
- Hou SI. Health literacy online: a guide to writing and designing easy-to-use health web sites. *Health Promotion Practice*, 2012; 13(5):577-580.

- Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. *Journal of Health Communication*, 2013; 18(8):991-1001.
- Ingram RR. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of Advanced Nursing*, 2012; 68(3):695-704.
- Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML . A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Affairs*, 2013; 32(2):357-367.
- Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington DC: National Center for Education Statistics, 2006.
- LeBlanc A, Herrin J, Williams MD, Inselman JW, Branda ME, Shah ND, et al.. Shared Decision Making for Antidepressants in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *JAMA International Medicine*, 2015; 175(11):1761-1770.
- Li LC, Adam PM, Townsend AF, Lacaille D, Yousefi C, et al.. Usability testing of ANSWER: a web-based methotrexate decision aid for patients with rheumatoid arthritis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2013; 13:131.
- Marmot M. Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007; 370(9593):1153-1163.
- Nouri SS, Rudd RE. Health literacy in the "oral exchange": an important element of patient-provider communication. *Patient Education Counseling*, 2015; 98(5):565-571.
- Nota I, Drossaert CH, Taal E, Vonkeman HE, Laar MA van de. Patient participation in decisions about disease modifying anti-rheumatic drugs: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disord*, 2014; 15:333.
- Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organisation Division of Health Promotion, Education and Communications, 1998.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal; a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. *Health Promotion International*, 2000; 15(3):259-267.
- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013; 13:658.

- Papadakos CT, Papadakos J, Catton P, Houston P, McKernan P, Jusko Friedman A. From theory to pamphlet: the 3Ws and an H process for the development of meaningful patient education resources. *Journal of Cancer Education*, 2014; 29(2):304-310.
- Parker R. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 2000; 15(4):277-283.
- Petty JL. Medication adherence and patient outcomes: part 2: interventions and resources to overcome low health literacy. *Clinical Nurse Specialist*, 2013; 27(6): 286-288.
- Pel-Littel R, Veenendaal H van. Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven* 2015. DOI: 10.1007/s12414-015-0074-5
- Pilcher J, Flanders, S. Who Is Billy Reuben? *Health Literacy and Patient Education. Neonatal Network*, 2014; 33(3):150-154.
- Rademakers J. Kennissynthese. *De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld*. Utrecht: NIVEL, 2013.
- Rademakers J. Kennissynthese. *Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL, 2014.
- Ratanawongsa N, Handley M, Quan J, Sarkar U, Pfeifer K, et al.. Quasi-experimental trial of diabetes self-management automated and real-time telephonic support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: Study protocol. *BMC Health Services Research*, 2012; 12(1):22.
- Roberts DM, Reid JR, Conner AL, Barrer S, Miller KH, Ziegler C. A replicable model of a health literacy curriculum for a third-year clerkship. *Teaching and Learning in Medicine*, 2012; 24(3):200-210.
- Rosas-Salazar C, Apter AJ, Canino G, Celedón JC. Health literacy and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2012; 129(4):935-942.
- IOM Roundtable on Health Literacy. *How Can Health Care Organizations Become More Health Literate: Workshop Summary*. Washington DC: National Academies Press (US), 2012.
- IOM Roundtable on Health Literacy. *Organizational Change to Improve Health Literacy: Workshop Summary*. Washington DC: National Academies Press (US), 2013.
- Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press (US), 2003.
- Rudd RE. Improving Americans' health literacy. *New England Journal of Medicine*, 2010; 363(24):2283-2285.

- Rudd RE. Low health literacy. *Annals of Internal Medicine*, 2011; 155(11):793-794.
- Rudd RE, Groene OR, Navarro-Rubio MD. On health literacy and health outcomes: background, impact, and future directions. *Revista de Calidad Asistencial*, 2013; 28(3):188-192.
- Sanders LM, Perrin EM, Yin HS, Bronaugh A, Rothman RL. Greenlight Study Team. "Greenlight study": a controlled trial of low-literacy, early childhood obesity prevention. *Pediatrics*, 2014; 133(6):e1724-1737.
- Sarkar U, Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Nápoles A, Karliner L, Pérez-Stable EJ. Patient-physicians' information exchange in outpatient cardiac care: Time for a heart to heart? *Patient Education and Counseling*, 2011; 85(2):173-179.
- Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 2004; 52(3):315-323.
- Schillinger D, Hammer H, Wang F, Palacios J, McLean I, et al.. Seeing in 3-D: Examining the reach of diabetes self-management support strategies in a public health care system. *Health Education & Behavior*, 2008; 35(5):664-682.
- Schillinger D, Machtiger EL, Wang F, Chen LL, Win K, et al.. Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulation clinic: Are pictures better than words? *Advances in patient safety: From research to implementation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.
- Schillinger D, Keller D. The Other Side of the Coin: Attributes of a Health Literate Health Care Organization. PowerPoint presentation at the Institute of Medicine Workshop on Attributes of a Health Literate Organization. Washington DC: November 16, 2011.
- Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: A systematic review. *Journal of Health Communication*, 2011; 16(suppl.3):30-54.
- Seurer AC, Vogt HB. Low health literacy: a barrier to effective patient care. *S D Medicine*, 2013; 66(2):51, 53-57.
- Smith MY, Wallace LS. Reducing drug self-injection errors: a randomized trial comparing a "standard" versus "plain language" version of Patient Instructions for Use. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2013; 9(5):621-625.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, et al.. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012; 25;12:80.

- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, et al.. HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 2015; 25(6):1053-1058.
- Stichting Lezen en Schrijven. Available from: www.lezenenschrijven.nl.
- Trujillo JM, Figler TA. Teaching and learning health literacy in a doctor of pharmacy program. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 2015; 79(2):27.
- Heide I van der, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, 2013a; 18(suppl.1):172-184.
- Heide I van der, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 2013b; 13:179.
- Heide I van der, Heijmans M, Schuit AJ, Uiters E, Rademakers J. Functional, interactive and critical health literacy: Varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patient Education Counseling*, 2015; 98(8):998-1004.
- Visscher KL, Hutnik CM. Reprint of: Health literacy in Canada and the ophthalmology patient. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 2015; 50(suppl.1):s40-s46.
- Voshaar MJ, Nota I, Laar MA van de, Bemt BJ van den. Patient-centred care in established rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2015; 29(4-5):643-663.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 1996; 74(4):511-544.
- Walsh TM, Volsko TA. Readability assessment of Internet-based consumer health information. *Respiratory Care*, 2008; 53(10):1310-1315.
- Weaver NL, Wray RJ, Zellin S, Gautam K, Jupka K. Advancing organizational health literacy in health care organizations serving high-needs populations: a case study. *Journal of Health Communication*, 2012; 17(suppl.3):55-66.
- Weidmer BA, Brach C, Slaughter ME, Hays RD. Development of items to assess patients' health literacy experiences at hospitals for the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Hospital Survey. *Medical Care*, 2012; 50(9, suppl.2):S12-S21.
- Wilmore M, Rodger D, Humphreys S, Clifton VM, Dalton J, et al.. How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery*, 2014; 31(2015):74-79.

Willis CD, Saul JE, Bitz J, Pompu K4, Best A, Jackson B. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. *Public Health*, 2014; 128(6):515-24.

Wong BK. Building a health literate workplace. *Workplace Health & Safety*, 2012; 60(8):363-9; quiz 370.

Bijlage A Methoden

A. Literatuur studie

De eerste onderzoeksvraag van deze kennissynthese luidt: Wat kunnen zorgverleners en zorginstellingen doen om beter aan te sluiten bij de verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden van hun patiënten? Welke competenties en maatregelen zijn daarvoor nodig, welke methodieken en hulpmiddelen kunnen worden gebruikt? Om deze vraag te beantwoorden, is een internationale literatuurstudie uitgevoerd waarbij werd gelet op de volgende twee aspecten:

- a. Welke verbeteringen zijn mogelijk/nodig op het niveau van de individuele zorgprofessional (kennis, attitude, vaardigheden, scholing etc.).
- b. Welke verbeteringen zijn mogelijk/nodig op het niveau van de zorginstelling (praktijk, gezondheidscentrum, ziekenhuis).

Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen studies binnen de volgende drie domeinen: communicatie/samen beslissen, informatievoorziening en toegankelijkheid van de zorginstelling (zie Inleiding voor een toelichting op deze domeinen).

We hebben een zoekstrategie opgezet om te zoeken in de elektronische zoekmachine PubMed. In Box A.1 staat de zoekstrategie beschreven. Er is gezocht naar studies in het Engels of Nederlands, gepubliceerd vanaf januari 2012 tot januari 2016. Tijdens de selectieprocedure is eerst een selectie gemaakt op basis van titel, daarna op basis van de samenvatting en tot slot op basis van de gehele tekst. Voor de selectie van studies hebben we de volgende criteria aangehouden:

Exclusiecriteria

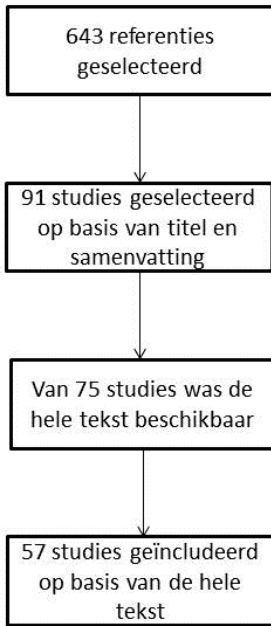
- De studie gaat niet over gezondheidsvaardigheden (*health literacy*) of gezondheidsvaardigheden zijn niet de belangrijkste focus.
- De studie gaat wel over gezondheidsvaardigheden, maar:
 - de studie is gericht op het meten van levels van gezondheidsvaardigheden onder patiënten;
 - het betreft een studie naar verbanden tussen gezondheidsvaardigheden en gezondheidsuitkomsten;
 - de studie gaat niet over gezondheidsvaardigheden bij *patiënten*;
 - de studie biedt geen inhoudelijke aanwijzingen voor maatstaven/competenties;
 - de studie gaat over een heel specifiek soort gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld literacy ten aanzien van bepaalde medicatie of ten aanzien van rampen.
- De studie betreft een niet-Westers land. Volgens het CBS is dat één van de landen in Afrika, Latijns-Amerika, Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije.

Uitzondering op bovenstaande criteria:

- Wanneer de studie een 'poort' zou kunnen zijn naar andere literatuur over maatstaven/competenties (sneeuwbalmethode).

De zoekstrategie leverde in totaal 643 studies op. Van dit aantal zijn 57 studies geselecteerd voor onze kennissynthese, zie Figuur A.1.

Figuur A.1 Flowdiagram literatuur selectie



Box A.1 Zoekstrategie literatuur studie

Blok A: health literacy

("Health Literacy"[Mesh] OR "Health Literacy"[tiab] OR "Information Literacy"[Mesh] OR "health competence"[tiab]) OR (("Health"[Mesh] OR health[tiab] OR patient*[tiab]) AND (literacy[tiab] OR literate[Tiab]))

AND

Blok B: health care providers and institutions

(Health Personnel[Mesh] OR *care prov*[tiab] OR caregiver*[tiab] OR care giver*[tiab] OR fieldworker*[tiab] OR field worker*[tiab] OR General Practitioners[Mesh] OR general pract*[tiab] OR Physicians[Mesh] OR physician*[tiab] OR doctor*[tiab] OR Nurses[Mesh] OR nurs*[tiab] OR profession*[tiab] OR Physician assistants[Mesh] OR assistant*[tiab] OR Hospitals[Mesh] OR hospital*[tiab] OR General Practice[Mesh] OR organization*[tiab] OR organisation* OR Health Services[Mesh:NoExp] OR health service*[tiab])

AND

Blok C: competenties en maatregelen

(Professional Competence[Mesh] OR Clinical Competence[Mesh] OR competen*[tiab] OR Social Skills[Mesh] OR skill*[tiab] OR able[tiab] OR abilit*[tiab] OR Practice Guidelines as Topic[Mesh] OR Standard of Care[Mesh] OR Evidence-Based Practice[Mesh] OR guideline*[tiab] OR standard*[tiab] OR “evidence-based”[tiab] OR “evidence based”[tiab])

AND

Blok D: domein “Communicatie/samen beslissen”

(Health Communication[mesh] OR “health communication”[tiab] OR communication[Mesh] OR communicat*[tiab] OR Communication Barriers[Mesh] OR Decision Making[Mesh] OR “shared decision making”[tiab] OR dialog*[tiab] OR convers*[tiab] OR talk*[tiab] OR interlocution*[tiab] OR deliberat*[tiab] OR counsel*[tiab] OR conjunct[tiab] OR conjoint[tiab] OR “partners in care”[tiab] OR “partner in care”[tiab] OR partner*[tiab] OR team*[tiab] OR co-creat*[tiab] OR cocreat*[tiab] OR co-work*[tiab] or cowork*[tiab] OR interact*[tiab])

OR

Blok E: domein “Informatievoorziening”

(Information Dissemination[Mesh] OR consumer health information[Mesh] OR information[tiab] OR information material*[tiab] OR “patient education as topic”[mesh] OR “patient education”[tiab] OR e-health[tiab] OR internet[Mesh] OR internet[tiab] OR website*[tiab] OR folder*[tiab] OR hand-out[tiab] OR “hand out”[tiab] OR handout[tiab] OR leaflet*[tiab] OR booklet*[tiab] OR Pamphlets[Mesh] OR pamphlet*[tiab] OR brochure*[tiab] OR flyer*[tiab] OR media[tiab] OR medium[tiab] OR teach-back communication[Mesh] OR teach-back*[tiab])

OR

Blok F: domein “Toegankelijkheid zorginstelling”

(“health literate care organization”[tiab] OR “health literate care organizations”[tiab] OR “health literate care organisation”[tiab] OR “health literate care organisations”[tiab] OR equipment[tiab] OR arrangement*[tiab] OR navigat*[tiab] OR facilit*[tiab] OR construction*[tiab] OR service[tiab] OR access*[tiab] OR approachable[tiab] OR open[tiab] OR obtainable[tiab] OR pervious[tiab] OR attainable[tiab] OR transpar*[tiab] OR sign*[tiab])

Filters: Abstract; Publication date from 2012/01/01 to 2015/12/31; English; Dutch
In PubMed: (A and B and C) AND (D or E or F), inclusief filter = 595 hits (July 2015)

B. Selectie van tools

In Nederland zijn verschillende tools en methodieken ontwikkeld om zorgverleners en zorgorganisaties te ondersteunen bij het informeren van- en het communiceren met patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Voor de selectie van in Nederland beschikbare tools en methodieken (zie Bijlage B), zijn verschillende bronnen geraadpleegd. De belangrijkste bron was het document ‘Tools gezondheidsvaardigheden’ van Vilans (http://www.vilans.nl/docs/vilans/over_vilans/pdf/Interventies_bgv_co-creatie_Vilans_2012.pdf). Op basis van dit overzicht uit 2013 zijn de meeste tools geselecteerd. Aanvullend is via de websites van Pharos, IROHLA, Stichting Lezen & Schrijven en de Alliantie gezondheidsvaardigheden gezocht naar tools en methodieken. Tot slot is aan de leden van de begeleidingscommissie en aan alle genodigden van de ‘Invitational Conference’ gevraagd of zij aanvullingen hadden op de lijst. Om in de lijst opgenomen te worden moest een tool of methodiek aan de volgende criteria voldoen: a) de tool/methodiek moest expliciet gericht zijn op gezondheidsvaardigheden of geletterdheid; b) de tool/methodiek moest gericht zijn op het ondersteunen van zorgverleners/zorgorganisaties.

C. Focusgroepen en interviews

De tweede onderzoeksvraag die in deze kennissynthese centraal staat luidt: Wat zijn barrières en problemen die zorgverleners en organisaties ervaren bij de implementatie van beleid, wetenschappelijke inzichten en hulpmiddelen op het gebied van gezondheidsvaardigheden? Deze vraag is onder meer beantwoord door informatie die we hebben verkregen uit focusgroepen, duo interviews en telefonische interviews met zorgverleners en bestuurders van verschillende zorgorganisaties. De doelstellingen hierbij waren:

- a. Het in kaart brengen wat er op de domeinen communicatie/samen beslissen, informatievoorziening en toegankelijkheid van de zorginstelling, in Nederland in de eerste en tweede lijn gebeurt om de zorg meer ‘op maat’ te maken. Daarnaast of hierin rekening wordt gehouden met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden. Daarbij is zowel aandacht voor wat er al bestaat aan onderwijs/training/scholing en toolboxes/methodieken, als voor de ervaringen hier mee;
- b. Het inventariseren van knelpunten c.q. kansen voor concrete effectieve verbetering bij het implementeren van beleid, inzichten en hulpmiddelen, op het gebied van gezondheidsvaardigheden.

Tijdens de focusgroepen en interviews zijn een aantal onderwerpen aan bod gekomen, zoals weergegeven in Box A.2.

Onder medewerkers van de volgende organisaties zijn focusgroepen gehouden:

- Gezondheidscentrum Banne Buiksloot, Amsterdam.
- Gezondheidscentrum de Rubenshoek, Den Haag.
- Revalidatiecentrum de Hoogstraat, Utrecht.

Onder medewerkers van de volgende organisaties zijn duo interviews gehouden:

- Antes groep (GGZ), regio Rotterdam.
- Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Onder medewerkers van de volgende organisaties zijn telefonische interviews gehouden:

- Universitair Ziekenhuis Antwerpen.
- Gezondheidscentrum de Rubenshoek, Den Haag.
- Zorggroep Almere.
- Maastricht Universitair Medisch Centrum.

Aan de interviews en focusgroepen hebben binnen de eerste lijn in totaal deelgenomen: zeven huisartsen, twee praktijkondersteuners/assistenten, twee adviseurs en een directeur. Binnen de tweede lijn hebben in totaal deelgenomen: drie medisch specialisten, twee verpleegkundigen/projectmedewerkers, drie consulenten, twee managers.

Box A2 Topiclist focusgroepen en interviews met zorgverleners en bestuurders

- Wat verstaat u onder het begrip lage gezondheidsvaardigheden of lage health literacy?
- Heeft u wel eens te maken met patiënten met lage gezondheidsvaardigheden?
- Hoe herkent u patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en op welke manier probeert u rekening met hen te houden in uw mondelinge en schriftelijke communicatie?
- Welke barrières ervaart u in de zorg aan patiënten met lage gezondheidsvaardigheden?
- Wat heeft u nodig om zorg beter aan te laten sluiten op patiënten met lage gezondheidsvaardigheden?
- Is er beleid binnen uw zorginstelling om de zorg toegankelijk(er) te maken voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden?
- Worden binnen uw organisatie bepaalde methodieken/instrumenten gebruikt om de zorg toegankelijker te maken voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden?

D. Invitational conference

In het najaar van 2015 is een 'Invitational Conference' gehouden. Hierbij waren vertegenwoordigers aanwezig van het Ministerie van VWS, Pharos, Zorggroep

Almere, Antes GGZ, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, het UMC Utrecht, het AMC, de Universiteit Utrecht, Stichting Lezen & Schrijven, Gezondheidscentra Banne Buiksloot en De Rubenshoek, Icare, Zorgbelang Gelderland, InEen, het AMC, Mammarosa en het NIVEL. Tijdens deze bijeenkomst werden de eerste inzichten op basis van de literatuur en op basis van de focusgroepen en interviews gepresenteerd. Hierop volgde een discussie over de bevindingen. Hieruit is gebleken dat de aanwezigen de gepresenteerde resultaten goed herkennen in de praktijk. Daarnaast kregen deelnemers de mogelijkheid om ervaringen uit de praktijk te delen: ervaringen met barrières in het verlenen van zorg aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden en ervaringen met tools die ingezet worden om informatie beter over te brengen. Na de discussie volgde een presentatie van Jeanine van der Giessen van het UMC Utrecht. Zij vertelde welke activiteiten binnen het UMC Utrecht worden ondernomen om beter aan te sluiten bij de behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden en tegen welke barrières zij aanlopen in de praktijk. Hierna volgde weer een discussie met het publiek over ervaringen uit de praktijk.

Bijlage B Overzicht Nederlandse tools

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
Toolbox zelfmanagement-interventies voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden <i>[Hier zitten meerdere tools in.]</i>	Digitaal overzicht van zelfmanagement-interventies en tools die het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) in kaart heeft gebracht.	2011	Zorgverleners	CBO vanuit het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ)	http://www.zelfmanagement.com/toolbox/
Toolkit Laaggeletterdheid	Het doel is laaggeletterdheid sneller kunnen herkennen zodat er rekening gehouden kan worden met deze groep patiënten. De 'Toolkit Laaggeletterdheid' biedt huisartsenpraktijken een checklist om laaggeletterdheid te herkennen. Ook bevat het een checklist die handvatten geeft in de communicatie met patiënten die minder goed kunnen lezen. Op deze manier kunnen huisartsen, dokters-assistenten en praktijkondersteuners	2011	Zorgverleners, zoals huisartsen, dokters-assistenten en praktijkondersteuners	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in samenwerking met: <ul style="list-style-type: none"> • Stichting Lezen & Schrijven (St. L&S) • Gezondheidsinstituut NIGZ/CBO • Stichting Expertisecentrum Educatieve Televisie (ETV) 	https://www.lhv.nl/service/toolkit-laaggeletterdheid

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
	laaggeletterde patiënten de extra ondersteuning bieden die zij nodig hebben. Denk aan de uitleg over het gebruik van een geneesmiddel of een verwijzing naar een arts in het ziekenhuis. Daarmee wordt de gidsrol van de huisarts als centrale zorgverlener toegankelijker voor laaggeletterden.				<ul style="list-style-type: none"> • het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) • Pharos 	
Toolkit Gezondheidsvaardigheden	<p>Het doel van de tool is zorgverleners zich bewust te maken van het feit dat er laaggeletterde patiënten zijn. Toolkit gezondheidsvaardigheden bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een meetinstrument voor het meten van gezondheidsvaardigheden bij patiënten: REALM-S of SBSQ. • Een bijeenkomst voor de hele afdeling met een ambassadeur (iemand die laaggeletterd is geweest). • Informatiemateriaal (folders, maar ook vragenlijsten, bijsluiters) aanpassen: hertalen: makkelijker geschreven; pictogrammen gebruiken: in overleg met de afdeling patiëntenvoorlichting. • Communicatiestrategieën: training 	2013	Zorgverleners binnen het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis afdeling patiënten voorlichting	Mary de Weerd m.d.weerd@cwz.nl	

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
	<p>zorgverleners in effectieve communicatie: in overleg met de afdeling patiëntenvoorlichting.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een herkenningswijzers voor zorgverleners. • Doorverwijzingmogelijkheden voor mensen die laaggeletterd zijn. 					
Toolkit zelfmanagement-ondersteuning voor zorgprofessionals	De toolkit is aangevuld met instrumenten voor gezamenlijke besluitvorming; instrumenten voor patiënten om een consult bij de zorgverlener te kunnen voorbereiden en diverse films, informatiemateriaal voor zorgverleners om in te zetten bij de begeleiding van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en/of bij laaggeletterden.	2014	Zorgprofessionals	Zelfzorg Ondersteund (ZO!) in samenwerking met: <ul style="list-style-type: none"> • Vilans • Ineen • CBO • NHG 	http://zelfzorgondersteund.nl/toolkit-zelfmanagement-ondersteuning-voor-zorgprofessionals/	
Toolkit 'Gezonde Taal, omgaan met laaggeletterdheid in de zorg'	Toolkit met kaarten (hard copy) en praktische hulpmiddelen die je als zorgverlener direct in de praktijk kunt gebruiken. Informatie over de risico's voor patiënten en misverstanden die kunnen ontstaan als patiënten	2012	Medewerkers van UMC Utrecht	UMC Utrecht in samenwerking met Stichting Lezen & Schrijven	Jeanine van der Giessen j.a.m.vandergiesen@umcutrecht.nl http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/wordpress/wp-	

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
	onvoldoende geletterd zijn. Daarnaast bevat de toolkit richtlijnen voor begeleiding van patiënten en een methode waarmee poliklinieken hun proces beter kunnen inrichten op laaggeletterden. De toolkit richt zich in haar aanpak op twee doelgroepen: patiënten en medewerkers. Voor beide doelgroepen is een apart traject uitgezet. Voor medewerkers onder de naam 'Taal op de Werkvloer'. Voor patiënten onder de naam 'Vertel het ons'.				content/uploads/2012/12/767009-Handleiding-toolkit-Gezonde-Taal1.pdf	
Toolkit Campagne Taal maakt gezonder	Stichting Lezen & Schrijven zet zich in om laaggeletterdheid te helpen voorkomen en verminderen, onder andere door publieksdiscussies en door de krachten te bundelen tussen overheid, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. De Stichting heeft een aantal producten ontwikkeld voor de eerstelijnszorg, zoals: <ul style="list-style-type: none"> • Het wachtkamerboekje • De wachtkamerposter • Een notitieblokje voor zorgverleners 	?	Zorgverleners uit de eerste lijn	Stichting Lezen & Schrijven	?	

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
	<ul style="list-style-type: none"> • Filmpje: Laaggeletterdheid in de praktijk - de huisarts • Filmpje: Laaggeletterdheid in de praktijk - de patiënt 					
Schriftelijk						
Methodiek 'Zelfmanagement en beperkte gezondheidsvaardigheden'	<p>Handreiking met veel tips. De methodiek is beschreven in de handreiking 'Zelfmanagement en beperkte gezondheidsvaardigheden'. Deze bestaat uit 9 praktische stappen en een werkboek voor een teamplan. Hiermee kunnen eerstelijns zorgverleners zelfmanagementondersteuning voor mensen met BGV stap voor stap organiseren. Naast veel praktische informatie staat de handreiking boordevol tips, verwijzingen naar hulpmiddelen, websites, verdieping en praktijkcases van mensen met BGV.</p>	2015	Zorgverleners zelfmanagement-ondersteuning	Vilans	<p>Jeanny Engels j.engels@vilans.nl</p> <p>http://www.kennisplein.chronischezorg.nl/eerstelijngesondheidsvaardigheden-product-methodiek-zelfmanagement-laaggeletterden.html</p>	

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
Praten-platen over diabetes	<p>Visueel materiaal voor advisering en voorlichting aan allochtone en laaggeletterde patiënten. Het materiaal bestaat uit een platenmap met tekeningen, foto's en instructie voor de zorgverlener. Er worden suggesties gegeven hoe zorgverleners in de advisering rekening kunnen houden met kennis en vaardigheden en met de sociale en culturele achtergrond van een patiënt. Van de diabetes risicotest is een versie met tekeningen, die gebruikt kan worden in groepsbijeenkomsten en individuele gesprekken gericht op het vroegtijdig opsporen, uitstellen of voorkomen van diabetes.</p>	2000	Zorgverleners	NIGZ in samenwerking met NDF	<p>NISB kennisbank@nisb.nl</p> <p>of</p> <p>NIGZ http://www.nigz.nl/index.cfm?act=winkel.detail&pid=979</p>
Quickscan gezondheidsvaardigheden	<p>De Quickscan bestaat uit een set van instrumenten waarmee u de stand van zaken in kaart brengt rondom uw communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. De instrumenten richten zich op mondelinge communicatie, schriftelijke communicatie (folders, vragenlijsten,</p>	?	Zorgverleners in ziekenhuizen	CBO in nauwe samenwerking met Zorgverzekeraar CZ (CZ Fonds), De Friesland Zorgverzekeraar (Stichting de Friesland) en ziekenhuizen in Brabant, Zeeland en Friesland	http://www.cbo.nl/projecten/quickscan-gezondheidsvaardigheden

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
	brieven, etc.), digitale communicatie (website) en de bewegwijzering in en rond uw gebouw. De resultaten van deze quickscan laten zien waar verbeteringen mogelijk zijn.					
Fotostripserie	Het doel van de strips is om met 'sociale scripts' patiënten meer zelfvertrouwen te geven tijdens hun gesprekken met de huisarts. De zeven thema's van de strips zijn vastgesteld op basis van focusgroepdiscussies met oudere patiënten met verminderde health literacy (gezondheidsvaardigheden). De thema's omvatten onder meer aandacht van de arts, voorbereiden op een consult, lastig taalgebruik en onzekerheid over medicijngebruik. De digitale versies komen onder meer op de website oefenen.nl, het online startpunt voor iedereen die zijn basisvaardigheden wil verbeteren. De papieren versies zullen onder meer verspreid worden in wachtkamers van huisartsenpraktijken.	2015	Huisartsen	Ruth Koops van 't Jagt, Rijksuniversiteit Groningen (IROHLA) in samenwerking met Ype Driessen van fotostrips.nl en acteurs van de Groningse theatergroep Het Derde Bedrijf.	r.koops.van.t.jagt@rug.nl	

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
Voorlichtingsmap 'Begrijp je lichaam'	<p>Voorlichtingsmap met eenvoudige afbeeldingen en teksten over het menselijk lichaam en veelvoorkomende klachten. Deze map is bestemd voor gebruik in de zorg en preventie. Zorgprofessionals ondersteunen in het afstemmen van voorlichting op patiënten, die onvoldoende kunnen lezen en schrijven. Korte teksten en eenvoudige (anatomische) afbeeldingen over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • luchtwegen (astma, COPD, verkoudheid, keelontsteking) • hart en vaatstelsel (vernauwde bloedvaten, hartaanval, hartkramp) • maag-darmstelsel (maagpijn, brandend maagzuur, prikkelbare darm, verstopping) <p>Met achtergrondinformatie over laaggeletterdheid en gezondheidsvaardigheden.</p>	2012	Professionals in de zorg en preventie	CBO, LHV, NHG, Stichting Lezen & Schrijven, Stichting Expertisecentrum ETV.nl en Pharos	http://oefenen.nl/programma/soort/gezondheid/

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
Checklist 'Observaties in de huisartsen-praktijk'	Met deze checklist kan de zorgverlener nagaan of de huisartsenpraktijk is ingesteld op laaggeletterden. De checklist heeft een aantal vragen aan de hand van 5 onderwerpen: <ul style="list-style-type: none"> • telefonische communicatie • digitale communicatie • praktijkentree • praktijkinrichting • praktijkorganisatie <i>(De checklist is onderdeel van de LHV toolkit laagletterdheid.)</i>	2011	Zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk	Landelijke Huisartsen Vereniging in samenwerking met: <ul style="list-style-type: none"> • Stichting Lezen & Schrijven (St. L&S) • Gezondheidsinstituut NIGZ/CBO • Stichting Expertise-centrum Educatieve Televisie (ETV) • het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) • Pharos 	?	
Checklist 'Observaties in de apotheek'	Met deze checklist kan worden nagegaan of de apotheek ingesteld is op laaggeletterden. De checklist heeft een aantal vragen aan de hand van 3 onderwerpen: <ul style="list-style-type: none"> • telefonische communicatie • digitale communicatie • entree en inrichting van de apotheek Daarnaast worden een aantal algemene tips gegeven voor het aanpassen van de apotheek.	2015	Zorgverleners binnen de apotheek	<ul style="list-style-type: none"> • Pharos • KNMP 	https://www.knmp.nl/downloads/checklist-apotheek-klaar-voor-laaggeletterden.pdf	

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
Checklist 'Communicatie op maat van laaggeletterden'	Met deze checklist kan de zorgverlener zijn taalgebruik onder de loep nemen. De checklist bestaat uit 16 korte vragen. Voorbeeldvragen zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Herhaalt u de belangrijkste punten? • Moedigt u patiënten aan om vragen te stellen? • Bevestigt u dat u de patiënt begrijpt? 	2011	Zorgverleners	Landelijke Huisartsen Vereniging in samenwerking met: <ul style="list-style-type: none"> • Stichting Lezen & Schrijven (St. L&S) • Gezondheidsinstituut NIGZ/CBO • Stichting Expertisecentrum Educatieve Televisie (ETV); • het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) • Pharos 	?	
Checklist 'Communicatie op maat – gesprekken voeren'	Met deze checklist kan de zorgverlener zijn taalgebruik onder de loep nemen. De checklist bestaat uit 16 korte vragen.	2015	Zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> • Pharos • KNMP 	https://www.knmp.nl/downloads/checklist-communicatie-met-laaggeletterden.pdf	
Herkennen laaggeletterdheid	Document o met een beschrijving van signalen en veelgebruikte smoezen die duiden op laaggeletterdheid.	2015	Zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> • Pharos • KNMP 	https://www.knmp.nl/downloads/herkennen-laaggeletterdheid.pdf	

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
'Herkenningsswijzer'/ Bureaukaart	Document op boekenleggerformaat met een beschrijving van signalen en veelgebruikte smoezen die duiden op een taalachterstand. De herkenningsswijzer geeft handvatten en tips om de taalachterstand te herkennen, begrip te tonen en het probleem bespreekbaar te maken.	2010	Zorgverleners	Stichting Lezen & Schrijven	info@lezenenschrijven.nl http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/wordpress/wp-content/uploads/2012/10/213020_HKW_Algemeen.pdf
Checklist 'Assisting Health Literacy: checklist for materials'	Engelstalige checklist die je kunt inzetten om beter te communiceren met mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Deze Engelstalige checklist geeft tips om de gezondheidsvaardigheden van patiënten te vergroten: 1 beschrijf je doelstelling 2 betrek de lezer en/of kijker 3 maak het makkelijk om te lezen en/of te kijken 4 plaatjes en foto's In de checklist worden deze tips verder uitgewerkt.	2003	Zorgverleners	International Alliance of Patients Organizations	http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/wordpress/wp-content/uploads/2012/10/checklist-health-literacy.pdf

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
Gespreksleidraad laaggeletterdheid	Zes richtlijnen voor het bespreekbaar maken van laaggeletterdheid. Een leidraad bij wat je kunt doen als je ontdekt dat iemand laaggeletterd is. Tips over hoe je laaggeletterdheid bespreekbaar maakt en hoe je mensen kunt stimuleren om een taalcursus te gaan doen.	2007	Professionals in de zorg, werkgevers, personeelsfunctionarissen en docenten	CINOP	http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/wordpress/wp-content/uploads/2012/10/Laaggeletterdheid-Leidraad-voor-doorverwijzers.pdf
Handreiking voor de aanpak van laaggeletterdheid	Leidraad voor het herkennen, omgaan met en doorverwijzen van laaggeletterden door medewerkers van de GGD'en. De handreiking biedt inspiratie voor zorgverleners die alert willen zijn op laaggeletterdheid. De handreiking biedt vijf praktische aanbevelingen.	2011	Zorgverleners	GGD Nederland in samenwerking met Stichting Lezen & Schrijven	http://www.ggdkennisnet.nl/?file=7125&m=1328603824&action=file.download
Taalverkennen Zorg	Met de Taalverkennen Zorg kan binnen een paar minuten duidelijk worden of een patiënt laaggeletterd is of niet. De ziekenhuizen kunnen er vervolgens voor kiezen om laaggeletterde patiënten door te verwijzen naar taalscholing. Daarnaast kan het ziekenhuis door middel van de snelscan rekening houden met het	2015	Zorgverleners	HvA	Samir Achbab

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
	taalniveau van de patiënt. Er kan bijvoorbeeld voor gekozen worden om de patiënt extra uitleg te geven.				
Video en film					
Film 'Gezondheidsvaardigheden'	Filmpje met 4 personen uit de einddoelgroep en 1 arts over gezondheidsvaardigheden. Het filmpje gaat over wat gezondheidsvaardigheden zijn en waarom het zo'n impact heeft op iemands persoonlijke situatie. De film is afkomstig van het NIGZ congres Gezondheidsvaardigheden (2010).	2010	Zorgverleners	CBO/NIGZ	Jeanny Engels J.Engels@vilans.nl http://www.kennisplein-chronischezorg.nl/eerstelijngesondheidsvaardigheden-product-video-gezondheidsvaardigheden.html
Filmpjes 'Zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden'	Serie korte filmpjes over het begeleiden van een patiënt met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze serie filmpjes laat zien hoe je een patiënt begeleidt die moeite heeft met lezen, schrijven, rekenen of het begrijpen van gezondheidsinformatie: voor, tijdens en na het consult.	2013	Zorgverleners	Vilans	Jeanny Engels J.Engels@vilans.nl http://www.kennisplein-chronischezorg.nl/eerstelijnmensen-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden-product-filmpjes-over-gezondheidsvaardigheden.html

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
Digitaal						
Talking Touch Screen app	Fysiotherapeuten gebruiken vaak een vragenlijst tijdens de intake van nieuwe patiënten. Het percentage laaggeletterde patiënten dat de TTS zelfstandig in kan vullen is groter dan het percentage laaggeletterde patiënten dat zonder TTS zo'n vragenlijst zelfstandig in kan vullen.	?	Fysiotherapeuten	Hogeschool Utrecht	Marlies Welbie marlies.welbie@hu.nl	
Health communicator	Een meertalig anamnese en video-voorlichtingssysteem, dat direct rapporteert aan HIS, KIS of ZIS. De Health Communicator vertaalt bestaande vragenlijsten en voorlichtingsmateriaal in de taal van de patiënt. Inclusief filmpjes voor Nederlands laaggeletterden. Met de Health Communicator kunnen patiënten in hun eigen taal het consult voorbereiden. De zorgverlener gebruikt deze informatie om een gericht consult te voeren. Na afloop van het consult ontvangen patiënten via de Health Communicator informatie in hun eigen	2011	Artsen, praktijk-ondersteuners, paramedici, psychologen en andere zorgverleners in kleine en grote instellingen	Hans Nederhof, huisarts in Amsterdam	http://sticozo.nl/health-communicator	

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
	moedertaal. Ook geschikt voor ouderen en laaggeletterden.				
Bijsluiter in beeld	<p>Informatie over medicijnen uit het uitgiftegesprek duidelijk overbrengen aan laaggeletterde cliënten en cliënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn. Bijsluiter in Beeld is een online hulpmiddel om relevante informatie uit een uitgiftegesprek op een eenvoudige manier over te brengen aan laaggeletterde cliënten en cliënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn. De informatie verschijnt in pictogrammen en is daarna simpel te printen. De informatie omvat de volgende categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> • toedieningsvorm • hoe te gebruiken • waar te gebruiken • klachten – pijn aan • tijdstip • let op (bijvoorbeeld 'kuur afmaken') • hoe te bewaren • overig 	2014	Apothekers-assistenten	Stichting Bedrijfsfonds Apotheken	https://www.sbaweb.nl/bijsluiter-in-beeld

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
Training en Cursus						
e-learning taal maakt gezonder	Om zorgverleners te leren hoe ze mensen die moeite hebben met lezen en schrijven kunnen herkennen en motiveren tot taalscholing, hebben we de e-learning Taal maakt gezonder ontwikkeld. Hiermee kunnen zorgverleners, met een investering van slechts 45 minuten, het verschil maken voor mensen die moeite hebben met communicatie over hun gezondheid.	?	Zorgverleners	Stichting Lezen & Schrijven	http://www.lezenenschrijven.nl/nieuws/e-learning-taal-maakt-gezonder-gelanceerd-bij-antes-groep	
Aanpak taal maakt gezonder	Als zorgverlener en werkgever in de zorg kunt u helpen gezondheidsrisico's (en zorgkosten) te beperken door lees- en schrijfproblemen te herkennen en mensen met taalproblemen te motiveren tot taalscholing. Als zorgverlener kunt u helpen gezondheidsrisico's (en zorgkosten) te beperken door lees- en schrijfproblemen te herkennen en mensen met taalproblemen te motiveren tot taalscholing.	?	Zorgverleners	Stichting Lezen & Schrijven	info@lezenenschrijven.nl	

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
Scholing Gezondheidsvaardigheid en: 'Mijn patiënt begrijpt me niet'	<p>De scholing gaat in op de volgende onderwerpen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Theorie: Wat zijn gezondheidsvaardigheden? Welke mensen hebben lage gezondheidsvaardigheden? Hoe komt het dat mensen lage gezondheidsvaardigheden hebben? Wat zijn de gevolgen van lage gezondheidsvaardigheden op gezondheid en zorggebruik? Praktijk: Hoe herkent u mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Hoe kunt u uw mondelinge, schriftelijke en visuele communicatie vormgeven voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Doel: Zo communiceren dat het advies over gezondheid goed overkomt. 	?	Professionals in de zorg en gezondheidsbevordering.	CBO	http://www.cbo.nl/scholing/gezondheidsvaardigheden:-mijn-patient-begrijpt-me-niet

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
E-learningmodule 'Herkennen en doorverwijzen voor praktijkassistenten'	Een digitale training voor het herkennen en doorverwijzen van patiënten die laaggeletterd zijn. In deze digitale training van Stichting Lezen & Schrijven wordt theorie over de problematiek van laaggeletterdheid afgewisseld met oefenvragen en tips voor herkennen en doorverwijzen.	?	Praktijkassistenten	Stichting Lezen & Schrijven	Bestellen bij de Landelijke Huisartsen Vereniging: www.lhv.nl Telefoon 030-2823723 mail lhv@lhv.nl .
Effectief communiceren met laaggeletterden	Middels de training wordt inzicht gegeven in de mogelijkheden van patiënten om informatie, adviezen en vragen te begrijpen en hoe zorgverleners hun communicatie hierop kunnen laten aansluiten.	2015	Zorgprofessionals met patiënten of cliënten met een lage scholingsachtergrond en beperkt Nederlands.	Pharos	http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/trainingen/trainingen-met-open-inschrijving/19/effectief-communiceren-met-laaggeletterden
Training laaggeletterden in de apotheek: herkennen en communiceren op maat	Middels de training wordt inzicht gegeven in de mogelijkheden van patiënten om informatie, adviezen en vragen te begrijpen. Er worden praktische tips gegeven voor het herkennen van laaggeletterden (checklist). De do's en don'ts voor het aanpassen van communicatie op het niveau van de patiënt wordt behandeld en de "teach-back methode" wordt geoefend.	2014	Apothekers en apothekersassistent en die zorg verlenen aan patiënten die moeite hebben met het lezen en begrijpen van informatie over medicatie.	Pharos	http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/trainingen/trainingen-met-open-inschrijving/22/laaggeletterden-in-de-apotheek-herkennen-en-communiceren-op-maat

Tools					
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via
Overig					
Taalpunt	Een dienst van het UMC waar zorgverleners laaggeletterde patiënten naar door kunnen verwijzen om hulp te krijgen.	-	Zorgverleners/ patiënten UMC	UMC Utrecht	
Taalpunt VUmc	Taalpunt is een nieuwe dienst van VUmc voor patiënten die moeite hebben met lezen en schrijven. Iedere dinsdag zijn taalvrijwilligers aanwezig in de centrale hal van de polikliniek om patiënten te helpen met diverse taalproblemen.	2015	Patiënten van het VUmc	VUmc	http://www.vumc.nl/afdelingen/poli-klinische-zorgeenheden/info-polikliniek/taalpunt/
Aanpak 'Omgaan met laaggeletterdheid'	In het project 'omgaan met laaggeletterdheid' richt het UMC Utrecht zich op laaggeletterdheid onder patiënten én medewerkers. Voor beide doelgroepen is een apart traject uitgezet. Voor medewerkers onder naam 'Taal op de werkvloer'. Voor patiënten onder de naam 'Vertel het ons'. Hoofddoel van het traject voor patiënten is laaggeletterde patiënten meer grip geven op (de gevolgen van) hun ziekte en	2011	Zorgverleners binnen het UMC	UMC Utrecht	Jeanine van der Giessen j.a.m.vandergiesen@umcutrecht.nl http://www.umcutrecht.nl/nl/Subsites/Gezondheidsvaardigheden/Aanpak-UMC-Utrecht

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
	<p>daarmee hun kansen op verbetering van hun gezondheid te vergroten. Bijkomend doel is verkleining van de negatieve consequenties van laaggeletterdheid bij patiënten op (de organisatie van) het ziekenhuis. De belangrijkste onderdelen in de aanpak voor patiënten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bewustwording bij zorgverleners van het probleem van laaggeletterdheid bij patiënten; • aanreiken van methoden om laaggeletterdheid bij patiënten te erkennen en met hen te bespreken ontwikkelen van middelen om laaggeletterde patiënten te begeleiden; • aanpassen van de zorg zodat deze ook voor laaggeletterden toegankelijk is. <p>Activiteiten binnen deze aanpak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek • Bijeenkomsten met taalambassadeurs om zorgverleners en baliemedewerkers bewust te maken van het bestaan van laaggeletterdheid en de gevolgen voor 					

Tools						
Naam	Inhoud/doel	Aangeboden sinds	Gebruikers	Ontwikkelaar	Meer informatie/verkrijgbaar via	
	<p>patiënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het ziekenhuis bracht het proces dat patiënten op de pijnpoli doorlopen in kaart vanuit het perspectief van een laaggeletterde patiënt. Dit maakte inzichtelijk welke risico's de patiënt op welk moment loopt als hij of zij onvoldoende vaardig is om schriftelijke informatie te lezen en te begrijpen. Dit schema vormde het uitgangspunt voor aanpassingen in het proces en in de communicatie. • Richtlijnen voor baliemedewerkers en zorgverleners op de pijnpoli om laaggeletterdheid te herkennen en bespreekbaar te maken. • Terugvertelprincipe. • Wachtkamerposter. • Toolkit voor poliklinieken. • Bijeenkomsten en training leidinggevenden. • Taalscholing. 					