

De actieve patiënt als utopie

Prof. dr. Jany Rademakers

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder Hoogleraar Gezondheidsvaardigheden en patiëntparticipatie aan de Faculteit Health, Medicine and Life Sciences van Maastricht University, vrijdag 13 mei 2016.

Omslag: Paul van der Heijden / Maastricht University
Opmaak: Christel van Well
Drukwerk: MultiCopy te Utrecht

ISBN 978-94-6122-384-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 Jany Rademakers, 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.

Mijnheer de rector, geachte aanwezigen,

Om te beginnen wil ik u allen hartelijk danken dat u vandaag, op vrijdag de 13^e, de durf hebt gehad om uw huis uit te gaan en naar de Aula in Maastricht af te reizen voor mijn inauguratie. Veel mensen zouden het u niet na doen. Angst voor vrijdag de 13^e is wijdverbreid. Op vrijdag de 13^e wordt de helft minder huwelijken gesloten dan normaal op een vrijdag. Het ziekteverzuim ligt beduidend hoger en er worden minder financiële transacties gedaan.^{1,2} Gelukkig hebben we de wetenschap. Dat vrijdag de 13^e écht een ongeluksdag zou zijn, blijkt niet uit Nederlandse statistieken. Het Centrum voor Verzekeringsstatistiek (CVS) telt zelfs *minder* schademeldingen dan op andere vrijdagen. Ook het aantal brandmeldingen ligt op vrijdag de 13^e lager dan het aantal meldingen dat men normaal op een vrijdag ontvangt.^{1,2} U hebt dus geen onverantwoorde risico's genomen.

Dit brengt ons gelijk bij een belangrijk thema in wetenschappelijk onderzoek. Hoe komt het eigenlijk dat er minder ongevallen en branden zijn op vrijdag de 13^e? Wat is de verklaring achter dit gegeven? Komt het omdat er zich minder mensen op de weg begeven, of omdat mensen voorzichtiger zijn? Goed onderzoek laat niet alleen verbanden zien, maar probeert ook de processen daarachter bloot te leggen. Niet alleen beschrijven, maar juist ook begrijpen en verklaren, om vervolgens met die kennis iets te kunnen doen in beleid of praktijk. Wetenschappelijk onderzoek met een maatschappelijke impact. Dat is het soort onderzoek dat ik in het kader van mijn leerstoel 'Gezondheidsvaardigheden en patiëntparticipatie' wil doen.

Maar laten we bij het begin beginnen. De titel van mijn rede is: *'De actieve patiënt als utopie'*.

Dat klinkt niet bijzonder hoopvol. Is het dan niet mogelijk dat mensen een actieve rol op zich nemen met betrekking tot hun eigen gezondheid, hun ziekte en zorg? Dat is immers wel in toenemende mate het streven van patiëntenorganisaties, zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid. De patiënt als partner, de patiënt als co-producent in de zorg, de patiënt aan zet, zelfmanagement en eigen regie zijn sleutelbegrippen in beleidsdocumenten van het afgelopen decennium.

Ook in de nieuwe definitie van gezondheid, die in 2011 is ontwikkeld door Machteld Huber, zijn eigenschappen als zelfredzaamheid en veerkracht van individuen centraal komen te staan. Vroeger kon je zeggen dat je gezond was als je geen ziekte of handicap had. Nu word je geacht flexibel te zijn en een actieve houding aan te nemen. Gezondheid is gedefinieerd als *'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'*.³ Opvallend is dat in deze definitie, die in brede kringen van beleid, zorg en onderzoek jubelend is ontvangen, zelfs helemaal geen sprake meer is van ziekte of beperking: je kunt diabetes of kanker hebben, maar als je er goed mee om kunt gaan ben je kennelijk toch gezond. Bovendien is in deze formulering de verantwoordelijkheid voor gezondheid uitsluitend bij individuele burgers, patiënten en cliënten komen te liggen. Aandacht voor de rol van de omgeving of de samenleving ontbreekt.⁴ De definitie past kennelijk goed binnen de collectieve opvatting dat mensen zélf een actieve rol moeten en kunnen spelen ten aanzien van hun gezondheid en zorg.

Hoe zijn we met zijn allen op dit punt gekomen? Waarom is het idee van 'de actieve patiënt' zo centraal komen te staan in zorg en beleid? Ik noem hiervoor vier redenen:

1. Emancipatie van de patiënt.
2. De opkomst van internet en eHealth.
3. De toename van het aantal chronisch zieken.
4. De marktwerking in de zorg.

1. Emancipatie van de patiënt

De laatste helft van de twintigste eeuw werd gekenmerkt door een toenemende individualisering in onze samenleving.⁵ Dit betekent dat er een steeds grotere waarde wordt gehecht aan zaken als individuele keuzevrijheid en zelfbeschikking, en dat er steeds meer diversiteit is ontstaan in gedrag en opvattingen. Dit uitte zich in de jaren '60 en '70 in de opkomst van verschillende emancipatiebewegingen, ook die van patiënten. Patiënten en cliënten wilden meer zeggenschap over wat er met hen gebeurde. Niet langer was de dokter de autoriteit en de patiënt het object van zorg, mensen werden mondiger en zich bewust van het feit dat zij ook zélf kennis hebben over hun lichaam. Binnen de psychiatrie ontstonden kritische geluiden. In die tijd werd bijvoorbeeld de Stichting Pandora opgericht (bekend van de poster '*Ooit een normaal mens ontmoet? En ... beviel het?*'). In deze periode kwamen ook Vrouwen- en Mannenlijfboeken op de markt en deed de seksespecifieke hulpverlening zijn intrede. Patiëntenrechten kregen voor het eerst betekenis. Later werden die ook wettelijk vastgelegd, zoals in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1995. Daarin staat dat een patiënt recht heeft op inzage in zijn eigen dossier, dat de arts de plicht heeft patiënten te informeren over de behandeling en eventuele alternatieven, en dat patiënten toestemming moeten geven voor hun behandeling. In deze periode ontstond het besef dat het actiever betrekken van patiënten moreel juist is.

Sindsdien is in de afgelopen decennia het biomedisch model in de zorg gedeeltelijk vervangen door het patiënt- of persoonsgerichte model, waarbij gekeken wordt naar de patiënt als geheel en niet alleen naar de ziekte, en waarbij de verantwoordelijkheden meer verdeeld worden tussen zorgverlener en patiënt. Communicatie is daarbij het sleutelbegrip. Onderzoek laat zien dat deze patiëntgerichte benadering in veel gevallen ook een gunstig effect heeft op de kwaliteit van zorg. Er is sprake van een beter wederzijds begrip tussen patiënt en zorgverlener en van positievere patiëntervaringen in de zorg.⁶ Ook leidt een meer patiëntgerichte benadering tot betere gezondheidsuitkomsten en minder zorggebruik.⁶⁻⁸

2. De opkomst van internet en eHealth

De tweede reden waarom patiënten een steeds belangrijker rol hebben gekregen, is de opkomst van internet en eHealth. Vanaf het midden van de jaren '90 deed internet zijn intrede in Nederland. Daarmee steeg de bereikbaarheid van verschillende soorten informatie, ook over gezondheid, ziekte en zorg. Hierdoor kunnen patiënten en cliënten zich beter voorbereiden en vanuit een meer gelijkwaardige positie het gesprek met een zorgverlener aangaan. Die informatievoorziening had aanvankelijk vooral de vorm van eenrichtingverkeer, met de internetgebruiker als passieve ontvanger. Inmiddels kunnen mensen door het gebruik van nieuwe technologieën en *social media* ook een actieve rol innemen, waardoor informatie-uitwisseling mogelijk is tussen patiënten onderling en met zorgverleners.⁹ Steeds vaker worden websites en andere applicaties toegepast, bijvoorbeeld om mensen te helpen bij de keuze voor een zorgverzekering of om patiënten te ondersteunen bij hun medicijngebruik. Deze toepassingen noemen we samengevat ook eHealth. Twee derde van de Nederlanders gebruikt internet voor het zoeken van informatie over een ziekte of behandeling.¹⁰ Veel patiënten vinden het handig om zelf online hun

zorg te kunnen regelen, bijvoorbeeld een afspraak te kunnen maken of medicijnen te bestellen. Omdat deze toepassingen soms het feitelijke contact met een zorgverlener geheel of gedeeltelijk kunnen vervangen, wordt er ook vanuit het oogpunt van efficiency en kostenbesparing veel van verwacht.

3. Toenemend aantal chronisch zieken

De derde reden voor de grotere nadruk op de eigen rol en verantwoordelijkheid van de patiënt heeft vooral een demografische oorzaak. In de komende jaren krijgen we in Nederland te maken met een verdere stijging van het aantal mensen met één of meer chronische ziekten. Deze toename is primair het gevolg van de vergrijzing van de samenleving. Ook de eerdere opsporing van ziekten en betere behandelingsmogelijkheden spelen een rol. Over 15 jaar, in 2030, telt Nederland ongeveer 7 miljoen chronisch zieken. Dat zijn 4 op de 10 Nederlanders.¹¹ De grootste uitdaging zal zijn om enerzijds de kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische ziekte te garanderen en anderzijds de zorg betaalbaar te houden. De zorgkosten van chronisch zieken zijn vier keer zo hoog als van mensen zonder een chronische ziekte.¹² Slechts een deel van die zorg vindt feitelijk plaats bij de huisarts of in het ziekenhuis. Het merendeel van de tijd is een patiënt met een chronische ziekte thuis, op school of op het werk. Daar is hij *zelf* bezig met het monitoren van zijn ziekte, het toedienen van medicijnen, het aanpassen van zijn leefstijl. Of nog breder: met leven, zonder al te veel last te hebben van de ziekte. Deze activiteiten vallen onder de noemer 'zelfmanagement'. Zelfmanagement is het vermogen van mensen om zo goed mogelijk om te gaan met de verschillende aspecten en consequenties van het leven met een chronische aandoening. Zelfmanagement wordt beschouwd als een belangrijk middel om de kwaliteit van zorg te waarborgen met minder of een andere inzet van zorgprofessionals. Toch is er nog weinig bewijs voor de werkelijke effecten van zelfmanagement. In studies worden

wisselende resultaten gevonden, met name over de vraag of mensen inderdaad minder zorg gaan gebruiken.^{13,14}

4. Marktwerking in de zorg

Tenslotte heeft het idee van ‘de actieve patiënt’ een extra duw in de rug gekregen door de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) in 2006. Ineens kregen Nederlandse burgers in hun rol van ‘verzekerden’ collectief de status van derde partij, naast zorgverleners en zorgverzekeraars. In de gebruikte terminologie drong het liberale gedachtengoed door: patiënten werden klanten of consumenten op de zorgmarkt. Een belangrijke taak voor alle volwassen Nederlanders werd het kiezen van de juiste zorgverzekeraar, waarbij niet alleen naar de prijs van de polis zou worden gekeken, maar ook naar de kwaliteit van de zorg die door de verzekeraar werd ingekocht. En patiënten moesten ook bewuster gaan kiezen voor een zorgverlener of zorginstelling. Met behulp van kwaliteitsindicatoren die op websites zoals ‘KiesBeter’ werden gepresenteerd, konden patiënten rationeel hun afwegingen en keuzes maken. Transparantie werd het toverwoord. En vergist u zich niet, ook nu – 10 jaar later – voert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nog steeds actief beleid op dit terrein en riep zij 2015 zelfs uit tot het jaar van de Transparantie. Er zijn 30 ziekten en aandoeningen geselecteerd, waarover betere kwaliteitsinformatie voor patiënten moet komen. Is dat omdat patiënten hier behoefte aan hebben? Leidt het publiceren van kwaliteitsindicatoren inderdaad tot actief keuzegedrag? In de afgelopen 10 jaar nauwelijks. We weten dat maar weinig mensen wisselen van zorgverzekeraar, en áls ze wisselen dan doen ze dat vooral vanwege de prijs.¹⁵ En wat betreft de keuze voor een zorgaanbieder blijkt dat mensen toch veelal naar de meest voor de hand liggende arts of naar het bekende, dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan, omdat ze daar tevreden over zijn of er goede dingen over horen.¹⁶ Vertrouwen en bekendheid spelen in

de regel een belangrijker rol dan kwaliteitsindicatoren op het internet. Maar al maken ze er weinig gebruik van, patiënten ervaren de mogelijkheid om zelf te kunnen kiezen wel als positief. Zeker als ze inzicht hebben in kwaliteitsindicatoren die voor hen *zelf* relevant zijn, wat meestal betekent dat het gaat om de manier waarop de zorgverlener communiceert en met hen omgaat.

Er zijn dus verschillende redenen waarom het idee van ‘de actieve patiënt’ zo dominant is geworden en waarom verschillende partijen het een warm hart toedragen en er veel van verwachten.

Waarom heb ik het dan toch over een utopie? Omdat er veel mensen zijn die niet kunnen voldoen aan de hoge verwachtingen die in dit verband aan hen gesteld worden. Omdat het ze ontbreekt aan de juiste kennis en ze niet weten waar ze de informatie moeten zoeken. Mensen die weinig afweten van de werking van hun lichaam. Die niet goed kunnen bepalen wanneer ze naar de dokter moeten gaan of wanneer een kwaal vanzelf over zal gaan. Die daardoor te vaak, of juist te laat naar een arts toe gaan. Patiënten die het etiket op een doosje medicijnen niet kunnen lezen, of die de uitleg van de arts niet begrijpen maar dat niet durven zeggen. En daardoor fouten maken bij hun medicijngebruik of de gegeven adviezen niet opvolgen. Vrouwen voor wie de brief met de uitnodiging voor borstkankerscreening te ingewikkeld is en die daarom maar niet gaan. We hebben het hier over mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Wat bedoel ik daar precies mee?

Gezondheidsvaardigheden is het gangbare Nederlandse begrip voor wat in het Engels *health literacy* wordt genoemd. Er zijn verschillende definities waarvan ik er drie zal bespreken, van smal tot breed.

1. Geletterdheid

In de meest elementaire zin gaat het bij gezondheidsvaardigheden er om of mensen kunnen lezen en schrijven. Ongeveer een kwart miljoen Nederlanders kan dat niet, die zijn volledig analfabeet. Daarnaast is ongeveer 1,3 miljoen mensen in Nederland functioneel analfabeet of 'laaggeletterd'. Deze mensen kunnen wel een klein beetje lezen en schrijven, maar op een heel basaal niveau. Bij elkaar gaat het om bijna 1 op de 10 volwassen Nederlanders. Twee derde van hen is autochtoon Nederlands: niet goed kunnen lezen is dus zeker niet uitsluitend het probleem van migranten, mensen die zelf of van wie de ouders vanuit het buitenland naar Nederland gekomen zijn.¹⁷ Als je 'laaggeletterd' bent, dan kun je geen etiketten op medicijnen en folders lezen, geen formulieren begrijpen of invullen, en geen borden en wegwijzers in ziekenhuizen lezen. Mensen zullen uit schaamte niet snel laten merken dat ze niet goed kunnen lezen. Vaak gaat het om mensen met een lager opleidingsniveau, maar ook om mensen die vanwege een ziekte, handicap of andere redenen veel verzuim hebben gehad op de basisschool. Daarnaast lopen bijvoorbeeld mensen met dyslexie meer risico om laaggeletterd te worden. Laaggeletterdheid staat sinds kort in ons land ook op de politieke agenda. Het kabinet investeert in de periode 2016 tot en met 2018 ruim €50 miljoen in de aanpak van taal- en leesbevordering. Daarmee hoopt men de achterstanden van laaggeletterden te verkleinen.

2. Verschillende niveaus van informatieverwerking

Of je een actieve rol in de zorg kunt nemen hangt niet alleen af van het feit of je kunt lezen, maar ook of je de informatie werkelijk begrijpt en kunt toepassen in je eigen situatie. In de definitie die is ontwikkeld door Kristine Sørensen en anderen in het Europese HLS-EU project, zien we die verschillende niveaus van informatieverwerking terug.¹⁸ Daar gaat het om de vraag of iemand in staat is om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen, te

beoordelen en toe te passen in het dagelijks leven, op de gebieden gezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering. Door het toevoegen van deze drie domeinen – gezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering – wordt benadrukt dat gezondheidsvaardigheden niet alleen belangrijk zijn in de spreekkamer, maar ook relevant vanuit het perspectief van volksgezondheid. Dit is een uitbreiding ten opzichte van oudere definities die zich uitsluitend richtten op de medische praktijk. Nederland doet het in vergelijking met andere Europese landen goed op het gebied van gezondheidsvaardigheden, maar ook in ons land hebben bijna 3 op de 10 Nederlanders problemen met gezondheidsinformatie.¹⁹ In het algemeen zijn dat vaker mensen met een lagere opleiding, een lagere sociale status, en mannen.²⁰ Met name de meer basale competenties, het kunnen vinden en begrijpen van informatie, hangen sterk samen met opleiding: mensen met een lagere opleiding hebben daar meer moeite mee. Bij de meer complexe competenties, het kunnen beoordelen en toepassen van informatie in de eigen situatie, zien we die verschillen naar opleiding niet meer terug.²⁰ Ook voor mensen met een hoger opleidingsniveau is het dus lastig om gezondheidsinformatie te kunnen beoordelen en er in de praktijk zelf iets mee te doen, bijvoorbeeld een keuze voor een behandeling te maken of de leefstijl aan te passen. Dat komt omdat dit soort gedrag niet puur rationeel is, gebaseerd op kennis en informatie, maar dat er ook psychologische en sociale aspecten een rol spelen. Dat brengt ons bij de laatste, meest inclusieve benadering van gezondheidsvaardigheden, die ook het beste weergeeft hoe ik hier zelf naar kijk.

3. Cognitieve, psychologische en sociale vaardigheden

Zowel bij geletterdheid als bij informatieverwerking gaat het om cognitieve vaardigheden. Deze vaardigheden hebben betrekking op iemands verstandelijke of intellectuele vermogens. Er kunnen ook andere belemmeringen zijn voor een actieve rol op het gebied van

gezondheid en zorg, bijvoorbeeld omdat mensen niet genoeg zelfvertrouwen hebben om vragen te stellen aan de dokter, omdat het ze aan motivatie ontbreekt om gezonder te leven of omdat ze liever hebben dat de arts voor hen beslist wat er moet gebeuren. Het gaat hier om psychologische en sociale vaardigheden. In de wereld van preventie en gezondheidsbevordering is al jaren aandacht voor dit soort aspecten. Theorieën en modellen op het gebied van gedragsverandering besteden expliciet aandacht aan psychologische eigenschappen, zoals houding, motivatie en eigen effectiviteit, en aan sociale invloeden en steun van de omgeving als voorwaarden voor bepaald gedrag, bijvoorbeeld stoppen met roken of meer bewegen.²¹ In onderzoek en theorievorming over gezondheidsvaardigheden werden deze aspecten lang buiten beschouwing gelaten. Dat komt omdat het begrip ‘gezondheidsvaardigheden’ aanvankelijk uitsluitend werd gebruikt in de medische praktijk. De problemen die men wilde oplossen, zoals slechter medicijngebruik of het niet begrijpen van instructies van de arts, bleken vooral te maken te hebben met taal- of leesproblemen en het niet begrijpen van gezondheidsinformatie. Inmiddels is bekend dat voor meer complex gedrag, zoals actieve deelname aan het consult, gedeelde besluitvorming, zelfmanagement en leefstijlverandering, juist ook psychologische en sociale vaardigheden relevant zijn.^{22,23}

In de Verenigde Staten werd voor het eerst in 2004 een vragenlijst voor patiënten ontwikkeld die de nadruk legde op dit soort competenties: de *Patient Activation Measure*.²⁴ Bij patiëntactivatie gaat het om kennis maar ook om motivatie, zelfvertrouwen en eigen effectiviteit. Op grond van hun score op deze lijst kunnen mensen in één van vier groepen worden ingedeeld, die wat betreft het gedrag ten aanzien van gezondheid en zorg oplopen van passief tot actief.²⁴



We hebben deze vragenlijst enkele jaren geleden vertaald en afgenomen bij een steekproef van het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg, een groep mensen die te vergelijken is met een doorsnee van de Nederlandse bevolking. Op grond van hun scores kwam 22% van de mensen terecht in de laagste groep en nog eens 26% in de één na laagste groep, in totaal dus 48%.²⁵ Dat betekent dat bijna 1 op de 2 Nederlanders aangeeft het moeilijk tot zeer moeilijk te vinden om een actieve rol te nemen bij de zorg voor hun eigen gezondheid en ziekte. Er was ook hier een samenhang met opleiding: mensen met een lager opleidingsniveau hebben minder kennis, zelfvertrouwen en motivatie op dit terrein.²⁶

De bredere definitie van gezondheidsvaardigheden wint steeds meer terrein. In Australië is recent de *Health Literacy Questionnaire* ontwikkeld, een vragenlijst die negen verschillende dimensies van gezondheidsvaardigheden onderscheidt, zowel op cognitief als op psychologisch en sociaal terrein.²⁷ Dit is de meest omvattende benadering van gezondheidsvaardigheden tot nog toe. Op basis hiervan kunnen individuele profielen gemaakt worden. Iemand kan daarbij laag scoren op één onderdeel, maar hoog op één of meer

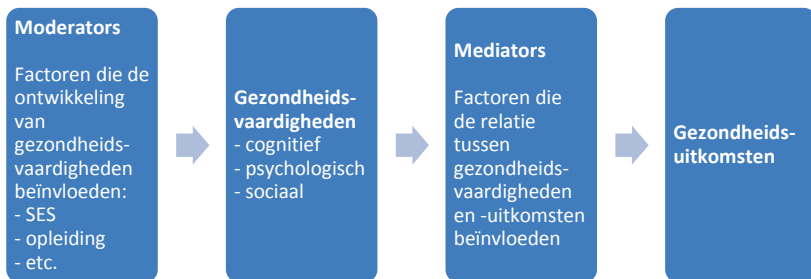
andere. Dat zou elkaar kunnen compenseren. Verschillende dimensies kunnen invloed hebben op verschillend gedrag. Daar wordt nu onderzoek naar gedaan. Zo'n individueel profiel geeft een genuanceerder beeld van iemands gezondheidsvaardigheden dan een simpele indeling in 'hoog' en 'laag'.

Lage gezondheidsvaardigheden belemmeren mensen om de actieve patiëntenrol op zich te nemen. U weet nu dat, afhankelijk van de definitie, ongeveer 10 tot bijna 50% van de Nederlanders lage gezondheidsvaardigheden heeft. Dat zijn de percentages op dit moment. In de toekomst zullen die mogelijk veranderen, hopelijk verbeteren, maar er zullen altijd mensen blijven die minder goed uit de voeten kunnen met gezondheidsinformatie, die minder gemotiveerd zijn om iets aan hun gezondheid te doen, of die geen vragen durven te stellen aan hun zorgverlener. Daarom stel ik in deze rede dat 'de actieve patiënt' een utopie is. De werkelijkheid is weerbarstiger dan het beleid. Mensen zijn verschillend in wat zij willen en wat zij kunnen, en ook dat kan weer variëren onder invloed van de levensfase of van de aard en ernst van de ziekte waarmee zij geconfronteerd worden. Deze diversiteit zou naar mijn mening meer centraal moeten staan in gezondheidszorg en beleid.

Waarom staan gezondheidsvaardigheden in Nederland en Europa steeds vaker op de agenda? Waarom moeten wij als onderzoekers, zorgprofessionals en beleidsmakers ons er eigenlijk mee bezig houden?

De belangrijkste reden is rechtvaardigheid. Vanuit het gelijkheidsbeginsel zouden alle mensen even veel kans moeten hebben op een zo optimaal mogelijke gezondheid.²⁸ In werkelijkheid is er tussen mensen een grote ongelijkheid wat betreft gezondheid en ziekte.²⁹ Mensen met een lagere sociaaleconomische status, dat wil zeggen met minder opleiding en een lager inkomen, hebben een slechtere gezondheid. Ze hebben vaker kanker, hart- en vaatziekten, en

chronische ziekten zoals diabetes, astma en COPD. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld 6 à 7 jaar korter dan hoog opgeleide mensen. Het verschil in levensjaren in goede gezondheid ligt zelfs op 16 tot 19 jaar.³⁰ Er is al veel onderzoek gedaan naar de link tussen lage opleiding en slechtere gezondheid; daarbij zien we als mogelijke oorzaken minder gunstige woon- en werkomstandigheden, een ongezondere leefstijl en minder effectief zorggebruik. Maar over de precieze manier waarop het opleidingsniveau gedrag en uitkomsten beïnvloedt is nog minder bekend.^{31,32} Steeds vaker worden gezondheidsvaardigheden in dit verband genoemd als het missende puzzelstukje. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschouwt gezondheidsvaardigheden als een centrale voorspeller van ongelijkheid in gezondheid.³³ Hoe dat proces verloopt wordt in dit model (*The health literacy skills framework*) weergegeven³⁴:



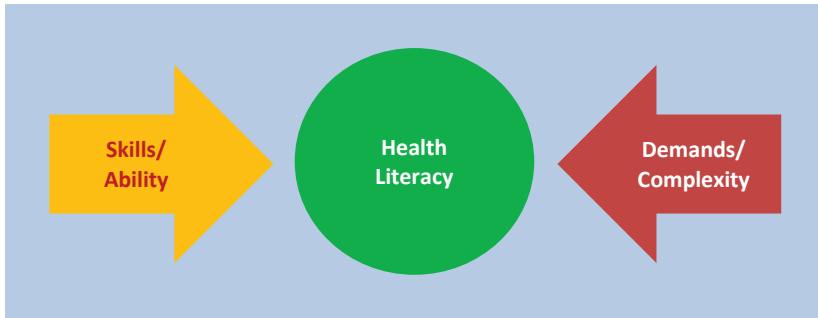
We weten dat er een samenhang is tussen een lagere opleiding en een lage sociaaleconomische status (de *moderators*) en minder goede gezondheidsvaardigheden. Ook is bekend dat het ontbreken van gezondheidsvaardigheden leidt tot slechtere uitkomsten. De link tussen gezondheidsvaardigheden en uitkomsten loopt via verschillende kanalen, in dit model *mediators* genoemd. Daarmee bedoelen we bijvoorbeeld factoren als leefstijl, zorggebruik, communicatie met de arts, therapietrouw en zelfmanagement. Meer aandacht voor gezondheidsvaardigheden zal dus naar

verwachting leiden tot het verminderen van ongelijkheid in gezondheid.

Het gaat hier overigens niet alleen om rechtvaardigheid. Ook mensen die minder vanuit sociale principes en meer vanuit economische belangen handelen, zouden zich bewust moeten zijn van de noodzaak iets aan lage gezondheidsvaardigheden te doen. De EU heeft laten berekenen dat ongelijkheid in gezondheid ons allen geld kost, in termen van verminderde productiviteit en belastinginkomsten tot hogere zorgkosten en uitkeringen. Voor de Europese Unie zou het gaan om 1,4% van het Bruto Nationaal Product. Dit bedrag is vergelijkbaar met het bedrag dat we in Europa met zijn allen uitgeven aan defensie.³⁵

Tot zover breng ik u nog steeds geen blijde boodschap. Ik heb u verteld dat veel mensen kampen met een gebrek aan kennis, motivatie, zelfvertrouwen en vaardigheden om een actieve en betrokken rol te kunnen spelen bij hun eigen gezondheid, ziekte en zorg. Het gaat daarbij relatief vaak, maar zeker niet uitsluitend, om mensen met een laag opleidingsniveau en een lagere sociaal-economische status. Minder goede gezondheidsvaardigheden leiden tot slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere kosten, zowel direct in de zorgsector als indirect in de samenleving. Maar, er is hoop.

Gezondheidsvaardigheden zijn niet statisch, je kunt ze – tot op zekere hoogte – leren en verbeteren. Daar ga ik zo meer over vertellen. Daarnaast kunnen we ook de gezondheidszorg zelf veranderen, zodat die eenvoudiger en toegankelijker wordt en daardoor beter aansluit bij de mogelijkheden en behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden. In plaats van gezondheidsvaardigheden te definiëren als een individueel probleem, kunnen we namelijk beter spreken van een *mismatch* tussen patiënt en de zorgomgeving.³⁶



Het is immers moeilijker voor iemand om de juiste keuzes te maken als de situatie complexer is en de informatie moeilijker te begrijpen. Of wanneer het zorgsysteem steeds ingewikkelder wordt zodat mensen niet goed meer weten waar ze terecht kunnen, en of hun zorg ook vergoed wordt door de verzekering. Door zorg en informatie 'op maat' te bieden kan die kloof verkleind worden.

Hiermee komen we bij het positievere gedeelte van deze rede, waarin ik u ook ga vertellen over het onderzoek dat ik in het kader van mijn leerstoel 'Gezondheidsvaardigheden en patiënt-participatie' zal doen. In essentie wil ik door middel van mijn onderzoek antwoord geven op twee hoofdvragen:

- 1. In hoeverre en op welke manier dragen gezondheidsvaardigheden bij aan het beter begrijpen en verklaren van gezondheidsverschillen?; en*
- 2. Welke interventies op het gebied van gezondheidsvaardigheden kunnen op basis van wetenschappelijke inzichten worden ontwikkeld en wat is hun effectiviteit?*

Het begrijpen en verklaren van gezondheidsverschillen

Bij dit onderzoek gaat het erom het model dat ik u eerder liet zien, verder in te kleuren met gegevens uit wetenschappelijk onderzoek.

Hoewel er al veel studies op dit gebied gedaan zijn, is het meeste onderzoek afkomstig uit de Verenigde Staten. De resultaten daarvan zijn niet automatisch generaliseerbaar naar Nederland.

Bovendien is in het bestaande onderzoek vooral gebruik gemaakt van een smalle definitie van gezondheidsvaardigheden, waarin geletterdheid en cognitieve aspecten centraal staan. We weten inmiddels dat psychologische en sociale vaardigheden ook relevant zijn. Ik wil daarom in mijn onderzoek vooral nagaan wat een brede, inclusieve definitie van gezondheidsvaardigheden bijdraagt aan het verklaren van gezondheidsverschillen. Vragenlijsten die een multidimensioneel concept van gezondheidsvaardigheden als uitgangspunt nemen, zoals de *Health Literacy Questionnaire*, kunnen een preciezer en genuanceerder beeld geven hoe verschillende vaardigheden samenhangen met gezondheidsgedrag en –uitkomsten. Ook kan daarmee het relatieve belang van de verschillende dimensies in kaart worden gebracht.

Er is nog veel onbekend over de manier waarop opleiding en sociale status, gezondheidsvaardigheden en uitkomsten met elkaar verweven zijn. We weten bijvoorbeeld dat er een samenhang is tussen opleiding en gezondheidsvaardigheden. Maar die is niet één-op-één. Zo heeft ook 1 op de 10 hoog opgeleiden in ons land lage gezondheidsvaardigheden. Bij hen heeft dat een minder negatieve invloed op de uiteindelijke gezondheidsuitkomsten dan bij lager opgeleiden.³⁷ De vraag is hoe dat kan. Welke factoren werken bij hen mogelijk beschermend?

Er is daarnaast ook weinig bekend over hoe mensen gezondheidsvaardigheden leren in hun jeugd en hoe die vaardigheden zich ontwikkelen gedurende hun verdere leven. Dat is belangrijke kennis omdat die aanknopingspunten biedt om verschillen in gezondheidsvaardigheden tussen mensen van jongs af aan te voorkomen.

Het huidige onderzoek naar gezondheidsvaardigheden is vooral kwantitatief en cross-sectioneel van aard. Dat betekent dat er bij

een bepaalde groep mensen eenmalig een vragenlijst wordt afgenomen, waarmee hun vaardigheden en een bepaalde uitkomst, bijvoorbeeld medicijngebruik, worden gemeten. Daaruit komen resultaten als: mensen met lage gezondheidsvaardigheden nemen vaker hun medicijnen niet in. Wat we dan niet weten is waaróm zij hun medicijnen niet innemen. Om het gedrag beter te begrijpen is meer kwalitatief onderzoek wenselijk. Daarmee kan inzicht worden verkregen in de achterliggende mechanismen, de gedachten en gevoelens van mensen, de barrières die ze ervaren, de mogelijkheden die ze zien en de ondersteuning waar ze behoefte aan hebben. Dit wordt ook wel het *'insider'*-perspectief genoemd. Door de inbreng van deze ervaringskennis wint het onderzoek aan kwaliteit en neemt de kans toe dat de resultaten relevant zijn voor de doelgroep zelf.

Interventies rondom gezondheidsvaardigheden

Ik wil door mijn onderzoek niet alleen maar bijdragen aan het beter begrijpen en verklaren, maar ook inzichten bieden waarmee iets kan worden veranderd aan de praktijk en het beleid. Dit aspect komt het meest nadrukkelijk tot uitdrukking in het onderzoek naar interventies op het gebied van gezondheidsvaardigheden. Uit de HEALIT4EU-studie die het NIVEL vorig jaar samen met het RIVM en EPHA in alle landen van de EU uitvoerde, bleek dat in Europa een groot aantal programma's, interventies en activiteiten plaatsvindt die tot doel hebben om:

1. het niveau van gezondheidsvaardigheden bij individuen en groepen te bevorderen; of
2. de voorlichting, preventie en zorg beter af te stemmen op de behoeften van mensen met lage gezondheidsvaardigheden.²³

In totaal vonden we 82 activiteiten in 16 landen. Het onderwerp gezondheidsvaardigheden mag zich absoluut in een groeiende belangstelling verheugen.

	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Poland	Portugal	Romania	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	UK
Problem definition																												
Agenda setting																												
Policy development																												
Implementation																												
Policy evaluation																												
Number of initiatives	12	1	0	1	3	1	0	0	0	8	9	1	6	8	2	0	0	0	1	9	0	1	5	0	0	0	0	14

Hiermee in tegenspraak is echter het kleine aantal studies waarin de effecten van interventies onderzocht werden. Dat waren er slechts 20. Het is duidelijk dat het wetenschappelijk onderzoek en het bewijs achterblijven bij het enthousiasme van de mensen die nú met dit onderwerp aan de slag willen. De meeste activiteiten, hoe goed bedoeld ook, bouwen niet voort op inzichten uit onderzoek en worden ook niet systematisch geëvalueerd, zodat anderen er van kunnen leren. We moeten ontdekken wat er werkt, voor wie, in welke situatie.

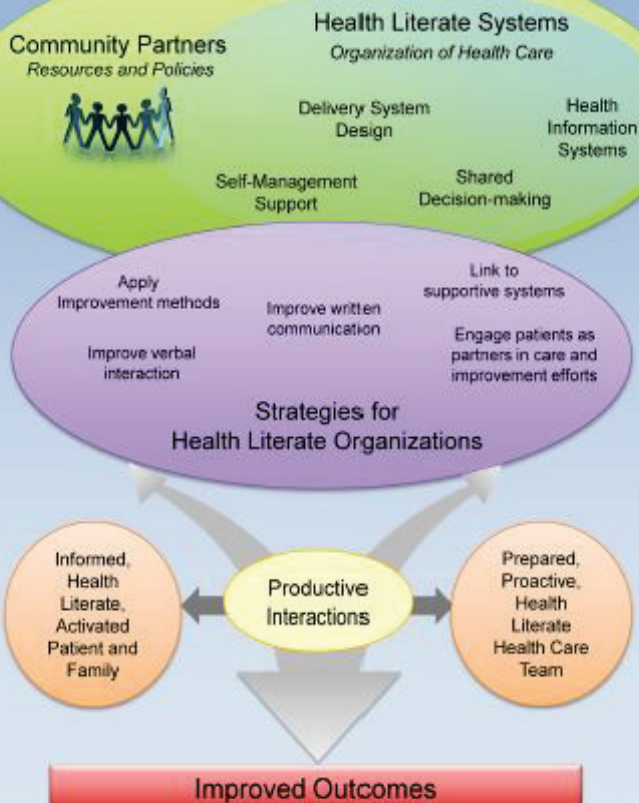
Het onderzoek dat in de Verenigde Staten gedaan is en het sporadische onderzoek in Europa, wijst erop dat mensen gezondheidsvaardigheden kunnen leren en verbeteren.^{23,38} Van een aantal interventies uit de Verenigde Staten zijn positieve effecten aangetoond op leefstijl, het gebruik van gezondheidsinformatie, het gebruik van hulpmiddelen voor gezamenlijke besluitvorming, op zelfmanagement, therapietrouw en verschillende klinische uitkomsten. Het zou mooi zijn om enkele van deze succesvolle interventies te vertalen, zo nodig aan te passen voor de Nederlandse situatie en vervolgens uit te testen, hopelijk met hetzelfde positieve resultaat. Uit ons eigen Europese onderzoek kwamen nog twee inzichten naar voren met betrekking tot de inhoud van veelbelovende interventies:

1. ze sluiten nauw aan bij de behoeften van hun doelgroep; én
2. ze richten zich niet alleen op het vergroten van kennis maar juist ook op andere vaardigheden, zoals communicatie of het kritisch kunnen beoordelen van informatie.

Ook aan de context, de gezondheidszorg, valt nog veel te verbeteren. In de Verenigde Staten is een model ontwikkeld van een 'gezondheidsvaardige' zorgorganisatie.^{39,40}

Health Literate Care Model

A Universal Precautions Approach



See: Koh, H.; Brach, C.; Harris, L.M.; and Paichman, M.L. (2013) "A Proposed 'Health Literate Care Model' Would Constitute A Systems Approach to Improving Patients' Engagement in Care." *Health Affairs*, No. 2 (357-367).



Hiermee worden organisaties bedoeld die het gemakkelijk maken voor mensen met lage vaardigheden om:

- hun weg te vinden binnen de zorg of de instelling zelf;
- gezondheidsinformatie te begrijpen en toe te passen; en
- optimaal gebruik te maken van de aanwezige ondersteuning en zorg.

Men heeft daarbij verschillende kenmerken onderscheiden die in deze figuur zijn weergegeven.⁴⁰ Belangrijk om op te merken is dat de verbeteringen niet alleen plaats moeten vinden op het microniveau (de één-op-één communicatie in de spreekkamer), maar ook op het niveau van de zorginstelling of praktijk (het mesoniveau) en het gezondheidszorgsysteem (het macroniveau). Hoewel het model sterk gericht is op de medische zorg, zijn een aantal aspecten ook voor preventie van belang.

Recent is in een kennissynthese van het NIVEL gekeken naar de stand van zaken in Nederland op dit gebied. In hoeverre komt de zorg in Nederland tegemoet aan de behoeften van mensen met lage vaardigheden en wat wordt er ondernomen om hier iets in te verbeteren?⁴¹

Daaruit bleek dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden nog te weinig herkend worden in de spreekkamer. Hoewel er veel gedaan kan worden om de zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeften en mogelijkheden van mensen met lage vaardigheden, gebeurt dat onvoldoende. Niet alle bestuurders en hulpverleners zijn zich ten volle bewust van het belang en de noodzaak om hier iets aan te doen. Meestal ontbreekt een organisatiebreed beleid ten aanzien van lage gezondheidsvaardigheden. Men weet niet wat werkt en of het kosteneffectief is. Er is in de praktijk vaak te weinig tijd en er zijn te weinig middelen om extra aandacht aan mensen met lage vaardigheden te besteden. Ook ontbreekt het bij medewerkers aan kennis en vaardigheden om goed met deze groep patiënten en cliënten om te gaan en is men onvoldoende op de

hoogte van bestaande methoden, die daarvoor al wél beschikbaar zijn. Opvallend is verder dat de doelgroep zelf nauwelijks betrokken wordt bij verbeterinitiatieven.

Er is in de praktijk een duidelijke behoefte aan bruikbare, bewezen effectieve interventies op het gebied van gezondheidsvaardigheden. Door mijn onderzoek wil ik daar graag aan bijdragen. Belangrijke indicatoren voor effectiviteit zijn gezondheidsuitkomsten, zorggebruik en zorgkosten, maar bovenal wat mensen er zélf van vinden. Vinden zij dat ze iets opschieten met de interventies, en wat willen ze eigenlijk zelf leren? Krijgen zij door dit alles meer grip op hun eigen situatie? Meer eigen regie, maar alleen als ze dat willen en op de manier die ze willen. En merken patiënten met lage gezondheidsvaardigheden verbeteringen in de zorg als daar interventies zijn gedaan? Voelen zij zich meer gehoord, kunnen zij beter bij hun zorgverlener terecht met hun vragen en problemen? Want uiteindelijk is dat mijn belangrijkste motivatie om dit onderzoek te doen. Patiëntgerichte zorg, met aandacht voor verschillen in wensen, behoeften en vaardigheden van mensen. Ik hoop dat dát perspectief, mede door mijn onderzoek, geen utopie zal blijken.

Dankwoord

Daarmee kom ik aan mijn dankwoord. Allereerst wil ik de Universiteit Maastricht – in het bijzonder CAPHRI – en het NIVEL bedanken voor het mogelijk maken van deze leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen. Peter Groenewegen, Albert Scherpbier, Nanne de Vries en Trudy van der Weijden zagen de kansen voor zinvolle samenwerking rondom gezondheidsvaardigheden en patiëntparticipatie en hebben zich vanaf het begin ingezet voor een leerstoel op dit onderzoeksgebied.

Binnen CAPHRI is de leerstoel ondergebracht bij het programma Promoting Health and Personalised Care van Hein de Vries en Trudy van der Weijden. Preventie en zorg ‘op maat’ is vanuit het perspectief van gezondheidsvaardigheden heel belangrijk, en daarom ben ik blij met de collega’s in dit programma te mogen samenwerken.

Trudy, met name jou wil ik nog bedanken voor de manier waarop je mij in de eerste periode na mijn benoeming binnen CAPHRI en het programma hebt geïntroduceerd en wegwijs gemaakt. Daardoor kreeg ik het gevoel bijzonder welkom te zijn. Ook de vakgroep Huisartsgeneeskunde – waar ik vrijwel elke dinsdag aanwezig ben – heeft mij warm en collegiaal in haar midden opgenomen, waarvoor ik Job Metsemakers en alle andere collega’s bijzonder erkentelijk ben.

Het NIVEL is professioneel gezien mijn thuisbasis. Sinds ik daar in 2007 in dienst kwam, heb ik veel steun en vertrouwen gekregen en alle mogelijkheden om me verder te ontwikkelen. Het feit dat ik hier vandaag sta is daar een direct gevolg van en veel mensen hebben er, elk op hun eigen manier, aan bijgedragen. Ik ben aangenomen door Jouke van der Zee, toenmalig directeur, die van 1988 tot 2012 zelf de NIVEL-leerstoel in Maastricht bekleedde. Bijna 25 jaar, zo lang zal het mij zeker niet gaan lukken om hier hoogleraar te zijn.

Ik ben trots dat ik Jouke in deze functie mag opvolgen en dat de samenwerking tussen het NIVEL en de Universiteit Maastricht in de huidige vorm gecontinueerd wordt.

Veel dank ben ik verschuldigd aan Peter Groenewegen, tot 1 januari jongstleden directeur en mijn leidinggevende. Peter, je bent een onderzoeker 'pur sang', inhoudelijk en methodologisch sterk, integer, altijd kritisch, maar steeds constructief. Een mentor voor onderzoekers in alle stadia van hun wetenschappelijke carrière. Je gaf me de ruimte om het onderzoek rondom gezondheidsvaardigheden uit te bouwen, omdat je al snel de relevantie van dit onderwerp zag en erop vertrouwdde dat het bij mij in goede handen was. Dat vertrouwen heb ik altijd heel sterk gevoeld en daar ben ik je ontzettend dankbaar voor.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar de mensen met wie ik in mijn dagelijkse werk het meest te maken heb: directeur Cordula Wagner, mijn collega's in het managementteam, de leden van de Staf en de medewerkers in mijn afdeling. Samen leggen we de lat hoog en gaan we voor kwaliteit. Bij meevallers delen we de vreugde, bij tegenvallers proberen we ervan te leren voor een volgende keer. Ik vind het een groot plezier en een voorrecht om met jullie te mogen samenwerken.

Een groot aantal NIVEL-onderzoekers zijn of waren in de afgelopen jaren actief betrokken bij onderzoeksprojecten en wetenschappelijke artikelen over gezondheidsvaardigheden: Monique Heijmans, Iris van der Heide, Mieke Rijken, Michelle Hendriks, Jolien Hofstede, Walter Devillé, Geeke Waverijn, Liset van Dijk, Marcia Vervloet, Hanneke Zwikker, Sandra van Dulmen, Daphne Jansen, Tessa Jansen, Anne Brabers, Judith de Jong en Jessica Nijman. Ik ben me er heel goed van bewust dat ik hier ook sta als gevolg van jullie creativiteit, inzet, energie en harde werken. Daardoor hebben we met elkaar dit onderzoeksgebied bij het NIVEL een grote stap voorwaarts gebracht. Ik ben jullie daar heel dankbaar voor.

Alle andere NIVEL-collega's wil ik graag bedanken voor de inspirerende samenwerking, de prettige werksfeer en de geweldige ondersteuning.

Als laatste kom ik bij degenen die mij het naaste staan.

Mijn ouders wil ik bedanken voor de onvoorwaardelijke steun die ze me gegeven hebben. Als nakomertje was er bij mij gelukkig minder de drang om op te voeden en veel vertrouwen dat het allemaal wel goed zou gaan. Het is heel mooi dat mijn moeder, bijna 90, hier nog aanwezig is.

Anton, mijn lief. Je staat naast me en geeft warmte aan mijn leven. Bij anderen springen vooral de verschillen tussen ons in het oog, terwijl ik me zelf juist bewust ben van de overeenkomsten. Eén daarvan is het enthousiasme voor ons werk, met als resultaat nu dus ook twee hoogleraarschappen. Daarnaast delen we de liefde voor onze kinderen.

Laura, Elisa en Arjan, bijna 14 jaar geleden kwamen jullie als bonuskinderen in mijn leven. Jullie hebben alle drie een groot hart, waarin jullie snel ruimte maakten voor nóg een moeder. Door jullie heb ik de kans gehad om te ervaren wat het is om een groot gezin te hebben, en daar geniet ik nog altijd van.

En tenslotte, Max. Al bijna 23 jaar ben ik je moeder, en dat is met stip het beste dat me in mijn leven is overkomen. We hebben altijd een hechte band gehad en gelukkig is dat nog steeds zo, ook al leid je nu je eigen leven in het verre Groningen. Ik ben heel blij met wie je bent, en trots op alles wat je doet.

Ik heb gezegd.

Referenties

- ¹ Van Lier H. Vrijdag de 13de, hoe bijgelovig is Nederland? *Volkskrant*, 2011; 13 mei. Geraadpleegd op 13 januari 2016. <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2664/Nieuws/article/detail/2428360/2011/05/13/Vrijdag-de-13de-hoe-bijgelovig-is-Nederland.dhtml>
- ² Vrijdag de dertiende (2016). In: *Wikipedia*. Geraadpleegd op 13 januari 2016, https://nl.wikipedia.org/wiki/Vrijdag_de_dertiende#cite_note-2
- ³ Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JW van der, Schnabel P, Smith R, Weel C van, Smid H. How should we define health? *BMJ*; 2011, 343:4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- ⁴ Bekker M. Gezondheidskapitaal en beleidsimplicaties voor een groter maatschappelijk aanpassingsvermogen. *TSG*, 2014; 92(2):55
- ⁵ Sociaal en Cultureel Planbureau. *Sociaal en Cultureel Rapport 1998: 25 jaar sociale verandering*. Rijswijk: SCP, 1998
- ⁶ Rademakers J. *De Nederlandse patiënt en zorgconsument in beeld*. Utrecht: NIVEL, 2013
- ⁷ Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient centred care on outcomes. *J Fam Pract*, 2000; 49(9):796-804
- ⁸ Bertakis K, Azari R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *J Am Board Fam Med*, 2011; 24 (3):229-239
- ⁹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Gezondheid 2.0. U bent aan zet*. Den Haag: RVZ, 2010
- ¹⁰ Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A, Jong J de, Moll T, Friele R, Gennip L van. *Tussen vonk en vlam: eHealth Monitor 2015*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2015

- 11 RIVM. *Volksgezondheidstoekomstverkenning (VTV) 2014*. Geraadpleegd op 26 januari 2016, <http://www.eengezondernederland.nl>
- 12 Website Vektis. Geraadpleegd op 27 januari 2016. <http://www.vektis.nl/index.php/producten/productnieuws/19/234-publicatie-testset-ap304ap305-versie-70>
- 13 Faber M, Harmsen M, Burg S van den, Weijden T van der. *Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement. Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit en naar voorwaarden voor succes*. Nijmegen: IQ Scientific Institute for Quality of healthcare, 2013
- 14 Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. *Overzichtstudie Zorg voor Chronisch zieken*. Utrecht: NIVEL, 2011
- 15 Reitsma-van Rooijen M, Jong J de. *Percentage overstappers afgenomen; Keuzevrijheid minstens zo belangrijk als premie*. Utrecht: NIVEL, 2014
- 16 Victoor A. *(How) do patients choose a healthcare provider?* Tilburg: Universiteit Tilburg, 2015
- 17 Buisman M, Allen J, Fouarge D, Houtkoop W, Velden R van der. *PIAAC: Kernvaardigheden voor werk en leven. Resultaten van de Nederlandse Survey 2012*. Den Bosch: ECBO, 2013
- 18 Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonksa Z, Brand H. on behalf of the European Health literacy consortium. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012; 12(1):80
- 19 Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, on behalf of the HLS-EU consortium. *Comparative report on health literacy in eight EU member states (The European Health literacy Project HLS-EU 2009-2012)*. Wien: HLS-EU consortium, 2012
- 20 Heide I van der, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Measuring the health literacy skills of Dutch adults; a cross sectional survey. *BMC Public Health*, 2013; 13:179

- ²¹ Voorbeelden zijn de theorie van gepland gedrag van Fischbein en Azjen, het 'Stages of change'-model van Prochaska en diClemente, en het geïntegreerde I-Change model dat is ontwikkeld door Hein de Vries en anderen.
- ²² Rademakers J. *Gezondheidsvaardigheden, niet voor iedereen vanzelfsprekend*. NIVEL: Utrecht, 2014.
- ²³ Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Devillé W, Heide I van der, Boshuisen H, Rademakers J. *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union*. European Union, 2015.
http://ec.europa.eu/health/health_policies/docs/2015_health_literacy_en.pdf
- ²⁴ Hibbard J, Mahoney E, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res*, 2005; 40:1918-1930
- ²⁵ Nijman J, Hendriks M, Brabers A, Jong J de, Rademakers J. Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *J Health Commun: Int Perspect*, 2014; 19(8):955-969
- ²⁶ Rademakers J, Nijman J, Brabers A, Jong J de, Hendriks M. The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Pol*, 2014; 114(2-3):200-206
- ²⁷ 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
- ²⁸ Dit recht is geformuleerd in de Preambule van de Constitutie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1946), het Europees Sociaal Handvest (ESH, 1961 herzien in 1996), het IVESCR (1966), verschillende conventies van de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO), de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM, 1948), het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie (2000).

- ²⁹ Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*, 2008; 358 (23):2468-2481
- ³⁰ Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*. Den Haag/Heerlen: CBS, 2008
- ³¹ Cutler DM, Lleras-Muney A. *Education and health: Insights from international comparisons*. Working paper no. 17738. National Bureau of Economic Research; 2012. <http://www.nber.org/papers/w17738>
- ³² Rademakers J, Delnoij D, Nijman J, Boer D de. Educational inequalities in patient-centred care: Patients' preferences and experiences. *BMC Health Serv Res*, 2012;12:261
- ³³ WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*. Geneva: World Health Organisation, 2007
- ³⁴ Squiers L, Peinado S, Berkman N, Boudewyns V, McCormack L. The health literacy skills framework. *J Health Commun*, 2012;17 (3):30-54
- ³⁵ Fact file: *10 Facts on health inequities and their causes*. Geraadpleegd op 1 maart 2016
http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/en/index8.html
- ³⁶ Parker R. *Measuring health literacy: What? So What? Now what?* PowerPoint presentation at the Institute of Medicine workshop on measures of health literacy. Washington, DC; February 26, 2009
- ³⁷ Heide I van der, Wang J, Droomers M, Sporeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *J Health Commun Int Perspect*, 2013; 18 (1):172-184

- ³⁸ Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. *Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review*. Evidence report/technology assessment No. 199. (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidencebased Practice Center under contract No. 290-2007-10056-I. AHRQ Publication Number 11- E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. March, 2011.
- ³⁹ Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise AJ, Schilinger D. *Ten attributes of health literate health care organizations*. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine, 2012
- ⁴⁰ Koh H, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed ‘Health Literate Care Model’ would constitute a systems approach to improving patients engagement in care. *Health Aff*, 2013; 2:357-367
- ⁴¹ Heijmans M, Zwikker H, Heide I van der, Rademakers J. *Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?* Utrecht: NIVEL, 2016