

Kennissynthese 2024

Gezondheidsvaardigheden in Nederland

Actuele kennis en inzichten



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Kennissynthese 2024

Gezondheidsvaardigheden in Nederland

Actuele kennis en inzichten

Jany Rademakers
Monique Heijmans

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

September 2024

ISBN 978-94-6122-867-3

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van het Nivel en de naam van de publicatie. Ook 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

In de Week van Lezen en Schrijven 2014 presenteerde het Nivel de kennissynthese 'Gezondheidsvaardigheden; niet voor iedereen vanzelfsprekend' (Rademakers, 2014). Gezondheidsvaardigheden, de Nederlandse vertaling van het concept Health literacy, werd enkele jaren daarvoor in Nederland geïntroduceerd als een belangrijke determinant voor de verklaring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

De kennissynthese uit 2014 is een veelgelezen en geciteerde Nivel-publicatie. Inmiddels zijn we 10 jaar verder en is er op het gebied van gezondheidsvaardigheden veel gebeurd, zowel in Nederland als daarbuiten. Er zijn verschillende wetenschappelijke onderzoeken gedaan die hebben geleid tot nieuwe kennis en inzichten, elke twee jaar wordt het niveau van gezondheidsvaardigheden in de Nederlandse bevolking gemonitord en is er beleid gevoerd met als doel betere preventie, zorg en ondersteuning van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Aandacht voor gezondheidsvaardigheden staat ook hoog op de politieke agenda. Alle reden voor een update van de kennissynthese.

Deze publicatie richt zich primair op beleidsmakers en professionals in preventie, zorg en het sociaal domein. Zij hebben in hun werk immers vaak te maken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarnaast biedt de kennissynthese aan een breder publiek een overzicht van inzichten en recent onderzoek op dit gebied.

Graag willen wij onze collega's Janneke Noordman en Marcia Vervloet bedanken voor hun deskundige inbreng bij respectievelijk de thema's communicatie en medicatiegebruik.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Gezondheidsvaardigheden in het kort	9
1.1 Gezondheidsvaardigheden, waar hebben we het over?	9
1.2 Gezondheidsvaardigheden doen er toe	12
1.3 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in Nederland	13
1.4 Preventie, zorg en ondersteuning op maat	15
2 Preventie en gezondheidsinformatie	17
2.1 Preventie en beperkte gezondheidsvaardigheden	17
2.2 Algemene gezondheidsinformatie vaak te ingewikkeld	18
3 Toegankelijkheid van de zorg	20
3.1 Het kiezen van een passende zorgverzekering is moeilijk	20
3.2 De weg vinden in de zorg lukt minder goed	21
3.3 Gezondheidsvaardige zorgorganisaties	22
4 Communicatie en samen beslissen	25
4.1 Communicatie als grootste uitdaging	25
4.2 Samen beslissen: beter aansluiten bij behoeften en mogelijkheden	27
5 Zelfmanagement en medicatie	30
5.1 Zelfmanagement: de samenhang met gezondheidsvaardigheden	30
5.2 Medicatiegebruik	31
5.3 Interventies en ondersteuning	32
6 Inclusief onderzoek	34
Literatuur	37

Samenvatting

- 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 voor henzelf en anderen. Zowel cognitieve vaardigheden als handelingsvermogen spelen hierbij een rol. 1 op de 3 volwassen Nederlanders (35%) heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden (cijfers 2023). Met name gaat het om ouderen en mensen met een lager opleidingsniveau.
- Gezondheidsvaardigheden zijn een belangrijke verklaring voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Beperkte gezondheidsvaardigheden hebben een grote impact op gezondheidsuitkomsten en zorggebruik. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vaak een slechtere gezondheid, meer kans hebben op chronische aandoeningen en gebruiken meer zorg.
- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben in het algemeen een minder gezonde leefstijl: ze eten minder gezond, bewegen minder en roken vaker. Mede daardoor is er vaker sprake van overgewicht en obesitas en gerelateerde ziekten en gezondheidsproblemen. Ook nemen zij minder vaak deel aan screeningsprogramma's en maken zij minder gebruik van preventieve gezondheidszorg (bijvoorbeeld (griep)vaccinatie, screening voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker, het bezoeken van consultatiebureaus voor baby's en van de tandarts).
- Gezondheidsinformatie is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak te ingewikkeld en niet toegespitst op hun behoefte, communicatieniveau en gewenste kanalen. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn vaak ook minder digitaal vaardig en maken minder gebruik van informatie op Internet. De kans op onvoldoende digitale vaardigheden is ongeveer drie keer zo groot bij mensen die laaggeletterd zijn. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vaak een voorkeur voor visuele informatie (bijvoorbeeld filmpjes, folders met beeldmateriaal) en narratieven (verhalen van andere mensen die op hen lijken). Daarnaast bestaat er een voorkeur voor (eenvoudig) geschreven informatiemateriaal.
- Kosten kunnen een barrière zijn voor de toegankelijkheid van zorg. In het Nederlandse zorgsysteem zijn burgers verplicht een verzekering af te sluiten voor medische kosten. De meerderheid van de Nederlanders (59%) geeft aan dat het moeilijk is om de informatie over zorgverzekeringen te begrijpen. Mensen met beperkte vaardigheden vinden het kiezen van een zorgverzekering moeilijker,

vaker oninteressant en saai en zien er minder het belang van in. Ze denken ook minder na over keuzes die gemaakt kunnen worden en lopen daardoor het risico om niet de verzekering te kiezen die het beste aansluit bij hun persoonlijke situatie.

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vinden het vaak lastig om te bepalen wanneer ze een gezondheidsprobleem zelf kunnen oplossen of wanneer ze daarvoor naar de huisarts moeten gaan. Dat leidt er toe dat een deel van hen soms te lang wacht met het maken van een afspraak. Ook wenden mensen zich niet altijd tot de juiste zorgverlener.
- Bij gezondheidsvaardigheden gaat het niet alleen om iemands individuele vaardigheden, maar doet het er ook toe hoe complex de situatie is waarin iemand moet handelen. Als de context (bijvoorbeeld een ziekenhuis of zorgsysteem) meer ondersteuning biedt en beter aansluit bij de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, is er minder sprake van een mismatch tussen de persoon en de zorgomgeving. Daardoor worden de problemen die mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren kleiner.
- In de zorg liggen de grootste uitdagingen in de omgang met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden op het terrein van de communicatie. Deze patiënten vinden het lastig om hun zorgvraag of klachten goed te verwoorden en geven aan dat ze soms dingen vergeten te vertellen of te vragen. Ze zijn vaak onzeker en voelen zich niet altijd op hun gemak. Zij ervaren het als probleem dat zorgverleners ingewikkeld medisch jargon gebruiken, en er te gemakkelijk vanuit gaan dat de patiënten die informatie begrijpen. Serieus genomen worden door de zorgverlener en voldoende tijd worden door hen als belangrijke randvoorwaarden genoemd voor goede communicatie.
- Veel zorgverleners vinden het proces van samen beslissen met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden lastig. Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden begrijpen de informatie niet altijd en kunnen vaak moeilijker uitleggen wat hun voorkeuren zijn. Ze stemmen sneller in met een voorstel voor een behandeling van de arts. Toch willen deze patiënten wel betrokken worden bij besluiten over hun behandeling, maar dan op een manier die beter aansluit bij hun wensen en behoeften.
- Het aantal ouderen en mensen met een chronische ziekte neemt toe in onze samenleving terwijl het aantal zorgverleners afneemt. Steeds meer zorg komt bij mensen zelf terecht. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben meer moeite met het uitvoeren van zelfmanagementtaken. Tegelijkertijd maken zij minder gebruik van ondersteuning hierbij. Zij ervaren bij zelfmanagement

voornamelijk problemen rond medisch management (en dan met name problemen bij het op een juiste manier innemen van medicatie en een lagere therapietrouw), problemen in de communicatie met zorgverleners en een gebrek aan kennis voor adequaat zelfmanagement.

- Er zijn diverse materialen en methodieken ontwikkeld voor informatievoorziening aan en communicatie met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Eén daarvan is de terugvraagmethode, waarmee gecheckt kan worden in hoeverre de patiënt informatie heeft onthouden en begrepen. De terugvraagmethode (in het Engels teach-back) is generiek in alle zorgconsulten toepasbaar. De zorgverlener vraagt aan de patiënt om in eigen woorden te herhalen wat er zojuist in het consult is besproken. Als het nodig is kan de zorgverlener daarna nog verbeteren of aanvullen.
- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn vaak ondervertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek en projecten ter verbetering van de zorg. Methoden om hen te benaderen en te betrekken in onderzoek houden vaak onvoldoende rekening met de wensen en mogelijkheden van deze groep en sluiten onvoldoende aan bij wat voor hen echt belangrijk is. Het Nivel heeft ruime ervaring met inclusief onderzoek waarin deze doelgroep wél betrokken is. Voor meer inzicht en advies over hoe je onderzoek met deze groep het beste kunt aanpakken kan contact worden opgenomen met het Nivel Expertisecentrum 'Sociale kwetsbaarheid en inclusie in onderzoek'.

1 Gezondheidsvaardigheden in het kort

De term ‘gezondheidsvaardigheden’ wordt in Nederland steeds vaker gebruikt, maar om wat voor vaardigheden gaat het nu precies? En waarom zijn ze eigenlijk belangrijk voor gezondheid, preventie en zorg? In dit hoofdstuk gaan we in op het concept gezondheidsvaardigheden, waarom ze relevant zijn en welke groepen in de Nederlandse bevolking relatief vaak beperkte gezondheidsvaardigheden¹ hebben. Tenslotte gaan we na welke algemene strategieën er zijn om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter te helpen en ondersteunen.

1.1 Gezondheidsvaardigheden, waar hebben we het over?

Gezondheidsvaardigheden is de Nederlandse vertaling van het Engelse begrip *Health literacy*. Het begrip werd in 2010 in Nederland op grotere schaal geïntroduceerd bij de oprichting van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden, een netwerkorganisatie van inmiddels ruim 150 partners die streeft naar een samenleving waarin mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gezond kunnen leven en goede zorg kunnen ontvangen (www.gezondheidsvaardigheden.nl). In andere landen, met name de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, werd het begrip *Health literacy* al langer gebruikt, sinds de jaren 90 van de vorige eeuw.

Er zijn veel verschillende definities van gezondheidsvaardigheden (Sørensen e.a., 2012; Liu e.a., 2017). Oorspronkelijk waren die vooral gefocust op het vermogen om te kunnen lezen en schrijven (*literacy* of geletterdheid) en soms ook rekenen (*numeracy* of genummerdheid). De nadruk lag op de medische context: het kunnen lezen en begrijpen van etiketteksten op medicatie en van informatiefolders bij de huisarts of het ziekenhuis. Dit worden functionele gezondheidsvaardigheden genoemd, of ook wel gezondheidsgeletterdheid.

Recente definities en modellen gaan verder dan alleen functionele vaardigheden. Meestal ligt de nadruk op kennis en informatieverwerking (cognitieve vaardigheden). Daarbij gaat het om de vraag of mensen informatie over gezondheid, ziekte en zorg kunnen vinden, of ze die begrijpen en ook of ze voldoende kritisch vermogen hebben om te kunnen beoordelen of die informatie wel juist is en past bij hun eigen situatie. In een tijd waarin veel informatie online gegeven wordt worden digitale vaardigheden

¹ In deze kennissynthese gebruiken we de term ‘beperkte gezondheidsvaardigheden’ als overkoepelend begrip voor alle beschrijvingen waar mensen onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Daar tegenover staat de term ‘voldoende gezondheidsvaardigheden’. Omdat in afzonderlijke studies gezondheidsvaardigheden verschillend gedefinieerd en/of gemeten worden zal de precieze invulling van wat ‘beperkt’ of ‘voldoende’ is variëren.

daarbij steeds belangrijker. Daarnaast gaat het er ook om of iemand met professionele zorgverleners kan communiceren en vragen durft te stellen. Dit vereist communicatieve en sociale vaardigheden. Al deze elementen komen terug in een veel gebruikte typologie van *Health literacy* die begin deze eeuw werd geïntroduceerd door Nutbeam (1998, 2000). Hij onderscheidde gezondheidsvaardigheden in:

1. Functionele vaardigheden: basisvaardigheden als lezen en schrijven;
2. Communicatieve of interactieve vaardigheden: meer gevorderde cognitieve en sociale vaardigheden die gebruikt kunnen worden om actief informatie te vinden en betekenis te ontleen aan verschillende vormen van communicatie, en om deze nieuwe informatie toe te passen in veranderende omstandigheden;
3. Kritische vaardigheden: meer gevorderde cognitieve en sociale vaardigheden die kunnen worden toegepast om informatie kritisch te analyseren en deze te gebruiken om meer controle uit te oefenen op belangrijke levensgebeurtenissen en situaties.

Volgens dit model leiden betere gezondheidsvaardigheden tot grotere autonomie en meer mogelijkheden om controle uit te oefenen op het eigen leven, met name op het gebied van gezondheid en zorg. Behalve de indeling in verschillende typen vaardigheden werd ook het domein van gezondheidsvaardigheden verbreed. Zo kwam er naast de medische context meer aandacht voor het volksgezondheids-perspectief, en daarmee voor de relevantie van gezondheidsvaardigheden voor preventie en gezondheidsbevordering (leefstijl) (Nutbeam, 2008).

Van 2009-2012 werd in Europa het eerste internationale onderzoek naar Health literacy uitgevoerd. In het European Health Literacy Project werd door acht landen (Bulgarije, Duitsland, Ierland, Nederland, Oostenrijk, Polen en Spanje) samengewerkt aan een gezamenlijke definitie en theoretisch model van gezondheidsvaardigheden die de basis vormden voor een vragenlijst om het niveau van gezondheidsvaardigheden in de bevolking te meten – de HLS-EU (Sørensen e.a., 2012; 2015). Dit leidde tot de definitie in de volgende box, die wordt toegepast op drie domeinen: gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering. In deze definitie zijn ook de verschillende elementen van de typologie van Nutbeam geïntegreerd.

Definitie gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheids-gerelateerde beslissingen voor henzelf en anderen.

Bron: Sørensen e.a., 2012; 2015

De definitie van het HLS-EU project wordt veel gebruikt en heeft, naast het onderscheid in verschillende niveaus van cognitieve vaardigheden (verkrijgen, begrijpen, beoordelen), ook aandacht voor vaardigheden om kennis te gebruiken bij het nemen van beslissingen die gerelateerd zijn aan gezondheid en zorg. In recente jaren wordt steeds duidelijker dat juist dat laatste, het vermogen om kennis en informatie toe te kunnen passen in de eigen situatie, van essentieel belang is voor het gedrag van mensen. Niet alleen voor het nemen van beslissingen, maar ook voor ander voor de gezondheid relevant gedrag. In 2017 publiceerde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) het rapport 'Weten is nog geen doen' (WRR, 2017). Daarin werd op basis van wetenschappelijke inzichten vastgesteld dat om goed te kunnen functioneren op het terrein van gezondheid, financiën en werk mensen niet alleen behoefte hebben aan cognitieve vaardigheden (denkvermogen) maar ook aan het vermogen om te handelen (doenvermogen). Het doenvermogen is vooral van belang voor gedrag waar een actieve rol van iemand wordt verwacht, zoals bij samen beslissen en zelfmanagement bij chronische ziekten (Rademakers en Heijmans, 2018). Ook voor het maken van leefstijlaanpassingen en het volhouden daarvan is het essentieel.

In de loop van de jaren is het concept gezondheidsvaardigheden dus verbreed, van geletterdheid naar meer gevorderde cognitieve vaardigheden en daarnaast ook het vermogen om informatie daadwerkelijk toe te kunnen passen in de eigen situatie. Qua domeinen gaat het niet meer alleen om medische zorg, maar worden gezondheidsvaardigheden ook van belang geacht voor de preventie van ziekte en gezondheidsbevordering. Hoewel het in al deze definities vooral gaat om iemands individuele vaardigheden, wordt steeds meer benadrukt dat de context een cruciale rol speelt (Sørensen, 2021). Bijvoorbeeld: hoe ingewikkeld is het gezondheidsprobleem waar mensen mee te maken hebben, of hoe complex is de zorg georganiseerd? Wordt informatie op een begrijpelijke manier gegeven? En hebben mensen sociale steun, bijvoorbeeld van mantelzorgers, familie of vrienden, die hen kunnen helpen bij zaken die ze zelf lastig vinden? Omdat er steeds meer aandacht is voor de context en ook voor domeinen buiten de zorg, wordt door sommige auteurs het begrip gezondheidsvaardigheden nog breder opgevat. In een WHO-rapport uit 2018 staat bijvoorbeeld: *'Health literacy is the capacity of individuals, families and communities to make sound health decisions in the context of everyday life: at home and the workplace, and in the community, marketplace, health care system and political arena'* (Rowlands e.a., 2018).

En recent wordt de volgende definitie van gezondheidsvaardigheden gebruikt in de internationale literatuur om aan te geven dat de mate van gezondheidsvaardigheden een gevolg is van de interactie van een individu en de omgeving:

'HL refers to the individual skills people have to access, understand, process and act upon health information and services to manage their health as well as to the informational and organizational environment that enables people to do so' (Sørensen e.a., 2021; Nutbeam e.a., 2021).

1.2 Gezondheidsvaardigheden doen er toe

Beperkte gezondheidsvaardigheden hebben een grote impact op gezondheidsuitkomsten en zorggebruik (Sørensen e.a., 2021). Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak een slechtere gezondheid hebben, meer kans hebben op chronische aandoeningen en dat zij meer zorg gebruiken (Kickbush, 2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden worden bijvoorbeeld geassocieerd met een verhoogd risico op chronische ziekten zoals diabetes, hypertensie en hart- en vaatziekten (Koh et al., 2013). Daarnaast hebben mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak moeite om gezondheidsinformatie te begrijpen, wat kan leiden tot problemen bij het volgen van medische adviezen, het innemen van medicijnen (Persell, 2020) en het navigeren door het gezondheidszorgsysteem. Uit ander onderzoek blijkt dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden meer kans hebben op ziekenhuisopnames, heropnames en ongeplande zorgbezoeken (Berkman et al., 2011), met hogere zorgkosten tot gevolg.

Zowel het cognitief als het handelingsvermogen zijn hierbij van belang. Beide typen vaardigheden versterken elkaar en zijn belangrijk om adequaat te kunnen functioneren op het gebied van gezondheid en zorg. Patiënten met onvoldoende vaardigheden op beide gebieden (cognitief en handelen) gebruiken meer zorg en hebben minder goede ervaringen met patiëntgerichte zorg, samen beslissen en zelfmanagement, terwijl patiënten die voldoende scores op beide typen vaardigheden de beste uitkomsten hebben (Rademakers en Heijmans, 2018).

Gezondheidsvaardigheden zijn ook een belangrijke verklaring voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. In Nederland leven mannen met een laag opleidingsniveau gemiddeld 6 jaar korter dan mannen met een hoog opleidingsniveau, en 13 jaar minder lang in goede gezondheid. Voor vrouwen met een laag opleidingsniveau gaat het om gemiddeld 5 jaar kortere levensverwachting en 15 jaar minder in goede gezondheid (VZinfo.nl, data 2019-2022). Dit heeft onder meer te maken met slechtere leefomstandigheden, meer zorgen rondom bestaanszekerheid en daardoor chronische stress, maar ook met minder eigen kennis en vaardigheden ten aanzien van gezondheid en zorg. Er is sprake van een duidelijke sociale gradiënt: mensen met een lagere opleiding en sociaaleconomische status hebben ook vaker beperkte gezondheidsvaardigheden (zie ook 1.3). De World Health Organisation beschouwt gezondheidsvaardigheden daarom een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid (WHO, 2007; 2021).

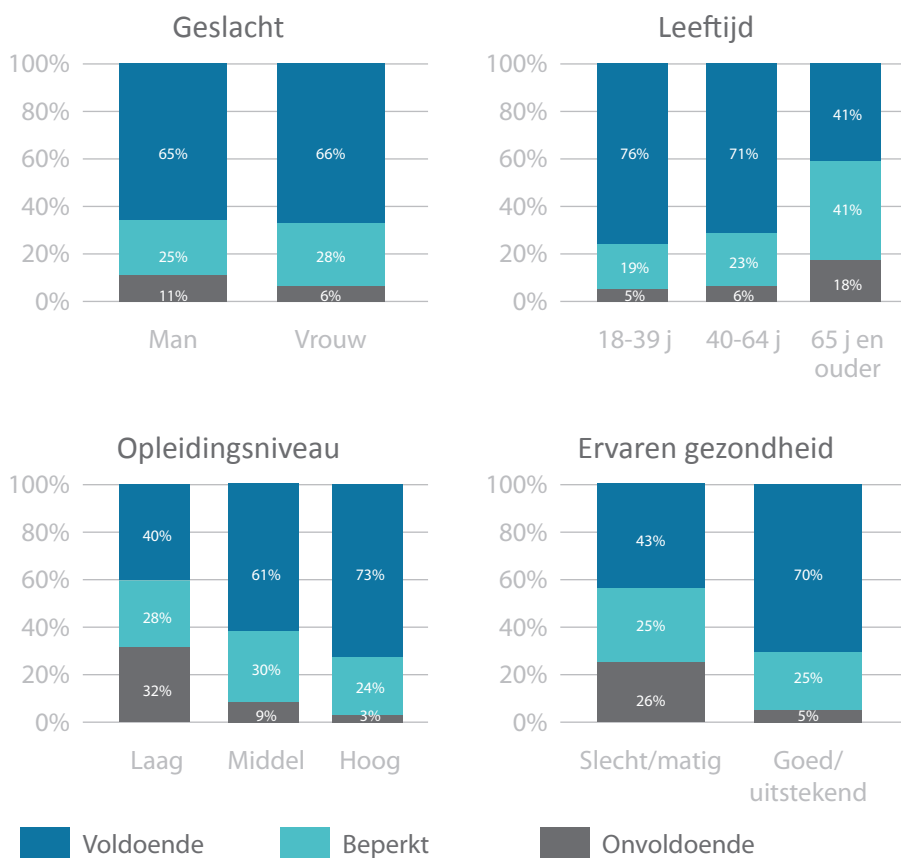
1.3 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden in Nederland

Op basis van cijfers uit 2023 is in Nederland 8% van de bevolking van 18 jaar en ouder onvoldoende gezondheidsvaardig, 27% heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 65% is voldoende gezondheidsvaardig (Heijmans et al., 2024). Dit betekent dat 1 op de 3 volwassen Nederlanders onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden heeft en dus niet of maar ten dele in staat is om informatie over gezondheid en gezondheidszorg te vinden, te begrijpen en te gebruiken voor het nemen van beslissingen over gezondheid en zorg. Deze cijfers zijn afkomstig uit een panelonderzoek met vragenlijsten. Mensen die niet goed kunnen lezen of die de Nederlandse taal niet voldoende beheersen doen in verhouding minder vaak mee aan dergelijke studies; dit betekent dat het percentage mensen met onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden in Nederland waarschijnlijk nog hoger is.

Een deel van de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is laaggeletterd. In Nederland hebben 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder moeite met lezen, schrijven en/of rekenen. Dat is 18% van alle mensen in Nederland (Stichting Lezen en Schrijven, 2018). Dat is ongeveer 1 op de 6 mensen. Iemand die laaggeletterd is, is geen analfabeet. Een laaggeletterde kan vaak wel (heel) beperkt lezen en schrijven, maar niet goed genoeg om mee te kunnen doen in de samenleving. Recent zijn er signalen dat het aantal mensen in Nederland dat niet goed kan lezen verder groeit, onder meer omdat het aantal jongeren dat met te weinig taalvaardigheden en soms ook rekenvaardigheden van school komt toeneemt (Pointer, KRO-NRCV, 2023).

In sommige groepen in de bevolking hebben relatief veel mensen beperkte gezondheidsvaardigheden. Met name gaat het om ouderen en mensen met een lager opleidingsniveau - zie figuur 1 (Heijmans et al., 2024). Toch is het belangrijk om niet alleen bij deze groepen alert te zijn op beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook één op de vier jongere mensen (18-39 jaar) en een vergelijkbaar percentage van de hoogst opgeleiden (hbo en universiteit) hebben onvoldoende of beperkte vaardigheden. Bovendien kunnen gezondheidsvaardigheden in sommige situaties, bijvoorbeeld tijdens een slecht nieuws-gesprek, bij iedereen tijdelijk minder adequaat zijn. Gezondheidsvaardigheden zijn dus geen stabiel gegeven, maar kunnen variëren door de tijd heen en afhankelijk van de situatie. Op die manier kan iedereen wel eens beperkt gezondheidsvaardig zijn.

Mensen met een slechte of matige gezondheid hebben ook vaker beperkte gezondheidsvaardigheden. Zoals hiervoor al is aangegeven is er een verband tussen onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden en ongunstiger gezondheidsuitkomsten.



Figuur 1 Mate van gezondheidsvaardigheden in de Nederlandse bevolking (>18 jaar) naar sociaal demografische kenmerken (november 2023)

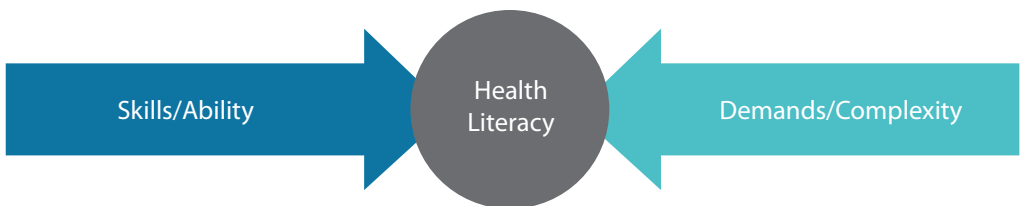
Er is in Nederland nog weinig onderzoek gedaan naar de gezondheidsvaardigheden van mensen met een migratieachtergrond. Hoewel algemeen wordt aangenomen dat mensen met een migratieachtergrond vaker beperkte gezondheidsvaardigheden hebben (Fransen et al., 2013) bleek uit panelonderzoek dat er geen verschillen waren wat betreft gezondheidsvaardigheden tussen mensen met een Nederlandse achtergrond en de meeste bevolkingsgroepen met een migratieachtergrond (Van der Gaag et al., 2017). Alleen mensen met een Turkse achtergrond scoorden significant lager. Verder kan er, zeker bij migranten van de eerste generatie, sprake zijn van taalbarrières. Taalvaardigheid en opleidingsniveau zijn de belangrijkste determinanten van het niveau van gezondheidsvaardigheden bij mensen met een migratieachtergrond (Park, Lee & Kang, 2018).

1.4 Preventie, zorg en ondersteuning op maat

Gezondheidsvaardigheden zijn niet statisch, je kunt ze tot op zekere hoogte leren en verbeteren. Er is dan ook veel aandacht voor de vraag hoe je dat het beste kunt doen, niet alleen in de zorg maar ook breder in de samenleving als geheel. In de afgelopen jaren richtten beleid en interventies zich vaak op individuele mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zo zijn er in elke gemeente cursussen – voor mensen die laaggeletterd zijn – om op volwassen leeftijd te leren lezen. Ook op de website van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden zijn veel voorbeelden van materialen en methodieken die speciaal voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ontwikkeld zijn. Ga naar www.gezondheidsvaardigheden.nl.

Sommige daarvan hebben tot doel de algemene kennis en vaardigheden op het gebied van leefstijl en gezondheid te verbeteren; anderen zijn ontwikkeld in de context van het omgaan met een specifieke ziekte, om mensen te helpen bij het gebruik van specifieke zorgvoorzieningen zoals de huisartsenpost of deelname aan een bevolkingsonderzoek, om hen te leren hoe ze zich beter kunnen voorbereiden op een bezoek aan een arts of waar men informatie over medicatie of de apotheek kan vinden.

Maar aandacht voor het verbeteren van de individuele vaardigheden van mensen is niet voldoende. De domeinen van gezondheidsvoorlichting, preventie en zorg moeten zelf ook veranderen, zodat die eenvoudiger en toegankelijker worden en beter aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.



Figuur 2 Health literacy framework (Parker, 2009)

In het model van Parker (zie figuur 2) wordt benadrukt dat het bij gezondheidsvaardigheden niet alleen gaat om iemands individuele vaardigheden, maar dat het er ook toe doet hoe complex de situatie is waarin iemand moet handelen. Als de context (bijvoorbeeld een ziekenhuis of zorgsysteem) meer ondersteuning biedt en beter aansluit bij de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, is er minder sprake van een mismatch tussen de persoon en de zorgomgeving. Daardoor worden de problemen die mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren kleiner (Heijmans en Rademakers, 2020).

Bij het ontwikkelen van beleid en activiteiten om gezondheidsverschillen te verkleinen en de negatieve effecten van beperkte gezondheidsvaardigheden terug te dringen is het dus zinvol om een tweesporenbeleid te volgen. Het is belangrijk om niet alleen te focussen op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden op individueel niveau maar ook aandacht te geven aan de manier waarop we - beter dan nu - preventie, zorg en ondersteuning op maat voor deze groep burgers en patiënten kunnen bieden. Waarbij aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden zich niet alleen zou moeten beperken tot de gezondheidszorg.

Hoewel de gezondheidszorg een belangrijke plaats is om gezondheid van burgers positief te beïnvloeden en gezondheidsverschillen te verkleinen, ligt de sleutel tot een goede gezondheid ook op andere beleidsdomeinen zoals onderwijs, huisvesting, werk, inkomen en ruimtelijke ordening. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren niet alleen meer uitdagingen in de zorg maar zijn ook op deze gebieden vaak meer kwetsbaar en hebben meer moeite om hun weg te vinden in de veelheid van regels en voorzieningen (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Voor de aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden en het verkleinen van gezondheidsverschillen is dan ook een domein-overstijgende aanpak nodig waarbij werken aan gezondheid en gezond gedrag benaderd worden in samenhang met factoren die hierop van invloed zijn, zoals leefsituatie, armoede, schulden en mogelijkheden tot participatie. Ook voor deze domeinen geldt dat zij zorg en ondersteuning op maat moeten kunnen bieden aan mensen voor wie toegang en gebruik van voorzieningen ingewikkeld of niet vanzelfsprekend is.

2 Preventie en gezondheidsinformatie

Preventie richt zich op het voorkomen van ziekten of van de verergering van een al bestaande ziekte. Een manier om dat te doen is het bevorderen van een gezonde leefstijl. Daarnaast zijn deelname aan vaccinatie en screening belangrijke instrumenten voor preventie. In dit hoofdstuk laten we zien dat beperkte gezondheidsvaardigheden en minder goede preventie met elkaar samenhangen. Vervolgens gaan we in op de vraag hoe gezondheidsinformatie, die bijvoorbeeld gegeven wordt in de media of via algemene campagnes, beter kan worden afgestemd op de wensen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

2.1 Preventie en beperkte gezondheidsvaardigheden

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben in het algemeen een minder gezonde leefstijl (Taylor et al., 2019; Buja et al., 2020; Li et al., 2022): ze eten minder gezond, bewegen minder en roken vaker. Mede daardoor is er vaker sprake van overgewicht en obesitas en gerelateerde ziekten en gezondheidsproblemen (Michou et al., 2018). Er zijn verschillende verklaringen voor deze samenhang, waaronder:

- De informatie over wat gezond en niet gezond is, zoals bijvoorbeeld op voedingslabels, is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak moeilijk te begrijpen.
- Het verband tussen gedrag nu (zoals roken) en het ontstaan van ziekten in de toekomst is te abstract en motiveert daarom minder om het gedrag aan te passen.
- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben in hun leefsituatie soms ook te maken met chronische stress en andere problemen (bijvoorbeeld op het gebied van financiën of huisvesting) waardoor een gezonde leefstijl minder prioriteit krijgt.
- Mensen met een lagere opleiding en inkomen ervaren doorgaans minder grip op hun leven. Dat betekent dat zij minder het gevoel hebben om zelf invloed te hebben op bijvoorbeeld hun werk, inkomen of leefomgeving. Iemands gevoel van controle hangt samen met levenstevredenheid en geluk, maar ook met allerlei mentale en fysieke gezondheidsuitkomsten (WRR, 2023).

Ook nemen mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden minder vaak deel aan screeningsprogramma's en maken zij minder gebruik van preventieve gezondheidszorg (Baccolini et al., 2022; Kobayashi et al., 2014; Scott et al., 2002). Daarbij gaat het bijvoorbeeld om (griep)vaccinatie, screening voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker, het bezoeken van consultatiebureaus voor baby's en van de tandarts. Een van de redenen daarvoor is dat het materiaal waarmee mensen worden opgeroepen om deel te nemen aan een bevolkingsonderzoek vaak te ingewikkeld voor hen is

(Fransen et al. 2017). Door de geringere deelname aan screening kunnen gezondheidsproblemen minder vaak in een vroeg stadium worden opgespoord en behandeld. Tijdens de recente coronapandemie zagen we ook dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden minder gehoor gaven aan de oproep van de overheid om je te houden aan preventieve maatregelen als handen wassen, afstand houden en het dragen van een mondkapje om verspreiding van het virus tegen te gaan. Publiekscommunicatie bereikte hen minder goed dan mensen die meer gezondheidsvaardig waren (Fransen et al., 2024; Knottnerus et al., 2021).

Aandacht voor gezondheidsvaardigheden wordt daarom als een belangrijk middel gezien om preventie te bevorderen. Door gepersonaliseerde gezondheidsvoorlichting en communicatie kan een gezondere leefstijl en deelname aan preventieve activiteiten zoals screening en vaccinatie verder bevorderd worden (Nutbeam, 2017). Om die reden worden in Nederland initiatieven genomen om brieven en oproepen voor bevolkingsonderzoeken eenvoudiger te maken en speciale keuzehulpen rondom screening te ontwikkelen die ook begrijpelijk zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Woudstra et al., 2019).

2.2 Algemene gezondheidsinformatie vaak te ingewikkeld

Algemene gezondheidsinformatie wordt gegeven via verschillende kanalen: televisie, radio, kranten, boeken en tijdschriften, social media, websites en apps. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zoeken zelf minder naar gezondheidsinformatie en lezen minder vaak boeken over gezondheid en ziekte. Verder beschouwen ze internet minder vaak als een belangrijke bron voor het vinden van gezondheidsinformatie en geven ze ook aan dat ze moeite hebben om te bepalen wat betrouwbare websites zijn (Nijman et al., 2014). Daar tegenover staat dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker gebruik maken van televisie, social media, blogs, webpagina's van beroemde mensen voor gezondheidsinformatie en informatie via burens en kennissen. Ze vertrouwen deze informatie ook vaker dan mensen met voldoende vaardigheden dat doen (Chen et al., 2018). Omdat de kwaliteit van de gezondheidsinformatie die via deze kanalen gegeven wordt wisselend is maakt dat hen vatbaarder voor inaccurate of onjuiste informatie. Het is daarom belangrijk om juist met betrouwbare gezondheidsinformatie ook te kiezen voor de kanalen die door mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gebruikt en vertrouwd worden.

Ander onderzoek toont aan dat informatievoorziening door de Nederlandse overheid voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak te ingewikkeld is en niet toegespitst op hun behoefte, communicatieniveau en gewenste kanalen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de informatie bij darmkankerscreening (Fransen et al., 2017), orgaandonatie (Rolink, Heijmans en Rademakers, 2019) en recent bij de Covid-19 pandemie (Knottnerus, Heijmans en Rademakers, 2021).

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vaak een voorkeur voor visuele informatie (bijvoorbeeld filmpjes, folders met beeldmateriaal) en narratieven (verhalen van andere mensen die op hen lijken). Daarnaast bestaat er een voorkeur voor (eenvoudig) geschreven informatiemateriaal: veel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben namelijk moeite met het gebruik van een computer en het surfen op Internet (Rolink, Heijmans en Rademakers, 2019). Omdat mensen soms ook laaggeletterd zijn is het van belang dat de informatie niet te ingewikkeld is en op taalniveau B1 wordt geschreven.

Eenvoudige materialen en interventies

In de afgelopen jaren zijn er diverse eenvoudige materialen, toegankelijke websites en trainingen over gezondheid ontwikkeld die goed bruikbaar zijn in contacten met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Sommige materialen kunnen door henzelf gebruikt worden, andere kunnen door zorgverleners worden ingezet in consulten. Enkele voorbeelden zijn:

- de website 'Begrijp je lichaam' (www.begrijpjelichaam.nl - NHG en Pharos) – praktisch voorlichtingsmateriaal over het menselijk lichaam en veelvoorkomende klachten waarin gebruik wordt gemaakt van eenvoudige anatomische afbeeldingen en teksten (die ook geprint kunnen worden en offline gebruikt)
- verschillende 'Steffie'-filmpjes (www.Steffie.nl) - animaties waarin thema's rondom gezondheid en leefstijl op een eenvoudige manier worden uitgelegd
- het project 'Voel je Goed!' (www.stichtinglezenenschrijven.nl) – een cursus waarin mensen eet- en beweegadviezen krijgen van een diëtist en groepslessen gezondheidsvaardigheden van een vrijwilliger
- de website thuisarts.nl (NHG) - de schriftelijke informatie op deze website is op B1-niveau, en is daarnaast aangevuld met video's en een spraakknop zodat de informatie ook toegankelijk is voor mensen die moeite hebben met lezen
- de Kijksluiter (www.kijksluiter.nl) – een platform met animatievideo's waarin de belangrijkste informatie uit de bijsluiter bij medicijnen in begrijpelijke taal wordt gegeven.

Op www.gezondheidsvaardigheden.nl zijn meer materialen en interventies te vinden.

Vaak hebben mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden de behoefte om ondersteund te worden bij het gebruik van (digitale) materialen en interventies. Bestaande netwerken (familie en vrienden, de huisarts, mensen uit de woon-/zorginstelling en persoonlijke begeleiders) zijn het meest aangewezen om hen daarbij te helpen.

3 Toegankelijkheid van de zorg

Wanneer het nodig is, moeten alle Nederlandse burgers kunnen rekenen op toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning. Toch zijn er in de praktijk ongewenste verschillen in de toegankelijkheid van de zorg. In dit hoofdstuk laten we zien welke barrières er zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden om de zorg en ondersteuning te krijgen die ze nodig hebben. We beschrijven een aantal veel voorkomende problemen en geven ook aan op welke manier zorgorganisaties de toegankelijkheid van zorg voor deze groepen verder zouden kunnen verbeteren.

3.1 Het kiezen van een passende zorgverzekering is moeilijk

Kosten kunnen een barrière zijn voor de toegankelijkheid van zorg. In het Nederlandse zorgsysteem zijn burgers verplicht een verzekering af te sluiten voor medische kosten van henzelf en van hun eventuele minderjarige kinderen. De basisverzekering dekt de kosten die in het basispakket zijn opgenomen. Dan gaat het bijvoorbeeld om kosten van de huisarts, het ziekenhuis en de apotheek. Ook kunnen mensen een aanvullende verzekering afsluiten voor extra kosten, zoals van de tandarts of fysiotherapeut, maar dat is niet verplicht. De meeste Nederlanders (58%) begrijpen dat het belangrijk is om een zorgverzekering uit te kiezen (Holst et al., 2021) die bij hun situatie past. Wanneer mensen namelijk een zorgverzekering kiezen die niet goed is afgestemd op hun situatie en wensen kan dat er toe leiden dat iemand over- of onderverzekerd is. In het eerste geval betaalt iemand meer premie dan nodig is, in het tweede geval moet iemand mogelijk bijbetalen wanneer men zorg nodig heeft. Wanneer mensen weinig inkomen hebben, hebben zij recht op zorgtoeslag. Dat is een financiële tegemoetkoming van de overheid in de kosten van de zorgverzekering. Slechts een hele kleine groep mensen in Nederland heeft helemaal geen zorgverzekering (28.584 personen in 2023 volgens het CAK). Soms zijn dit mensen die uit een ander land gevlucht zijn en soms mensen die geen vaste woon- of verblijfplaats hebben. Zij lopen het risico op een boete én om zelf hun medische kosten te moeten betalen.

De meerderheid van de Nederlanders (59%) geeft aan dat het moeilijk is om de informatie over zorgverzekeringen die beschikbaar is te begrijpen (Holst et al., 2021). Bij het kiezen van de juiste zorgverzekering hebben mensen vaardigheden nodig, die zijn afgeleid van gezondheidsvaardigheden en toegespitst op informatie over zorgverzekeringen. In het Engels noemt men dit 'Health insurance literacy' (Kim et al., 2013). Mensen die minder over deze vaardigheden beschikken vinden het kiezen van een zorgverzekering moeilijker, ze vinden het ook vaker oninteressant en saai en zien er minder het belang van in (Holst et al., 2023). Ze denken ook minder na over keuzes die gemaakt kunnen worden en lopen daardoor het risico om niet de verzekering te kiezen die het beste aansluit bij hun persoonlijke situatie.

Ook al hebben mensen een zorgverzekering, niet iedereen weet precies wat die verzekering wel of niet vergoedt. Ook zijn mensen soms bang om kosten te maken die uit het verplichte eigen risico (385 euro in 2024) betaald moeten worden. Dat kan er toe leiden dat mensen medische zorg vermijden. Jaarlijks ziet bijvoorbeeld 15% van de Nederlanders af van een bezoek aan de huisarts (Meijer et al., 2023). Een deel doet dat omdat ze opzien tegen eventuele kosten als gevolg van het bezoek of tegen eventuele vervolgcosten. Een groot deel van de groep mensen die uit financiële overwegingen afzag van zorg van de huisarts, geeft aan dat dit achteraf gezien voor hun gezondheid geen goede beslissing was. Dit is des te schrijnender, omdat men voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico of andere kosten hoeft te betalen.

3.2 De weg vinden in de zorg lukt minder goed

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden lopen tegen verschillende problemen aan wanneer ze zorg nodig hebben. Ze vinden het vaak lastig om te bepalen wanneer ze een gezondheidsprobleem zelf kunnen oplossen of wanneer ze daarvoor naar de huisarts moeten gaan. Dat leidt er toe dat een deel van hen te lang wacht met het maken van een afspraak en uiteindelijk meer gebruik moeten maken van spoedeisende zorg. Uit Amerikaans onderzoek is bekend dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker bij eerste hulpafdelingen aankloppen (Berkman et al., 2011). Ook uit Nederlands onderzoek blijkt dat beperkte gezondheidsvaardigheden er mede voor zorgen dat mensen met een lager opleidingsniveau relatief vaak op de huisartsenpost terecht komen (Jansen et al., 2018). Aan de andere kant leidt het niet goed kunnen inschatten wanneer hulp van een arts nodig is er toe dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker naar de huisarts of medisch specialist gaan dan volgens hun gezondheidstoestand nodig is (Fransen et al., 2011; Hendriks et al., 2013). Beide situaties leiden tot hogere zorgkosten.

In 2018 is onderzoek gedaan onder Nederlandse zorgverleners naar de uitdagingen waar zij zoal mee te maken hebben bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden (Murugesu et al., 2018). Een deel van deze uitdagingen gaat vooraf aan het eigenlijke consult en heeft te maken met het feit dat deze patiënten minder goed hun weg kunnen vinden in de zorg. De percentages geven aan welk deel van de zorgverleners hier dagelijks tot wekelijks mee te maken heeft:

- Het niet of te laat op een afspraak komen (*'no show'*) (48%)
- Het niet of te laat een afspraak maken (44%)
- Het niet adequaat kunnen invullen van (medische) formulieren (42%)
- Klachten niet goed kunnen verwoorden bij het maken van een afspraak (41%)
- Onvoldoende voorbereid op een consult komen (37%)

Goed de weg kunnen vinden in de zorg (ook wel 'navigatie' genoemd) is vaak niet eenvoudig. In Nederland is de huisarts de spil in de gezondheidszorg, die mensen kan doorverwijzen naar de juiste specialist of naar een andere zorgverlener. Maar desondanks hebben patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden soms moeite om de weg te vinden. In het onderzoek van Murugsu et al. (2018) geeft 30% van de zorgverleners aan dat de patiënten zich met hun klacht niet tot de juiste zorgverlener wenden. Dat kan gaan over zorgverleners waar mensen zonder verwijzing van de huisarts naar toe kunnen, zoals de fysiotherapeut. Ook huisartsen worden zelf steeds meer benaderd met vragen die eigenlijk niet zorggerelateerd zijn.

Eenmaal in een ziekenhuis of zorginstelling is het vinden van de juiste plek soms ook nog een probleem voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Teksten van folders en websites van zorginstellingen zijn vaak op een niveau geschreven dat te moeilijk is voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden; telefonische informatie is vaak veel en moeilijk te onthouden; de bewegwijzering in gebouwen is vaak complex, er worden medische termen gebruikt en er wordt weinig gewerkt met symbolen, en bij het invullen van standaardformulieren worden vaak moeilijke woorden en jargon gebruikt wat door een patiënt niet altijd begrepen wordt (Rudd et al., 2013, Heijmans et al., 2016).

De toenemende digitalisering van de zorg is voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ook een barrière. Er is veel gezondheidsinformatie op het internet en er bestaan ook apps en websites die bijvoorbeeld speciaal ontwikkeld zijn om mensen bij de beslissing om wel of niet naar de dokter te gaan te helpen. Maar mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn vaak ook minder digitaal vaardig en maken minder gebruik van informatie op Internet (Nijman et al., 2014). Volgens het CBS beschikt 1 op de 5 Nederlanders (21,3%) niet over digitale basisvaardigheden (CBS, 2023). Dit komt vaker voor bij ouderen (65+) en bij mensen met een lager opleidingsniveau. De kans op onvoldoende digitale vaardigheden is ongeveer drie keer zo groot bij mensen die laaggeletterd zijn (Baay et al., 2015).

E-health en digitale zorg worden vaak genoemd als mogelijke oplossing voor toekomstige schaarste in de zorg en om kosten te beperken. Voor veel mensen is dit type zorg dus echter niet of maar beperkt toegankelijk, met name voor ouderen en mensen met een lager opleidingsniveau (Keij et al., 2024).

3.3 Gezondheidsvaardige zorgorganisaties

Zoals uit het model van Parker (hoofdstuk 1) blijkt, kan de toegankelijkheid van zorg ook verbeterd worden door zorgorganisaties en zorginstellingen beter af te stemmen op de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. In 2012 ontwikkelde Brach een model met tien kenmerken waaraan gezondheidsvaardige gezondheidsorganisaties zouden moeten voldoen.

Tien kenmerken van gezondheidsvaardige 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 beperkte gezondheidsvaardigheden om te gaan.
4. Het betrekken van mensen met beperkte 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 beperkte 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

Met dit model zijn zowel in Nederland als daarbuiten zorgorganisaties aan de slag gegaan om de zorg aan deze groep patiënten te verbeteren. Er zijn verschillende strategieën die men daarbij gebruikt (Heijmans et al., 2016; Murugesu et al., 2018; Heijmans en Rademakers, 2020).

Eén manier is het vergroten van inzicht en vaardigheden van de medewerkers in de zorg, zodat zij zich meer bewust zijn van de behoeften en (on)mogelijkheden van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en daar beter op kunnen inspelen. Zo zijn er ziekenhuizen die gezondheidsvaardigheden als speciaal thema of beleidsspeerpunt kiezen en er dan op verschillende manieren aandacht voor vragen. Hierdoor wordt het onderwerp op de agenda gezet en groeit de bewustwording bij zorgmedewerkers.

Daarnaast is het belang om informatiematerialen begrijpelijker te maken en te kiezen voor informatiekanaalen die ook mensen met beperkte vaardigheden bereiken. Een manier om dit te doen is door de bestaande materialen te laten testen en beoordelen door een groep van mensen met beperkte vaardigheden, en hun aanbevelingen

gebruiken om de informatie te verbeteren. In het algemeen kan een organisatie er standaard op letten dat informatieteksten geschreven worden op B1-niveau, dus met gebruik van makkelijke woorden en korte, eenvoudige en actieve zinnen.

Hoewel er op veel plaatsen initiatieven plaatsvinden om de zorg gezondheidsvaardiger te maken, zegt de helft van de zorgverleners (50%) dat zij of de organisatie waar zij werken voorlichtingsmateriaal (websites, folders en informatiebrieven) niet systematisch afstemmen op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook geeft vier op de tien zorgverleners (41%) aan dat zij hun communicatie niet specifiek aanpassen wanneer zij te maken hebben met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden (Murugesu et al., 2018). Er is in dit opzicht dus zeker nog winst te behalen.

4 Communicatie en samen beslissen

Communicatie in de zorg is belangrijk. Persoonsgerichte communicatie leidt tot betere uitkomsten en grotere patiënttevredenheid, maar voor veel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is dit moeilijk omdat ze de informatie van de zorgverlener niet begrijpen, het lastig vinden om vragen te stellen en een actieve rol in het consult op zich te nemen. Voor veel zorgverleners is goed communiceren met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden een uitdaging. In dit hoofdstuk gaan we in op het hele proces van mondelinge communicatie tussen een zorgverlener en een patiënt, van het vaststellen van het gezondheidsprobleem (diagnose) tot en met de behandeling. Onderdeel van dit proces is 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.

4.1 Communicatie als grootste uitdaging

Uit onderzoek onder zorgverleners (Murugesu et al., 2018, 2022) blijkt dat de grootste uitdagingen die zij ervaren in de omgang met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden liggen op het terrein van de communicatie. In de huisartsenpraktijk geeft 84% van de POH-ers en artsen aan dagelijks tot wekelijks te maken te hebben met patiënten die moeite hebben om effectief te communiceren met de zorgverlener, bij andere zorgverleners ligt dit percentage op 68% (verpleegkundigen) of 69% (medisch specialisten). Dit zijn de meest voorkomende problemen:

- Patiënt laat de beslissing bij mij als zorgverlener (59%)
- Patiënt kan zorgvraag of klacht niet duidelijk verwoorden tijdens het consult (56%)
- Patiënt laat niet merken wat hij of zij wil (46%)
- Patiënt begrijpt mijn adviezen niet (33%)
- Patiënt begrijpt mijn uitleg niet (33%)
- Ik als zorgverlener kan moeilijk inschatten of de patiënt mij begrepen heeft (32%)
- Patiënt ontwijkt het gesprek (27%)
- Patiënt reageert niet of nauwelijks op mijn vragen (23%)

Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden bevestigen dit beeld (Murugesu et al., 2018, 2022; Oosterveld et al., 2019; Noordman et al., 2022). Zij vragen zich zelf ook regelmatig af of ze hun klachten wel goed verwoord hebben en geven aan soms dingen vergeten te vertellen of te vragen. Ze zijn vaak onzeker en voelen zich niet altijd op hun gemak. Zij ervaren het als probleem dat zorgverleners ingewikkeld medisch jargon gebruiken, en er te gemakkelijk vanuit gaan dat de patiënten die informatie begrijpen. Ook voelen ze vaak een tijdsdruk. Serieus genomen worden

door de zorgverlener en voldoende tijd worden door hen als belangrijke randvoorwaarden genoemd voor goede communicatie. Daarnaast blijkt uit ander onderzoek bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, met kanker en COPD in de palliatieve fase, dat naast het bespreken van medische informatie aandacht voor affectieve communicatie belangrijk is, zoals het uiten van empathie en waardering door zorgverleners (Noordman et al., 2020).

Er is een aantal algemene tips voor zorgverleners om effectiever te communiceren met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Pharos heeft deze samengevat in een checklist (Pharos, 2022). Belangrijke punten daaruit zijn:

- Neem de tijd, boek zo mogelijk een dubbel consult
- Laat de patiënt rustig uitleggen waarvoor hij komt
- Gebruik eenvoudige taal
- Gebruik beeldmateriaal ter ondersteuning van uitleg
- Stel maar één vraag tegelijk en beperk de informatie tot drie kernpunten
- Herhaal de belangrijkste punten
- Moedig patiënten aan om vragen te stellen
- Maak adviezen en tips concreet
- Blijf correct Nederlands praten bij patiënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen, en schakel bij taalbarrières een tolk in

Ten slotte kan de communicatie tussen zorgverleners en patiënten verder verbeterd worden door het toepassen van de terugvraagmethode, waarmee gecheckt kan worden in hoeverre de patiënt de informatie heeft onthouden en begrepen (Murugesu et al., 2018). De terugvraagmethode is generiek in alle zorgconsulten toepasbaar. De zorgverlener vraagt aan de patiënt om in eigen woorden te herhalen wat er zojuist in het consult is besproken. Als het nodig is kan de zorgverlener daarna nog verbeteren of aanvullen. Belangrijk hierbij is dat de vraag niet overkomt als een test van de patiënt maar meer een check of de zorgverlener alles goed heeft uitgelegd. Er zijn diverse (online) trainingen ontwikkeld waarin met het toepassen van de terugvraagmethode kan worden geoefend (zie bijvoorbeeld www.pharos.nl).



4.2 Samen beslissen: beter aansluiten bij behoeften en mogelijkheden

Samen beslissen is het proces waarbij de patiënt en de zorgverlener samen beslissingen nemen over de te volgen behandeling of de behandeldoelen vaststellen. Naast medische overwegingen spelen daarbij ook ervaringen en voorkeuren van patiënten een rol. Onderzoek laat zien dat mensen die minder gezondheidsvaardigheden hebben minder positieve ervaringen hebben met patiëntgerichte zorg en samen beslissen (Rademakers en Heijmans, 2018).

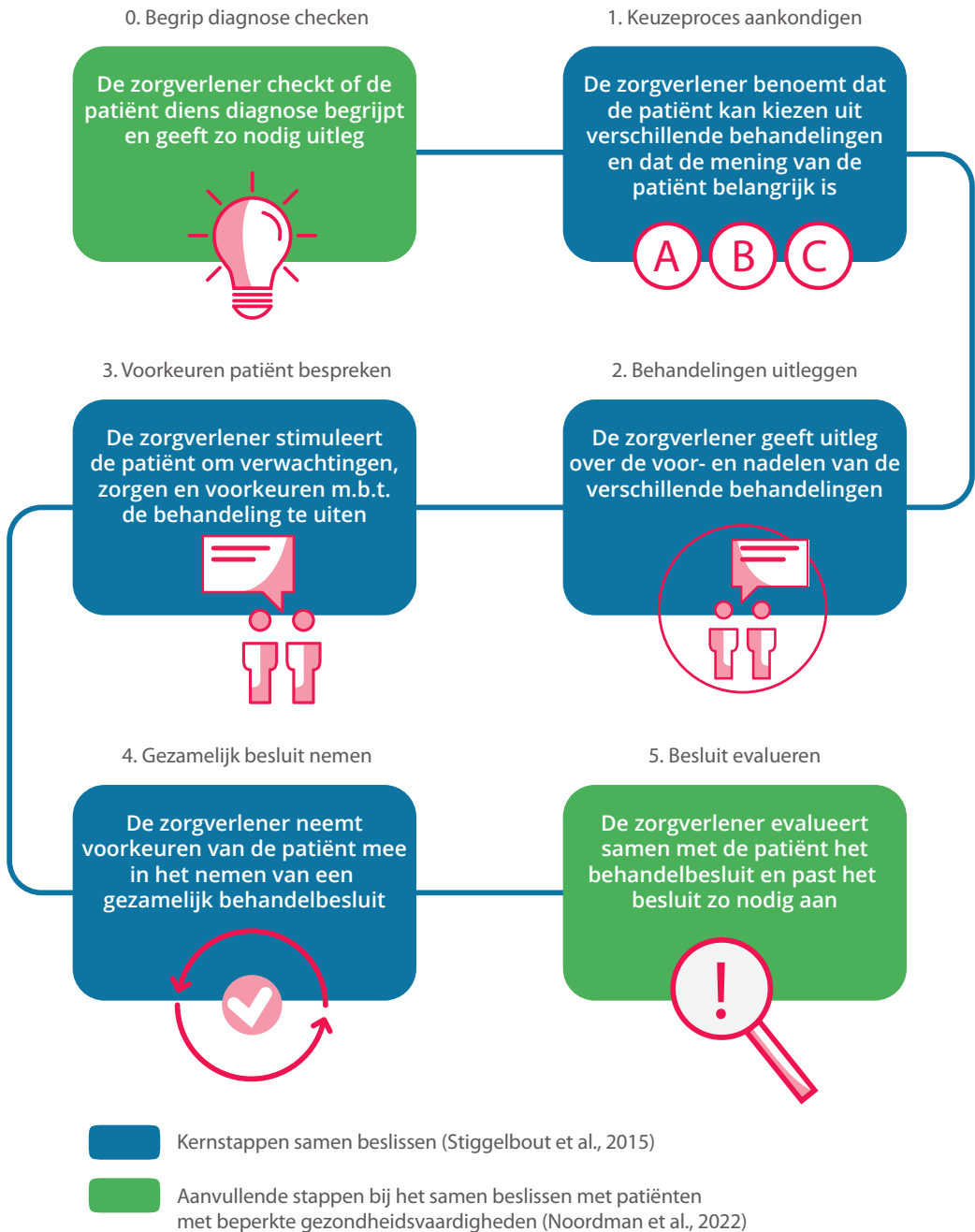
Volgens het model van Elwyn (2012), dat later is aangevuld door Stiggelbout (2015), bestaat het proces van samen beslissen uit vier stappen:

1. De zorgverlener legt uit dat er een beslissing genomen moet worden en dat de mening van de patiënt daar belangrijk bij is (*'team talk'*)
2. De zorgverlener legt uit welke behandelopties er zijn en welke voor- en nadelen deze hebben (*'option talk'*)
3. De zorgverlener en de patiënt bespreken met elkaar wat de wensen en voorkeuren van de patiënt zijn (*'preference talk'*)
4. De zorgverlener en de patiënt nemen op basis van de mogelijke opties en de voorkeuren een besluit en bespreken het vervolg (*'decision talk'*)

Veel zorgverleners vinden het proces van samen beslissen met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden lastig (Murugesu et al., 2018, 2022; Roodbeen et al., 2021). Ze weten niet zeker of de patiënt de uitleg van de opties goed begrijpt. Vaak komt daarbij ook risicocommunicatie aan de orde, met statistische kansen en risico's. Keuze-ondersteunende hulpmiddelen (zoals keuzehulpen en consultkaarten) zijn voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ook vaak te ingewikkeld (Oosterveld et al., 2019). Daarnaast kunnen patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak moeilijker uitleggen wat hun voorkeuren zijn. Ze stemmen sneller in met een voorstel voor een behandeling van de arts. Maar hoewel het lijkt alsof deze groep patiënten passief is en de beslissingen bij de zorgverlener laat, geven zij zelf aan dat ze wél betrokken willen worden bij besluiten over hun behandeling (Oosterveld et al., 2019, Noordman et al., 2022). Maar dan op een manier die beter aansluit bij hun wensen en behoeften.

Uit dit onderzoek blijkt dat er bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden twee stappen aan het model van samen beslissen moeten worden toegevoegd (Oosterveld et al., 2019, Noordman et al., 2022). Het gaat dan om een stap aan het begin van het proces van samen beslissen waarin nagegaan wordt of de patiënt de diagnose begrijpt voordat er wordt gesproken over een behandeling, en een stap aan het eind van het proces van samen beslissen waarbij de gemaakte keuze af en toe geëvalueerd wordt, bijvoorbeeld bij veranderde omstandigheden of een

afwachtend beleid (bijvoorbeeld in een vervolgsconsult of elk jaar). Zie voor het volledige model het volgende figuur:



Inmiddels is ook onderzoek gedaan naar hoe je in de 'Option talk' stap het beste risico's en kansen communiceert naar mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Richter et al., 2023). Daaruit blijkt dat uitsluitend mondelinge risicocommunicatie moeten worden vermeden, communicatie waarbij risico's in woorden worden uitgedrukt, zoals in 'u heeft een kleine kans op een hartinfarct' of 'uw risico op een hartinfarct is net zo groot als het risico om aangereden te worden door een auto'. Numerieke informatie kan beter op een natuurlijke manier gecommuniceerd worden (zoals '15 van de 100 mensen lopen hier risico op' in plaats van met percentages. Zogenaamde 'icon arrays' waarbij visueel wordt weergegeven wat een risico is (door van bijvoorbeeld 100 poppetjes degene die risico lopen rood in te kleuren en de andere groen) worden aangeraden voor deze groep patiënten. Desalniettemin blijft dit soort informatie vaak moeilijk te interpreteren. Het is belangrijk om bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden met behulp van de terugvraagmethode na te gaan wat ze van de informatie hebben begrepen en zo nodig aanvullende ondersteuning en uitleg te geven.

5 Zelfmanagement en medicatie

Het aantal ouderen en mensen met een chronische ziekte neemt toe in onze samenleving terwijl het aantal zorgverleners afneemt. Steeds meer zorg komt bij mensen zelf terecht, daarbij eventueel ondersteund door mantelzorgers. Voor mensen met een chronische ziekte maakt zelfmanagement altijd al een groot deel van hun dagelijkse zorg uit. Zelfmanagement is ‘what individuals, families and communities do with the intention to promote, maintain, or restore health and to cope with illness and disability with or without the support of health professionals’ (Barlow et al., 2002). Voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is zelfmanagement lastiger, omdat ze informatie niet altijd goed begrijpen (denkvermogen) en omdat ze niet goed weten hoe ze de zelfmanagementtaken moeten uitvoeren (doenvermogen) (Rademakers en Heijmans, 2018). In dit hoofdstuk gaan we in op de ervaringen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden met zelfmanagement (waaronder ook het gebruik van medicijnen) en op wat passende interventies en strategieën zijn om deze groep patiënten hierbij te ondersteunen.

5.1 Zelfmanagement: de samenhang met gezondheidsvaardigheden

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben meer moeite met het uitvoeren van zelfmanagementtaken. Tegelijkertijd maken zij minder gebruik van ondersteuning hierbij (Van der Gaag et al., 2022a; Rademakers en Heijmans, 2018; Berkman et al., 2011; Rask et al., 2009).

Zelfmanagement kan onderscheiden worden in vier soorten activiteiten: medisch management (zoals het monitoren van symptomen en medicatiegebruik), het aanpassen van de leefstijl, communicatie met zorgverleners en navigatie door het zorgsysteem en omgaan met de lange termijn gevolgen van het leven met een chronische ziekte (coping) (Bayliss et al., 2003). Uit een literatuurstudie naar de specifieke moeilijkheden die patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden ervaren bij zelfmanagement kwamen voornamelijk problemen rond medisch management (en dan met name problemen bij het op een juiste manier innemen van medicatie en een lagere therapietrouw), problemen in de communicatie met zorgverleners en een gebrek aan kennis voor adequaat zelfmanagement als probleemgebieden naar voren (Van der Gaag et al., 2022a). Naar aspecten van leefstijlverandering en coping met de lange termijn gevolgen van een chronische aandoening is bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden minder onderzoek gedaan, maar de onderzoeken die er zijn geven aan dat ook dit voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden voor de nodige uitdagingen zorgt.

In een onderzoek bij het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG), een van de gebruikerspanels van het Nivel, is onderzocht wat het verband is tussen verschillende aspecten van zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden, onderscheiden in functionele, communicatieve en kritische vaardigheden (Heijmans en Waverijn, 2014). Daaruit bleek dat, hoewel functionele vaardigheden (lezen en schrijven) zeker een rol spelen bij zelfmanagement, communicatieve en kritische vaardigheden belangrijker zijn. Met name spelen deze vaardigheden een rol als mensen een actieve rol moeten nemen in hun behandeling, bij hun kennisniveau en bij hun vertrouwen in de interactie met zorgverleners.

5.2 Medicatiegebruik

Incorrect medicijngebruik en lagere therapietrouw worden vaak genoemd als een belangrijk risico bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden (Van der Gaag, 2022a; Berkman et al., 2011). De oorzaak daarvan ligt in het minder goed begrijpen van de werking van de medicijnen, van de etiketten, bijsluiters en (mondelijke) instructies voor het innemen en dat, als gevolg daarvan, medicijnen minder goed worden ingenomen (Davis et al., 2006a, 2006b).

Omdat het voor het apotheketeam lastig kan zijn om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden tijdig te herkennen is de RALPH-gesprekshandleiding ontwikkeld die hen daarbij kan helpen (Vervloet et al., 2018). Door middel van deze handleiding, die bestaat uit tien vragen verdeeld over de drie domeinen van gezondheidsvaardigheden (functioneel, communicatief en kritisch), kan het apotheketeam lid in gesprek met de patiënt inzicht te krijgen in welk(e) domein(en) hij problemen ervaart. Begeleiding bij medicatiegebruik kan vervolgens worden aangepast aan de vaardigheden en behoeften van de patiënt. Daarnaast heeft ook de Universiteit Utrecht in opdracht van de KNMP een boekje met tips en tools voor het omgaan met patiënten voor de apotheek ontwikkeld (Koster et al., 2015).

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben vaak moeite met relatief eenvoudige instructies (zoals twee maal dagelijks twee tabletten innemen) en waarschuwingen op medicijnen (zoals 'in zijn geheel doorslikken', alleen voor uitwendig gebruik). In een systematische literatuurstudie naar de begrijpelijkheid van etiketteksten zijn taalkundige elementen geïdentificeerd die de begrijpelijkheid van etiketteksten beïnvloeden (Maghroudi et al., 2021). Zo werkt het beter als doseerinstructies expliciet geformuleerd zijn, de innamehoeveelheid precies is aangegeven (2 tabletten) en de inname momenten in dagdelen of eetmomenten ('s ochtends, bij het avondeten) zijn gespecificeerd. Verder moeten afkortingen (min., max.), medisch jargon en moeilijke woorden (reactievermogen) worden vermeden. Op basis van dit onderzoek en vervolgstudies zijn in Nederland een groot aantal etiketteksten begrijpelijker gemaakt en in ongeveer 55% van de apothekinformatiesystemen in Nederland geïmplementeerd (ZonMw, 2018).

Naast begrijpelijker etiketeksten is ook andere informatie ontwikkeld die het adequaat innemen van medicatie moet bevorderen. De website apotheek.nl (KNMP) biedt veel informatie op taalniveau B1, aangevuld met video's. Een ander voorbeeld is de Kijksluiters (www.kijksluiters.nl), een platform met animatievideo's waarin de belangrijkste informatie uit de bijsluiters bij medicijnen in begrijpelijke taal wordt gegeven. Dit platform zou, vanwege de visuele opzet met filmpjes, mogelijk ook beter aansluiten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Uit een onderzoek onder apothekers bleek dat de meerderheid de tool aanbiedt aan hun patiënten, ook – maar niet uitsluitend - aan degenen met beperkte gezondheidsvaardigheden (Visscher et al., 2021). Hoewel de meeste patiënten geïnteresseerd zijn in de Kijksluiters (52%) en vinden dat het platform makkelijk te gebruiken is (60%) waren er ook patiënten die weigerden de tool te gebruiken (37%), meestal omdat ze geen toegang hebben tot een computer of internet of omdat het aan digitale vaardigheden ontbreekt. Ook gaven mensen aan dat ze de voorkeur geven aan persoonlijk contact met een medewerker van de apotheek. De tool werd voornamelijk passief aangeboden door een digitale link naar de patiënt te sturen. Een actievere methode om de tool aan te bieden, met meer mogelijkheid tot persoonlijke ondersteuning, lijkt nodig te zijn om patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden beter te bereiken.

5.3 Interventies en ondersteuning

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken minder vaak gebruik van interventies die zijn ontwikkeld om zelfmanagement te ondersteunen (Van der Gaag, 2022a). Dat komt vooral omdat deze interventies te ingewikkeld zijn en ze zich niet altijd voldoende richten op de behoeften en voorkeuren van deze groep patiënten. Vaak zijn ze ook niet ontwikkeld in samenwerking met deze doelgroep patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

In een onderzoek bij chronisch zieke patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden is aan hen gevraagd wat zij het belangrijkste vinden in de zorg en ondersteuning die ze krijgen bij hun ziekte (Van der Gaag, 2022b). Tevredenheid met de zorg is voor hen het belangrijkste. Dit omvat algemene tevredenheid, communicatie met zorgverleners, informatievoorziening en vertrouwen. Op het niveau van uitkomsten vinden ze een betere gezondheid belangrijk, maar daarnaast geven ze ook aan dat ze willen werken aan hun eigen competenties voor zelfmanagement. Het is belangrijk dat interventies en ondersteuning niet alleen of vooral gericht zijn op gezondheidsinformatie en het verbeteren van kennis, maar juist ook aan het oefenen van vaardigheden en het opbouwen van zelfvertrouwen (Visscher, 2018).

Uit een inventarisatie van zelfmanagementinterventies voor patiënten met diabetes type II, COPD, obesitas en hartfalen bleek dat er relatief weinig zelfmanagement-

interventies beschikbaar waren die specifiek rekening hielden met beperkte gezondheidsvaardigheden van deze patiëntengroepen (Van der Gaag, 2023). De weinige interventies die er waren, kwamen met name uit de Verenigde Staten. Deze interventies waren vooral gericht op het verbeteren van een actieve patiëntenrol en de zelfredzaamheid van patiënten. Ze sluiten daarmee gedeeltelijk aan bij de voorkeuren van patiënten, vooral wanneer ze zich richten op zelfmanagement competenties. De interventies waren echter dermate heterogeen van opzet dat er weinig conclusies getrokken kunnen worden over de effectiviteit van dit type interventies.

Bij het ontwikkelen van interventies of ondersteuningsprogramma's voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden is het van belang om in een vroeg stadium de doelgroep zelf te betrekken. Hiermee kan de interventie gericht worden op onderwerpen of doelen die zij belangrijk vinden, maar kan ook worden nagegaan of de opzet en werkwijze aansluit bij hun vaardigheden.

6 Inclusief onderzoek

In deze kennissynthese beschrijven we de stand van zaken van het onderzoek met en over mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze mensen hebben, zoals hiervoor is aangegeven, minder goede toegang tot passende zorg en ondersteuning, en over het algemeen ook een slechtere gezondheid. Zij hebben naast problemen rondom gezondheid en zorg soms ook te maken met andere problemen, zoals ongunstige woon- en werkomstandigheden, armoede en schulden. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn niet één homogene groep, maar verschillende subgroepen die elk hun eigen uitdagingen en ervaringen hebben, zoals mensen met een laag opleidingsniveau, laaggeletterden, mensen met beperkte digitale vaardigheden, migranten, mensen met een licht verstandelijke beperking en ouderen.

Deze groepen vragen om een specifieke benadering maar zijn vaak ondervertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek en projecten ter verbetering van de zorg (Van Muijsenbergh e.a., 2019). De redenen voor exclusie van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen zowel wetenschappelijk, ethisch of praktisch van aard zijn (Finnegan, 2019). Bijvoorbeeld omdat onderzoekers bang zijn dat mensen met beperkte vaardigheden de vragen onvoldoende begrijpen, vertaling van vragenlijsten tot een begrijpelijk taalniveau te kostbaar of omslachtig is, onderzoekers of zorgverleners zich ongemakkelijk voelen in het contact met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of omdat groepen mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zelf niet bereid zijn om mee te doen en formuleren en vragenlijsten te ingewikkeld vinden.

Methoden om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te benaderen en te betrekken in onderzoek anticiperen te weinig op deze uitdagingen; ze houden vaak onvoldoende rekening met de wensen en mogelijkheden van deze groepen (bijvoorbeeld op het gebied van culturele waarden, taal vaardigheden of financiële mogelijkheden) en sluiten onvoldoende aan bij wat voor hen echt belangrijk is (Batterham e.a., 2016). Hierdoor worden sociaal kwetsbare groepen niet goed bereikt en is de non-respons in onderzoek onder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en andere sociaal kwetsbare groepen vaak hoog. Dit gaat niet alleen ten koste van de kwaliteit van het onderzoek maar levert ook onvoldoende bruikbare en betrouwbare gegevens op voor gelijkwaardige en persoonsgerichte zorg en ondersteuning en voor beleid. Bij ondervertegenwoordiging van deze groepen zijn onderzoeksbevindingen immers niet goed generaliseerbaar naar mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Hierdoor profiteren zij minder van wetenschappelijke inzichten en zorginnovaties en bestaat de kans dat gezondheidsverschillen alleen maar groter worden.

Het is daarom zeer belangrijk om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en andere kwetsbare groepen in gelijke mate in onderzoek te betrekken. Dit vraagt om extra inspanningen en inventiviteit.

Inclusief onderzoek met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden houdt onder meer het volgende in:

- Deze groep mensen wordt betrokken bij het formuleren van (voor hen) relevante onderzoeksvragen; dit zogenaamde participatief onderzoek is een goede manier om mensen uit kwetsbare groepen te betrekken. Dit kan in verschillende rollen variërend van adviseur tot co-onderzoeker (Olshansky e.a., 2016). Behalve dat betrokkenheid van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden de kans vergroot dat onderzoek ook echt aansluit bij hun interesses en behoeftes en niet te ingewikkeld is wat betreft materialen en vraagstellingen, kunnen zij ook helpen bij het verspreiden van de resultaten van onderzoek onder de eigen doelgroep in toegankelijke vorm. Nivel heeft goede ervaringen met het inzetten van mensen met een verstandelijke beperking als interviewer bij onderzoek naar de zorg- en participatiebehoeften van mensen met een verstandelijke beperking (Panel Samen Leven, zie www.nivel.nl). Belangrijk daarbij is dat er extra energie gestoken wordt in het werven én betrekken houden van deze groep voor onderzoeksprojecten; mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn bijvoorbeeld zelden lid van een patiëntenvereniging. Dit betekent dat zij via andere kanalen geworven moeten worden. Bijvoorbeeld via organisaties die zich bezig houden met de problematiek van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zoals Stichting ABC, Pharos of personen en instanties die vanuit hun werkzaamheden of locatie veel te maken hebben met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Denk daarbij aan mensen werkzaam in het NT1 of NT2 onderwijs of mensen werkzaam in sociale werkplaatsen. Ook kan het zinvol zijn om de werving te laten verlopen via personen die men kent en vertrouwt. Een persoonlijke, mondelinge uitnodiging door iemand die ze kennen en vertrouwen is vaak de enige manier is om hen te bewegen aan onderzoek mee te doen (www.pharos.nl).
- Informatiemateriaal en informed consent formulieren worden aangepast zodat ze begrijpelijk zijn voor deze groep. Het is belangrijk dat dit materiaal vooraf ook door mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden getest wordt en gecheckt wordt of mensen het begrepen hebben; mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden wantrouwen vaak instellingen als universiteiten en de overheid (Aldridge, 2014) en maken ze zich ook vaker zorgen of onderzoek wel echt vrijwillig is en gegevens anoniem verwerkt worden.

- Er wordt meer gebruikgemaakt van onderzoeksmethoden die aansluiten bij de behoeften en vaardigheden van deze groep, dus bijvoorbeeld minder dataverzameling met (online) vragenlijsten en meer aandacht voor kwalitatieve methoden:
 - Waar dat wenselijk en mogelijk is, participeren mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden als co-onderzoeker of adviseur in het onderzoek, en ook financieel beloond worden voor hun bijdrage.
 - Resultaten van onderzoek worden ook op een begrijpelijke manier toegankelijk gemaakt voor mensen die er aan meegewerkt hebben.

Het Nivel heeft ruime ervaring met onderzoek onder kwetsbare groepen en wil graag zijn expertise op het gebied van inclusief onderzoek delen. Nivel-onderzoek richt zich onder andere op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met chronische ziekten, lichamelijk beperkingen, verstandelijke beperkingen, ouderen met dementie, jongeren met psychische problemen, mensen die te maken krijgen met de gevolgen van rampen, en migranten. Het centraal stellen van wensen en behoeften van kwetsbare burgers en dit als vertrekpunt te nemen voor verbeteringen in de zorg staat centraal in ons onderzoek.

Voor meer informatie zie www.nivel.nl. Onder het kopje 'publicaties' zijn alle onderzoeken te vinden die betrekking hebben op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en andere sociaal kwetsbare groepen (zoek op 'gezondheidsvaardigheden'). Voor meer inzicht en advies over hoe je onderzoek met deze groepen het beste kunt aanpakken kan contact worden opgenomen met het Nivel Expertisecentrum 'Sociale kwetsbaarheid en inclusie in onderzoek'.

Literatuur

- Aldridge J. Working with vulnerable groups in social research: dilemmas by default and design. *Qual Res* 2014;14:112-30.
- Baay P., Buisman M., Houtkoop W. (2015). *Laaggeletterden: achterblijvers in de digitale wereld? Vaardigheden van burgers en aanpassingen door overheden*. Den Haag: Stichting Lezen & Schrijven i.s.m. ebo.
- Baccolini V., Isonne C., Salerno C., Giffi M., Migliara G., Mazzalai E., Turatto F., Sinopoli A., Rosso A., De Vito C., Marzuillo C., Villari P. The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2022 Feb;155:106927.
- Batterham R.W., Hawkins M., Collins P.A., Buchbinder R., Osborne R.H. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health* 2016;132:3-12.
- Barlow J., Wright C., Sheasby J., et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 177-187. 2002/10/29.
- Bayliss E.A., Steiner J.F., Fernald D.H., et al. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *The Annals of Family Medicine* 2003; 1: 15-21.
- Berkman N.D., et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 2011, 155(2): 97-107.
- Broucke, S. van der (2019). Capacity building for health literacy. In *International Handbook of Health Literacy. Research, Practice and Policy across the Lifespan*. Chapter 45. Policy Press, Bristol, pp. 705-720.
- Buja A., Rabensteiner A., Sperotto M., Grotto G., Bertoncetto C., Cocchio S., et al. (2020). Health literacy and physical activity: a systematic review. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(12), 1259-1274.
- CBS, 2023. *Nederlanders digitaal steeds vaardiger* (website: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/45/nederlanders-digitaal-steeds-vaardiger>; accessed 18-6-2024).
- Chen X., Hay J.L., Waters E.A., Kiviniemi M.T., Biddle C., Schofield E., Li Y., Kaphingst K., Orom H. Health Literacy and Use and Trust in Health Information. *J Health Commun.* 2018;23(8):724-734.
- Davis T.C., Wolf M.S., Bass I.I.I.P.F., Thompson J.A., Tilson H.H., Neuberger M., et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Annals of Internal Medicine*, 2006a,145(12):887-894.

- Davis T.C., Wolf M.S., Bass P.F., Middlebrooks M., Kennen E., Baker D.W., et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 2006b, 21(8):847-851.
- Elwyn G., Frosch D., Thomson R., Joseph-Williams N., Lloyd A., Kinnersley P., Cording E., Tomson D., Dodd C., Rollnick S., Edwards A., Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012 Oct;27(10):1361-7.
- Finnegan M., O'Donoghue B. Rethinking vulnerable groups in clinical research. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2019;36(1):63-71. doi:10.1017/ipm.2017.73
- Fransen M.P., Stronks K., Essink-Bot M.L. Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken. Achtergronddocument bij: Gezondheidsraad. Laaggeletterdheid te lijf. Signalering ethiek en gezondheid, 2011/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2011.
- Fransen M., Harris, V., Essink-Bot M.L. Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst; alleen een tolk inzetten is meestal niet genoeg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 2013, 157, A5581.
- Fransen M., Dekker E., Timmermans D., Uiters E., Essink-Bot M.L. Accessibility of standardized information of a national colorectal cancer screening program for low health literate screening invitees: A mixed method study. *Patient Educ Couns*. 2017 Feb;100(2):327-336.
- Fransen M., Gorter A., Jansen T. Gezondheidsvaardigheden in een pandemie - Uitdagingen en strategieën voor organisatie en beleid. RIVM-briefrapport 2024-0092.
- Gaag M. van der, Heide I. van der, Spreeuwenberg P., Brabers A.E.M., Rademakers J.J.D.J.M. Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Public Health*: 2017, 17(350).
- Gaag M. van der, Heijmans M., Spoiala C., Rademakers J. The importance of health literacy for self-management: a scoping review of reviews. *Chronic Illness*: 2022a, 18(2), 234-254.
- Gaag M. van der, Heijmans M., Ballester M., Orrego C., Niño de Guzmán E., Ninov L., Rademakers, J. Preferences Regarding Self-Management Intervention Outcomes of Dutch Chronically Ill Patients With Limited Health Literacy. *Frontiers in Public Health*: 2022b, 1300.
- Gaag M. van der, Heijmans M., Valli C., Orrego C., Ballester M., Rademakers J. (2023). Self-management interventions for chronically ill patients with limited health literacy: A descriptive analysis. *Chronic Illness*, 17423953231181410.
- Heijmans M., Waverijn G. Gezondheidsvaardigheden van chronische zieken belangrijk voor zelfmanagement. www.nivel.nl: Nivel, 2014.
- Heijmans M., Zwikker H., Heide I. van der, Rademakers J. Nivel Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: Nivel, 2016.

- Heijmans M., Rademakers J. Gezondheidsvaardigheden en de mismatch tussen de patiënt en de zorgomgeving. Onderdeel van artikelenserie Leren in de educatie, Lesgeven, begeleiden en faciliteren; (Eind)redactie E. Bohnenn, I. den Hollander, R. Thijssen, B. Vaske. Den Haag: Stichting Expertisecentrum Oefenen.nl, 2020.
- Heijmans M., Cariot L., Brabers A.E.M., Rademakers J. Infografic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden – feiten en cijfers 2023. Utrecht: Nivel, 2024.
- Hendriks M., Plass A.M., 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.
- Holst L., Rademakers J.J.D.J.M., Brabers A.E.M., Jong J.D. de. The importance of choosing a health insurance policy and the ability to comprehend that choice for citizens in the Netherlands. *Health Literacy Research and Practice*: 2021, 5(4), p. e288-e294.
- Holst L., Brabers A.E.M., Rademakers J.J.D.J.M., Jong J.D. de. The role of health insurance literacy in the process and outcomes of choosing a health insurance policy in the Netherlands. *BMC Health Services Research*: 2023, 23(1), p. 1002.
- Jansen T., Rademakers J., Waverijn G., Verheij R., Osborne R., Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Services Research*: 2018, 18(1), p. 394.
- Keij B., Versluis A., Ablas E.E., Keuper J.J., Tuyl L.H.D. van, Vaart R. van der. E-healthmonitor 2023: stand van zaken digitale zorg. Bilthoven: RIVM, 2024.
- Kickbusch I., Pelikan, J.M., Apfel, F., Tsouros, A.D. (2013). Health literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kim J., Braun B., Williams A.D. Understanding Health insurance literacy: a Literature Review. *Family and Consumer Sciences Research Journal*: 2013;42(1):3-13.
- Knottnerus B., Heijmans M., Rademakers J. Inclusieve coronapreventie. Uitdagingen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden bij informatie en maatregelen in het kader van COVID-19. Utrecht, Nivel, 2021.
- Kobayashi L.C., Wardle J. von, Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Prev Med*. 2014.
- Koh H.K., Berwick D.M., Clancy C.M., Baur C., Brach C., Harris L.M., Zerhusen, E.G. New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly ‘crisis care’. *Health Affairs*, 2013, 32(9): 1474-1481.

- Koster E., Blom L., Philbert D., Bouvy M. Geneesmiddelgebruik en gezondheidsvaardigheden; tips en tools voor de apotheek. Upper, Universiteit Utrecht, oktober 2015. (<https://www.uu.nl/sites/default/files/Gezondheidsvaardigheden%20KNMP%20wesbite.pdf>).
- Li M., Sonoda N., Koh C., Yasumoto R., Morimoto A. Meta-analysis of the association between health literacy and smoking. *Population Medicine*, 2022, 4 (August), 22. <https://doi.org/10.18332/popmed/152572>.
- Liu C., Wang D., Liu C., et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health* 2020;8:e000351.
- Maghroudi E., Hooijdonk C.M.J. van, Bruinhorst H. van de, Dijk L. van, Rademakers J., Borgsteede S.D. The impact of textual elements on the comprehensibility of drug label instructions (DLIs): a systematic review. *PLoS One*: 2021, 16(5), p. e0250238.
- Meijer M., Brabers A., Jong J. de. Zorgmijding vanwege financiële redenen. *VGE Bulletin*: 5, 2023, 3-5.
- Michou M., Panagiotakos D., Costarelli V. Low health literacy and excess body weight: a systematic review. *Cent Eur J Public Health*. 2018 Sep;26(3):234-241.
- Murugesu L., Heijmans M., Fransen M., Rademakers J. Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools. Utrecht: Nivel, 2018.
- Murugesu L., Heijmans M., Rademakers J., Fransen M.P. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of health-care providers. *PLoS One*: 2022, 17(5), p. art. nr. e0267782.
- Muijsenbergh M. van den, Teunissen E., Weel-Baumgarten E. van, Weel C. van. Sociaal kwetsbare groepen in onderzoek en de praktijk. *Huisarts en Wetenschap* 2019, 1-5.
- 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. *Journal of Health Communication: International Perspectives*: 2014, 19(8), 955-969.
- Noordman J., Schulze L., Roodbeen R., et al. Instrumental and affective communication with patients with limited health literacy in the palliative phase of cancer or COPD. *BMC Palliat Care* 19, 152 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00658-2>.
- Noordman J., Oosterveld-Vlug M., Rademakers J. Shared decision making in clinical practice: experiences and needs of patients with limited health literacy. *European Journal of Health Communication*: 2022, 3(1).
- 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.
- Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 2008, 67, 2072-2078.
- Nutbeam D. Health literacy as a population strategy for health promotion. *JJHEP*, 2017, 25(3), 210-222.
- Nutbeam D., Lloyd J.E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 2021, 42, 159–173.
- Nutbeam D., Muscat D.M. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promot Int.* 2021 Dec 23;36(6):1578-1598. doi: 10.1093/heapro/daaa157. Erratum in: *Health Promot Int.* 2021 Dec 23;36(6):1811. doi: 10.1093/heapro/daab067. PMID: 33822939.
- Olshansky E.F., Zender R. The use of community-based participatory research to understand and work with vulnerable populations. In: Chesnay M. de, Anderson B., editors. *Caring for the vulnerable: perspectives of nursing theory, practice, and research*. 4th edition. Burlington M.A.: Jones and Bartlett Learnings, 2016:243-52.
- Oosterveld M., Noordman J., Rademakers J. Kennisvraag. Samen beslissen in de spreekkamer. Ervaringen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Nivel, 2019.
- Park S.Y., Lee H., Kang M. Factors affecting health literacy among immigrants - systematic review, *European Journal of Public Health*, 2018, 28, 4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky214.283>.
- 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.
- Persell S.D., Karmali K.N., Lee J.Y., Lazar D., Brown T., Friesema E.M., et al. (2020). Associations between health literacy and medication self-management among community health center patients with uncontrolled hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 14, 87-95.
- Pharos. <https://www.pharos.nl/kennisbank/checklist-communicatie-op-maat-gesprekken-voeren/>; maart 2022 (accessed 8-7-2024).
- Pointer, KRO-NCRV. Waarom laaggeletterdheid een groot probleem is, en voorlopig blijft. 15 januari 2023 (<https://pointer.kro-ncrv.nl/waarom-laaggeletterdheid-groot-probleem> accessed 23-4-2024).
- Rademakers J. *Gezondheidsvaardigheden; niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: Nivel, 2014.

- Rademakers J., Heijmans M. Beyond reading and understanding: health literacy as the capacity to act. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, 15(8): 1676.
- Rask K.J., Ziemer D.C., Kohler S.A., Hawley J.N., Arinde F.J., Barnes C.S. Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population. *Diabetes Educ.* 2009 Jul-Aug;35(4):622-30.
- Richter R., Jansen J., Bongaerts I., Damman O., Rademakers J., Weijden T. van der. Communication of benefits and harms in shared decision making with patients with limited health literacy: A systematic review of risk communication strategies. *Patient Education and Counseling*, 2023, vol.116, 107944.
- Rolink M., Heijmans M., Rademakers J. *Communicatie over de nieuwe donorwet. Aandachtspunten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden*. Utrecht: Nivel, 2019.
- Roodbeen R.T.J., Noordman J., Boland G., Dulmen S. van. Shared Decision Making in Practice and the Perspectives of Health Care Professionals on Video-Recorded Consultations With Patients With Low Health Literacy in the Palliative Phase of Their Disease. *MDM Policy & Practice*. 2021;6(1). doi:10.1177/23814683211023472
- Rowlands G., Russell S., O'Donnell A., Kaner E., Trezona A., Rademakers J., et al. What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 57).
- Rudd R.E., Groene O.R., Navarro-Rubio M.D. On health literacy and health outcomes: background, impact, and future directions. *Revista de Calidad Asistencial*, 2013; 28(3):188-192.
- Scott T., Gazmararian J., Williams M., Baker D. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care*. 2002 May;40(5):395-404.
- Sørensen K., Broucke S. van der, Fullam J., et al. 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, 12:80.
- Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., et al. (HLS-EU Consortium). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, 2015, 25(6):1053-8.
- Sørensen K., Levin-Zamir D., Duong T.V., Okan O., Brasil V.V., Nutbeam D. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promot Int.* 2021 Dec 13;36(Supplement_1):i13-i23. doi: 10.1093/heapro/daab153.

- Stichting Lezen en Schrijven. Cijferblad Feiten en cijfers 2018. Den Haag, 2018.
- Stiggelbout A.M., Pieterse A.H., Haes J.C. de. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns*. 2015 Oct;98(10):1172-9.
- Taylor M., Sullivan D., Ellerbeck E., Gajewski B., Gibbs H. Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutr*. 2019 Aug;22(12):2157-2169.
- Vervloet M., Philbert D., Dijk L. van, Koster E. Met RALPH betere begeleiding bij gebruik geneesmiddelen: verbetering herkenning patiënt met beperkte gezondheidsvaardigheden. *Pharmaceutisch Weekblad*: 2018, 153(6), p. 10-11.
- Visscher B.B., Steunenberg B., Heijmans M., Hofstede J.M., Devillé W., Heide I. van der, Rademakers J. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*: 2018, 18(1414).
- Visscher B.B., Vervloet M., Paske R. te, Dijk L. van, Heerdink E.R., Rademakers J. Implementation of an animated medication information tool in community pharmacies, with a special focus on patients with limited health literacy. *International Journal of Pharmacy Practice*: 2021, 29(6)
- VZinfo.nl. www.vzinfo.nl/gezondheidsverschillen/sterfte-levensverwachting-gezondheid data 2019-2022 (Geraadpleegd op 15 mei 2024).
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Weten Is Nog Geen Doen*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: Den Haag, Nederland 2017.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Grip; het maatschappelijk belang van persoonlijke controle*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: Den Haag, Nederland 2023.
- WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*, 2007. Geneva, World Health Organisation.
- World Health Organization (2021). *Geneva Charter for Well-Being*, Geneva: World Health Organization. World Health Organization.
- Woudstra A.J., Smets E.M.A., Dekker E., et al. Development and pilot-testing of a colorectal cancer screening decision aid for individuals with varying health literacy levels. *Patient Education and Counseling*. 2019 Oct;102(10):1847-1858.
- ZonMw. [Wat moet er op het etiket? Onderzoek naar begrijpelijke etiketten \(zonmw.nl\)](http://www.zonmw.nl/wat-moet-er-op-het-etiket?onderzoek-naar-begrijpelijke-etiketten). Geraadpleegd op 15 juli 2024.

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar.

