



**Gezondheidsvaardigheden en de mismatch tussen de
patiënt en de zorgomgeving**
Monique Heijmans & Jany Rademakers

Dit artikel maakt deel uit van de reeks artikelen *Leren in de educatie, Lesgeven, begeleiden en faciliteren*. Deze reeks is bestemd voor iedereen die betrokken is bij de volwasseneneducatie, bijvoorbeeld docenten/begeleiders, beleidsmakers, onderzoekers en vrijwilligers. De verschillende artikelen geven informatie over de relevante thema's binnen de volwasseneneducatie, beschrijven de richting waarin de visie hierop zich ontwikkelt en leveren verhelderende voorbeelden.

Monique Heijmans

Monique Heijmans werkt als senior onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) in Utrecht. Haar belangrijkste onderzoeksterreinen zijn chronisch zieken, zelfmanagement, eigen regie en gezondheid. Zij is als (mede-)auteur betrokken bij tal van publicaties op het gebied van gezondheidsvaardigheden, zowel nationaal als internationaal. Daarnaast is zij lid van de stuurgroep van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden en voorzitter van de werkgroep Patiëntenervaringen en –participatie van diezelfde alliantie.

Jany Rademakers

Jany Rademakers is ontwikkelings- en klinisch psycholoog. Zij is hoofd van de onderzoeksafdeling Gezondheidszorg vanuit het perspectief van patiënten, cliënten en burgers bij het Nivel (Utrecht) en hoogleraar Gezondheidsvaardigheden en Patiëntparticipatie, CAPHRI/Maastricht University (Maastricht). Haar onderzoek gaat over de ervaringen van patiënten en cliënten in de gezondheidszorg: wat hun behoeften zijn en welke vaardigheden ze nodig hebben om een actieve rol te kunnen spelen in het zorgproces, bijvoorbeeld in de communicatie met hun zorgverlener en bij zelfmanagement. Met name richt ze zich in haar onderzoek op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en op de vraag wat er gedaan kan worden om preventie en zorg voor deze groep verder te verbeteren.

Gezondheidsvaardigheden en de mismatch tussen de patiënt en de zorgomgeving

Dit artikel gaat over gezondheidsvaardigheden en het belang hiervan voor het omgaan met ziekte en gezondheid. Monique Heijmans en Jany Rademakers gaan in op het begrip gezondheidsvaardigheden en laten zien dat de invulling van dit begrip meebeweegt met de veranderingen in de samenleving en de gezondheidszorg. Er wordt verondersteld dat volwassenen zelf verantwoordelijkheid willen en kunnen nemen voor hun eigen gezondheid en ziekte. Maar dit is niet zo, niet iedereen kan dat. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben liever dat een zorgverlener voor hen beslist. Hoe herken je deze mensen? Wat hebben ze nodig om een actieve rol te kunnen spelen? Op welke manier zouden ze hierbij geholpen kunnen worden? Wat vraagt dit van zorgverleners? Wat kan de educatie hierin betekenen en kan internet een rol spelen? Duidelijk is dat het zeker niet alleen een kwestie is van verbeteren van gezondheidsvaardigheden: de zorg kan - en moet - een stuk toegankelijker worden gemaakt.

Gezondheidsvaardigheden en de mismatch tussen de patiënt en de zorgomgeving

Met het complexer worden van de gezondheidszorg wordt de aanspraak die de zorg doet op de gezondheidsvaardigheden van de burgers groter. Zij worden aangemoedigd een gezonde leefstijl te kiezen, zelf te zorgen voor hun chronische ziekte en deze in te passen in hun dagelijks leven, zelf te kiezen voor een zorgaanbieder of zorgverzekeraar en mee te beslissen over hun behandeling. De patiënt als partner of coproductent van zorg zijn veelgebruikte termen. Het lijkt een positieve ontwikkeling om niet óver maar mét de patiënt of cliënt beslissingen te nemen die hem uiteindelijk primair aangaan. Alleen is niet iedereen daar even goed toe in staat. Sommige mensen ontbreekt het aan kennis en informatie of aan vaardigheden om informatie te krijgen, te begrijpen en/of toe te passen. Soms zijn er andere belemmeringen om actief betrokken te zijn, zoals gebrek aan zelfvertrouwen om vragen te stellen aan de zorgverlener of aan motivatie om aan de gezondheid te werken. Mensen verschillen in de mate waarin zij gezondheidsvaardig zijn.

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden die mensen nodig hebben om beslissingen te kunnen nemen over hun gezondheid en ziekte en om mee te beslissen over (het organiseren van) de

zorg die ze nodig hebben. De Engelse term voor gezondheidsvaardigheden is Health Literacy. Er bestaan verschillende definities van gezondheidsvaardigheden. Sommige definities leggen vooral de nadruk op functionele vaardigheden (lezen, schrijven, rekenen, digitale vaardigheden) of op cognitieve aspecten van informatieverwerking (begrijpen, beoordelen). Andere definities zijn breder en noemen ook de motivatie van mensen om zelf actief om te gaan met ziekte en gezondheid en het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheden die nodig zijn om die actieve rol ook in praktijk te brengen.¹ In dit artikel gaan we uit van de definitie van Sørensen² waarin gezondheidsvaardigheden verwijzen naar de vaardigheden om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen in het dagelijks leven, op de gebieden gezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering. Deze definitie laat zien dat gezondheidsvaardigheden niet alleen belangrijk zijn in de spreekkamer, maar ook vanuit het perspectief van de volksgezondheid.

Uit recente cijfers van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat 29% van de Nederlanders beperkte gezondheidsvaardigheden heeft.³ Dit betekent dus dat 3 van de 10 volwassen Nederlanders te weinig of beperkt vaardig zijn om informatie over gezondheid en gezondheidszorg voldoende te kunnen begrijpen en gebruiken voor het nemen van beslissingen voor de eigen gezondheid en welzijn. Een deel van deze mensen heeft moeite met lezen, schrijven, rekenen en digitale vaardigheden.

Beperkte gezondheidsvaardigheden lijken vooral voor te komen bij mensen met een laag opleidingsniveau, migranten en ouderen, maar ook mensen met een hoog opleidingsniveau en jongeren kunnen minder gezondheidsvaardig zijn. Eigenlijk kan iedereen te maken krijgen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Gezondheidsvaardigheden zijn namelijk niet stabiel maar afhankelijk van situaties. Iemand die in de ene situatie heel vaardig is, kan in een andere situatie veel minder vaardig zijn, bijvoorbeeld onder invloed van emoties of een veranderende gezondheidstoestand.⁴

Het belang van gezondheidsvaardigheid

Gezondheidsvaardigheden staan de laatste jaren enorm in de belangstelling. Niet alleen omdat er andere ideeën zijn ontstaan over de rol van burgers en patiënten in de zorg en deze vaardigheden dus belangrijker worden; onderzoek heeft ook aangetoond dat beperkte gezondheidsvaardigheden leiden tot grotere gezondheidsverschillen tussen mensen en hogere zorgkosten. Mensen die minder gezondheidsvaardig zijn, maken bijvoorbeeld minder efficiënt gebruik van beschikbare zorg: ze gaan vaker dan medisch noodzakelijk is naar de spoedeisende hulp in plaats van naar hun huisarts of specialist. Ze hebben vaak ook minder kennis over gezondheid en ziekte en vinden minder gemakkelijk hun weg in de zorg. Hierdoor krijgen ze minder vaak de zorg die zij echt nodig hebben. Communicatie met zorgverleners gaat hen minder goed af en ze hebben meer moeite met samen beslissingen nemen en met zelfmanagement (waaronder het gebruik van medicatie).⁵ De World Health Organization beschouwt beperkte gezondheidsvaardigheden dan ook als één van de belangrijkste factoren die wereldwijd bijdragen aan verschillen in gezondheid en verschillen in toegang tot zorg.⁶

Erkenning en herkenning

De aanpak van lage gezondheidsvaardigheden begint bij het bewustzijn of de erkenning dat lage gezondheidsvaardigheden tot problemen kunnen leiden en dat er iets moet gebeuren om de zorg voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden te verbeteren. De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar beperkte gezondheidsvaardigheden. Er wordt veel aandacht aan besteed en ook aan de gevolgen ervan, zowel door de overheid als door de media en websites van bijvoorbeeld Pharos en Stichting Lezen en Schrijven. Via de Alliantie Gezondheidsvaardigheden en de website www.gezondheidsvaardigheden.nl zijn publicaties, factsheets en toegankelijk voorlichtingsmateriaal beschikbaar.

De **Alliantie Gezondheidsvaardigheden** is een netwerk, bestaande uit ruim 80 partners uit heel Nederland, dat zich inzet voor het bevorderen van gezondheid of het voorkomen van ziekten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Belangrijke doelstellingen van de Alliantie zijn het vergroten van bewustzijn, het stimuleren van het uitwisselen van kennis en ervaring en het bevorderen van samenwerking in de aanpak van beperkte gezondheidsvaardigheden in Nederland. Daarnaast zet de Alliantie zich in voor de borging van de aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden in opleidingen en onderwijs.



Het belang van aandacht voor gezondheidsvaardigheden in het onderwijs wordt ook onderstreept in het advies van **Zorginstituut Nederland** uit 2016 van de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Hierin staat het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van burgers centraal en wordt beschreven hoe belangrijk het is om aandacht te hebben voor het ontwikkelen van bewustzijn en vaardigheden bij zorgverleners om beter aan te kunnen sluiten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.⁷



De aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden neemt daarmee steeds verder toe maar van structurele inbedding in de inrichting van de zorg is nog geen sprake. Dit ligt aan meerdere factoren: enerzijds zijn mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden heel goed in het verbergen van hun gebrek aan gezondheidsvaardigheden, vaak uit schaamte omdat ze niet goed kunnen lezen of de uitleg van een arts of een folder niet begrijpen; anderzijds overschatten zorgverleners de vaardigheden van hun patiënten.

Het is noodzakelijk het belang van gezondheidsvaardigheden te erkennen, maar het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden is minstens zo belangrijk. Tegelijkertijd vormt dit voor veel mensen werkzaam in de zorg een uitdaging. Bij patiënten die afkomstig zijn uit lage SES-wijken⁸, mensen die zwakbegaafd zijn, ouderen met dementie, mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) en migranten die de Nederlandse taal niet spreken, is men eerder alert op de mogelijke aanwezigheid van beperkte gezondheidsvaardigheden.

voorbeeld

Mohammed had van zijn arts te horen gekregen dat hij allergisch was voor bepaalde stoffen. Eenmaal thuis moest zijn vrouw met al haar kleding uit de slaapkamer naar een andere kamer verhuizen, want hij is immers allergisch voor 'stoffen'.

Beperkte gezondheidsvaardigheden komen ook in andere groepen voor. In die groepen zijn ze minder duidelijk zichtbaar. Dat komt o.a. doordat mensen die moeite hebben met lezen en schrijven dit graag verborgen houden, vaak niet aangeven dat ze informatie niet begrijpen en vaak geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven.⁹ Deze factoren maken het herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden extra moeilijk. Zowel Stichting Lezen en Schrijven als Pharos geven op hun websites handige tips hoe je mensen met beperkte vaardigheden kunt herkennen en wat je kunt doen om hen in een gesprek op hun gemak te stellen. Signalen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van beperkte gezondheidsvaardigheden zijn bijvoorbeeld moeite met het invullen van formulieren, slecht formuleren van de vragen en niet duidelijk kunnen aangeven waar men last van heeft, slecht antwoord kunnen geven op vragen en moeite hebben met het juiste gebruik van medicatie.

Aanpak: Tweesporenbeleid

Voor de aanpak van problemen door beperkte gezondheidsvaardigheden is een tweesporenbeleid nodig.

Het eerste spoor richt zich op het vergroten van de vaardigheden van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zelf.

Het tweede spoor richt zich op het vergroten van inzicht en vaardigheden van mensen die in de zorg werkzaam zijn zodat deze zich meer bewust zijn van de behoeften en mogelijkheden van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en daar adequaat op kunnen inspelen.

Eerste spoor: gezondheidsvaardigheden van mensen vergroten

Als beperkte gezondheidsvaardigheden eenmaal herkend en erkend zijn, kunnen mensen op verschillende manieren ondersteund worden. Gezondheidsvaardigheden zijn - tot op zekere hoogte - te verwerven en verbeteren.

Op het meest functionele niveau gaat het om het leren lezen, schrijven en rekenen. Ondanks het feit dat het Nederlandse schoolstelsel goed is, heeft Nederland nog steeds 250.000 analfabeten en 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder die moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen. Vaak gaat het om mensen die om een bepaalde reden veel schooluitval hadden, die dyslectisch zijn of waar Nederlands thuis niet de eerste taal is.¹¹ Via de roc's en bijvoorbeeld Stichting Lezen en Schrijven worden lees- en schrijfcursussen voor volwassenen aangeboden. Ook online zijn er mogelijkheden. Bijvoorbeeld op Oefenen.nl waar volwassenen zelfstandig hun basisvaardigheden kunnen verbeteren.

Gezondheidsvaardigheden kunnen ook vergroot worden door het verbeteren van kennis over bijvoorbeeld een gezonde leefstijl: wat kun je zelf doen om ziektes te voorkomen? Op diverse plekken worden programma's aangeboden waar volwassenen hun basisvaardigheden kunnen uitbreiden, al dan niet in combinatie met het

werken aan een thema zoals gezondheid. Het versterken van de vaardigheden gaat bij dit laatste hand in hand met het uitbreiden van kennis, bijvoorbeeld over de werking van het zorgstelsel, waardoor ook het zelfvertrouwen groeit en de motivatie om voor je eigen gezondheid te zorgen.

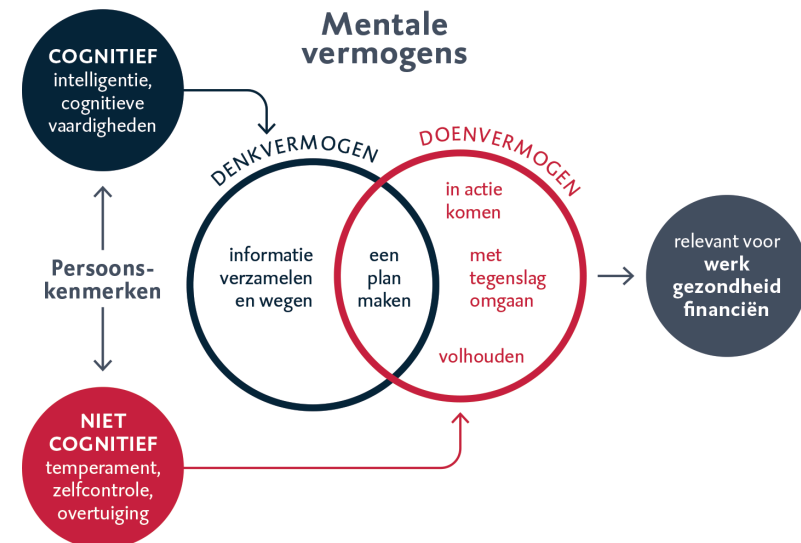
Praktische, functionele situaties kunnen worden geoefend, zoals vragen stellen aan een arts en doorvragen, bijsluiters van medicijnen lezen, maar ook duidelijk vertellen wat je problemen zijn. In deze situaties wordt ook aandacht besteed aan zowel woordenschat als de samenhang van het verhaal.¹²

In verband met het verwerven van gezondheidsvaardigheden door mensen verscheen een belangrijk rapport van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid in 2017 'Weten is nog geen doen'.¹³ In dit rapport wordt benadrukt dat gezondheidsvaardigheden niet alleen afhangen van het feit of je kunt lezen of schrijven of rekenen of met een computer kunt omgaan. Het hangt ook af van of je de informatie die je vindt, werkelijk begrijpt en kunt toepassen in je eigen situatie. Om gezondheidsvaardig te zijn en een actieve rol te kunnen spelen in de eigen gezondheid moeten mensen zowel beschikken over cognitieve vaardigheden of wel 'denkvermogen' en vaardigheden om die cognitieve vaardigheden om te zetten in gedrag, het 'doenvermogen'. Dit zijn verschillende vaardigheden die om een andere manier van leren vragen. Bij 'denkvermogen' gaat het vooral om vaardigheden als informatie kunnen zoeken en vinden en vervolgens de relevantie van deze informatie voor de eigen situatie kunnen inschatten. Digitale vaardigheden zijn in dit verband ook belangrijk omdat veel informatie via internet verzameld en

verspreid wordt. Bij 'doenvermogen' gaat het vooral om het kunnen vertalen van de informatie naar een concreet plan en dat ook ten uitvoer brengen. Daarbij wordt dus een beroep gedaan op andere mentale vermogens zoals het vermogen om in actie te komen, het hoofd voldoende koel te houden bij tegenslag en vast te houden aan goede voornemens. Daarbij zijn motivatie en vertrouwen in eigen kunnen heel belangrijk. In 2016 bracht het Nivel het rapport 'Zorg op maat' uit waarin beschreven werd met welke uitdagingen, zowel op het gebied van denk- als doenvermogen, iemand met beperkte gezondheidsvaardigheden allemaal te maken heeft als hij behoefte heeft aan zorg of daadwerkelijk contact heeft met een zorgverlener.¹⁴ Om toegang te krijgen tot de juiste zorg zijn diverse vaardigheden nodig. Australische onderzoekers beschreven op basis van gesprekken met patiënten en zorgverleners 9 domeinen van gezondheidsvaardigheden die van belang zijn.¹⁵ Ze staan weergegeven in tabel 1.

Als iemand beschikt over onvoldoende vaardigheden op een of meerdere van deze domeinen, zal hij vroeg of laat problemen tegenkomen bij het vinden van de juiste zorg en ondersteuning.

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van kritieke momenten tijdens de weg van een patiënt door de zorg. In onderstaande figuur is die weg vereenvoudigd weergegeven. Grofweg kan de gang van de patiënt door de zorg bij een zorgvraag in 3 fasen worden ingedeeld, namelijk de voorbereiding op het consult met een zorgverlener, het consult zelf en de uitvoering van adviezen naar aanleiding van het consult. Voor elk van de 3 fasen zijn voorbeelden van kritieke momenten te noemen die zowel een beroep doen op vaardigheden



Bron: WRR (2017)

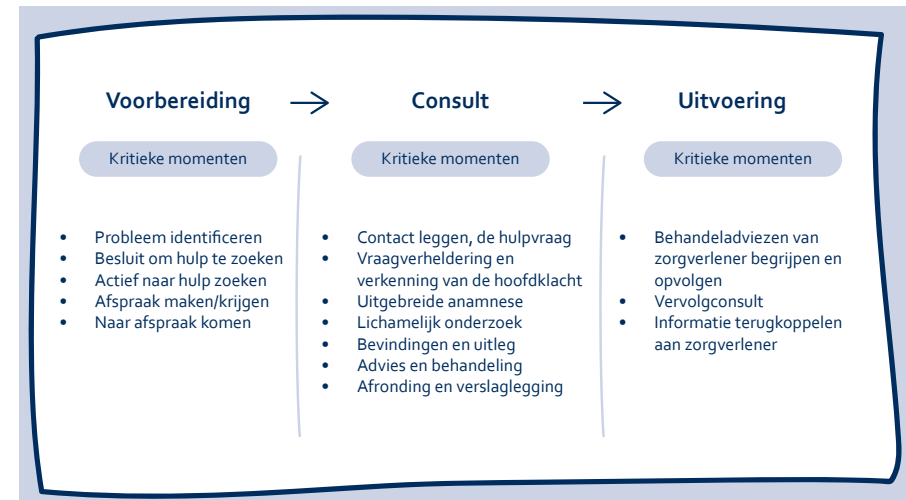
van patiënten als ook op die van zorgverleners en die met name een probleem kunnen vormen als je als zorgverlener te maken krijgt met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Tijdens de voorbereiding van een consult vormt het maken van een afspraak vaak een uitdaging, vooral als de afspraak schriftelijk of via internet gemaakt moet worden. Veel mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben moeite met lezen of schrijven, met het vinden van de juiste informatie op internet of met het gebruik van een patiënten-portal. Zij geven daarnaast aan dat ze het moeilijk vinden het moment te bepalen om een afspraak te maken.

Tabel 1: Gezondheidsvaardigheden (Bron: Batterham et al., 2014)

Gezondheidsvaardigheden	Voorbeelden
In staat om verantwoordelijkheid te nemen over de eigen gezondheid	Actief bezig zijn met eigen zorg; mee beslissingen (durven) nemen over de eigen gezondheid en betrokken (durven) zijn bij de eigen zorg
In staat om effectief te communiceren met zorgverleners	Zorgvraag kunnen verwoorden en samen met een zorgverlener tot een besluit kunnen komen
Kunnen schrijven en schriftelijke gezondheidsinformatie kunnen lezen	Schriftelijke informatie (met inbegrip van numerieke gegevens) met betrekking tot gezondheid kunnen lezen en begrijpen en formulieren waar nodig adequaat kunnen invullen
In staat om de weg te vinden in de gezondheidszorg	Voorzieningen en ondersteuning vinden die nodig zijn, zodat in behoeften wordt voorzien
Vermogen om actief betrokken te zijn in de zorgverlening	De regie voeren samen met zorgverleners, bijvoorbeeld door proactief advies te vragen aan zorgverleners of wensen kenbaar te maken
In staat om voldoende gezondheidsinformatie te verkrijgen	Voldoende informatie verkrijgen die nodig is om met een aandoening te leven en om te gaan
In staat om gezondheidsinformatie te begrijpen	Informatie uit een consult kunnen begrijpen (medische termen)
In staat om gezondheidsinformatie te beoordelen	Relevante informatiebronnen kiezen en beoordelen
In staat om gezondheidsinformatie toe te passen	Adviezen van zorgverlener op de juiste manier toepassen

Het is voor hen lastig de ernst van hun klachten in te schatten en vervolgens de keuze te maken of ze naar de spoedpost moeten gaan of niet. Ook informatie via het internet kan voor verwarring en



Kritieke momenten voor een persoon met beperkte gezondheidsvaardigheden tijdens een zorgvraag

onzekerheid zorgen, bijvoorbeeld over de noodzaak tot het maken van een afspraak. Er is zo veel informatie dat het moeilijk is om hoofd- van bijzaken te onderscheiden en te beoordelen wat nu de beste informatie is en welke je zou moeten volgen bij een specifieke klacht of hulpvraag. Het niet tijdig op een afspraak komen, bijvoorbeeld omdat de navigatie in ziekenhuizen te ingewikkeld zou zijn, wordt ook regelmatig genoemd.

Tijdens een afspraak met een zorgverlener vinden mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden het vooral lastig om de zorgvraag op een duidelijke en chronologische manier te verwoorden. Vaak

begrijpen ze de informatie van een zorgverlener niet omdat hij moeilijke woorden of jargon gebruikt met het gevolg dat ze adviezen niet goed opvolgen of vaker dan noodzakelijk terugkomen of een beroep doen op andere zorgverleners.

Na afloop van een consult voelen mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zich vaak te onzeker om de adviezen thuis zelfstandig uit te voeren. Bijsluiters begrijpen ze ook vaak niet.

voorbeeld

In 2011 werd op landelijke en regionale zenders het programma Lees en Schrijf! Gezondheid uitgezonden. Hierin was o.m. aandacht voor het maken van vragenlijstjes, als voorbereiding op een gesprek met de arts. Online kan daar mee worden geoefend. Een betrokken arts bij dit programma werd geconfronteerd met patiënten die goed voorbereid waren en met een vragenlijstje naar zijn spreekuur kwamen. Dat hadden ze geleerd met dit programma.

Genoemde knelpunten bieden voldoende aanknopingspunten voor zorgverleners om beter na te gaan of hun uitleg wordt begrepen en ook te leren hoe ze op een begrijpelijker manier uitleg kunnen vragen en geven. Ook bieden ze aanknopingspunten voor educatie aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en hulp bij het aanleren van vaardigheden om met deze problemen om te gaan. Denk bijvoorbeeld aan het leren gebruiken van een patiënten-portal, het werken met een DigiD om in te loggen, weten bij wie je terecht kunt voor de vragen die je hebt over je ziekte of behandeling, het leren beoordelen en vergelijken van verschillende bronnen van informatie, het leren formuleren van vragen voorafgaande aan een

consult zodat je ze niet vergeet en leren om te durven zeggen dat je iets niet begrijpt. Onderzoek heeft laten zien dat educatie en ondersteuning vooral effectief zijn bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden als ze

1. aansluiten bij wat zij belangrijk vinden;
2. zich niet alleen richten op kennis maar vooral ook op het oefenen in de praktijk.¹⁶

Daarbij is het belangrijk om educatie en het oefenen van vaardigheden goed af te stemmen op de mogelijkheden van de persoon zelf. Het beste is om ondersteuningsmaterialen voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden ook samen met hen te ontwikkelen of in ieder geval op voorhand kritisch door te nemen, te toetsen op relevantie en begrijpelijkheid en daar waar nodig aan te passen en te verbeteren. Verder is het goed om relatief kleine en haalbare doelen te formuleren omdat dit zorgt voor meer zelfvertrouwen en motivatie om met het programma verder te gaan.

Tweede spoor: toegankelijkheid van de zorg

Behalve dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden veel kunnen leren, valt ook aan de zorg zelf nog veel te verbeteren. De complexiteit van de zorg heeft invloed op de mate waarin beperkte gezondheidsvaardigheden een probleem worden. De manier waarop informatie wordt aangeboden binnen de zorg, het taalgebruik, de beperkte consulttijd en ook de manier waarop de zorg georganiseerd is, kunnen ervoor zorgen dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden onvoldoende geholpen worden. Immers, naarmate de zorg ingewikkelder en onoverzichtelijker is, stelt ze hogere eisen aan iemands gezondheidsvaardigheden. In plaats van gezond-

heidsvaardigheden te definiëren als een individueel probleem wordt daarom liever gesproken van een mismatch tussen de patiënt en de zorgomgeving (zie noot 10).

De laatste jaren is er in toenemende mate aandacht voor context-factoren die bijdragen aan de toegankelijkheid, begrijpelijkheid en bruikbaarheid van informatie over gezondheid en zorg voor mensen

Tabel 2: 10 kenmerken van gezondheidsvaardige (health literate) zorgorganisaties

Kenmerken van een gezondheidsvaardige zorgorganisatie

- Aandacht voor gezondheidsvaardigheden die structureel is ingebed in het beleid en de activiteiten van de organisatie
- Een kwaliteitsbeleid waarin aandacht voor gezondheidsvaardigheden een centraal onderdeel is
- Medewerkers die worden toegerust met de juiste kennis en vaardigheden om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan
- Het betrekken van mensen met lage gezondheidsvaardigheden bij ontwikkeling, implementatie en evaluatie van gezondheidsinformatie en zorg
- Zorg en informatie die zo ingericht is dat deze voor iedereen toegankelijk is
- Stimuleren van het gebruik van strategieën voor heldere communicatie en evaluatie van deze strategieën
- Informatie en zorg die gemakkelijk toegankelijk is en waarbij mensen worden geholpen om door de zorg heen te navigeren
- Investing in het ontwerpen en verspreiden van makkelijk te begrijpen en toe te passen informatie (gedrukt, audiovisueel of via sociale media)
- Aandacht voor lage gezondheidsvaardigheden in situaties met een hoog risico zoals zorgtransities en communicatie rond medicatie
- Heldere communicatie over de zorg waar mensen recht op hebben: welke is dat en waar kan men die vinden

Bron: Brach e.a., 2012

met lagere gezondheidsvaardigheden¹⁷. In de Verenigde Staten is een model ontwikkeld voor een 'gezondheidsvaardige' zorgorganisatie. Dit is een organisatie die het makkelijk maakt voor mensen

om gezondheidsinformatie te vinden en toe te passen, hun weg te vinden binnen de zorg of de zorginstelling zelf en daardoor optimaal gebruik te maken van de aanwezige ondersteuning en zorg.

Er zijn verschillende kenmerken onderscheiden (zie Tabel 2).

Zowel op organisatieniveau als in de directe patiëntenzorg kunnen verbeteringen worden doorgevoerd. Toch gebeurt dat nog onvoldoende. Het blijkt dat niet alle bestuurders en hulpverleners zich ten volle bewust zijn van het belang en de noodzaak om hier iets aan te doen, dat er meestal geen organisatiebreed beleid is ten aanzien van lage gezondheidsvaardigheden, dat er in de praktijk vaak te weinig tijd en middelen zijn om extra aandacht aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te besteden, dat het medewerkers aan kennis en vaardigheden ontbreekt om goed met deze patiënten om te gaan en dat men onvoldoende op de hoogte is van de bestaande methoden, instrumenten en hulpmiddelen die op dit gebied beschikbaar zijn. Verder wordt de doelgroep nauwelijks betrokken bij verbeterinitiatieven. Dat dit wel mogelijk is en ook succesvol kan zijn, bewijst het initiatief in Breda.

voorbeeld

In **Breda** staat het betrekken van de doelgroep laaggeletterden bij het beleid hoog in het vaandel, met name als het gaat om allerlei gemeentelijke voorzieningen en gezondheidszorg. Het begrijpelijk maken van informatie over gezondheid en zorg staat opgenomen in het beleidsplan over de aanpak van laaggeletterdheid voor 2020. Reeds vóór het schrijven van het beleidsplan was er een netwerk 'Laaggeletterdheid in de zorg' ontstaan. Hierin zijn allerlei partijen

verbonden die door middel van innovaties laaggeletterdheid in de zorg bestrijden. Het netwerk bestaat o.a. uit vertegenwoordigers van de GGD, het Amphia Ziekenhuis, Stichting Lezen en Schrijven, Stichting ABC, bibliotheken, gemeente en huisartsen.

Het netwerk houdt zich bezig met thema's als gezondheid, gezin en wonen. Zo is er door een testpanel gekeken naar patiëntenfolders van het Amphia Ziekenhuis en heeft de GGD intern op elke afdeling een taalambassadeur benoemd die de 'taalwaakhond' van die afdeling moet zijn. Dit houdt in dat hij over het taalniveau moet waken (2F) voor wat betreft uitgaande informatie naar klanten en overheid. Tevens houdt men elkaar alert in taalgebruik op de afdeling zelf. Deze taalambassadeurs komen 2 keer per jaar bijeen.

Het is belangrijk bewustwording en aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden te creëren in alle geledingen van de organisatie. Om de zorg te verbeteren kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan.¹⁸

- Zorg dat medewerkers over de kennis en vaardigheden beschikken om met mensen met lage gezondheidsvaardigheden om te gaan; maak zo mogelijk gebruik van reeds beschikbare methoden en hulpmiddelen.
- Communiceer helder en eenvoudig en investeer in begrijpelijk informatiemateriaal. Maak daarbij gebruik van taalambassadeurs die mee kunnen lezen en feedback kunnen geven om materiaal toegankelijker te maken.
- Richt de zorg zo in dat ook mensen met lage gezondheidsvaardigheden er hun weg in kunnen vinden; help hen daar proactief bij.
- Werk samen met de doelgroep (co-creatie): mensen met lage

gezondheidsvaardigheden kunnen bijvoorbeeld fungeren als trainer maar ook de toegankelijkheid van de organisatie en het communicatie- en informatiemateriaal toetsen.

Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de kenmerken van een gezondheidsvaardige zorgorganisatie (Tabel 2).

Digitale vaardigheden

Binnen de aandacht voor beperkte gezondheidsvaardigheden verdienen digitale vaardigheden extra aandacht. Naarmate een deel van ons dagelijks leven steeds meer online plaatsvindt, wordt de mogelijkheid om door digitale gezondheidstools en -diensten te navigeren steeds belangrijker voor zowel patiënten als zorgverleners. Inmiddels zijn er duizenden apps, websites en andere digitale hulpmiddelen beschikbaar om mensen te ondersteunen bij het zorgen voor gezondheid en ziekte. De mogelijkheden zijn ongekend. Mensen kunnen online afspraken maken, zelf hun gegevens zien en aanvullen, videobellen met de huisarts en zich laten adviseren over bewegen en voeding. Dit lijkt aantrekkelijk maar het kan voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden een extra risico vormen.

In Europa is 19% van de bevolking niet digitaal vaardig en 44% heeft onvoldoende digitale vaardigheden.¹⁹ Voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn deze cijfers waarschijnlijk nog ongunstiger. Dit betekent dat zij veel meer uitleg en ondersteuning nodig zullen hebben bij het gebruik van digitale toepassingen dan de gemiddelde Nederlander. Indien die niet op maat geboden worden, zullen mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

veel minder kunnen profiteren van de digitale mogelijkheden die er zijn en zullen gezondheidsverschillen alleen maar groter worden. De uitdaging ligt er dan ook in om mensen met beperkte vaardigheden te leren om met digitale toepassingen om te gaan zodat het ook daadwerkelijk ondersteunend is in hun omgang met ziekte en gezondheid.

Voor wie verder aan de slag wil met beperkte gezondheidsvaardigheden

In 2015 is door het Nivel onderzoek gedaan op basis waarvan een overzicht is samengesteld van interventies en hulpmiddelen voor het bieden van ondersteuning op maat aan mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (zie noot 9).

Via de website www.gezondheidsvaardigheden.nl wordt door de Alliantie Gezondheidsvaardigheden (zie kader 1) informatie verspreid over het zelf ontwikkelen en testen van voorlichtingsmateriaal en educatiemateriaal over en voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook zijn er volop goede voorbeelden te vinden.

Daarnaast zijn er trainingen beschikbaar voor professionals waarin ze leren hoe ze beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen herkennen, hoe ze hiermee rekening kunnen houden in hun communicatie en voorlichting aan patiënten en hoe beperkte gezondheidsvaardigheden aandacht kunnen krijgen in het onderwijs en in bijscholing.

Met dank aan Janneke Luiken (Hogeschool Utrecht) voor het meelesen van dit artikel.

Noten

1. Rademakers, J. (2016). De actieve patiënt als utopie. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2016 en Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
2. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
3. Cijfers zijn afkomstig van een representatieve steekproef naar geslacht en leeftijdssamenstelling van de Nederlandse bevolking (n=713) die deelnam aan een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) van het Nivel in november 2019 (Heijmans, M., Brabers, A., Rademakers, J. Hoe gezondheidsvaardig is Nederland? Factsheet Gezondheidsvaardigheden - Cijfers 2019 Utrecht: Nivel) Health Literacy werd gemeten met de Nederlandse vertaling van de HLS-EU -16 vragenlijst (Bron: HLS-EUQ. Measurement of health literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU Q16; The HLS-EU Consortium 2012).
4. Rudd, RE. Improving Americans' health literacy. *New England Journal of Medicine*, 2010; 363(24):2283-2285.
5. Rademakers J. (2014). Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht, Nivel.
6. The WHO GCM/NCD Working Group on health education and health literacy for NCDs (Working Group 3.3, 2016- 2017). In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/>).
7. Zorginstituut Nederland (2016). Anders kijken, anders leren, anders doen: grens overstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk.
8. Lage SES staat voor een 'lage sociaaleconomische status'. In onderzoek refereert dit vaak aan mensen met een lage opleiding (basisonderwijs, lo, vmbo, avo, mavo) en/of mensen met een laag inkomen. De lage SES-groep kampt ook met werkloosheid, slechte gezondheid en een ongezonde leefstijl. Lage SES-wijken zijn wijken waarin relatief veel mensen met en lage sociaaleconomische status wonen.
9. Heijmans, M., Zwikker H., Van der Heide, I. & Rademakers, J. (2016). Kennisvraag: Zorg op maat: Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Utrecht: NIVEL.
10. Rademakers, J. (2014). Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht, NIVEL.
11. Maurice de Greef (2019). Laaggeletterdheid: cijfers buitelen over elkaar heen. Onderdeel van artikelenserie Leren in de educatie, Lesgeven, begeleiden en faciliteren. Onder (eind)redactie van E. Bohnenn, I. Den Hollander, R. Thijssen en B. Vaske. Den Haag: Stichting Expertisecentrum Oefenen.nl.
12. In de educatie zijn verschillende programma's en materialen ontwikkeld die gericht zijn op het versterken van gezondheidsvaardigheden. De programma's op oefenen.nl zoals Lees en Schrijf! Gezondheid, Lees en Schrijf! Eten en weten, Begrijp je lichaam, Praten met je dokter, de Thuisdokter. Ook is er aandacht voor gezondheid in diverse themaboekjes van de methode Succes! Zoals Lekker gezond en naar de dokter. Ook de serie Melkweg+ heeft boekjes over gezondheid voor volwassenen met een laag taalniveaus met onderwerpen als bewegen, medicijnen, het ziekenhuis, de huisarts.
13. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2017). Weten is nog geen doen. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
14. Heijmans, M., Zwikker H., Van der Heide, I. & Rademakers, J. (2016). Kennisvraag: Zorg op maat: Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Utrecht: NIVEL.
15. Batterham, RW, Buchbinder R, Beauchamp, A, Dodson, S, Elsworth, GR, Osborne, RH. The OPTimising HEalth LIterAcY (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health* 14(694) (2014) DOI: 10.1186/1471-2458-14-694
16. Heijmans, M., Zwikker H., Van der Heide, I. & Rademakers, J. (2016). Kennisvraag: Zorg op maat: Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Utrecht: NIVEL.
17. Brach C. et al. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.
18. Murugesu, L., Heijmans, M., Fransen, M., Rademakers, J. Beter omgaan met beperkte

gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools. Utrecht: Nivel, 2018.

19. Vaske, B. (2020). Digitale vaardigheden: de praktijk van alle dag. Onderdeel van artikelenserie Leren in de educatie, Lesgeven, begeleiden en faciliteren. Onder (eind)redactie van E. Bohnenn, I. Den Hollander, R. Thijssen en B. Vaske. Den Haag: Stichting Expertisecentrum Oefenen.nl.

Verder lezen

Vaske, B. (2018). Digitaal vaardig: Zelfredzamer met emanciperende technologie.

<https://volwassenenleren.nl/zelfredzamer-met-emanciperende-technologie/>

Fransen. M., Wiebing, M. en Rademakers, J.. (z.j.). Gezondheidsvaardigheden zijn basisvaardigheden!

<https://volwassenenleren.nl/gezondheidsvaardigheden-zijn-basisvaardigheden/>

COLOFON

De artikelenserie *Leren in de educatie, Lesgeven, begeleiden en faciliteren* is een initiatief van Ella Bohnenn, Ina den Hollander en Ben Vaske.

Dit artikel is mogelijk gemaakt door bijdragen van Stichting Dioraphte en Stichting Expertisecentrum Oefenen.nl.

Projectgroep

Ben Vaske, Ella Bohnenn en Ina den Hollander

Auteurs

Monique Heijmans & Jany Rademakers

Eindredactie

Riet Thijssen

Vormgeving

Mevrouw van Mulken

Te citeren als

Monique Heijmans & Jany Rademakers, *Gezondheidsvaardigheden en de mismatch tussen de patiënt en de zorgomgeving*. Onderdeel van artikelenserie *Leren in de educatie, Lesgeven, begeleiden en faciliteren*.

Onder (eind)redactie van E. Bohnenn, I. den Hollander, R. Thijssen en B. Vaske. Den Haag: Stichting Expertisecentrum Oefenen.nl, 2020.

Door het downloaden van dit artikel gaat u akkoord met de licentievoorwaarden zoals vermeld in de Disclaimer op www.oefenen.nl.

© 2020 Stichting Expertisecentrum Oefenen.nl/Monique Heijmans & Jany Rademakers

Stichting Expertisecentrum Oefenen.nl

Koninginnegracht 15

2514 AB DEN HAAG

070 762 2 762

info@oefenen.nl

